



**UNIVERSIDAD
DE PALERMO**

Facultad de Ciencias Sociales

Licenciatura en Psicología

Trabajo final de integración

**Taller psicoeducativo para diabetes en dos pacientes insulino
dependientes internados en un hospital del ámbito público**

Alumno: Rinaldi, Diego Ángel

Tutor: Dra. Gelassen, Nora Inés

Agosto - 2009

INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. OBJETIVOS.....	4
3. DIABETES.....	5
3.1. HISTORIA DE LA DIABETES.....	5
3.2. LA INSLUINA.....	6
3.3. TIPOS DE DIABETES.....	7
3.3.1. DIABETES MIELLITUS INSULINODEPENDIENTE O TIPO 1.....	7
3.3.2. DIABETES MIELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE O TIPO II.....	7
3.3.3. DIABETES GESTACIONAL.....	7
3.3.4. OTROS TIPOS DE DIABETES.....	7
3.4. CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE DIABETES.....	8
3.5. ACERCA DE LA DIABETES MIELLITUS TIPO 1.....	8
3.6. SIGNOS Y SINTOMAS DE LA DIABETES MIELLITUS TIPO 1.....	9
3.7. PERFIL PSICOLOGICO DEL NIÑO CON DIABETES MIELLITUS TIPO 1.....	10
4. PSICOEDUCACION.....	11
4.1. EL VALOR DE LA PSICOEDUCACION.....	12
4.2. LA PSICOEDUCACION DE FORMA GRUPAL.....	13
4.3. LA PSICOEDUCACION EN DIABETES PARA NIÑOS Y PADRES.....	14
4.4. ROL Y ACTITUD PSICOEDUCATIVA EN EL TERAPEUTA.....	15
4.5. LA PSICOEDUCACION Y LA DECLARACION DE ST. VICENT.....	15

5. METODOLOGIA.....	16
5.1. INSTRUMENTOS.....	16
5.2. PROCEDIMIENTOS.....	16
6. DESARROLLO.....	1
7	
6.1. PRESENTACION DE LOS CASOS.....	17
6.1.1. CASO CLINICO DE Fabiama	17
6.1.2. CASO CLINICO DE MARiano	19
6.2. ASPECTOS PREVIOS QUE SE CONSIDERARON AL COMIENZO DEL TALLER.....	21
6.3. EJES TEMATICOS DEL TALLER PSICOEDUCATIVO PARA NIÑOS.....	22
6.3.1. ¿QUE ES LA DIABETES Y POR QUE TENGO DIABETES? LA INSULINA.....	22
6.3.2. LA GLUCOSA (INDICES NORMALES Y LA HIPOGLUCOSA).....	25
6.3.3. AUTO ADMINISTRACION DE LA INSULINA Y EL AUTOCONTROL.....	27
6.3.4. LA ALIMENTACION.....	30
6.3.5. EL EJERCICIO FISICO.....	34
6.3.6. REPASO DE LO APRENDIDO Y SENSACIONES PERSONALES.....	35
6.4. RECURSOS PARA LOS PADRES BRINDADOS EN EL TALLER PSICOEDUCATIVO.....	37
6.4.1. PRIMER ENCUENTRO CON LOS PADRES DE LOS NIÑOS.....	37
6.4.2. SEGUNDO ENCUENTRO CON LOS PADRES DE LOS NIÑOS.....	39
6.4.3. TERCER ENCUENTRO CON LOS PADRES DE LOS NIÑOS.....	41
7. CONCLUSION Y DISCUSION.....	44
8. BIBLIOGRAFIA.....	49

9. ANEXO.....51

1. INTRODUCCION

El presente proyecto se desarrolla en el marco de la materia Práctica y Habilitación Profesional. La misma se realizó en un hospital inter-zonal de Agudos, situado en la Provincia de Buenos Aires. Tal experiencia se realizó los días hábiles en el horario de 09:00 a 13:00 horas, desarrollando las siguientes tareas en el servicio de psicopediatría de la mencionada institución:

- Recorridas en salas de internación pediátrica: allí se realizaron entrevistas con los internados y sus familias con el fin de relevar datos socio-ambientales y detectar precozmente situaciones familiares que requieran intervención.
- Atención ambulatoria en consultorios externos: las cuales consistieron en atender pacientes previamente internados en salas pediátricas, trabajando en el seguimiento de un determinado caso o potencial tratamiento. Como así también, atender la demanda de diferentes psicopatologías: abuso sexual infantil, violencia familiar, abuso de sustancias, carencias en la escolarización o analfabetismo, trastornos de ansiedad, problemas de conducta, entre otros.

Es importante mencionar que el trabajo que se realiza en el mencionado hospital merece ser definido como interdisciplinario, ya que el personal médico solicita interconsultas psicológicas cuando considera que la etiología, el desarrollo -y la posible curación- de una determinada enfermedad clínica podría deberse a la intervención de un factor psicológico. Por otra parte, se convoca a los trabajadores sociales; a fin de rearmar o producir una red social de contención funcional para un núcleo familiar que lo requiera, ante una situación traumática con la que se está conviviendo. Por lo que médicos pediatras, asistentes sociales, psicólogos, como así también maestros desarrollan sus funciones en conjunto.

Es por ello que a partir del diagnóstico de “Diabetes Mellitus Tipo 1” en dos pacientes internados en el servicio de pediatría, se llevó a cabo el proyecto aquí presentado realizando la descripción de un taller psicoeducativo en diabetes orientado a niños y padres.

2. OBJETIVOS

Objetivo General

- Realizar la descripción del taller de psicoeducación sobre diabetes para niños y padres

Objetivos Específicos

- Describir las intervenciones y actividades utilizadas en el taller para niños.
- Presentar las intervenciones psicoeducativas que se han dado a los padres durante el taller.
- Describir ambos casos clínicos previos al inicio del taller y analizar los cambios producidos durante el mismo.

3. DIABETES

Según la Organización Mundial de la Salud (O.M.S) la diabetes es una enfermedad crónica que surge 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. Durante la digestión el organismo metaboliza no solo los azúcares, sino también los almidones e hidratos de carbono transformándolos en azúcares simples, estos van al torrente sanguíneo y con la ayuda de la insulina la glucosa se transforma en energía que es aprovechada por las células del cuerpo. Cuando no existe insulina o cuando ésta no es producida en forma efectiva, la glucosa se acumula en sangre aumentando los niveles de azúcar, y como consecuencia de este proceso se produce finalmente la diabetes. La O.M.S define especificando que “la diabetes forma parte de un conjunto de enfermedades crónica, caracterizada por un déficit de insulina absoluto o relativo, que altera el metabolismo de los hidratos de carbono, lípidos y proteínas”.

3.1. HISTORIA DE LA DIABETES

En su estudio sobre la cronología en la diabetes, para los especialistas en Endocrinología, Medicina Familiar y en Microbiología los doctores Álvarez y Rodríguez Bebert (2008) la primera referencia a la diabetes se encuentra en el papiro de Ebers, escrito en 1550 A.C, encontrado en 1862 D.C en Tebas. En él se recoge una sintomatología que recuerda a la diabetes y remedios para contrarrestar su malestar. Más tarde, 1500-1000 A.C, Súsruta, el padre de la medicina hindú, describió la diabetes y llegó incluso a diferenciar un subtipo que se daba en los jóvenes (tipo 1) que conducía a la muerte, y otro que se daba en personas de edad adulta (tipo 2). La antigua literatura hindú en los Vedas describe la orina pegajosa, con sabor a miel. Luego en 1775, Dobson fue el primero en demostrar que el sabor dulce de la orina del diabético se debía al azúcar (de allí su alusión a la miel y su denominación latina: mellitus, diabetes miellitus -DM-). También, Dobson, realizó la crucial observación del exceso de ésta -el azúcar- en la sangre. Finalmente fue en 1921, cuando dos jóvenes canadienses Banting y Best,

consiguieron aislar -con su consecuente descubrimiento- la insulina y demostrar su efecto hipo-glucemiante. Este descubrimiento significó un paso fundamental para luchar contra esta afección y una de las más grandes conquistas médicas del siglo XX.

Según Murillo (2000), especialista en esta enfermedad, la palabra diabetes proviene del latín diabētes. Empieza a utilizarse en el siglo I en el sentido etimológico de “paso”, aludiendo al “paso de orina” y a su exceso durante o como síntoma previo a diagnosticarse la enfermedad. En la antigua Grecia, ya Apolonio de Memfis había acuñado el término de diabetes (a partir de Dia "a través" y Betes "pasar") para un estado de debilidad, intensa sed y abundante orinar.

3.2. LA INSULINA

Las especialistas en diabetes -y miembros de la Sociedad Argentina en diabetes, (S.A.D)-, Bonsuan y Hircher al hablar de la insulina especifican que se trata de una hormona polipeptídica producida por las células betas de los islotes de Langherhans, de una glándula del organismo como es el páncreas. Estas células la producen en forma de un precursor activo denominado proinsulina que posteriormente pasará al aparato de Golgi donde se elimina una parte y se unen los dos fragmentos restantes mediante puentes de disulfuro.

Con cada comida que se ingiere, las células beta liberan insulina para ayudar al organismo a utilizar o almacenar la glucosa sanguínea que obtienen de los alimentos. Al viajar por la sangre la glucosa necesita combinarse con insulina para penetrar en las demás células del cuerpo. Al no existir insulina, el caso de la diabetes mellitus tipo 1, o al no ser ésta reconocida por las células, es la situación de la diabetes mellitus tipo 2; la glucosa no ingresa a las células y su concentración aumenta elevando la glucemia y dando lugar a lo que denominamos Hiperglucemia.

3.3. TIPOS DE DIABETES

Existe una primera clasificación propia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la década del setenta, la cual contemplaba tres manifestaciones de la diabetes:

3.3.1 *Diabetes mellitus insulino dependiente o diabetes tipo I:* también denominada diabetes Infanto-juvenil, la que se desarrolla cuando el sistema inmunológico del cuerpo destruye las células beta del páncreas, las únicas células del cuerpo capaces de producir la hormona insulina que regula la concentración de glucosa en la sangre.

3.3.2 *Diabetes mellitus no insulino dependiente o diabetes tipo II:* se da en la edad adulta. Generalmente comienza con resistencia a la insulina, donde las células no utilizan la misma de manera adecuada. Aquí, los receptores de las células que se encargan de facilitar la entrada de la insulina a la propia célula están dañados. No requieren habitualmente tratamiento insulínico para sobrevivir.

3.3.3 *Diabetes gestacional:* es la hiperglucemia (aumento del nivel de glucosa) que se identifica durante el embarazo. Desde el momento que el bebé obtiene el alimento de su madre, la mujer embarazada tiene mayor posibilidad de presentar una deficiencia de la hormona, permitiendo que se presente esta afección.

En julio de 1997, fue publicado el informe final sobre la “Clasificación y Criterios Diagnósticos de la Diabetes Mellitus”, que preparó un comité internacional de expertos en diabetes, convocado por la Asociación Americana de Diabetes (A.D.A). La nueva clasificación elimina la denominación utilizada hasta el momento: Insulino dependiente (Tipo I) y No Insulino dependiente (Tipo II) sustituyéndolos por Diabetes Tipo 1 y Tipo 2. A la vez recomienda incluir un nuevo tipo de diabetes, con la denominación de:

3.3.4 *Otros tipos de Diabetes mellitus:* incluyen subtipos de causa conocida y son; *Tipo 3A: defecto genético en las células beta, 3B: resistencia a la insulina determinada genéticamente, 3C: enfermedades del páncreas, 3D: causada por defectos hormonales y 3E: causada por compuestos químicos o fármacos.*

3.4. CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE DIABETES

La Asociación Americana de Diabetes (A.D.A) en 1997 y la Organización Mundial de la Salud (O.M.S) en 1998, aprobaron los tres nuevos criterios para el diagnóstico de la diabetes.

- Normal: cuando el azúcar basal es igual o menor a 110mg/dl.
- Intolerancia a los carbohidratos (azúcar en la sangre alterada): si el azúcar basal está entre 110 y 126 mg/dl.
- Diabetes: cuando los niveles de azúcar en la sangre son mayores a 126 mg/dl.

3.5. ACERCA DE LA DIABETES MIELLITUS TIPO 1

La secuencia patogénica actualmente más admitida para el desarrollo de la diabetes miellitus tipo 1 es por una parte la predisposición genética, la cual si bien aún no se conoce a ciencia cierta cuál es el mecanismo hereditario mendeliano de la D.M de tipo 1, todo conduce a que la susceptibilidad para esta patología reside en el locus de histo-compatibilidad HLA del cromosoma 6. Es importante señalar que en los familiares de primer grado de los diabéticos mellitus tipo 1 existe una probabilidad de desarrollar la enfermedad que ha sido estimada en un intervalo que va del 5 al 10%. Hay que añadir, además, que la diabetes es una enfermedad con impronta sexual y que por ello el riesgo de transmitir la diabetes a la descendencia se quintuplica cuando es el padre el que se halla afectado a la misma.

Al ser la tasa de concordancia de diabetes miellitus tipo 1 en gemelos monocigóticos inferior al 50%, hace pensar que existen otros factores implicados al margen de la predisposición genética. Se cree que el factor ambiental desencadenante de la enfermedad podría ser un virus o episodios previos de infecciones víricas tales como: la paroditis, hepatitis, mononucleosis infecciosa, rubéola congénita, entre otras. Demás mecanismos no infecciosos podrían también estar implicados.

El estado en que se encuentra el paciente mientras se produce la agresión auto inmune se denomina "pre-diabetes" y se caracteriza por una pérdida progresiva, a lo largo de los años, de la reserva insulínica. Cuando se manifiesta clínicamente la diabetes franca y propiamente diagnosticada, más del 90% de las células beta han sido ya destruidas.

Según el licenciado Juan José Murillo Moreno (2000), se necesitarían los siguientes cinco ítems para cumplir con la patogenia de la diabetes tipo 1:

- Predisposición genética: se requiere la susceptibilidad genética a la enfermedad.
- Agresión ambiental: el efecto de un factor ambiental, donde las más diagnosticadas serían las infecciones virales, que al hacer eclosión con la susceptibilidad genética ponen en marcha el proceso mórbido.
- Insulinitis: inflamación del páncreas.
- Conversión de la célula beta propia a ajena: no se reconoce a la célula como propia. Este proceso sigue siendo un misterio para la ciencia.
- Destrucción de la célula beta: se activa el proceso auto inmunitario atacando a las células del cuerpo. El resultado es la destrucción de las células betas y la aparición final de la diabetes.

3.6. SIGNOS Y SINTOMAS DE LA DIABETES MIELLITUS TIPO 1

Siguiendo a Murillo (2000) describirá los puntos previos que anticipan la dolencia y los síntomas. Los signos de advertencia que podrían presentarse serían:

- Respiración acelerada y profunda
- Poliuria (orinar en exceso)
- Polidipsia (sed muy notoria)
- Polifagia (aumento anormal de la necesidad de comer)
- Resequedad en la boca y la piel
- Enrojecimiento de la cara
- Aliento a frutas (mal aliento)
- Náuseas y vómitos (acompañado, también luego, por pérdida de apetito)
- Dolor de estómago, abdominal (dificultad al respirar) y rigidez muscular

3.7. PERFIL PSICOLOGICO DEL NIÑO CON DIABETES MIELLITUS INSULINODEPENDIENTE O TIPO 1

Si cabe la posibilidad de mencionar características psicológicas propias de un trastorno crónico, como la diabetes, que conformen un determinado perfil típico; deberá analizarse la conducta -individualmente considerada- así como la del contexto socio-familiar en el que se desenvuelve. Es decir su educación y crianza a lo largo del tiempo para apreciar finalmente no solo su comportamiento sino la formación de su personalidad. Con independencia de esos aspectos, la ansiedad representaría el cuadro

reactivo más frecuente. El miedo al dolor y sus tratamientos, a la permanencia hospitalaria, a la soledad y a la separación familiar, serían ejemplos ilustrativos. También cabría hablar de reacciones impulsivas o agresivas. En otro orden de cosas, los elementos depresivos pueden estar igualmente presentes, en tanto que sentimientos de culpa, tristeza o desesperanza, inhibición motora, timidez y aislamiento limitan o estancan el desarrollo normal del niño en cuestión (Murillo, 2000).

Al mismo tiempo afirma Murillo (2000), que para la etiología de la diabetes intervienen de forma notoria los factores emocionales y/o psíquicos que irrumpen intempestivamente en el aparato psíquico del niño de una forma significativa y violenta. Estas experiencias psicológicas traumáticas producirán un reajuste en diversos niveles de la personalidad del individuo. No se expresarán, de todos modos, desequilibrios cognitivos.

Para Luque Parra, cualquiera sea el grado de incidencia en un trastorno crónico como es la diabetes, la misma puede generar en el niño cambios sociales y familiares que influirán en el desarrollo de alteraciones emocionales, así como dificultades en los padres, la sobreprotección o conflictos de pareja. Tomando estas características detalladas, las mismas han de valorarse desde una perspectiva integrada para la mejor satisfacción de necesidades en un potencial tratamiento llevado a cabo. Sólo de esta forma se puede intervenir en salud no por ausencia de enfermedad, sino en el punto de encuentro entre lo físico y lo psicológico o, lo que es en suma, el bienestar en lo bio-psicosocial.

4. PISCOEDUCACION

Según la Sociedad española en diabetes (S.E.D), la psicoeducación promueve e instruye acerca de los mecanismos que desencadenan y mantienen una situación o patología determinada, favorece la sensación de dominio y contribuye a la valoración de recursos internos o habilidades que faciliten la actitud de afrontamiento. Tales conceptos ayudarán a los pacientes a reinterpretar sus miedos, sensaciones y sentimientos a la luz de la nueva información. El principal objetivo de esta herramienta será proteger a las personas implicadas en una situación de afección, a moderar la ansiedad generada a partir del desconocimiento y/o desinformación, posibilitando el

acceso a conductas más adaptadas, menos ansiosas, y de este modo elevar la calidad de vida de dichas personas.

Genera un gran alivio en el paciente el hecho de comprender sus propios síntomas, cuáles serán los pasos a seguir, y a su vez ser comprendido por su terapeuta y/o médico. Dentro de un marco empático, importará esclarecer al paciente qué es lo relevante a distinguir, desarrollar o finalmente cambiar. Una buena comprensión del problema ayudará en esta difícil tarea de discriminación (Bulacio, 2006).

Para Mucci (2004), todo paciente tiene derecho a saber, fehacientemente acerca de su padecimiento, sus características y las vías de solución. Es por ello que la información a brindar deberá ser expuesta con claridad y veracidad, en forma sencilla, progresiva y de contenido preciso.

Según los licenciados Arevalo y Maldonado (2009), la psicoeducación concatena las ideas de dos ámbitos que se encuentran relacionados inextricablemente como son: la “salud” y la “educación”. Argumentan que toda práctica en el campo de la educación es una acción socio sanitaria, por lo que educar en los contextos mencionados implica proporcionar información, explicando una determinada situación de modo coherente y ameno, presentando al educando los elementos necesarios para la comprensión de un tema singular, estimulando conductas adecuadas a la misma.

4.1. EL VALOR DE LA PSICOEDUCACION

La psicoeducación permite activar recursos potenciales de salud a fin de luchar contra la enfermedad. Se informa para esclarecer, brindando protección y seguridad ante lo desconocido. Aclarar dudas permite comprender más allá de lo conocido y anticipar momentos, lo que contribuye a la recuperación. Al estar alertado el paciente, no surge lo imprevisto, en cambio los actos inesperados pueden ser disparadores de confusión, angustia, ansiedad y estrés. El conocimiento adecuado de la situación -esto es conocer riesgos y beneficios-, facilita la autodeterminación en el paciente (Mucci, 2004).

La psicoeducación es un proceso que permite a los pacientes la posibilidad de desarrollar y fortalecer sus capacidades con el fin de afrontar las diversas situaciones de un modo más adaptativo. Al fortalecer dichas capacidades se influye indirectamente en el incremento de características de autonomía y responsabilidad por el auto cuidado, elevando de esta manera la autoestima; y es aquí donde reside el inestimable aporte de esta técnica. (Bulacio, 2006).

Para Santillán la educación -lejos de dar soluciones mágicas- demanda tiempo preciso y justo de aprendizaje, de modo que la calidad de vida no sea un simple objetivo del profesional o equipo de salud, sino el propio motor de impulso para que de modo autónomo se pueda resolver situaciones que a diario se presentan en la realidad de las personas con diabetes. Un correcto aprendizaje, agrega Santillán, permitirá la construcción de conocimiento y de este modo adquirir nuevas conductas, desaprender las erróneas y/o afianzar las ya existentes.

El 30 de Septiembre de 1993 se llevó a cabo un ensayo clínico denominado “Ensayo de Control de la Diabetes y sus Complicaciones” (D.C.C.T. Diabetes Control & Complications Trial) cuyos resultados expresaron que los pacientes educados que realizaban el autocontrol y la toma de decisiones respecto de su enfermedad, lograban controlar el depósito de largo plazo de la glucosa en los tejidos y podían prevenir o retardar las complicaciones futuras en diferentes órganos del cuerpo. Este informe fue publicado en la prestigiosa publicación “The New England Journal of Medicine”.

4.2. LA PSICOEDUCACION DE FORMA GRUPAL

La Asociación Europea para el Estudio de la Diabetes, señala que cinco minutos pueden representar parte de un aprendizaje de por vida, y que la falta de tiempo en las consultas medicas hace necesario determinadas estrategias, más eficaces, de educación. Por ello la educación grupal puede ser una forma interesante, dinámica y participativa. Compartiendo la misma problemática se genera una interacción enriquecedora. Esta entidad señala que las ventajas -en eficiencia a largo plazo- del trabajo grupal serían:

- Efecto de apoyo entre grupo de pares.

- Romper el aislamiento y aumentar la red de apoyo.
- Contribuye a acabar con el estigma de los pacientes.
- Permite el conocimiento directo de otras de estrategias para el afrontamiento de la patología.
- Hace más sencillo la adquisición de conciencia sobre la enfermedad.
- Permite un fácil aprendizaje a través del modelamiento.
- Reduce los costos económicos para pacientes y servicios de salud.

Teniendo en cuenta que el diccionario de la Real Academia Española explicita que el término “grupo” (palabra francesa que deriva del italiano gruppo o grupo, proveniente de las bellas artes), se define como dos o más individuos que interactúan, son interdependientes y que se han juntado para lograr objetivos particulares; Arevalo y Maldonado (2009) dejan en claro también que la psicoeducación llevada a cabo de manera no singular, permite a los involucrados ser capaces de aceptar sus problemas, valorando sus fortalezas y debilidades de forma más realista que la utilizada hasta ese momento. Debido a las dificultades y síntomas similares de los miembros del grupo, dicha experiencia de seguridad, apoyo y confianza facilita la creación de profundos lazos emocionales y un gran sentido de identidad.

En torno a la lucha contra una enfermedad crónica como es la diabetes, alguien es, se refleja en otro y con otro. Se aprende con y de los demás, y se construye el propio universo a partir de las múltiples redes de comunicación y transferencias de conocimiento que se generan a partir de la interacción, la participación y la voluntad (Santillán, 2008).

4.3. LA PSICOEDUCACION EN DIABETES PARA NIÑOS Y PADRES

Para el Dr. De Loredó, el paciente al ser diagnosticado no recibe la información suficiente sobre la enfermedad y su tratamiento, por lo que la educación en diabetes es algo fundamental para evitar desmotivación posterior en los respectivos cuidados.

Por medio de la percepción del sentimiento de seguridad que da el “conocer” en el contexto psicoeducativo del núcleo familiar primario, es factible vencer la inacción, los miedos, los pensamientos negativos, la sensación de indefensión frente a una situación nueva que lejos está de ser un destino catastrófico, será con el correr del tiempo una experiencia más dentro de sus vidas (Santillán, 2008).

Según explica el licenciado Murillo (2000) en la importancia que se le da a la psicoeducación tanto para los infantes y los padres, la primera necesidad que tiene el niño con diabetes, y que representa un reto para los padres o sus cuidadores, es que le expliquen qué es lo que le sucede y cómo seguirá su vida una vez diagnosticada la diabetes mellitus. Hay que tener en cuenta que hasta la adolescencia, el grado de comprensión y madurez de los niños puede ser muy variable. De ahí, que prescindiendo de circunstancias individuales como pueden ser la edad, estatus socio económico y tipo de familia a la cual pertenece, siempre será difícil explicar a un niño el hecho de que tiene una enfermedad que necesita un tratamiento para toda la vida.

En relación a los padres, una enfermedad metabólica crónica y grave como es la diabetes, podría provocar miedo y angustia. Esta tensión y preocupación por el hijo enfermo puede ser transmitido a éste por los adultos sin que haya un acto volitivo de su parte. Los menores que aún no tengan conocimiento de modo correcto que padecen diabetes, saben de todos modos que algo les sucede, incrementado sus fantasías catastróficas generalmente más terribles que la propia realidad. Por lo que los padres nunca deberán negar la diabetes, sino emplear de manera sencilla y sin rodeos un lenguaje claro desde instancias tempranas a fin que el menor se familiarice progresivamente con su diabetes y tratamiento. La base de un buen control de esta afección es la educación en toda su expresión (Murillo, 2000).

4.4. ROL Y ACTITUD PSICOEDUCATIVA EN EL TERAPEUTA

Para el terapeuta no siempre será sencilla dicha actitud, ya que deberá adaptarse permanentemente a la situación planteada y por la cual se requerirá de extrema flexibilidad. A su vez, necesitará de suma creatividad para poder llegar del mejor modo al paciente y sus respectivas necesidades. Se requerirá de paciencia, ya que lo muy conocido y repetido por el terapeuta puede ser la primera vez para el paciente y por lo tanto, cada momento debe ser considerado como único. Esta actitud debe sostenerse sorteando el riesgo de la rutina o la indiferencia que rápidamente podrán atentar contra el vínculo empático y la eficacia del propio recurso a emplear (Bulacio, 2006).

4.5. LA PSICOEDUCACION Y LA DECLARACION DE ST. VICENT

En octubre de 1989 se reunieron en Saint Vicent, Italia, los representantes de veintinueve países europeos, bajo los auspicios de la O.M.S (Organización Mundial de la Salud) y la I.D.F (International Diabetes Federation), con la finalidad de analizar la situación, el control, la investigación, educación y prevención primaria de la diabetes mellitus. Dentro de dicha declaración bajo el lema “Diabetes mellitus: un problema de salud en todos los países, a todas las edades”, uno de los objetivos principales surgidos en las distintas conferencias realizadas era el siguiente *“Prevención de la diabetes y cuidado adecuado de la misma, así como de sus complicaciones, intensificando los esfuerzos en investigación”*.

En relación a la importante tarea a desempeñar, por parte de la psicoeducación, para desarrollar de optima manera la calidad de vida de todos aquellos con diabetes millitus, se pueden mencionar las siguientes dos metas específicas a lograr en los siguientes cinco años de firmada esta declaración:

- Organizar programas de entrenamiento y educación acerca del cuidado de la diabetes para personas de todas las edades, así como para sus familias, amigos, compañeros de trabajo y para los equipos de salud.
- Reforzar los centros existentes para el cuidado, la educación y la investigación de la diabetes y crear nuevos centros donde se los requiera.

5. METODOLOGIA

- **Tipo de estudio:** Tendrá una modalidad descriptiva. Estudio de caso único.
- **Participantes:** Durante el mes de septiembre y octubre de 2009 se produce la internación de dos menores: una niña de 12 años -que en este caso se llamará Fabiana- y un niño de 8 años -que será mencionado como Mariano-, ambos comparten el diagnóstico en diabetes miellitus tipo 1 pero con distintas características en su historia clínica.

5.1. INSTRUMENTOS

Respecto a los menores, se desarrollaron por medio de entrevistas de intervención; actividades con el fin de incorporar los mecanismos necesarios que ayuden a la mejor adhesión del tratamiento médico y nutricional solicitado por cada profesional en su campo de acción. Se trataron conceptos básicos en torno a la diabetes. Se utilizaron materiales claros, sencillos y lúdicos acordes a la edad de los menores. La observación participante fue, a su vez, un importante instrumento a fin de lograr un avance en los puntos antes mencionados. Mientras que la modalidad empleada con los padres fue de entrevistas abiertas y semi-dirigidas con el objetivo centrado en que dicho espacio sea un lugar de reflexión para ellos; aquí sus gestos, sensaciones y emociones aportaron un importante caudal de datos sobre el tema que convoca a este proyecto. Se confeccionaron trípticos informativos no solo para orientar a los padres, sino también material para brindar al colegio (autoridades y docentes) donde concurren los niños.

5.2. PROCEDIMIENTOS

Junto a la coordinadora general del taller, la supervisión de la jefa del servicio y la ayuda de éste pasante, se llevó a cabo un encuentro semanal de cuarenta y cinco minutos cada uno, con los niños y padres en los consultorios externos del hospital. La modalidad que se planificó fue la siguiente: se realizaron 9 encuentros con los niños y 3 con sus padres.

6. DESARROLLO

6.1. PRESENTACION DE LOS CASOS

Como se explicó anteriormente, para preservar la identidad de los menores se mencionarán nombres ficticios al momento de referirse a los mismos. Se detalla a continuación el despliegue de cada uno de los casos y las primeras impresiones recogidas en las respectivas entrevistas de admisión -“ad” (del latín) preposición que denota proximidad- es decir la entrevista será el trámite previo en que se decide si una demanda o recurso deben pasar, o no, a ser resueltos en cuanto al fondo de un determinado problema. Con la siguiente “misión”: ir a desempeñar un determinado tratamiento (Ranieri, 1993).

6.1.1. Caso clínico de Fabiana:

Durante el mes de agosto del año 2009 ingresa al servicio de pediatría del hospital, una niña de 12 años a causa de un cuadro de descompensación generalizado y agravado por una infección urinaria. Al indagar en la historia clínica de la menor se constata que Fabiana fue diagnosticada, en septiembre del año 2007, con diabetes mellitus tipo 1. Al mismo tiempo se verifica que en marzo y junio de 2009 ya se habían producidos dos reincidencias debido a su originario cuadro patógeno por “supuestas” carencias en los cuidados pertinentes que deberían haberse brindado en su hogar.

Ante esta situación, en un trabajo interdisciplinario entre nutricionistas, médicos y psicólogos del servicio de pediatría consideraron pertinente la internación por el lapso de tres semanas a fin de observar el seguimiento y evolución del presente caso. Una vez que Fabiana obtuvo el alta; se la invitó a ella y su madre, Claudia, a concurrir a los consultorios externos de psicología pediátrica a fin de tener un encuentro para comentar la reciente situación atravesada, y poder tener una entrevista de admisión en los días próximos con el objetivo de estimularlas a participar de un taller psicoeducativo en diabetes. La niña concurre al servicio de psicología pediátrica con su madre en los primeros días del mes de septiembre de 2009, donde se realizó la entrevista en presencia de la coordinadora del área de psicología, la trabajadora social y éste pasante.

La primera entrevista se llevo a cabo con la madre de Fabiana, quien manifestó los siguientes puntos a resaltar en relación al cuadro de situación de su hija:

- Hay antecedentes de diabetes en la familia (el abuelo paterno de Fabiana).
- Claudia se encuentra separada del padre de la niña desde hace diez años. Refiere malos tratos y violencia por parte de su ex marido, como así también la adicción de éste a sustancias y alcohol. Actualmente el hombre se encuentra preso en el penal de Olmos, desde hace 9 años, por robo y violaciones múltiples (fuera del ámbito familiar). Producto de este matrimonio nació un niño, de actualmente 6 años. Según menciona la mujer nunca existió una situación de violencia o abusos del hombre para con sus hijos.

- Los niños saben que su padre esta privado de su libertad, pero la madre nunca ha contado el motivo real de su detención. Al margen de la comunicación telefónica, Fabiana no ve a su padre desde hace cinco años, de igual modo su hermano. La mujer refiere que no son pocos los momentos en que los niños piden poder visitar a su padre.
- Claudia se encuentra conviviendo con otra persona, desde hace siete años; fruto de dicha convivencia han nacido tres niñas de 4, 3 años y una bebe de 2 meses y medio. Comenta que su familia, hoy día, está bien consolidada y que su pareja tiene una excelente relación con los hijos de su anterior matrimonio.
- A raíz de las sucesivas internaciones de Fabiana por su diabetes, toda la familia esta consustanciada y mentalizada para ayudar a la niña en todo aquello que la enfermedad demande. La madre entiende que no se ocupó como debía, aunque expresa que fue producto de su ignorancia. Es importante subrayar que la historia clínica de Fabiana refleja que varias de sus reiteradas internaciones se debieron a los malos hábitos alimentarios en el ámbito familiar.

Seguidamente se procede a tener un encuentro con Fabiana donde se pueden remarcar los dichos más significativos:

- La niña refiere haber quedado muy asustada en su última internación. Profundiza en este tema acerca de los síntomas previos a su última recaída, como ser: visión borrosa, desmayos y los dolores que sufrió propios de la curación ya en la sala del Hospital.
- No comentó ninguna vivencia emocional dolorosa que la haya angustiado en los últimos meses. La situación de su padre nunca fue mencionada por ella. Se la observó con un semblante alegre y predispuesta a llevar una vida más ordenada en relación a la diabetes, precisando ser absolutamente consciente de su estado. Afirmo no conocer mucho respecto de la enfermedad, salvo por algunas referencias que los médicos le han dado pero que ya olvidó.

Concluidas las dos entrevistas, llevadas a cabo de manera separada, el equipo de psicopediatría propone e invita a participar de un taller en psicoeducación de diabetes para la niña y su madre -y abierto para otros integrantes de la familia-, el cual es aceptado oportunamente de buena manera por ellas.

6.1.2. Caso clínico de Martin:

A mediados del mes de agosto del año 2009, el niño Mariano, de 8 años de edad ingresa al servicio de pediatría del hospital debido a un desmayo y reiterados cuadros febriles en los últimos días.

El menor queda en observación luego de efectuarse los estudios de rutina. Los mismos arrojaron valores en glucosa que no se corresponden con los habituales para niño de su edad, por lo que se infiere que su organismo no está funcionando del modo correcto y esperable. Pruebas contrastadas días posteriores, dieron como resultado que el niño debutaba con diabetes miellitus tipo 1.

Se verifica en su historia clínica, que salvo ingresos de control, el niño no ha tenido ninguna entrada relacionada con los síntomas de esta enfermedad; por lo tanto Mariano queda internado en el Servicio de Pediatría.

Luego de una semana de internación, ante la pronta evolución y mejoría del cuadro, se le ha programado a su madre, Sandra, un turno a fin de concertar un encuentro con el servicio de psicopediatría del hospital. Tal como se había estipulado, la madre de Mariano concurrió a los consultorios externos a mediados del mes de septiembre de 2009. Días después, se la citó nuevamente pero acompañada de su hijo.

Los datos más significativos arrojados en la primera entrevista con la madre del niño, fueron los siguientes:

- No existen antecedentes en la familia respecto a la diabetes.

- La mujer actualmente vive en la casa de su madre, junto a ella y sus hermanos. Llevando a cabo sin pareja la crianza de sus tres hijos, siendo los mismos producto de padres diferentes. Refiere que su hija mayor de 10 años vive con su papá y la madre de éste, mientras su tercer hijo de 5 años, vive con ella. El padre de este último se encuentra en prisión no manteniendo contacto alguno.
- Menciona que Mariano, a diferencia de sus hermanos, se ha criado sin saber quién era su padre y que en los últimos tiempos al tener buena relación con el padre de su hermana, el menor se ha acercado a éste en busca de una figura paterna.
- El último día de internación, su madre le revela a Mariano que tiene un padre conocido por él, tratándose del hermano mayor del padre de su hermana al que siempre vio como un tío. Ante esta situación, el niño esboza el siguiente comentario: *“Me lo imaginaba”*.
- La madre de Mariano refiere haber estado en el último tiempo, bastante angustiada. Entiende que la diabetes que se ha manifestado en su hijo se debe a *“la mala vida”* que ha llevado en los años anteriores. A partir de unos meses atrás, por invitación de unos vecinos, se ha acercado a una Iglesia evangélica de su barrio y su vida ha cambiado, *“para bien”*, de un modo notorio.

Días más tarde se procedió a tener un encuentro con Martin para empezar a conocer las nuevas impresiones y sensaciones en torno a la diabetes.

- Martin se mostró tímido y callado en un primer momento, para luego entrar en confianza y comentar que le resulta incomodo inyectarse insulina (haciéndolo su madre).
- No menciona estar disconforme con la nueva dieta a la cual se está sometiendo, producto de la diabetes recién acaecida. Así mismo menciona que hay días en que no come como debiera, sino muchas *“porquerías”*.

- Mariano nunca tuvo conocimiento acerca de la diabetes, hasta tanto ser diagnosticado.
- En momento alguno se refirió a la “nueva” noticia, concerniente a su padre, quien hasta hace unos días lo consideraba su tío.

Tal como ocurrió con Fabiana, el equipo de psicopediatría invitó a participar de un taller en psicoeducación para diabetes tanto a Mariano como a su madre. La respuesta fue positiva, ayudando a la aceptación el reciente diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1.

6.2. ASPECTOS PREVIOS QUE SE CONSIDERARON AL COMIENZO DEL TALLER

Tal como afirma Ruesch (1980) proveer de información no es “educar”, la educación no tiene lugar hasta que los pacientes no utilizan esa información, o datos nuevos, que hasta ese momento no se poseían y hasta que no los ponen en práctica. Y la puesta en práctica depende de la adhesión que se consigue al tratamiento (medico, nutricional y actividades que se propongan en el taller).

Es importante destacar que los contenidos del taller estuvieron siempre supervisados por el servicio de nutrición del hospital y que al momento de diagramar los encuentros, el servicio de psicopediatría -siguiendo a Ruesch-, tuvo en cuenta los siguientes puntos con el objetivo de que todo lo aprendido tenga un efecto positivo en los niños:

- Regirse por la sencillez al momento de pedir un cambio de conducta.
- Respecto a esos cambios, que los mismos sean graduales y secuenciales.
- Discutir con Fabiana y Mariano las posibles dificultades en la puesta en marcha de propuestas que se le hiciesen y las posibles alternativas de solución.
- Las instrucciones fundamentales por escrito.
- Ser específicos en lo que se pida y justificar las razones por las cuales se solicita.
- Transmitir los beneficios de seguir las recomendaciones.
- Asegurarse que se han comprendido las instrucciones dadas.

6.3. EJES TEMATICOS DEL TALLER PISCOEDUCATIVO PARA LOS NIÑOS

- ¿Qué es la diabetes y por qué “tengo” diabetes? La insulina.

- La glucosa (índices normales y la hipoglucosa).
- Auto administración de la insulina y el autocontrol.
- La alimentación.
- El ejercicio físico.
- Repaso de los aprendido y sensaciones personales.

6.3.1. ¿Qué es la diabetes y porque “tengo” diabetes?

- Primer encuentro:

El primer encuentro se inició con la presentación de la jefa del servicio, Nora Gelassen, y de aquellos que irían a tener contacto con los menores en este taller, es decir una de las coordinadoras, Betsabe Barrera, y éste pasante. Seguidamente se procedió a explicarles, a Fabiana y Mariano , en qué iba a consistir el taller y de todos aquellos temas que iban a tratar y aprender. Se les entregó material (cuadernos) para escribir lo que consideren importante y todo aquello que se solicite que anoten.

Se mencionó, también, que no habría médicos que les efectuaran análisis ni pruebas de sangre, sino que por el contrario entre otras cosas se les explico que estaban allí para aprender cosas nuevas, para entender sobre lo que les había sucedido, por qué les ocurrió a ellos y qué hacer si tienen recaídas o malestares encontrándose solos. Se les remarcó algo muy importante que tuvo el servicio al momento de armar el taller: “estarían allí para formarse en diabetes jugando, que habría un clima siempre de buen humor y que no había necesidad de asistir si no querían hacerlo. Nadie los iba a obligar a venir al hospital”. Tanto Fabiana como Mariano tomaron la invitación con agrado.

Terminada la apertura se preguntó a los niños sobre cuánto sabían acerca de la diabetes, qué se acordaban de lo que habían hablado con los médicos, en sus casas y fundamentalmente de sus impresiones al momento de haber estado internados. La primera en hablar fue Fabiana, ella al haber sido diagnosticada hace dos años comenzó por nombrar los síntomas por los cuales se empezó a sentir tan mal. Mariano asintió coincidiendo en la mayoría de ellos.

Se prosiguió a explicarles brevemente y de forma didáctica mediante láminas que: “sobre la diabetes mielitus aún no se conoce exactamente cuál es el origen. Que habrían incidido factores heredados, hábitos alimenticios o algún virus del exterior”, al

mismo tiempo se dijo que “todos los alimentos que ingerimos significan energía para el cuerpo, y la glucosa será la que la procure. Para ello se requerirá de una sustancia llamada insulina. Aquel que padece diabetes no tiene insulina ya que un órgano llamado páncreas, cercano al estómago, funcionada de manera anormal.”

Se les preguntó a los chicos; “¿Cómo se consigue esta insulina que el cuerpo no puede fabricar?” a lo que respondieron correctamente “*Inyectándose todos los días insulina*”. Se mencionó, de forma breve los tipos de diabetes que existían, haciendo hincapié en el subtipo que ellos poseían es decir, la diabetes mielitus infanto juvenil. Esto dio el pie para explicar de qué se trata y qué es la insulina: “muchas de las diversas funciones que realiza el cuerpo se encuentran controladas por hormonas. La insulina es una hormona que se produce en el páncreas dentro de unas células especiales llamadas células beta. La insulina actúa como una llave que abre la puerta de las diferentes células del cuerpo para que la glucosa entre en ellas y así las células tengan energía para poder realizar sus funciones”.

Al terminar esa breve enseñanza se recalcó que uno de los logros del taller sería que la administración de la insulina sea puramente autónoma, o sin ayuda de un mayor. Es decir que sea un acto más en la vida de ellos, como por ejemplo “lavarse los dientes”. Al momento del suministro de la insulina, comenzarían a sentir un cambio profundo en su organismo, ya que esta sustancia tiene metas que lograr en sus cuerpos. Seguidamente se indicaron las funciones de la insulina, a saber:

- Permitir el paso de glucosa al interior de las células.
- Estimular el almacenamiento de glucosa en el hígado en forma de glucógeno (que es la glucosa pero en reserva).

Retomando los síntomas de la diabetes miellitus tipo 1, que había mencionado Fabiana al comienzo del encuentro, se expusieron los mismos en una pizarra de modo que los niños puedan identificarlos y explicar qué habían sentido con ellos, en qué momento fueron y si había sido luego de alguna actividad o emoción. Por lo que se describieron los siguientes síntomas:

- Dolor en el pecho y fatiga
- Aumento de la sed
- Muchas ganas de orinar

- Náuseas y vómitos
- Pérdida de peso amén del aumento del apetito.

Para finalizar se procedió a narrar un cuento metafórico en torno a la diabetes. Se los invitó a imaginar que: *las “células” del cuerpo son como casas pequeñas que llevan las personas dentro suyo, cada una de esas casas tiene una dueña que es la “glucosa”, pero esta señora -la glucosa- para entrar a su hogar si o si tiene que tener su llave, que es ni más ni menos que “la insulina”. Si la glucosa no entra a su casa para limpiarla, ordenarla y arreglarla cuando haga falta, día a día se vendrá abajo y en consecuencia aparecerá la diabetes. Por lo que esta señora (la glucosa) necesitará siempre su llave (la insulina) para entrar a su casa (la célula) y evitar estos desajustes.* Se les pregunto a los chicos si habían entendido el cuento a lo que contestaron que si, y Fabiana riéndose agrego; *“este consultorio podría ser como una célula, todos seríamos las glucosas y siempre habría que tener una llave a mano para entrar; sino todos estos libros estarían por el piso y las paredes descascaradas”.*

En algunas ocasiones luego de cada encuentro, con el servicio de psicopediatría, se diagramaron una serie de actividades para que Fabiana y Mariano hagan en sus hogares. Como ser aquí luego de esta jornada se les dio una “sopa de letras”, con temas alusivos a los tratados en este primer encuentro, ejemplo de ello es que tendrían que encontrar palabras como: insulina, glucosa, ejercicio, etc.

- ***Segundo encuentro:***

Con el fin de captar la atención de ambos y tener el humor como un gran aliado, se procedió a mostrar un cortometraje de dibujos animados de la Sociedad Española de Diabetes, “Carol tiene diabetes”; el mismo deja constado que la protagonista con los cuidados pertinentes puede llevar una vida normal como cualquier chico de su edad. Se finalizó el encuentro charlando acerca del film y de todos los conceptos que la película nombró y que se habían tratado en el taller. La siguiente actividad para el hogar sería un “crucigrama”, con pistas como por ejemplo: “Órgano que fabrica la insulina”.

6.3.2. La glucosa (índices normales y la hipoglucosa)

- ***Tercer encuentro:***

En esta tercera jornada y haciendo una nueva metáfora de modo de llegar a los niños de la forma más sencilla y simple posible (respetando, al mismo tiempo, una de las consignas que se trazaron al comienzo de este taller) se comenzó hablando de la glucosa y se explicó que “así como la gasolina es una sustancia fundamental para mantener el motor del automóvil en marcha, la glucosa es la principal fuente de energía para el cuerpo humano”; mostrando a Fabiana y Mariano la importancia de la glucosa, se les hizo ver que “todas las células del cuerpo necesitan energía para uno estar activo y mantener las funciones vitales -como el latido cardíaco, movimientos digestivos, respiración, temperatura corporal y los movimientos musculares- en constante y normal funcionamiento sin desordenes. De este modo se puede hacer todo lo que se quiera, sin que el cuerpo se empiece a sentir cansado.” Como se había enseñado en clases anteriores “la glucosa entra en el organismo con los alimentos transformándolos en nutrientes; con la digestión los alimentos transitan por el tubo digestivo y al llegar al intestino delgado, la glucosa pasa a la sangre y se encarga de transportar la misma al hígado (glucosa de reserva), al cerebro (funciones cognitivas) y a todas las células del cuerpo.” Todo este proceso se explicó con láminas de la anatomía del cuerpo humano.

Teniendo en cuenta la estabilidad de los valores glucemicos de Fabiana y Mariano -previo asesoramiento médico- y siguiendo los valores recomendados por la Asociación Americana de Diabetes (A.D.A) en niños mayores de 6 años, se les refirió a los menores que los índices a lograr por ellos serian los siguientes:

- Glucemia en ayunas: 90-130 mg/dl
- Glucemia a las 2 horas de las comidas: hasta 180 mg/dl
- Al acostarse: 90-150 mg/dl
- Durante la noche: >100 mg/dl

Se procedió a explicarles que cuando los niveles de la glucosa en la sangre están en 55 mg/dl o menos, se podrán empezar sentir síntomas que serán propios de algo que se llamara “Hipo = bajo - glucemia = glucosa en sangre “. Ese malestar dará las siguientes señales de alerta: sudoración, sensación de hambre brusca, debilidad, palidez, mareos, temblores, palpitaciones, irritaciones en el carácter y comportamiento.

“¿Qué deberían hacer en el caso de tener hipoglucemia en alguna oportunidad?”. Fue el siguiente punto –tan importante por cierto a tratar-, y anotando en forma visible en el pizarrón se les refirió que sí o sí “hay que COMER AZÚCAR”, mediante:

- 2 ó 3 terrones de azúcar, (15 gr.) que equivaldrían a caramelos;
- un vaso de jugo frutas exprimido (150 ml) o bebida cola (no dietética) o;
- entre 3 y 5 galletitas dulces.

La nueva actividad solicitada a Fabiana y Mariano, fue y tuvo especial relación con los contenidos del encuentro próximo; sería el de intentar controlarse por ellos mismos y medir sus niveles de glucosa al levantarse y luego de ingerir el desayuno. Como así también describir en sus cuadernos alguna sensación diferente que pudieran experimentar luego de haber comido e inyectado la respectiva dosis de insulina.

6.3.3. Auto administración de la insulina y el autocontrol

- Cuarto encuentro:

Retomando conceptos que se habían mencionado en la semana anterior, para esta cuarta jornada se tocarían temas que harían ver el éxito de este proyecto a futuro, cuestiones que hacen al espíritu del taller al momento en que se diagramó el mismo. Es decir, que los niños puedan por sí mismos incorporar la rutina de inyectarse insulina llevando a cabo el correspondiente control de sus niveles de azúcar. Es importante saber que Fabiana sabe inyectarse por sí misma, en cambio Mariano presenta temor en pincharse, haciéndolo siempre su madre ya que ha transcurrido poco tiempo de su diagnóstico. Al ser dos puntos -la auto administración y autocontrol- que aún no estaban consolidados en la vida de ambos niños, se comenzó hablando de la insulina y la manera práctica para su inyección. Por lo que a continuación se prosiguió mencionando que ésta posee tres características muy importantes, previa incorporación al cuerpo, a saber:

- *El comienzo de la acción:* es el tiempo que tarda la insulina en llegar al torrente sanguíneo y comenzar a reducir los niveles de glucosa en la sangre.
- *La acción máxima (pico):* donde la insulina alcanza su potencial máximo en lo que respecta a la reducción del nivel de glucosa en la sangre.
- *La duración:* aquí la insulina continúa reduciendo el nivel de azúcar en sangre.

Manejando estas particularidades de la insulina, por ejemplo se podrá saber qué comer, en qué momento realizar actividad física, entre otras cosas. A propósito, Fabiana trajo a colación que hace dos semanas ella estaba en el colegio y en un recreo sitio desvanecerse. Más tarde entendió que lo ocurrido tenía relación con la insulina que se había auto suministrado en su casa, que la misma estaba mermando en su cuerpo y no existía, en consecuencia, equilibrio entre el esfuerzo físico realizado y la energía que su cuerpo demandaba. Por lo que aconteció una hipoglucemia. Trayendo una analogía utilizada en otro encuentro, Fabiana agrego: “*Ah, entonces me quede sin nafta, ¿no?*”.

Al ser dos casos dispares los de Fabiana y Mariano, no tendrían la misma cantidad de dosis y tipos de insulina (rápida y lenta absorción en sangre) a administrar. Condicionan en esta situación: peso, alimentación, ejercicio físico (cantidad) que realicen y desde ya los valores glucemicos particulares. Se les explicó diferentes ítems que tendrían que conocer y tener siempre en cuenta al momento de inyectarse.

La insulina se debe inyectar en zonas donde exista tejido adiposo y no en regiones musculares, ya que en este caso la insulina no cumpliría su función. Los sitios recomendados por la Asociación americana de diabetes (A.D.A) son:

- Nalgas: Parte superior y externa. Es el lugar más recomendado para las insulinas de acción lenta ya que es el lugar donde la insulina se absorbe más despacio.
- Muslos: Zona anterior y lateral-externa. Para insulinas de acción lenta.
- Brazos: Zona externa-superior de los brazos. Insulinas de acción rápida.
- Abdomen: Insulinas de acción rápida. Es el lugar donde la insulina se absorbe más rápidamente.

Encontrándose diferentes medios para llevar a cabo la inyección como: jeringas, lapiceras con aguja, bombas de insulina, y al coincidir Fabiana y Mariano que ambos poseían plumas o lapiceras, se procedió a explicarles la siguiente técnica (ésta sería mencionada, también, a sus madres):

1. Lavarse las manos con agua y jabón.
2. Colocar una aguja nueva.
3. Eliminar una pequeña cantidad de insulina (viendo su vencimiento) asegurándose que la misma colme toda la aguja y ésta quede sin aire.

4. Cargar la pluma con la dosis de insulina que se ha de administrar.
5. Tomar la pluma y con la otra mano hacer un pellizco en la zona a inyectar.
6. Inyectar verticalmente si hay mucha grasa o la aguja es corta. De lo contrario se inyectará inclinado.
7. Soltar el pellizco y contar de 5 a 10 segundos antes de retirar la aguja.
8. Rotar la zona de aplicación, a fin de que no aparezcan nódulos de grasa o callos.
9. Y se les remarcado lo siguiente a la vez:

- Si la aguja está gastada, dolerá el pinchazo. Fabiana asintió diciendo “*Yo usaba la misma muchas veces, ¡con razón!*”
- Nadie debe tocar las agujas que se usarán. Solo deberá tener contacto con la piel siempre limpia de cada uno.
- Cuando se guarde la insulina, no hacerlo en la heladera ni dejarla al sol. Tanto caliente como fría dolerá muchos más que conservada a temperatura ambiente. Mariano contó que su madre guardaba sus dosis en la heladera y que a partir de ahora le iba a decir que no lo siga haciendo de ese modo.

- ***Quinto encuentro:***

Para esta semana se planificó una cuestión relacionada con lo dado el encuentro anterior, como es el autocontrol en los niveles de glucosa.

Se les refirieron las siguientes ventajas que posee el control: “permite conocer el nivel de glucosa inmediatamente, disminuyendo de esta manera el riesgo de hipoglucemias importantes (recordando aquí el ejemplo mencionado por Fabiana ocurrido en el colegio la semana anterior)” y también que, “conocer los niveles de glucosa en los diferentes momentos del día permite estar más seguros y tener sensación de control sobre la enfermedad.”

Consultando a los especialistas del hospital, se constató que es necesario el monitoreo de los niveles de azúcar a las dos horas después de las ingestas así como durante la noche. A la edad pediátrica se necesita la realización de 6 a 7 controles de glucemia al día. Cuantas más pruebas se realicen, mejor será el control metabólico.

Se les explicó que, “antes de realizar los controles es importante lavarse bien las manos con agua caliente y jabón. Es primordial que no queden rastros de azúcar en las manos ya que esto podría darnos una lectura errónea del control realizado en ese momento”. Si el pinchazo se realiza en el dedo “se hará en la parte lateral de la última falange, evitando las yemas de los dedos que es la zona más dolorosa”. El dolor se puede disminuir “presionando la zona que se va a pinchar con el dedo opuesto de la mano”. Al hablarles sobre las cintas reactivas, que son las que permiten llevar el correspondiente control, se les refirió que “son cintas utilizadas para la colecta de sangre que; llevada al medidor digital verificará la intensidad del color de la tira y traducirá, mediante una lectura electrónica, la cantidad de glucosa en la sangre.

Al finalizar este quinto encuentro, se les encomendó aplicar de manera detallada y organizada la técnica enseñada de administración de la insulina paso por paso para comentar en el encuentro siguiente los resultados obtenidos. Se les entregó al mismo tiempo, pequeñas láminas del cuerpo humano marcando las zonas del cuerpo donde inyectarse. Luego de la autoadministración, ellos, tendrían stickers para pegar en estos gráficos de manera que vayan rotando los lugares de aplicación.

6.3.4. La alimentación

- Sexto encuentro:

Comenzando el sexto día de taller, se retomó la actividad encomendada la última semana respecto a la nueva técnica para la autoadministración de la insulina. Tanto Fabiana como Mariano, la habían puesto en práctica con diferentes experiencias. Por el lado de la niña; “*Le di más importancia al pellizco; había veces que no me agarraba tanta grasa y me podía doler mas*” refirió, mientras que Mariano dijo; “*yo le dije a mi mama de los pasos y los empezó a hacer como habíamos anotado en el cuaderno*”, y fue importante “*ella ahora siempre se lava las manos, antes por ahí no lo hacía*”.

Prosiguiendo con los temas pautados en la jornada, la cuestión a tratar era la alimentación, por cierto uno de los basamentos primarios a la hora de encarar un tratamiento luego de tener un diagnóstico en diabetes infanto juvenil. Es importante

rescatar aquí, que este punto del taller -así como otros conceptos- fue debidamente asesorado por los nutricionistas y diabetólogos del hospital que atendían a los niños.

Lo primero que se realizó fue la introducción de la cuestión central que tendría esta área temática del taller, es decir: los nutrientes y las diferencias en su funcionamiento. Se les explicó “que los alimentos se encuentran en la naturaleza y son los que nos proporcionan los nutrientes”, se recalcó de forma precisa y clara que el tener diabetes no los limita a comer determinados alimentos, sino que se necesita de todos. “Un alimento no puede aportar todos los nutrientes esenciales, por eso es necesario hacer una dieta equilibrada”. En este sentido cada nutriente tiene una función biológica distinta, hay sustancias que proporcionan energía como son los hidratos de carbono, grasas y proteínas, mientras que otras permiten un buen funcionamiento del organismo (vitaminas y minerales). Fue facilitador para el taller que los niños hayan visto en el colegio –así sea en una rápida instancia- varios de estos conceptos, por ejemplo dijo Fabiana “*Estas cosas las vi en ciencias naturales y biología de este año*”, y agregó Mariano: “*este año tuvimos un taller en la materia Educación para la Salud y hablamos de las proteínas y esas cosas*”.

Seguidamente se prosiguió a explicarles, mediante láminas gráficas, los grupos de alimentos y cuáles son lo que contienen los mejores de aquellos nutrientes que se mencionaban para tener una dieta equilibrada. Se les preguntó si recordaban haber visto y estudiado en el colegio una pirámide escalonada de alimentos; ambos niños en forma conjunta dijeron un “¡sí!” con total seguridad. Esta misma pirámide se les mostró para enseñarles que “habrá un grupo de *Alimentos* llamados *plásticos* donde sus componentes principales son proteínas de origen animal o vegetal y minerales, en el cual se encuentran: la leche, yogurt y quesos; las carnes, pescados y huevos; y las legumbres, frutos secos y cereales. Habrá otro grupo denominado *Alimentos reguladores* ya que controlarán los procesos metabólicos del sistema digestivo. Aquí estarán las verduras y frutas frescas; lácteos y huevos. Finalmente se encuentra, un tercer grupo llamado *Alimentos energéticos*, donde sus principales componentes son los hidratos de carbono y grasas que proporcionarán energía. En este grupo se encuentran: aceite y grasas, frutos secos, cereales (arroz, harinas, pasta, pan), azúcar, miel, chocolates y dulces”. Se dijo que si bien habrá grasas que no son apropiadas comer por su diabetes, tampoco habría que dejarlas de lado ya que como se les explicó, forman

parte de aquellas comidas que darán energía al cuerpo; “¡la nafta para andar como un auto!” agrego de buena manera Mariano. A su vez Fabiana interrogó: “¿cuáles son las comidas de esos tres grupos que nos hacen subir el azúcar?”, consulta que sirvió de buen modo para esquematizar, por medio de un cuadro sinóptico, tal inquietud:

- Los que no suben el azúcar: bebidas sin azúcar, carnes, huevos, quesos sólidos, manteca, aceites.
- Los que suben poco y moderadamente el azúcar: la leche, yogurt diet, quesos untables, verduras y hortalizas, las pastas, arroz, frutas frescas y secas.
- Los que suben mucho el azúcar: pan, galletitas, miel, mermeladas, golosinas y bebidas con azúcar.

Finalmente al terminar el encuentro se les dio la actividad para la próxima semana; una grilla dividida en cuatro columnas: desayuno, almuerzo, merienda y cena, para que ellos mismos la completen en sus casas. Esta tarea tendrá la intención de contrastar -luego- los alimentos ingeridos por ambos y que cuenten cómo es que se come en sus casas, es decir si sus familiares los acompañan en el menú. También, se entrego una planilla lúdica, para completar, referente a los tipos de alimentos mostrados.

- **Séptimo encuentro:**

Con las diferencias en las dietas, respecto a la actividad dada en la sexta jornada, se comenzó el presente día. El resultado de las grillas entre ambos no varió en demasía; ya que por la mañana ambos tenían una infusión de té o mate cocido con edulcorante, colación de yogurt a media mañana y una comida de plato principal acompañada, siempre, por verduras y frutas de postre al mediodía. Donde habría diferencias sería en la merienda, ya que Mariano no siempre la ingiere, y aquí se trajo la cuestión de la hipoglucemia tratada en días anteriores y los peligros que tenía pasar por alto una infusión de media tarde (la merienda de Mariano sería tratada con su madre en otro encuentro). Otra cuestión en que la que no coincidieron sería en la cena, ya que según lo anotado en su grilla y contado por Mariano, a la noche están todos sus primos comiendo con él, por lo cual su madre y abuela cocinan muchas frituras lo que hace que, en no pocas oportunidades, él tenga que comer también “*papas fritas*”, “*milanesas fritas*” y demás comidas con alto contenido graso. Diferente es la situación en la casa de Fabiana

donde todos comen el mismo menú y la acompañan, casi todos los días de la semana, en su dieta. Ella refirió al respecto, *“mis hermanos son unos genios, comen verduras y frutas como yo y no se quejan a mi mamá”*.

Seguidamente, se trató un tema de por sí significativo en lo que respecta a la alimentación de cualquier chico como son la ingesta de golosinas y dulces. Es decir, si bien los padres en sus casas podrán tener un cierto control con los mismos no será así cuando los chicos estén en el colegio, en el barrio con otros amigos, en un cumpleaños y demás circunstancias. Así se comenzó explicándoles que comer caramelos, chocolates y helados debería estar limitado tanto en los niños con diabetes, como en aquellos que no tienen su malestar. Lo que aprenderían de los dulces en el día, podrían contárselo a otros compañeros, es decir que cuenten que la excesiva ingesta de estos alimentos puede producir, entre otras cosas: caries en las piezas dentales, dolores de panza y cabeza, aportar calorías y conllevar un aumento rápido de peso innecesario.

Mediante sencillas muestras que pueden encontrar en la vida cotidiana, se explicitó la relación que ellos podrían tener con las golosinas, grasas tipo “snack” y demás “tentaciones”. Cuando se consumen estos alimentos hay que corregir las cifras de glucemia en sangre ajustando la dosis de insulina a la cantidad de alimento ingerido según los índices de azúcar previos. Por ejemplo:

- Para ir conociendo los niveles glucémicos que cada uno produce y tener referencias para no sobrepasarse, en el caso de comer caramelos y golosinas, medirse la glucosa a la media hora de haberlas consumido. Si la ingesta es de helado o tableta de chocolate, la medición de glucosa se debe realizar a la hora y media, y si se comen “snaks” el control se hará a las tres horas de la ingesta.
- Si se está en un cumpleaños y habría para comer cosas de copetín saladas, no ingerirlas en exceso. Tener en cuenta el menú dulce también, como por ejemplo una porción de torta que seguramente darán ganas de degustar al final.
- Si se está por hacer ejercicio físico, tener en cuenta que algunos alimentos tienen una absorción rápida y otra más lenta en el organismo. Con lo cual si se ingiere un alimento de repostería donde el azúcar se absorberá rápidamente al realizar una actividad como correr en exceso, luego el índice glucémico se perderá y se

correrá el riesgo de padecer hipoglucemia. Mejor sería consumir un alimento de absorción lenta como una pasta y el cuerpo se asegurará de tener reservas para gastar en un determinado ejercicio físico evitando recaídas. Este no fue un tema menor ya que los dos chicos tuvieron malestares por esta cuestión.

Al terminar este séptimo encuentro se procedió a leer entre todos un cuento llamado “*¿Estoy sano? Aprender sobre alimentación y actividad física*”. En el mismo se muestra cómo es la relación de un protagonista con los alimentos que consume diariamente, qué es lo que le hace bien, aquello que lo perjudica y demás cuestiones. Tanto Fabiana como Mariano se sintieron identificados cuando en un capítulo aparecían un grupo de amigos, y había quienes no podían comer carne por ser vegetarianos; otros, algún alimento porque la religión no se los permitía y finalmente otros que no podían comer tantos dulces por tener diabetes, “*la chica pelirroja que aparece ahí, sería yo*”, agregó riéndose Fabiana. La actividad del libro, y en especial este capítulo, dio pie para charlar de forma amena y distendida sobre cómo sería contar a sus compañeros que ambos tienen diabetes mellitus tipo 1.

6.3.5. El ejercicio físico

- Octavo encuentro:

Al encontrar la alimentación con la actividad física una temática de por sí emparentada, se intentó diagramar una clase asociativa con los datos y conceptos aprendidos en las dos últimas semanas. Se les explicó a ambos sobre todos los beneficios que tendrían llevando un plan físico adecuado a su edad. Obteniendo ventajas a corto plazo, tales como la reducción de los niveles glucémicos y la disminución de las necesidades de insulina; también beneficios a largo plazo en la adultez, sobre la actividad cardiovascular, el peso, el control metabólico de las grasas, el aumento de la fuerza muscular, la flexibilidad y la sensación de bienestar.

Fue importante mencionarles que “durante el ejercicio se liberan los depósitos de glucógeno de reserva que el hígado posee, agotándose rápidamente, por lo que existe mayor riesgo de hipoglucemia”. Para evitar esta situación, “se debe mantener un aporte de carbohidratos durante y después del ejercicio”, calculando de 10 a 15 gramos de

carbohidratos por cada treinta minutos de ejercicio. Se les dieron algunos ejemplos prácticos: “jugos de frutas naturales, gaseosa no dietética, caramelos o similar fuente de azúcar.”

Se mencionaron aquellos ejercicios físicos recomendados para que puedan mantener los mejores índices glucémicos. Estas actividades luego serían facilitadas a sus respectivos profesores de educación física para que puedan diagramar los respectivos planes a realizar en el colegio. Por lo que los deportes aconsejados serían: los aeróbicos en los que intervienen grandes grupos musculares a una baja y sostenida resistencia, contribuyendo al incremento de las demandas energéticas, “como caminar, correr, y andar en bicicleta”; estando más desaconsejados los anaeróbicos realizados en situación de falta de oxígeno, característico de los ejercicios de alta intensidad y corta duración. Otras recomendaciones dadas a los niños -y siguiendo el asesoramiento de los diabetólogos y nutricionistas del hospital- , fueron:

- No hacer ejercicio en horas de temperatura máxima.
- No hacer ejercicio solo.
- Disponer de suplementos de hidratos de carbono y beber abundante líquido. (agua, jugos frutales y caramelos).
- Hacer controles de glucemia antes y después del ejercicio (con la ayuda de la maestra o profesor de educación física).
- Inyectar la insulina en el abdomen (llegada más rápida).
- El ejercicio debe ser programado, progresivo y preferentemente aeróbico.

Importante fue la intervención de Fabiana en este sentido cuando consultó, “¿entonces puedo hacer todos los ejercicios en el cole, igual que mis compañeros?”, a lo que se le respondió que no habría ningún impedimento siempre y cuando lleve a cabo algunos de estos cuidados. Fue reconfortante haber escuchado esa contestación ya que Fabiana con gran alegría completó “¡ya la voy agarrar a mi profesora!, le voy a llevar todas estas cosas anotadas y, guay, si no me deja hacer las mismas cosas que los demás”.

6.3.6. Repaso de lo aprendido y sensaciones personales

- **Noveno encuentro:**

Al ser éste el último encuentro, los coordinadores del taller en un primer momento agradecieron a Fabiana y Mariano, por la atención puesta en este proyecto, por las ganas de venir cada día y por la excelente predisposición en llevar a cabo todas las actividades que se le pedían. Luego se explicó que la novena jornada giraría en torno a despejar todas las dudas sobre los temas aprendidos y finalizar contando, si así lo preferían, cómo se habían sentido en el transcurso del taller. Para ayudar y resultar disparador de alguna consulta, se pensó en escribir sobre cartulinas preguntas sueltas en torno a la diabetes, recortar cada una de ellas y ponerlas en una caja. Alternadamente todos iban a sacar alguna y con la ayuda conjunta se contestarían. Se ideó de este modo distendido, para que no resulte semejante a un examen.

Por ejemplo, Fabiana (siempre más desinhibida que Mariano) fue la primera en acercarse a la caja y sacó la primera pregunta “¿la diabetes nos puede afectar a cualquier edad?”, a lo que la niña apresurada contestó que “*si, a cualquier edad puede aparecer la diabetes, a mi abuelo le pasó de grande pero a mí de chiquita*”, se le preguntó a Mariano si quería comentar algo al respecto, y no fue nada desacertado al decir “*igual, no importa que no tengas un familiar que la haya tenido, en mi casa no hay nadie con diabetes*”. Luego fue el turno del niño, y la pregunta fue la siguiente: “¿puedo comer de todo?”, donde primero pensativo y luego decidido contestó: “*si, pero. ¡No todo!*”; en seguida Fabiana lo interrogó “*decidite Mariano, ¿sí o no, podemos comer lo que queramos?*”, el niño ahora no sería tan ambiguo en su respuesta y afirmaría “*podemos comer de todo, pero no pasarnos; si antes me comía tres alfajores en el día, con uno estaría bien ahora, ¿no?*”, a lo cual se lo felicitó por lo bien que había intervenido. Más tarde sería éste pasante en sacar una pregunta de la caja; “¿Por qué los diabéticos se tienen que inyectar insulina?”, no tardaron los dos niños de modo conjunto en afirmar que su páncreas no funcionaba del modo correcto para producir como se debería la insulina y que por ese motivo tenían que hacerlo de manera constante y diaria. Más tarde, Fabiana agregaría en tono jocoso “*un bajón, pero bueee....no queda otra*”. Entre otras preguntas que se fueron contestando fue importante cuando uno de los niños sacó la siguiente: “¿Tengo que llevar una vida diferente a la de los demás chicos?”, sin dudas, un interrogante que se haría cualquier persona, y más aun un chico que comienza con una enfermedad crónica. Con lo cual se recalcó que sería mejor dejar en claro que tanto Fabiana como Mariano lleven una vida “normalizada” y no “normal”, ya que si

bien es cierto que inyectarse insulina no es normal, ellos podrían llevar una vida igual a la de sus amigos. Bueno fue el ejemplo que trajo Mariano: *“como la peli de Carol que habíamos visto aquella vez, ¿no?”*, felicitándolo más tarde por su correcta idea.

Finalmente el grupo coordinador intervendría y completaría este encuentro final, preguntando a los chicos si querían agregar algo o contar como se sintieron durante todo el taller. Llamativamente, por ser el más tímido, Mariano fue el primero en decir que el curso lo había ayudado a tranquilizarse en saber que la diabetes no era contagiosa agregando *“tenía miedo que mis amigos no jueguen mas conmigo”*. Sobre su mejor amigo contó: *“cada vez que jugamos a la pelota, Joaquín me pregunta si mi mamá me mandó la botella de agua, ¡es un grande!”* a la vez dijo *“estuvo bueno venir acá. ¡Nada que ver con el cole!, pensé que me iban a tomar prueba y esas cosas”*.

Por su parte Fabiana contó que se había enojado mucho cuando se trató el tema de la *educación física*, ya que su profesora no la dejaba hacer las mismas actividades que sus compañeros, lo que producía que sus amigos la vean siempre como un *“bicho raro”*, la perciban débil y en no pocas oportunidades la dejaban de invitar a salidas por considerarla que estaba enferma. Por esta cuestión, relato la niña, solo a un par de amigas le había contado sobre su diabetes y les hizo prometer que no se lo cuenten a ningún compañero del curso; y más aún a los chicos varones (preocupación que su madre ratificaría, también, más tarde). Finalmente la niña concluyó con un comentario de por sí significativo, *“yo tenía mucho miedo de venir a este curso, estuve muchas veces internada y le había agarrado miedo al hospital y a los médicos. Nunca hablaba con nadie y estaba siempre callada en la sala de internación, me agarraba bronca, no hacía lo que los doctores me decían y me ponía a llorar después. Por eso nunca quería venir a revisarme para ver como andaba. Pero ustedes se reían siempre enseñando todas estas cosas y fue más fácil, para mí, de esa manera entender las cosas, ¡gracias!”*.

Seguidamente, y terminando el encuentro, la jefa del servicio -Nora Gelassen- pediría un aplauso para todos y en especial para Fabiana y Mariano.

6.4. RECURSOS PARA LOS PADRES BRINDADOS EN EL TALLER PISCOEDUCATIVO

6.4.1. Primer encuentro con los padres de los niños

Como se mencionara en otro apartado, este taller tendría la modalidad que cada cuatro encuentros con los niños, uno sería con los padres. Explicada ya la situación de la figura paterna, de Fabiana y Mariano, al presentar cada caso; concurrirían a estos encuentros sus madres (Claudia y Sandra respectivamente). Los coordinadores del taller explicarían a ellas que en un primer encuentro se tocarían los temas que les preocupan de sus hijos en torno a la diabetes, la adherencia al tratamiento, como también otros recursos para ellas, sus familias, como también para el colegio al cual concurren los chicos.

Más tarde se trató de contextualizar el momento del diagnóstico en el cual Fabiana y Mariano se encontraban. Empezando por la niña se mencionó a su madre que se puede hablar de un tiempo de pre-adolescencia en el que le tocó empezar a convivir con su diabetes. Período éste, en el que adquiere mayor importancia el aspecto social, el sentirse “igual a sus pares”. Agregaría Claudia, *“ese fue un miedo muy grande en ella, es la edad que ya empiezan a fijarse en los chicos y los noviecitos, siempre le preocupó que los varones no la miren o no le den bolilla por su enfermedad.”* Los puntos frágiles a trabajar en el taller para la niña serían:

- La diabetes y el contexto social para desenvolverse con la misma.
- La adherencia al tratamiento, en relación a la dieta (vale remarcar que muchas de las recaídas de la niña se debieron a la mala alimentación).

Luego fue el turno de Mariano, donde se le refirió a su madre, Sandra, que el momento de su diagnóstico no deja de ser particular; “a los 8 años un niño se da cuenta perfectamente de que algo ocurre con él. Ya que no solo siente los síntomas que en su cuerpo se manifiestan, sino que percibirá -también- lo que se ha generado a su alrededor con la reciente noticia de su enfermedad. Por lo que habrá que evitar que el diagnóstico suponga una tragedia en la familia”. Su madre comentó que sus miedos fueron mermando y la tranquilizó saber acerca de la existencia de este taller. Sus principales

dudas e inquietudes giran en torno a que Mariano tiene días que no quiere inyectarse su insulina, teniendo que obligarlo por la fuerza, o bien que el niño sea “*medio vago para comer verduras*”; y agregó a la vez, “*hay veces que no quiere comer a la tarde su merienda, con lo cual llega con mucho hambre a la noche donde están mis sobrinos y no se come tan sano como se debiera para la dieta de Martin. Se cocinan frituras y él las come*”. Se ha señalado para trabajar, durante el curso, los siguientes puntos débiles del niño:

- La inestable rutina para inyectarse la insulina y controlar sus niveles glucémicos.
- La dieta poco equilibrada en nutrientes que ingiere.

Para ir concluyendo este encuentro se mencionó, tanto a Claudia como a Sandra, que sobre aquellos puntos que habían nombrado como más preocupantes para sus hijos, haría foco este taller. Seguidamente se les facilitaron tres tipos de folletos explicativos:

- Uno sería “*Diabetes para la escuela*” (perteneciente a la Asociación para el cuidado de la diabetes en Argentina, CUI.D.AR) para que lo hagan llegar a los directivos y docentes de los colegios donde concurren Fabiana y Mariano. Allí se podrían encontrar los siguientes temas: Recomendaciones, generales, qué es la hipoglucemia, sus síntomas y qué hacer en el caso que el chico se descomponga. El folleto finaliza con la siguiente recomendación “*Un niño con diabetes debe ser tratado como los demás*”.
- Otro folleto llamado “*La alimentación, una clave para mantenerse saludable*”, relacionado con la alimentación que deberían seguir los niños para tener una dieta equilibrada en: frutas, verduras, almidones, carnes, lácteos y cereales.
- El último tríptico facilitado a las madres de los niños fue “*¿Cómo contar hidratos de carbono?*” éste contenía de forma sencilla y esquemática una tabla que mostraba la cantidad de hidratos de carbono que posee cada alimento para guiar a cada familia al momento de diagramar una comida, cómo realizar por ejemplo una cena con todos los nutrientes de la forma más equilibrada posible.

6.4.2. Segundo encuentro con los padres de los niños

Este segundo encuentro con las madres de Fabiana y Mariano, se diagramó en dos secciones. La primera parte se les informaría a Claudia y Sandra del amparo legal que tienen sus hijos. Que existe una ley, la 23.753 y su decreto reglamentario 1271/98; los cuales garantizan la cobertura de los medicamentos, insumos y elementos necesarios para el adecuado control de la diabetes. Entendiendo que por más pobre condición económica y lugar del país donde se encuentren siempre que requieran y necesiten insulina o cintas, cualquier institución o establecimiento público sanitario deberá proveérselo. Al desconocer ambas la existencia de esta ley se les facilitó la misma y se procedió a leer y comentar en conjunto los principales artículos que podrían importar aquí. Como ser dentro de la ley 23.753:

- Artículo 1º: El Ministerio de Salud y Acción Social dispondrá a través de las áreas pertinentes, el dictado de las medidas necesarias para la divulgación de la problemática, su tratamiento y *adecuado control*.

Referente al decreto 1271/98, los siguientes artículos:

- Artículo 3º: La Autoridad de Aplicación dispondrá a través de las distintas jurisdicciones las medidas necesarias para *garantizar a los pacientes con diabetes el aprovisionamiento de los medicamentos y reactivos de diagnóstico para autocontrol que se estimen como elementos indispensables para un tratamiento adecuado*.
- Artículo 4º: El aprovisionamiento de medicamentos y demás elementos será financiado por las vías habituales de la seguridad social. Quedando a cargo del área estatal en las distintas jurisdicciones el correspondiente a aquellos pacientes carentes de recursos y de cobertura médico social.
- Artículo 5º: *EL MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL instará a las distintas jurisdicciones a lograr la cobertura del CIEN POR CIENTO (100) de la demanda en el caso de la insulina y demás elementos necesarios afines.*

Por otro lado, en relación a los recursos que podrían ayudar de buena forma a lo que un diagnóstico en diabetes mellitus se refiere, se confeccionó siguiendo al especialista en diabetes Murillo Moreno, la siguiente lista de consejos:

- *Los padres como figuras principales:* Las actitudes de los padres son fundamentales para favorecer el auto cuidado del niño, de modo que éste perciba que se lo valora independientemente del tener diabetes.
- *Aprender a ser flexibles:* El niño debería poder comer un dulce o correr en la plaza si le place. Sólo se necesita que se le ayude a elaborar un plan para manejar situaciones que podrían ser inesperadas.
- *Buscar apoyos en los grupos de iguales:* Es decir, otros padres de niños con diabetes. Estos contactos tienen la facultad de brindar un tipo concreto de conocimientos fruto de la propia experiencia.
- *Compartir la carga del tratamiento:* Como Claudia y Sandra son las que llevan la totalidad de la carga del tratamiento, sería recomendable para la mejor evolución de la enfermedad, que se involucre la totalidad de la familia.
- *Respecto a los chicos y su rutina previa:* Que continúen realizando las mismas actividades que practicaban previo al diagnóstico, para así normalizar la nueva situación y distraerse ante los pensamientos obsesivos que puedan surgir acerca de la enfermedad (este consejo se le ha dado de sobremanera a la madre de Mariano, quien debutó recientemente con diabetes mellitus tipo 1).

Finalmente se les dio para reflexionar un consejo, propio de Murillo Moreno (2000): *“Querer al hijo significa enseñarle a vivir con su diabetes con la mayor normalidad posible, para que pueda ser un niño como otro cualquiera y se sienta querido y feliz.”*

Se concluyó esta jornada con una invitación -hacia Claudia y Sandra- para un último encuentro, donde se tratarían todas aquellas preocupaciones que habían manifestado como más preponderantes al principio del taller y ver los cambios que se hayan producido a través y al finalizar el mismo.

6.4.3. Tercer encuentro con los padres de los niños

Tomando como referencias los puntos débiles que veían ambas madres en sus hijos, en lo que respecta a la adherencia del tratamiento tanto al comienzo como al final del taller, éste tercer encuentro tendría como prioridad tratar aquellas cuestiones que preocupaban no solo a ellas sino también a sus hijos.

En cuanto a Fabiana, éste taller se propuso mejorar los siguientes temas:

- *Los temores de Fabiana de venir al hospital para sus controles periódicos:* Se podría decir que la gran ayuda para la niña, aquí, fue saber que su diabetes puede tratarse y hablarse también con humor -como se hizo en el taller-; que el médico estará también para ayudarla cuando ella lo necesite. La madre, a propósito contó que le decía en tono de chiste a la niña *“Bueno, pero si nos cuidamos, van a ser menos la veces que tengas que ver al médico, así que a ponerse la pilas”*. Se trata de un importante punto el que se ha trabajado aquí, ya que a lo largo de su vida, no serán pocas las veces que Fabiana vea un medico para el control de su diabetes.
- *La diabetes y el contexto social para desenvolverse con la misma:* Relató la madre de Fabiana una anécdota al respecto: *“Cuando Fabi se enteró que podía correr y saltar como sus compañeros, le llevó a su profe de educación física lo dado por ustedes en el taller y le dijo que nunca más la deje sentada; ¡es tremenda!”*, también agregó que *“de a poco Fabi contó, por ella misma, a sus mejores amigos que tenía diabetes”*. Según su madre, Fabiana no le dio mucha importancia al tema de que los varones lo sepan también. Se destaca este logro, debido a la importancia que posee lo social y vincular en un adolescente como Fabiana.
- *La adherencia al tratamiento, en relación a la dieta:* Fue un tema no menor para Claudia, ya que entendió que la alimentación es un pilar del tratamiento y que muchas de las recaídas de Fabiana se debieron a que no se comía como corresponde. Ella lo evidenciaría con un ejemplo: *“me acuerdo que una vez con Fabi internada, vino su tía a verla, trajo facturas y le convidamos a Fabiana. Hoy todos comemos lo mismo que ella, la acompañamos en todo y siempre hay verduras y frutas en casa. A la vez estoy contenta porque sus hermanos no rechazan estas comidas”*. Aquí se ha reforzado positivamente desde un primer

momento a Claudia; el hecho que toda la familia coma siempre el mismo menú que Fabiana. Se hizo ver, la importancia que significa que la niña pueda percibir el compromiso de sus seres queridos para con ella en este sentido.

Por el lado de Mariano, los puntos a trabajar y mejorar fueron:

- *La inestable rutina para inyectarse la insulina y controlar sus niveles glucémicos:* Esta fue una de las metas a lograr por el taller, es decir que Mariano pueda mejorar su independencia y llevar un mejor control de su diabetes. Sandra conto una experiencia al respecto, *“un día salíamos para el colegio, y lo veo a Martin que se estaba por inyectar en la pierna, le pegue tal grito que hoy lo debe estar aturdiendo; pero también en ese momento me dijo que quería hacerlo él solo. Le enseñé que en esos lugares no se podía pinchar, a lo que me contestó que recordaba que en el taller había aprendido que tenía que hacerlo donde se puede agarrar un pellizco de grasa y nos reímos mucho, después”*. En el día de hoy, el niño puede inyectarse por sí mismo en los brazos, no le resulta tan fácil hacerlo en el abdomen pero lo intenta. Respecto a los controles de glucemia, al ser aún el pequeño, los médicos le aconsejan a la madre que lo siga haciendo ella.
- *La dieta poco equilibrada en nutrientes que ingiere:* Dentro de la dieta de Mariano había dos puntos importantes a mejorar; que coma su merienda y que la cena sea más rica en nutrientes. La madre relataría que la comida de media tarde, de a poco la está ingiriendo con mayor asiduidad y hay veces que tiene que usar el juego de *“premios y castigos”*, es decir si no toma la leche a la tarde no sale a jugar, pero igual *“cada vez es menos”* menciona. Respecto a la cena, refiere que se le hace difícil cocinar diferentes platos a la noche por estar sus sobrinos y ellos no comen verduras. Mariano se tienta con la frituras y le tienen que convidar en varias ocasiones. De todos modos ideó una solución; *“como es imposible que mis sobrinos no estén a la noche (viven todos juntos, con su hermana) estoy intentado que algunos días pueda Mariano comer antes que sus primos. Si no puedo, trato de hacer algún plato que no tenga frituras y poner verduras disimuladas en la mesa, en comidas que me enseñó la nutricionista del hospital. Mi hermana por suerte me está entendiendo que comer así, va a ser mejor para sus hijos también”*. Es importante remarcar que los índices de

glucosa, en Mariano, no eran satisfactorios por aquella dieta poco equilibrada que llevaba y hoy -constatada esta información con su diabetólogo- los valores del azúcar en sangre del niño se están volviendo estables.

7. CONCLUSION Y DISCUSIÓN

Desde abril de 1948, cuando la Organización Mundial de la Salud (O.M.S) en su carta magna dio la definición acerca de lo que a su entender consistía la salud, “*el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*”; década a década, y con más precisión en este nuevo siglo, se ha observado con mayor claridad la excelente oportunidad que consiste el pensar que los constantes desequilibrios en la integración de lo biológico, psicológico y social, no sea un impedimento para lograr un óptimo nivel y calidad de vida para aquellas personas que sufren una afección crónica (sea el momento evolutivo donde se hallen).

Será claro entender que el estar atravesando por una enfermedad como es la diabetes, no sólo afectará a la persona en cuestión, sino a los que les rodean formando su grupo familiar o social. Es en este punto, el abordaje sistémico de la enfermedad, donde éste taller psicoeducativo quiso dejar sentado uno de sus máximos intereses; es decir, un niño con diabetes vive en una familia que sufre la adversidad de su enfermedad y será ella uno de los basamentos indispensables para “soportar la carga” que implique llevar los vaivenes que pudiera implicar tal proceso. La especial manera de reaccionar por parte de las personas que estén al lado de ese chico conformará la conducta de éste hacia el trastorno y su grado de adaptación al mismo.

Ahora bien, y yendo a los casos puntuales, conseguido el logro tanto en la familia de Fabiana y Mariano, que se comprenda que la empresa de llevar un proceso crónico a las mejores condiciones del tratamiento -medico, nutricional y terapéutico-, no será posible si no es de un modo unido y mancomunado y que el nivel de motivación superlativo en los niños dependerá en gran parte de su trabajo, fue un éxito que este taller pudo alcanzar teniendo en cuenta la historia previa de ambos grupos primarios. Por otro lado, y como dato agregado, el haber tomado los familiares conciencia de la diabetes de ambos chicos y llevar una estrategia común para su ayuda, ha colaborado de manera isomórfica a incrementar los canales comunicacionales que estaban disminuidos o, más aun, puestos a funcionar por vez primera.

A lo largo, y más precisamente al comienzo, de los encuentros descritos en este proyecto se pudo observar lo exiguo que podía resultar seguir o comenzar un tratamiento -el cual se quería conseguir la adhesión al mismo- bajo la sola intervención médica. Muestra de ello se tienen previas al taller: las sucesivas internaciones de la niña Fabiana y la reticencia en Mariano para llevar a cabo su plan insulínico y correspondiente control glucémico ante el inesperado y reciente diagnóstico en diabetes mellitus tipo 1. Por lo tanto, al iniciar los medios paliativos para impedir el desarrollo de un proceso como es la diabetes se impone, en consecuencia, un ámbito educativo en el tratamiento de cualquier trastorno, cuyos objetivos pedagógicos y de aprendizaje habrá que mirar con especial atención.

Siguiendo a Zimmerman-Tansella (1995) en todos los trastornos con una alteración biológica (como es el caso de la diabetes) habrá un entramado psicológico a compensar en el individuo. Por lo que, en consecuencia, el cuadro patológico deberá ser abordado desde la perspectiva médica tomando la psicología el protagonismo en la orientación y consejo a padres como elemento conductor y estabilizador de la conducta adecuada en el niño.

A propósito de lo referido en el párrafo anterior, al llevar cabo el taller desarrollado en este proyecto se ha visto la imperiosa necesidad de introducir en los tratamientos médicos y nutricionales de Fabiana y Mariano, un proceso planificado y sistemático de comunicación y de enseñanza-aprendizaje con el fin de facilitar la adquisición, elección y mantenimiento de prácticas saludables -tanto para niños y padres- que nunca antes se habían tenido en cuenta y hacer consciente en las respectivas familias los peligros que implican las prácticas de riesgo para la salud de los niños. Lo mencionado, aquí, no es ni más ni menos que “educar para la salud”. Reflejándolo en forma práctica fue hecho de la siguiente manera:

- El haber creado oportunidades de aprendizajes para ampliar el conocimiento y habilidades personales en torno a la diabetes.
- Logrado el punto anterior, ha facilitado que se hayan producido cambios conscientes y responsables en la conducta tanto de Fabiana y Mariano para el mejor desarrollo de su salud.

- Que las familias de ambos niños, mediante sus madres, hayan entendido que las excesivas muestras sobre protectoras en torno al cuidado y control de sus hijos, no los ayudaban a que ellos logren fortalezas de autonomía y valores personales propios que facilitarían, al mismo tiempo, la adopción de actitudes y sentimientos de afrontamiento para una vida más independiente y plena. Fue importante que ellas hayan comprendido que a medida que los niños van creciendo, también, sus necesidades irán cambiando. Ellos se deberán constituir, en definitiva, en los verdaderos protagonistas de sus tratamientos.

Por último, en este detalle de logros se cree que uno de los más importantes alcanzado ha sido: (en una primera instancia ya que solo el tiempo dirá cual fue el nivel de comprensión para ser estable su práctica):

- Haber mejorado el nivel de conciencia de la enfermedad. Se ha querido mostrar a Fabiana y a Mariano que de un lado estará “su personalidad” (su self) y por otro “su relación con la diabetes”. El hacer consciente este punto se evitará padecer una “personalidad disfuncional y desintegrada”, y se logrará que los chicos hayan pasado a convertirse en colaboradores activos en el manejo de su enfermedad.

En otro orden, luego de conocerse recientes estadísticas de la O.M.S. para el desarrollo futuro de nuevos casos de diabetes, se prevé que las cifras actuales de 135 millones, se doblará en los próximos 25 años a cerca de 300 millones de afectados. En gran medida, este crecimiento tendrá lugar en países en donde la edad, dietas poco saludables, obesidad y deficitarios estilos de vida irán a contribuir a la aparición de la enfermedad. Se podrá decir, entonces, con poco margen de equívoco que la Argentina no será ajena para aquellos números antes mencionados.

Casos similares a los expuestos, como fueron el de Fabiana y Mariano, son los que habrá que intentar evitar por todos los medios, ya sea por canales públicos o iniciativas privadas en un corto plazo. Como toda enfermedad que viene ampliando de manera cuantiosa sus registros año a año, no dejará de ser trillado recalcar que uno de los primeros auxilios sea la educación.

El 14 de noviembre último, día de nacimiento de Frederik Grant Banting (uno de los descubridores de la insulina), al conmemorarse un nuevo día mundial en la lucha contra la diabetes, la O.M.S. no ha dejado de reiterar y subrayar que todas las personas que padecen la enfermedad o corren el riesgo de contraerla deben tener acceso a la mejor educación, siendo ésta la mejor de las herramientas. Se desprende, pues, que será fundamental en una sociedad, como la actual, donde habrá pacientes cada vez más informados que desean y buscan por todos los caminos informarse, implementar planes de formación y preparación para poder lograr los mayores y mejores hábitos saludables y evitar un proceso de vía crónica como en este caso es la diabetes.

En alusión a lo dicho en el párrafo anterior, son preocupantes los resultados arrojados por un estudio llevado a cabo por la Federación Argentina de Diabetes (F.A.D). Según su Comité Científico, teniendo en cuenta que en el país de un 8 a 10% de la población padece diabetes, solo una de cada dos personas sabe que posee la afección, y lo que sería aun más alarmante es que solo el 30% de la gente diagnosticada se encuentra actualmente bajo tratamiento. Haber encontrado que sobre una muestra de 1.464 encuestados en seis provincias, el 22% respondió que existe la “diabetes nerviosa” y de que con sólo evitar el estrés y tomar sedantes se puede abandonar el tratamiento médico sin consecuencias; es un dato sumamente importante para no dejar de soslayar todo el camino que deberá atravesar la educación diabetologa en esta región.

Hacia aquella gente que desafortunadamente encuentra ese caudal de datos de mala calidad o más precisamente para aquellas personas que por diferentes motivos están privados de acceder a una instrucción como corresponde, los profesionales sanitarios deberán redoblar sus esfuerzos para que las cifras detalladas en párrafos anteriores no hagan mella en este país. Las políticas públicas, junto a la comunidad científica acompañando, tienen la obligación de constituirse en garantes para que se cumpla la prevención primaria en su máxima expresión.

En suma, si bien tanto Fabiana y Mariano se encuentran en pleno, y satisfactorio, proceso de aprehensión de todos aquellos recursos que se han expuesto a lo largo de este proyecto, al considerarse el peso de incidencia que posee el factor emocional en el transcurso de un malestar crónico como es la diabetes; éste (el aspecto emocional/afectivo) no será un punto para dejar de tener en cuenta por todos los que

han conducido este taller ahora y al momento de diagramar un futuro plan con similares características en esta institución.

Respecto a los obstáculos que ha tenido el taller; hubiera sido importante para las máximas aspiraciones de este programa psicoeducativo, haber podido contar con la participación de otros integrantes de las familias de los niños. Como se ha expuesto en otros apartados de este trabajo, es un punto fundamental para alguien -y más un niño- que pueda percibir el grado de responsabilidad y compromiso que otros seres queridos se involucren con su particular cuestión. Este hecho, el de la implicancia familiar, será relevante para el armado de un futuro taller en dolencias crónicas

Otro escollo a mencionar durante este proceso sería que; recordando la específica relación que ambos menores llevaban con sus respectivas figuras paternas: padre preso y no visto hace cinco años en el caso de Fabiana y alguien que desde siempre fue un tío y ahora es el padre en la situación de Mariano; son situaciones que el servicio de psicopediatría estará siempre dispuesto a contener en el caso que las familias soliciten la ayuda de este hospicio. Todo ello se menciona en razón que, al haber adoptado una modalidad de trabajo psicoeducativa, implicaría prestar menor atención a otros aspectos que no hacen al fin del tratamiento pero que de igual modo no podrían dejar de contemplarse para el mejor desarrollo psíquico de los niños.

Fue intención de todos aquellos que han colaborado en el restablecimiento óptimo de la salud -tanto de Fabiana y Mariano-, realizar el seguimiento pertinente hacia estos chicos, con la esperanza de que puedan estar en el mejor camino para alcanzar sus ideales más altos, sin que la diabetes se convierta en un impedimento para lograrlo.

Finalmente; comprendiendo que la actividad motiva, estimula la comunicación y permite cambiar creencias de interacción, y mostrando -al mismo tiempo- el valor que posee la psicoeducación en un niño como eficaz medio para hacerse de validos recursos y pelear ante una enfermedad crónica; valen las siguientes palabras:

“cuando escucho olvido, cuando veo recuerdo, cuando hago entiendo”

(Proverbio chino)

8. BIBLIOGRAFIA

Arevalo, G. & Maldonado, J. (2009). *Psicoeducación en salud*. Recuperado el 26 de Octubre de 2009 en <http://www.psicopedagogia.com/psicoeducacion-en-salud>

Bensusan, T. & Hirschler V. (2008). *Diabetes para niños, adolescentes y sus familiares*. Buenos Aires: Intramed.

Bulacio, J.M. (2006). *Factores inespecíficos en la psicoterapia*. Buenos Aires: Akadia.

Diabetes: gran importancia de la prevención primaria [versión impresa]. (2009, 28 de noviembre). *El Día*, p. 10.

Federación Argentina de Diabetes (2010). *18º Encuentro Nacional de Personas con Diabetes. Aprender a transformar la información en educación, y la educación en prevención*. Disponible en el sitio Web de la F.A.D, <http://www.fad.org.ar>

Federación internacional de diabetes (2010). *Declaración de St. Vincents*. Disponible en el sitio Web de la I.D.F, <http://www.idf.org>

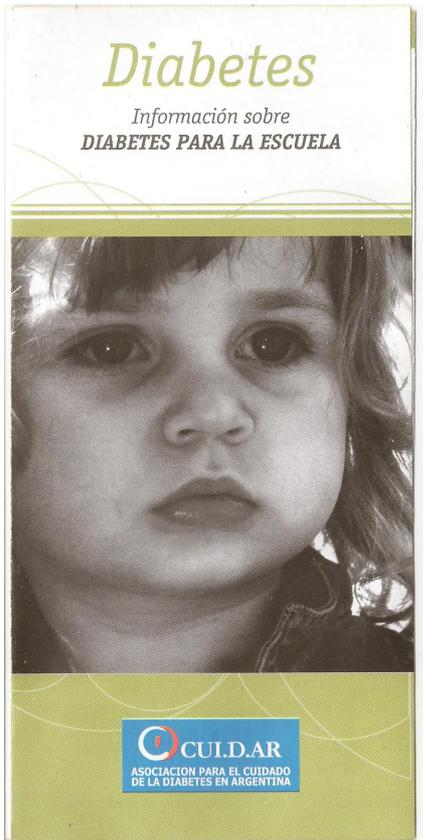
Fundación española para la diabetes. (2010). *La diabetes en niños y adolescentes. Fichas didácticas*. Recuperado el 29 de Enero de 2010 en http://www.fundaciondiabetes.org/diabetesinfantil/rincon_carol/fichas_didacticas.asp

Guías médicas para la salud familiar de la Fundación Favaloro. (s. f). *Diabetes*, 4, 21 – 47.

Gordon, M. & Llewellyn, C. (2000). *¿Estoy sano? Aprender sobre alimentación y actividad física*. Buenos Aires: Albatros.

- Mucci, M. (2004). *Psicoprofilaxis quirúrgica. Una práctica en convergencia interdisciplinaria*. Buenos Aires: Paidós.
- Murillo Moreno, J. J. (2000). *Vivir con diabetes*. Madrid: Neo Person.
- Organización Mundial de la Salud (2010). *Centro de noticias. Diabetes* Recuperado el 29 de Enero de 2010 de <http://www.un.org/spanish/News/fullstorynews.asp?newsID=8183&criteria1=&criteria2>
- Organización Mundial de la Salud (2009). *Centro de prensa. Diabetes* Recuperado el 26 de Octubre de 2009 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html>
- Santillán, S. (2008). Aprendizaje en diabetes: un proceso permanente. *Nuestra voz: Revista de la Federación Argentina de Diabetes*, 3 (20), 4 – 5.
- Sebesta, S. (2009). Yo, la diabetes y todos los demás. *Club salud: noticias*, 2 (7), 4 – 5.
- Sociedad española de diabetes (2009). *La diabetes*. Recuperado el 10 de Noviembre de 2009 de <http://www.revistadiabetes.com/revistas/15/15-%20ninos%20con%20la%20fuerza%20de%20gigantes.pdf>
- Ranieri, L. (1993). *Escritos de la infancia. La entrevista de admisión. Principio y final de una grandiosa misión*. Buenos Aires: F.E.P.I.
- Rodríguez Sacristán, J. (ed.). (1998). *Psicopatología del niño y del adolescente* (2ª.ed.). Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Ruesch J. (1980). *Comunicación Terapéutica*. Buenos Aires: Paidós.
- Zimmerman-Tansella, C. (1998). Factores psicosociales en las enfermedades crónicas en la infancia. En J. Rodríguez-Sacristán (Ed.): *Psicopatología del niño y del adolescente* (2ª.ed.). Sevilla: Universidad de Sevilla.

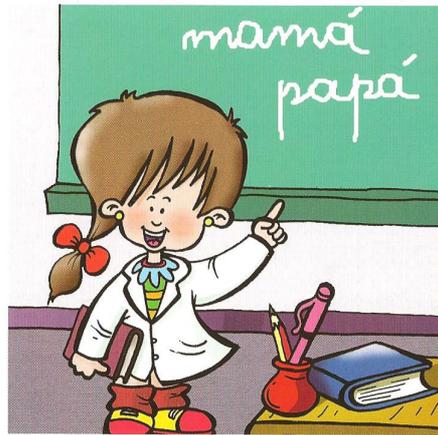
9. ANEXO



Folleto N°1 para el colegio



El niño con diabetes en la escuela



Lo que la maestra debe saber y conocer



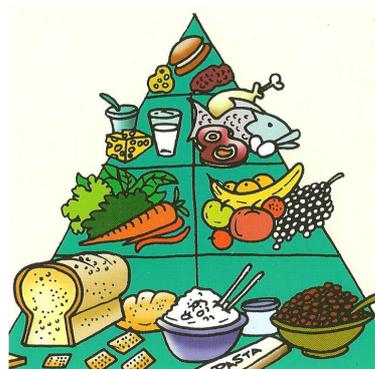
Optium Xceed™

Abbott
A Promise for Life

Folleto N°2 para el colegio



La alimentación: una clave para mantenerse saludable



Comer inteligentemente también le puede ayudar a alcanzar su peso ideal.

Optium Xceed™

Abbott
A Promise for Life

Viviendo bien con diabetes
Una guía para mantenerse saludable

10

¿Cómo contar hidratos de carbono?

 = 20g HC

 = 20g HC

 = 10g HC

Optium Xceed 

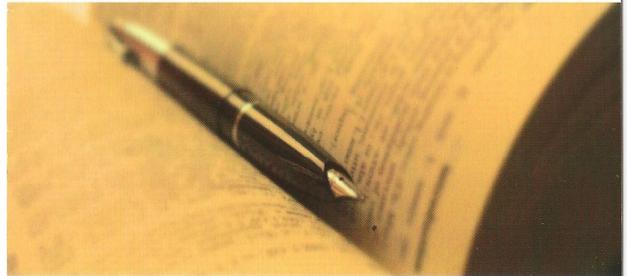
Folleto sobre el armado de menús

s referenc

Protección a las Personas con Diabetes y Prevención de Complicaciones

Ley 23.753. Decreto 1.271/98

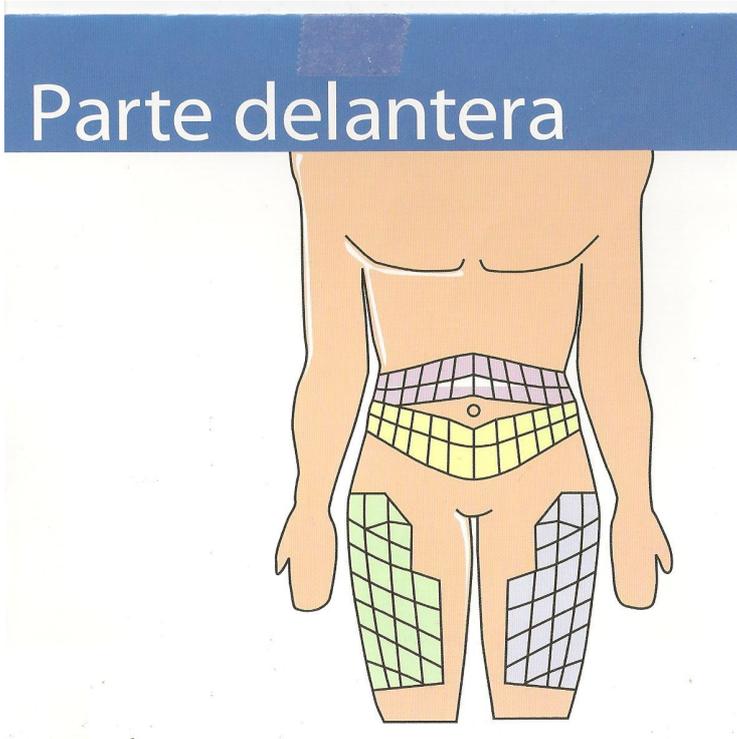
La ley contempla las necesidades de cada paciente para garantizarle un adecuado control y tratamiento.



Sólo a través de una correcta interpretación y aplicación de esta ley se estará preservando su espíritu.



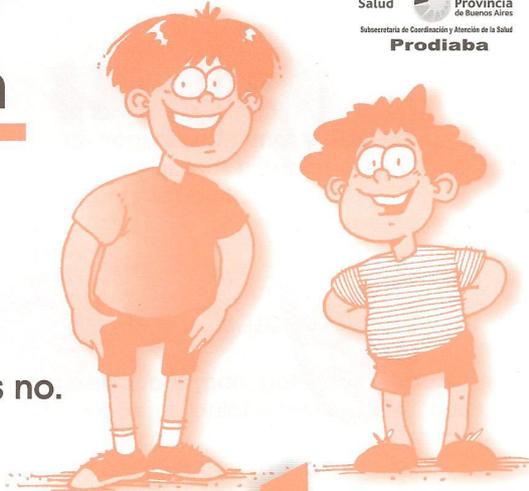
Folleto acerca del amparo de la ley 23.753



MK-2008-02-092-REF-J-0002299-1

Diabetes Tipo 1: Alimentación

Si tenemos diabetes y usamos insulina, necesitamos conocer cuales alimentos suben el azúcar y cuales no.



Diabetes

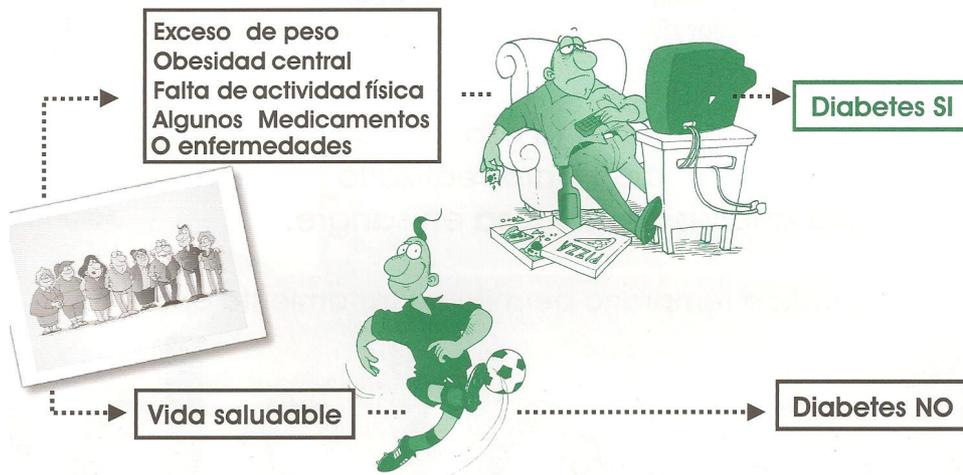
Causas predisponentes

Siempre hay una predisposición genética para tener Diabetes. Por lo tanto suele haber antecedentes de personas diabéticas en la familia.



Factores desencadenantes

No todos los que tienen familiares diabéticos, serán diabéticos.



CAMPAÑA INFORMATIVA SOBRE LA DIABETES...
¡POR UNA MEJOR CALIDAD DE VIDA!

Usted puede
tener
diabetes
y no saberlo

Ascensia
ENTRUST



Bayer

¿Cuáles son los síntomas y signos?



Orina más de lo habitual



Tiene sed intensa



Presenta cansancio general



Ha aumentado su apetito



En su familia hay personas con diabetes

¿Qué es la diabetes?

La **diabetes** es una enfermedad que impide el correcto aprovechamiento de los alimentos que comemos.

En el mundo hay muchas personas con diabetes, una afección hereditaria y crónica. En Sudamérica, las estadísticas arrojan que aproximadamente el 8% de la población tiene diabetes, **pero la mitad ignora su condición.**

La diabetes se caracteriza por el **aumento de la glucosa (azúcar) en la sangre.** Esta alteración metabólica se produce por la falta total o parcial de la **insulina**, hormona que permite que la glucosa, como principal "combustible" del organismo, penetre en las células para producir la energía necesaria para vivir.

Cuando comemos, ingerimos hidratos de carbono, proteínas y grasas. El alimento es digerido en el estómago y absorbido en el intestino delgado. A su paso por el hígado queda almacenado en él como reserva de energía; una parte se transforma en glucosa que, al entrar al torrente sanguíneo, hace que el páncreas produzca insulina. Si éste no segrega la cantidad suficiente, ese "combustible" (glucosa) no logra penetrar en las células, por lo que se acumula y aumenta en la sangre.

Como la diabetes es una enfermedad crónica, requiere cuidados y controles permanentes.

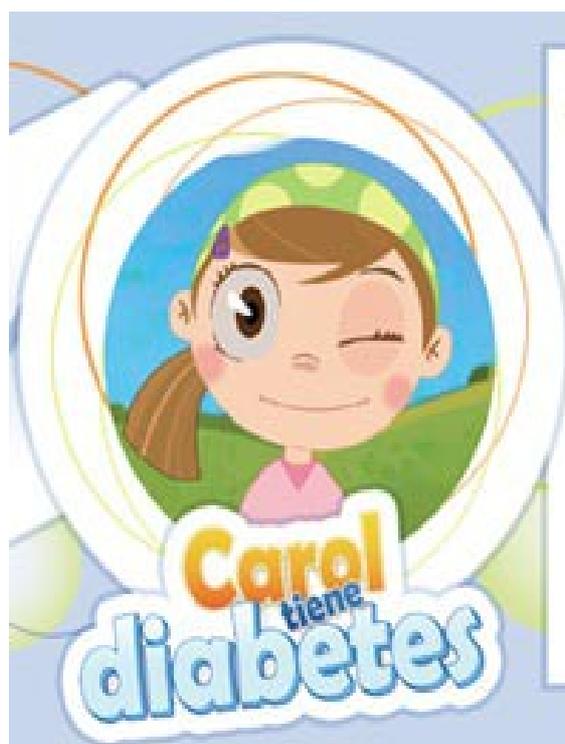
Para ello, la persona con diabetes necesita mantener su **glucemia** (glucosa en la sangre) lo más cerca posible de los valores que el médico estableció como normales para él. El esfuerzo por lograrlo ¡bien vale la pena!, ya que así se sentirá mejor y podrá disfrutar de una vida plena.

El **factor hereditario** y la **obesidad** favorecen la aparición de la diabetes; habiendo **antecedentes** de diabetes en la familia, las posibilidades de contraerla aumentan. En cuanto a la **obesidad**, se observa que la mayoría de las personas con diabetes son o fueron obesas, pero si bajan de peso sus niveles de glucemia se normalizan. Es por eso que una persona que tiene familiares con diabetes, debe evitar el exceso de peso.

Tríptico brindado a los padres acerca de la diabetes



Fragmento del film proyectado en el taller “Carol tiene diabetes”



Carol, protagonista del film

Busca las siguientes palabras en esta sopa de letras:

ALIMENTOS
ACETONA
CONTROL

DIABETES
EJERCICIO
GLUCOSA

GRASA
INSULINA
ÓRGANOS

PÁNCREAS
SANO



Rellená las letras que faltan:

- 1- Esta parte del cuerpo produce la insulina: _ _ N _ R _ A _
- 2- Tu cuerpo y tus órganos están formados por miles de: _ É _ U _ _ S
- 3- Cuando se tiene diabetes el páncreas no fabrica: _ _ S U _ I _ _
- 4- Las células tienen que comer G _ U _ C _ _ _ para vivir

Ilustraciones: Carla Escalante

“Sopa de letras” y “Crucigrama”, actividades utilizadas durante el taller

espacio creativo

Y si jugamos con los alimentos?

Algunos de ellos se absorben muy rápido y nos ayudan a salir de una hipoglucemia.

Otros lo hacen lentamente y son fundamentales para nuestra alimentación cotidiana.

¿Nos ayudás a ordenarlos en RÁPIDOS o LENTOS según la velocidad de absorción?



Los alimentos de absorción lenta tienen en su composición azúcares complejos; los de absorción rápida, azúcares simples. Algunas personas piensan que quienes tenemos diabetes no podemos comer determinados alimentos, pero se equivocan. Nosotros podemos comer casi todo, siempre y cuando no superemos la cantidad de hidratos de carbono recomendada.