

2005

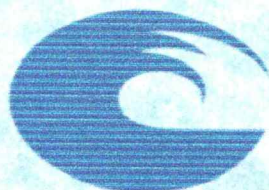
Taller de educación terapéutica en el autocuidado de pacientes con diabetes tipo 2 : un enfoque desde terapia ocupacional

Migliavaca, María Claudia

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/864>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository



INV. 2812

Universidad Nacional de Mar del Plata
Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social
Licenciatura en Terapia Ocupacional.

***Taller de Educación Terapéutica en el
autocuidado de pacientes con diabetes tipo 2.
Un enfoque desde Terapia Ocupacional***

Por:

*Migliavaca María Claudia
Schnegeberger Daniela Inés.*

TESIS

para optar al Título Profesional de
Licenciatura en Terapia Ocupacional

Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina.
Año 2005.

Indice

Autores.....	3
Dirección y asesoramiento.....	4
Agradecimientos	5
Introducción.....	7
Estado Actual de la Cuestión.....	12
Formulación del problema y objetivos.....	21
Marco Teórico.....	22
<i>Capítulo 1. Diabetes Mellitus.....</i>	23
1. Definición y descripción.....	23
1.1 Síntomas.....	23
1.2 Clasificación.....	24
1.3 Diabetes Mellitus tipo 2.....	26
1.4 Patogenia.....	27
1.5 Diagnóstico.....	28
1.6 Complicaciones Agudas.....	28
1.7 Complicaciones Crónicas.....	31
1.8 Tratamiento de la Diabetes Mellitus.....	36
Referencias bibliográficas.....	37
<i>Capítulo 2. Autocuidado y Terapia Ocupacional.....</i>	38
1. Atención Primaria de la Salud. Definición y generalidades.....	38
1.1 Educación Terapéutica desde Terapia Ocupacional.....	40
1.2 Autocuidado	45
1.3 Taller y Terapia Ocupacional	49
1.4 Taller de Terapia Ocupacional sobre Educación Terapéutica	52
Referencias bibliográficas.....	71
Aspectos Metodológicos.....	73
1. Definición Científica y Operacional.....	74


1.1	Dimensionamiento de la Variable.....	87
1.2	Categorización.....	88
1.3	Variables de atributo.....	89
1.4	Variables intervinientes.....	89
1.5	Tipo de estudio.....	89
1.6	Universo de estudio.....	90
1.7	Técnicas de recolección de datos.....	91
1.8	Procedimiento para la recolección de datos.....	92
1.9	Procedimiento para el análisis de datos	93
	Análisis de los datos.....	94
1.1	Análisis de los datos pre y post-taller.....	95
1.2	Interpretación de los resultados.....	123
1.3	Análisis e Interpretación correspondiente a la evaluación del proceso.....	125
	Conclusión.....	130
	Sugerencias.....	133
	Bibliografía General.....	135
	Anexos	138
	Anexo 1.....	139
	Anexo 2	147
	Anexo 3	150

Autoras

Migliavaca, María Claudia

Handwritten signature of Claudia Migliavaca in blue ink, written in a cursive style.

Schnegelberger, Daniela Inés

Handwritten signature of Daniela Inés Schnegelberger in blue ink, written in a cursive style and underlined.

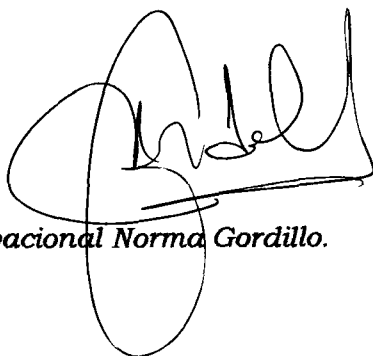
Dirección y Asesoramiento:

Directora:



Terapista Ocupacional Bettina Roumec.

Asesora Metodológica:



Mg.Sc. Lic. en Terapia Ocupacional Norma Gordillo.

Agradecimientos

Agradecemos especialmente:

A los profesionales: Lic Norma Gordillo; Dr. Ricardo Denaro, Dr. Miguel Bonillo quienes generosamente nos brindaron su apoyo, contención y conocimientos.

A la Asociación de Diabéticos de Pigué (ADIAPÍ).

Y a todas aquellas personas que de una u otra forma contribuyeron a esta investigación.

Dedico este trabajo a mi papá Eduardo, a mi abuelo Román y Paulina mi abuela, que hoy no están pero que han estado conmigo en el corazón, acompañándome en este andar.

A Irma, mi mamá, a Pablo mi hermano, a Marina, Jazmín, a Esther mi abuela y a toda mi familia, por la contención y apoyo durante toda mi carrera.

A mis amigas y a Eduardo, el haberme acompañado en algo tan importante para mí.

Claudia

Agradezco a mis papas Carlos y Celia por su apoyo y contención.

A Milena por acompañarme y apoyarme incondicionalmente durante toda mi carrera.

Daniela

Introducción

Introducción

La Organización Mundial de la Salud define a la Diabetes Mellitus como: “un estado de hiperglicemia crónica producida por numerosos factores ambientales y genéticos que generalmente actúan juntos. El principal regulador de la concentración de glucosa en la sangre es la insulina”.¹

El curso cronificado de la enfermedad puede generar en el paciente diabético sentimientos de desánimo y frecuentemente estados depresivos que empeoran de forma importante el cuadro clínico y la evolución de la enfermedad. Además desorganiza al paciente en su vida familiar y planes futuros; alterando la imagen de su cuerpo, disminuyendo su seguridad e independencia e influyendo indudablemente en el deterioro de la calidad de vida.

La diabetes es un problema de salud que afecta entre el 2% y el 5% de la población mundial, por lo que es considerada la tercera causa de muerte.

Su prevalencia en nuestro país es del 5% al 7% en el total de la población adulta, aunque existen grupos etáreos, como la tercera edad, en la cual la cifra se incrementa alrededor del 20%.(1)

Se calcula que en la actualidad existen 140 millones de personas con Diabetes en el mundo y está previsto que esta cifra se eleve a 300 millones para el año 2025.²

La Diabetes Mellitus constituye un grupo heterogéneo de desórdenes que tienen en común la hiperglicemia, el 95% de las formas pueden agruparse en tipo 1 y tipo 2, ésta última es la forma clínica más frecuente que afecta al 90% del total de los diabéticos, se caracteriza por una insulinoresistencia y habitualmente una relativa deficiencia insulínica. Por lo menos al comienzo y en muchos casos durante toda la vida estos individuos no requieren tratamiento con insulina para sobrevivir.

¹ García de los Ríos, Manuel. Diabetes Mellitus. Fundación de Investigación y Perf. Médico. 1992. Cap. 1Pag. 22

² Publicado por la Federación Internacional de Diabetes. Septiembre 2003. página Web: www.idf.org

*Estos pacientes tienen un alto riesgo de desarrollar complicaciones micro y macrovasculares. La posibilidad de desarrollar esta forma de diabetes aumenta con la obesidad, falta de actividad física, inestabilidad en el control metabólico y otros factores. Durante los últimos años ha cobrado vital importancia la **educación** de las personas con diabetes mellitus, componente esencial de las estrategias de prevención y tratamiento, dicha educación proporciona al paciente el estímulo necesario para realizar un cambio ineludible en su estilo de vida, al mismo tiempo que contribuye a disminuir los costos hospitalarios.*

La inquietud por llevar a cabo talleres de educación con pacientes diabéticos surge a partir de la experiencia vivenciada por las autoras en las respectivas prácticas clínicas.

Las Lic. Castaño y Scarpati en el año 2003 investigaron en su tesis de grado de la Licenciatura de Terapia Ocupacional, en la Universidad Nacional de Mar del Plata, “¿cómo es el autocuidado en pacientes diabéticos tipo 2, mayores de 15 años de edad que concurren a los Consultorios Externos de Clínica Médica del Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Oscar E. Alende” de la ciudad de Mar del Plata?”.

Las tesis concluyeron que el 77% de los pacientes tienen un autocuidado medio por lo que resulta imprescindible reforzar por medio de la educación terapéutica el autocuidado de estos pacientes.(2)

Queremos señalar que la presente investigación había comenzado a gestarse cuando tomamos conocimiento de la existencia de ésta tesis. La misma resultó un significativo aporte para nuestra investigación.

Teniendo en cuenta la importancia que reviste la educación terapéutica en el abordaje de una enfermedad crónica, creemos como agentes de salud que el paciente diabético puede ser partícipe activo en el proceso educativo.

La educación del paciente diabético es un medio terapéutico mediante el cual se brinda información, se proporcionan conocimientos prácticos apuntando con esto a mejorar la calidad de vida y la independencia en las áreas de performance ocupacional de dichos pacientes.

Por lo tanto se propuso continuar con el tema; para ello planteamos como objetivo de investigación: Establecer los resultados de un taller de educación terapéutica en el autocuidado de pacientes con diabetes tipo 2, mayores de 40 años, que asisten a la Asociación de Diabéticos de Pigué (ADIAPI)

Dicha institución surge por iniciativa de las personas que la conforman y de los profesionales que los asisten, su finalidad es reunir todos los pacientes diabéticos y familiares de la ciudad de Pigué, para brindarles un espacio de intercambio con sus pares, la posibilidad de acceder a distintas formas de tratamiento, a charlas informativas, etc., contribuyendo así a mantener o mejorar la calidad de vida de la población diabética y no diabética.

El grupo seleccionado estuvo constituido por 20 adultos, mayores de 40 años de edad, que asisten a la mencionada institución.

Las autoras utilizaron como instrumento para la recolección de datos, la entrevista personal realizada por Castaño L. y Scarpati M. en su tesis de grado "Terapia Ocupacional: Un abordaje en el autocuidado de pacientes con diabetes tipo 2".

Para este trabajo dicha entrevista fue administrada al grupo antes del primer encuentro y después del último.

Referencias Bibliográficas

- (1) *Gagliardino J. y Fabiano A. y cols. Diabetes tipo 2 no insulino dependiente. Su diagnóstico, control y tratamiento. Sociedad Argentina de Diabetes (SAD). Capítulo 1. Página 13. 1998.*

- (2) *Castaño Lorena y Scarpati M. Jimena. Terapia Ocupacional: un abordaje en el autocuidado de pacientes con diabetes tipo 2. Tesis de Grado. Universidad Nacional de Mar del Plata. 2003.*

Estado Actual de la Cuestión

Estado Actual de la Cuestión

A fin de recabar datos sobre el estado actual del tema que nos concierne hemos consultado a las diferentes bibliotecas (Biblioteca Municipal Domingo Sarmiento de Coronel Suárez, Biblioteca Sarmiento de la ciudad de Pigué, Biblioteca de la Cooperativa La Alianza, Pigué).

También hemos consultado a los profesionales médicos, nutricionistas que trabajan con pacientes diabéticos, y con profesionales de Región Sanitaria VI a la cual pertenece la ciudad de Pigué, lugar donde llevamos a cabo nuestra investigación.

La fuente utilizada es la base de datos: lilacs.

Los estudios son los siguientes:

- ♦ ***Dra. Rosario Garcia Gonzales, Dr. Rolando Suárez Perez (1999)*** *En el Centro de Atención al Diabético (CAD) del Instituto Nacional de Endocrinología se llevó a cabo un estudio con el objeto de evaluar en forma prospectiva, durante 12 meses, los cambios clínicos, bioquímicos y terapéuticos obtenidas en un grupo de personas con diabetes tipo 2, antes y después de aplicada la intervención educativa.*

La muestra seleccionada fue de 40 pacientes con diabetes tipo 2 de ambos sexos con no más de 5 años de duración de la diabetes y obesos.

El programa educativo utilizado fue adaptado por Kronsbein y otros del propuesto por el Profesor Michael Berger, de la Universidad de Düsseldorf, Alemania. El mismo constó de 4 sesiones teórico – prácticas de 90 a 120 minutos de duración, dictadas una vez por semana durante un mes, desarrolladas en forma de clases grupales, con participación de los familiares directos.

Durante la primera sesión se propuso a los pacientes realizar la historia de su enfermedad, analizando las variaciones fisiológicas de la glucemia, los síntomas de hiperglucemia e hipoglucemia y el umbral renal para la glucosa.

Como parte práctica los participantes realizaron la técnica del autocontrol de la glucemia en sangre con tiras reactivas y el registro de los resultados. En la segunda sesión se desarrollo el tema obesidad – resistencia insulínica y el efecto de la pérdida de peso sobre dicha resistencia. En la tercera sesión los temas principales fueron el cuidado de los pies y los efectos beneficiosos de la actividad física. Y durante la cuarta sesión se explicaron las conductas a seguir en caso de enfermedades intercurrentes y los controles periódicos clínicos y bioquímicos mínimos requeridos para evaluar el curso de la enfermedad.

Los resultados obtenidos mostraron que cuando se aplica un programa educativo estructurado se incrementan de manera general los resultados positivos de la terapéutica y se disminuyen los factores de riesgo de complicaciones agudas y crónicas, alcanzando la normalización de indicadores clínicos, bioquímicos y terapéuticos.(1)

- ◆ **Campos Jasso M.C, Alvarado Gonzales H., Saldaña García M.A., García Terán I.,López Zárate R.M. (2000).** *En el Instituto Mexicano de Seguro Social, Monterrey, Nuevo león, México; se realizó un estudio con el propósito de identificar los beneficios del programa de educación del paciente con diabetes a través del conocimiento y del autocuidado. La población fue de 144 pacientes con diabetes tipo 2, para la cual se diseñó un instrumento tipo encuesta - cuestionario autoadministrable de 25 reactivos (preguntas que contiene la encuesta – cuestionario), previamente validado por expertos con el fin de medir el conocimiento básico de la enfermedad y del autocuidado, así como también la revisión del expediente clínico del paciente para obtener los resultados de las glucemias anteriores y actuales.*

Los resultados del estudio señalaron un incremento significativo en lo referente al conocimiento genérico sobre su enfermedad y autocuidado, y una reducción en los niveles de glucemias.

Se concluye que hay una relación entre conocimiento y autocuidado en beneficio del paciente con diabetes.(2)

- ♦ **Ferreyra Meza A.R., Ochoa Gerrero J.R., Jasso Castro S., Lic. López Zárate R.M (2001)** *En el Hospital General de Zona N° 17, Monterrey, Nuevo León, México, se realizó un estudio con el objetivo de evaluar el impacto de una estrategia educativa en el paciente diabético tipo 2. Se incluyeron 30 pacientes diabéticos tipo 2, entre 25 y 60 años de edad, de 5 a 20 años de evolución. La intervención fue a través de un programa activo-participativo, de 3 horas diarias durante una semana. Se efectuaron mediciones antes y después de la intervención, así como monitoreo de glucemia.*

Los resultados mostraron que a los 60 días se obtuvo una ganancia en el conocimiento sobre la enfermedad.(3)

Lo expuesto anteriormente responde a investigaciones y abordajes llevados a cabo desde otras disciplinas y en otros países. En relación a nuestro país, son escasas las investigaciones que hemos hallado respecto a Terapistas Ocupacionales dedicados al abordaje de la Diabetes Mellitus, en el año 2003, las autoras

- ♦ **Castaño Lorena y Scarpati María Jimena** *llevaron a cabo en la Universidad Nacional de Mar del Plata, su tesis de grado "Terapia Ocupacional: un abordaje en el autocuidado de pacientes con diabetes tipo 2".*

Dicha investigación fue presentada en la I Jornada Nacional de Diabetes 2003, realizada en Salta (Argentina), en el año 2003.La misma fue publicado en la

Revista de la Sociedad Argentina de Diabetes. (6)

Realizaron una investigación de diseño no experimental transversal con un tipo de estudio exploratorio, descriptivo. Con el fin de investigar cómo es el autocuidado de pacientes con diabetes tipo 2, mayores de 15 años de edad, que concurren a

Consultorios Externos de Clínica Médica del Hospital Interzonal General de Agudos

“Dr. Oscar E. Alende” de la ciudad de Mar del Plata.

Se plantearon como objetivo conocer el autocuidado de pacientes con diabetes tipo 2, mayores de 15 años de edad, que concurren al mencionado hospital.

Para la recolección de datos utilizaron una entrevista personal, formada por 4 secciones que constaron de preguntas cerradas de tipo dicotómicas, de respuesta múltiple y de preguntas en rama, que apuntaban a los datos demográficos, a la evaluación de la salud (acciones de reconocimiento y acciones de maniobra práctica), al conocimiento de su enfermedad y a la toma de decisiones (acciones de maniobra práctica) en relación a los cuidados generales que realiza la persona diabética. En cuanto a la toma de decisiones, algunas de las preguntas fueron cerradas de tipo respuesta múltiple.

Las testistas concluyeron que el 77% de los pacientes tienen un autocuidado medio por lo que resulta imprescindible reforzar por medio de la educación terapéutica el autocuidado en estos pacientes con el objetivo de mejorar la calidad de vida y la independencia en las áreas de performance ocupacional.

Como respuesta al problema “autocuidado en pacientes con diabetes tipo 2” surge de las autoras la necesidad de presentar una propuesta de prevención secundaria aplicada a otras poblaciones. Para finalizar señalan la importancia de futuros estudios que amplíen el campo de investigación de Terapia Ocupacional en diabetes. (4)

T.O. Ocello Mónica Guadalupe, T.O. Asistente Warther Roxana Elisabet.

En el Hospital Provincial "Dr. José María Cullen", de la ciudad de Santa Fe, en el año 2003 se llevó a cabo un "Programa de Cuidado Personal para pacientes con Diabetes", cuyo objetivo era evaluar y estudiar las repercusiones que produce esta patología en la vida ocupacional, familiar y social de los pacientes.

A través del Servicio de Endocrinología se realizó la selección de los pacientes para que posteriormente asistan a los talleres de educación diabetológica.

Se realizaron talleres educativos con una frecuencia cada 15 días, destinados para pacientes del hospital que acuden a consultorio externo de endocrinología y personas con diabetes de la comunidad en general.

A través de los talleres se pretendió lograr que los pacientes – alumnos aprendan y apliquen el material brindado a sus actividades de la vida diaria; se focalizan y debaten problemas e inquietudes de cada uno de los asistentes y se trata de encontrar soluciones buscando sugerencias prácticas.

Se comprobó que la metodología de trabajo grupal favorece la expresión individual y la contención.

El conocimiento de la patología facilita los cuidados personales. A través de la explicación del mecanismo de la patología surgen interrogantes, lo cual contribuye a la concientización que paulatinamente disminuye el temor a la

enfermedad. Por último se concluye que los talleres deben volcarse al área programática de modo que se logre un impacto social mayor. (5)

Referencias Bibliográficas

(1) *García Gonzales, Rosario. Resultados cubanos del programa latinoamericano de educación a pacientes diabéticos no insulino dependientes (PEDNID-LA). Revista Cubana Endocrinal. 2001. 12(2): 82-92.*

Página Web: www.infomed.sld.cu/revistas/end/vol12_2_01 Htm.

(2) *Campos Jasso MC. Beneficios del programa de educación del paciente con diabetes a través del conocimiento y autocuidado. Revista de Salud Pública y Nutrición. Edición Especial N° 5 – 2002. Instituto Mexicano de Seguro Social, Seguridad y Solidaridad Social. Octubre 4 y 5 del 2002.*

Página Web:

www.uanl.mx/publicaciones/respyn/especiales/foregional/019.Htm

(3) *Pasantes de Lic. En Enfermería Ferreyra Meza AR, Ochoa Guerrero JR., Jasso Castro S., Lic. López Zárte RM. Impacto de un programa educativo al paciente diabético de la Unidad de Medicina Familiar N° 39 del Instituto Mexicano de Seguro Social. Revista Salud Pública y Nutrición. Edición Espacial N° 5. Instituto Mexicano de Seguro Social, Seguridad y Solidaridad Social. Octubre 4 y 5 del 2002.*

(4) *Castaño Lorena y Scarpatti M. Jimena. Terapia Ocupacional: un abordaje en el autocuidado de paciente con diabetes tipo 2. Tesis de Grado. Universidad Nacional de Mar del Plata. 2003.*

(5) *VI Congreso Argentino de Terapia Ocupacional. “Controversias del Sur del Continente: diversidad, integración y complejidad”. Compilación realizada por*

Migliavaca, María Claudia – Schnegelberger Daniela Inés

la Asociación Argentina de Terapistas Ocupacionales (A.A.T.O.). Septiembre del 2003. Buenos Aires.

(6) Revista de la Sociedad Argentina de Diabetes. Volúmen 38. Número 1. Páginas 50-51. Año 2004.

Formulación del Problema y Objetivos

Problema:

¿En qué medida un taller de educación terapéutica de Terapia Ocupacional contribuye al autocuidado de pacientes con diabetes tipo 2, mayores de 40 años, que asisten a la Asociación de Diabéticos de Pigué (ADIAPI), en la ciudad de Pigué. Bs. As. Argentina.

Objetivo General:

Establecer los resultados de un taller de educación terapéutica de Terapia Ocupacional en el autocuidado de pacientes con diabetes tipo 2, mayores de 40 años, que asisten a la Asociación de Diabéticos de Pigué (ADIAPI), ciudad de Pigué. Bs. As. Argentina.

Objetivos Específicos:

- *Caracterizar la muestra según sexo, edad, nivel de escolaridad.*
- *Determinar la evaluación de la salud y la toma de decisiones de la persona diabética tipo 2, en relación al autocuidado valoradas antes de la implementación del taller de educación terapéutica de Terapia Ocupacional.*
- *Determinar la evaluación de la salud y la toma de decisiones de la persona diabética tipo 2, en relación al autocuidado valoradas después de la implementación del taller de educación terapéutica de Terapia Ocupacional.*
- *Comparar la evaluación de la salud y la toma de decisiones de la persona diabética tipo 2, en relación al autocuidado pre y post taller de Terapia Ocupacional.*

Migliavaca, María Claudia – Schnegelberger Daniela Inés

Marco Teórico

Capítulo 1. Diabetes Mellitus

1. Definición y descripción

La Diabetes mellitus es un grupo de enfermedades del metabolismo, de curso crónico, caracterizada por una deficiencia en la secreción de la hormona Insulina, de su acción, o de ambas, lo que determina la presencia de aumento de la glucosa en sangre, asociada a otros disturbios, particularmente a nivel del manejo de las proteínas y lípidos, con el desarrollo de complicaciones de corto y largo plazo a nivel de diversos órganos, especialmente ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos.

Existen diversos procesos patogénicos involucrados en el desarrollo de la diabetes. Ellos van desde la destrucción autoinmune de las células beta del páncreas, con la consecuente deficiencia insulínica, hasta anormalidades que producen la resistencia a la acción de la insulina. En la diabetes, la presencia de anormalidades en el metabolismo de los hidratos de carbono, grasas y proteínas es debida a la acción deficiente de la insulina a nivel de los tejidos blandos. La acción insulínica deficiente resulta de la secreción de insulina inadecuada y/o la menor respuesta de los tejidos a la insulina a nivel de uno o más sitios de su complejo mecanismo de acción. Tanto el deterioro de la secreción de insulina como la acción insulínica deficiente coexisten en un mismo paciente, y frecuentemente es difícil definir cuál de estas anormalidades es la causa primaria de la hiperglucemia.

1.1 Síntomas

El cuadro clínico de la diabetes mellitus incluye la tríada clásica de poliuria, polidipsia y polifagia. Las alteraciones básicas que desencadenan éstos síntomas son la hiperglucemia (elevación del nivel de glucosa en sangre, por falta de insulina) y la glucosuria (presencia de glucosa en la orina).

- *Para que la glucosa pueda eliminarse por la orina es necesario que se disuelva cantidades importantes en agua. Por esta razón el diabético*

orina muchas veces y en grandes cantidades. A este efecto se le llama POLIURIA.

- *POLIDIPSIA: para compensar la pérdida de agua por la orina, el diabético percibe un aumento de la sensación de sed, por la que recurre a la excesiva ingesta de agua.*
- *Al no poder ser asimilada la glucosa, las células reclaman energía y el cuerpo trata de compensarlo aumentando la cantidad de alimento ingerido. A este incremento en el apetito se lo conoce como POLIFAGIA.*
- *ADELGAZAMIENTO: a pesar de la mayor ingesta de alimentos las células no tienen energía suficiente, originándose la movilización de energías de reserva y por ello se produce el adelgazamiento debido a la alta combustión de grasas.*
- *ASTENIA: decaimiento, fatiga por falta de energía celular.*

1.2. Clasificación

En 1979 el National Diabetes Data Group (NDDG), propuso criterios de diagnóstico y clasificación de la diabetes Mellitus que fueron aceptadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1980. En la revista Diabetes Care (1997) la Asociación Americana de Diabetes (ADA) propone una nueva clasificación para la diabetes, junto a nuevos criterios para la detección y el diagnóstico de la enfermedad. Dicha propuesta coincide con la realizada en el informe de un grupo de expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que se publicó en 1998 en la revista Diabetic Medicine

Los principales cambios son los siguientes:

- ✓ *Se eliminan las denominaciones Diabetes Mellitus Insulinodependiente y Diabetes Mellitus No Insulinodependiente y sus siglas DMID y DMNID. Estos términos resultaron confusos y frecuentemente se clasificó al*

paciente sobre la base del tratamiento más que sobre la base de la patogénesis.³

- ✓ *Se mantienen las denominaciones Diabetes “tipo 1” y “tipo 2” (empleando números arábigos en lugar de números romanos para evitar confusiones), ya que la mayoría de los que padecen diabetes tipo 2 tratados con insulina no son dependientes de ella, aunque la necesitan para mantener un buen control metabólico.*
- ✓ *Se propone un nuevo grupo denominado “otros tipos específicos de diabetes”, que engloban a las anteriormente denominadas diabetes secundarias y a las debidas a defectos genéticos, consideradas anteriormente dentro de las tipo 2.*
- ✓ *Se ha eliminado la clase denominada Diabetes relacionada con la mala nutrición, ya que no es convincente que la diabetes pueda ser directamente causada por una deficiencia proteica.*
- ✓ *Se mantiene la situación de tolerancia a la glucosa alterada (TGA). El estadio intermedio análogo de glucosa en ayunas se denomina glucemia de ayunas alteradas (GAA).*
- ✓ *Se mantiene la entidad diabetes mellitus gestacional (DMG). Como fuera definida por la OMS y el NDDG respectivamente. Actualmente se recomienda hacer una detección selectiva y no generalizada de la intolerancia a la glucosa en la embarazada.*

El asignar a un individuo el tipo de diabetes depende frecuentemente de las circunstancias presentes al momento del diagnóstico y muchos diabéticos no encajan fácilmente en una única clase diagnóstica.⁴

Clasificación etiológica de la diabetes mellitus

³ Diabetes Mellitus tipo 2. Diagnóstico, Predicción y Prevención. Fundación Alberto J. Roemmers. Bs.AS. 1997. Pag. 31.

⁴ Revista de la Sociedad Argentina de Diabetes. Vol. 31. N° 3. Pag. 99. 1997.

I. Diabetes tipo 1: destrucción de las células beta, que generalmente conducen a un déficit absoluto de insulina.

A. Inmunomediada.

B. Idiopática.

II. Diabetes tipo 2: puede abarcar desde una insulinoresistencia predominante con deficiencia de insulina relativa hasta un defecto secretorio predominante con insulinoresistencia.

III. Otros tipos específicos:

A. Defectos genéticos en la función de la célula beta.

B. Defectos genéticos de la acción de la insulina.

C. Enfermedades del páncreas exócrino.

D. Endocrinopatías.

E. Inducidas por tóxicos o agentes químicos.

F. Infecciones.

G. Formas no comunes de diabetes inmunomediada.

H. Otros síndromes genéticos asociados ocasionalmente con la diabetes.

IV. Diabetes mellitus gestacional. (DMG). (1)

1.3. Diabetes Mellitus (DM) tipo 2

Varía desde predominantemente resistente a la insulina con relativa deficiencia de insulina a predominantemente deficiente en la secreción de insulina con / sin resistencia a la insulina.

Es la forma más frecuente de diabetes, corresponde a más del 80-85 % de los diabéticos. Clínicamente es de comienzo insidioso, a veces asintomático y su diagnóstico se hace en muchas oportunidades mediante exámenes de pesquisa. Se observa generalmente en individuos mayores de 40 años, aunque también puede aparecer en edades más tempranas. El riesgo de desarrollar DM tipo 2 aumenta con la edad, la obesidad y la falta de actividad física.

La DM tipo 2 no depende de la insulina exógena para sobrevivir, pero pueden necesitarla en forma temporal frente a infecciones u otras situaciones de stress y permanentemente, para corregir descompensaciones crónicas no controladas por otras medidas terapéuticas. Tiene poca tendencia a la cetoacidosis, pero la pueden manifestar frente a enfermedades intercurrentes graves. Su base genética es más determinante que en la tipo 1, aunque su patrón hereditario no está aún bien establecido. El principal factor desencadenante es la obesidad, presente en el 60-80 % de los casos.(2)

1.4. Patogenia

La DM no es una entidad única sino un grupo heterogéneo de enfermedades con causas diversas que todavía no se comprenden totalmente. Se han implicado los factores genéticos y ambientales y están en estudio. Es muy probable que una combinación de factores sean responsables tanto de la DM tipo 1 como tipo 2.

- ✓ La transmisión genética es más marcada en la diabetes tipo 1 que en la tipo 2.*
- ✓ Los adultos con sobrepeso, en especial aquellos con historia familiar con diabetes, están en alto riesgo de DM tipo 2.*
- ✓ Alrededor del 25 % de las personas con trastornos en la tolerancia a la glucosa (TTG) y de 30-35 % de las mujeres con DM Gestacional desarrollan diabetes tipo 2.*
- ✓ Factores ambientales que contribuyen al desarrollo de diabetes tipo 2: obesidad, factores nutricionales (aumento del valor calórico total, alimentos ricos en grasas saturadas, e hidratos de carbono con escasas fibras), sedentarismo, stress importante y prolongado (psicológico, infeccioso, quirúrgico, traumático), drogas (corticoesteroides, etc.).*

1.5. Diagnóstico Médico

El diagnóstico oportuno y precoz de la diabetes permite realizar un tratamiento apropiado para controlar la sintomatología y evitar el progreso de la enfermedad. Aunque los siguientes valores son universalmente aceptados, se deberá evaluar características particulares del paciente, estado nutricional, edad, antecedentes de DM en familiares directos, presencia de infecciones o de patologías asociadas.

Los criterios para el diagnóstico de la Diabetes Mellitus según la O.M.S. (1985), y modificada por la A.D.A. son:

- *Síntomas de diabetes más valores de glucosa plasmática obtenida al azar > o igual a 200 mg/dl. Al azar significa en cualquier momento del día, sin considerar el tiempo transcurrido desde la última ingesta. Los síntomas clásicos de la diabetes incluyen poliuria, polidipsia y pérdida de peso sin motivo aparente.*
- *Glucosa Plasmática en Ayunas (GPA) > o igual a 126 mg/dl. Se define como ayuno la ausencia de ingesta calórica durante por lo menos 8 horas.*
- *Glucosa Plasmática > o igual a 200 mg/dl, 2 hs. Post-carga con glucosa (PG), durante la prueba oral de tolerancia a la glucosa (P.O.T.G.). La prueba debe hacerse como lo describe la O.M.S., mediante una carga de glucosa que contenga el equivalente a glucosa anhidra disuelta en agua.(3)*

1.6. Complicaciones Agudas

Se consideran como complicaciones agudas las siguientes:

1. Hipoglucemia

Constituye la complicación más frecuentemente asociada al tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus. Se caracteriza por el descenso de la

glucemia por debajo de los valores normales (< 50 mg/dl. en plasma y < 45 mg/dl en sangre total).

La hipoglucemia se presenta por las siguientes razones:

- 1. Administración de una dosis muy grande de insulina en relación con la necesidad.*
- 2. Consumo de pocos alimentos (retraso u omisión de las comidas) o retraso en el vaciamiento gástrico.*
- 3. Exceso de ejercicio en relación con el consumo de alimentos y el agente hipoglucemiante o la insulina.*
- 4. Strees emocional.*
- 5. Vómito, diarrea o disminución de la absorción de alimento.*

Los signos y síntomas de la hipoglucemia son:

- Actividad del sistema nervioso simpático, debido a la respuesta adrenérgica (por eliminación de hormonas contra insulares: la adrenalina.). Palidez, piloerección, taquicardia, nerviosismo, debilidad, transpiración, hambre, palpitaciones, irritabilidad, temblores.*
- Actividad del sistema nervioso central como consecuencia del bajo aporte de glucosa. Cefalea, visión borrosa, diplopía, lenguaje incoherente, cambios emocionales, fatiga, confusión mental, convulsiones, insensibilidad en los labios y en la lengua, coma.(4)*

En función de la sintomatología asociada, la hipoglucemia puede ser grave, moderada, y leve.

El mejor tratamiento de la hipoglucemia es la prevención, que incluye educación diabetológica del paciente y la familia; también son fundamentales el automonitoreo, el ajuste del plan de alimentación y la actividad física.

2. Hiper glucemia: *(concentración de la glucemia > 110 mg/dl.)*

La aparición de hiper glucemia supone la descompensación de la diabetes, que aparecen como consecuencia de diversas circunstancias: incumplimiento del

tratamiento, enfermedades intercurrentes, administración de medicamentos, situaciones de stress, etc. Suele manifestarse en forma de síntomas de poliuria, polidipsia, polifagia y pérdida de peso, fatiga y a veces se acompañan de prurito. Puede evolucionar a una descompensación hiperglucémica, como la cetoacidosis o la descompensación hiperosmolar.

Cetoacidosis diabética: (CAD) es un trastorno metabólico severo, se observa más a menudo en las personas que tienen diabetes tipo 1 aunque también puede ocurrir en pacientes con diabetes tipo 2.

Descompensación hiperglucémica hiperosmolar de origen no cetósico: se caracteriza por la aparición de hiperglucemia grave (generalmente superior a 800 mg/dl), deshidratación e hiperosmolaridad plasmática > de 320 Osm/l en ausencia de cuerpos cetónicos. Es la complicación aguda de causa metabólica de aparición más frecuente entre los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.(5)

3. Acidosis láctica:

Es una alteración metabólica clínicamente poco frecuente y de pronóstico ominoso que puede surgir en el paciente diabético. Se produce por falta absoluta o relativa de insulina, lo que ocasiona que suba la glucosa, apareciendo cetonas.

La acidosis láctica puede asociarse a la cetoacidosis y al coma diabético hiperosmolar no cetósico, en especial en casos de hipoxia tisular sobreañadida, así como puede también presentarse en ciertos pacientes tratados con biguanidas. En la práctica clínica diaria es difícil confirmar la presencia de este proceso ya que los síntomas son inespecíficos: hipotensión, taquicardia, shock, náuseas, vómitos, dolor abdominal y obnubilación.

El tratamiento se puede orientar en varias direcciones: corregir la posible hipoperfusión tisular, eliminar el agente lactacidógeno (hemodiálisis), emplear sustancias alcalinizantes o administrar fármacos estimuladores de la piruvato-dehidrogenasa.⁵

1.7. Complicaciones Crónicas

La diabetes genera daño circulatorio y orgánico sistémico desde el momento que se inicia. Se pueden observar lesiones histológicas en diversos tejidos a los cinco años de evolución de la enfermedad; este compromiso comienza a manifestarse clínicamente alrededor de los diez años de diabetes, particularmente en los pacientes crónicamente descompensados. El daño se produce a nivel micro (retinopatía, nefropatía y neuropatía) y macrovascular (accidente cerebro vascular, infarto agudo de miocardio y vasculopatía periférica).

En esta forma se establecen las complicaciones de la diabetes, que pueden conducir a la invalidez y la muerte del paciente. No obstante, el buen control metabólico puede prevenir o retardar la aparición de complicaciones.

No todas las complicaciones tienen la misma base patogénica y es posible que factores genéticos desempeñen un papel importante, así como es probable que varias alteraciones metabólicas y funcionales interactúen en forma sinérgica en la etiología de la micro y macroangiopatía. (6)

Complicaciones de la Visión

- *Retinopatía Diabética: la ceguera en la persona diabética es a menudo el resultado de la retinopatía diabética y del edema macular diabético, este último observado con más frecuencia en las personas que tienen diabetes tipo 2. El edema macular se caracteriza por el engrosamiento de la retina, exudados duros y/o zonas en el área macular que no tienen perfusión. La destrucción de la retina macular da lugar a la pérdida de la visión central.*

⁵ El médico interactivo. Diario electrónico de la sanidad. N° 892. Enero 2003. Pag. web: www.Medynet.com

La retinopatía diabética se divide en 2 grandes grupos:

a) Retinopatía Diabética No Proliferativa (RDNP)

b) Retinopatía Diabética Proliferativa (RDP)

La primera lesión de la retina es un microaneurisma de los vasos retinianos. Después sigue el microinfarto y la formación de exudados. Estos cambios tempranos en la retina pueden progresar hacia un estado más grave, la Retinopatía Diabética Proliferativa, en la cual se forman nuevos vasos sanguíneos en la retina (neovascularización). A medida que se forman estos nuevos vasos se encogen y causan tracción en la retina. El resultado puede ser un desprendimiento de retina y hemorragia dentro del vítreo.(8)

Tratamiento: un control glucémico adecuado más un seguimiento del tratamiento de la hipertensión arterial y de las dislipidemias retardarán la evolución de la retinopatía diabética.

Los tratamientos indicados por el oftalmólogo dependen del momento evolutivo de la RD pudiendo ser fotocoagulación con láser (aplicado en el momento adecuado reduce el riesgo de ceguera), y la vitrectomía (extirpación del humor vítreo que ha sido infiltrado por hemorragia), esta última en caso de RDP.(9)

- *Cataratas: pueden ser causadas por una hiperglucemia prolongada que provoca edema y opacidad del cristalino.*

Complicaciones del Riñón

- *La Nefropatía Diabética constituye un síndrome clínico diferenciado, caracterizado por albuminuria, hipertensión e insuficiencia renal progresiva. Constituye la principal causa de enfermedad renal terminal.*

La nefropatía diabética junto con las alteraciones cardiovasculares, son una de las causas fundamentales de morbimortalidad en estos pacientes. En Argentina,

los datos disponibles muestran que el 13% de los pacientes en hemodiálisis son diabéticos y de ellos el 57% son diabéticos tipo 2.⁶

- *Nefropatía Incipiente (NI): a partir del 5° año, algunos pacientes presentan nefropatía incipiente caracterizada por: microalbuminuria persistente y filtrado glomerular normal o elevado (hiperfiltrado >150 me/mm).*
- *Nefropatía Clínica: está determinada por la progresión de la microalbuminuria a la macroalbuminuria. La proteinuria (proteínas en orina) puede aumentar, desarrollándose en síndrome nefrótico, caracterizado por edemas, dislipidemia.*
- *Nefropatía Urémica: se desarrolla en el transcurso de 3 a 5 años de iniciada la proteinuria. A medida que aumenta la insuficiencia renal, aumenta la concentración de creatinina sérica, el nitrógeno ureico en la sangre y aparecen otros signos y síntomas de insuficiencia y fallas renales.*

Tratamiento:

- *Control glucémico adecuado.*
- *Control de la presión arterial.*
- *Evaluación y control de otros factores de riesgo cardiovascular.*
- *Plan de alimentación (control de proteínas, hidratos, grasa, sodio).*
- *Farmacológico: (inhibidores de enzima convertidora, antihipertensivos y diuréticos).*
- *Hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal.*

Complicaciones de los Nervios Periféricos y Vegetativos

- *Neuropatía Diabética (ND): en la diabetes, la neuropatía diabética, es la complicación tardía más frecuente, afectando tanto a los pacientes diabéticos tipo 1 como a los pacientes diabéticos tipo 2. Se clasifica en :*

⁶ Gagliardino J. y Fabiano A. y cols. Diabetes tipo 2 no insulino dependiente. Su diagnóstico, control y tratamiento. SAD. Cap. 9. Pag. 107.

A. *Neuropatía diabética periférica*

B. *Neuropatía diabética autonómica*

A. La *Neuropatía Diabética Periférica* puede afectar a múltiples nervios (*polineuropatía*) o a un solo nervio (*mononeuropatía*). Se clasifica de la siguiente manera:

1) *Polineuropatía Distal y Simétrica*: se caracteriza por ser bilateral, simétrica y distal. La *polineuropatía* es de predominio sensorial, de instalación lenta y progresiva. Los síntomas son: dolor, hiperestésias, parestésias, alteración de la sensibilidad superficial, y profunda, afectando los reflejos tendinosos y de la marcha, con exacerbación nocturna del dolor.(10)

También se observa adormecimiento, hormigueo en miembros inferiores, cambios tróficos en las áreas distales de la piel y articulaciones, y leve debilidad muscular.

2) *Mononeuropatías*: afectan principalmente los pares craneanos III y IV y con menos frecuencia algunos territorios nerviosos aislados, determinando formas clínicas de *radiculopatías* o *mononeuropatías proximales* (*ciático poplíteo externo, cubital, radial, entre otros*). Suele aparecer en forma brusca. Los síntomas de presentación son frecuentemente dolor, en la región lumbar o de la cadera, que es más intensa por la noche, hay también debilidad muscular y atrofia muscular de los grupos afectados. Es variable el compromiso de la sensibilidad profunda y superficial, que puede estar solo levemente afectado, sin embargo por lo común hay alteraciones esfinterianas.

B. *Neuropatía Diabética Autonómica*: se produce por una lesión de las fibras nerviosas que inervan las víceras. Dichas fibras son *amielínicas*, a diferencia de las fibras que conforman el SNP. (*mielínicas*). Las lesiones del sistema nervioso autónomo (SNA) se agrupan en forma de síndromes:

- ✓ *Síndrome gastrointestinal: gastroparesia, diarrea nocturna.*
- ✓ *Síndromes cardiovasculares: hipotensión postural, denervación cardíaca, infarto silente.*

- ✓ *Síndromes urogenitales: vejiga neurogénica, disfunción sexual masculina, disfunción sexual femenina, eyaculación retrógrada.*
- ✓ *Lesiones osteoarticulares: artropatía de Charcot.*

El tratamiento de la Neuropatía Diabética puede ser dividido en dos grandes categorías:

- *Tratamiento preventivo: un control glucémico adecuado.*
- *Tratamiento de las lesiones existentes.(11)*

Complicaciones Macrovasculares

Los cambios vasculares se producen en las grandes arterias. La disminución de la luz de los grandes vasos compromete el aporte de oxígeno a los tejidos y puede causar isquemia tisular, dando lugar a enfermedades cerebrovasculares, enfermedades coronarias y enfermedades vasculares.

Pie Diabético

Las úlceras y otros problemas de los pies en los pacientes diabéticos son frecuentes, a menudo invalidantes y asociados con una elevada morbimortalidad. Su aparición es el resultado de la interacción de cuatro factores fisiopatológicos principales: la neuropatía diabética periférica, la enfermedad vascular periférica, alteraciones ortopédicas y las infecciones. A pesar de no ser un factor fisiopatológico, debe incluirse el déficit en educación diabetológica como una de las causas precipitantes de las lesiones del pie en el diabético.

Wagner realizó una clasificación de las lesiones del pie, que consta de 6 grados:

- *Grado 0: no hay lesiones pero es un pie de riesgo (callos, fisuras, hiperqueratosis)*
- *Grado 1: úlcera superficial. Suele aparecer en la superficie plantar, en la cabeza de los metatarsianos o en los espacios interdigitales.*
- *Grado 2: úlcera profunda que penetra en el tejido celular subcutáneo, afectando los tendones y ligamentos, pero no hay absceso o afectación ósea.*
- *Grado 3: úlcera profunda acompañada de celulitis, absceso u osteítis.*

- *Grado 4: gangrena localizada, generalmente en el talón, dedos o zonas distales del pie.*
- *Grado 5: gangrena extensa del pie.(7)*

En el tratamiento del pie diabético es importante: identificar a los pacientes con pie de riesgo; hacer detección y tratamiento precoz de cualquier lesión activa en el pie, especialmente úlceras; y la educación sanitaria del paciente, familiares y/o cuidadores para el correcto cuidado del pie del paciente con diabetes.

1.8. Tratamiento Médico de la Diabetes Mellitus

Dentro del tratamiento de la Diabetes Mellitus se han propuesto los siguientes objetivos generales:

- *Eliminar los síntomas y promover una sensación de bienestar.*
- *Alcanzar un control glucémico adecuado.*
- *Prevenir, retrasar o minimizar las complicaciones microvasculares.*
- *Reducir la morbimortalidad de las complicaciones macrovasculares.*
- *Lograr una calidad de vida aceptable.*

Clásicamente se han considerado tres componentes fundamentales en el tratamiento de la diabetes mellitus: dieta, ejercicio y tratamiento farmacológico.

*Para conseguir un adecuado equilibrio de estos tres componentes, resulta esencial la colaboración del paciente. Hoy en día se considera como fundamental un cuarto componente dentro del tratamiento de la diabetes, es la **“educación diabetológica del paciente”**. De manera que será difícil conseguir que el paciente cumpla una dieta, medicación y ejercicio físico adecuado sin que previamente se informe a éste de la importancia de estos componentes, consiguiendo de su parte una motivación positiva en el sentido de hacerlos participe activo y responsable de su tratamiento.*

Referencias Bibliográficas

- (1) *Revista de la Sociedad Argentina de Diabetes. Volumen 31. N° 3. Pag. 100. 1997.*
- (2) *García de los Ríos, Manuel y cols. Diabetes Mellitus. Editorial Fundación de Investigación y Perfeccionamiento Médico. 1992 Cap 2. Pag. 25.*
- (3) *Gagliardino J. y Fabiano A. y cols. Diabetes tipo 2 no insulino dependiente. Su diagnóstico, control y tratamiento. SAD. 1998. Cap. 1. Pag. 14,15.*
- (4) *Long, Phipps, Cassmeyer. Enfermería médico-quirúrgico. Un enfoque del proceso de enfermería. Editorial Harcourt Brace. 3° edición. 1997. Tomo 2. Cap. 28. Pag. 823.*
- (5) *Ibid. Pag. 801.*
- (6) *Op. Cit. García de los Ríos, M y cols. Cap 19. Pag. 222.*
- (7) *Op. Cit. Gagliardino J. y Fabiano A. y cols. Cap. 12. Pag. 134.*
- (8) *Op. Cit. Long, Phipps, Cassmeyer. Pag. 805.*
- (9) *Op. Cit. Gagliardino J. y Fabiano A. y cols. Cap. 10. Pag. 119.*
- (10) *Op. Cit. Long, Phipps, Cassmeyer. Pag. 805-806.*
- (11) *Op. Cit. Gagliardino J. y Fabiano A. y cols. Cap. 11. Pag. 127.*

Capítulo 2. Autocuidado y Terapia Ocupacional.

1. Atención Primaria de la Salud: definición y generalidades

La salud está condicionada por múltiples factores históricos, culturales, económicos y políticos; siendo la atención primaria de la salud la forma más adecuada para enfrentar los problemas de salud, entendidos éstos como problemas sociales e inseparables del desarrollo socio - económico de un país. (1)

La declaración de Alma Ata señala que “la atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar durante todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención en salud al lugar de residencia y trabajo, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”.⁷

En APS el cambio fundamental radica en que la comunidad y los individuos se convierten en actores que conocen, participan y toman decisiones sobre su propia salud y asumen responsabilidades específicas ante ella. (2)

Este propósito intenta permitirle al paciente diabético, al aceptar su enfermedad, modificar hábitos y actitudes, una mejor calidad de vida, previniendo complicaciones agudas y crónicas propias de su enfermedad.

De acuerdo con las incumbencias profesionales correspondientes al título de Licenciado en Terapia Ocupacional otorgado por la Universidad Nacional de Mar

⁷ Kroeger A., Luna R. Atención primaria de la Salud. Principios y Métodos. OPS: Editorial Pax. México. 2º Edición. Cap. 1. Pag. 5 y 6. 1992.

del Plata, el Terapeuta Ocupacional puede participar en la elaboración, implementación de planes, programas y proyectos de desarrollo comunitario que impliquen la utilización de la actividad como instrumento de integración personal, social y laboral. El Terapeuta Ocupacional interviene en los diferentes niveles de atención de la salud contando con la actividad como recurso preventivo-terapéutico por excelencia.⁸

Las acciones para alcanzar las metas en APS son integrales; es decir afectan no solo a lo curativo sino, a lo preventivo. Por esto se las denomina Prevención Primaria , Prevención Secundaria y Prevención Terciaria.

*Varias son las líneas teóricas que hacen referencia a este tema: según **Task Force** (Servicio Preventivo de los Estados Unidos, año 2000)*

- *Prevención primaria: está constituida por aquellas iniciativas realizadas con la finalidad de evitar la aparición de una determinada enfermedad en un individuo, reduciendo la prevalencia de los factores de riesgo o mediante la aplicación de medidas activas, cuando la enfermedad no existe. Las actividades que se desarrollan están dirigidas a la promoción y a la protección de la salud.*
- *Prevención secundaria: persigue la detección de la enfermedad, ya existente, en sus estadios precoces aún asintomáticos. Las prácticas en este nivel se proponen detener la progresión de la enfermedad, prevenir las complicaciones y secuelas, evitar la difusión de enfermedades transmisibles y acortar los períodos de incapacidad. Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.*
- *Prevención terciaria: pretende mejorar el estado funcional de los individuos que ya presentan una enfermedad clínicamente evidenciada con la finalidad de reducir sus complicaciones y mejorar la calidad de vida. Su accionar se basa en la rehabilitación, a través de las tareas programadas se busca desarrollar al*

⁸ Carvajo A., Navone M., y Xifra M. Talleres de Educación para la Salud en asma bronquial pediátrico. Un enfoque desde Terapia Ocupacional. Tesis de Grado. Universidad Nacional de Mar del Plata. 2002. Pag. 47.

máximo las capacidades remanentes, prevenir la enfermedad mental secundaria, proteger la salud social, disminuir los efectos sociales y económicos de la invalidez.

Para Kroeger A. y Luna R.:

- *Prevención primaria: son todas aquellas medidas generales, como mejorar el estado nutritivo; y medidas específicas para evitar cierta enfermedad, como vacunas.*
- *Prevención secundaria: diagnóstico y tratamiento precoz; tratamiento oportuno y adecuado.*
- *Prevención terciaria: rehabilitación, una vez producidas las secuelas definitivas. (3)*

Nuestra propuesta del taller de Terapia Ocupacional sobre educación terapéutica quedaría incluido según la Task Force en Prevención Terciaria, ya que en esta etapa se pretende que el individuo alcance la máxima funcionalidad en su vida diaria, mejorando así su calidad de vida. Según Kroeger y Luna quedaría incluido en la Prevención Secundaria, mediante la implementación del tratamiento adecuado y oportuno a fin de retardar la aparición de las secuelas propias de la enfermedad.

1.1 Educación Terapéutica desde Terapia Ocupacional.

La Educación es un proceso de formación global y permanente del ser humano, que promueve la capacidad de generar actitudes, habilidades y conocimientos.

“La Educación para la Salud” imparte conocimientos, es enseñanza y aprendizaje dirigido por el educador, su objetivo es, que las personas cuiden de sí

*mismas, de su familia o comunidad, llegando a modificar conductas y adquirir nuevos hábitos para conservar el estado de salud”.*⁹

Las relaciones que se establecen entre quienes enseñan y quienes aprenden, se encuentran atravesadas por la dependencia y el poder, se trata simplemente de impartir conceptos, conocimientos, información y en algunos casos de experiencia ajena, que se da entre quien enseña (el que sabe) y el que aprende (el que no sabe). El que enseña como proveedor del conocimiento, frente a ese lugar de poder la iniciativa del que aprende se encuentra reducida al no tener un lugar activo en el proceso de enseñanza – aprendizaje y al fomentarse su pasividad y dependencia, convirtiéndose en receptor pasivo del conocimiento.

Como un concepto más reciente y de carácter más particular dirigida a personas afectadas por una enfermedad crónica, García González postula la Educación Terapéutica; su objetivo es formar y motivar a las personas con enfermedades crónicas para que participen activamente en su tratamiento. (4)

Desde Terapia Ocupacional adherimos al concepto de educación terapéutica porque enfatiza un “saber hacer” apropiado para el cuidado diario. Las personas con diabetes deberán aprender a tratarse y a reorganizar su vida, adaptando su tratamiento a las variaciones de su vida diaria. En este modelo de aprendizaje el que enseña está dispuesto a acompañar y no a dirigir, a conducir, a animar al diálogo y a reflexionar en conjunto, cede el rol protagónico al grupo para convertirse en un facilitador del proceso grupal y en coordinador de las actividades. El que aprende asume un comportamiento responsable, participativo, comprometido, elige y comparte con otros, en un clima de respeto y colaboración.

Gagliardino afirma que la Educación es “un proceso continuo permanente, mediante el cual los sujetos construyen y elaboran sus aprendizajes en forma autónoma y establecen vínculos e intercambios con los otros con quienes recrean lo aprendido.

⁹ Apuntes. Metodología de la Educación. El proceso de enseñanza. Página www.perso.wanadoc.es

En tal sentido, la educación resulta indispensable para mejorar la calidad de vida de las personas con diabetes y optimizar los resultados del tratamiento¹⁰.

Las personas afectadas por una enfermedad crónica pueden ser participes activos de su tratamiento, siendo el objetivo específico de la educación terapéutica, la formación y motivación, para que acepten su enfermedad y modifiquen los hábitos y actitudes en las actividades de la vida diaria; es decir que cada persona tome conciencia de sus necesidades de salud, busque los métodos apropiados y actúe en consecuencia. La Educación Terapéutica se centra en el individuo diabético y no en la enfermedad.

El contenido de la educación depende de las particularidades de cada persona abarcando al hombre integralmente: soma, psique y entorno social.(5)

La educación del paciente entra a formar parte del tratamiento específico de cada una de las enfermedades crónicas, por eso la aplicación de la misma debe ser considerada y tratada con el mismo rigor científico que se otorgaría a un tratamiento tradicional.

La educación terapéutica del paciente con enfermedad crónica, es una actividad que requiere por parte del personal de salud, una verdadera competencia en este campo. Dicha competencia debe adquirirse por medio de una formación científica, dado que se ha podido demostrar que el nivel de competencia de los educadores tiene una influencia determinante, sobre la eficacia y eficiencia de la educación en los pacientes.

En 1998 un informe de expertos de la OMS sobre educación de pacientes determinó las competencias que los profesionales de la salud debían poseer en este campo. Algunas de ellas son:

- *Comunicarse con el paciente*
- *Ayudar al paciente a aprender*
- *Ayudar al paciente a gestionar su enfermedad y su modo de vida*

¹⁰ Gagliardino J., Fabiano A. y cols. Diabetes tipo 2 no insulino dependiente. Su diagnóstico, control y tratamiento. SAD. (Sociedad Argentina de Diabetes). 1998. Cap. 6. Pag. 82.

- *Planificar y evaluar un programa de aprendizaje destinado a los pacientes.*
- *Evaluar los progresos y las dificultades del paciente.*
- *Organizar las actividades que conllevaría un servicio integrado de cuidados, tratamiento y educación terapéutica a pacientes.¹¹*

La Educación Terapéutica puede ser individual y grupal, ambas son complementarias y no excluyentes. La educación grupal promueve el intercambio de conocimientos y experiencias, permite compartir la solución de problemas, promueve la maduración de la relación entre el paciente y la familia, y fomenta el autocontrol y la pertenencia.

El proceso educativo comienza y culmina con la evaluación, determinando el logro alcanzado por el grupo.(6)

Por qué abordaje grupal?

Siguiendo los criterios de la Task Force sobre eficiencia, eficacia y efectividad, se considera que el abordaje grupal abarca los tres conceptos.

*Desde el de **eficiencia** se logra una mayor atención de pacientes con mínimos recursos humanos.*

*Desde el de **eficacia**, se acuerda a conceptualizaciones de la teoría psicoanalítica y de la teoría de lo grupal, se tiene en cuenta la complejidad del ser humano atendiendo a las instancias intrasubjetiva, intersubjetiva y transubjetiva.*

El aparato psíquico grupal contiene fantasías - grupo interno, que se han ido deconstruyendo y reconstruyendo a través de las experiencias de vida, donde el otro y el contexto intervienen activamente en la introyección de rasgos a través del proceso de la identificación. La red de identificaciones que se produce al configurarse un grupo propiciará el logro de los objetivos propuestos en los diversos programas por la propia subjetividad de los miembros que lo conforman.

¹¹ Educación Terapéutica en Pacientes Diabéticos www.diabéticos.com

*Desde la **efectividad** como estos procesos operan inconscientemente desde la experiencia vivida, los cambios pasan a ser parte del sujeto, corresponden a su mismidad, lo que favorece el mantenimiento de lo adquirido. (7)*

La educación terapéutica de los pacientes en el campo de la diabetes, como en cualquier enfermedad crónica, es un medio terapéutico, sumamente importante: aportar y compartir información, proporcionar conocimientos prácticos y sobre todo modificar el comportamiento, son sus objetivos principales; y el grupo se constituye en el espacio destinado al logro de dichos objetivos.

Por otro lado, la identidad de cada uno se va constituyendo a partir de la red de relaciones sociales que vamos construyendo, y los grupos son el puente que posibilita el pasaje de las normas de una sociedad a los sujetos concretos, a partir de que actúan como espacios microsociales, como espacios de experiencias. (8)

Bauleo dice al respecto: "el grupo actúa como organización intermedia ocupando el lugar social posibilitador de la experiencia. Desempeña el rol de organizador social de espacios de experiencia, que aparecen como un momento práctico para ejecutar y luego elaborar un pensamiento de cambio".¹²

En el intercambio con el otro el sujeto se expresa, comparte, se comunica, reconoce sus limitaciones y potencialidades. En relación a esto; Pichón Riviere define al Grupo como "un conjunto restringido de personas, que ligadas por constantes de tiempo y espacio, y articuladas por su mutua representación interna, se propone en forma explícita o implícita, una tarea que constituye su finalidad, interactuando a través de complejos mecanismos de asunción y adjudicación de roles".¹³

Durante este proceso se produce un interjuego dinámico de roles y la construcción de un nosotros. Uno de los organizadores del grupo como estructura, es la mutua representación interna, como la describe Pichón Riviere; es un rasgo esencial y constitutivo del grupo; es un elemento instituyente del grupo, que le otorga a esa

¹² Bauleo, Armando y otros. Lo grupal. Editorial Búsqueda, Buenos Aires. 1983. Pág. 72

¹³ E. Pichon Riviere. El proceso grupal. Editorial Nueva Visión. Buenos Aires 1985. Págs. 142 - 143

multiplicidad de sujetos una unidad, una coherencia interna y una interdependencia, rasgos característicos de toda estructura.

Las relaciones que hasta ese momento eran anónimas, exteriores, se transforman en relaciones de interioridad, es decir, se cuenta con el otro que es reconocido como significativo para mí cuando está involucrado en una relación o contradicción fundamental, la que se da entre necesidad y satisfacción. Podemos decir que se ha instituido un grupo, una estructura de relaciones entre sujetos, cuando nos vemos involucrados con los otros en una necesidad y desde ella desarrollamos una tarea en común. La estructura grupal está puesta en marcha y constituida a partir de las necesidades y la necesidad es, principio de movimiento, por lo tanto podemos afirmar que el grupo es una estructura en movimiento. De ahí que se define como organizadores de la tarea grupal, el conjunto de necesidades, objetos y tarea, y la mutua representación interna. (9)

Entre sus integrantes existen roles, una historia en común, tradiciones y mitos, debido a esto la tarea que el conjunto se ha propuesto, y que constituye el motivo y sentido racional del grupo, puede ser sostenida y cumplirse.

En el grupo se trabaja desde el concepto de horizontalidad, teniendo en consideración el aquí y ahora del acontecer de los integrantes, estableciendo las modificaciones o facilitaciones necesarias para permitir el aprendizaje y desarrollo de la tarea planteada y consecuentemente de los objetivos implícitos en la misma. Sin embargo también se considera el concepto de verticalidad, con la finalidad de conocer algunos aspectos de su historia de vida, permitiendo revelar sus intereses, valores, motivaciones; aspectos que son tenidos en cuenta para la elección de las actividades. (10)

La actividad, instrumento propio y distintivo de terapia ocupacional, es el centro del proceso y además organizador del grupo; organizador en tanto y en cuanto la tarea tomada como sentido del grupo, sea común a todos los integrantes del mismo.

El Terapeuta Ocupacional como coordinador del grupo deberá ser el facilitador de los procesos que en el grupo se genere, para esto deberá estimular la cooperación, la participación, comunicación entre los participantes y el trabajo en grupo. Además de facilitar los medios para que cada integrante del grupo se realice a partir de sus propias potencialidades para lo cual deberá motivar y aportar un mínimo de conocimientos cuando las circunstancias así lo requieran.

1.2 Autocuidado.

El utilizar la Educación Terapéutica grupal como estrategia para promover conductas y comportamientos adecuados de autocuidado en el paciente diabético tipo 2, favorece la creación de condiciones óptimas para el cambio, hacia un estilo de vida más saludable.

Nuttbeam D. afirma que el autocuidado engloba todas aquellas actividades de evaluación y toma de decisiones relacionadas con la salud en el contexto social de la vida cotidiana.(11)

Actividades de Autocuidado

Evaluación de la salud

Autoobservación

Percepción de síntomas

Identificación de cambios

Valoración de severidad

Elección de la respuesta

Toma de decisiones

Conductas preventivas

Medidas no farmacológicas

Automedicación

Consulta no profesional

Consulta profesional

Abstención

Este conjunto de actividades es un medio por el cual las personas asumen una mayor responsabilidad en su propia salud, basada en la comprensión global de su

significado, en su fomento y en las medidas que hay que adoptar cuando se pierde.

Segall A. clasifica la multiplicidad de conductas individuales que tienden a mantener y restablecer la salud en diferentes modalidades de autocuidados:

Autocuidados rutinarios

- Hábitos alimentarios
- Hábitos de sueño
- Higiene

Autocuidados preventivos

- Ejercicio
- Dieta
- Salud mental
- Exámenes preventivos
- Medidas preventivas de accidentes

Autocuidados reactivos

- Medidas no farmacológicas
- Automedicación
- Consulta no profesional
- Consulta profesional

Autocuidados de recuperación

- Cumplimiento terapéutico
- Medidas de autocontrol
- Rehabilitación.

Las tres primeras conductas nacen de la iniciativa del individuo, a diferencia de los autocuidados de recuperación que se encuentran bajo la indicación de un profesional.

En las enfermedades crónicas, como la Diabetes Mellitus, las actividades de autocontrol y el autocuidado en cuanto a la elección y modificación de los estilos de

vida que condicionan la presencia de los factores de riesgo, son importantes áreas a potenciar. La persona que la sufre puede tener limitaciones y dificultades de aceptación y de integración en su vida, proyectos y valores; en algunos casos estos conflictos se pueden resolver en función de los recursos personales o psicológicos, el entorno social y familiar.

*Para conocer el autocuidado de los pacientes diabéticos es imprescindible mencionar y definir las actividades que incluiríamos en el autocuidado; para llevar a cabo los objetivos de la investigación, tomamos los dos indicadores que postula Nuttbeam: **Evaluación de la Salud y Toma de Decisiones**.(12)*

♦ *La **Evaluación de la Salud desde Terapia Ocupacional** abarca:*

Acciones de Reconocimiento: consiste en la educación que posee la persona diabética acerca de: enfermedad, complicaciones agudas, complicaciones crónicas, pilares del tratamiento, factores de riesgo y cursos de educación diabetológica.

Acciones de Maniobra Práctica: incluye los cuidados diarios que realiza la persona diabética relacionados con la educación para el autocuidado de su enfermedad como son: medicación y autoanálisis.

♦ *La **Toma de Decisiones desde Terapia Ocupacional** abarca:*

Acciones de Maniobra Práctica, tales como, cuidados en las actividades de la vida diaria, cuidados en la productividad y cuidados en el tiempo libre (ocio).

En este marco, se define a la "Terapia Ocupacional como la utilización terapéutica de las actividades de autocuidado, trabajo y lúdicas para incrementar la función independiente, mejorar el desarrollo y prevenir la discapacidad. Puede

*incluir la adaptación de las tareas o el ambiente para lograr la máxima independencia y mejorar la calidad de vida*¹⁴.

La intervención de Terapia Ocupacional, a partir de esta definición, se concentra en las áreas de la performance ocupacional, esto es: la habilidad de un individuo para realizar y estar satisfecho con su rendimiento en las actividades que se propone dentro de su entorno y roles. (Asociación Americana de Terapia Ocupacional – AOTA – 1989). Las áreas de performance ocupacional son: Actividades de la Vida Diaria, Productividad y Ocio.

- *Actividades de la Vida Diaria (AVD): son actividades o tareas que una persona realiza diariamente para mantener su independencia personal. (Reed y Sanderson 1980).*
- *Productividad: se refiere a la realización de actividades o tareas que se llevan a cabo para permitir a la persona sustento para sí, su familia y la sociedad, a través de la producción de bienes y servicios. La productividad es el área de performance que cubre las actividades y roles que dan sentido y propósito en la vida.*
- *Ocio: se refiere al valor y al poder elegir, llevar a cabo o comprometerse en actividades para divertirse, relajarse, obtener placer espontáneo y autoexpresión (Hersh 1981).(13)*

La capacidad del paciente con diabetes mellitus para mantener el autocuidado diario en un nivel óptimo no sólo se basa en los conocimientos y habilidades, sino en la motivación, la voluntad y la capacidad de realizar cambios en su conducta. La adherencia al régimen de diabetes puede significar cambios en los comportamientos de salud existentes en la vida del paciente, estos cambios involucran alteraciones en las creencias y en los patrones organizados de vida

¹⁴ Hopkins, H y Smith, H, Willard / Spackman. Terapia Ocupacional 8° edición Editorial Panamericana. 1998. Cap. 1. Pag. 4.

(alimentación, actividad, etc.) y la incorporación de nuevas creencias y patrones de comportamiento.

La Educación Terapéutica, tiene por objetivo formar y motivar al paciente para que asuma un comportamiento responsable, participativo, comprometido, adaptando su tratamiento a las variaciones de su vida diaria.

1.3 Taller y Terapia Ocupacional.

*Ander-Egg define **Taller** como “el lugar donde se trabaja, se elabora y se transforma algo para ser utilizado. Aplicado al ámbito de la salud el alcance es el mismo, se trata de una forma de enseñar y sobre todo de aprender mediante la realización de algo que se lleva a cabo conjuntamente. Como sistema de enseñanza aprendizaje, el taller tiene la siguiente característica es un aprender haciendo mediante una metodología participativa. Es una pedagogía de la pregunta contrapuesta a la pedagogía de la respuesta propia de la educación tradicional. Tiene un carácter globalizador e integrador. Implica y exige de un trabajo en equipo y el uso de técnicas asociadas. Permite integrar en un solo proceso tres instancias como son la docencia, la investigación y la práctica”.¹⁵*

El Taller es una propuesta de actividades diversas y organizador frente a lo que ocurre, a través del interjuego de los participantes con la actividad confluyen pensamientos, sentimientos y acción constituyéndose éste en una técnica de interacción para el terapeuta ocupacional, donde la actividad grupal facilita el proceso de integración de los miembros de un grupo.

En este contexto se van produciendo distintos aprendizajes, el transitar por las diferentes experiencias, conducen al paciente diabético a ratificar o rectificar modelos aprehendidos, actitudes, comportamientos, necesarios para mantener el autocuidado diario en un nivel óptimo.

¹⁵ Ander-Egg, Ezequiel. Diccionario de Pedagogía. Buenos Aires Magisterio del Río de la Plata, 1997.

Consideramos que todo aprendizaje parte de una experiencia previa y de una red de interacciones que se manifiestan en la dinámica del taller, convirtiéndose en un lugar de vínculos, de participación donde se desarrollan distintos estilos de comunicación, siendo un lugar de producción social, de objetos, hechos y conocimientos; constituyéndose así en una experiencia social, donde los participantes interactúan entre sí, en torno a una tarea específica. Dicha experiencia modifica el rol del individuo, de un rol pasivo a un rol protagónico en el aprendizaje; participando del grupo para vivir un proceso colectivo de conocimientos tendiente a la comprensión global de la realidad. De esta manera, el proceso de conocimiento es asumido por el grupo que cuenta con una coordinación de carácter cooperativo favoreciendo la democracia grupal.

En el taller confluyen el método y la técnica, es decir una relación lógica entre los objetos, los contenidos, los métodos y técnicas, necesarios para generar acciones de cambio tendientes a los objetivos planteados en la planificación.

Durante el desarrollo de los talleres se emplean técnicas grupales, esto es el conjunto de instrumentos, medios y procedimientos que se ponen en juego en un proceso de formación u organización grupal. A fin de facilitar el proceso de integración de los miembros de un grupo, se introducen éstas técnicas, las cuales permiten un tiempo reflexivo y el desarrollo de un aprendizaje activo. Al mismo tiempo ese "hacer" va produciendo y reproduciendo nuevas relaciones, construyendo otros conceptos y modificando la vida cotidiana desde un crecimiento creativo. En definitiva las técnicas ayudan a compartir espacios y tiempos del vínculo grupal. (14)

Para cada encuentro es necesario una programación pertinente, previsible y con cierto grado de flexibilidad frente a posibles situaciones que se presenten, del mismo modo, las técnicas deben responder a un tema específico, con un objetivo real y concreto, y preparadas para cumplir con las demandas y necesidades de un conjunto de personas determinadas, que serán sus destinatarios.

En el Taller, la participación es plena cuando sus integrantes, tienen la posibilidad de tomar decisiones, aportar ideas, compartir el conocimiento que cada uno tiene, enriquecerlo, potenciarlo colectivamente; buscar soluciones alternativas que les permita enfrentar su realidad para poder modificarla mediante el trabajo grupal, creativo, teniendo en cuenta el contexto histórico, cultural , económico y político actual.

Objetivos generales de los Talleres ¹⁶

- ✓ *“Favorecer el desarrollo integral y armónico de la personalidad de todos los participantes, a partir de una acción protagónica, creativa y placentera.*
- ✓ *Contribuir a la utilización de diversos canales de comunicación que posibiliten el acceso a la identidad personal y la conformación de la identidad grupal.*
- ✓ *Incrementar el ejercicio del espíritu crítico con respecto a las propias acciones, privilegiando la práctica cuestionadora y enfatizando el sentir y el hacer como punto de partida para conocer.*
- ✓ *Promover y facilitar la reflexión en grupo.*

En el Taller, trabajo en equipo, participación, protagonismo, expresión, solidaridad, actitud lúdica y comunicación, son pilares básicos que posibilitan el desarrollo de la creatividad individual y grupal a partir de la búsqueda de soluciones a problemas comunes”.

En definitiva, lo que proponemos a través de este abordaje, es que las personas diabéticas participen activamente en un espacio – tiempo de placer, donde reflexionen y construyan nuevos objetos de conocimiento que puedan aplicar a su realidad, logrando de esta manera mejorar su calidad de vida.

¹⁶ Carbajo A., Navone M. y Xifra M. Talleres de educación para la salud en asma bronquial pediátrico. Un enfoque desde Terapia Ocupacional. Tesis de grado. Universidad Nacional de Mar del Plata. 2002. Págs. 40 - 41

1.4 Taller de Terapia Ocupacional sobre Educación Terapéutica.

Objetivos del Taller

- *Entrevistar y evaluar a fin de registrar como es el autocuidado del paciente diabético tipo2.*
- *Incrementar el nivel de participación de las personas en el autocuidado, para mejorar el control metabólico, prevenir complicaciones crónicas y mejorar la calidad de vida.*
- *Confeción de una cartilla conteniendo información sobre la temática trabajada en los encuentros.*

Los Contenidos del Taller.

La diagramación de los contenidos del taller se realizó en función de determinados indicadores de la variable autocuidado como sintomatología de la diabetes, control glucémico, complicaciones agudas y crónicas, tratamiento médico, pie diabético, participación en cursos de educación diabetológica. El taller, si bien presentó una planificación en cuanto a objetivos y contenidos, la misma se ajustó a la demanda y necesidades sentidas y reconocidas por parte de la población beneficiaria, es decir, el desarrollo del taller fue flexible y abierto a posibles modificaciones, manteniendo los objetivos propuestos al inicio del mismo.

Cada encuentro estuvo compuesto por:

- ◆ *Apertura: en la cual se comentó la temática tratada en el encuentro anterior.*
- ◆ *Actividad del día.*
- ◆ *Cierre: al finalizar cada encuentro se brindó a los participantes un espacio de reflexión.*

Duración del Taller

Cabe aclarar que hubo una modificación con respecto a la propuesta inicial, la misma surgió a partir de la demanda del grupo.

El tiempo de duración del taller fue de dos meses (Diciembre – Enero), con una frecuencia de dos encuentros semanales, de dos horas cada uno, aproximadamente, se tuvo en cuenta que el factor tiempo no resultara extenso en caso de actividades que generaron poco interés o motivación, ni escaso por exceso de ellas.

Recordemos que la modalidad y el ritmo de los participantes, no se mantienen en forma constante, ya que los grupos varían su ritmo a medida que avanza el trabajo del taller.

Recursos Humanos.

La puesta en marcha del taller fue a través de la modalidad de coordinación a cargo de dos alumnas avanzadas de la carrera de grado de la Licenciatura en Terapia Ocupacional, autoras de este trabajo, supervisadas por el Dr. Miguel Bonillo, médico de la asociación.

Se conformó un solo grupo de trabajo, cuya modalidad fue de tipo cerrada, es decir, con un número fijo de miembros que se mantuvo en forma constante durante su desarrollo y hasta su finalización, no permitiéndose el ingreso de nuevos integrantes una vez iniciado el mismo. Debido a esto la interrelación grupal se facilitó y el nivel de intimidación e inseguridad se redujo, lo que favoreció la construcción del conocimiento y el logro de la resolución de los problemas y conflictos emergentes.

Recursos Materiales y Técnicos.

Se utilizó papel afiche, madera, de diario y revistas, de barrilete, crepé, cartulinas de colores, dibujos, fotografías, diagramas, pizarras, tizas blancas y de colores, marcadores de fibra, lápices, estos elementos facilitaron las actividades, teniendo un carácter auxiliar y complementario. La utilización de los mismos estimuló la participación del grupo en el taller.

Recursos Físicos.

El taller de educación terapéutica en el autocuidado del paciente diabético tipo 2 que concurre a ADIAPI se realizó en instalaciones cedidas por el Centro de Jubilados de la ciudad de Pigué. Este espacio fue lo suficientemente amplio y adecuado a las actividades que se realizaron, con buena ventilación e iluminación y libre de ruidos e interferencias externas, el mismo se seleccionó teniendo en cuenta el número de participantes. Este lugar permitió la participación, la espontaneidad y la cooperación de los concurrentes generando una atmósfera grupal que facilitó la acción del grupo.

La Evaluación del Taller.

- **Evaluación Pre-taller:** *se realizó antes de implementar el taller una evaluación, con el fin de conocer cómo es el autocuidado de nuestra población. Esta evaluación se realizó en el primer encuentro. Para la misma, se utilizó como instrumento una entrevista personal, estructurada, administrada por las autoras de este trabajo a cada uno de los participantes del taller. Dicho instrumento fue diseñado por Castaño L. y Scarpati M., en su tesis de grado "Terapia Ocupacional: un abordaje en el autocuidado del paciente con diabetes tipo 2", se efectuaron modificaciones en el mismo acorde a las características de la muestra. (Se adjunta instrumento en Anexo 1).*

- **Evaluación del proceso del taller:** *permitted comprobar si los objetivos se cumplieron de acuerdo a las metas propuestas, tomar decisiones e ir reelaborando estrategias o alternativas entre las autoras del trabajo y los destinatarios del proyecto; ya que evaluar durante el proceso significa comprobar cómo y de qué manera se van desarrollando las actividades de todos los actores que participan del mismo.*

*La técnica utilizada para evaluar **Actividades** fue la Observación estructurada, el instrumento que se utilizó fue una ficha que permitió valorar los siguientes indicadores: lugar, fecha y hora de realización de las actividades, desempeño de los responsables de la realización de las actividades, cumplimiento o no de los objetivos propuestos, obtención de resultados esperados u obtención de resultados no previstos, desarrollo de las tareas como fueron diseñadas, en caso de modificación se consignó causa y forma, recursos humanos y materiales, presupuesto estimado por actividad, ante situaciones imprevistas se consignó cuáles fueron y cómo se resolvieron. (Se adjunta instrumento en Anexo 2).*

*Para evaluar el **Grupo**, se implementó la misma técnica, Observación estructurada, el instrumento que se utilizó fue una ficha de sistematización de datos que permitió valorar:*

- *El Vínculo de cada persona con sus pares y de cada participante con el coordinador. Se entiende por Vínculo al proceso mediante el cual, a través de un intercambio verbal o gestual, se genera un espacio de comunicación de carácter dialéctico y bidireccional, aportando a la relación común y al enriquecimiento mutuo. Sucede en un espacio particular o encuadre que actúa como organizador. Se consigna SI cuando se observa intercambio verbal o gestual del beneficiario con sus pares o coordinadores; y se consigna NO cuando no se observa intercambio verbal o gestual de la persona con sus pares o coordinadores.(15)*

- Tipo de Participación, *activa, pasiva, no participante respecto de cada una de las actividades propuestas. Se entiende por Participación Activa al proceso por el cual el sujeto aporta conocimiento, sugiere ideas, expresa experiencias personales, expresa diferencias en relación a la opinión de otros y resuelve situaciones prácticas respondiendo a las consignas dadas por los coordinadores. Participación Pasiva es el proceso por el cual el sujeto opera como observador del acontecer grupal; y No Participativa es cuando realice otra actividad ajena al taller. (16)*
- *y la Asistencia o Inasistencia de las personas convocadas. (Se adjunta instrumento en Anexo 3).*

Los registros de cada evaluación antes mencionadas se realizó al finalizar cada encuentro; los responsables de relevar la información fueron:

- *Una de las tesistas que funcionó como observadora, registrando por escrito los fenómenos resultantes de cada encuentro.*
 - *Y un beneficiario, elegido por el grupo, a fin de obtener otra visión de cada encuentro.*
- **Evaluación final Post-taller:** *se realizó en el último encuentro la evaluación, con el fin de conocer las conductas y destrezas de autocuidado de los pacientes en su vida diaria. Para dicha evaluación se utilizó el mismo instrumento que aplicamos en la evaluación Pre-taller.*

1° Encuentro

Contenidos:

- *Presentación del taller.*
- *Presentación del grupo.*

Objetivos:

- ✓ *Evaluar (mediante entrevista personal, estructurada) el autocuidado del paciente diabético tipo 2.*

- ✓ *Propiciar el conocimiento mutuo entre los participantes, la integración y desinhibición en el grupo.*

ACTIVIDADES

Presentación de las talleristas coordinadoras al grupo. Presentación del taller: objetivos, desarrollo, duración, frecuencia.

1° Actividad: *Evaluación Pre-talleres*

Se administró a cada uno de los integrantes del grupo la entrevista personal estructurada, anteriormente mencionada con el fin de conocer como es el autocuidado de nuestra población.

2° Actividad: *juego de presentación grupal: “El aviso clasificado”.*

Materiales: papel y lápiz.

Tiempo: 35 minutos aproximadamente; de los cuales 15 minutos fueron empleados para la redacción del aviso clasificado, y los otros 20 minutos para la puesta en común.

Consigna: escribir en la hoja de papel una descripción de sí mismo como si se ofrecieran para “algo” en un aviso clasificado del diario. Para agilizar la creatividad y espontaneidad se les recordó a los participantes, que sólo podrían utilizar una determinada cantidad de palabras y que cada línea tiene un costo.(17)

Dinámica: esta técnica produce diferentes respuestas, el uso de la creatividad es una de ellas, lo cual enriquece la presentación.

3° Actividad: *“La historia de su enfermedad”*

Materiales: papel afiche y marcadores.

Tiempo: aproximadamente 35 minutos.

Consigna: se propuso a los participantes relatar “La historia de su enfermedad” partiendo de los siguientes conceptos que funcionaron como disparadores:

- *Cuál fue su reacción ante este diagnóstico*
- *Entorno familiar y social*
- *Qué cambios tuvo que realizar en su vida.*

Dinámica: esta técnica permitió el encuentro con el otro a partir de los relatos de cada uno.

Cierre del 1° encuentro: *este fue el momento de reflexión, donde los participantes pueden expresar y comentar su parecer acerca del encuentro (expectativas, inquietudes, agrado o desagrado con respecto a las actividades propuestas, las cuales se tuvieron en cuenta para la planificación y organización de los próximos encuentros).*

2° Encuentro

Durante el 2° encuentro se desarrollaron los siguientes contenidos:

Contenidos:

- *Definición y descripción de la enfermedad.*
- *Clasificación y características generales de la diabetes tipo 1 y tipo 2.*
- *Técnica de ejecución del automonitoreo e interpretación de sus resultados.*

Objetivos:

- ✓ *Adquirir conceptos básicos sobre Diabetes Mellitus.*
- ✓ *Identificar los tipos de diabetes.*
- ✓ *Reconocer la sintomatología de dicha enfermedad.*
- ✓ *Reconocer la importancia del automonitoreo glucémico, y su adecuada y correcta aplicación.*

ACTIVIDADES

1° Actividad: *“Torbellino de palabras o ideas”.*

Materiales: *un pizarrón o papel afiche y una tiza o marcador.*

Tiempo: *30 minutos, aproximadamente.*

Consigna: *decir palabras que resuenen de la palabra generadora, en este caso dicha palabra fue: "Diabetes".(20)*

Dinámica: *se escribió en el pizarrón la palabra generadora: "Diabetes", a partir de ahí cada persona aportó una palabra, hasta que se produjo una asociación de ideas muy amplia y surgieron una cantidad de palabras que dio cuenta de lo que el grupo opinó sobre el tema. Esto se pudo profundizar hasta llegar a una síntesis.*

2° Actividad: *"Automonitoreo glucémico"*

Materiales: *el glucómetro y las tiras reactivas.*

Tiempo: *se utilizó el tiempo necesario para cumplir con ésta actividad.*

Consigna: *Para realizar el automonitoreo cada paciente debió:*

- 1) Lavar sus manos con jabón y agua tibia, y secarlas completamente o limpiar el área con alcohol y dejarlo secar.*
- 2) Punzar la yema del dedo previo masaje.*
- 3) Aplicar una gota de sangre a una tira reactiva, preparada comercialmente.*
- 4) Luego del tiempo requerido, se realizó la lectura del resultado.*
- 5) Es indispensable que el paciente lleve una descripción escrita de su condición metabólica, anotando la fecha, hora y el resultado del examen.*

Para la realización de la misma se contó con la colaboración del Dr. Bonillo (médico de la Asociación) y una enfermera Alejandra Rivera.

Dinámica: *se dividió al grupo en cuatro subgrupos. El coordinador pasó por cada subgrupo explicando la técnica de automonitoreo. Luego cada paciente lo realizó en forma individual supervisado por el médico y la enfermera, quienes brindaron los conocimientos y pautas adecuadas a cada caso. Se utilizaron guantes descartables.*

Cierre del 2° encuentro: momento de reflexión donde los participantes expresaron su parecer acerca del encuentro vivido (vínculo con los compañeros, con las coordinadoras, expectativas, inquietudes).

3° Encuentro

En este encuentro se desarrollaron los siguientes contenidos:

Contenidos:

- Síntomas de hipoglucemia.
- Factores desencadenantes, su prevención y tratamiento.

Objetivos:

- ✓ Reconocer los signos y síntomas de la hipoglucemia.
- ✓ Identificar los factores que la provocan y su prevención.

ACTIVIDADES

1° Actividad: "Red de contenidos".

Materiales: cartulinas de distintos colores cortadas con diferentes formas (rectángulos, cuadrados o cualquier otra que no sea geométrica).

Tiempo: entre 40 y 50 minutos.

Consigna: se facilitó al grupo el material de trabajo que contenía palabras relacionadas con el tema a tratar (síntomas de hipoglucemia, factores desencadenantes, prevención y tratamiento). Luego los participantes unieron aquellas palabras que estaban relacionadas. (22)

Dinámica: los participantes se abocaron a la tarea, discutiendo y analizando los conceptos propuestos.

Cierre del 3° encuentro: momento de reflexión donde los participantes expresaron su parecer acerca del encuentro vivido (vínculo con los compañeros, con las coordinadoras, expectativas, inquietudes).

4° Encuentro

Durante este encuentro se desarrolló los siguientes contenidos:

Contenidos:

- *Síntomas de hiperglucemia.*
- *Factores desencadenantes, su prevención y tratamiento.*

Objetivos:

- ✓ *Reconocer los signos y síntomas de la hiperglucemia.*
- ✓ *Identificar los factores que la provocan.*
- ✓ *Reconocer la forma de prevenirla.*

ACTIVIDADES

1° Actividad: *la técnica utilizada fue “Adentro y afuera”.*

Materiales: *Diapositivas y proyector.*

Tiempo: *60 minutos aproximadamente.*

Consigna: *se dividió el grupo en 3 subgrupos iguales; los subgrupos se colocaron en círculos concéntricos y se enumeraron de adentro hacia fuera con los números 1, 2, 3.*

Una vez ubicados los grupos el coordinador proyectó al grupo “1” diapositivas, éste debió tratar de relacionarlas para lo cual tuvo un tiempo determinado (10 minutos). El resto de las personas (grupos 2 y 3) mientras tanto observaron. Finalizado el tiempo de trabajo del grupo “1” éste cambió de lugar y pasó al centro el grupo “2”. Nuevamente el coordinador proyectó “nuevas diapositivas” y el grupo trabajó durante 10 minutos tratando de relacionarlas. Mientras tanto, los grupos 1 y 3 observaron lo que pasa. Por último, pasó al centro el grupo “3”, quedando el 1 y el 2 de observadores en los círculos exteriores. El coordinador proyectó “nuevas diapositivas” al grupo 3, que durante el mismo tiempo que los otros dos trató de relacionarlas. Una vez que cada grupo realizó su trabajo, abrió un diálogo general donde todos tuvieron la oportunidad de comunicarse entre si. (18)

Dinámica: *esta técnica se utilizó para tratar temas de cierta complejidad en relativo poco tiempo, por otra parte, constituyó un entrenamiento en la “escucha activa”, pues el trabajo grupal se hizo más eficaz en la medida que un grupo utilizó*

los aportes de los que hubieron intervenido antes, lo que, necesariamente exigió escuchar activamente a los otros.

Cierre del 4° encuentro: momento de reflexión donde los participantes expresaron su parecer acerca del encuentro vivido (vínculo con los compañeros, con las coordinadoras, expectativas, inquietudes).

5° Encuentro

Durante este encuentro se desarrollaron los siguientes contenidos:

Contenidos:

- Información sobre complicaciones crónicas: micro y macrovasculares, su prevención y diagnóstico precoz.

Objetivos:

- ✓ Reconocer las complicaciones crónicas de la diabetes.
- ✓ Identificar los factores que influyen en su aparición.
- ✓ Conocer la prevención de las complicaciones crónicas.

ACTIVIDADES

1° Actividad: la técnica utilizada fue: "Caja de Contenidos".

Materiales: una caja, cartones, papel y marcadores.

Tiempo: entre 50 y 60 minutos.

Consigna: los participantes se ubicaron en semicírculo, completando el círculo con las imágenes de los órganos afectados y en el centro del círculo se colocó la caja de contenidos. Los participantes debieron extraer de la caja carteles que referidos a las distintas complicaciones debiéndolos ubicar en el órgano correspondiente.

Dinámica: los participantes se abocaron a la tarea compartiendo e integrando lo que saben respecto a las complicaciones crónicas y su tratamiento.

Cierre del 5° encuentro: momento de reflexión donde los participantes expresaron su parecer acerca del encuentro vivido (vínculo con los compañeros, con las coordinadoras, expectativas, inquietudes).

6° Encuentro

Durante este encuentro se desarrollaron los siguientes contenidos:

Contenidos:

- *Higiene y cuidado de los pies y de la piel en general.*

Objetivos:

- ✓ *Concientizar al paciente sobre la higiene y cuidado de los pies y la piel.*

ACTIVIDADES.

1° Actividad: *“Lectura Comentada”.*

Materiales: *un texto.*

Tiempo: *aproximadamente 45 minutos.*

Consigna: esta técnica consistió en el tratamiento del tema seleccionado a partir de un disparador que suscitó la reflexión conjunta. Dicho disparador fue un texto que cada participante aportó, para luego ser comentado en grupo. Para finalizar el grupo elaboró conclusiones en función de lo que le fue útil a cada uno, para su aplicación en las Actividades de la Vida Diaria.(19)

Dinámica: esta técnica permitió profundizar en la reflexión del tema, ya que el uso del texto permitió un análisis de mayor complejidad y suscitó interrogantes a partir de las opiniones expresadas por el grupo.

2° Actividad: *“Inspección de los pies”.*

Teniendo en cuenta lo tratado y considerando la importancia del cuidado diario de los pies y la piel, se propuso realizar, de forma individual, la inspección de los pies.

Cierre del 6° encuentro: *momento de reflexión donde los participantes expresaron su parecer acerca del encuentro vivido (vínculo con los compañeros, con las coordinadoras, expectativas, inquietudes).*

7° Encuentro

Durante este encuentro se desarrollaron los siguientes contenidos:

Contenidos.

- *Componentes del tratamiento del paciente diabético tipo 2.*

- *Tratamiento farmacológico: drogas hipoglucemiantes orales y su acción.*
- *Interacción de medicamentos.*
- *Educación diabetológica: su importancia.*

Objetivos:

- ✓ *Reconocer los pilares fundamentales en el tratamiento del paciente diabético: farmacológico, dieta, ejercicio y educación.*
- ✓ *Conocer las drogas hipoglucemiantes orales y su acción.*
- ✓ *Conocer los efectos colaterales que pueden producir la automedicación.*
- ✓ *Concientizar al paciente sobre la importancia de la educación diabetológica como componente esencial en la prevención y tratamiento.*

ACTIVIDADES

1° Actividad: *la técnica utilizada fue: “Torbellino de palabras o ideas”.*

Dicha técnica fue descrita en el “2° Encuentro”, primera actividad, para su lectura remitirse al mismo.

Para ésta actividad, teniendo en cuenta los temas tratados en este encuentro, colaboró con nosotros en la co-coordinación el Dr. Miguel Bonillo, médico de la Asociación.

Cierre del 7° encuentro: *momento de reflexión donde los participantes expresaron su parecer acerca del encuentro vivido (vínculo con los compañeros, con las coordinadoras, expectativas, inquietudes).*

8° Encuentro

Se invitó a participar de este encuentro como co-coordinador del grupo a la nutricionista que colabora con la Asociación de Diabéticos de la localidad de Pigué (ADIAPI)

Contenidos:

- *Plan de alimentación: horario, frecuencia, etc.*
- *Alimentos y su composición.*

Objetivos:

- ✓ *Reconocer las características generales que se deben considerar en la alimentación del paciente diabético.*

ACTIVIDADES

1° Actividad:

Tiempo: *entre 30 y 40 minutos.*

Consigna: *sentados en círculo, promovimos la discusión del grupo acerca de la alimentación adecuada, incluyendo conocimientos básicos de los alimentos, alimentos permitidos, prohibidos, intercambiables, etc.*

Dinámica: *esta técnica consiste en que el grupo en su totalidad realiza un debate abierto en torno al tema propuesto. En él, la participación de cada uno es libre y espontánea, permitiendo ampliar la información del grupo mediante los diferentes aportes que se realizan.*

2° Actividad: *“Confección de un Recetario”.*

Materiales: *papel, lapicera, papeles de colores, revistas, plasticola.*

Tiempo: *40 minutos aproximadamente.*

Consigna: *luego de haber dialogado sobre el tema se propuso a los participantes confeccionar un recetario con el fin de aportar comidas saludables y variadas.*

Dinámica: *en ésta actividad cada uno desde su idea va aportando a la tarea grupal, lo que exige desplegar la creatividad para lograr el objetivo.*

Cierre del 8° encuentro: *momento de reflexión donde los participantes expresaron su parecer acerca del encuentro vivido (vínculo con los compañeros, con las coordinadoras, expectativas, inquietudes).*

9° Encuentro

Durante este encuentro se desarrollaron los siguientes contenidos:

Contenidos:

- *Actividad física: beneficios y precauciones.*
- *Tipo, frecuencia, duración e intensidad.*

Objetivos:

- ✓ *Reconocer la importancia del ejercicio físico como parte del tratamiento.*

ACTIVIDADES

1° Actividad: "Collage grupal".

Materiales: *papel afiche, papel de diario, revistas, colores, plasticola.*

Tiempo: *30 minutos.*

Consigna: *se dividió al grupo en dos sub-grupos. Se propuso a un grupo realizar un collage sobre los beneficios del ejercicio físico; y al otro grupo sobre las precauciones a tener en cuenta. Se le agregó al collage dibujos y frases personales.*

Al finalizar, un grupo le explicó al otro lo realizado.

Dinámica: *esta es una de las técnicas que utilizan códigos de expresión complementarios de la palabra, lo que permite indirectamente fomentar la creatividad y la imaginación.*

2° Actividad: *actividad física "Caminata".*

Para la caminata tomamos en cuenta la entrevista realizada en el 1° encuentro. La sección 3, apartado 25 de dicha entrevista nos brindó información relacionada con el ejercicio físico que realizaba cada participante.

Cierre del 9° encuentro: *momento de reflexión donde los participantes expresaron su parecer acerca del encuentro vivido (vínculo con los compañeros, con las coordinadoras, expectativas, inquietudes).*

10° Encuentro

Durante este encuentro se desarrollaron los siguientes contenidos:

Contenidos:

- *Diabetes, sintomatología, complicaciones agudas y crónicas, tratamiento.*

Objetivos:

- ✓ *Sintetizar las temáticas desarrolladas durante el transcurso del taller.*

ACTIVIDADES

1° Actividad: *la técnica utilizada fue “Phillips 66”.*

Materiales: *papel, lápiz, pizarrón, tizas.*

Tiempo: *aproximadamente 50 minutos. Esta actividad se continuó en el encuentro siguiente.*

Consigna: *se dividió el grupo en tres sub-grupos. El coordinador propuso el tema a tratar en cada sub-grupo: la confección de una “Cartilla Informativa”. Cada grupo designó un coordinador y un secretario, quien tuvo la tarea de anotar los aportes de cada participante y elaboró las conclusiones; terminado el tiempo previsto se reunieron los tres grupos en plenario, donde cada secretario-relator expuso las opiniones y conclusiones de cada grupo como las diferencias producidas. El coordinador del taller fue anotando en una pizarra lo expuesto en forma sintética. Posteriormente el grupo decidió el diseño de la cartilla. (21)*

Dinámica: *esta técnica está destinada a lograr mayor participación y comunicación especialmente cuando se trabaja con grupos numerosos. Permite detectar intereses, opiniones, deseos, etc. en poco tiempo. Se procedió a dividir el grupo en pequeños grupos de 7 personas cada uno, consideramos que este número es el adecuado para permitir un buen nivel de participación.*

11° Encuentro

Los contenidos desarrollados fueron los siguientes:

Contenidos:

- *Diabetes, sintomatología, complicaciones agudas y crónicas, tratamiento.*

Objetivos:

- ✓ *Sintetizar las temáticas desarrolladas durante el transcurso del taller.*

ACTIVIDADES

1° Actividad: *Se continuó con la creación de una “Cartilla Informativa”, donde todo el grupo aportó sus conocimientos, la misma quedó como material de consulta en ADIAPI.*

Recordemos que el diseño, diagramación y contenido de la Cartilla fue confeccionada por el grupo.

Consideramos importante la realización de esta cartilla como síntesis del Taller de Educación Terapéutica para pacientes diabéticos tipo 2.

Cierre del 11° encuentro: *momento de reflexión donde los participantes expresaron su parecer acerca del encuentro vivido (vínculo con los compañeros, con las coordinadoras, expectativas, inquietudes).*

12 ° Encuentro

Con éste encuentro se dio por concluido el “Taller de Educación Terapéutica para pacientes con diabetes tipo 2”, teniendo en cuenta esto, se aplicó la Evaluación Post- taller.

A continuación, se realizó el cierre del Taller de Educación Terapéutica, espacio destinado a compartir sugerencias, comentarios, etc., los mismos se tendrían en cuenta para la diagramación e implementación de futuros talleres.

13° Encuentro: Devolución de los resultados del Taller de Educación Terapéutica

Contenidos:

- *Resultados obtenidos durante el desarrollo del Taller de Educación Terapéutica.*

Objetivos:

- *Brindar información al grupo, en relación a los resultados obtenidos en el taller.*

Como futuros profesionales de la salud a cargo del Taller de Educación Terapéutica nos sentimos comprometidas con los participantes en informarles cuales fueron los resultados alcanzados.

Para ello, se citó a los beneficiarios con el objetivo de hacerles una devolución verbal y escrita de los resultados obtenidos de su participación y producción en el Taller Educación Terapéutica de Terapia Ocupacional.

Referencias Bibliográficas

- (1) *Tejada de Rivero, David. La crisis de la Salud Pública. Reflexiones para el debate. O.P.S. Publicación Científica N° 540. 1992. Pág. 22*
- (2) *Kroeger A., y Luna R. Atención Primaria de Salud. Principios y Métodos. O.P.S. Editorial Pax. México. 2° Edición. Capítulo 1. 1992.*
- (3) *Ibid. Pag. 63.*
- (4) *García González R. y Suárez Perez, R. Dimensión educativa del cuidado de las personas con enfermedades crónicas. Rev. Cubana Endocrinología; 12 (3): 180-187.2001.*
- (5) *Castaño, L. y Scarpati, M. Terapia Ocupacional: un abordaje en el autocuidado de pacientes con diabetes tipo 2. Tesis de grado. Universidad de Mar del Plata.. Año 2003. Cap. 3. Pag. 41-42.*
- (6) *Gagliardino J., Fabiano A. y cols. Diabetes tipo 2 no insulino dependiente. Su diagnóstico, control y tratamiento. SAD. 1998. Cap. 6. Página 87.*
- (7) *Lic. Alvarez, Lic. Garralda, T.O. Roumec. Trabajo presentado para publicar en la revista del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Privado de Comunidad. Año 2000.*
- (8) *López, Carlos. Talleres, ¿cómo hacerlos? .Editorial Troquel. S.A. 2° edición.1996. Pag. 49.*
- (9) *García, Dora. El Grupo. Métodos y técnicas participativas. Editorial Espacio. 1° edición. 1997. Capítulo 2. Página 26.*
- (10) *Miranda, Claudia. La ocupación en la vejez. Una visión gerontológica desde Terapia Ocupacional. Imprenta Relieve. Mar del Plata, 1996. Pag. 133.*
- (11) *Llauger M. A. y cols. Autocuidados y Atención Primaria. Rev. Atención Primaria. Marzo 1997. Vol. 19. Núm. 5. Pag. 268-270.*
- (12) *Op. Cit. Castaño, L. y Scarpati, M. Cap. 2. Pag 37.*
- (13) *Trombly, C. A. Occupational Therapy for Physical Dysfunction. Fourth Edition. 1995. Cap. 4. Pag. 43.*

- (14) *Op. Cit. García, Dora. Cap. 3. Pag. 47.*
- (15) *Carvajo, A.; Navone, M. y Xifra, M. Talleres de Educación para la salud en asma bronquial pediátrico. Un enfoque desde Terapia Ocupacional. Tesis de grado. Universidad Nacional de Mar del Plata. 2002. Pag. 63.*
- (16) *Ibid. Pag. 62-63.*
- (17) *Op. Cit. García, Dora. Pag. 55.*
- (18) *Aguilar, María José. Cómo animar un grupo. Técnicas grupales. Instituto de Ciencias Sociales Aplicadas. 1990. Pag. 79.*
- (19) *Ibid. Pag. 89.*
- (20) *Op. Cit. García, Dora. Pag. 72.*
- (21) *Op. Cit. López, Carlos. Pag. 78.*
- (22) *Op. Cit. García, Dora. Pag. 73.*

Aspectos Metodológicos

Aspectos Metodológicos

1. Definición científica y operacional de la variable Autocuidado de pacientes con diabetes tipo 2¹⁷:

Definición Científica: actividades que la persona diabética debe desarrollar en el transcurso de su vida con el objetivo de mantener la salud y alcanza una mejor calidad de vida.

Definición Operacional: conjunto de acciones aprendidas y fomentadas a lo largo de la vida de la persona diabética tales como: **Evaluación de la Salud y Toma de Decisiones.**

La **Evaluación de la Salud** incluye aquellos aspectos que le permiten a la persona conocer su proceso de salud/enfermedad y actuar en consecuencia.

La Evaluación de la Salud incluye:

- **Acciones de reconocimiento:** (información que posee la persona acerca de la enfermedad, complicaciones de la misma y su tratamiento). Éstas son: enfermedad, complicaciones agudas, complicaciones crónicas, pilares fundamentales del tratamiento, factores de riesgo y cursos de educación diabetológica.
- **Acciones de maniobra práctica:** (es la forma de actuar de la persona diabética para el cuidado de su enfermedad). Éstas son: medicación y autoanálisis.

La Toma de Decisiones se refiere a aquellas acciones que están dedicadas al cuidado general de la enfermedad.

- **Acciones de maniobra práctica,** en las áreas ocupacionales, (actividades de la vida diaria, productividad y tiempo libre).

¹⁷ Castaño, L. y Scarpati, M. Terapia Ocupacional: un abordaje en el autocuidado de pacientes con diabetes tipo 2. Tesis de grado. Universidad Nacional de Mar del Plata . 2003. Pag. 46 a 56.

Evaluación de la Salud

Acciones de reconocimiento:

- Enfermedad: *información acerca de los síntomas (adelgazamiento, polifagia, astenia, polidipsia y poliuria), complicaciones agudas (hipoglucemia e hiperglucemia), complicaciones crónicas (oftalmológicas, nefrológicas, neuropáticas y grandes arterias).*

Adecuado: *cuando la persona menciona en cada aspecto,*

- *al menos un síntoma (adelgazamiento, astenia, polifagia, polidipsia, poliuria)*
- *al menos una complicación aguda (hipoglucemia, hiperglucemia)*
- *al menos una complicación crónica (oftalmológica, nefropatía, neuropatía y grandes arterias)*

Medianamente adecuado: *cuando la persona menciona sólo dos de éstos aspectos,*

- *o los síntomas,*
- *o las complicaciones agudas,*
- *o las complicaciones crónicas.*

Inadecuado: *cuando la persona menciona uno o ninguno de los aspectos.*

- *los síntomas*
- *las complicaciones agudas*
- *las complicaciones crónicas.*

▪ **Complicaciones Agudas:**

Hipoglucemia: *información acerca de causas (exceso de insulina o hipoglucemiantes orales, retraso en la ingesta de alimentos o consumo inadecuado, ejercicio intenso o prolongado), síntomas (sudor excesivo, dolor de cabeza, mareos, temblores, taquicardia, visión borrosa, hambre, alteración del sueño, mal humor) y forma de actuar (consumir azúcar, adelantar el horario de la comida, concurrir al hospital).*

Adecuado: cuando la persona menciona, en cada aspecto,

- al menos una causa (exceso de insulina o hipoglucemiantes orales, retraso en la ingesta de alimentos o consumo inadecuado, ejercicio intenso o prolongado, stress)
- al menos un síntoma (sudor, excesivo, dolor de cabeza, mareos temblores, taquicardia, visión borrosa, hambre, alteración del sueño, mal humor)
- al menos una forma de actuar (consumir azúcar, adelantar el horario de la comida, concurrir al hospital).

Medianamente adecuado: cuando la persona menciona al menos uno de estos aspectos,

- o la causa,
- o el síntoma,
- o la forma de actuar.

Inadecuado: cuando la persona no menciona, ninguno de éstos aspectos

- la causa
- el síntoma
- la forma de actuar.

Hiper glucemia: información acerca de causas (falta de insulina o hipoglucemiantes orales, transgresión alimentaria y stress), síntomas (pérdida de apetito, náuseas y vómitos, sed, incremento de la frecuencia urinaria con elevada presencia de glucosa y cetonas en orina, debilidad, dolor abdominal, dolores generalizados, dificultades respiratorias, aliento a acetona), y formas de actuar (autoanálisis, beber líquidos, concurrir al hospital)

Adecuado: cuando la persona menciona, en cada aspecto,

- al menos una causa (falta de insulina o hipoglucemiantes orales, transgresión alimentaria y stress)

- *al menos un síntoma (pérdida de apetito, náuseas y vómitos, sed, incremento de frecuencia urinaria con elevada presencia de glucosa y cetonas en orina, debilidad, dolor abdominal, dolores generalizados, dificultades respiratorias, aliento a acetona)*
- *al menos una forma de actuar (autoanálisis, beber líquidos, concurrir al hospital)*

Medianamente adecuado: *cuando la persona menciona al menos uno de estos aspectos,*

- *o la causa,*
- *o el síntoma,*
- *o la forma de actuar.*

Inadecuado: *cuando la persona no menciona, ninguno de estos aspectos,*

- *la causa,*
- *el síntoma,*
- *la forma de actuar.*

- **Complicaciones Crónicas:** *se refiere a si la persona diabética consulta diferentes especialidades como mínimo una vez al año, como una forma de prevenir las complicaciones crónicas.*

Las especialidades más importantes son: oftalmología, cardiología, nefrología, neurología, cardiovascular, odontología.

Adecuado: *cuando la persona consulta de cuatro a seis especialidades, una vez por año.*

Medianamente Adecuado: *cuando la persona consulta de una a tres especialidades, una vez por año.*

Inadecuado: *cuando la persona no consulta a ninguna de las diferentes especialidades, una vez por año.*

- **Pilares fundamentales del tratamiento:** *mención por parte de la persona de los tres pilares fundamentales del tratamiento de la diabetes: dieta, ejercicio y medicación.*

Adecuado: *cuando la persona menciona los tres pilares del tratamiento (dieta, medicación, y ejercicio).*

Medianamente adecuado: *cuando la persona menciona de uno a dos pilares del tratamiento.*

Inadecuado: *cuando la persona no menciona ninguno de los tres pilares del tratamiento.*

- **Factores de riesgo:** *mención por parte de la persona de los seis factores de riesgo (tabaco, alcohol, drogas, colesterol y triglicéridos, hipertensión arterial, obesidad) de posibles complicaciones de su enfermedad.*

Adecuado: *cuando la persona menciona de cuatro a seis factores de riesgo (tabaco, alcohol, drogas, colesterol y triglicéridos, hipertensión arterial, obesidad).*

Medianamente adecuado: *cuando la persona menciona de uno a tres factores de riesgo.*

Inadecuado: *cuando la persona no menciona ninguno de los factores de riesgo.*

- **Cursos de educación diabetológica:** *en este punto se efectuaron modificaciones, las mismas fueron realizadas por las autoras de este trabajo teniendo en cuenta las características geográficas de la muestra para este estudio. Se refiere a si la persona realizó cursos de educación con el fin de acceder a información teórica para el control de su enfermedad. Los cursos que se tomarán en cuenta son:*
 - *cursos dictados en el lugar de residencia (Hospital Municipal, Asociaciones, Institutos, salas barriales, etc.)*
 - *cursos dictados en otras ciudades.*

Los mismos podrán ser completos o incompletos, en relación a que la persona halla concurrido a todas las clases que demandara el curso. Se tomará como indicador **SI - NO**.

En caso de que la persona responda **Si**:

- Lugar de residencia.

Adecuado: cuando la persona realizó el curso completo.

Inadecuado: cuando la persona realizó el curso incompleto.

- Cursos dictados en otra ciudad.

Adecuado: cuando la persona realizó otros cursos completos.

Inadecuado: cuando la persona realizó otros cursos incompletos.

Acciones de Maniobra Práctica:

- **Medicación:** se refiere a la administración de antidiabéticos orales, insulina o ambos a cargo de la persona diabética. Los indicadores que se tomará en cuenta son: **SI y NO**.

En caso de que la persona responda **SI**:

Antidiabéticos orales: cuando lo hace en forma:

Independiente: realiza la administración de hipoglucemiantes orales sin indicación verbal ni ayuda de otra persona.

Semidependiente: realiza la administración de hipoglucemiantes orales requiriendo indicación verbal de otra persona.

Dependiente: realiza la administración de hipoglucemiante orales requiriendo indicación verbal y ayuda de otra persona.

Insulina: cuando lo hace en forma:

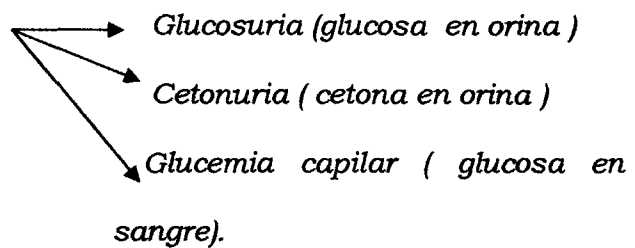
Independiente: realiza la administración de hipoglucemiantes orales sin indicación verbal ni ayuda de otra persona.

Semidependiente: realiza la administración de hipoglucemiantes orales requiriendo indicación verbal de otra persona

Dependiente: realiza la administración de hipoglucemiantes orales requiriendo indicación verbal y ayuda de otra persona.

- **Autoanálisis:** se refiere a si la persona realiza autoanálisis para obtener un control metabólico de su enfermedad. El autoanálisis lo hace la persona ya sea en su propia casa o concurriendo al hospital, salas barriales, centros, farmacias, etc., con el objetivo de controlar el nivel de glucosa.

Existen tres tipos de autoanálisis:



A los fines de esta investigación se tomarán en cuenta cualquiera de los tres análisis. Si bien la glucosa en sangre, es el mejor método de autoanálisis, imprescindible en los diabéticos tratados con insulina, deseable en los tratados con antidiabéticos orales y recomendable en los controlados únicamente con dieta, lo importante para nuestra investigación es conocer si la persona realiza o no controles.

La persona diabética es la responsable de determinar la frecuencia de sus controles de acuerdo al momento por el que está cursando su enfermedad.

Los indicadores que se tomarán en cuenta son **SI – NO**.

En caso de que la persona responda SI, el autoanálisis es:

Adecuado: cuando la persona realiza tres ó más autoanálisis por semana.

Medianamente adecuado: cuando la persona realiza dos autoanálisis por semana.

Inadecuado: cuando la persona realiza un autoanálisis por semana.

Toma de Decisiones

Acciones de maniobra práctica:

- **Actividades de la Vida Diaria (A.V.D.): incluye alimentación, vestido, higiene y ejercicio físico.**

Alimentación: se refiere a si la persona diabética:

- *Incorpora una dieta equilibrada (entendiéndose por dieta equilibrada y variada el consumo uniforme de cereales, hortalizas, frutas, carnes, lácteos, grasas y azúcares).*

Siempre: cuando la persona incorpora cereales, hortalizas, frutas, carnes, lácteos, grasa y azúcares todos los días.

A veces: cuando la persona incorpora cereales, hortalizas, frutas, carnes, lácteos, grasas y azúcares algunos días.

Nunca: cuando la persona incorpora algunos de estos alimentos (cereales, lácteos, hortalizas, frutas, carnes, grasas y azúcares).

- *Realiza la ingesta de las cuatro comidas básicas: (entendiéndose por cuatro comidas básicas diarias al desayuno, almuerzo, merienda y cena).*

Siempre: cuando la persona realiza la ingesta de las cuatro comidas básicas, desayuno, almuerzo, merienda y cena todos los días.

A veces: cuando la persona realiza la ingesta de las cuatro comidas básicas , desayuno, almuerzo, merienda y cena algunos días.

Nunca: cuando la persona no realiza la ingesta de las cuatro comidas básicas.

Cumple con horarios fijos en la ingesta de las cuatro comidas básicas: se considera que cumpliendo con horarios fijos para la ingesta de las cuatro comidas el diabético podrá ajustar la medicación y el autoanálisis de manera más controlada y exacta para el autocuidado de su enfermedad.

Siempre: cuando la persona cumple con los horarios fijos en la ingesta de las cuatro comidas básicas todos los días.

A veces: cuando la persona cumple con los horarios fijos en la ingesta de las cuatro comidas básicas algunos días.

Nunca: cuando la persona no cumple con horarios fijos en la ingesta de las cuatro comidas diarias.

Vestido, incluye: - cuidado en el uso de calzado

- cuidado en el uso de medias

- Cuidado en el uso de calzado, se refiere si el diabético hace:

Inspección de ambos pies dentro y fuera del calzado para evitar puntos de presión (entendiéndose por puntos de presión a zonas de contacto permanentes u ocasionales, hilos sueltos, dobleces, objetos extraños dentro del zapato).

Siempre: cuando la persona inspecciona ambos pies dentro y fuera del calzado para evitar puntos de presión todo los días.

A veces: cuando la persona inspecciona ambos pies dentro y fuera del calzado para evitar puntos de presión, algunos días.

Nunca: cuando la persona no inspecciona ambos pies dentro y fuera del calzado para evitar puntos de presión.

Uso de calzado adecuado (entendiéndose por calzado adecuado aquel que respeta la anatomía del pie, número acorde a su pie, zapato cerrado, no debe ser de cuero duro, más bien blando y holgado, con cordones preferentemente, evitar usar zapato de punta fina o plástica, es conveniente usar zapatillas de lona livianas y lavables).

Siempre: cuando la persona usa calzado adecuado todos los días

A veces: cuando la persona usa calzado adecuado algunos días.

Nunca: cuando la persona no usa calzado adecuado.

- Cuidado en el uso de medias, se refiere así la persona diabética usa:

medias de algodón : * **siempre:** cuando la persona usa medias de algodón todos los días

* **a veces:** cuando la persona usa medias de algodón algunos días

* **nunca:** cuando la persona no usa medias de algodón

Higiene incluye: - cepillado de dientes y de encías

- cuidado de piernas y pies

- Cepillado de dientes y encías (debido a que la glucemia elevada aumenta el riesgo de problemas dentales y encías, es imprescindible un cepillado diario para prevenir posibles trastornos).

Siempre: cuando la persona se cepilla cuatro veces diarias todos los días.

A veces: cuando la persona se cepilla cuatro veces diarias algunos días.

Nunca: cuando la persona se cepilla menos de cuatro veces diarias o no se cepilla.

- Cuidado de piernas y pies incluye:

Búsqueda de señales de heridas (entendiéndose por heridas: ampollas, puntos rojos, roces, cortes, entre otras).

Siempre: cuando la persona realiza la búsqueda de señales de heridas, todos los días.

A veces: cuando la persona realiza la búsqueda de señales de heridas, algunos días.

Nunca: cuando la persona no realiza la búsqueda de señales de heridas.

Observación de la coloración de la piel (es importante que la persona diabética observe diariamente los cambios de coloración en la piel debido a que éstos pueden ser señales de alarma de posibles complicaciones. Por ejemplo, la decoloración marrón de la piel es signo de insuficiencia venosa; los puntos rojos son signos de puntos de presión; las zonas enrojecidas son signo de infecciones.

Siempre: cuando la persona realiza la observación de la coloración de la piel, todos los días.

A veces: cuando la persona realiza la observación de la coloración de la piel, algunos días.

Nunca: cuando la persona no realiza la observación de la coloración de la piel.

Inspección de la temperatura de la piel (se considera importante la inspección de la temperatura de la piel ya que las áreas calientes son signo de infecciones y las áreas frías son signo de problemas circulatorio).

Siempre: cuando la persona realiza la inspección de la temperatura de la piel, todos los días.

A veces: cuando la persona la inspección de la temperatura de la piel algunos días.

Nunca: cuando la persona no realiza la inspección de la temperatura de la piel.

Observación de la hidratación de la piel (se refiere a la observación de la piel reseca o lubricada; y a la humectación de la piel encontrarse reseca, agrietada, con quiebres).

Siempre: cuando la persona realiza la hidratación de la piel, todos los días.

A veces: cuando la persona realiza la hidratación de la piel, algunos días

Nunca: cuando la persona no realiza la hidratación de la piel.

Lavado de los pies (se refiere al lavado diario de piernas y pies, y al secado.

Un lavado diario evita posibles infecciones.)

Siempre: cuando la persona realiza el lavado de los pies, todos los días

A veces: cuando la persona realiza el lavado de los pies, algunos días

Nunca: cuando la persona no realiza el lavado de los pies.

Corte de uñas cuidadoso (entendiéndose por cuidadoso, cuando está a cargo del podólogo, de lo contrario deberá ser, un corte de uña derecho y recto, no más corta que el largo del dedo y usando elementos no punzantes para evitar lesiones). Se tomará como indicadores **Siempre y Nunca**

Ejercicio físico: se refiere a la realización de ejercicio físico, entendiéndose por ejercicio físico adecuado, aquel que se realiza como mínimo con una duración de 150 minutos por semana. La frecuencia del ejercicio podrá ser distribuida en tres o cinco veces por semana. Se considera importante la práctica de ejercicio como hábito de vida diaria porque disminuye la concentración de glucosa en sangre, ayuda a mejorar el tono de los músculos, consume calorías, mejora el funcionamiento del aparato cardiovascular, y de la circulación, aumenta la sensación de bienestar y aumenta la calidad de vida.

Los indicadores que se tomarán en cuenta son: **SI – NO**.

En caso que la persona responda **SI**, el ejercicio físico incluye:

- Frecuencia de ejercicio
- Cuidados en la práctica de ejercicio

- Frecuencia de ejercicio.

Siempre: cuando la persona realiza ejercicio de tres a cinco veces por semana.

A veces: cuando la persona realiza ejercicio dos veces por semana.

Nunca: cuando la persona realiza ejercicio una vez por semana.

- Cuidados en la práctica de ejercicio, incluye:

Pre calentamiento (se considera importante un calentamiento previo al ejercicio de aproximadamente 10 a 15 minutos para prevenir posibles lesiones osteoarticulares y musculares).

Relajación: (se considera imprescindible una relajación después del ejercicio, de una duración aproximada de 10 a 15 minutos para evitar lesiones, para elongación de los músculos y para que la persona tenga un tiempo de descanso).

Inspección de los pies después del ejercicio (entendiéndose por inspección, la búsqueda de señales de heridas, observación de la coloración de la piel, inspección de la temperatura, de la hidratación. La inspección después del ejercicio evita posibles complicaciones vasculares en los pies).

Uso del calzado adecuado (*es importante que la persona adquiera como hábito diario el uso del calzado adecuado para evitar posibles lesiones en los pies como son: las heridas, ampollas, zonas enrojecidas y puntos de presión, entre otras. El uso inadecuado de calzado llevaría a posible pie de riesgo y pie diabético*).

Se tomarán como indicadores de la dimensión cuidado en la práctica de ejercicio **Siempre - A veces - Nunca**.

- Productividad :*se refiere a los cuidados diarios que realiza la persona diabética en su trabajo incluyendo:*
 - *Posibilidades de horario medianamente fijos para la ingesta de alimentos.*
 - *Disponibilidad para administración de medicación.*

Los indicadores que se tomarán es cuenta son: **Siempre - A veces - Nunca**.

- Tiempo libre: *incluye los cuidados diarios que realiza la persona diabética para continuar con el autocuidado de su enfermedad, siendo estos: la medicación, el autoanálisis, la alimentación, el vestido, la higiene, y el ejercicio físico. A los fines de esta investigación, consideramos imprescindibles aquellos cuidados que de no estar presentes descompensarían a la enfermedad, tales como:*
 - *ingesta de las 4 comidas básicas.*
 - *administración de la medicación.*

Los indicadores que se toman en cuenta son: **Siempre - A veces y Nunca**.

1.1 DIMENSIONAMIENTO DE LA VARIABLE AUTOCUIDADO DE PACIENTES CON DIABETES TIPO 2:

AUTOCUIDADO DE LA ENFERMEDAD	ACCIONES	Enfermedad	Adecuado	Menciona al menos 1 síntoma, 1 complicación aguda y una complicación crónica.		
			Medianamente Adecuado	Menciona al menos 2 de estos aspectos: síntoma, complicación aguda, complicación crónica.		
			Inadecuado	Menciona 1 o ninguno de estos aspectos.		
	EDV	ACCIONES	Complicaciones agudas	Hipoglucemia	Adecuado	Menciona al menos 1 causa; 1 síntoma y 1 forma de actuar.
				Medianamente Adecuado	Menciona al menos 1 de estos aspectos: causa o síntoma o forma de actuar.	
				Inadecuado	No menciona ninguno de estos aspectos.	
		PACCIONES	Complicaciones crónicas	Hiperoglucemia	Adecuado	Menciona al menos 1 causa; 1 síntoma y 1 forma de actuar.
				Medianamente Adecuado	Menciona al menos 1 de estos aspectos: causa o síntoma o forma de actuar.	
				Inadecuado	No menciona ninguno de estos aspectos.	
	EDV	ACCIONES	Pilares fundamentales del tratamiento	Adecuado	Menciona los 3 pilares: dieta, ejercicio y medicación.	
				Medianamente Adecuado	Menciona 1 o 2.	
				Inadecuado	No menciona ninguno de los pilares.	
EDV	ACCIONES	Factores de riesgo	Adecuado	Menciona de 4 a 6 especialistas.		
			Medianamente Adecuado	Consulta de 1 a 3 especialistas.		
			Inadecuado	No consulta ninguna especialidad.		
EDV	ACCIONES	Factores de riesgo	Adecuado	Menciona de 4 a 6 factores de riesgo.		
			Medianamente Adecuado	Menciona de 1 a 3 factores de		
			Inadecuado	No menciona ningún factor de riesgo.		
EDV	ACCIONES	Cursos de educación diabetológica	Sí	Lugar de residencia	Adecuado	Realiza el curso completo en el lugar de residencia
				Inadecuado	Realiza el curso incompleto en el lugar de residencia	
			Otras ciudades	Adecuado	Realiza el curso completo en otras ciudades	
				Inadecuado	Realiza el curso incompleto en otras ciudades	
			No			
EDV	ACCIONES	Medicación	Sí	Antidiab. Orales	Independiente	Realiza la administración de antidiabético orales sin indicación verbal ni ayuda de otra persona
					Semi-Independiente	Realiza la administración de antidiabético orales requiriendo indicación verbal de otra persona
					Dependiente	Realiza la administración de antidiabético orales requiriendo indicación verbal y ayuda de otra persona
EDV	ACCIONES	Medicación	No	Insulina	Independiente	Realiza la administración de antidiabético orales sin indicación verbal ni ayuda de otra persona
					Semi-Independiente	Realiza la administración de antidiabético orales requiriendo indicación verbal de otra persona

AUTOCUIDADO DE PACIENTES CON DEMANDEAS DE ACCIONES COMANDADAS DE MANEJO DE PRÁCTICAS

RA
P
R
Á
C
T
I
C
A

A
C
C
I
O
N
E
S
C
O
M
A
D
E
M
A
N
E
J
O
D
E
P
R
Á
C
T
I
C
A

Autoanálisis	No	Adecuado	Realiza 3 o más por semana	
	Sí	Medianamente Adecuado	Realiza 2 por semana	
	No	Inadecuado	Realiza 1 por semana	
AVD	Alimentación	Incorporación de dieta equilibrada	Siempre	Incorporación de cereales, hortalizas, frutas, carnes, lácteos grasas y azúcares todos los días
			A veces	Incorporación de cereales, hortalizas, frutas, carnes
			Nunca	Incorporación de algunos de estos alimentos: cereales, hortalizas, frutas, carnes, lácteos, grasas y azúcares
	Ingesta de 4 comidas básicas	Siempre	realiza la ingesta de las 4 comidas básicas, desayuno, almuerzo, merienda y cena todos los días.	
		A veces	realiza la ingesta de las 4 comidas básicas, desayuno, almuerzo, merienda y cena algunos días.	
		Nunca	no realiza la ingesta de las 4 comidas básicas.	
	Horarios fijos en la ingesta de las 4 comidas básicas	Siempre	cumple con horarios fijos en la ingesta de las 4 comidas básicas todos los días.	
		A veces	cumple con horarios fijos en la ingesta de las 4 comidas básicas algunos los días.	
		Nunca	no cumple con horarios fijos en la ingesta de las 4 comidas básicas.	
Vestido	Cuidado en el uso del calzado	Inspección de ambos pies dentro y fuera de los zapatos para evitar puntos de presión.	Siempre	Inspecciona ambos pies dentro y fuera de los zapatos para evitar puntos de presión todos los días
			A veces	Inspecciona ambos pies dentro y fuera de los zapatos para evitar puntos de presión algunos días
			Nunca	No inspecciona ambos pies dentro y fuera de los zapatos para evitar puntos de presión.
	Uso de calzado adecuado	Siempre	Uso de calzado adecuado todos los días	
		A veces	Uso de calzado adecuado algunos días	
		Nunca	No usa calzado adecuado	

AVD	Cuidado en el uso de medias	Uso de medias de algodón	Siempre	Uso de medias de algodón todos los días
			A veces	Uso de medias de algodón algunos días
			Nunca	No usa medias de algodón
AVD	Higiene	Cepillado de dientes y encías	Siempre	Cepillado de dientes y encías 4 veces diarias todos los días
			A veces	Cepillado de dientes y encías 4 veces diarias algunos días
			Nunca	Cepillado de dientes y encías 4 veces diarias no se cepilla

AUTOCUIDADO

CUIDADO DE PACIENTES CON DIABETES TIPO 2

ACCIONES DE MANEJO DE LA ENFERMEDAD

Cuidado de piernas y pies	Búsqueda de señales de heridas	Siempre	Búsqueda de señales de heridas todos los días
		A veces	Búsqueda de señales de heridas algunos días
		Nunca	No realiza la búsqueda de señales de heridas.
	Observación de la coloración de la piel	Siempre	Observa la coloración de la piel todos los días.
		A veces	Observa la coloración de la piel algunos días.
		Nunca	No observa la coloración de la piel.
	Inspección de la temperatura de la piel	Siempre	Inspecciona la temperatura de la piel todos los días
	A veces	Inspecciona la temperatura de la piel algunos días	
	Nunca	No inspecciona la temperatura de la piel.	
Inspección de la hidratación de la piel	Siempre	Inspecciona la hidratación de la piel todos los días	
	A veces	Inspecciona la hidratación de la piel algunos días	
	Nunca	No inspecciona la hidratación de la piel.	
Lavado de los pies	Siempre	Lavado de pies todos los días	
	A veces	Lavado de pies algunos días	
	Nunca	no se lava los pies.	
Corte de uñas cuidadoso	Siempre		
	Nunca		
Ejercicio físico	Si	Frecuencia de ejercicio	Siempre Realiza ejercicio de 3 a 5 veces por semana
			A veces Realiza ejercicio de 1 a 2 veces por semana
			Nunca No realiza ejercicio ninguna vez por semana
Cuidados en el ejercicio	Pre calentamiento	Siempre	
		A veces	
		Nunca	
	Relajación	Siempre	
		A veces	
		Nunca	
	Inspección de ambos pies después del ejercicio	Siempre	
		A veces	
		Nunca	
	Uso de calzado adecuado	Siempre	
		A veces	
		Nunca	

AVD

No

Productividad	Cuidados Laborales	Possibilidad de horarios medianamente fijos para la ingesta de alimentos	Siempre A veces Nunca
		Disponibilidad para la administración de medicación	Siempre A veces Nunca
Tiempo Libre	Cuidados en el tiempo libre	Ingesta de las 4 comidas básicas	Siempre A veces Nunca
		Administración de medicación	Siempre A veces Nunca

Categorización

Autocuidado alto 47 a 68

Autocuidado medio 24 a 46

Autocuidado bajo 0 a 23

1.2 Categorización¹⁸:

Según Castaño L. y Scarpati M. "Se cuantificó teniendo en cuenta la presencia de un autocuidado bajo, medio, y alto, por lo que se consideró que la unidad de análisis se encuentra con un **autocuidado bajo** cuando la sumatoria de la indización obtenida se encuentre en el rango comprendido entre 0 y 23 puntos. Cuando la puntuación sea de 24 a 46 puntos, se considera un **autocuidado medio** y si se obtiene una puntuación entre 47 y 68 puntos se considera un **autocuidado alto** de pacientes con diabetes tipo 2.

La indización de los indicadores **Adecuado, Medianamente Adecuado, e Inadecuado**, es la siguiente:

Adecuado: puntaje 2 siendo la respuesta más óptima,

Medianamente adecuado: puntaje 1 considerado como valor intermedio,

Inadecuado: puntaje 0 correspondiendo a la ausencia de respuesta.

La indización de los indicadores **Adecuado - Inadecuado** es la siguiente:

Adecuado: puntaje 2 siendo la respuesta más óptima,

Inadecuado: puntaje 0 correspondiendo a la ausencia de respuesta.

La indización de los indicadores **Independiente, Semidependiente,**

Dependiente es la siguiente:

Independiente: puntaje 2 siendo la respuesta más óptima,

Semidependiente: puntaje 1 considerado como valor intermedio,

Dependiente: puntaje 0 correspondiendo a la ausencia de respuesta.

La indización de los indicadores **Siempre, A veces, Nunca** es la siguiente:

Siempre: puntaje 2 siendo la respuesta más óptima,

¹⁸ Castaño, L. y Scarpati, M. Terapia Ocupacional: un abordaje en el autocuidado de pacientes con diabetes tipo 2. Tesis de grado. Universidad Nacional de Mar del Plata. 2003. Pags. 58 - 59

A veces: puntaje 1 considerado como valor intermedio,

Nunca: puntaje 0 correspondiendo a la ausencia de respuesta.

La indización de los indicadores **Siempre y Nunca** es la siguiente:

Siempre: puntaje 2 siendo la respuesta más óptima,

Nunca: puntaje 0 correspondiendo a la ausencia de respuesta.

La indización de los indicadores **SI - NO** es la siguiente:

SI puntaje 2 siendo la respuesta más óptima,

No puntaje 0 correspondiendo a la ausencia de respuesta”

1.3 Variables de atributo: edad en años (entre 30 y 75), sexo (femenino o masculino).

1.4 Variables intervinientes: años de evolución de la enfermedad (entre 1 y 40); nivel de escolaridad (primario completo, primario incompleto, secundario completo, secundario incompleto, terciario y/o universitario completo, terciario y/o universitario incompleto, ninguno); convivencia (sólo o acompañado); ocupación (desocupado, trabajo temporario, trabajo fijo, jubilado, pensionado).

1.5 Tipo de estudio:

Para ésta investigación, el enfoque es **Cuantitativo**, el tipo de estudio es **Exploratorio, Descriptivo**; de diseño **Preexperimental**.

Cuantitativo: porque implicó la recolección sistemática y el análisis de información numérica, generalmente en condiciones controladas.

Exploratorio: porque no hay investigaciones sobre talleres de educación terapéutica en pacientes diabéticos tipo 2, que hallan sido abordados desde Terapia Ocupacional.

Descriptivo: porque se pretende, a partir de un taller de educación terapéutica, conocer el comportamiento de la población de estudio respecto al autocuidado del paciente diabético tipo 2, antes y después de la implementación del mismo.

Preexperimental: porque se utilizó preprueba – postprueba en un solo grupo. Esto es, cada paciente fue entrevistado antes y después de la implementación del taller mediante un instrumento que incluye los indicadores de la variable autocuidado.

Este diseño nos permitió un primer acercamiento a nuestro problema de investigación, al mismo tiempo abre un camino para futuras investigaciones.

1.6 Universo de estudio:

La población está conformada de todos los adultos mayores de 40 años diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2, que concurren a ADIAPI, de la ciudad de Pigué.

Método de Selección de la Muestra

El método utilizado para la elección de la muestra fue el No Probabilístico, por conveniencia.

Muestra

La muestra está integrada por 20 adultos mayores de 40 años de edad, seleccionados de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de Selección de la Muestra

Criterios de inclusión:

- ◆ *Pacientes mayores de 40 años, con diagnóstico de diabetes tipo 2 que concurren a ADIAPI.*
- ◆ *Pacientes diabéticos tipo 2, que concurren a ADIAPI y que residan en la ciudad de Pigué.*
- ◆ *Pacientes que otorguen su consentimiento de manera verbal o escrita para*

participar del taller de educación terapéutica.

Criterios de exclusión:

- ◆ *Pacientes con diagnóstico de otros tipos específicos de diabetes.*
- ◆ *Pacientes con patologías asociadas a la diabetes mellitus.*

1.7 Técnicas de recolección de datos:

Se utilizó para la recolección de datos, las siguientes técnicas:

- *Entrevista personal estructurada, para pacientes con diabetes tipo 2. La misma fue administrada por las autoras de esta investigación, a cada uno de los participantes durante el primer encuentro y en el último, al finalizar el taller. Dicho instrumento fue diseñado por Castaño L. y Scarpati M, en su tesis de grado “Terapia Ocupacional: un abordaje en el autocuidado del paciente con diabetes tipo 2”.*

Se efectuaron modificaciones sólo en el punto “Cursos de Educación Diabetológica” (pregunta 9, Sección II) teniendo en cuenta las características geográficas de la muestra de estudio.

Este instrumento está formado por 4 secciones:

La sección I incluyó Datos Demográficos.

La sección II incluyó preguntas referidas a la Evaluación de la Salud (acciones de reconocimiento y acciones de maniobra práctica) en relación al conocimiento de su enfermedad.

La sección III y IV incluyó preguntas referidas a la Toma de Decisiones (acciones de maniobra práctica) en relación a los cuidados generales de su enfermedad que realiza la persona diabética.

Las secciones I, II y III constaron de preguntas cerradas de tipo dicotómicas, de respuesta múltiple y de preguntas en rama.

La sección IV constó de preguntas cerradas de tipo respuesta múltiple. (Se

adjunta instrumento en Anexo 1).

- *Observación estructurada: se realizó mediante una ficha de sistematización de datos que permitió evaluar las actividades desarrolladas por Terapia Ocupacional durante el transcurso del Taller de educación terapéutica para pacientes con diabetes tipo 2. Este instrumento estuvo formado por los siguientes indicadores: lugar, fecha y hora de realización de las actividades, desempeño de los responsables de la realización de las actividades, cumplimiento o no de los objetivos propuestos, obtención de resultados esperados u obtención de resultados no previstos, desarrollo de las tareas como fueron diseñadas, en caso de modificación se consignó causa y forma, recursos humanos y materiales, presupuesto estimado por actividad, ante situaciones imprevistas se consignó cuáles fueron y cómo se resolvieron. (Se adjunta instrumento en Anexo 2). Los registros fueron realizados por una de las tesoreras y un beneficiario elegido por el grupo.*

- *Observación estructurada: se evaluó al Grupo participante del Taller de Terapia Ocupacional sobre educación terapéutica en diabetes tipo 2, mediante una ficha de sistematización de datos que permitió valorar el vínculo (de los participantes con sus pares y coordinadores) y el tipo de participación (activa, pasiva, no participativa) respecto de cada una de las actividades propuestas, registrándose también la asistencia e inasistencia de los sujetos convocados. (Se adjunta instrumento en Anexo 3). Esta técnica se implementó en cada uno de los encuentros por una de las autoras de este trabajo y un beneficiario.*

1.8 Procedimiento para la recolección de Datos

Los datos de los posibles pacientes a ingresar al Taller de Educación Terapéutica fueron aportados por el Dr. Miguel Bonillo, mediante una lista que incluía los

siguientes datos: nombre y apellido, edad, dirección y tipo de diabetes. En forma conjunta con el Dr. Bonillo y teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, se seleccionó la muestra.

Los pacientes diabéticos tipo 2, mayores de 40 años, fueron convocados a través de una invitación escrita entregada por las coordinadoras a cada uno de ellos en sus domicilios.

Se realizó el primer encuentro al que asistieron 20 pacientes diabéticos tipo 2, quedando de esta manera conformada la muestra; no se permitió en posteriores encuentros el ingreso de nuevos integrantes, ya que la modalidad de trabajo fue de tipo cerrada.

Durante el primer encuentro y el último las tesistas administraron la entrevista personal estructurada a cada uno de los participantes, que previamente distribuyeron en dos grupos de diez personas cada uno.

*Para la **Evaluación del Proceso**, se utilizaron dos fichas de sistematización de datos, una destinada a evaluar la Actividad (anexo 2) y otra destinada a valorar Vínculo, Tipo de participación y Asistencia (anexo 3).*

Los datos fueron recolectados en cada uno de los encuentros por una de las tesistas, y un beneficiario elegido por el grupo.

1.9 Procedimiento para el Análisis de Datos

Para caracterizar la muestra se realizaron distribuciones de frecuencia y porcentaje.

A fin de comparar la distribución de las variables antes y después de la implementación del taller se construyeron tablas de contingencia.

El análisis correspondiente a Evaluación del Proceso se realizó:

- En forma descriptiva, mediante gráficos sectoriales, gráficos de barras simples y de barras de componentes para las variables Vínculo, Tipo de participación y Asistencia.*
- En forma cualitativa, a través de la identificación de coincidencias o semejanzas en relación a las distintas categorías de análisis que surgieron de la variable Actividad.*

Análisis de los datos

1.1 Análisis de los datos pre y post-taller

Característica de la muestra

El grupo de estudio está conformado por 20 personas, con diabetes mellitus tipo 2; el promedio de edad para este grupo fue 62,3 años con una mediana de 64,5 años.

Se agrupa la edad en intervalos de 10 años, para su posterior análisis.

*El 63% de las personas **viven** acompañadas.*

*Predomina el **sexo** femenino en un 70%.*

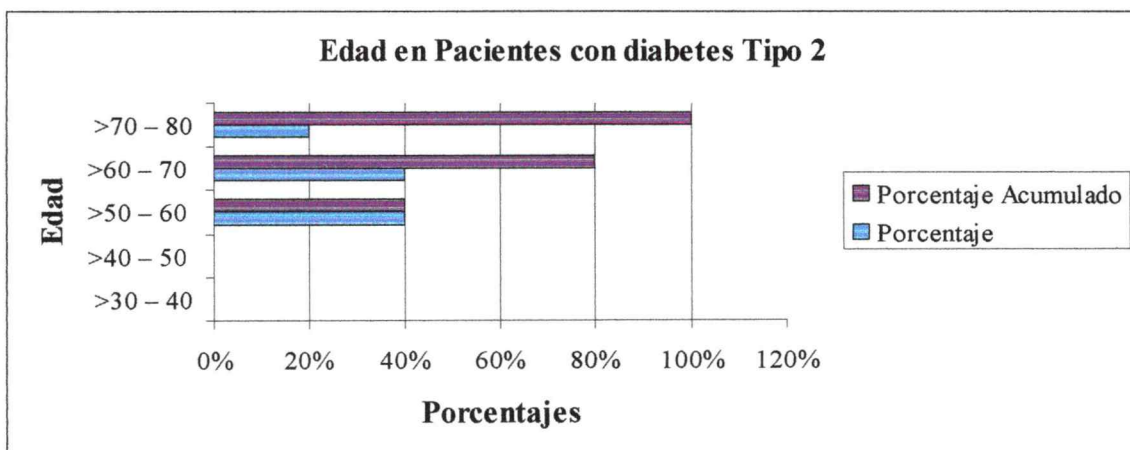
TABLA N° 1: edad en años de pacientes con diabetes tipo 2, entrevistados en el pre y post-taller de Terapia Ocupacional, en ADIAPI. Diciembre – enero 2004 – 2005.

Pigüé. Buenos Aires. Argentina.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
>30 – 40			
>40 – 50			
>50 – 60	8	40%	40%
>60 – 70	8	40%	80%
>70 – 80	4	20%	100%
TOTAL	20	100%	100%

GRÁFICO N° 1: edad en años de pacientes con diabetes tipo 2, entrevistados en el pre y post-taller de Terapia Ocupacional, en ADIAPI. Diciembre – enero 2004 –

2005. Pigüé. Buenos Aires. Argentina.

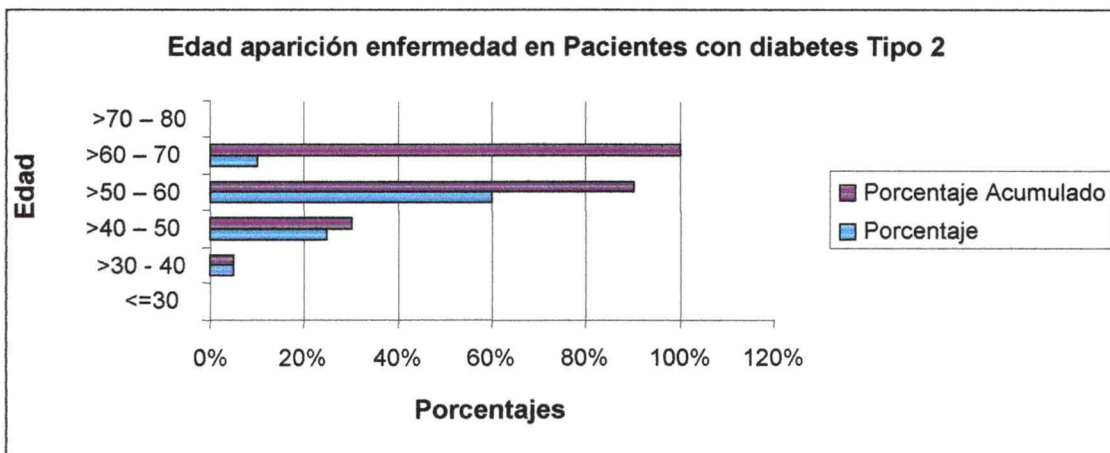


Fuente: elaboración propia

TABLA N° 2: edad de aparición de la enfermedad de pacientes diabetes tipo 2, entrevistados en el pre y post-taller de Terapia Ocupacional en ADIAPI, Diciembre – Enero 2004 – 2005. Pigué. Buenos Aires. Argentina.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
<=30			
>30 - 40	1	5%	5%
>40 - 50	5	25%	30%
>50 - 60	12	60%	90%
>60 - 70	2	10%	100%
>70 - 80			
TOTAL	20	100%	100%

GRÁFICO N° 2: edad de aparición de la enfermedad de pacientes diabetes tipo 2, entrevistados en el pre y post-taller de Terapia Ocupacional en ADIAPI, Diciembre – Enero 2004 – 2005. Pigué. Buenos Aires. Argentina.



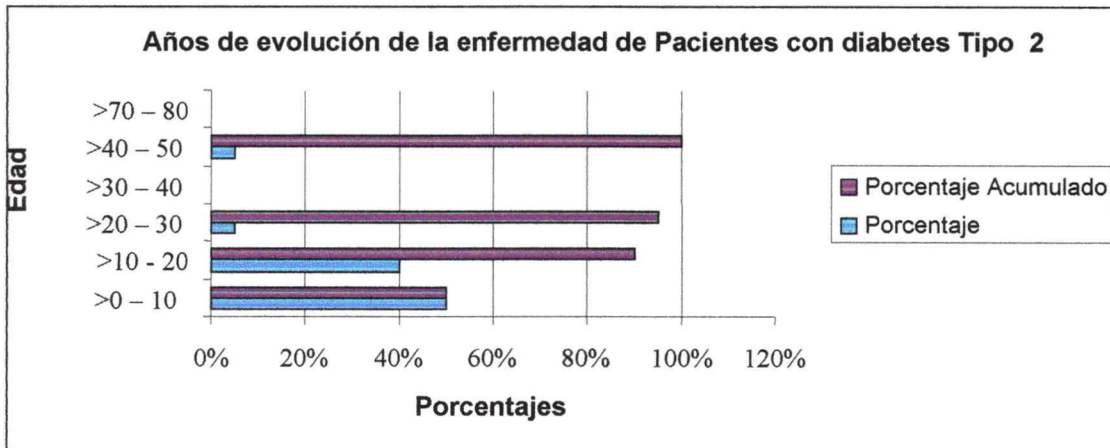
Fuente: elaboración propia.

La **edad de aparición de la enfermedad**, es en promedio a los 50,9 años, con una mediana de 53 años. Se agrupa la edad en intervalos de 10 años, como se observa en la tabla y el gráfico N° 2.

TABLA N° 3: años de evolución de la enfermedad de pacientes con diabetes tipo 2, entrevistados en el pre y post-taller de Terapia Ocupacional en ADIAPI. Diciembre – Enero 2004 – 2005. Pigué. Buenos Aires. Argentina.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
>0 – 10	10	50%	50%
>10 - 20	8	40%	90%
>20 – 30	1	5%	95%
>30 – 40			
>40 – 50	1	5%	100%
TOTAL	20	100%	100%

GRÁFICO N° 3: años de evolución de la enfermedad de pacientes con diabetes tipo 2, entrevistados en el pre y post-taller de Terapia Ocupacional en ADIAPI. Diciembre – Enero 2004 – 2005. Pigué. Buenos Aires. Argentina.



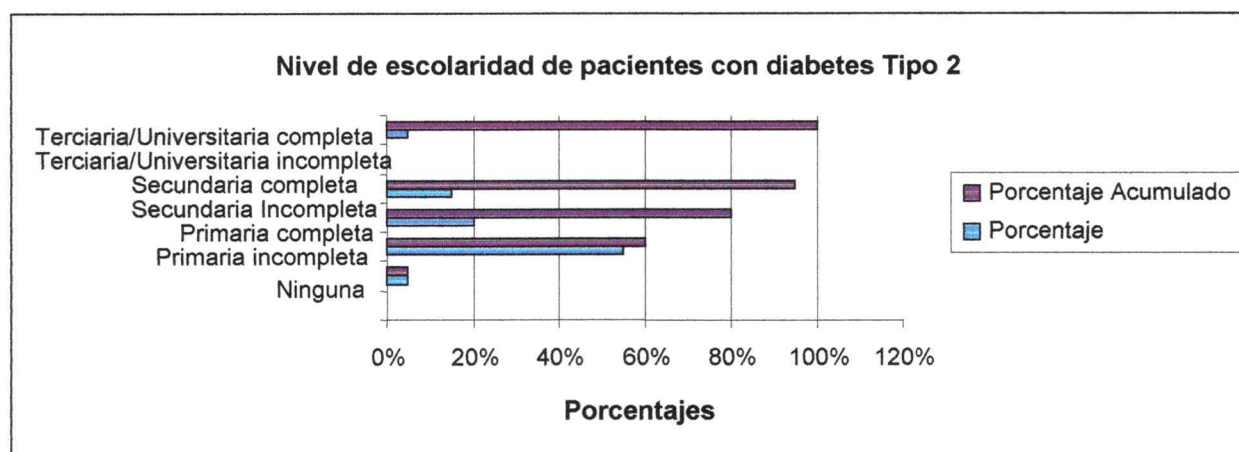
Fuente: elaboración propia

Los **años de evolución de la enfermedad** es un promedio de 11,4 años, en una mediana de 11,5 años.

TABLA N° 4: Nivel de escolaridad de pacientes con diabetes tipo 2; entrevistados pre y post-taller de Terapia Ocupacional en ADIAPI. Diciembre – Enero 2004 – 2005. Pigué. Buenos Aires. Argentina.

NIVEL DE ESCOLARIDAD	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
Ninguna		
Primaria incompleta	5%	5%
Primaria completa	55%	60%
Secundaria Incompleta	20%	80%
Secundaria completa	15%	95%
Terciaria/Universitaria incompleta		
Terciaria/Universitaria completa	5%	100%
TOTAL	100%	100%

GRÁFICO N° 4: Nivel de escolaridad de pacientes con diabetes tipo 2; entrevistados pre y post-taller de Terapia Ocupacional en ADIAPI. Diciembre – Enero 2004 – 2005. Pigué. Buenos Aires. Argentina.



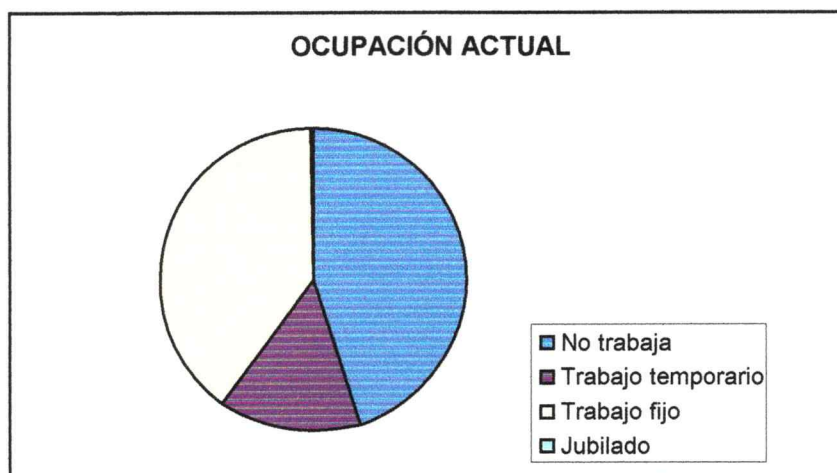
Fuente: elaboración propia

Se observa que el 55% de los pacientes poseen primaria completa, sólo un 5% de los pacientes tuvo estudios universitarios completos.

TABLA N° 5: Ocupación actual de pacientes con diabetes tipo 2, entrevistados en pre y post-taller de Terapia Ocupacional. Diciembre – Enero 2004 – 2005. Pigué. Buenos Aires. Argentina.

OCUPACIÓN ACTUAL	PORCENTAJE
No trabaja	45%
Trabajo temporario	15%
Trabajo fijo	40%
Jubilado	0
TOTAL	100%

GRÁFICO N° 5: Ocupación actual de pacientes con diabetes tipo 2, entrevistados en pre y post-taller de Terapia Ocupacional. Diciembre – Enero 2004 – 2005. Pigué. Buenos Aires. Argentina.



Fuente: elaboración propia

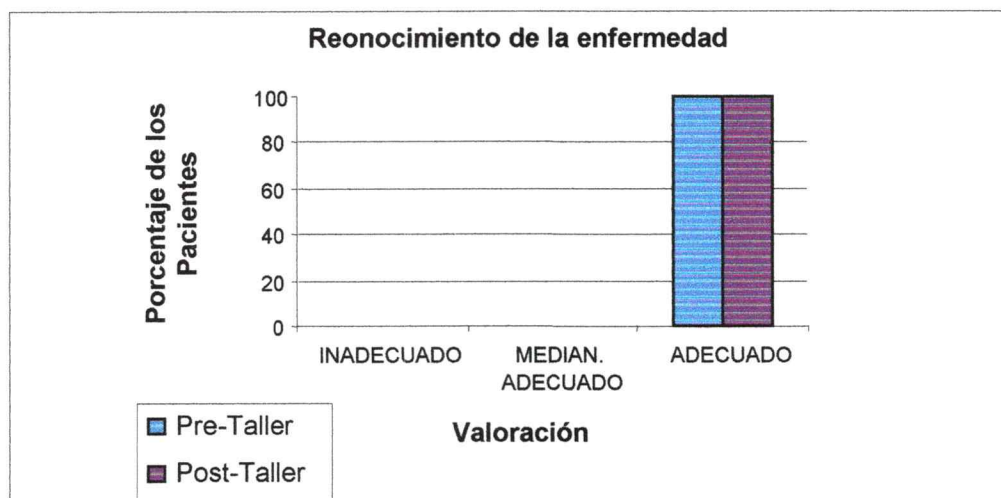
La tabla N° 5 y el gráfico N° 5, muestran que un 45% de los pacientes no está actualmente ocupado, un 15% posee un trabajo de tipo temporario y sólo un 40% tienen trabajo fijo y recibe un sueldo estable.

EVALUACIÓN DE LA SALUD. Acciones de Reconocimiento

TABLA N°6: Reconocimiento de enfermedad de pacientes con diabetes Tipo 2 entrevistados en el pre y post taller de Terapia Ocupacional en ADIAPI, diciembre_ enero de 2004-2005. Pigué. Buenos Aires. Argentina.

RECONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD								
VALORACIÓN	INADECUADO		MEDIANA. ADECUADO		ADECUADO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Pretaller	0	0,00	0	0,00	20	100	20	100
Post-taller	0	0,00	0	0,00	20	100	20	100

GRÁFICO N°6: Reconocimiento de enfermedad de pacientes con diabetes Tipo 2 entrevistados en el pre y post taller de Terapia Ocupacional en ADIAPI, diciembre_ enero de 2004-2005. Pigué. Buenos Aires. Argentina.



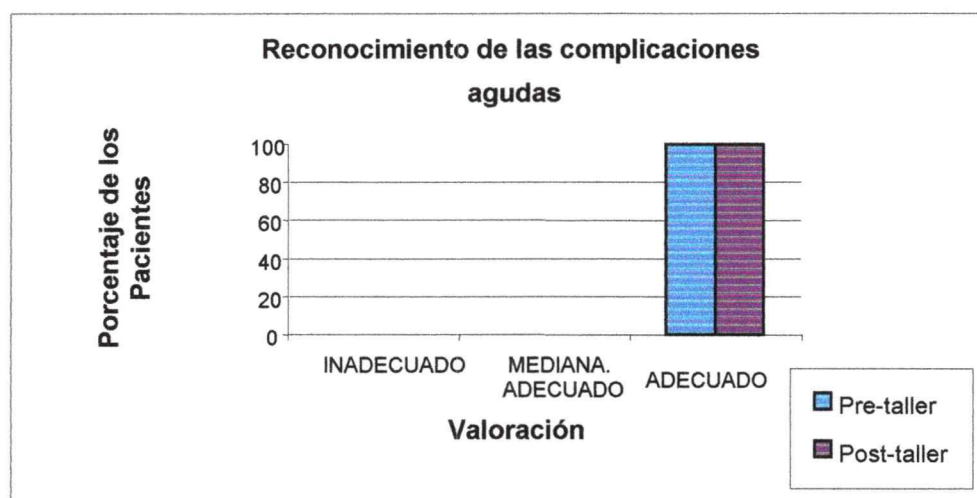
Fuente: elaboración propia

Como puede observarse en el gráfico la totalidad de los pacientes entrevistados en el pretaller y post-taller, poseen un reconocimiento de la enfermedad adecuado.

TABLA N° 7: Reconocimiento de complicaciones agudas de pacientes con diabetes Tipo 2 entrevistados en el pre y post taller de Terapia Ocupacional en ADIAPI, diciembre_ enero de 2004-2005. Pigué. Buenos Aires. Argentina.

RECONOCIMIENTO DE COMPLICACIONES AGUDAS								
VALORACIÓN	INADECUADO		MEDIANA. ADECUADO		ADECUADO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Pre-taller	0	0,00	0	0,00	20	100	20	100
Post-taller	0	0,00	0	0,00	20	100	20	100

GRÁFICO N° 7: Reconocimiento de complicaciones agudas de pacientes con diabetes Tipo 2 entrevistados en el pre y post taller de Terapia Ocupacional en ADIAPI, diciembre_ enero de 2004-2005. Pigué. Buenos Aires. Argentina.



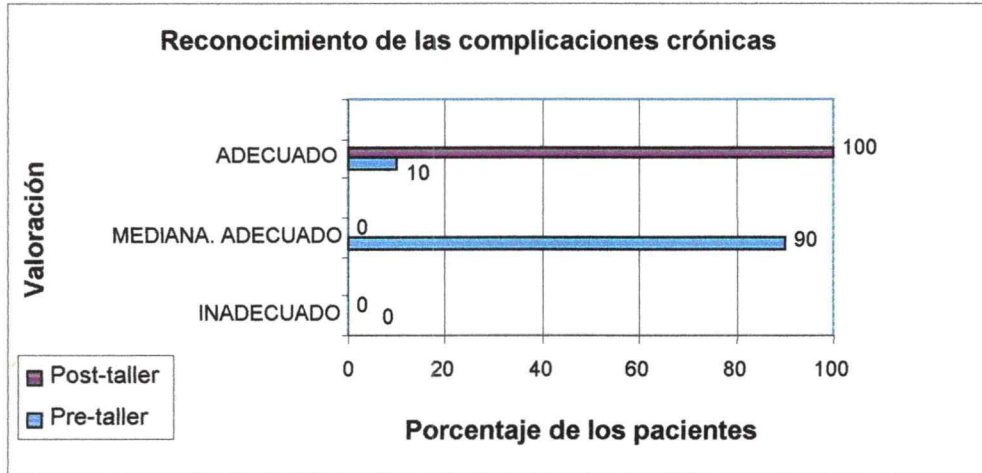
Fuente: elaboración propia

El 100% de los pacientes entrevistados en el pre y post-taller del taller responden sobre el reconocimiento de las complicaciones agudas en forma adecuada.

TABLA N°8: Reconocimiento de las complicaciones crónicas de pacientes con diabetes Tipo 2 entrevistados en el pre y post taller de Terapia Ocupacional en ADIAPI, diciembre_ enero de 2004-2005. Pigué. Buenos Aires. Argentina.

RECONOCIMIENTO DE LAS COMPLICACIONES CRÓNICAS								
VALORACIÓN	INADECUADO		MEDIANA. ADECUADO		ADECUADO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<i>Pre-taller</i>	0	0,00	18	90	2	10	20	100
<i>Post-taller</i>	0	0,00	0	0,00	20	100	20	100

GRÁFICO N°8: Reconocimiento de las complicaciones crónicas de pacientes con diabetes Tipo 2 entrevistados en el pre y post taller de Terapia Ocupacional en ADIAPI, diciembre_ enero de 2004-2005. Pigué. Buenos Aires. Argentina.



Fuente. Elaboración propia

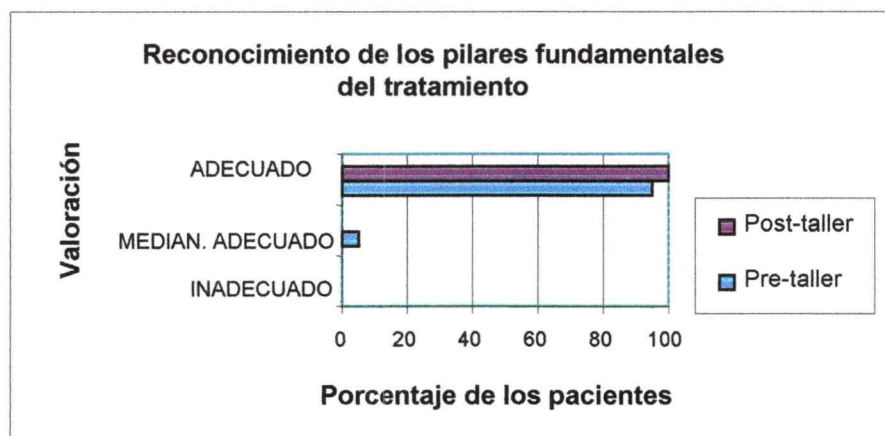
En la evaluación Pre-Taller el 90% de los pacientes reconoce las complicaciones crónicas en forma medianamente adecuada, el 10 % las reconoce adecuadamente. Luego de la implementación del taller, el 100 % de los pacientes presenten reconocimiento adecuado de las complicaciones.

Ningún paciente respondió inadecuadamente

TABLA N°9: Reconocimiento de los pilares fundamentales del tratamiento de pacientes con diabetes Tipo 2 entrevistados en el pre y post taller de Terapia Ocupacional en ADIAPI, diciembre_ enero de 2004-2005. Pigué. Buenos Aires. Argentina.

RECONOCIMIENTO DE LOS PILARES FUNDAMENTALES DEL TRATAMIENTO								
VALORACIÓN	INADECUADO		MEDIANA. ADECUADO		ADECUADO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<i>Pre-taller</i>	0	0,00	1	5	19	95	20	100
<i>Post-taller</i>	0	0,00	0	0	20	100	20	100

GRÁFICO N° 9: Reconocimiento de los pilares fundamentales del tratamiento de pacientes con diabetes Tipo 2 entrevistados en el pre y post taller de Terapia Ocupacional en ADIAPI, diciembre_ enero de 2004-2005. Pigué. Buenos Aires. Argentina.



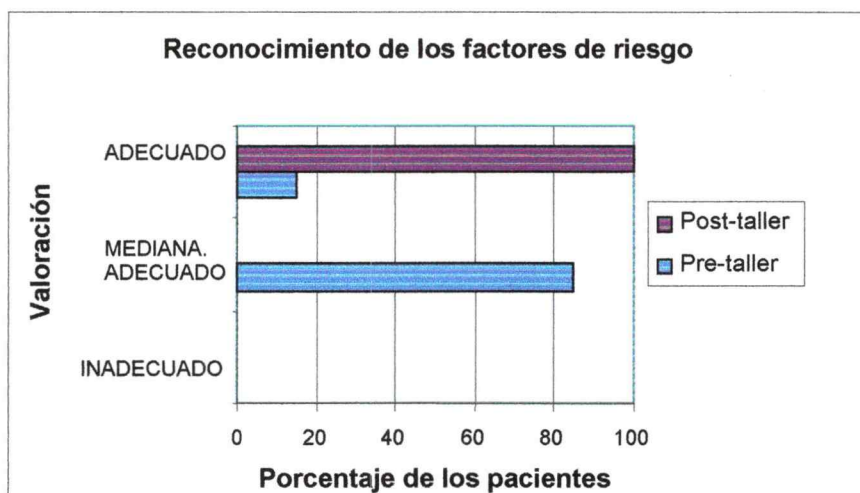
Fuente: elaboración propia

En la entrevista registrada en el pre-taller el 95 % de los pacientes responde adecuadamente, el 5 % medianamente adecuada sobre los pilares de tratamiento. Luego del taller, el 100 % de la población reconoce en forma adecuada los pilares fundamentales del tratamiento.

TABLA N°10: Reconocimiento de los factores de riesgo de pacientes con diabetes Tipo 2 entrevistados en el pre y post taller de Terapia Ocupacional en ADIAPI, diciembre_ enero de 2004-2005. Pigué. Buenos Aires. Argentina.

RECONOCIMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO								
VALORACIÓN	INADECUADO		MEDIANA. ADECUADO		ADECUADO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<i>Pre-taller</i>	0	0,00	17	85	3	15	20	100
<i>Post-taller</i>	0	0,00	0	0,00	20	100	20	100

GRÁFICO N° 10: Reconocimiento de los factores de riesgo de pacientes con diabetes Tipo 2 entrevistados en el pre y post taller de Terapia Ocupacional en ADIAPI, diciembre_ enero de 2004-2005. Pigué. Buenos Aires. Argentina.



Fuente: elaboración propia

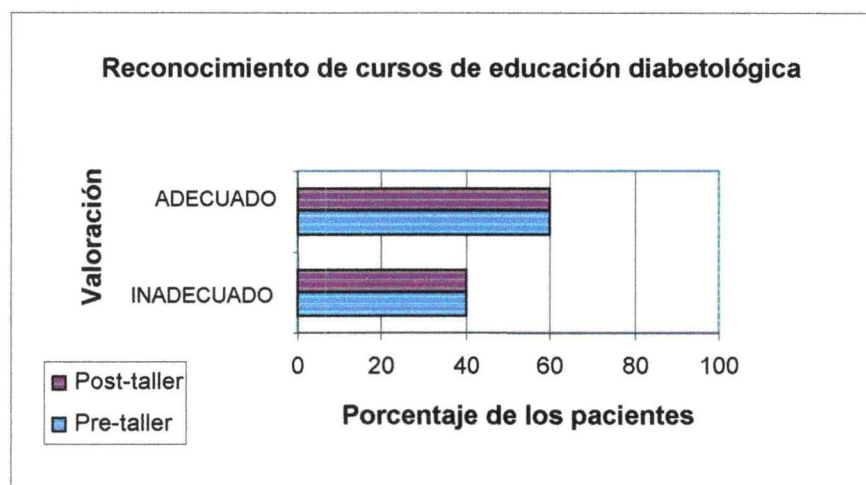
Se registra en el pre-taller, que el 85 % de los pacientes reconoce de manera medianamente adecuado los factores de riesgo y el 15 % lo hace adecuadamente. Después del taller el 100 % de los pacientes refieren reconocer adecuadamente los factores de riesgo.

Ningún paciente respondió en forma inadecuada.

TABLA N°11: Reconocimiento de cursos de educación diabetológica de pacientes con diabetes Tipo 2 entrevistados en el pre y post taller de Terapia Ocupacional en ADIAPI, diciembre_ enero de 2004-2005. Pigué. Buenos Aires. Argentina.

RECONOCIMIENTO DE CURSOS DE EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA						
VALORACIÓN	INADECUADO		ADECUADO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
<i>Pre-taller</i>	8	40	12	60	20	100
<i>Post-taller</i>	8	40	12	60	20	100

GRÁFICO N°11: Reconocimiento de cursos de educación diabetológica de pacientes con diabetes Tipo 2 entrevistados en el pre y post taller de Terapia Ocupacional en ADIAPI, diciembre_ enero de 2004-2005. Pigué. Buenos Aires. Argentina.



Fuente: elaboración propia.

No se registraron modificaciones en el pre y post-taller.

Un 40 % de los pacientes refieren no haber realizado cursos de educación diabetológica ó los realizó incompletos, considerando este valor como inadecuado.

Un 60 % refiere haber realizado cursos de educación completos, considerando este valor como adecuado. Del 60 % que se considera adecuado un 50 % realizó cursos de educación diabetológica en el lugar de residencia. El 10 % restante realizó cursos de educación diabetológica completos en otras ciudades.

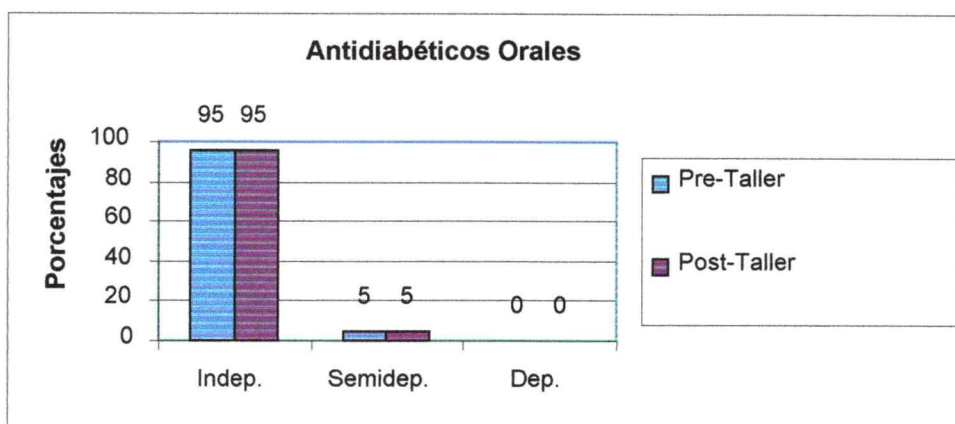
EVALUACIÓN DE LA SALUD: Acciones de maniobra práctica

TABLA N°12: mediación de pacientes con diabetes tipo 2 entrevistados en el pre y post-taller de Terapia Ocupacional, en ADIAPI, diciembre_ enero de 2004-2005.

Pigué. Buenos Aires. Argentina.

MEDIACIÓN		PRE-TALLER								POST-TALLER							
		Indep.		Semi-dep.		Dep.		Total		Indep.		Semi-dep.		Dep.		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sí	<i>Antidiabéticos orales</i>	19	95	1	5	0	0	20	100	19	95	1	5	0	0	20	100
	<i>Insulina</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
No		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

GRÁFICO N°12: antidiabéticos orales en pacientes con diabetes tipo 2, entrevistados en el pre y post-taller de Terapia Ocupacional, en ADIAPI, diciembre_ enero de 2004-2005. Pigué. Buenos Aires. Argentina.



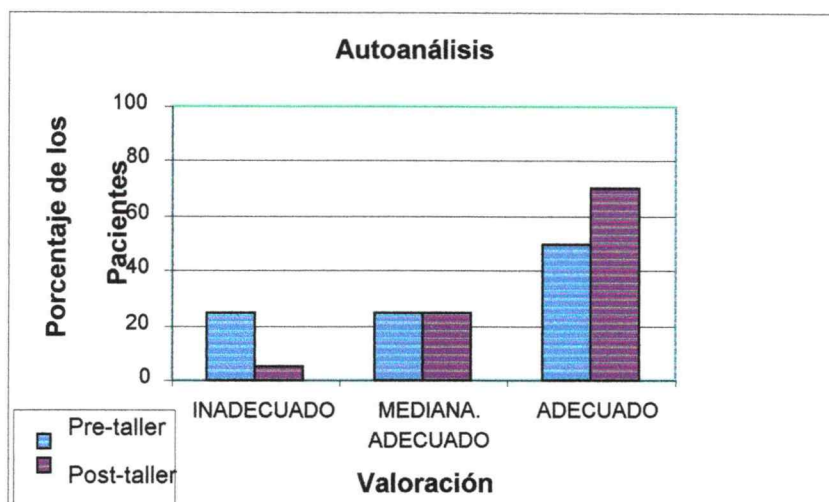
Fuente: elaboración propia.

En cuanto a la medicación, tanto en el pre-taller como en el post-taller, el 100 % de la población recibe medicación oral. El 95% se administra la medicación en forma independiente, el 5 % lo realiza semi independiente y ninguno recibe medicación oral en forma dependiente.

TABLA N°13: Autoanálisis de pacientes con diabetes Tipo 2 entrevistados en el pre y post taller de Terapia Ocupacional en ADIAPI, diciembre_ enero de 2004-2005. Pigué. Buenos Aires. Argentina.

AUTOANÁLISIS								
VALORACIÓN	INADECUADO		MEDIANA. ADECUADO		ADECUADO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<i>Pre-taller</i>	5	25	5	25	10	50	20	100
<i>Post-taller</i>	1	5	5	25	14	70	20	100

GRÁFICO N°13: Autoanálisis de pacientes con diabetes Tipo 2 entrevistados en el pre y post taller de Terapia Ocupacional en ADIAPI, diciembre_ enero de 2004-2005. Pigué. Buenos Aires. Argentina.



Fuente: elaboración propia

Antes de la implementación del taller el 100% de la población realiza autoanálisis para el control de la enfermedad, el 50 lo realiza en forma adecuada, el 25 medianamente adecuada y el 25% tiene una frecuencia de autoanálisis que se considera inadecuada

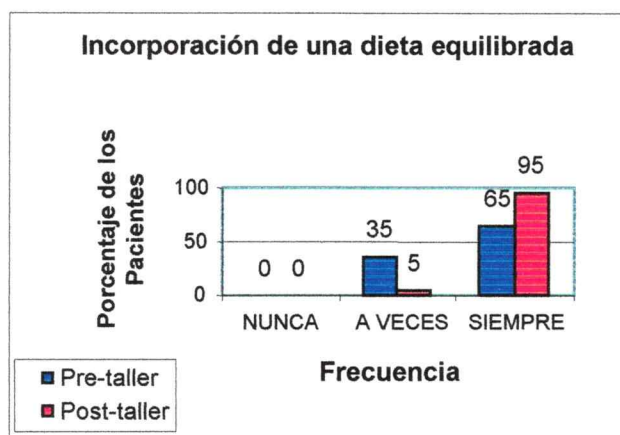
Posteriormente al taller se registra que el 70% de éstos pacientes tienen una frecuencia de autoanálisis que se considera adecuada, un 25% posee una frecuencia medianamente adecuada y el 5 una frecuencia inadecuada.

TOMA DE DECISIONES: Acciones de maniobra práctica

TABLA N°14: Alimentación de pacientes con diabetes Tipo 2 entrevistados en el pre y post taller de Terapia Ocupacional en ADIAPI, diciembre_ enero de 2004-2005. Pigué. Buenos Aires. Argentina.

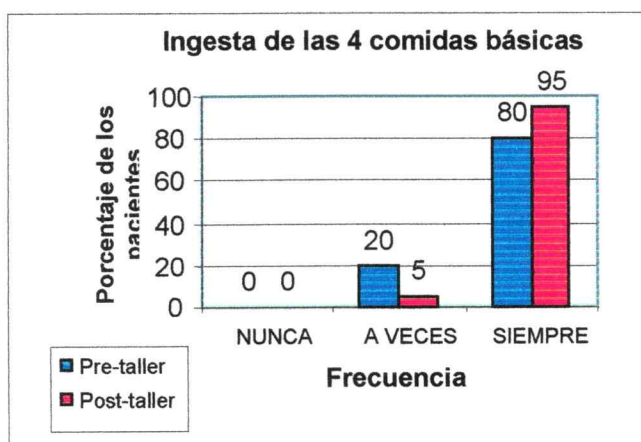
ALIMENTACIÓN	PRE-TALLER								POST-TALLER							
	NUNCA		A VECES		SIEMPRE		TOTAL		NUNCA		A VECES		SIEMPRE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Incorporación de una dieta equilibrada	0	0,00	7	35	13	65	20	100	0	0,00	1	5	19	95	20	100
Ingesta de las 4 comidas básicas	0	0,00	4	20	16	80	20	100	0	0,00	1	5	19	95	20	100
Horarios fijos en la ingesta de las 4 comidas básicas	0	0,00	10	50	10	50	20	100	0	0,00	1	5	19	95	20	100

GRÁFICO N°14: Incorporación de una dieta equilibrada en la alimentación de pacientes con diabetes Tipo 2 entrevistados en el pre y post taller de Terapia Ocupacional en ADIAPI, diciembre_ enero de 2004-2005. Pigué. Buenos Aires. Argentina.



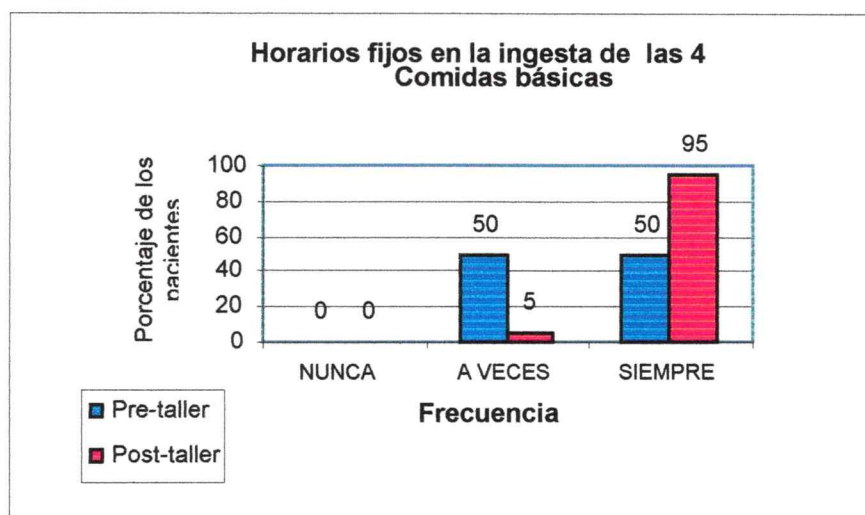
Fuente: elaboración propia.

GRÁFICO N°15: Ingesta de las 4 comidas básicas en pacientes con diabetes Tipo 2 entrevistados en el pre y post taller de Terapia Ocupacional en ADIAPI, diciembre_ enero de 2004-2005. Pigué. Buenos Aires. Argentina.



Fuente: elaboración propia.

GRÁFICO N°16: Horarios fijos en la ingesta de las 4 comidas básicas en pacientes con diabetes Tipo 2 entrevistados en el pre y post taller de Terapia Ocupacional en ADIAPI, diciembre_ enero de 2004-2005. Pigué. Buenos Aires. Argentina.



Fuente: elaboración propia

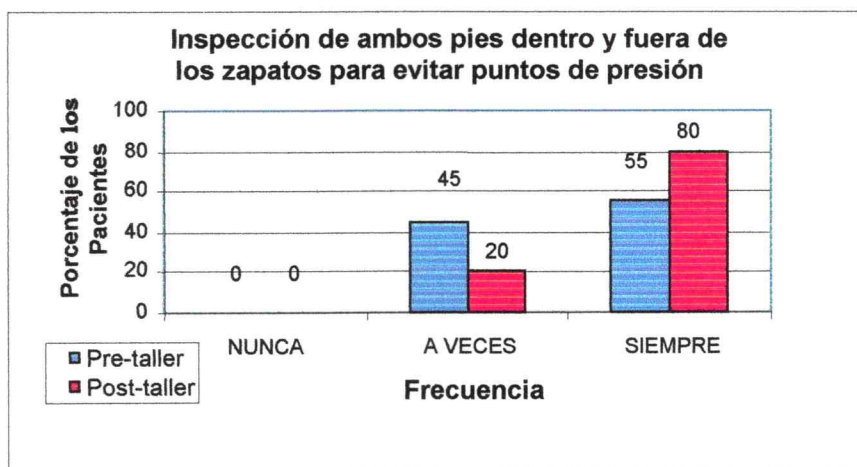
Antes del taller el 65% de la población realiza siempre la incorporación de una dieta equilibrada, el 13% a veces. El 80% de la población realiza siempre la ingesta de las 4 comidas básicas y sólo el 20% la realiza a veces. En cuanto a los horarios fijos para la ingesta de las 4 comidas básicas la mitad de la población respeta siempre y el 50% restante a veces.

Luego de la implementación del taller, se observa que el 95% de los pacientes realiza siempre la incorporación de una dieta equilibrada, la ingesta de las 4 comidas básicas y respeta los horarios fijos para la misma y sólo el 5% de los pacientes lo realiza a veces.

TABLA N°15: Vestido de pacientes con diabetes Tipo 2 entrevistados en el pre y post taller de Terapia Ocupacional en ADIAPI, diciembre_ enero de 2004-2005. Pigué. Buenos Aires. Argentina.

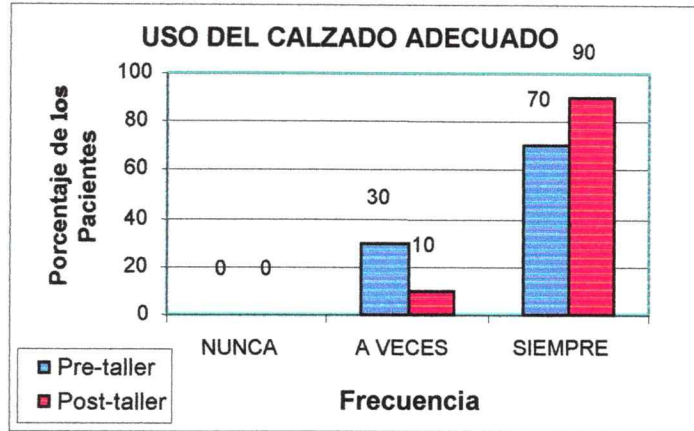
VESTIDO	PRE-TALLER								POST-TALLER							
	NUNCA		A VECES		SIEMPRE		TOTAL		NUNCA		A VECES		SIEMPRE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Inspección de ambos pies dentro y fuera de los zapatos para evitar puntos de presión	0	0,00	9	45	11	55	20	100	0	0,00	4	20	16	80	20	100
Uso del calzado adecuado.	0	0,00	6	30	14	70	20	100	0	0,00	2	10	18	90	20	100
Uso de medias de algodón	2	10	5	25	13	65	20	100	0	0,00	5	25	15	75	20	100

GRÁFICO N°17: Inspección de ambos pies dentro y fuera de los zapatos para evitar puntos de presión en pacientes con diabetes Tipo 2 entrevistados en el pre y post taller de Terapia Ocupacional en ADIAPI, diciembre_ enero de 2004-2005. Pigué. Buenos Aires. Argentina.



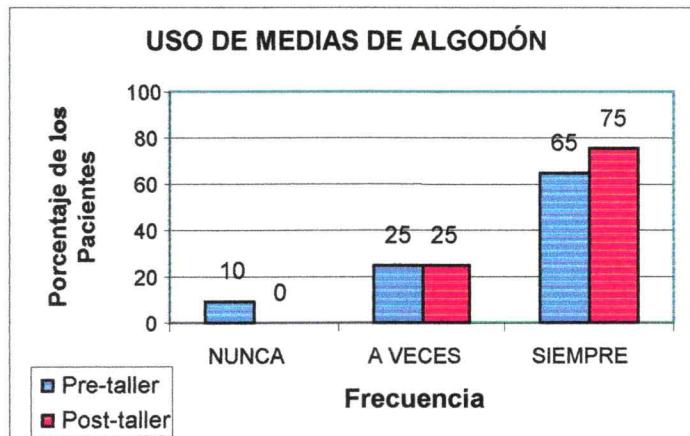
Fuente: elaboración propia.

GRÁFICO N°18: Uso del calzado adecuado en pacientes con diabetes Tipo 2 entrevistados en el pre y post taller de Terapia Ocupacional en ADIAPI, diciembre_enero de 2004-2005. Pigué. Buenos Aires. Argentina.



Fuente: elaboración propia.

GRÁFICO N°19: Uso de medias de algodón en pacientes con diabetes Tipo 2 entrevistados en el pre y post taller de Terapia Ocupacional en ADIAPI, diciembre_enero de 2004-2005. Pigué. Buenos Aires. Argentina.



Fuente de elaboración propia

Antes del taller el 55% de la población realizaba siempre la inspección de los pies y un 70% usaba siempre calzado adecuado. El 65% de los pacientes usó siempre medias de algodón, el 25% a veces y el 10% de los pacientes nunca.

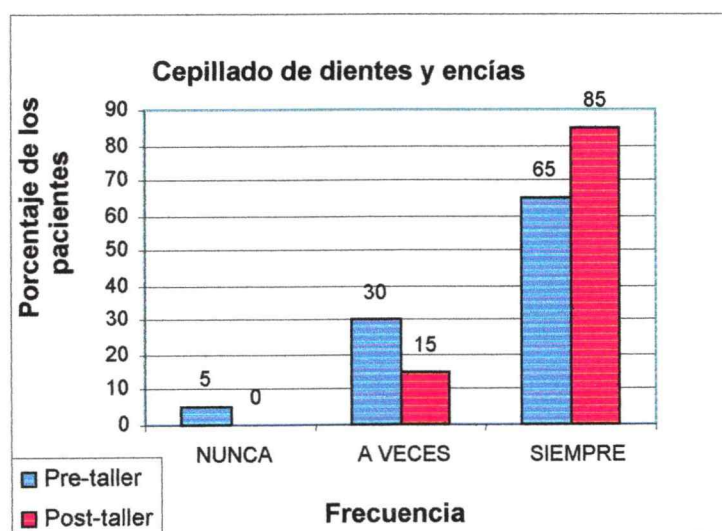
Luego del taller se pudo observar que el 80% inspecciona sus pies y un 90% usa calzado adecuado. En cuanto al uso de medias de algodón, el 75% de los pacientes

usa siempre mientras que a veces un 25% restante de la población.

TABLA N°16: Higiene de pacientes con diabetes Tipo 2 entrevistados en el pre y post taller de Terapia Ocupacional en ADIAPI, diciembre_ enero de 2004-2005. Pigué. Buenos Aires. Argentina.

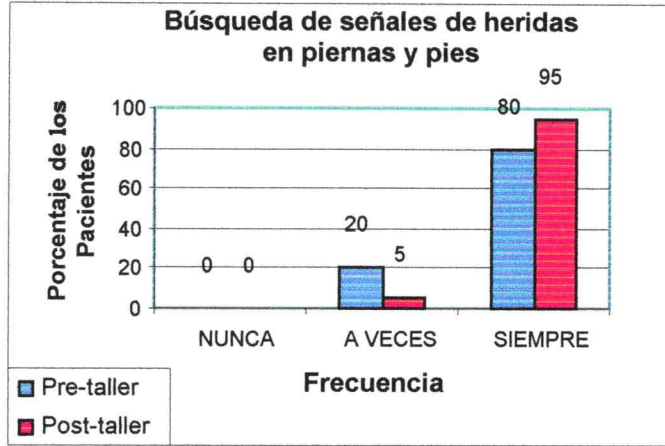
HIGIENE		PRE-TALLER								POST-TALLER							
		NUNCA		A VECES		SIEMPRE		TOTAL		NUNCA		A VECES		SIEMPRE		TOTAL	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Cepillado de dientes y encías		1	5	6	30	13	65	20	100	0	0,00	3	15	17	85	20	100
Cuidado de piernas y pies	Búsqueda de señales de heridas	0	0,00	4	20	16	80	20	100	0	0,00	1	5	19	95	20	100
	Observación de la coloración de la piel	6	30	10	50	4	20	20	100	1	5	3	15	16	80	20	100
	Inspección de la temperatura de la piel	8	40	10	50	2	10	20	100	0	0,00	6	30	14	70	20	100
	Inspección de la hidratación de la piel	8	40	10	50	2	10	20	100	2	10	5	25	13	65	20	100
	Lavado de los pies	0	0,00	0	0,00	20	100	20	100	0	0,00	0	0,00	20	100	20	100
	Corte de uñas cuidadoso	0	0,00	0	0,00	20	100	20	100	0	0,00	0	0,00	20	100	20	100

GRÁFICO N°20: Cepillado de dientes y encías en pacientes con diabetes Tipo 2 entrevistados en el pre y post taller de Terapia Ocupacional en ADIAPI, diciembre_ enero de 2004-2005. Pigué. Buenos Aires. Argentina.



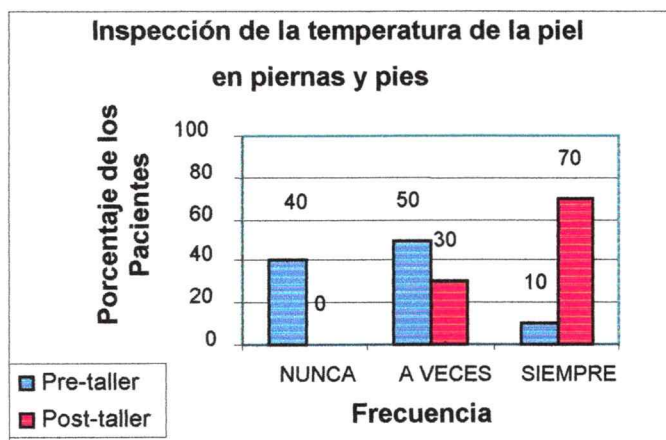
Fuente: elaboración propia.

GRÁFICO N°21: Búsqueda de señales de heridas en piernas y pies en pacientes con diabetes Tipo 2 entrevistados en el pre y post taller de Terapia Ocupacional en ADIAPI, diciembre_ enero de 2004-2005. Pigué. Buenos Aires. Argentina.



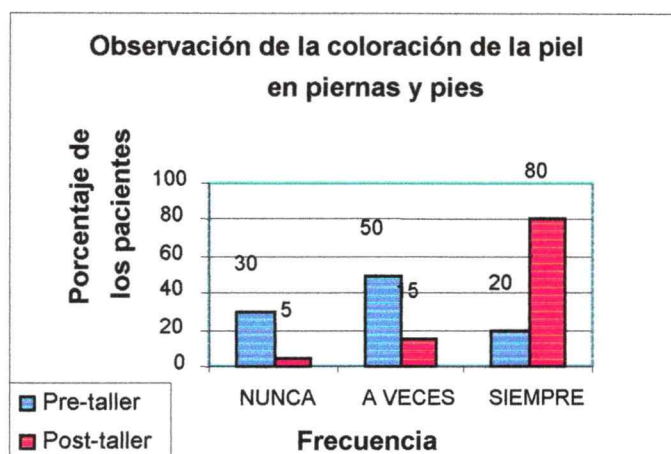
Fuente: elaboración propia.

GRÁFICO N°22: Inspección de la temperatura de la piel en piernas y pies en pacientes con diabetes Tipo 2 entrevistados en el pre y post taller de Terapia Ocupacional en ADIAPI, diciembre_ enero de 2004-2005. Pigué. Buenos Aires. Argentina.



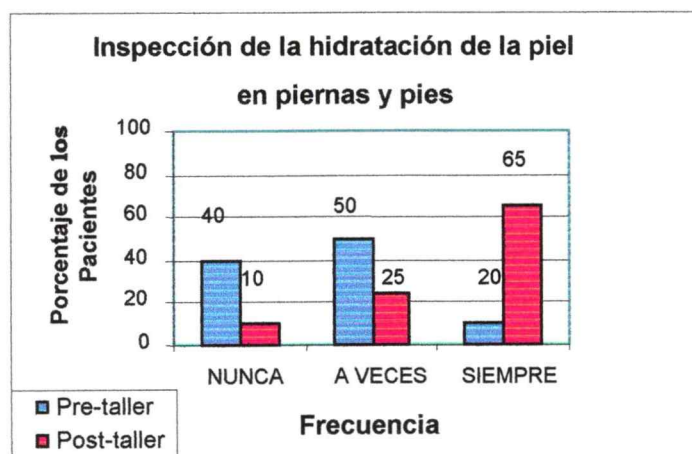
Fuente: elaboración propia.

GRÁFICO N°23: Observación de la coloración de la piel en piernas y pies en pacientes con diabetes Tipo 2 entrevistados en el pre y post taller de Terapia Ocupacional en ADIAPI, diciembre_ enero de 2004-2005. Pigué. Buenos Aires. Argentina.



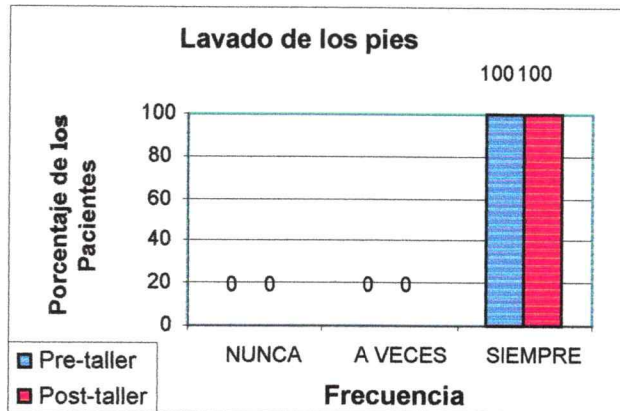
Fuente: elaboración propia.

GRÁFICO N°24: Inspección de la hidratación de la piel en piernas y pies en pacientes con diabetes Tipo 2 entrevistados en el pre y post taller de Terapia Ocupacional en ADIAPI, diciembre_ enero de 2004-2005. Pigué. Buenos Aires. Argentina.



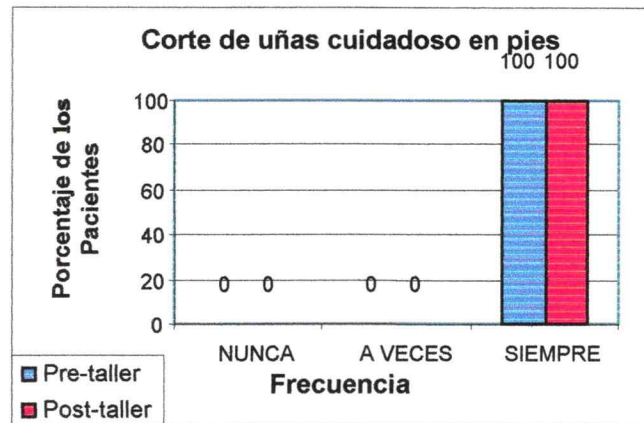
Fuente: elaboración propia.

GRÁFICO N°25: Lavado de los pies en pacientes con diabetes Tipo 2 entrevistados en el pre y post taller de Terapia Ocupacional en ADIAPI, diciembre_ enero de 2004-2005. Pigué. Buenos Aires. Argentina.



Fuente: elaboración propia.

GRÁFICO N°26: Corte de uñas cuidadoso en pies de pacientes con diabetes Tipo 2 entrevistados en el pre y post taller de Terapia Ocupacional en ADIAPI, diciembre_ enero de 2004-2005. Pigué. Buenos Aires. Argentina.



Fuente: elaboración propia.

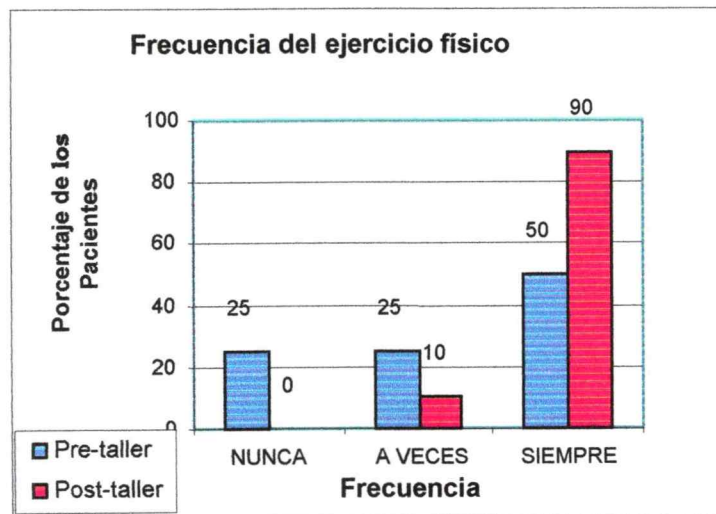
Se observa que el 65% realizaba antes del taller cepillado de dientes y encías en forma adecuada y que el total de la población (100%), siempre realiza corte de uñas en forma cuidadosa. La totalidad de los pacientes consideran importante el lavado de pies como hábito diario. El 80% refiere la importancia de la búsqueda de heridas. La mitad de la población realiza a veces la observación de la coloración, temperatura e hidratación de la piel.

Posteriormente al taller se registra en la segunda entrevista que el 85% de los pacientes realizó cepillado de dientes en forma adecuada y que el 100% de la población siempre realizó corte de uñas y lavado de pies en forma adecuada. Casi la totalidad realiza la búsqueda de señales de heridas (95%), la observación de la coloración de la piel (80%), y la inspección de temperatura (70%) e hidratación de la piel (65%)

TABLA N° 17: Ejercicio físico en pacientes con diabetes Tipo 2 entrevistados en el pre y post taller de Terapia Ocupacional en ADIAPI, diciembre_ enero de 2004-2005. Pigué. Buenos Aires. Argentina.

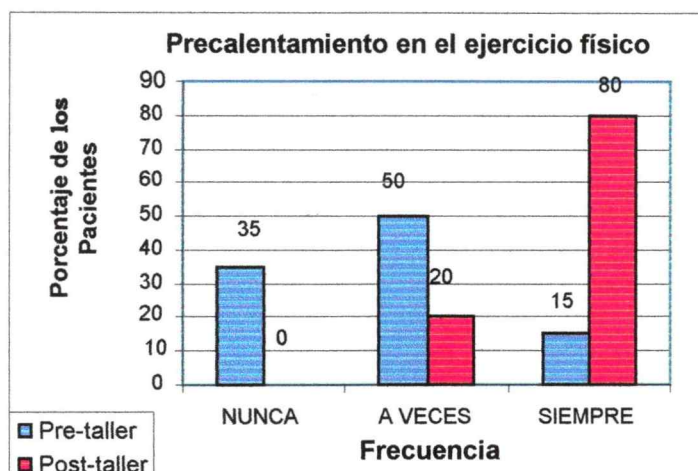
EJERCICIO FÍSICO		PRE-TALLER								POST-TALLER							
		NUNCA		A VECES		SIEMPRE		TOTAL		NUNCA		A VECES		SIEMPRE		TOTAL	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Frecuencia del ejercicio físico		5	25	5	25	10	50	20	100	0	0,00	2	10	18	90	20	100
Cuidados en el Ejercicio	Pre calentamiento	7	35	10	50	3	15	20	100	0	0,00	4	20	16	80	20	100
	Relajación	12	60	4	20	4	20	20	100	0	0,00	6	30	14	70	20	100
	Inspección de pies después del ejercicio	7	35	5	25	8	40	20	100	0	0,00	5	25	15	75	20	100
	Uso del calzado adecuado	1	5	0	0	19	95	20	100	0	0,00	0	0,00	20	100	20	100

GRÁFICO N° 27: Frecuencia del ejercicio físico en pacientes con diabetes Tipo 2 entrevistados en el pre y post taller de Terapia Ocupacional en ADIAPI, diciembre_ enero de 2004-2005. Pigué. Buenos Aires. Argentina.



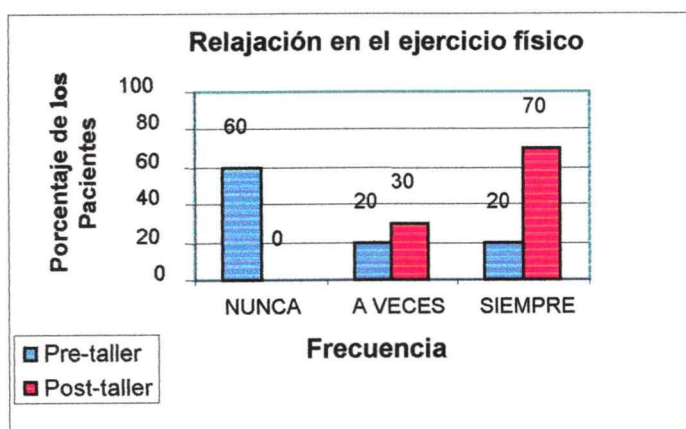
Fuente: elaboración propia.

GRÁFICO N° 28: Precalentamiento en el ejercicio físico de pacientes con diabetes Tipo 2 entrevistados en el pre y post taller de Terapia Ocupacional en ADIAPI, diciembre_ enero de 2004-2005. Pigué. Buenos Aires. Argentina.



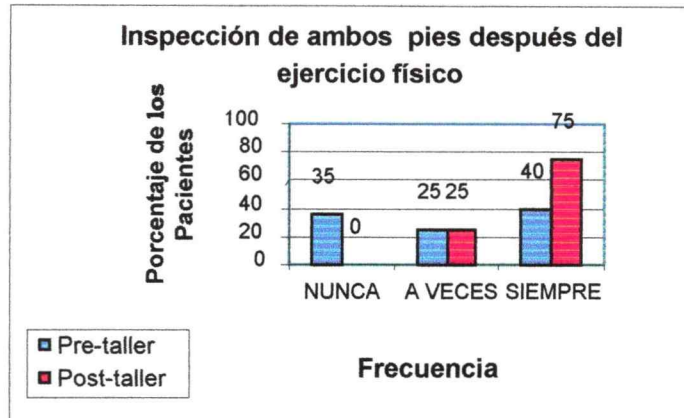
Fuente: elaboración propia.

GRÁFICO N° 29: Relajación en el ejercicio físico de pacientes con diabetes Tipo 2 entrevistados en el pre y post taller de Terapia Ocupacional en ADIAPI, diciembre_ enero de 2004-2005. Pigué. Buenos Aires. Argentina.



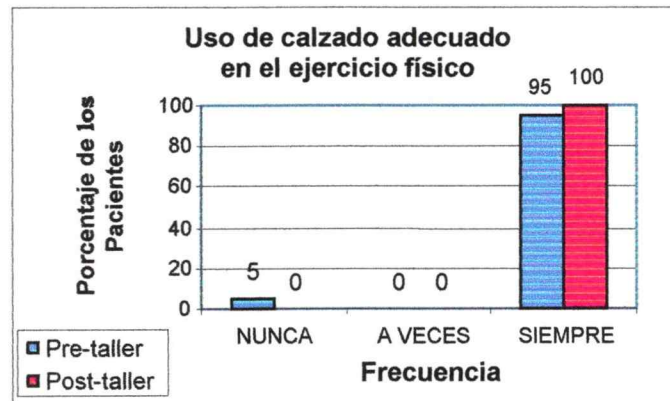
Fuente: elaboración propia.

GRÁFICO N° 30: Inspección de ambos pies después del ejercicio físico de pacientes con diabetes Tipo 2 entrevistados en el pre y post taller de Terapia Ocupacional en ADIAPI, diciembre_ enero de 2004-2005. Pigué. Buenos Aires. Argentina.



Fuente: elaboración propia.

GRÁFICO N° 31: Uso de calzado adecuado en el ejercicio físico de pacientes con diabetes Tipo 2 entrevistados en el pre y post taller de Terapia Ocupacional en ADIAPI, diciembre_ enero de 2004-2005. Pigué. Buenos Aires. Argentina.



Fuente: Elaboración propia

Antes del taller la mitad de la población realizaba algún tipo de ejercicio refiriendo que a veces realizaban precalentamientos. El 60% nunca realizaban relajación luego del ejercicio físico.

Casi la totalidad de los pacientes (95%) usó siempre calzado deportivo y sólo el 40% inspeccionaba sus pies después del ejercicio.

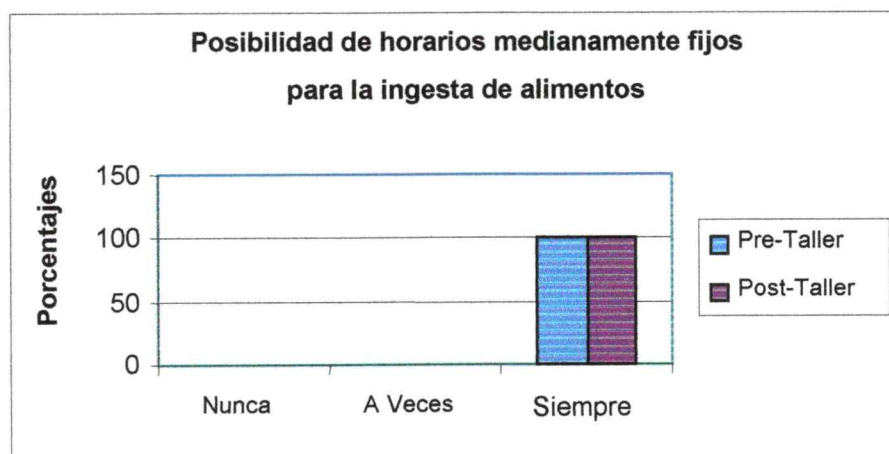
Luego de la implementación del taller se determinó que el 90% realizó ejercicios y

que casi la totalidad de la población adopta como hábito el precalentamiento (80%), la relajación (70%) y la inspección de los pies (75%) al finalizar el ejercicio. El total de los pacientes utiliza siempre calzado adecuado (100%).

TABLA N° 18: Productividad de pacientes con diabetes tipo 2, entrevistados en le pre y post-taller de Terapia Ocupacional en ADIAPI, diciembre_ enero de 2004-2005. Pigué. Buenos Aires. Argentina.

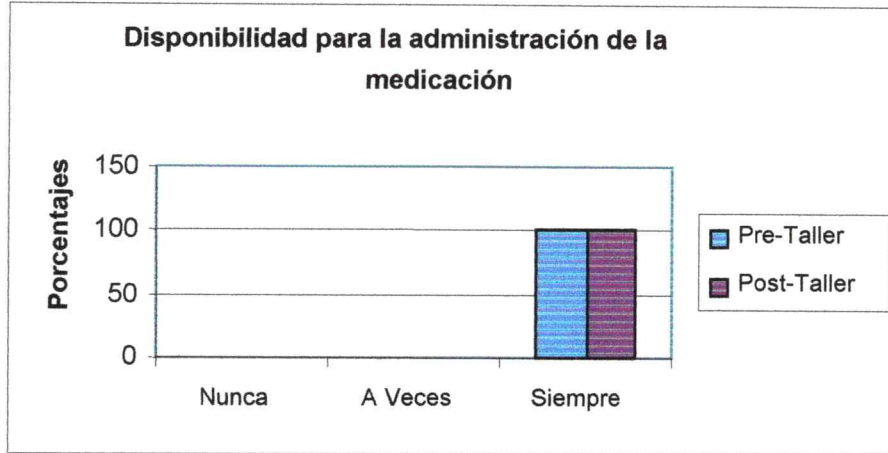
PRODUCTIVIDAD Cuidados Laborales	PRE-TALLER								POST-TALLER							
	Nunca		A veces		Siempre		Total		Nunca		A veces		Siempre		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Posibilidad de horarios medianamente fijos para la ingesta de alimentos	0	0	0	0	11	100	11	100	0	0	0	0	11	100	11	100
Disponibilidad para la administración de medicación	0	0	0	0	11	100	11	100	0	0	0	0	11	100	11	100

GRÁFICO N° 32: Posibilidad de horarios medianamente fijos para la ingesta de alimentos en pacientes con diabetes tipo 2, entrevistados en le pre y post-taller de Terapia Ocupacional en ADIAPI, diciembre_ enero de 2004-2005. Pigué. Buenos Aires. Argentina.



Fuente: elaboración propia.

GRÁFICO N° 33: Disponibilidad para la administración de medicación en pacientes con diabetes tipo 2, entrevistados en el pre y post-taller de Terapia Ocupacional en ADIAPI, diciembre_ enero de 2004-2005. Pigué. Buenos Aires. Argentina.



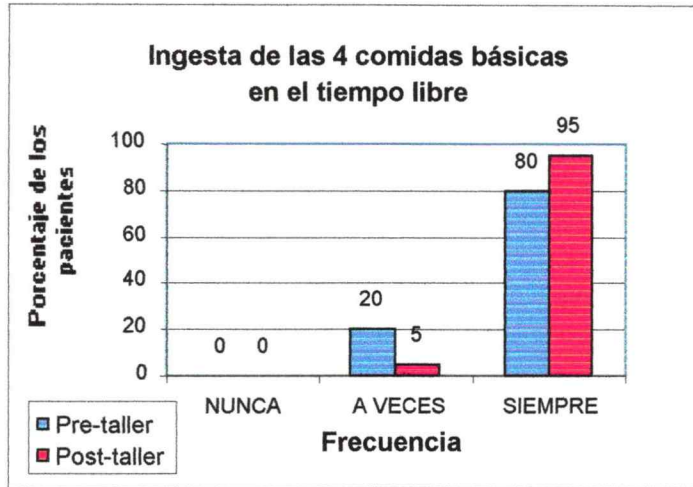
Fuente: Elaboración propia

Las preguntas referidas a los cuidados laborales fueron realizadas a 11 personas debido a que tienen una ocupación actual (temporario o fijo). La totalidad de estos pacientes siempre tienen horarios medianamente fijos que les permiten la ingesta de alimentos y siempre tienen disponibilidad para la administración de la medicación en su trabajo. Esto surge del registro realizado en el pre y post-taller.

TABLA N° 19: Tiempo libre de pacientes con diabetes Tipo 2 entrevistados en el pre y post taller de Terapia Ocupacional en ADIAPI, diciembre_ enero de 2004-2005. Pigué. Buenos Aires. Argentina.

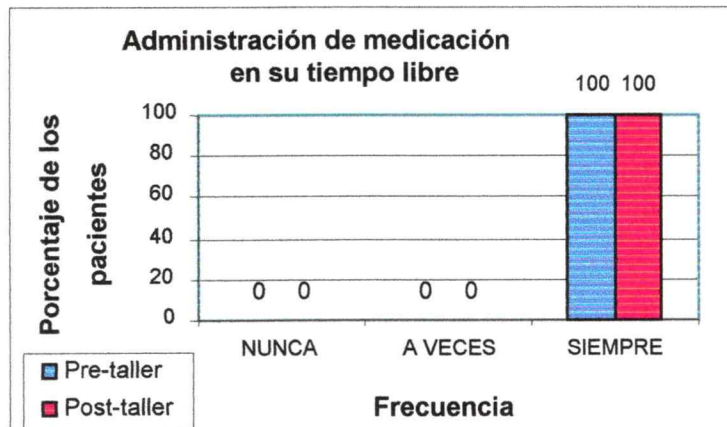
Tiempo libre	PRE-TALLER								POST-TALLER							
	NUNCA		A VECES		SIEMPRE		TOTAL		NUNCA		A VECES		SIEMPRE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<i>Ingesta de las cuatro comidas básicas</i>	0	0,00	4	20	16	80	20	100	0	0,00	1	5	19	95	20	100
<i>Administración de medicación</i>	0	0,00	0	0,00	20	100	20	100	0	0,00	0	0,00	20	100	20	100

GRÁFICO N° 34: Ingesta de las cuatro comidas básicas tiempo libre de pacientes con diabetes Tipo 2 entrevistados en el pre y post taller de Terapia Ocupacional en ADIAPI, diciembre_ enero de 2004-2005. Pigué



Fuente: elaboración propia.

GRÁFICO N° 35: Administración de medicación en su tiempo libre de pacientes con diabetes Tipo 2 entrevistados en el pre y post taller de Terapia Ocupacional en ADIAPI, diciembre_ enero de 2004-2005. Pigué. Buenos Aires. Argentina.



Fuente: elaboración propia

Antes del taller se observa el 80% de los pacientes realizaba siempre la ingesta de las 4 comidas básicas y un 20% lo realizaba a veces.

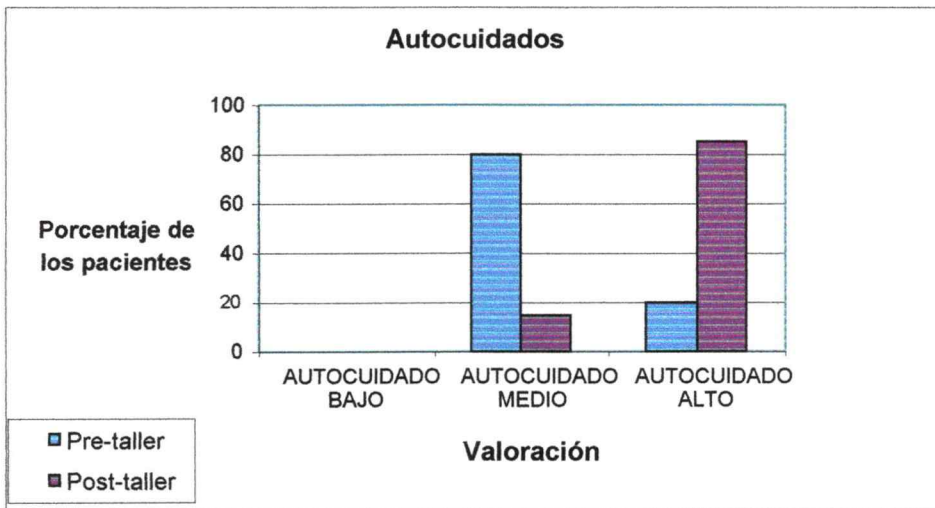
La totalidad de la población siempre realiza la administración de la medicación

Posteriormente al taller casi la totalidad de la población (95%) realizó la ingesta de las 4 comidas básicas.

TABLA N° 20: Autocuidado de pacientes con diabetes Tipo 2 entrevistados en el pre y post taller de Terapia Ocupacional en ADIAPI, diciembre_ enero de 2004-2005. Pigué. Buenos Aires. Argentina.

	AUTOCUIDADO BAJO		AUTOCUIDADO MEDIO		AUTOCUIDADO ALTO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Pre-taller	0	0,00	16	80	4	20	20	100
Post-taller	0	0,00	3	15	17	85	20	100

GRÁFICO N° 36: Autocuidado de pacientes con diabetes Tipo 2 entrevistados en el pre y post taller de Terapia Ocupacional en ADIAPI, diciembre_ enero de 2004-2005. Pigué. Buenos Aires. Argentina.



Fuente: elaboración propia

Como puede observarse en el gráfico, antes de la implementación del taller la mayor parte de la población (80%) presenta un Autocuidado Medio, el 20% corresponde a un Autocuidado Alto, no registrándose Autocuidado Bajo. Posteriormente al taller aumentó a un 85% la cantidad de personas que presentaron un Autocuidado Alto y 15% Autocuidado Medio.

1.2 Interpretación de los resultados

A partir de los resultados obtenidos en el presente trabajo, comprobamos la importancia que reviste la Educación Terapéutica del paciente diabético tipo 2.

Y en este punto coincidimos con las Lic. Castaño y Scarpati quienes a partir de lo investigado, afirman que resulta imprescindible reforzar el autocuidado de los pacientes diabéticos tipo 2, con el objetivo de mejorar la calidad de vida y la independencia en las áreas de performance ocupacional.

Al mismo tiempo coincidimos con numerosos trabajos de investigación, en señalar la importancia que dicha educación se realice en forma grupal. Hemos comprobado que esta metodología favorece la expresión individual y la contención, el intercambio de conocimientos y experiencias personales, creándose así condiciones óptimas para el cambio en el estilo de vida de estos pacientes.

En nuestra investigación estos cambios se ven reflejados en cada una de las dimensiones de la variables de estudio, siendo más notables en :

- *Reconocimiento de las complicaciones crónicas*
- *Factores de riesgo*
- *Actividades de la vida diaria (alimentación, vestido, higiene y ejercicio físico).*

Consideramos que los cambios más notables fueron determinados por la modalidad implementada - el taller - cuya influencia se ejerció sobre el grupo, cuyos integrantes se conocían previamente. En primer término, por ser originarios de un pueblo chico, propio de la provincia de Buenos Aires, con características que son similares a todos: la relación de vecindad, el origen común, la interrelación entre los distintos efectores sociales, tan diferente a lo que ocurre en las grandes urbes. En segundo término, la existencia de la Asociación Diabética de Pigué (ADI-API), un espacio creado para el encuentro y el intercambio, que además posibilita el acceso al conocimiento de la enfermedad.

Sin embargo, consideramos que fue necesario la implementación del taller, y que el mismo afianzó y reforzó el sentido de pertenencia al grupo, posibilitó que se lograra alcanzar mayores conocimientos a partir de la excelente disposición, interés y compromiso con la actividad desarrollada, produciéndose así las modificaciones ya mencionadas.

Al analizar la muestra hemos observado que el 55% de las personas han completado la escuela primaria, por lo tanto no hubo dificultades en la comprensión y adquisición de los conocimientos, también nos habla de cierta conciencia para ejercer el autocuidado y las capacidades cognoscitivas suficientes para adquirirlos.

El hecho de haber trabajado en un pueblo chico hizo que éste fuese funcional en los logros a obtener porque los distintos estratos sociales se confunden y amalgaman en un hecho común, la decisión de encarar la solución en conjunto más allá de las barreras socio-culturales que pudieran separar a estas personas haciendo que se gestase un credo común. Intuimos que esto en una urbe importante será difícil desarrollarlo sino encontramos los patrones comunes que unan a los pacientes con algo más que la enfermedad en común. Habría que desarrollar cuestiones raigales que comprometan a los actores de igual manera que en los pueblos chicos.

Probablemente el taller haya sido el “gran movilizador” y la actividad misma lo que puso en movimiento al grupo, dando lugar a las modificaciones ya mencionada.

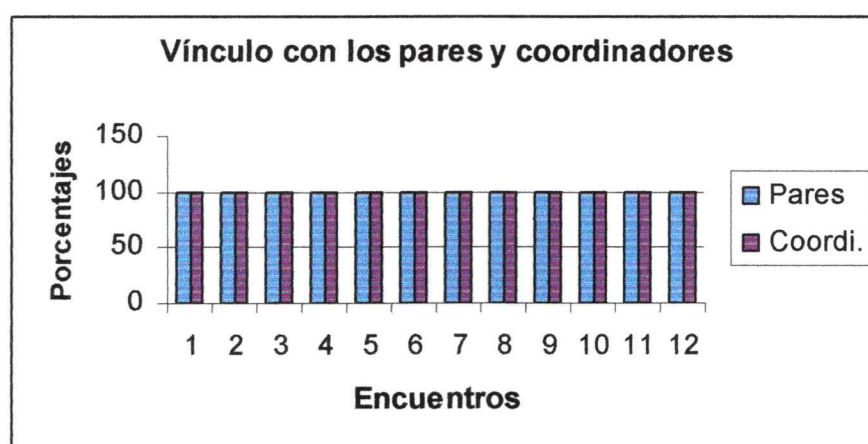
1.3 Análisis e interpretación correspondiente a la Evaluación del Proceso

TABLA 21: Vínculo de los pacientes diabéticos tipo 2, mayores de 40 años, con sus pares y coordinadores durante los doce encuentros del taller de educación terapéutica. Registrado por el coordinador y el beneficiario. Diciembre-Enero 2004 - 2005. Pigué. Pcia Bs. As. Argentina.

Vínculo	Número de Encuentros																							
	Encu 1		Encu 2		Encu 3		Encu 4		Encu 5		Encu 6		Encu 7		Encu 8		Encu 9		Encu 10		Encu 11		Encu 12	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Pares	20	100	19	100	18	100	17	100	16	100	16	100	16	100	18	100	14	100	17	100	19	100	20	100
Coordi.	20	100	19	100	18	100	17	100	16	100	16	100	16	100	18	100	14	100	17	100	19	100	20	100

Fuente: elaboración propia.

GRÁFICO N° 37: Vínculo de los pacientes diabéticos tipo 2, mayores de 40 años, con sus pares y coordinadores durante los doce encuentros del taller de educación terapéutica. Registrado por el coordinador y el beneficiario. Diciembre-Enero 2004 - 2005. Pigué. Pcia Bs. As. Argentina.



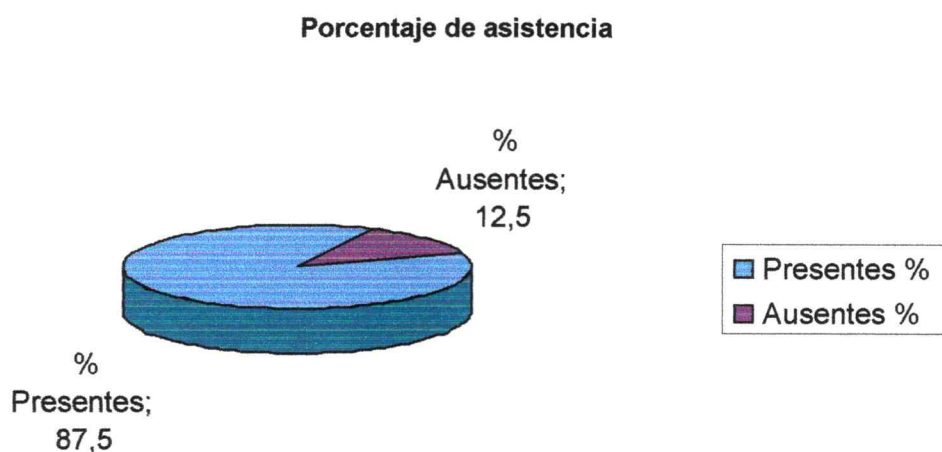
Fuente: elaboración propia.

Los registros realizados por ambas fuentes, coordinador y beneficiario, son iguales; observándose que la totalidad de los participantes han establecido vínculo tanto con sus pares como con el coordinador.

TABLA 22: Asistencia al taller de Educación Terapéutica de los paciente diabéticos tipo 2, mayores de 40 años, que concurren a ADIAPI, registrado por el coordinador y el beneficiario. Diciembre-Enero 2004 - 2005, Pigué. Pcia. Bs. As. Argentina.

Asistencias	Número de Encuentros																							
	Encu 1		Encu 2		Encu 3		Encu 4		Encu 5		Encu 6		Encu 7		Encu 8		Encu 9		Encu 10		Encu 11		Encu 12	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Presente	20	100	19	95	18	90	17	85	16	80	16	80	16	80	18	90	14	70	17	85	19	95	20	100
Ausente	0	0	1	5	2	10	3	15	4	20	4	20	4	20	2	10	6	30	3	15	1	5	0	0

GRÁFICO N°38 : Porcentaje de asistencia e inasistencia al taller de Educación Terapéutica de los paciente diabéticos tipo 2, mayores de 40 años, que concurren a ADIAPI, registrado por el coordinador y el beneficiario. Diciembre-Enero 2004 - 2005, Pigué. Pcia. Bs. As. Argentina.



Fuente: elaboración propia.

Del análisis e interpretación de los datos sobre “Asistencia al taller de Educación Terapéutica” surge que los resultados obtenidos son iguales para el coordinador y el beneficiario.

El promedio de asistencia al taller es de 17,5 personas (87,5 %).

Durante los encuentros 1 y 12 se registró el mayor número de asistencia, 20 personas (100 %), mientras que en el encuentro 9 se registró el menor número de asistencia 14 personas (70 %).

El promedio de inasistencia es de 2,5 personas (13,3 %).

En los encuentros 1 y 12 no se registran inasistencias, mientras que el mayor

número de inasistencias se da en el encuentro 9, al que faltaron 6 personas (30 %). Consideramos que algunas de las inasistencias a los encuentros se debieron a que los concurrentes viajaron con motivo de celebrar las fiestas de fin de año y/o vacaciones.

No obstante ello se observó puntualidad y excelente disposición.

		ENCUENTRO 10				ENCUENTRO 11				ENCUENTRO 12											
ACTIVIDAD 1		ACTIVIDAD 1				ACTIVIDAD 1				ACTIVIDAD 1											
Coc	No Participativa	Total		Activa	Pasiva	No Participativa		Total	Activa	Pasiva	No Participativa		Total								
Ben		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%						
		0	0	17	100	19	100	0	0	0	0	19	100	20	100	0	0	0	0	20	100
		0	0	17	100	19	100	0	0	0	0	19	100	20	100	0	0	0	0	20	100

A partir del análisis de los resultados referidos al **Tipo de participación** de los concurrentes al Taller de Educación Terapéutica, consideramos que el grupo logró tomar decisiones, aportar ideas, compartir el conocimiento que cada uno tenía y enriquecerlo colectivamente ya que la mayoría de los pacientes diabéticos fueron participes activos en las actividades desarrolladas.

Del total de los encuentros, sólo en el segundo, sexto y séptimo encuentro se registró participación pasiva.

Durante el segundo encuentro, compuesto éste por dos actividades, sólo en la primera: "torbellino de palabras e ideas", el coordinador registró que el 79% participó activamente, mientras el 21% lo hizo en forma pasiva. El beneficiario registró durante la misma actividad que el 90% participó en forma activa, mientras el 10% lo hizo pasivamente. (Gráfico N° 39)

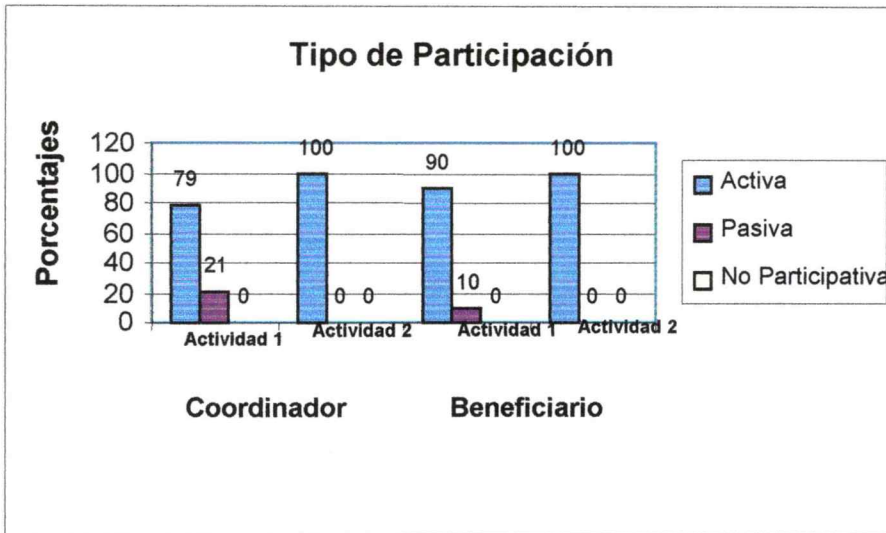
En el sexto encuentro, durante la primera actividad: "lectura comentada", el 87% participó activamente, mientras el 13% lo hizo en forma pasiva, según lo registrado por el coordinador. Por otro lado el beneficiario registró durante la misma actividad que el 100% participó en forma activa.

Durante la segunda actividad: "inspección de los pies" ambos registros (coordinador y beneficiario) son iguales. El 69% de los concurrentes participó activamente, mientras el 31% lo hizo en forma pasiva. (Gráfico N° 40)

En el séptimo encuentro, durante la actividad: "torbellino de palabras o ideas", el 81% de los concurrentes participó activamente, mientras el 19% lo hizo pasivamente, según el coordinador. El beneficiario registró que el 94% de los concurrentes participó en forma activa, mientras el 6% lo hizo pasivamente.

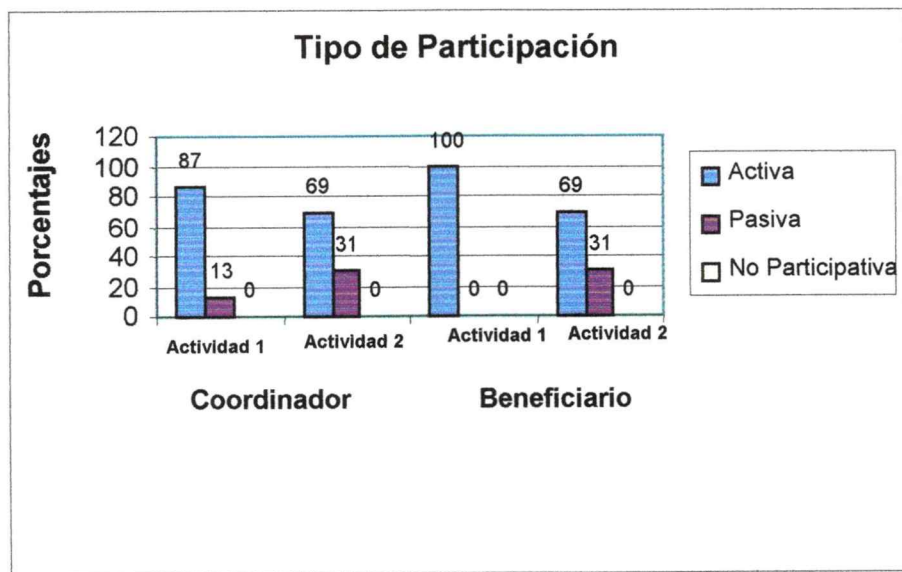
(Gráfico N° 41)

GRAFICO N°: 39: Tipo de participación de los pacientes diabéticos tipo 2, durante la primer actividad del segundo encuentro del taller de Educación Terapéutica. Registrado por el coordinador y el beneficiario. Diciembre- Enero.2004 - 2005. Pigué. Buenos Aires. Argentina.



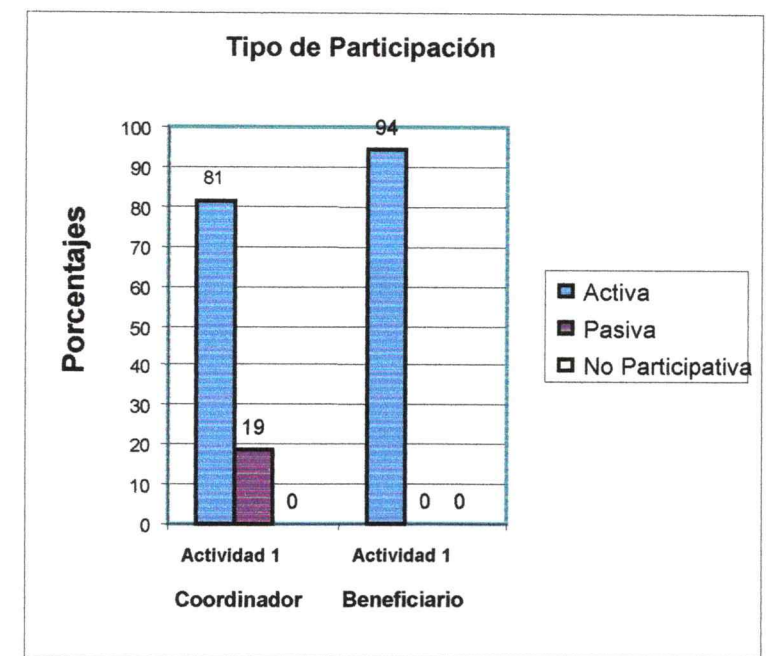
Fuente: elaboración propia.

GRAFICO N° 40: Tipo de participación de los pacientes diabéticos tipo 2, durante la primer actividad del sexto encuentro del taller de Educación Terapéutica. Registrado por el coordinador y el beneficiario. Diciembre- Enero. 2004 - 2005. Pigué. Buenos Aires. Argentina.



Fuente: elaboración propia.

GRÁFICO N° 41: Tipo de participación de los pacientes diabéticos tipo 2, durante la primer actividad del séptimo encuentro del taller de Educación Terapéutica. Diciembre- Enero. 2004 - 2005. Pigué. Buenos Aires. Argentina.



Fuente: elaboración propia.

Análisis cualitativo de las Actividades desarrolladas por el Terapeuta Ocupacional durante el transcurso del Taller de Educación Terapéutica para pacientes con Diabetes tipo 2.

En base al análisis de la ficha de sistematización de datos aplicada a las Actividades desarrolladas, identificamos que hubo coincidencias en las respuestas obtenidas por parte del beneficiario y del coordinador en los indicadores de la variable Actividad: lugar, fecha y hora de realización de las actividades, desempeño de los responsables, cumplimiento de los objetivos propuestos, obtención de resultados esperados, desarrollo de las tareas, recursos humanos y materiales, presupuesto estimado por actividad, resolución de situaciones imprevistas.

Conclusión

Conclusión

A partir del análisis de los datos obtenidos concluimos que el objetivo general de investigación planteado ha sido alcanzado. Hemos logrado establecer los resultados de un taller de Educación Terapéutica de Terapia Ocupacional en el autocuidado de pacientes con diabetes tipo 2. Estos resultados favorables se reflejan en las dimensiones de la variable de estudio, abordadas a través del taller de Educación Terapéutica. Por lo tanto esta investigación nos permitió afirmar que el taller refuerza el conocimiento en relación al autocuidado razón por la cual la Educación Terapéutica debe ser considerada parte integral en el tratamiento específico de las enfermedades crónicas como la diabetes mellitus.

Desde el comienzo de la investigación se pretendió caracterizar a la población seleccionada estableciendo un perfil del grupo de estudio, con una edad promedio de 62 años, con predominio del sexo femenino, y en cuanto al nivel de escolaridad, el 55% posee primaria completa.

*De esta manera logramos responder al primer objetivo específico de nuestra investigación “ **caracterizar la muestra según sexo, edad, nivel de escolaridad**” .*

En relación a la Evaluación de la Salud y la Toma de Decisiones, antes de la implementación del taller, el 80% de la población poseía un conocimiento medio en relación al autocuidado.

*De esta forma damos respuesta al segundo objetivo específico “**determinar la Evaluación de la Salud y la Toma de Decisiones de la persona diabética tipo 2 en relación al autocuidado valoradas antes de la implementación del Taller de Educación Terapéutica de Terapia Ocupacional**”.*

En relación a la Evaluación de la Salud y la Toma de Decisiones después de la implementación del taller el 85% de la población alcanzó un conocimiento alto en relación al autocuidado.

*De esta manera damos respuesta al tercer objetivo “**determinar la Evaluación de la Salud y la Toma de Decisiones de la persona diabética tipo 2 en relación al autocuidado valoradas después de la implementación del***

Taller de Educación Terapéutica de Terapia Ocupacional.

De “comparar la Evaluación de la Salud y la Toma de Decisiones de la persona diabética tipo 2, en relación al autocuidado pre y post taller de Terapia Ocupacional” , siendo este el cuarto objetivo específico surge que el 20% de la población presentaba un autocuidado alto y el 80% un autocuidado medio antes de la implementación del taller. Estos valores se modificaron luego de la realización del taller de Educación Terapéutica, registrándose un aumento del 85% en el autocuidado alto y un 15% en el autocuidado medio.

Por lo expresado anteriormente, afirmamos que en el abordaje de una enfermedad crónica como la Diabetes mellitus, la Educación Terapéutica es un componente esencial y necesario para realizar cambios en la vida diaria de los pacientes diabéticos. Al mismo tiempo comprobamos la importancia de la inclusión del Terapeuta Ocupacional, como parte del equipo interdisciplinario, utilizando la metodología de taller para promover conductas y comportamientos adecuados de autocuidados, favoreciendo el desempeño en las áreas de performance ocupacional, mejorando así la calidad de vida.

Sugerencias

Sugerencias

- *Desearíamos que en futuras tesis de Terapia Ocupacional se pueda continuar con este trabajo, aplicando la modalidad de taller de Educación Terapéutica en otras poblaciones con diferentes características geográficas.*

- *Queremos destacar que si bien nuestra propuesta de Taller de educación terapéutica tiene como destinatarios a personas con diabetes tipo 2, la misma podría ser aplicada a pacientes con diabetes tipo 1.*

- *Consideramos que es importante se continúe ampliando el campo de investigación sobre diabetes Mellitus desde Terapia Ocupacional.*

Bibliografía General

Bibliografía General

Libros:

- 1- Aguilar, María José. *Cómo animar un grupo. Técnicas grupales. Instituto de Ciencias Sociales Aplicadas. 1990.*
- 2- Ander- Egg, Ezequiel. *Diccionario de Pedagogía. Bs. As. Magisterio del Río de la Plata. 1997.*
- 3- Bauleo, Armando y otros. *Lo grupal. Editorial Búsqueda. Buenos Aires. 1983.*
- 4- Carbajo A., Navone M., y Xifra M. *Talleres de Educación para la Salud en asma bronquial pediátrico. Un enfoque desde Terapia Ocupacional. Tesis de grado. Universidad Nacional de Mar del Plata. 2002.*
- 5- Castaño L., y Scarpati M. *Terapia Ocupacional: un abordaje en el autocuidado de pacientes con diabetes tipo 2. Tesis de grado. Universidad Nacional de Mar del Plata. 2003.*
- 6- VI Congreso Argentino de Terapia Ocupacional. "Controversias del Sur del Continente: diversidad, integración y complejidad". Buenos Aires. 2003.
- 7- *Diabetes Mellitus Tipo 2. Diagnóstico, Predicción y Prevención. Fundación Alberto Roemmers. Buenos Aires. 1997.*
- 8- Gagliardino J. y Fabiano A. y cols. *Diabetes tipo 2 no insulino dependiente. Su diagnóstico, control y tratamiento. SAD. 1998.*
- 9- García de los Ríos, Manuel. *Diabetes Mellitus. Fundación de Investigación y Perfeccionamiento Médico. 1992.*
- 10- García, Dora. *El Grupo. Métodos y técnicas participativas. Editorial Espacio. 1º Edición. 1997.*
- 11- Kroeger A., Luna R. *Atención primaria de la salud. Principios y métodos. OPS. Editorial Pax México. 2º Edición. 1992.*
- 12- Long, Phipps, Cassmeyer. *Enfermería médico-quirúrgico. Un enfoque del proceso de enfermería. Editorial Harcourt Brace. 3º Edición. 1997.*
- 13- López, Carlos. *Talleres ¿cómo hacerlos? Editorial Troquel S.A. 2º Edición. 1996.*

- 14- Miranda, Claudia. *La ocupación en la vejez. Una visión gerontológica desde Terapia Ocupacional*. Imprenta Relieve. Mar del Plata. 1997.
- 15- Pichón Riviere, Enrique. *El proceso grupal*. Editorial Nueva Visión. Buenos Aires. 1985.
- 16-Tejada de Rivero, David. *La crisis de la Salud Pública. Reflexiones para el debate*. OPS. Publicación Científica N° 540. 1992.
- 17- Trombly, C.. *Occupational Therapy for Physical Dysfunction. Fourth Edition*. 1995.
- 18-Willard /Spackman. *Terapia Ocupacional 8° Edición*. Editorial Panamericana. 1998.

Revistas:

- 19-Ferreyra Meza, Ochoa Guerrero, Jasso Castro y López Zárate. *Impacto de un programa educativo al paciente diabético de la Unidad de Medicina Familiar N° 39*. *Revista Salud Pública y Nutrición de México. Edición Especial N° 5*. 2002.
- 20- Lic. Alvarez, Lic. Garralda, Lic Roumec. *Revista de Medicina Preventiva del Hospital Privado de Comunidad*. Año 2000.
- 21- *Revista de la Sociedad Argentina de Diabetes*. Vol. 31. N° 3. 1997.

Páginas de Internet consultadas:

www.idf.org

www.infomed.sld.cu

www.uanl.mx

www.medynet.com

Anexos

Anexo 1.

**Entrevista Personal para pacientes con diabetes tipo 2 Pre y Post Taller de
Terapia Ocupacional.**

La presente entrevista tiene por objeto conocer en qué medida un taller de Educación Terapéutica contribuye al autocuidado de pacientes con diabetes tipo 2, que asisten a ADIAPI en la ciudad de Pigué. Por tal motivo, solicitamos de su amable colaboración agradeciendo la gentileza de sus respuestas.

Nº de entrevista:

Nº de entrevistador:

Sección 1. Datos Demográficos

edad años
 años de evolución de la enfermedad

sexo femenino
 masculino

¿Qué estudios ha realizado?

- Primario completo
- Primario incompleto
- Secundario completo
- Secundario incompleto
- Terciario y/o universitario completo
- Terciario y/o universitario incompleto
- ninguno

¿Con quién vive actualmente?

- Solo
- Acompañado

¿Trabaja actualmente?

- Sí
- No



- Temporario
- Fijo
- Jubilado
- Pensionado

En caso de que la respuesta sea NO, saltar preguntas N° 26 y 27

Sección II. Evaluación de la salud

1. ¿Cuáles son los síntomas de la diabetes?

- | | |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aumento de orina | <input type="checkbox"/> Debilidad |
| <input type="checkbox"/> Aumento de sed | <input type="checkbox"/> Cansancio |
| <input type="checkbox"/> Aumento de apetito | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| <input type="checkbox"/> Adelgazamiento | |

2. ¿Cuáles de estas dos son complicaciones agudas de la enfermedad?

<input type="checkbox"/> Hipoglucemia
<input type="checkbox"/> Hiperglucemia
<input type="checkbox"/> Ninguna

En caso de que la respuesta sea hipoglucemia, saltar pregunta N° 4

En caso de que la respuesta sea hiperglucemia, saltar pregunta N° 5

En caso de que la respuesta sea ninguna, saltar pregunta N° 4 y 5

1. ¿Cuáles son los órganos que afecta la enfermedad?

- | | |
|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ojos | <input type="checkbox"/> Pies |
| <input type="checkbox"/> Riñón | <input type="checkbox"/> Cerebro |
| <input type="checkbox"/> Corazón | <input type="checkbox"/> Ninguno |

3. ¿Cuáles de estas causas, síntomas y formas de actuar corresponden a una hipoglucemia?

Causas

- Exceso de insulina o hipoglucemiantes orales
- Retraso en el horario de las comidas o consumo inadecuado
- Exceso de actividad física
- Stress
- Ninguna

Síntomas

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sudor excesivo frío | <input type="checkbox"/> Visión borrosa |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Hambre |
| <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Alteración del sueño |
| <input type="checkbox"/> Temblores | <input type="checkbox"/> Mal humor |
| <input type="checkbox"/> Taquicardia | <input type="checkbox"/> Ninguno |

Formas de actuar

- Consumir azúcar
- Adelantar el horario de las comidas
- Concurrir al hospital
- Ninguna

5. ¿Cuáles de estas causas, síntomas y formas de actuar corresponden a una hiperglucemia?

Causas

- Falta de insulina o hipoglucemiantes orales
- No respetar el plan de alimentación
- Stress
- Ninguna

Síntomas

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pérdida de apetito | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal |
| <input type="checkbox"/> Náuseas y vómitos | <input type="checkbox"/> Dolores generalizados |
| <input type="checkbox"/> Sed | <input type="checkbox"/> Dificultades respiratorias |
| <input type="checkbox"/> Aumento de orina con elevada presencia de glucosa y cetona | <input type="checkbox"/> Aliento a acetona |
| <input type="checkbox"/> Debilidad | <input type="checkbox"/> Ninguno |

Formas de actuar

- Autoanálisis
- Beber líquidos
- Concurrir al hospital
- Ninguna

6. ¿Qué exámenes realiza anualmente para prevenir complicaciones en su enfermedad?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Exámenes oftalmológicos | <input type="checkbox"/> Exámenes neuropáticos |
| <input type="checkbox"/> Exámenes odontológicos | <input type="checkbox"/> Exámenes vasculares |
| <input type="checkbox"/> Exámenes cardiovasculares | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| <input type="checkbox"/> Exámenes nefrológicos | |

7. ¿Cuáles de estas opciones considera que son los pilares fundamentales del tratamiento?

- Educación diabetológica
- Dieta
- Ejercicio
- Medicación
- Ninguno

8. ¿Cuáles son los factores del riesgo que alteran su enfermedad?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tabaco | <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial |
| <input type="checkbox"/> Alcohol | <input type="checkbox"/> obesidad |
| <input type="checkbox"/> Drogas | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| <input type="checkbox"/> Colesterol y triglicéridos | |

9. ¿Ha realizado cursos de educación diabetológica?

- | | |
|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| └─┬─> | |
| <input type="checkbox"/> | Completo (en el lugar de residencia) |
| <input type="checkbox"/> | incompleto (en el lugar de residencia) |
| <input type="checkbox"/> | Completo (en otras ciudades) |
| <input type="checkbox"/> | Incompleto (en otras ciudades) |

10. ¿recibe usted medicación?

Sí

No

└─┬─> **10.1 ¿Qué tipo de medicación?**

Antidiabéticos orales → **10.1.1 ¿Cómo lo hace?**

- Solo
- Con indicación verbal de otra persona
- Con indicación verbal y ayuda de otra persona

insulina → **10.1.2 ¿Cómo lo hace?**

- Solo
- Con indicación verbal de otra persona
- Con indicación verbal y ayuda de otra persona

Ambos (responder preguntas N° 10.1.1 y 10.1.2)

En caso de que la respuesta sea no, saltar preguntas N° 27 y 29

11. ¿Usted hace autoanálisis para medir la glucosa?

Sí

No

└─┬─> **11.1 ¿con qué frecuencia?**

- 3 o más veces
- 2 por semana
- 1 por semana

Sección III: Toma de Decisiones

Considere como **siempre**, las actividades que realiza “todos los días”; **a veces**, las actividades que realiza “algunos días” y **nunca**, las actividades que no realiza.

	Siempre	A veces	Nunca
12. ¿Incorpora a su dieta todos estos alimentos (cereales, hortalizas, frutas, carnes, lácteos, grasas y azúcares)?			
13. Realiza las 4 comidas básicas: desayuno, almuerzo, merienda y cena?			
14. ¿Cumple con los horarios fijos en la ingesta de las 4 comidas básicas: desayuno, almuerzo, merienda y cena?			
15. ¿Inspecciona sus pies dentro y fuera de los zapatos para evitar puntos de presión?			
16. ¿Usa calzado de taco bajo, de cuero blando y holgado?			
17. ¿Usa medias de algodón?			

18. ¿Con frecuencia se cepilla los dientes y encías?

<input type="checkbox"/>	4 veces diarias, todos los días
<input type="checkbox"/>	4 veces diarias, algunos días
<input type="checkbox"/>	Menos de 4 veces diarias todos los días o algunos días

Las siguientes preguntas están relacionadas con el autocuidado de sus pies.

Considere como **siempre**, las actividades que realiza “todos los días”; **a veces**, las actividades que realiza “algunos días” y **nunca**, las actividades que “no realiza”.

	Siempre	A veces	Nunca
19. ¿Busca señales de heridas en sus pies?			
20. ¿Observa la coloración de sus pies?			
21. ¿Inspecciona la temperatura de su piel?			
22. ¿Observa la hidratación de su piel?			
23. ¿Lava sus pies?			

24. ¿Corta sus uñas derechas, no más cortas que el largo del dedo?

Siempre

Nunca

25. ¿Realiza ejercicio físico?

Sí

No



25.1 ¿Con qué frecuencia?

<input type="checkbox"/>	3 a 5 veces por semana
<input type="checkbox"/>	2 veces por semana
<input type="checkbox"/>	1 vez por semana

25.2 ¿Realiza precalentamiento?

<input type="checkbox"/>	Siempre
<input type="checkbox"/>	A veces
<input type="checkbox"/>	Nunca

25.3 ¿Realiza relajación al finalizar el ejercicio?

<input type="checkbox"/>	Siempre
<input type="checkbox"/>	A veces
<input type="checkbox"/>	Nunca

25.4 ¿Inspecciona sus pies al finalizar el ejercicio?

<input type="checkbox"/>	Siempre
<input type="checkbox"/>	A veces
<input type="checkbox"/>	Nunca

25.5 ¿Usa calzado deportivo?

<input type="checkbox"/>	Siempre
<input type="checkbox"/>	A veces
<input type="checkbox"/>	Nunca

Sección IV: Toma de Decisiones

Considere como **siempre**, las actividades que realiza “todos los días”; **a veces**, las actividades que realiza “algunos días” y **nunca**, las actividades que “no realiza”.

	Siempre	A veces	Nunca
26. En su trabajo, ¿tiene horarios medianamente fijos que le permitan la ingesta de alimentos?			
27. En su trabajo, ¿puede administrarse la medicación?			
28. En su tiempo libre, ¿realiza la ingesta de las 4 comidas básicas?			
29. En su tiempo libre, ¿continúa con la medicación?			

Desea hacer algún comentario u observación que no se haya tenido en cuenta en las preguntas anteriores

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Anexo 2:

**Ficha para Evaluación de Actividades desarrolladas por Terapia
Ocupacional durante el transcurso del Taller de Educación Terapéutica
para pacientes con diabetes tipo 2.**

Fecha de Realización:

Responsable (s)

La actividad se realizó en la **fecha y hora** previstos?

En caso de no haber podido cumplir con el horario o la fecha, cuáles fueron las
razones y para cuándo se reprogramó?

.....
.....

El **lugar** que se había previsto era el adecuado para el desarrollo de la
actividad?.....

.....
.....

Los **Responsables** se desempeñaron de acuerdo a lo acordado?.....

.....
.....

Objetivos

Se cumplieron los objetivos previstos?

.....
.....

Los que no se cumplieron, cuáles son las razones?

.....
.....

Resultados

Se obtuvieron los resultados esperados?

.....

Hubo resultados no previstos, cuáles?

.....

*Las **tareas** se desarrollaron como habían sido diseñadas?*

.....

Si se hicieron cambios cómo y por qué se modificaron?

.....

Recursos

Humanos

Las personas que tenían asignada alguna responsabilidad en la realización de tareas, cumplieron con ella ?

.....

Materiales

Los equipos, material educativo y/o de difusión, etc. fueron adecuados en cantidad y calidad para cubrir las necesidades de la actividad?

.....

.....

.....

Presupuesto

El presupuesto por Actividad o Tarea estimado fue el adecuado, en caso contrario, qué fue necesario modificar?

.....

.....

.....

Imprevistos

Surgieron situaciones no previstas que afectaron positivamente o negativamente el desarrollo de la actividad, cuáles y cómo se resolvieron?.....

.....

.....

.....

.....

Observaciones:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Participación Pasiva: Proceso por el cual el sujeto opera como observador del acontecer grupal.

No Participativa: Realiza otra actividad ajena al taller.

Vínculo: Proceso mediante el cual, a través de un intercambio verbal y/o no verbal, se genera un espacio de comunicación de carácter dialéctico y bidireccional, aportando a la relación común y al enriquecimiento mutuo. Sucede en un espacio particular o encuadre que actúa como organizador.

Si: Se indica esta opción cuando existe intercambio verbal o gestual.

No: Se indica esta opción cuando no existe intercambio verbal o gestual.¹⁹

¹⁹ Carbojo A., Navone M. y Xifra M. Talleres de educación para la salud en asma bronquial pediátrico. Un enfoque desde Terapia Ocupacional. Tesis de grado. Universidad Nacional de Mar del Plata. 2002.