

2008

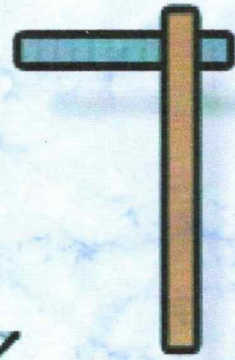
Diabetes y adolescencia : abordaje desde el servicio social

Tellechea, Patricia

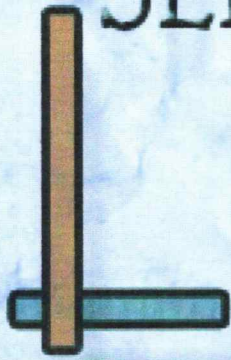
Tellechea, Patricia

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/520>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository



DIABETES Y
ADOLESCENCIA.
ABORDAJE DESDE
EL
SERVICIO SOCIAL



UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO
SOCIAL
LICENCIATURA EN SERVICIO SOCIAL

TESIS DE GRADO

Tema: Diabetes y Adolescencia. Abordaje desde el Servicio Social

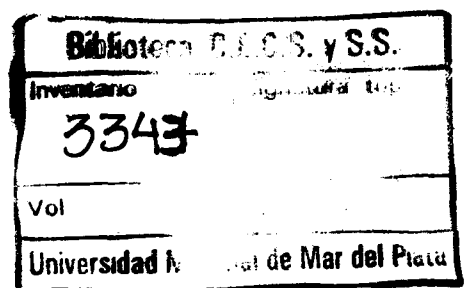
Alumna: Tellechea Patricia

Mat. 4624/98

Directora de tesis: Dell Anno Amelia

Co-directora de tesis: García Carolina

-Junio de 2008-



Índice

INTRODUCCIÓN	4
FUNDAMENTACIÓN	6
MARCO TEÓRICO	10
Trabajo Social: Una Disciplina Científica	11
Consideraciones generales	11
Concepto de Redes	14
Proceso Metodológico en la Intervención Profesional	15
Trabajo Social en Salud	18
Concepto de Salud	19
Normativas Vigentes	20
La Interacción hombre- medio determinante de la Salud	22
Salud Pública y Atención Primaria de la Salud	23
Concepto	23
Promoción y Protección de la Salud	24
Diabetes: Aspectos Fisiológicos y Sociales	29
Concepto	29
Síntomas	30
Tipos de Diabetes	32
Situación Nacional e Internacional	33
Complicaciones	36
Diabetes y Adolescencia: Educación para la Salud	40
Concepto de Adolescencia	40
Educación para la Salud. Consideraciones generales	44
Calidad de Vida y Diabetes	47

Enfoque Resiliente	49
Concepto	49
Factores protectores y de riesgo	51
Promoción de la Salud y Resiliencia	53
TRABAJO DE CAMPO	55
Aspectos Metodológicos	56
Investigación en el ámbito de Trabajo Social	56
Características específicas del trabajo	57
Caracterización Institucional	60
Características, funciones y desempeño del Servicio Social en APS	60
Desempeño del Servicio de Endocrinología en IREMI	63
ANALISIS DE DATOS	65
Datos demográficos	67
Debut diabético	71
Grupo Social Continente	77
Grupo familiar conviviente	77
Grupo Familiar no conviviente	81
Grupo de Pares	82
Equipo de Salud	85
Cotidianeidad	86
Estudio de Casos concretos	97
CONCLUSIONES Y PROPUESTAS	109
BIBLIOGRAFÍA	119
ANEXO	124

Tratados Internacionales y el reconocimiento de la Salud como Derecho	125
Derechos de los pacientes	127
Declaración de ALMA ATA	129
Declaración de las Américas sobre la Diabetes	135
Ley Nacional de Diabetes N° 23753- Decreto Reglamentario 1271	141
Ley de la Provincia de Buenos Aires N° 11620/86	145
Programa de Prevención en Diabetes de la Pcia. de Bs. As.	148
Instrumento utilizado para el desarrollo de las entrevistas	150

Introducción:

La presente tesis constituye un trabajo de investigación realizado durante el periodo 2004-2005 y su actualización realizada en el año 2007, en el Instituto Rómulo Etcheberry Materno Infantil¹ de la ciudad de Mar del Plata, dependiente de la Municipalidad de General Pueyrredón, en relación al abordaje de la diabetes mellitus tipo 1 en adolescentes.

Este trabajo comenzará con el desarrollo del marco teórico, el cual guiará al análisis de los datos y finalmente a las conclusiones y propuestas.

A partir de la complejidad de la situación de estudio, el marco teórico constará por un lado del desarrollo de los conceptos relacionados a la profesión de trabajo social, en general, especificando el rol y las funciones dentro del ámbito de salud, sobre todo en Atención Primaria. Luego se desarrollará el concepto de salud y se establecerá la definición de salud pública y de atención primaria de la salud, determinando la importancia de la prevención y promoción de la salud. A continuación se abordará el concepto de diabetes, desde sus aspectos fisiológicos y sociales y su implicancia en la adolescencia, desde un encuadre de educación para la salud. Finalizando el marco teórico se expondrá el enfoque resiliente y la perspectiva dialéctica de los procesos protectores y de riesgo.

A continuación se expondrán los aspectos metodológicos que se llevaron a cabo para el logro de los objetivos propuestos y la caracterización de los servicios de Endocrinología y Servicio Social en IREMI.

¹ De aquí en adelante cuando se haga referencia al Instituto Rómulo Etcheberry Materno Infantil, se mencionará IREMI.

Luego se realizará el análisis de los datos obtenidos a través de la muestra estudiada, culminando con la presentación de tres casos representativos.

Finalizando el trabajo se realizará una exposición de las conclusiones arribadas, anexando a su vez diferentes propuestas de acción en el abordaje de la problemática, junto con material anexo y la bibliografía utilizada.

Fundamentación:

Durante el periodo 2004-2005 se establece contacto con el Instituto Rómulo Etcheberry Materno Infantil (IREMI) de la ciudad de Mar del Plata, dependiente de la Municipalidad de General Pueyrredón.

Entre las diversas áreas cubiertas por la institución, se atienden los casos de adolescentes con diabetes Mellitus tipo 1. Pudo observarse la dinámica empleada en la atención de estos casos, advirtiendo que la patología es asistida por una médica endocrinóloga, quedando a su criterio eventuales derivaciones al Servicio Social; ya que en esta institución, por ser un Centro de Atención Primaria de la Salud, el servicio social tiene como objetivo la atención de embarazadas y de niños hasta los seis años de edad. Cuando los especialistas (endocrinóloga, cardiólogo, gastroenterólogo, etc.) lo consideran necesario derivan por área programática al servicio social, psicología, etc.; en el caso del servicio social, la derivación se realiza, dependiendo de la edad del paciente, al servicio social de la institución o a servicios de otras instituciones.

A partir de identificar la ausencia de un enfoque social en el abordaje de la problemática, surge la inquietud acerca del aporte del Servicio Social frente a estos cuadros, considerando a esta problemática desde la perspectiva de una medicina integral en la que cualquier cuadro tiene su dimensión psicológica y social, tan justificada como la anatómica y fisiológica.

Partiendo de esta inquietud, a lo largo de la mencionada concurrencia al servicio, se pudo lograr un acercamiento a la realidad que viven los adolescentes con diabetes Mellitus tipo 1. Se trató de reconocer las

potencialidades, recursos, etc., que presenta el entorno social y la propia persona a la hora de preservar y/o recuperar su salud y calidad de vida.

Así fue posible apreciar que si bien la diabetes no es curable, en la actualidad con un tratamiento adecuado es controlable, y este control permite a quien la padece, desarrollar una actividad no muy distinta a la de los no diabéticos y llevar una vida productiva y satisfactoria.

Se estima que si bien las complicaciones siempre están presentes, su aparición se debe mayormente a una diabetes mal controlada o mal tratada; por ello las mismas pueden ser prevenidas y deben serlo mediante un control adecuado de la enfermedad.

Así también, se observó que el manejo de la diabetes es especialmente difícil en la adolescencia, debido a las características psicosociales que en esta etapa se presentan. Se visualiza una mayor tendencia a rechazar la enfermedad o restarle importancia al tratamiento, aumentando así la exposición a factores de riesgo; hacia los cuales se deberían implementar nuevas estrategias preventivas planificadas desde las políticas de salud pública.

Frente a lo observado, surge la necesidad de descubrir los factores protectores y resilientes presentes en los adolescentes, para lograr la adquisición de conductas que les permitan mejorar su calidad de vida y seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores.

Esta experiencia y los interrogantes que fueron surgiendo a lo largo de la misma, constituyen la base para la realización de esta tesis que pretende ser una aproximación al tema, que permita reflexionar acerca de alternativas de acción para un abordaje integral de la problemática.

Existen orientaciones de gran interés para el desarrollo de este trabajo. Cabe mencionar que, en las últimas décadas se han producido grandes avances en el tratamiento de la enfermedad, entre los que se encuentran la producción de insulina humana mediante técnicas de recombinación, la aparición de insulinas premezcladas (insulina rápida y lenta en diversas proporciones), el desarrollo de nuevos sistemas de administración como las plumas de insulina (precargadas desechables o recargables) y, sobretodo, las bombas de infusión continua de insulina, nuevos análogos de insulina mediante la modificación de la molécula original de la insulina que aportan ventajas en el perfil de absorción de ésta.

En relación con otros avances técnicos, también se dispone actualmente de métodos de monitorización continua de glucosa mínimamente invasivos que permiten de forma cómoda y segura establecer el perfil de glucemia de una persona con diabetes durante las 24 horas del día en estudios de mas de 24 horas.

Posiblemente el gran avance en el tratamiento con insulina de las últimas décadas es el autocontrol, mediante dispositivos denominados glucómetros y sobre todo a la educación diabetológica. Estudios con grandes grupos de población han confirmado los beneficios de éste modelo para conseguir un tratamiento intensivo de la diabetes tipo 1 y así prevenir las complicaciones y además permite una mayor independencia y flexibilidad en su tratamiento a las personas con diabetes.

Los avances en las investigaciones de la diabetes han llevado a mejorar los métodos de control de la diabetes y del tratamiento de sus complicaciones. Sin embargo, los científicos continúan explorando las causas de la diabetes y

las formas de prevenir y tratar dicha enfermedad. Hoy en día se están estudiando otros métodos de administración de la insulina por medio de los inhaladores y las píldoras. Los científicos están investigando la participación de los genes en la diabetes mellitus de tipo 1 y de tipo 2, y algunos marcadores genéticos de la diabetes tipo 1 ya han sido identificados. El trasplante de páncreas también se está realizando (www.healthsystem.virginia.edu).

Teniendo en cuenta que se trata de una enfermedad crónica, se debe enunciar además, la importancia y la influencia que tienen los aspectos sociales sobre la persona con diabetes; tales como, el acceso a los recursos y servicios para la atención de la enfermedad, las características del contexto social en el que se encuentra inmersa la persona, el acceso a la información y educación diabetológica, etc.

Se menciona finalmente el propósito que se suma a ésta tesis, que es el de lograr un abordaje de la enfermedad a través de un actuar interrelacionado, con una participación y correlación entre el equipo asistencial-paciente-familia, desde una visión biopsicosocial que permita al diabético obtener el mejor bienestar físico y psíquico.

MARCO TEORICO



Trabajo Social: Una Disciplina Científica

“El Trabajo Social contiene y se inspira en la valoración de la igualdad humana, que coincide con la valoración de las diferencias humanas “lo diferente como diferente”.

La igualdad así como la interpreta el Trabajo Social, consiste en el reconocimiento a todo ser humano del derecho a darse sus propias orientaciones de valor y vida, dentro de los límites de la convivencia y de la realización de su propia dignidad. Esto se asocia al derecho de todo ser humano, de contar con las condiciones de bienestar, propias de su ser persona” (Di Carlo Enrique y Equipo, 1995: 20).

“Los principios de nuestra profesión o base filosófica, provienen de la corriente humanista, teniendo en cuenta la teoría igualitarista, que consiste en reconocer al otro como un ser pensante, como ente racional “un ser que puede hacerse cargo de su vida y que puede, además darle un sentido moral social a la misma” (Di Carlo Enrique, 1997).

Este paradigma científico es el humanista dialéctico, “humanista porque actuamos en todo lo concerniente a lo humano y dialéctico porque nos relacionamos a través del dialogo, se da en el encuentro con el otro y en la comunicación con él, deliberación común o acción compartida.

Una de las principales bases de la científicidad del trabajo social es el dominio crítico de conocimientos y conceptos para comprender al objeto social y actuar sobre él” (Di Carlo Enrique y Equipo, 1995: 25).

Se ha definido al **objeto del trabajo social** como al “ser humano en debate con sus circunstancias”. “Cabe la cuestión sobre qué aspecto de lo

humano dentro de la globalidad de la definición es nuestro objeto, es decir cual es la perspectiva de análisis y acción frente a algo tan complejo” (Di Carlo Enrique y Equipo, 1995: 31).

“El trabajo social se relaciona con su objeto buscando la resolución de los problemas y la transformación de situaciones sociales, basándose en una relación dialógica con los sujetos implicados.

El carácter transformador de esta comunicación consiste en el examen racional participativo de los condicionamientos externos (positivos y negativos) que gravitan sobre la situación, de los recursos y capacidades (prácticas, afectivas, innovadoras, etc.) internas del sujeto (tanto activadas como potenciales), de la justeza, pertinencia y jerarquización de las necesidades sentidas, de la utilización mas acertada de los recursos comunitarios disponibles, y del orden de prioridades, apreciaciones y valores con que el sujeto enfoca la realidad y su propia existencia. Es decir, que el análisis crítico racional realizado en forma dialógica y participativa, constituye el núcleo central metodológico del Trabajo Social profesional” (Di Carlo Enrique y Equipo, 1995: 38).

“Se requiere de un vínculo de comunicación en cuyo marco se pueda resolver un proceso de conocimiento de los actos humanos realizados. En definitiva, la relación dialéctica entre la percepción exterior del acto humano y la penetración a su interioridad esencial, se resuelve en un vínculo de comunicación racional que hace posible la reflexión en común, para conocer el pensamiento existente en el acto humano permitiendo su apropiación como verdad objetiva.

El ejercicio profesional supone que el otro contiene un real potencial, nos tenemos que aferrar a la noción fundamental que la persona piensa y reflexiona acerca de la conducta, hechos o sucesos, y puede orientar su acción, tomar decisiones, planear su futuro y que con nuestra intervención debemos captar, crear oportunidades y estimular acciones en conjunto” (Di Carlo Enrique y Equipo, 1996: 130).

“No se trata de buscar un vínculo afectivo con los sujetos, sino de establecer una **comunicación humana racional**, comprendiendo juntos la realidad. Para lograrlo el Trabajo Social, debe caracterizarse por escuchar al otro y estar interesado realmente en su situación, aceptar al otro en su situación y reacción. Dado que el afecto hacia el profesional se desarrolla a medida que los sujetos ven en él un ser interesado por comprender y atender sus necesidades. En realidad lo que une al sujeto con el objeto, es la búsqueda de la objetividad del conocimiento”.

Para ello se parte de concebir al hombre como un ser social que no vive aislado sino que se relaciona con sus semejantes. El ser humano existe en permanente interacción con los contextos en los que esta inmerso. se define el concepto de contexto como “el marco que acompaña determinados hechos o situaciones.

Satisface sus necesidades en relación, intercambiando afecto, ayuda material e información con sus vínculos primarios. Cuando su red primaria se agota, recurre a las organizaciones secundarias.

Desde esta perspectiva, la comprensión de la realidad social, del lugar de la persona principalmente en las áreas menos normatizadas por la sociedad, se debe pensar desde las redes sociales, ya que por su

interactividad son las intersecciones dinámicas entre lo comunitario y lo societario.

Las **redes sociales** son definidas como “entidades relacionadas complejas de carácter colectivo que tienen atributos morfológicos e interactivos que le son propios, y como fin, la satisfacción de necesidades afectivas, informativas y materiales de los miembros que la integran” (Di Carlo Enrique y Equipo, 1997).

Se pueden identificar en “redes sociales primarias y redes sociales secundarias. Las primeras son conjuntos de personas que se conocen entre sí y están unidas por lazos de familia, vecindad, amistad y trabajo o estudio, constituyendo agrupamientos en los que los vínculos que unen a sus miembros son de naturaleza afectiva, tanto positiva como podría ser negativa. Representan un territorio psíquico, las relaciones que en ella se producen están basadas en la reciprocidad, estando los intercambios caracterizados por la gratuidad.

Las segundas son conjuntos sociales instituidos, estructurados en forma estipulada para desarrollar funciones específicas. Sus integrantes cumplen roles predeterminados y las relaciones que se dan en su interior se fundan en el derecho o en el dinero.

Las redes primarias y secundarias tienen su espacio de intersección en la vida cotidiana constituyendo lo que se denomina redes naturales.

Las redes naturales constituyen el espacio cotidiano donde lo macro social se particulariza.

Dado que necesidades y problemas son de diversa naturaleza, podrán variar en el tiempo y en la intensidad. Pueden emerger nuevas necesidades y

desaparecer otras; de esta manera la persona puede pertenecer a varias redes de diferentes características.

Por lo tanto, es imposible pensar a las personas aisladas; las relaciones interpersonales constituyen parte de su definición. Toda la vida de las personas transcurre en el intercambio con otros seres humanos” (Dabas, Elina, 1993).

“La familia es uno de los grupos primarios, es considerada el grupo social primario por excelencia y podemos caracterizarla por una comunicación cara a cara con sus integrantes, conciencia de pertenencia de grupo y por poseer objetivos comunes y compartidos.

Existe además un vínculo de parentesco que se define por la función ejercida. La familia está organizada de forma estable y estrecha y sus funciones sirven a los fines de reproducción biológica, la protección psicosocial de sus componentes y la transmisión de la cultura.

El primer núcleo de relación que posee el hombre es la familia. En ella adquiere las pautas para convivir en la sociedad, es decir, es socializado por ella. En la familia se da lo que llamamos socialización primaria. Entendemos así a la familia como un sistema interpersonal que tiene un rol fundamental en la socialización primaria de los hijos y en la estabilización de las personalidades de los miembros adultos” (Flaquer, LI., 1993).

Teniendo en cuenta lo anteriormente descrito, el trabajador social debe conocer la realidad donde actuará, por lo cual debe formar un juicio fundado, esto es el **diagnóstico**. En este proceso inicial donde se elaboraría un diagnóstico nos encontramos con factores múltiples que hay que tener en cuenta: personales, familiares, económicos, el medio geográfico, la comunidad,

el equipo profesional, el tratamiento. Se debe examinar el problema como un todo, valorando como sostiene Mary Richmond, "lo diferente como diferente, con relación al hombre, la individualidad y la jerarquización de lo común en él, la sociedad".

Debemos "intervenir como profesionales teniendo en cuenta las **comprensiones y las acciones**, comprensión de la individualidad y de las características personales, comprensión de los recursos, de los peligros y de las influencias del medio social y la acción directa de la mentalidad de la asistente social sobre la de su cliente y la acción indirecta ejercida por el medio social. Solo como profesionales podremos combinar estas acciones, debido a nuestra formación especializada" (Mary Richmond, 1962: 69).

Si profundizamos lo referente a nuestra intervención en forma explícita, debemos reconocer que en la práctica es muy difícil separar las intervenciones, porque de acuerdo a nuestra experiencia y según lo requiera la situación combinaremos las intervenciones, que Cristina de Robertis las define como "**intervenciones directas e indirectas**. Las primeras tienen lugar en la relación frente a frente con la situación problema y las segundas la situación problema se encuentra en la actuación y se realizan para beneficiar a la misma" (De Robertis, Cristina- Pascal Henri, 1994: 40-41).

Además de tomar conocimiento del ámbito a intervenir, el Trabajador Social, debe seleccionar una serie de **técnicas** con las cuales llevará a cabo su intervención. Estas constituyen sus herramientas para trabajar sobre el medio. Dichas técnicas son "procedimientos operativos rigurosos, bien definidos, transmisibles y susceptibles de ser aplicados de nuevo en las mismas condiciones, adaptadas al tipo de problema o fenómeno en cuestión"

Los trabajadores sociales utilizan diversas técnicas, "algunas tienen como objetivo aumentar o profundizar los conocimientos sobre un problema o una población determinada. Están orientadas hacia la recolección de información, pero su objetivo, dentro del trabajo social, es la transformación de la realidad no deseada. Estas técnicas son a menudo solo el desencadenante para la acción.

Dentro de estas técnicas podemos incluir a las **técnicas de investigación**, las cuales tratan de describir y de explicar una realidad". (De Robertis, Cristina- Pascal Henri, 1994).

Ahora bien, no podemos dejar de reconocer que naturalmente estamos frente a una realidad dinámica y polifacética, y centrándonos en la idea que "la pluralidad es el único método compatible con una perspectiva humanística" (Feyerabend, Paúl, 1986: 29); es que se afirma que no existen muros entre las disciplinas ya que sus conocimientos se interpenetran. Si el interés de la ciencia es el conocimiento de la realidad y del mundo de las acciones humanas concretas, el resultado de las disciplinas particulares no logra satisfacerlo.

Con el fin de resolver una situación práctica concreta, que por su complejidad desborda las posibilidades de una disciplina, "la **interdisciplinariedad** articula dos o más de ellas, en un equipo de trabajo, con un código y una metodología compartida, en algunos casos llegan a fundirse y configurar un nuevo objeto teórico. El abordar de esta manera un objeto en la práctica profesional anticipa nuevas y más fructíferas perspectivas tanto a la acción, como a la producción y la enseñanza.

En la interdisciplina, la integración se va produciendo a través de las preguntas que una disciplina hace a las otras para operar en una situación concreta,

tratando de superar las comprensiones fragmentarias. La intercircularidad entre ella, además de integrar saberes, reduce el imperialismo intelectual de algunas disciplinas” (Kisnerman, N., 1998: 114).

Para finalizar lo referente a la praxis profesional, es necesario mencionar la incumbencia que el trabajador social tiene en el ámbito de la salud, en el cual se desarrollará esta investigación, para ello, se cita a Amaya Ituarte, quien define el **Trabajo Social en salud** como una “actividad profesional de tipo clínico que implica, de un lado el diagnóstico psicosocial² de la persona que padece la enfermedad, como aportación al diagnóstico global y al plan general de tratamiento de la problemática psicosocial que incide en, o se relaciona con, el proceso de salud-enfermedad, siempre dentro del contexto general del tratamiento y en orden al logro de los objetivos de salud. Y que conlleva la tarea de orientar, cuando el problema así lo requiere, al resto del campo sanitario, así como al propio paciente y a su entorno, sobre los recursos sanitarios y sociales que puedan ser adecuados para el logro de los objetivos de la salud”.

A su vez y a modo de cierre, es importante resaltar la implicancia de actuar con constancia, con permanencia, con relativa interdependencia y sin restricciones.

Para lograr este trabajo profesional debemos realizar un examen racional de los recursos y capacidades, como núcleo del accionar metodológico.

² Al hablar de lo social, el autor hace referencia a lo social internalizado, es decir a lo psicosocial.

Concepto de Salud

“La **Organización Mundial de la Salud (OMS)** en su Constitución de 1946, define salud como “el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.” Esta definición refleja que la salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales.

Posteriormente en Alma-Ata, la OMS dio una definición más dinámica de salud, refiriéndose a ésta como el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental, social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la comunidad.

La OMS en “Salud para todos en el Siglo XX” sostiene que antes del año 2020 todos los países deberán haber introducido por medio de programas económicos, educativos, organizativos y comunitarios, estrategias que fomenten los estilos de vida saludable y eliminen los que son dañinos para la salud. A su vez, establece como metas globales: un incremento en la esperanza de vida y en la calidad de vida de todas las personas; mejorar la igualdad respecto a la salud entre países y dentro de los países, y posibilitar el acceso de todos a un sistema sanitario y a unos servicios sostenibles.

Amando de Miguel Rodríguez sostiene que no se puede pretender la realización del objetivo de la OMS: “Salud para todos”, es decir, sin desigualdades, el mismo se torna utópico, dado a que de acuerdo a ella sólo entre el 10% y el 25% de la población mundial se encuentra completamente

sana, "es claro que no dejara nunca de haber enfermos y parados. Es más, con una amplia red de hospitales y de institutos de empleo, aumentan tanto los enfermos como los parados. El verdadero objetivo deseable es que ambos estén razonablemente bien atendidos. El objetivo social no es tanto el aumento de la esperanza de vida. La cual equivale al número medio de años de vida que le espera a una persona en el momento de nacer o a una edad determinada. Todo indica que no va a seguir ampliándose mucho más. Lo interesante es el concepto mas fino de "expectativa de años de vida con una salud aceptable" ". (Navarro V, Benach: 1996).

A su vez, a menudo se habla del concepto de **la salud como un derecho**: "la salud es un derecho fundamental de todos los seres humanos, implica que todos estén en igualdad de condiciones para planificar su vida y para recibir prestaciones médicas fundadas en la necesidad y no en los medios económicos que disponga la persona para pagar los servicios" (Tulio, Ángel A., 2000).

Carlos Eroles sostiene, que "si todos los seres humanos tienen derecho, un derecho inmutable y universal, que les permite desarrollar, crear y recrear sus capacidades con el fin de satisfacer sus necesidades en la sociedad, en el ámbito de la salud, toda práctica institucional o profesional, debe adecuarse a las exigencias de respeto y valorización de derechos humanos" (Eroles Carlos, 2000).

En la república **Argentina**, en el periodo de 1952-1958, durante el ministerio del Dr. Ramón Castillo, se definió a la salud como derecho individual y social, teniendo el eje de su conducción la garantía del acceso a la atención,

a la promoción y protección y al respeto de las libertades individuales y sociales, definiendo a la **salud como política de estado**.

Cabe señalar. que si bien dentro de las prioridades nacionales en salud, se reconoce a la salud como un derecho, actualmente no hay legislación específica sobre el tema.

La **Constitución Nacional** no hace referencia explícita sobre la Salud³, sino a través de los reconocimientos de tratados internacionales, haciendo referencia a las responsabilidades de los países adherentes para garantizar el estado óptimo de salud de los habitantes, asegurando el acceso a los servicios sobre la base de principios de equidad, universalidad y con la participación de diferentes actores sociales.⁴

En la **Constitución de la Provincia de Buenos Aires** se expresa dentro del art. 36 que "La provincia garantiza a todos sus habitantes el acceso a la salud en los aspectos preventivos, asistenciales y terapéuticos..." (Art. 36 inc. 8. Constitución de la Provincia de Buenos Aires). En el mismo artículo se mencionan derechos a la salud de grupos especiales, llamados "grupos de riesgo".

En el art. 4 de la **Ley Provincial 11.072** de Descentralización Hospitalaria, se habla de los principios básicos de universalidad, equidad,

³ En el art. 42 de la Constitución Nacional se habla de los derechos de los consumidores y usuarios de servicios, haciendo referencia a "protección de la salud", "información adecuada y veraz", "libertad de elección" y "condiciones de trato digno y equitativo".

⁴ Ver Anexo I

accesibilidad y gratuidad de la atención que deben recibir los pacientes, enumerando sus derechos como tales.⁵

La **salud** también es definida en términos de la **interrelación del hombre con el medio** considerando a éste último como determinante de la misma, Pichón Riviere enuncia que “todo criterio de salud reúne una concepción del hombre y la historia que lo fundamenta. De esta manera puede entenderse al hombre en una actividad transformadora que tiene su motor en la necesidad y donde la elaboración de un criterio de salud significa el análisis de las formas de relación del hombre con el mundo. El sujeto es sano en la medida que aprende la realidad en una perspectiva integradora, en sucesivas tentativas de totalización y tiene capacidad para transformarlo, modificándose, a su vez, él mismo. El sujeto es sano en la medida que mantiene un interjuego didáctico con el medio y no una relación pasiva, rígida y estereotipada”.

Como se desarrolla anteriormente, la noción actual de salud integra los niveles **individual, social y medioambiental**. “Las personas son seres activos, que no sólo se hallan influidas por su ambiente, sino que ellas mismas, de forma individual y colectiva, van configurando su propio ambiente que a su vez los influye.” (M. Dolores Buesquets y otros, 1995).

⁵ Ver anexo II

Salud Pública y Atención Primaria de la Salud

La **OMS** en el año 1973 define a la **salud pública** como “todas aquellas actividades relacionadas con la salud y la enfermedad de una población, del estado sanitario y ecológico del ambiente de vida, la organización y funcionamiento de los sistemas de servicios de salud y/o enfermedad y la planificación y gestión de los mismos. La salud pública se ocupa de la salud global de las poblaciones bajo sus aspectos de promoción y protección de la salud, curación, readaptación y educación para la salud”.

Actualmente, se define al concepto de salud pública como “la ciencia y el arte de organizar y dirigir los esfuerzos colectivos destinados a proteger, promover y restaurar la salud de la población.” (Gálvez Vargas R, Sierra A, Sáenz González MC. Piedrola Gil, 2001).

La salud pública expresa los planes políticos en materia de salud de un país o una región poniendo el énfasis en las acciones sobre el ambiente y reconociendo la importancia de los factores sociales en los problemas de salud causados por los estilos de vida.

Desde su concepción a la actualidad se procura destacar la importancia que los temas de política local y nacional tienen sobre la salud y evitar caer en la culpabilización del individuo por su mala salud.

La ampliación de la cobertura de los servicios de salud implica tres aspectos fundamentales: mejorar el acceso y la utilización de los servicios de

salud; aumentar la disponibilidad relativa de recursos, y poner en operación un sistema técnico y administrativo que responda a las necesidades y aspiraciones de la población" (OMS. Informe sobre la salud en el mundo: 2003, 120).

De las concepciones anteriormente expuestas se desprende que las actividades de **promoción y protección de la salud** constituyen una estrategia para vigorizar el concepto y la práctica de la salud pública, y son el eje de un nuevo paradigma tendiente a producir un fuerte impacto sobre los factores condicionantes.

Una de las formas implementadas para la atención de la salud pública a nivel mundial, y que constituye la base sobre la cual se desarrolla la presente investigación, es la **atención primaria de la salud**⁶.

La APS fue concebida durante la **Conferencia Internacional de Alma-Ata**⁷, desarrollada en 1978, como la "clave" para alcanzar la meta de "Salud para Todos", conforme a un espíritu de justicia social que promovía la cooperación entre países y la movilización y coordinación de la cooperación internacional en función de las prioridades nacionales en salud.

La misma es definida como "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, en todas y cada una de sus etapas de desarrollo con un

⁶ En adelante al hacer referencia a la Atención Primaria de la Salud se la mencionara como APS.

⁷ Ver anexo III

espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación.” (Lee Jong-wook, Director de la OMS, 2004).

La APS se basa en la utilización apropiada de los recursos disponibles y da prioridad a las necesidades sociales, la desconcentración y optimización de los servicios. Favorece la accesibilidad geográfica y administrativa. Propone, a su vez, una organización de los servicios de salud por distintos niveles de atención, que debe contar como requisito esencial con la participación de la comunidad en la resolución de sus problemas, mediante prestaciones accesibles, de alta calidad y en forma continua e integral.

“En su visión integra la **asistencia**, la **prevención** de enfermedades, la **promoción de la salud** y la **rehabilitación**. Su misión consiste en extender el sistema sanitario hasta la intimidad de las viviendas permitiendo conocer la realidad social y sanitaria de la población, mejorando la comunicación entre el individuo y su familia –con sus saberes y cultura – y la medicina científica. Subraya la promoción de la salud como concepto clave, superando la realización estricta de tareas curativas o reparadoras, y utiliza la prevención y la educación como medios para alcanzar la “salud para todos”.

La OMS define a la **Promoción de la Salud** como “aquel conjunto de actividades que abarcan el fomento de estilos de vida y de otros factores sociales, económicos, ambientales y personales, que favorecen la salud, no solo para protegerla, sino para incrementarla tanto a nivel individual como colectivo.”

La concepción del término de “promoción de la salud”, a su vez, procura dar mayor participación al individuo en cuanto a su responsabilidad en materia de salud. La salud ya no es pensada como solo competente a los profesionales sanitarios, sino que depende en gran medida de decisiones personales. En la carta de Ottawa (1986), se define a la promoción de la salud como “el proceso por el cual se confieren a la población los medios para asegurar el control de su propia salud y para incrementarla”. A su vez se enumeran cinco dimensiones a seguir:

- Desarrollar políticas saludables.
- Reforzar la acción comunitaria.
- Desarrollar las habilidades personales.
- Hacer fáciles las elecciones sanas, creando ambientes que las favorezcan.
- Reorientar los servicios de salud.

Se trata de promocionar la **autonomía** y la **capacidad funcional** de las personas y su independencia de los profesionales de los servicios.

Sus principios generales son:

- Trabajar con la gente y no sobre ella,
- empieza y acaba en la comunidad local,
- está encaminada hacia las causas de salud,
- se interesa tanto por el individuo como por el medio en que vive,
- subraya las dimensiones positivas en salud,
- y afecta e involucra a todos los sectores de la sociedad.

Como se mencionó anteriormente, la APS como medio para alcanzar sus objetivos, integra a su visión la noción de **prevención** junto con la promoción de la salud. En éste sentido, las acciones para alcanzar las metas en atención primaria son integrales; es decir, afectan no sólo a lo curativo, sino, fundamentalmente, a lo preventivo.

En relación a su conceptualización, se acostumbra a denominar a la prevención, de acuerdo a diferentes niveles: **prevención primaria** (promoción y protección de la salud), **prevención secundaria** (curación), y **prevención terciaria** (rehabilitación).

En su libro, "Atención primaria, concepto, evaluación y política" Bárbara Starfield da una visión amplia sobre los aspectos teóricos de la Atención Primaria de la Salud. La autora señala: "Todo sistema de servicios de salud tiene dos metas principales. La primera es **optimizar la salud** de la población a través del empleo de los conocimientos más avanzados sobre las causas de las enfermedades. La segunda meta, e igualmente importante, es **minimizar las disparidades** que se observan a través de los subgrupos de la población para asegurar igual acceso a los servicios de salud y capacidad para adquirir un nivel óptimo de salud. "Dado que la atención primaria es el punto de **primer contacto** con el sistema de atención de la salud, los que la ejercen deberán encontrar un conjunto mucho más amplio de presentación de problemas que en el caso de la atención especializada. Se debe asumir también que la práctica de la atención primaria puede tener un gran porcentaje de consultas relacionadas con la prevención. La atención primaria debe involucrar más pacientes que están en tratamiento continuado, que aquellos que llegan a la

atención por primera vez, y la descripción de la atención primaria y las prácticas especializadas deben reflejar esa diferencia. Una característica relacionada que debe distinguir la atención primaria de la especializada es la gran **familiaridad** de los que ejercen la atención primaria tanto con los pacientes como con los problemas de los pacientes".

A modo de conclusión, se puede enunciar que *la atención primaria de la salud consiste en mejorar el estado sanitario de la población, involucrándola a través de la participación social, brindando cobertura universal mediante actividades de promoción y prevención de la salud.*

Diabetes: Aspectos Fisiológicos y Sociales

La diabetes es la enfermedad que se produce cuando el páncreas deja de fabricar insulina.

“La insulina es una sustancia, llamada hormona, que es fabricada en una glándula –el páncreas- ubicada en el medio de la cavidad abdominal.

La acción de la insulina es hacer que las células tomen la glucosa de la sangre, para en su interior quemarla y obtener energía.

Cuando el páncreas deja de producir insulina, la glucosa no puede entrar adentro de la célula y por ese motivo se acumula en la sangre.

La cantidad de glucosa (azúcar) que hay normalmente en la sangre en ayunas varía entre 60 y 120 miligramos por 100 centímetros cúbicos de sangre.

A la glucosa de la sangre se la denomina glucemia.

Después de una comida, la glucemia aumenta hasta 160 miligramos. Este aumento del azúcar es la señal para que el páncreas libere insulina. La insulina hace que la glucosa entre a la célula, volviendo el nivel en sangre al de antes de la comida.

Este mecanismo de regulación es muy fino y sensible y funciona permanentemente, para mantener la glucemia dentro de los niveles normales.

Si la insulina es insuficiente o no es producida por el páncreas, la glucosa entra al organismo con los alimentos pero no puede ser utilizada por las células, por lo tanto su nivel va aumentar por encima de 160.

Cuando las células no pueden utilizar el azúcar para obtener energía, recurren a otra fuente, estas fuentes son las grasas.

Cuando se queman las grasas en exceso como fuente de energía, se produce una sustancia –la acetona-, que si se acumula resulta toxica” (Boletín Oficial: Diabetes Mellitus tipo 1, 2002: 2,3).

“Las causas de la diabetes no están todavía perfectamente aclaradas, puede resultar como consecuencia de factores hereditarios y ambientales (virus, tóxicos, sobrealimentación...) que a menudo actuando conjuntamente, producen el llamado déficit de insulina.

La herencia tiene un papel importante en la aparición de la enfermedad, sobre todo en el caso de la diabetes Tipo 2.

Todas las personas pueden padecer esta enfermedad, en personas predispuestas hay factores que son desencadenantes: la obesidad, la sobrealimentación, el embarazo, el estrés, ciertos medicamentos (corticoides, diuréticos, etc.), infecciones graves, las pancreatitis, el envejecimiento” (Jiménez L, Calderón de la Barca JM, Romero M, Castaño J, Montero FJ., 2000: 407-409).

“Los síntomas de la diabetes son:

- **Poliuria:** lo que significa un aumento en la cantidad de la orina.

Normalmente no se elimina azúcar por la orina.

Cuando el nivel del azúcar en sangre, supera los 175 mg. %, pasa la barrera del riñón y comienza a eliminarse por orina.

El azúcar (glucosa) en orina se denomina glucosuria.

El azúcar al perderse en el riñón arrastra agua y esto aumenta la cantidad de orina.

- **Polidipsia:** cuanto mas alta es la glucemia, mayor es la cantidad de glucosa eliminada por la orina y mayor la cantidad de agua arrastrada.

Esta perdida de agua lleva a la deshidratación y a sed intensa para compensar la perdida de agua.

- **Polifagia:** que significa mucha hambre. Como ya dijimos, si no hay insulina las células no pueden utilizar la glucosa como fuente de energía; esto es lo mismo que decir que las células del cuerpo no pueden alimentarse a pesar de que el alimento esta al lado, y esto causa hambre celular. Por ese motivo las personas diabéticas comen mucho y no calman su hambre hasta que no comienzan el tratamiento con insulina.

- **Perdida de peso:** los mecanismos de la perdida de peso son varios:

-Como los hidratos de carbono de los alimentos no pueden ser usados y el organismo necesita energía imprescindiblemente, quema la grasa del cuerpo, esto produce adelgazamiento.

- Gran parte de lo que come se pierde por la orina como glucosa.

- Además se añade la perdida excesiva de agua por la gran cantidad de orina que se elimina. Esta perdida de agua que puede llevar a la deshidratación produce perdida de peso.

Es decir que la persona adelgaza porque quema sus grasas y pierde azúcar por la orina, y además se deshidrata, todo esto produce mucho decaimiento y debilidad muscular” (Boletín Oficial: Diabetes Mellitus tipo 1, 2002: 3, 4).

“Hay que tener en cuenta que en ocasiones el aumento de la glucemia no produce ninguna alteración, por lo que se la define como una “enfermedad silenciosa”, “asintomática”.

Respecto a los **tipos de diabetes** se pueden encontrar diferentes clasificaciones, se mencionaran las más conocidas:

1. **Diabetes Mellitus Tipo 1 (DM1)**: insulino dependiente, es aquella que el páncreas no produce insulina o lo hace en cantidades muy escasas. Deben inyectarse indefectiblemente insulina. Aparece principalmente en niños y jóvenes.
2. **Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2)**: se debe a una disminución en la secreción de la insulina y/o insulinoresistencia, puede ser tratada con pastillas hipoglucemiantes o con dieta y ejercicio, puede ocurrir que requieran insulina hasta controlar los niveles de azúcar en la sangre. Se desarrolla generalmente en adultos de más de 40 años.
3. **Diabetes Mellitus Gestacional (DMG)**: involucra solo a mujeres que desarrollan una diabetes durante el embarazo únicamente” (Manual de diagnóstico y tratamiento en Endocrinología y Metabolismo)

Para el desarrollo de esta investigación se analizará la **Diabetes Mellitus Tipo 1 (DM1)**, focalizando en la franja etárea correspondiente a la adolescencia; considerando que para el tratamiento de esta enfermedad se deben tener en cuenta los siguientes **pilares**: Educación, Plan Alimentario, Actividad Física y Medicación.

“Para que el tratamiento sea más fácil y satisfactorio se deben tener en cuenta las variaciones individuales, costumbres del paciente y la familia, el nivel de actividad, y los hábitos y preferencias alimentarias.

Si bien la diabetes no es curable, con un tratamiento adecuado es controlable, y este control permite a quien la padece, desarrollar una actividad no muy distinta a la de los no diabéticos y llevar una vida productiva y satisfactoria.

La diabetes como enfermedad es reconocida en todo el mundo como un importante problema de sanidad pública, fundamentalmente en Latinoamérica. Es importante mencionar que la **Declaración de las Américas sobre la Diabetes (DOTA)**⁸, co-patrocinada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Federación Internacional de la Diabetes (IDF), respaldada por la Industria Farmacéutica, realizada en el mes de agosto de 1996, dio un gran impulso para el desarrollo de programas nacionales de diabetes.

La Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD) también formo parte, y a través de un comité permanente sigue implementando los planes propuestos en el documento, los cuales podrían resumirse en los siguientes puntos:

- Reconocer a la diabetes como un problema de salud pública serio, común, creciente y costoso.
- Desarrollar estrategias nacionales de diabetes que incluyan metas específicas y mecanismos de evaluación de resultados.
- Elaborar e implementar programas nacionales de diabetes.
- Destinar recursos adecuados, apropiados y sostenibles a la prevención y manejo de la diabetes.
- Desarrollar e implementar un modelo de atención integral de la diabetes que incluya educación.

⁸ Ver anexo IV

- **Asegurar la disponibilidad de insulina, otros medicamentos y elementos para el autocontrol.**
- **Asegurar que la persona con diabetes pueda adquirir los conocimientos y habilidades necesarias para cuidarse a si misma.**
- **Desarrollar organizaciones nacionales que alerten a la comunidad sobre la importancia de la diabetes y la involucren en los programas.**
- **Desarrollar un sistema de información que permita evaluar la calidad de la atención prestada.**
- **Promover alianzas estratégicas entre las organizaciones involucradas en el cuidado de la diabetes.**

En EEUU, en el año 1976 se creó la Comisión Nacional de la Diabetes, esto fue una conquista que estimuló a otros gobiernos a reconocer su responsabilidad en el tratamiento de este problema.

La OMS promueve la adopción de campañas para proteger a millones de personas. Según esta organización el aumento de la diabetes a llevado a muchos países a una inadmisible tasa de mortalidad.

Los expertos afirman que el **aumento de esta enfermedad se debe en gran medida al desarrollo de estilos de vida no saludables, esto es:**

- **Dietas ricas en grasas saturadas.**
- **Poca actividad física (sedentarismo).**
- **Aumento de la obesidad.**
- **Estrés de origen social, cultural y económico.**

Hoy en día la diabetes se ha convertido en uno de los problemas mas acuciantes de la salud a nivel mundial, se estima que existen en el mundo

cerca de 151 millones de personas diabéticas y con un incremento del 50% de los enfermos en la última década.

En **Argentina** se estima que existen mas de un millón y medio de diabéticos, de los cuales el 10% de todos los diabéticos es insulino dependiente (diabetes mellitus tipo I), y el resto son no insulino dependientes (tipo II).

Si bien la evolución de la diabetes es variable y depende de múltiples circunstancias, la que se menciona como la más importante es el grado de control metabólico del enfermo.

Muchos expertos hoy en día consideran que, una de las maneras de prevenir muchas de las complicaciones que pueden aparecer en los pacientes después de largo tiempo de padecer diabetes, es manteniendo la glucemia lo mas cercana a lo normal que sea posible, por lo tanto muchas de las medidas del tratamiento persiguen este objetivo, idealmente entre 80 y 160 mg. %, pero se considera como buen control, si la mayor parte del tiempo los valores se mantienen entre 80 y 200 mg. %" (Boletín Oficial: Diabetes Mellitus tipo 1, 2002: 5).

Este control depende a su vez, de los medios y métodos empleados, la posibilidad y dedicación del paciente y de las condiciones socioeconómicas del ámbito en el que vive.

En nuestro país, el paciente diabético esta protegido por la **Ley Nacional de Diabetes N° 23753/89**⁹ y por la **Ley de la Provincia de Buenos Aires N° 11620/86**¹⁰ formulada en 1986, que ampara a todos los habitantes

⁹ Ver anexo V

¹⁰ Ver anexo VI

que padecen diabetes, garantizando el tratamiento a la población sin recursos ni cobertura de obra social.

Dentro del marco de esta ley, se desarrolla en la Provincia de Bs. As. el **Programa de Prevención en Diabetes de la Provincia de Buenos Aires (Prodiaba)**¹¹, el cual asiste a 74.000 personas aproximadamente.

Cabe señalar, que cuando se habla de diabetes su diagnóstico, tratamiento, los tipos, surge indefectiblemente el tema de las **complicaciones**, cuya aparición se debe en un gran porcentaje a una diabetes mal controlada, mal tratada y en menor porcentaje por estar mal diagnosticada.

“Hace tiempo se pensaba que las complicaciones de la diabetes eran inevitables y estaban asociadas a la enfermedad en sí y que no tenían relación alguna con el grado de control de la glucemia. Hoy se sabe que las complicaciones pueden ser prevenidas, y deben serlo, mediante el control adecuado de la glucemia.

La aparición de complicaciones crónicas otorga a la Diabetes Mellitus su carácter de **enfermedad con alto grado de morbilidad y discapacidad**.

Las complicaciones pueden ser agudas o crónicas.

Complicaciones agudas

- **Hipoglucemia**: disminución de la glucemia (menos de 60mg%), esta complicación aguda se puede producir solo en los diabéticos que están tratados con hipoglucemiantes orales o con insulina.

¹¹ Ver anexo VII

- **Hiperglucemia**: aumento de la glucemia (mas de 140mg%).
- **Cetoacidosis**: es la etapa final de una diabetes descompensada, en la orina se hallan cuerpos cetónicos, se puede detectar con tiras reactivas en orina. Se caracteriza por hiperglucemia, deshidratación grave y acidosis metabólica (cuerpos cetónicos).

Complicaciones crónicas

- **Retinopatía**: complicaciones oftalmológicas, son de alta prevalencia y severidad. Entre un 20% y 80% la padecen. La diabetes es la segunda causa de muerte en el mundo.
- **Pie diabético**: se denomina a diversos tipos de lesiones que se pueden presentar en los pies, a consecuencia de la asociación de enfermedad vascular periférica, neuropatía, deformaciones ortopédicas, e infecciones y traumatismos.
- **Nefropatía**: complicaciones renales, esta presente entre el 15% y el 20% de los diabéticos tipo 2, de larga evolución. Aquí se debe hacer mención que la insuficiencia renal avanzada, debe tratarse con diálisis peritoneal o hemodiálisis.
- **Neuropatía**: lesiones nerviosas, la más común es la neuropatía periférica, que afecta a los miembros inferiores, la mayoría de los pacientes desarrollan perdida progresiva de la sensibilidad, adormecimiento, frialdad, que pueden originar lesiones en los pies que pasan desapercibidas. En etapas finales se lleva a complicaciones como las úlceras y las amputaciones.
- **Micro y macroangiopatía**: complicación en los vasos sanguíneos, riñones, vista, cardiopatía, pie diabético.

Otras Patologías:

- **Enfermedad coronaria:** es mas frecuente, mas precoz y mas severa en los diabéticos, alguno de los factores de riesgo como la obesidad, la hipertensión, y la dislipemia son mas frecuentes y a un mismo grado de severidad producen mayor riesgo de eventos cardiovasculares en las personas con diabetes.
- **Dislipemias:** hasta un 80% de las personas con diabetes tipo 2 tienen algún tipo de dislipemia, como la hipercolesterolemia, y la elevación de los triglicéridos y la dislipidemia mixta (hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia) es hasta 3 veces mas frecuente que en la población general.
- **Hipertensión arterial:** afecta a un 20% de la población en general, pero compromete hasta un 50% de las personas con diabetes, se puede acotar que el valor optimo debe ser de: tensión arterial sistólica (mmHg) 120 y tensión arterial diastolica (mmHg) 80" (Collado F., 1998: 184-193).

Es de gran importancia enunciar que "en la perspectiva de una medicina global, cualquier enfermedad tiene su dimensión psicológica y social, tan justificada como la anatómica y fisiológica".

Los diabéticos y sus familias, en su mayoría, al conocer el **diagnóstico de la enfermedad**, experimentan un fuerte impacto emocional que los somete a un nuevo enfoque de su existencia.

"Cuando se recibe la noticia de que un miembro de la familia es diabético y conocen algo de esta enfermedad se produce un shock, una negación. Este temor se funda en reconocer que es una enfermedad incurable, irreversible, crónica y que puede derivar en complicaciones graves.

El conflicto que produce el ser diabético incluye, el cambio de hábitos y la restricción alimentaria.

Muchas personas no aceptan las limitaciones de su estado de salud, las obligaciones impuestas para un tratamiento realmente complejo, pruebas de orina, control de glucemia, plan alimentario diario, sin justificar esperanza de curación" (R. Gfeller y J. Ph Assal, 1982).

Diabetes y Adolescencia: Educación para la Salud

Tal como se mencionó en el capítulo anterior, el presente trabajo de investigación esta abocado al análisis de la diabetes mellitus tipo 1 y el impacto que provoca en los adolescentes que la padecen, entendiendo a la **adolescencia** como “una etapa entre la niñez y la edad adulta, que cronológicamente se inicia por los cambios puberales y que se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones. No es solamente un período de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social.

Es difícil establecer límites cronológicos para este período; de acuerdo a los conceptos convencionalmente aceptados por la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos **fases**: la adolescencia temprana (10 a 14 años) y la adolescencia tardía (15 a 19 años) “(Hilary MCV Hoey, 2004).

“La **adolescencia temprana** se caracteriza por el crecimiento y desarrollo somático acelerado, inicio de los cambios puberales y de los caracteres sexuales secundarios. Preocupación por los cambios físicos, torpeza motora, marcada curiosidad sexual, búsqueda de autonomía e independencia, por lo que los conflictos con la familia, maestros u otros adultos son más marcados. Es también frecuente el inicio de cambios bruscos en su conducta y emotividad.

En la **adolescencia tardía** se ha culminado gran parte del crecimiento y desarrollo, el adolescente va a tener que tomar decisiones importantes en su

perfil educacional y ocupacional. Se ha alcanzado un mayor control de los impulsos y maduración de la identidad, inclusive en su vida sexual, por lo que esta muy cerca de ser un adulto joven.

La adolescencia también se caracteriza por:

- Evolución del pensamiento concreto al abstracto. Las necesidades intelectuales y la capacidad de utilizar el conocimiento alcanzan su máxima eficiencia.
- Manifestaciones y conductas sexuales con desarrollo de la identidad sexual.
- Contradicciones en las manifestaciones de su conducta y constante fluctuaciones de su estado anímico.
- Relaciones conflictivas con los padres que oscilan entre la dependencia y la necesidad de separación de los mismos.
- Actitud social reivindicativa: en este periodo, los jóvenes se hacen más analíticos, comienzan a pensar en términos simbólicos, formular hipótesis, corregir falsos preceptos, considerar alternativas y llegar a conclusiones propias. Se elabora una escala de valores en correspondencia con su imagen del mundo.
- La elección de una ocupación y la necesidad de adiestramiento y capacitación para su desempeño.
- Necesidad de formulación y respuestas para un proyecto de vida.

Estas características psicosociales propias de la adolescencia pueden reducir la capacidad de un joven de afrontar el control de su diabetes” (www.fundaciondiabetes.org).

La diabetes puede ser una gran causa de estrés para los jóvenes y sus familias. Estos deben observar un complicado régimen de control. Los adolescentes podrían sentirse estigmatizados por algunos aspectos de su enfermedad, como tener que inyectarse insulina. Deben afrontar la posibilidad de desarrollar complicaciones diabéticas con el paso del tiempo, como insuficiencia renal o ceguera.

“Cuando se le diagnostica diabetes a un adolescente, la noticia suele convertirse en un serio golpe para todos los miembros de la familia. Los adolescentes con diabetes y sus padres suelen sentirse desbordados por la cantidad de conocimientos necesarios para controlar la afección de manera eficaz. Los padres y los adolescentes experimentan sentimientos de culpa: los padres a veces sienten que podrían haber evitado la diabetes de su hijo; los adolescentes pueden llegar a percibir la afección y su tratamiento como una forma de castigo” (Hilary MCV Hoey, 2004).

Aunque la adolescencia puede representar un desafío para cualquier niña o niño, ya que se enfrenta a cambios sexuales y emocionales, esta etapa puede ser especialmente dura para los **adolescentes con diabetes**. Intrínsecamente, los adolescentes quieren "encajar", y diferenciarse de sus pares por algún motivo puede ser emocionalmente estresante.

“El adolescente que al principio aceptó perfectamente el plan de control de su diabetes puede volverse rebelde y rehusarse a obedecer. También puede negar la enfermedad, o manifestar un comportamiento cada vez más agresivo como reacción al estrés que le produce controlar la diabetes, en un momento de su vida que de por sí es un reto difícil de afrontar.

Un aspecto del manejo de la diabetes, el control del nivel de azúcar en

sangre, es especialmente difícil en la adolescencia. Los investigadores creen que la hormona del crecimiento producida durante la adolescencia para estimular el crecimiento óseo y muscular también puede actuar como un agente anti-insulina. Los niveles de azúcar en sangre se vuelven más difíciles de controlar, dando como resultado niveles que oscilan entre demasiado altos y demasiado bajos. Esta falta de control de los niveles del azúcar en sangre puede ser muy frustrante para el adolescente.

En estas edades surgen varios retos, a saber: necesidad de independencia de los padres. Puede actuar como si no fuera diabético, ignorando la dieta, el autoanálisis, incluso las inyecciones de insulina. Rechaza los consejos, hay cambios continuos de humor, no quiere pedir ayuda, y no es capaz de asumir las complicaciones futuras de su actual mal control metabólico.

El paciente establece las bases de su comportamiento, modas y manías, que puede llevarle a comidas irregulares, exceso de actividad física y posibles contactos con el alcohol y drogas. En las jóvenes es importante el problema de la "imagen corporal", el temor al exceso de peso puede llevarlas a disminuir la dosis de insulina" (Boletín Oficial de la Sociedad Argentina de Pediatría, 1997).

Si bien debemos tomar en cuenta las características enunciadas, no podemos dejar de considerar que la juventud se caracteriza por su creatividad, su arrojo e impetuosidad. Estos **aspectos positivos** de ese grupo etéreo no suelen ser valorados por la sociedad y menos aún utilizados con provecho para enfrentar problemas acuciantes.

Los jóvenes requieren un espacio para actuar con la espontaneidad

y sinceridad que les son propios.

Se reconoce a la salud como "un derecho natural, por lo tanto, la conservación o recuperación de la salud es responsabilidad de cada persona y cada persona estará en condiciones de afrontar esa responsabilidad según los conocimientos que posea acerca de los medios para mantenerse sano y/o volver a estarlo, en la medida que asuma actitudes acordes a ese conocimiento.

Pero para ello es necesario el **aprendizaje**, entendido éste como un proceso continuo que integra vivencias emocionales, intelectuales, volitivas y actitudes saludables.

Educación en salud es abrir preguntas, cuestionar actitudes y encontrar un equilibrio, de tal forma que los roles emisores y receptores sean jugados alternativamente, logrando la construcción de un saber que permita acercarnos a un nivel óptimo de vida.

La educación para la salud referida a ese grupo etéreo se propone el cambio de actitudes y conductas erróneas y la adopción de otras adecuadas y duraderas.

Aborda aspectos del desarrollo biopsicosocial mediante acciones educativas que enfatizan los aspectos tendientes a identificar, prevenir, disminuir o evitar las conductas de riesgo y sus efectos devastadores que ponen en peligro la maduración personal y la integración a la sociedad " (Boletín Oficial de la Sociedad Argentina de Pediatría, 1997).

Tomando en cuenta los **cuatro pilares del tratamiento de la diabetes** y desde la perspectiva del Trabajador Social, se considera a la educación como el área de mayor incumbencia en el desarrollo del perfil profesional, ya

que ésta es considerada fundamental en el tratamiento y es vital para la integración del diabético en la sociedad. Sin perder de vista la necesidad de una **intervención interdisciplinaria** para alcanzar los objetivos del tratamiento, que consisten en controlar la enfermedad y prevenir la aparición de complicaciones.

Se entiende el término **educación** como "la adquisición de conocimientos, actitudes y prácticas saludables para si mismo y para la sociedad. Un sujeto educado sanitariamente estará en condiciones de decidir que hacer, que debe seguir haciendo, que no hacer, que debe comenzar a hacer y que debe dejar de hacer en relación a su salud y a la de los demás. Deberá asimismo hacer un uso adecuado de los productos y servicios que su medio ofrezca "(Boletín Oficial de la Sociedad Argentina de Pediatría, 1997).

"La **tarea educativa del profesional** consiste en colaborar en el desarrollo del ser persona del asistido, cuando determinadas condiciones del destino se lo han limitado o impedido "(Di Carlo Enrique y Equipo, 1996: 59).

"A su vez, el educador deberá plantearse la necesidad de adecuar sus objetivos, contenidos, y actividades de aprendizaje a las características y necesidades de aquellos con quien se involucrara en el enseñar y el aprender. Se trata, en sustancia de educar al individuo, la familia y la comunidad para que cuiden de su salud individual o colectiva a través de la adquisición de conocimientos, actitudes o practicas que posibiliten la promoción integral del desarrollo humano en procura de una mejor calidad de vida.

La educación no tiene un tiempo limitado o un espacio pre-fijado. Los verdaderos educadores para la salud implementan esta actividad en todo contacto entre el equipo de salud y la comunidad, y aun en la entrevista

individual de todo profesional de salud” (Boletín Oficial de la Sociedad Argentina de Pediatría, 1997).

“La instrucción debe comenzar cuando el adolescente recibe un diagnóstico de diabetes. La educación debería centrarse en el joven que tiene la afección y en su familia, capacitando al adolescente y a sus padres para que ajusten la ingestión de alimentos y las dosis de insulina, basándose en los datos sobre glucosa en sangre que genera el joven. El tratamiento individualizado debería estar determinado por una estrecha relación de trabajo entre los miembros del equipo y la persona con diabetes” (Polaina-Lorente A., 1991: 313).

Es vital que el diabético y su familia comprendan la **importancia que tiene la aplicación de conocimientos para controlar su diabetes**, resolver los problemas relacionados con el aumento y descenso de la glucemia y que especialmente se apoyen en el equipo de salud.

Se asigna la misma importancia a que el **diabético** realice el tratamiento como a que conozca de su **protagonismo**, dado que es el mismo quien decide que comer, si hace la actividad física, si se realiza los controles, si concurre al equipo ante cualquier duda o problema, etc.

“La capacitación del joven y de su familia ayuda a reducir la frustración que va unida a la atención a la diabetes y mejora los resultados del tratamiento. La educación es continua, y consiste en la resolución de problemas y la identificación de las barreras psicosociales que obstruyen un control eficaz de la diabetes” (Dr. Isaías. Schor y Dr. Saúl Senderey, 1996).

Por ello es fundamental educar al diabético a fin de que este viva más y mejor, ya que si bien la cantidad de años es importante, la calidad de estos es fundamental.

A través de la educación se puede ayudar al paciente a manejar su enfermedad, desarrollar menos complicaciones y enfrentar los problemas de la vida, a fin de que ésta le resulte más productiva y útil.

“La educación diabética debería ayudar a los jóvenes con diabetes y a sus padres a:

- Adquirir conocimientos sobre control clínico de la diabetes
- Desarrollar estrategias para el cambio de comportamiento
- Desarrollar las estrategias de asertividad¹² y comunicación necesarias para colaborar eficazmente con su equipo de atención sanitaria
- Evaluar si su plan de cuidados personales es realista, relevante y sostenible” (Cueto Espinar A., Guillen Solvas, 1991: 898-900).

El mejorar la **calidad de vida** dependerá, a su vez, de las condiciones socioeconómicas en las que el paciente vive, los medios y métodos del tratamiento a los que accede y la posibilidad y dedicación del paciente y su familia en aplicarlos.

Para usar adecuadamente las medidas terapéuticas, el paciente y su familia deben conocer la enfermedad que padece, la importancia de una buena alimentación y la forma de utilizarla, la medicación que requiere y como evaluar los resultados a través de los controles que ellos mismos pueden y deben

¹²Asertividad: “Como estrategia y estilo de comunicación la asertividad se diferencia y se sitúa en un punto intermedio entre otras dos conductas polares: la agresividad y la pasividad (o no-asertividad). Suele definirse como un comportamiento comunicacional maduro en el que la persona ni agrede ni se somete a la voluntad de otras personas, sino que expresa sus convicciones y defiende sus derechos” <http://es.wikipedia.org/wiki/asertividad>).

realizar; para así poder convertirse en ejecutantes conscientes e idóneos de las indicaciones médicas que reciban, logrando, de esta manera, un actuar interrelacionado, con una participación y correlación entre el equipo-medico-paciente-familia, para lograr que el diabético obtenga, de esta manera, el mejor bienestar físico y psíquico.

Enfoque Resiliente

Para que el abordaje de la enfermedad tenga éxito, se debe asumir una visión diferente del mundo y de la relación de ayuda, sin jerarquías, sino con la activación de los recursos internos que todos los individuos, familias y comunidades tienen para sobrellevar los conflictos y crisis propias de la condición humana. Para ello, se propone desarrollar este proceso educativo a través de un enfoque resiliente. Entendiendo el concepto de **resiliencia** como “la capacidad de una persona o grupo para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves.

Aunque durante mucho tiempo las respuestas de resiliencia han sido consideradas como inusuales e incluso patológicas por los expertos, la literatura científica actual demuestra de forma contundente que la resiliencia es una respuesta común y su aparición no indica patología, sino un ajuste saludable a la adversidad”. (www.psicología-positiva.com).

“El vocablo resiliencia tiene su origen en el latín, en el término resilio que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar. La resiliencia es un término que proviene de la física y se refiere a la capacidad de un material de recobrar su forma original después de haber estado sometido a altas presiones.

Por analogía, en las ciencias humanas se comenzó a utilizar esta palabra para designar la facultad humana que permite a las personas, a pesar de atravesar situaciones adversas, lograr salir no solamente a salvo, sino aún transformados por la experiencia.

Es una alternativa que recrea otras opciones de trabajo en un contexto socio-comunitario y potencia acciones concertadas entre las instituciones, profesionales y usuarios/clientes de los programas" (Caplan G., 1985).

Esta definición incluye o abarca más que la capacidad de enfrentar, se considera que "la resiliencia es una actitud y una filosofía de vida. También es una forma diferente de percibir los acontecimientos. Es elegir ser autodependiente, es tener una nueva mirada hacia la percepción de nuestros potenciales y capacidades.

Asimismo este mayor conocimiento de nosotros mismos genera un potencial más consciente, no sólo de los estímulos externos, sino de ideas y del constante flujo de sentimientos, emociones y reacciones fisiológicas que se perciben en lo interno.

La resiliencia no está ligada a la fortaleza o debilidad constitucional de las personas sino a las distintas formas que éstas adoptan ante los estímulos del medio ambiente y cómo reaccionan frente a ellos, además vemos que depende también de cómo la comunidad elige los satisfactores, si ellos son potenciadores o inhibidores de la autodependencia. Ser resiliente es hacerse responsable de lo que nos pasa y también ser conscientes de nuestros derechos y obligaciones frente a nuestra vida y a nuestra comunidad.

La resiliencia se puede adquirir y los educadores, como agentes de cambio, pueden estimular su aparición y fortaleza ya que no se nace resiliente ni se adquiere "naturalmente" en el desarrollo sino que depende de ciertas cualidades del proceso interactivo del sujeto con los otros seres humanos".
(www.resiliencia.com.ar).

Por las características de los problemas de salud de los adolescentes, las **acciones de promoción y prevención** adquieren una mayor relevancia. La aplicación del enfoque de riesgo puede enriquecerse con la promoción de factores protectores en el orden individual, familiar y comunitario.

Los **factores de riesgo**, considerados como “efectos con altas probabilidades de daño o resultados no deseados para el adolescente con diabetes, sobre los cuales debe actuarse” (Blum RW., 1996), son fundamentalmente los siguientes:

Factores de riesgo:

- Familias disfuncionales
 - Consumo de tabaco, alcohol y drogas
 - Alimentación inadecuada
 - Falta de actividad física, sedentarismo
 - Peso corporal excesivo
 - Desigualdad de oportunidades en términos de acceso a los sistemas de salud, educación, trabajo, empleo del tiempo libre y bienestar social
 - Condiciones ambientales insalubres, marginales o poco seguras.
- (Boletín Oficial de la Sociedad Argentina de Pediatría, 1997).

Factores protectores de la salud de los adolescentes

Los **factores protectores** de la salud son “determinadas circunstancias, características y atributos que facilitan el logro de la salud y en el caso de los adolescentes con diabetes su calidad de vida, desarrollo y bienestar social.

Los efectos positivos de estos factores deben ser considerados durante todas las etapas del ciclo vital y no solo en la adolescencia. Los factores protectores son susceptibles de modificarse e intensificarse y no ocurren necesariamente de manera espontánea o al azar” (Blum RW., 1996).

En relación con los **adolescentes que padecen diabetes**, se han identificado determinados **factores protectores**:

- “Estructura dinámica familiar que satisface los procesos físicos y funciones de la familia.
- Políticas sociales con objetivos dirigidos a la atención de la adolescencia con acciones específicas que permiten la salud integral, el desarrollo y el bienestar social.
- Desarrollo de medio ambientes saludables y seguros para ambos sexos.
- Promoción del autocuidado en cuanto a los controles que deben realizarse y al plan alimentario.
- Igualdad de oportunidades para el acceso a la salud, educación, práctica del tiempo libre, desarrollo y bienestar.
- Autoestima y sentido de pertenencia familiar y social.
- Posibilidades de desarrollar proyectos de vida asequibles en congruencia con una escala de valores sociales y morales apropiados.
- Promoción de mecanismos que permitan la identificación y refuerzo de las defensas endógenas y exógenos frente a las situaciones traumáticas y de estrés que pueda llegar a enfrentar (resiliencia) conociendo la capacidad de recuperación, ante condiciones adversas, que atraviesen” (Boletín Oficial de la Sociedad Argentina de Pediatría, 1997).

El enfoque al que se hace referencia, analiza el concepto de salud del adolescente en forma integral, considerándolo como un ser biopsicosocial, en relación continua con su medio.

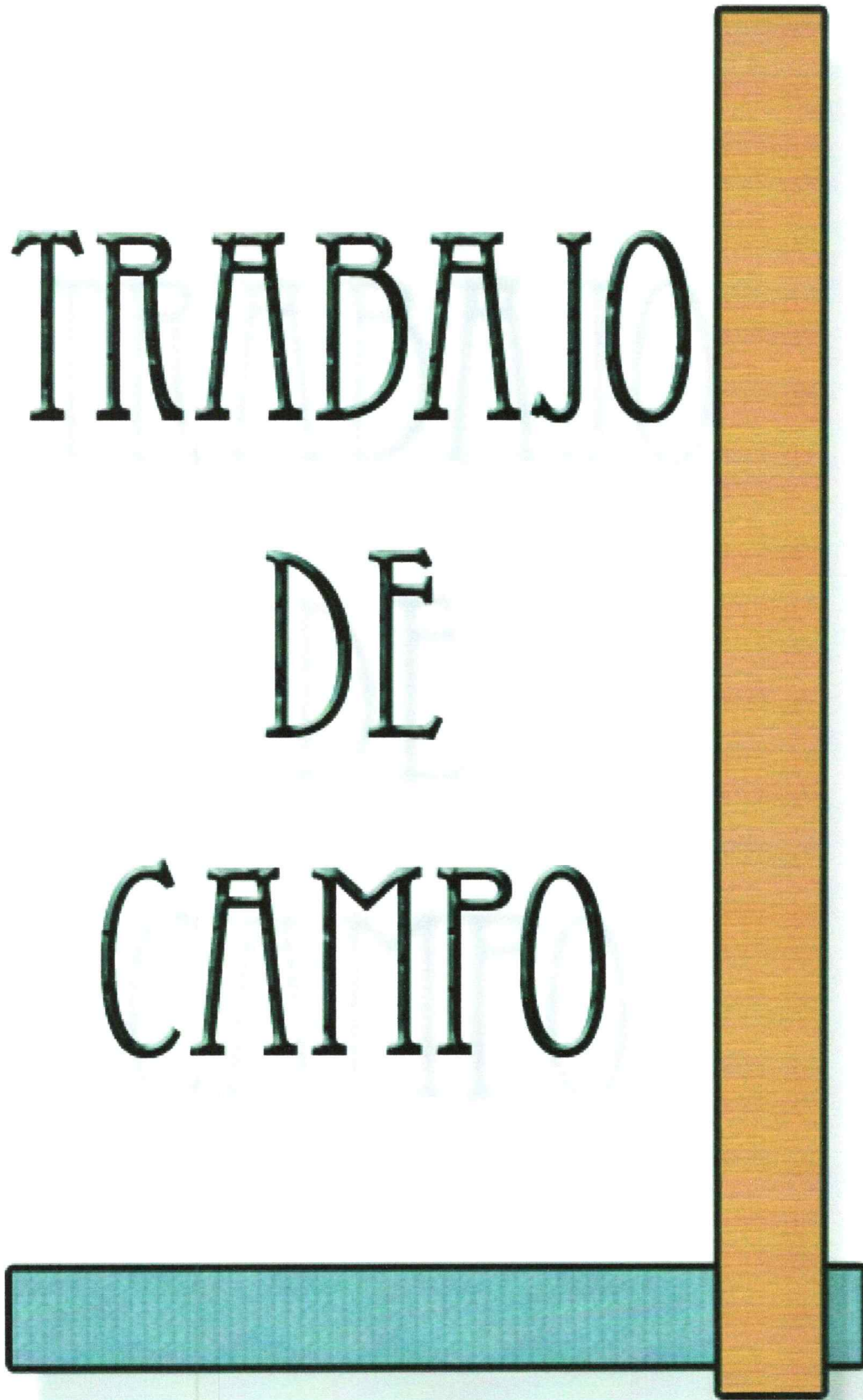
Es por ello que cuando hablamos del abordaje de la diabetes con adolescentes debemos tener muy presente que se debe considerar al **diabético** como una **parte del equipo** que tiene a su cargo el tratamiento y tener presente que cuanto más colaboración se logre del paciente, mejores son los resultados que se obtienen.

La colaboración del paciente, su familia y el equipo profesional interdisciplinario son la piedra fundamental del tratamiento actual del diabético. En términos técnicos-metodológicos, “ la Resiliencia no requiere la asistencia permanente del profesional o agente de cambio, sino que éste es un potenciador de los procesos de cambio en sus etapas iniciales, cuando aporta sus herramientas conceptuales y técnicas para la organización y autogestión de las habilidades y destrezas, que permitan enfrentar las condiciones adversas de cualquier índole.

La Promoción sugiere que la Resiliencia active los mecanismos protectores sobre eventos críticos y posibilite un equilibrio armónico entre los estados de tensión y estrés naturales a la cotidianidad y los sucesos imprevistos e inesperados que desatan las crisis. Es preparar a los sistemas humanos para que fortalezcan la capacidad de enfrentar la adversidad e incorporarla a los proyectos de vida, como un asunto que no detiene el desarrollo integral sino que le permite reencuadres y cambios de perspectiva “(Silber, Tomás y Maddaleno, Matilde, 2001).

El **papel del profesional** en las experiencias reseñadas, es como “facilitador de procesos de cambio que dependen en lo primordial de la motivación y expectativas de la comunidad, familia o individuo, en una mirada interdisciplinaria que congrega todas las áreas del conocimiento interesadas en promocionar la Resiliencia” (www.resiliencia.com.ar).

TRABAJO DE CAMPO



Aspectos Metodológicos

Tal como lo expone Margarita Rozas Pagaza, la **investigación en Trabajo Social** tiene como objetivo *"la profundización de los campos problemáticos relacionados a diversas dimensiones que hacen a la relación sujeto-necesidad"*. De esta manera, da cuenta de los *"aspectos particulares de la vida cotidiana de los sujetos en la lucha por la satisfacción de sus necesidades, considerando a los sujetos como participantes activos en el proceso de investigación"*, ya que las personas son constructoras de su propia realidad. Por ello el investigador debe situarse frente y en *"interacción e interrelación con los actores"*, buscando conocer mediante la comunicación y la reflexión conjunta la realidad a investigar, captando los rasgos primordiales y apoyando la tarea de conocimiento en el desarrollo del proceso.

Esta actividad de búsqueda de conocimiento, deriva de la identificación de un problema o necesidad de una realidad determinada. No obstante, tal como lo expone Cristina De Robertis *"un problema es con frecuencia insuficiente para ser el punto de partida de una acción"*, es preciso también que este problema sea percibido como importante y vital para los propios sujetos interesados, que sea capaz de movilizar a las personas y grupos involucrados con el fin de encontrar soluciones y provocar cambios.

Los problemas son dinamizadores en las personas en función de que sean percibidos y analizados de manera diferente según donde se sitúe. Los problemas sentidos por la población y sentidos en forma de desafío y descontento, son los que pueden ser el punto de partida de una acción.

"Es a partir de los objetivos y los intereses de cada participante como el proyecto de intervención podrá ser establecido." (Cristina De Robertis, Henri Pascal).

Características específicas del trabajo

Tipo de Diseño: El presente trabajo de investigación se desarrolla desde un nivel exploratorio descriptivo en el área de salud. El mismo se realizó a través de la sistematización de una experiencia concreta que apunta a conocer la situación del paciente diabético y su familia, con el objetivo de aportar elementos que ayuden al abordaje de la temática.

Objetivo General:

- Conocer la situación socio-familiar del adolescente con Diabetes Mellitus tipo 1, e indagar acerca de su repercusión en el tratamiento y en su calidad de vida a fin de elaborar algunos lineamientos orientadores para la intervención del Trabajador Social en la atención de esta problemática.

Objetivos Específicos:

- a) Describir la estructura y servicios del Instituto Rómulo Etcheberry de la ciudad de Mar del Plata.
- b) Conocer la situación social y familiar del adolescente con Diabetes Mellitus tipo 1 atendido en el Instituto.

- c) Indagar acerca de los factores protectores y de riesgo presentes en la situación de los mismos en relación a su tratamiento.
- d) Promover el autocuidado en cuanto a los controles que deben realizarse y el plan alimentario.
- e) Elaborar algunos lineamientos orientadores para la intervención del trabajador social en la atención de esta problemática.

Unidad de análisis:

- a) Instituto Rómulo Etcheberry Materno Infantil (IREMI) de la ciudad de Mar del Plata, particularizando en el servicio de endocrinología.
- b) Adolescentes de 13 a 17 años de edad con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 1 que se atienden en el Instituto Rómulo Etcheberry.

Universo de estudio:

La muestra está conformada por la totalidad de adolescentes atendidos durante el año 2005 en el Instituto Rómulo Etcheberry con conocimiento de diagnóstico de Diabetes Mellitas tipo 1. (Cantidad total de casos: 26).

A fin de actualizar datos, se realizó un nuevo contacto, durante el año 2007, con los pacientes (ya entrevistados en el año 2005) que aun se atienden; y con aquellos que se han atendido en el Instituto durante el periodo comprendido de enero a septiembre del año 2007.

Técnicas de recolección de información:

- **Observación documental:** por medio de la lectura de bibliografías referentes a la problemática a abordar y de historias clínicas para el estudio del caso.
- **Observación participante:** en relación al funcionamiento del servicio social y de endocrinología y de la cotidianidad de los pacientes en el estudio del caso.
- **Entrevistas semi-estructuradas:** implementadas con referentes de la institución para la caracterización del funcionamiento del servicio social en APS y de endocrinología en la atención de adolescentes y con los pacientes implicados a fin de desarrollar el estudio de caso.

Caracterización del Servicio Social en APS y del Servicio de Endocrinología en HIEMI¹³

Con el fin de alcanzar de manera integral los objetivos planteados para la realización de este trabajo, es indispensable especificar las **funciones y objetivos** asignados al **Servicio Social en Atención Primaria de la Salud** y la modalidad de abordaje, desde la institución, de la diabetes Mellitus tipo 1 en pacientes adolescentes. Dicho análisis facilitará el acercamiento a la situación objeto de estudio, y al mismo tiempo permitirá la orientación hacia la reflexión sobre la organización de la práctica en relación al abordaje de la problemática planteada.

Dichos datos se obtuvieron a partir de la realización de entrevistas a referentes institucionales del Servicio de Endocrinología y Servicio Social.

Servicio Social en Atención Primaria de la Salud

Los objetivos y las funciones del Servicio Social se desprenden del **objetivo general de la institución**, el cual se propone *“brindar a todos los individuos y familias de la comunidad asistencia sanitaria esencial a través de acciones integrales dirigidas en especial a los aspectos preventivos y no solo a lo curativo”*.

Objetivo General del Servicio Social en APS:

¹³ Boletín Oficial de Atención Primaria de la Salud.

- Integrar los equipos de salud en el ámbito del Municipio de General Pueyrredón, elaborando y desarrollando los Programas existentes en el marco de la Atención Primaria de la Salud.

Objetivos Específicos del Servicio Social en APS:

- Participar de las actividades del equipo de salud, aportando conocimientos específicos del quehacer profesional en el campo de lo social.
- Integrar el equipo interdisciplinario en forma estable a fin de abordar las problemáticas sociales de las familias.
- Brindar atención profesional a las familias en las que uno o más de sus miembros se encuentren bajo algún programa en el Centro de Salud.
- Elaborar un diagnóstico social de la familia, teniendo en cuenta los factores bio-psico-sociales, al resto del equipo interdisciplinario.
- Participar de la planificación, ejecución, evaluación y sistematización de las actividades y proyectos grupales de prevención y promoción de la salud, dentro de la interdisciplina de la APS.
- Coordinar los programas y recursos existentes en el Municipio a fin de favorecer el tratamiento social del grupo familiar.

Funciones del Servicio Social en APS:

1) **Promoción:**

- Elaborar, ejecutar y evaluar programas de divulgación de los múltiples factores que inciden sobre la salud.
- Suministrar información sobre hábitos saludables.

- Educar para crear comportamientos que permitan fomentar y conservar la salud individual y colectiva.

2) Prevención:

- Estudiar las actitudes y los valores que benefician u obstaculizan el acceso a mejores niveles de salud.
- Estudiar la incidencia de variables socioeconómicas y culturales de la etiología, distribución y el desarrollo de los problemas de salud.
- Orientar y capacitar a la población sobre el uso de recursos institucionales y/o comunitarios que puedan contribuir a que los individuos alcancen una mejor calidad de vida.
- Orientar y fortalecer los vínculos que permitan la unidad familiar y capacitar a sus miembros para que se aseguren la salud.
- Estudiar el nivel de aprovechamiento por parte de los usuarios de los servicios de salud, programas y expectativas frente a ellos.
- Colaborar en la capacitación de voluntarios y auxiliares para ejecutar acciones de salud.

3) Recuperación:

- Contribuir con el resto del equipo de salud a reparar los daños causados por la enfermedad.
- Acompañar y orientar a las familias y a las personas para que sean promotores de la recuperación de la salud.

4) Rehabilitación:

- Orientar al medio familiar, laboral, escolar y comunitario para la reubicación de la persona enferma.

- Estimular a que toda persona enferma pueda lograr el uso máximo de todas sus potencialidades.

Población atendida por el Servicio:

La atención del Servicio Social en Atención Primaria de la Salud, está destinada a maternidad e infancia, atendiendo a mujeres embarazadas hasta las 34 semanas de gestación y niños hasta seis (6) años.

Tratamiento de los pacientes con diabetes Mellitus Tipo 1 en IREMI

Los pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 1 son atendidos en la institución a través del **Servicio de Endocrinología**, a cargo de una médica Endocrinóloga y una enfermera.

Población atendida por el Servicio:

El Servicio de Endocrinología de la institución atiende a niños y adolescentes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 1, desde su *debut* diabético hasta los 18 o 20 años de edad aproximadamente.¹⁴

Los pacientes realizan su primer consulta derivados por otros profesionales, por intervención de los Tribunales de Menores de la ciudad de

¹⁴ Si bien el servicio de endocrinología en IREMI está diseñado para la atención de niños de 0 a 15 años de edad, actualmente la transferencia del paciente a otro servicio o profesional se realiza de acuerdo a criterios de intervención propios de la médica endocrinóloga a cargo del mismo.

Mar del Plata o derivados por los Centros de Promoción y Protección de los derechos de los niños y adolescentes.

Dado que IREMI es un Centro de Referencia Sanitaria de Mediana Complejidad la población atendida por el servicio, excede a la localidad de Mar del Plata, brindando cobertura a otras localidades.

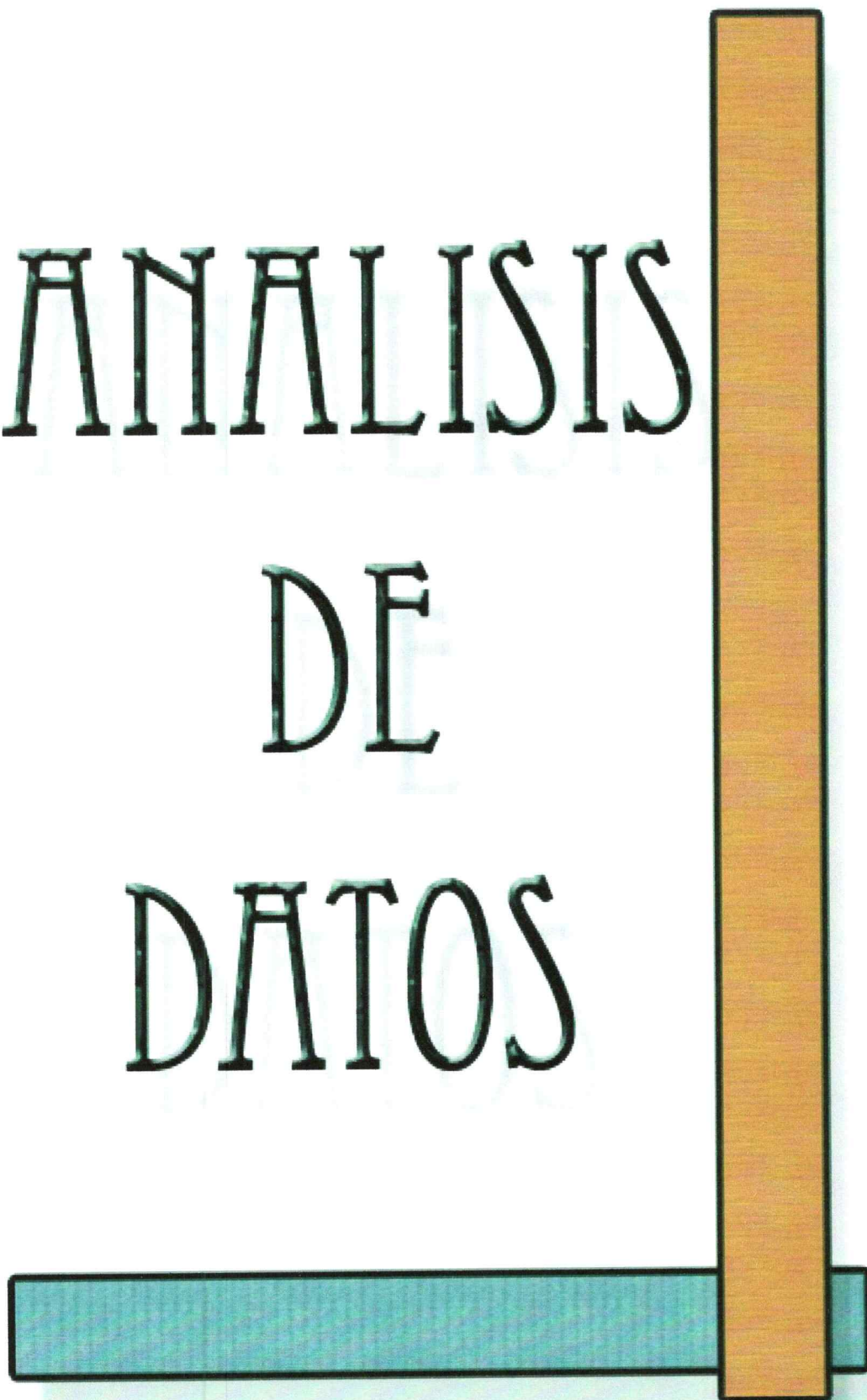
Abordaje de la problemática:

El abordaje de la problemática se realiza desde un ámbito individual-familiar, el servicio se encuentra a cargo de una médica Endocrinóloga y de una enfermera. Los pacientes concurren a los controles médicos en forma espontánea o por turnos programados, según la situación particular de cada uno de ellos.

Ante pacientes que presentan dificultades que afectan su tratamiento y que requieren de una intervención y abordaje diferente del ofrecido desde el servicio, la profesional a cargo realiza una derivación a otro servicio o área de atención, ya sea dentro de la institución o fuera de ella (salud mental, terapia ocupacional, servicio social, etc.).

Particularmente, las derivaciones a Servicio Social, de niños mayores de seis años, se realizan a las Salas de Atención Primaria de la Salud del barrio que le corresponda al paciente o se da intervención a los Centros de Promoción y Protección de los derechos de los niños y adolescentes, a fin de dar continuidad a la intervención.

ANALISIS DE DATOS



Análisis de datos

El análisis de los datos constituye un examen amplio y detenido de la información y de los antecedentes recopilados. Con el fin de hacer una valoración y apreciación crítica de los mismos, lo que a su vez, permitirá su interpretación.

Los datos, en si mismos, tienen limitada importancia. Para que se hagan relevantes, es necesario encontrarles significancia, en esto consiste la esencia del análisis de datos. Se basa en que si se estudia con atención las unidades de un universo, se está en condiciones para conocer y caracterizar los problemas generales del mismo, de modo que proporcione respuestas a los interrogantes de la investigación planteada¹⁵.

A partir de las entrevistas realizadas durante el periodo 2004-2005, a la muestra indicada y a sus familiares o referentes, en los casos que fue posible, la observación participante empleada en tal instancia y su posterior actualización realizada en el año 2007 y la observación documental, se realizó una matriz con el fin de unificar y sistematizar los datos obtenidos.

Resulta significativo destacar, la invitación por parte del Servicio de Endocrinología a participar en un campamento de diabetes organizado por el mismo, que facilitó el contacto con los adolescentes para la realización de las entrevistas.

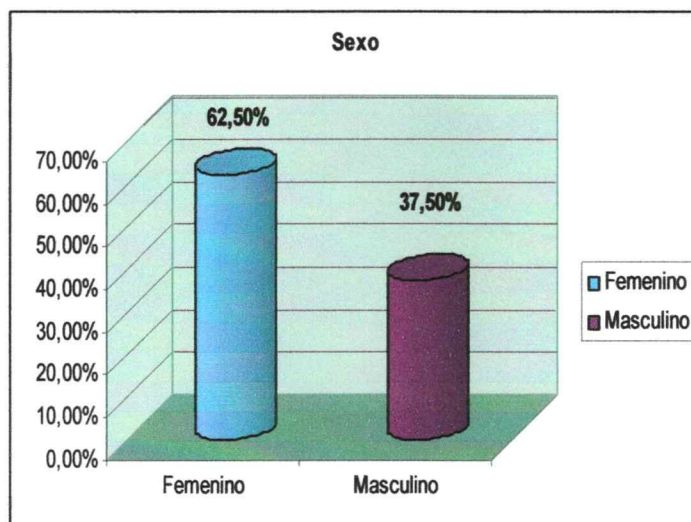
A continuación se expondrán los resultados más relevantes y finalizando se expondrá la sistematización de tres casos significativos.

¹⁵ Para un análisis más amplio ver Ander Egg Ezequiel. Diccionario de Trabajo Social, Junio 1999.

Datos demográficos:

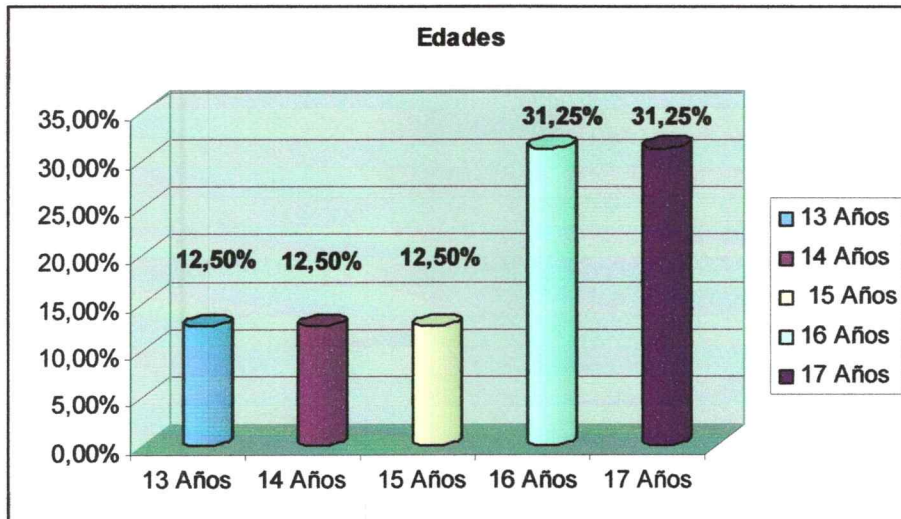
La población entrevistada presenta las siguientes características:

En cuanto al sexo de los pacientes entrevistados, el **62,5% es de sexo femenino** y el **37,5% de sexo masculino**, destacándose la prevalencia de los primeros.

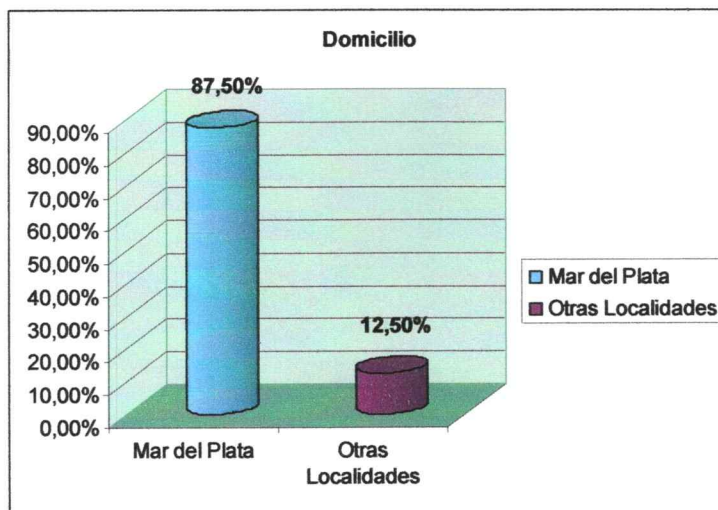


La muestra estudiada está comprendida por una franja etárea que abarca a adolescentes entre **13 y 17 años** de edad, la población propuesta debía ser de adolescentes con conocimiento de su diagnóstico y que se encuentren en tratamiento.

El promedio de edad de los pacientes entrevistados es de **15 años**, perteneciendo a la fase de la **adolescencia tardía** y distribuyéndose de la siguiente manera:

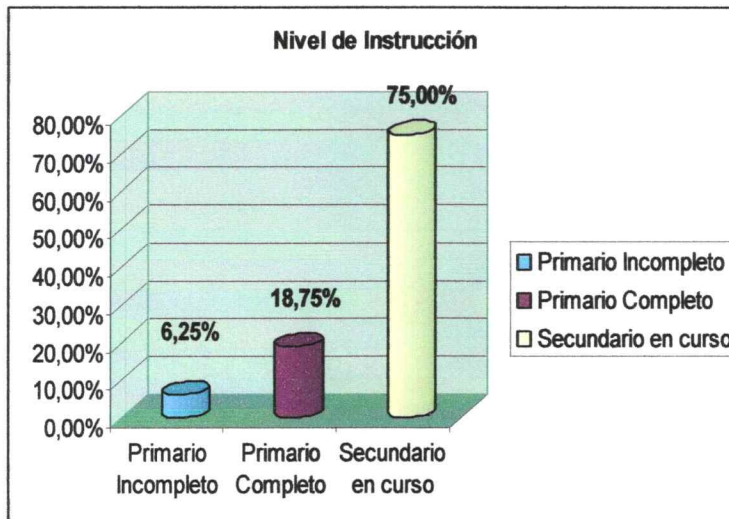


En cuanto al **lugar de residencia**, se destaca la prevalencia de pacientes que residen en la ciudad de Mar del Plata, conformando la minoría los adolescentes residentes en otras localidades.



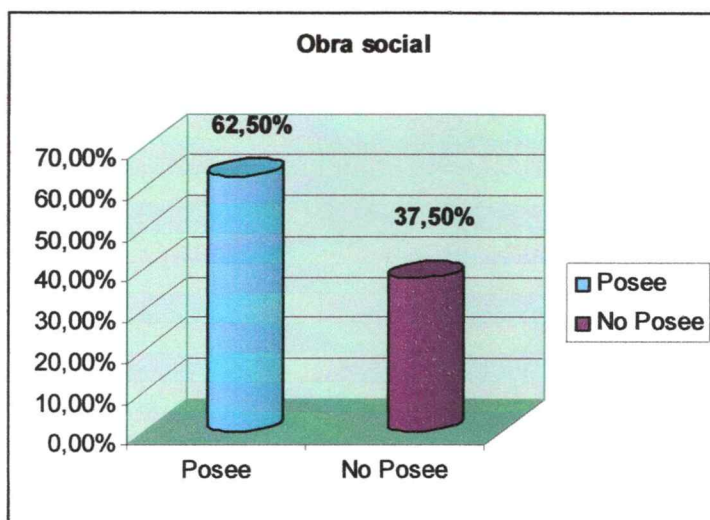
En relación al **nivel de instrucción**; el mismo abarca del nivel primario incompleto hasta el nivel secundario en curso, prevaleciendo los

adolescentes que están incluidos dentro del sistema educativo formal, distribuyéndose de la siguiente manera:



La inclusión de los pacientes dentro del sistema de educación formal, se analiza como un aspecto protector presente en ellos, en cuanto a transmisión de valores y estrategias para su desempeño en la vida, reconocimiento de recursos sociales que beneficiarían su calidad de vida, formas de acceso a la información y atención de su salud y como aspecto específico de la problemática de la diabetes; el manejo de la medicación y gestiones vinculadas a la atención de la salud (trámites para obtención de medicamentos, recursos de amparo, etc.).

En cuanto a la **cobertura social**, existe una prevalencia de adolescentes que cuentan con obra social proporcionada por el empleo de sus padres:



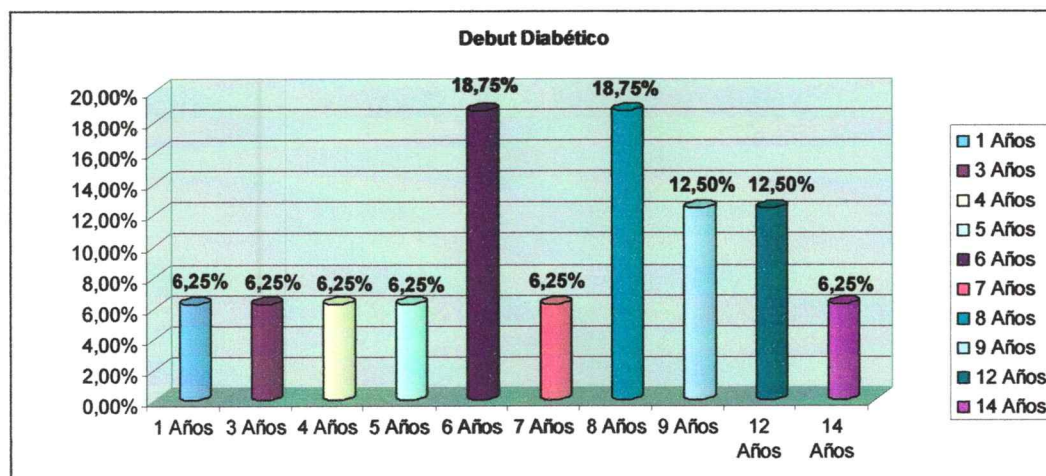
A su vez, la totalidad de los pacientes que no poseen obra social, se encuentran incluidos dentro del Programa de Prevención en Diabetes de la Provincia de Buenos Aires (**PRODIABA**).

Al preguntar acerca de los beneficios de contar con una obra social o de estar incluido en el mencionado programa, la **totalidad** de los pacientes manifestó que existen dificultades en los tiempos burocráticos que demandan para la obtención de determinadas coberturas. Esto trae como consecuencias demoras en la entrega de insulina, lancetas, tiras reactivas y otros elementos de medición o la entrega de los mismos resulta insuficiente para la cobertura de la diabetes. Llegando a ciertas circunstancias en que las familias de los "beneficiarios" se vieron obligados a apelar a recursos de amparo para exigir las respuestas a sus demandas.

En cuanto a los sentimientos que genera esta situación en los adolescentes, éstos manifiestan desde su subjetividad, sentimientos de "bronca", de ser "una molestia", una "carga", a la hora de exigir por sus derechos.

Debut diabético:

Al preguntar acerca de la **edad** de los pacientes al momento de presentarse la enfermedad, se encuentra que las respuestas son muy variadas, observando que la edad **promedio** es de **siete años** y la distribución es la siguiente:

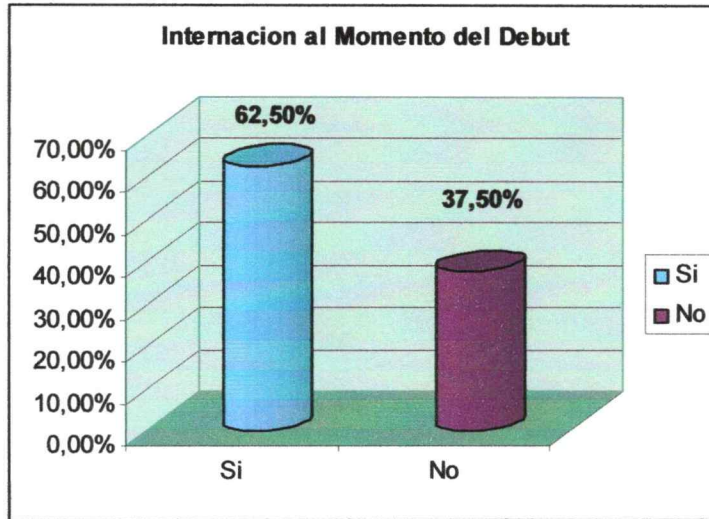


Entre los pacientes entrevistados existe un mínimo de **presencia de enfermedad** de dos años y un máximo de catorce años.

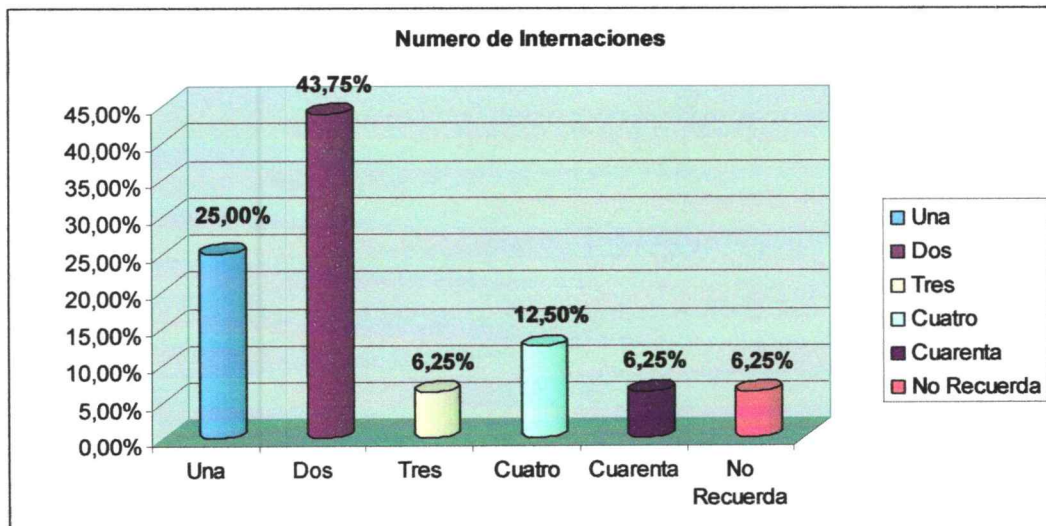
Con respecto a las **circunstancias al momento del debut**, los entrevistados en igual proporción, comparten haber sentido los siguientes **síntomas**:

- Sed intensa (polidipsia)
- Aumento en sus ganas de orinar (poliuria)
- Mucha hambre (polifagia)
- Desgano
- Pérdida de peso

La **mayoría** de los pacientes entrevistados llegan a la consulta médica por presentar los síntomas anteriormente mencionados y son **internados**, mientras que la minoría de éstos no requiere de internación.

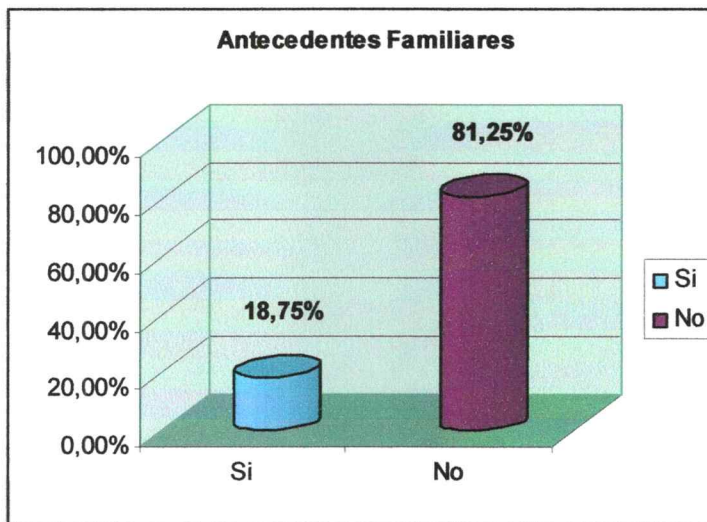


El **promedio de internaciones** hospitalarias que presentan los adolescentes entrevistados desde el momento del debut diabético es de **cuatro**, distribuyéndose de la siguiente manera:



Cabe destacar que entre los casos entrevistados, un paciente presenta **cuarenta internaciones hospitalarias**.

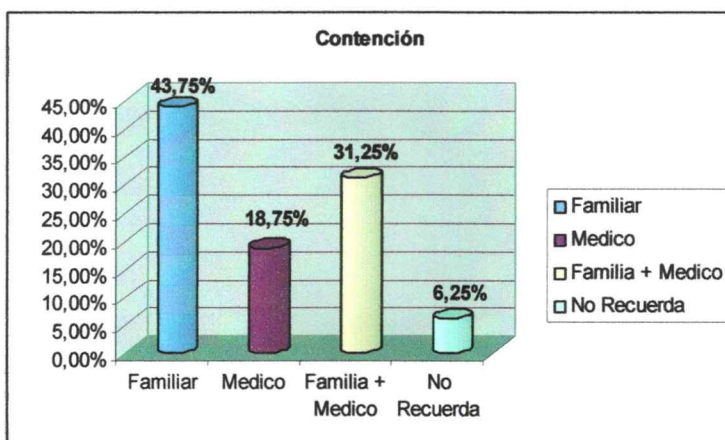
En cuanto a la presencia de **antecedentes familiares** de la enfermedad, solo el 18,75% de los entrevistados presenta algún familiar con diabetes, y en todos los casos se trata de Diabetes Mellitus tipo II, (la cual se presenta en personas adultas, y su tratamiento se basa en píldoras y no en insulina), el 81,25% restante **no tiene antecedentes familiares** de esta enfermedad. Observándose una **destacada prevalencia** de los segundos.



Contención recibida al momento del debut:

En relación a la percepción que tienen los adolescentes de la contención recibida al momento de conocer su diagnóstico, el 81,25 % de los pacientes entrevistados refieren haberse sentidos **muy apoyados**, mientras que el 18,75% restante no recuerda dado a su corta edad en ese momento.

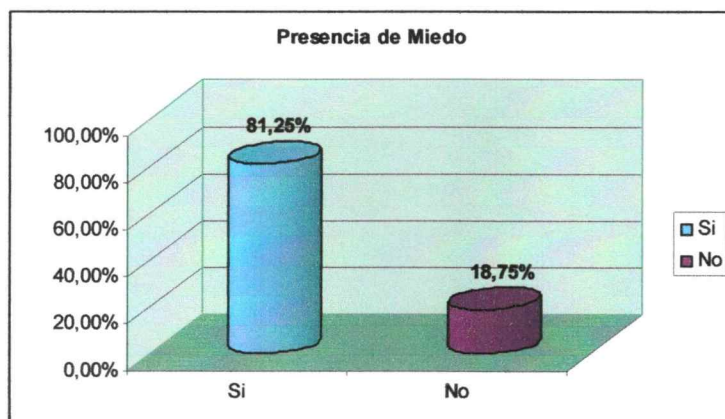
El apoyo y la ayuda que encontraron provino de su núcleo familiar y/o del equipo médico que comunico el diagnóstico, presentando la siguiente distribución:



En cuanto a los conocimientos previos de la enfermedad, la totalidad de los pacientes no poseía información. En cuanto a sus familiares convivientes solo el 18,75% conocían acerca de la enfermedad, porcentaje que coincide con los pacientes que presentan antecedentes familiares de Dbt., mientras que el 81,25% restante no contaba con conocimientos acerca de la problemática y por consiguiente de cómo actuar ante su presencia.



Al preguntar acerca de los **sentimientos** que se presentaron al momento de la aparición de la enfermedad en su mayoría los pacientes manifiestan haber sentido mucho **miedo**, mientras que la minoría se ve representada por pacientes que refieren no tener recuerdos de ese momento, destacándose la prevalencia de los primeros.



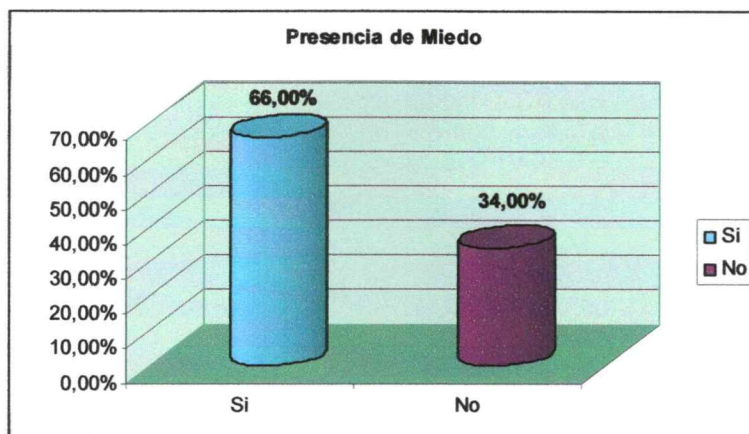
En su mayoría los adolescentes coinciden en enunciar que entre los sentimientos presentes **frente a su debut**, se encuentran los siguientes:

- Miedo por no saber que pasaba.
- Miedo por saber que era una enfermedad para toda la vida.
- Miedo a la muerte.
- Sentimientos de culpa, por ver a sus padres angustiados.
- Vergüenza por sentirse "diferente".

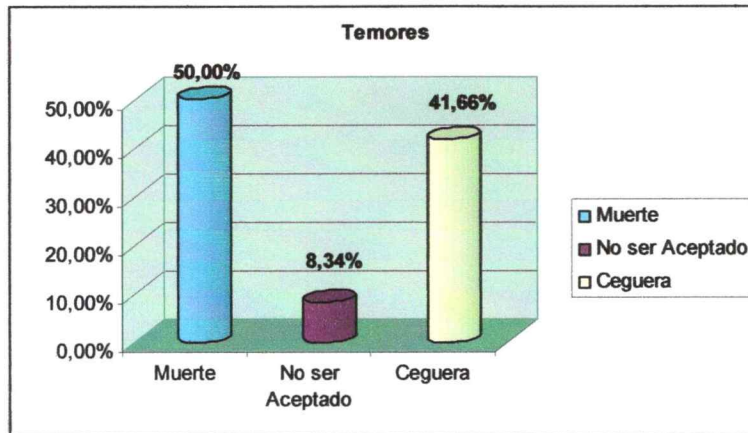
A su vez, entre los sentimientos manifestados por los **padres** de los entrevistados al momento del **debut**, prevalecen los siguientes:

- Sentimientos de culpa por la aparición de la enfermedad
- Incertidumbre con respecto al futuro
- Desbordados por la cantidad de conocimientos necesarios para controlar la enfermedad de manera eficaz
- Miedo por el futuro de sus hijos
- Sentimientos de ser incapaces para afrontar lo que esta enfermedad demanda.

Cabe mencionar, que en la **actualidad** la mayoría de los **pacientes** y sus **familiares** expresan tener **temores** en cuanto a la evolución de la enfermedad y a la presencia de posibles complicaciones; frente a una menor proporción que refiere, que si bien, al momento de conocer el diagnóstico se presentaron diferentes miedos, éstos fueron disminuyendo a partir de adquirir habilidades en cuanto al tratamiento de la enfermedad. Destacándose la prevalencia de los primeros.



Entre los temores que presentan los pacientes y sus familiares, predomina principalmente el miedo a la **muerte** y a la **ceguera**.



Situación socio-familiar actual de los pacientes:

Con este aspecto se busca conocer los **entornos de contención y apoyo** con los que cuentan los adolescentes y de que manera estas relaciones sociales favorecen u obstaculizan su proceso de salud.

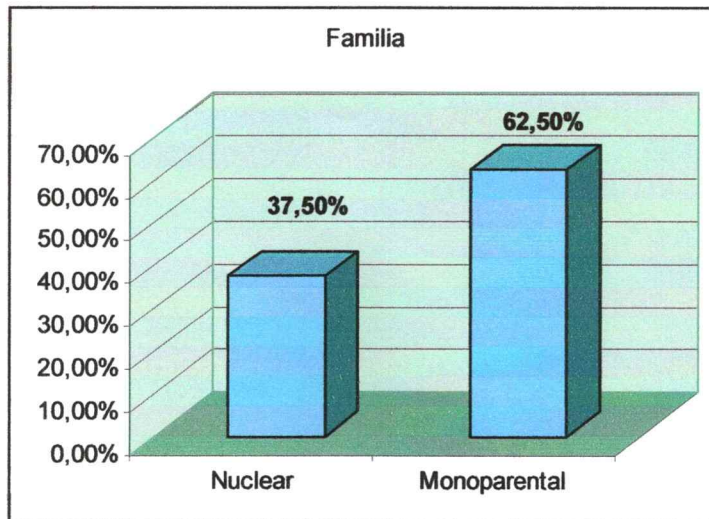
Para una mayor comprensión, se realizó el análisis considerando diferentes categorías a saber: a) Grupo familiar conviviente, b) Grupo familiar no conviviente, c) Grupo de pares y d) equipo de salud.

a) Grupo familiar conviviente:

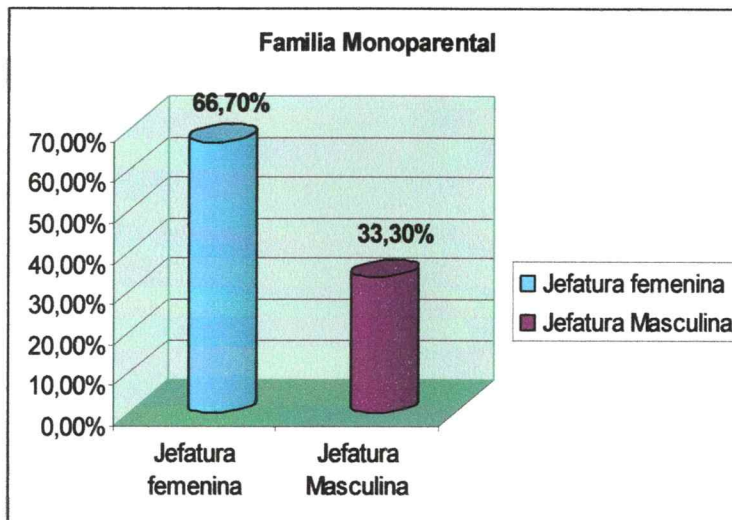
En cuanto al **núcleo familiar conviviente**; los pacientes entrevistados provienen de familias **monoparentales**¹⁶ y familias nucleares¹⁷; prevaleciendo las primeras y distribuyéndose de la siguiente manera:

¹⁶ Familia Monoparental: compuesta por un progenitor e hijos.

¹⁷ Familia Nuclear: compuesta por padre, madre e hijos.



Dentro del grupo de pacientes que provienen de familias monoparentales, la mayoría de éstas presentan una **jefatura femenina**:



Cabe destacar como aspecto relevante en esta investigación que la **mayor parte** de los adolescentes entrevistados relaciona y atribuye la **aparición de su enfermedad** con la **separación o divorcio de sus padres**,

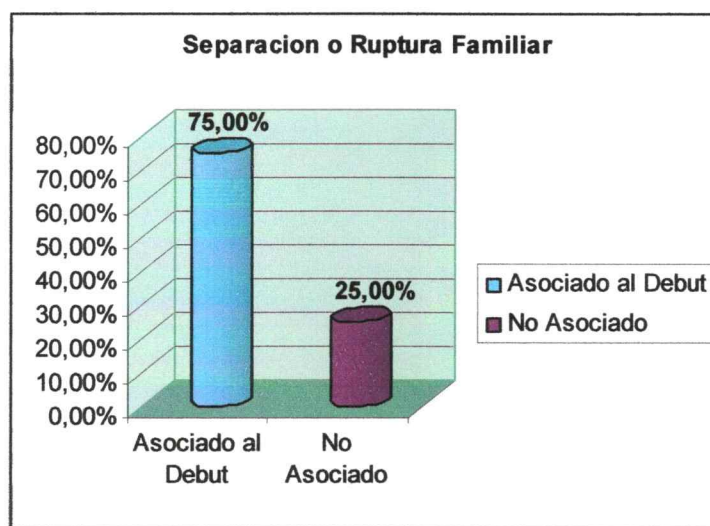
generando en su subjetividad sentimientos de “culpa” y “bronca” por haber enfermado.

-“...mis papás antes discutían, pero después que yo me enfermé todo fue peor...si esto no me hubiera pasado, las cosas serían mas fáciles...”

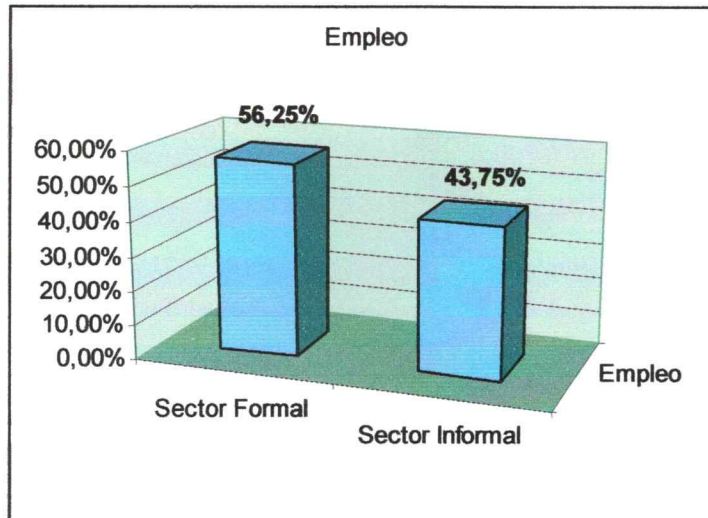
(entrevista N°4).

-“...hasta que yo me enfermé, vivía con mi papá y mi mamá...después al poco tiempo que me enferme mi papá se asustó mucho porque no sabía qué hacer y además le daba mucha impresión cuando me tenía que inyectar, entonces se fue de mi casa...ahora tiene otra esposa y una nena que es mi media

hermana... así que ya fue...” (entrevista N°6).



En relación a **situación laboral** de los padres de los entrevistados, se presenta una **prevalencia** en cuanto al desempeño dentro del **plano formal**, observándose en menor proporción la existencia de trabajos informales.



Entre las personas que cuentan con un trabajo formal figuran tareas como atención de comercios, taxistas, administrativos; mientras que en el segundo grupo las actividades se abocan al cuidado de niños, empleadas domésticas, empleos esporádicos de pintura y plomería, etc., en donde los pacientes manifiestan que los ingresos resultan escasos para la cobertura de sus necesidades básicas.

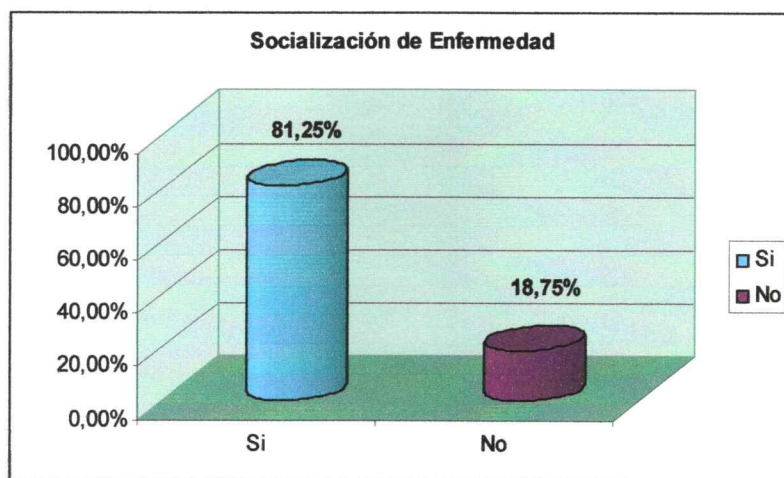
A su vez, el hecho de no contar con un trabajo formal conlleva además de las **dificultades y carencias económicas** a no contar con un sistema de **cobertura en salud**.

Cabe destacar, que el 50% de los entrevistados refiere que su familia presenta dificultades en la adquisición de alimentos específicos indicados en su plan alimentario.

b) Grupo Familiar no conviviente:

Comunicación del diagnóstico:

En cuanto a la comunicación del diagnóstico de Dbt. al grupo familiar no conviviente, se observa que en su **mayoría se dio a conocer** la enfermedad, mientras que en menor proporción se mantuvo dentro del grupo familiar conviviente. Destacándose la prevalencia de los primeros.



Contención y Apoyo:

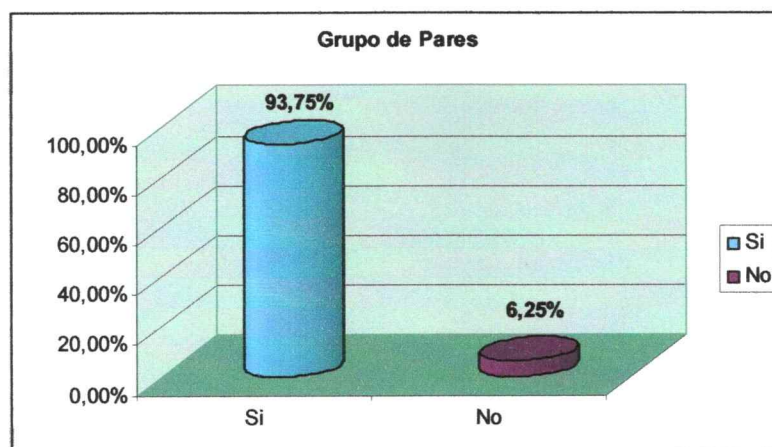
Los pacientes que han podido confiar su diagnóstico, refieren en su **totalidad** sentirse apoyados y acompañados por su familia. Entre las personas mencionadas por éstos se encuentran tíos, abuelos y primos. El tipo de ayuda y apoyo que reciben es variado, en algunos casos el apoyo es de tipo económico (dinero para solventar los gastos aparejados a la enfermedad), en otros casos tiene que ver con estar “atentos con lo que les pasa” y “cómo se sienten”, en brindarles contención y motivación para sus cuidados, la mayoría de los adolescentes mencionan como la principal forma de apoyo la anteriormente mencionada. Este aspecto remite a la construcción de

relaciones saludables en el sentido de poder comunicar “lo que nos pasa” y compartir como se sienten, indica un factor protector en ellos, en la medida en que pudieron resignificar su situación de salud y tomar una postura activa y responsable en lo que respecta a contar su situación y poder cuidarse y que lo cuiden

C) Grupo de Pares:

Comunicación del diagnóstico:

En relación a la comunicación del diagnóstico de Dbt. por parte de los adolescentes a sus **grupos de pares**, se observa que el 93,75% de los adolescentes tiene por lo menos una amistad con quien **comparte** su diagnóstico, el 6,25% restante (un paciente) refiere no haberlo compartido y no “querer hacerlo”. Destacándose una clara prevalencia de los primeros.



En su **totalidad** los pacientes que han podido comunicar su situación, manifiestan haber encontrado en su entorno cercano, entendimiento, acompañamiento, contención y ayuda. A su vez, refieren sentirse “**más**

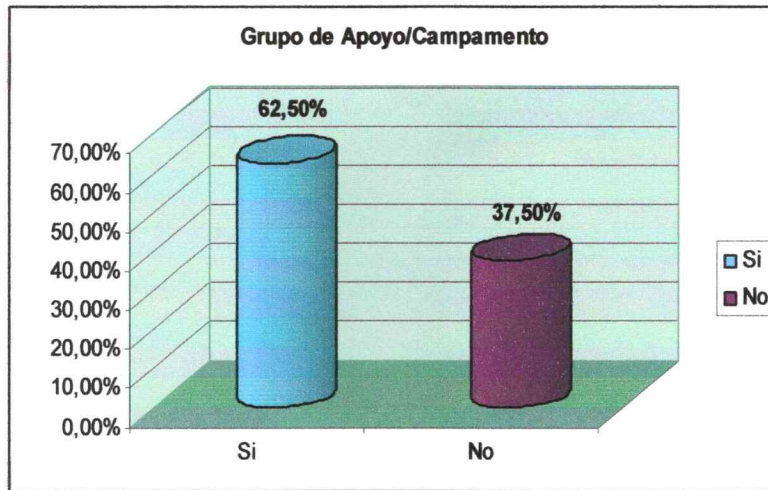
seguros", esto hace referencia a que los adolescentes han podido transmitirles a su grupo más cercano, las posibles complicaciones en el tratamiento de su enfermedad informándoles a su vez cómo actuar en situaciones de descompensaciones.

- "... todos mis amigos saben, también mis compañeros de colegio...ahora me voy de viaje de egresados y mis mejores amigas saben qué hacer si me descompenso..." - (entrevista N°7).

- "...al principio no quería contarle a nadie, me daba vergüenza...no sé...pero cuando me animé a contarle a mi amiga me hizo bien...que se yo...pensé que iba a ser distinto...no sé...que me iba a preguntar todo el tiempo y eso...pero no, ella me entiende y me hace bien cuando no estoy tan bien jeje...aparte es mejor hablar con ella que con mi mamá jeje ella no me jode..."-(entrevista N°14).

Asimismo, resulta significativo considerar, la participación de los adolescentes en **grupo de pares con diagnóstico de diabetes**.

En este sentido, se presenta una **mayor proporción** de pacientes que refieren **no haber compartido** actividades que nucleen a adolescentes en su situación; mientras que la minoría se ve representada por aquéllos que manifiestan haber participado de por lo menos uno de los **campamentos** destinados a pacientes con **diabetes** organizados por la institución.



La **totalidad** de los adolescentes que decide **no participar** en este tipo de propuestas, manifiesta falta de “interés” en hacerlo; mientras que, se observa que aquéllos que compartieron esta experiencia, encontraron en estos espacios libertad para poder expresarse tal “**como son**” y construir una **identidad grupal** alrededor de la realidad compartida.

-“...voy todos los años a los campamentos, la pasamos re-bien, me gusta porque aprendes y yo como soy media vieja en esto ayudo a los chicos que saben menos o tienen mas miedo...”- (entrevista N° 15).

-“... lo mejor es que nadie te mira raro cuando te pinchas...”- (entrevista N° 14).

-“...en los campamentos todos llevamos comida y la ponemos en una mesa y cada uno come lo que quiere...todos llevamos cosas que podemos comer...”- (entrevista N° 3).

-“... aprendes un montón... además hacemos juegos y todo eso...”-(entrevista N° 2).

d) Equipo de Salud:

Es importante recordar, que en el servicio de endocrinología del HIEMI, el abordaje de la diabetes en los adolescentes está a cargo de una **médica endocrinóloga y una enfermera.**

La **totalidad** de los pacientes entrevistados han construido un vínculo positivo con la médica endocrinóloga, que se traduce en una alta cuota de confianza y que se expresa en un estilo de relación “informal” excediendo las relaciones “obligadas” que se estipulan en el binomio médico-paciente. Este tipo de relación forma parte de los vínculos positivos que los adolescentes han construido y que favorecen una red de contención y apoyo más amplia, que funciona como proceso protector.

Como indicadores de ello se puede citar que los adolescentes se refieren a la profesional llamándola por su nombre de pila, expresan sentirse en confianza para dialogar con ella de su enfermedad y sobre otros aspectos de sus vidas cotidianas que hacen o no al tratamiento; manifiestan sentirse agradecidos por la atención y contención que reciben y saber que en cualquier momento pueden contar con su ayuda y sostén y no necesariamente en los días y horarios estipulados para la atención.

-“... x es la mejor doctora...es re piola...si me ayuda mucho y siempre está...yo cuando la necesito le mando un mensajito y siempre me ayuda...”-

(entrevista N°9).

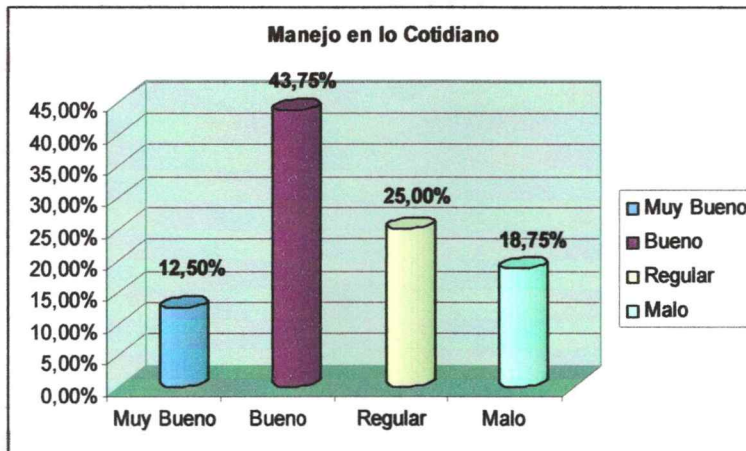
-“... antes me atendía en otro lugar y un amigo me contó que un conocido de él se atendía acá con x y que era copada...me empecé a atender con ella y sí...es una masa...eh...bueno...es...buena doctora y...compañera...me entendés?...”-(entrevista N°7).

Cotidianeidad:

La **totalidad** de los pacientes manifiesta que hubo cambios en su vida cotidiana a partir del conocimiento de su diagnóstico, éstos tienen que ver con aspectos directamente relacionados con los requisitos establecidos para propiciar un buen control diabetológico y también a cambios en sus relaciones; principalmente los entrevistados manifiestan cambios en la manera de relacionarse con sus progenitores.

Manejo de la enfermedad dentro del hogar:

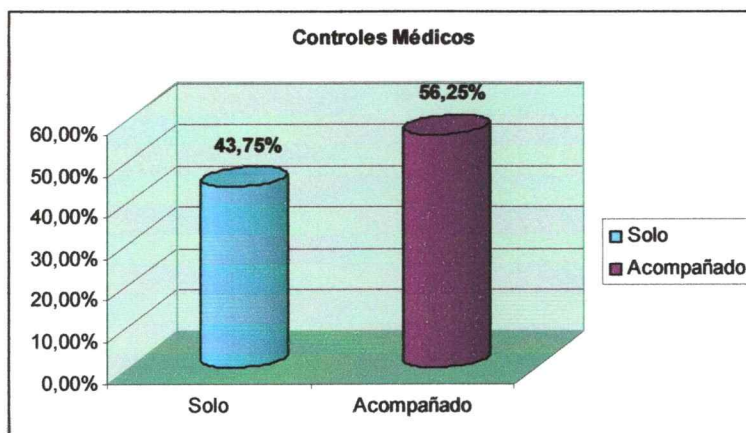
A fin de determinar el **grado de control de la enfermedad** que presentan los adolescentes dentro de su hogar, se tomaron en cuenta los siguientes indicadores: manejo del plan alimentario, realización de controles diarios, presencia de actividad física y apertura en cuanto a la adquisición de nuevos conocimientos referentes a la problemática. Se observa, la **prevalencia** de los adolescentes que presentan un **buen manejo** de la enfermedad dentro de su hogar, distribuyéndose de la siguiente manera:



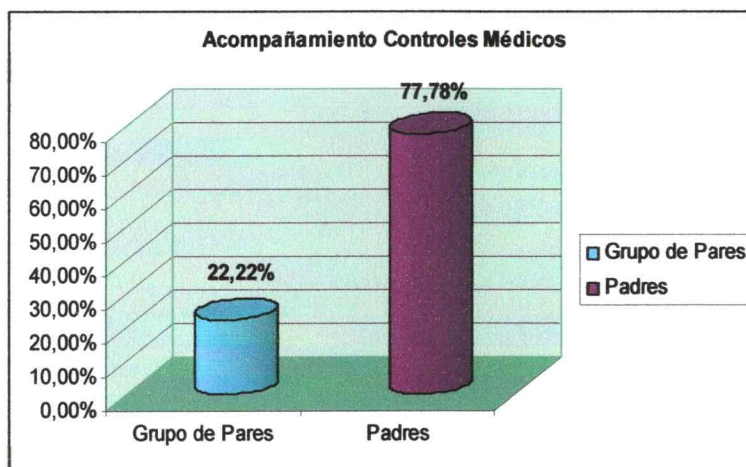
A su vez, dentro del grupo de pacientes que presentan cierto **grado de dificultad** en el control diario de su enfermedad, se observan contradicciones entre lo manifestado por éstos en cuanto a sus percepciones frente a esta situación y lo analizado. Se observan descuidos que pueden propiciar situaciones de riesgo y que en algunos casos han concluido en internaciones por descompensaciones, los cuales en el discurso de los entrevistados aparecen "minimizados".

Controles médicos:

En relación a la concurrencia al Servicio de Endocrinología a fin de realizar los controles médicos pertinentes, los pacientes, tal como se mencionó anteriormente, concurren en forma espontánea o por turnos programados, según la situación particular de cada uno de ellos. En este sentido, los entrevistados manifiestan en su **mayoría** concurrir **solos** a realizar sus controles y en menor proporción acompañados, distribuyéndose de la siguiente manera:



En general, los adolescentes que concurren a realizar sus controles **acompañados** lo hacen con sus **progenitores** y en menor proporción por un amigo/a del paciente, destacándose la prevalencia de los primeros:

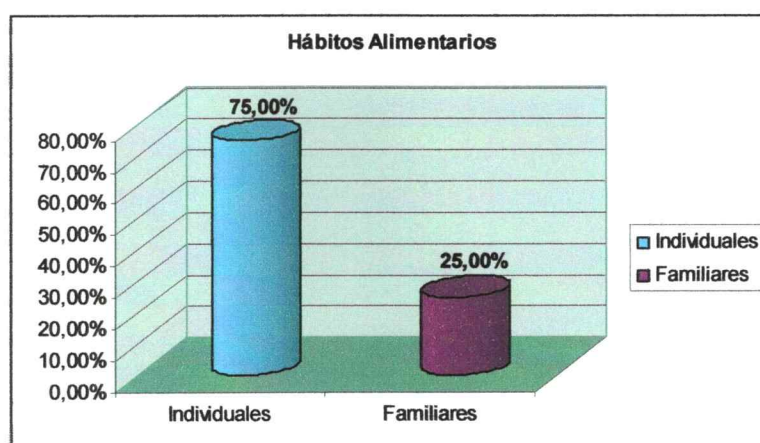


Hábitos alimentarios:

Al preguntar acerca de sus hábitos alimentarios, uno de los pilares fundamentales en el tratamiento de la diabetes, la **totalidad** de los pacientes coinciden en que si bien con el tiempo han modificado su

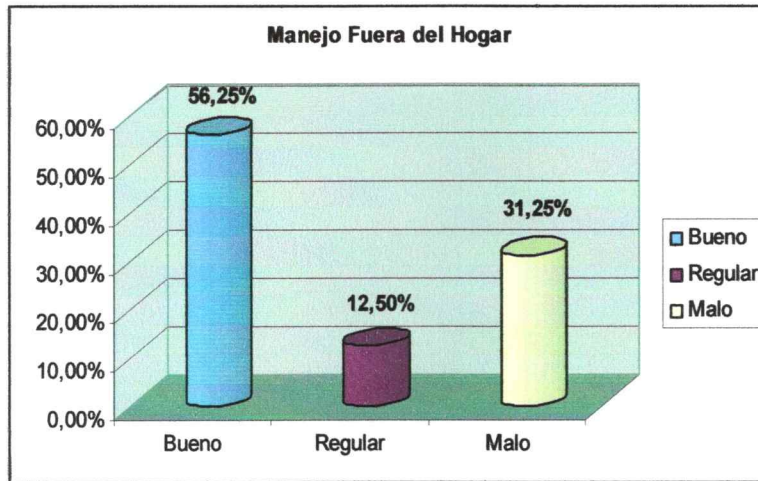
alimentación de manera que ésta resulte saludable para su tratamiento, esto les ha resultado y les resulta sumamente difícil, manifestando sentirse “**tentados**” a consumir productos no contemplados en su plan alimentario y darse ciertos “**permitidos**”.

Asimismo, en su **mayoría** los entrevistados mantienen una **dieta diferente a la de su grupo familiar**, manifestando en su totalidad, que se debe a cuestiones económicas, a la dificultad de que la familia adquiera productos recomendados en su dieta los cuales tienen un costo económico superior al de productos tradicionales; mientras que en su minoría, los adolescentes refieren que los cambios en su plan alimentario se produjeron a nivel familiar, sintiéndose apoyados y acompañados. Destacándose la prevalencia de los primeros.



Manejo de la enfermedad fuera del hogar:

En cuanto a la percepción de los adolescentes del manejo de su enfermedad fuera del hogar, la **mayoría** manifiesta presentar un **buen control**, distribuyéndose de la siguiente manera:

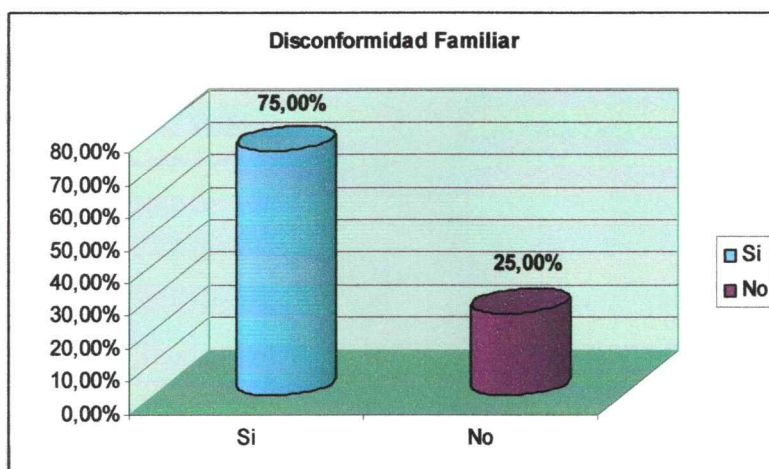


La **mayor parte** los adolescentes entrevistados coinciden en que les resulta mas dificultoso el control de su enfermedad fuera de su hogar que dentro del mismo, sobre todo en actividades compartidas con pares, en donde manifiestan sentirse "**tentados**" a consumir alimentos no permitidos, cigarrillos o ingerir alcohol. A su vez refieren darse más "**permitidos**" en sus salidas que en su rutina diaria. Se observa en el discurso de los entrevistados ciertas contradicciones frente a sus conductas, aparecen ciertos descuidos o excesos que podrían poner en riesgo su salud y que los adolescentes los manifiestan como "**permitidos**", minimizando el posible riesgo al que se exponen.

Discusión o disconformidad familiar respecto a los cuidados de los adolescentes

La **mayoría** de los adolescentes manifiesta que su grupo familiar conviviente presenta **disconformidad** en cuanto a la manera en que

éstos llevan adelante su tratamiento, frente a una minoría que refiere conformidad con su familia respecto a sus cuidados; destacándose la prevalencia de los primeros.

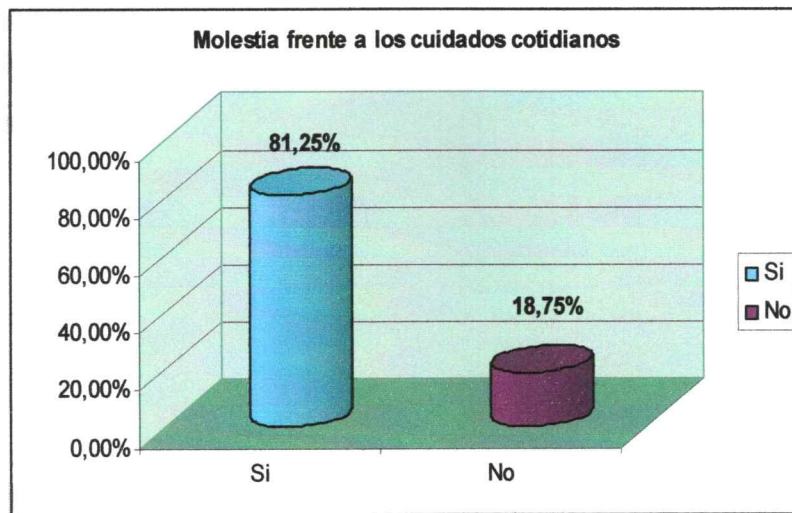


Los entrevistados, en su **mayoría**, refieren que esta disconformidad entre la forma en que ellos llevan adelante su tratamiento y lo que sus familiares esperan y/o exigen de ellos, se genera, principalmente, en relación a la cantidad de horas dedicadas a realizar actividad física, al plan alimentario (alimentos y horario de las ingestas) y sobre todo, frente a las salidas fuera del hogar, de los adolescentes, en donde los padres manifiestan un miedo mayor. Esto produce en los pacientes **sentimientos** de "bronca", de ser "**subestimados**" en cuanto a su capacidad propia de cuidarse y valerse por sí mismos, éstos en su mayoría expresan:

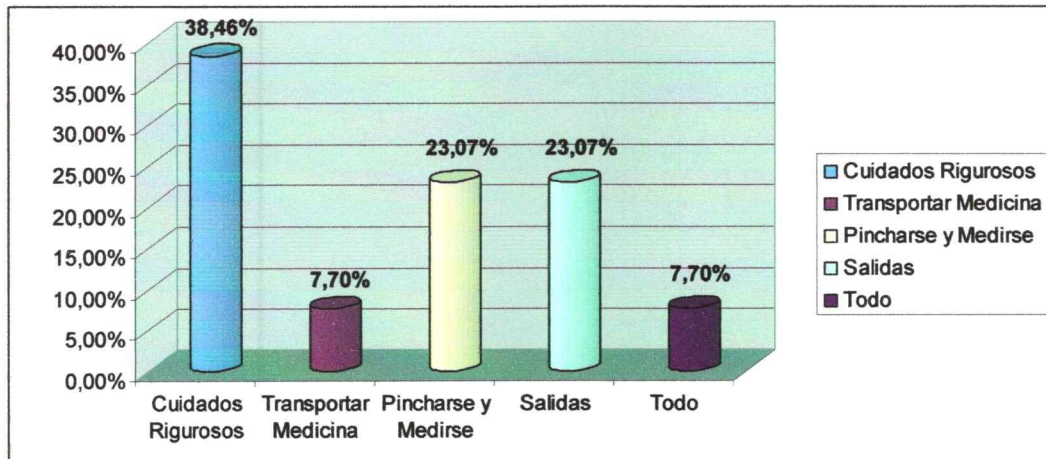
- Sentirse observados constantemente, controlados, "acorralados".
- Sentirse diferente.
- Sentir bronca porque su enfermedad este presente todo el tiempo como una problemática familiar.

- Sentir que nunca van a poder “conformar” a sus progenitores.
- Sentirse tratados como si fueran niños.
- Ser considerados incapacitados para ocuparse de sus cuidados.

Al preguntar a los **pacientes** acerca de la existencia de **malestares propios frente a los cuidados** cotidianos que su tratamiento requiere, se encontró que la mayoría de los pacientes manifiesta molestarse con alguna de las actividades incluidas en su rutina; mientras que la minoría de éstos, expresa haber incorporado a su rutina diaria los cuidados necesarios, no presentando inconvenientes para su realización. Destacándose una clara **prevalencia** de los primeros.

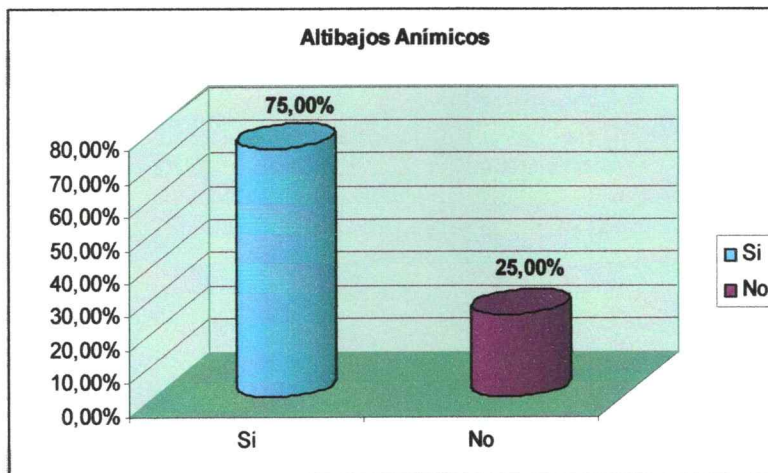


En cuanto a las **actividades y/o cuidados** que producen **malestar**, las respuestas brindadas por los entrevistados, fueron variadas y se distribuyen de la siguiente manera:

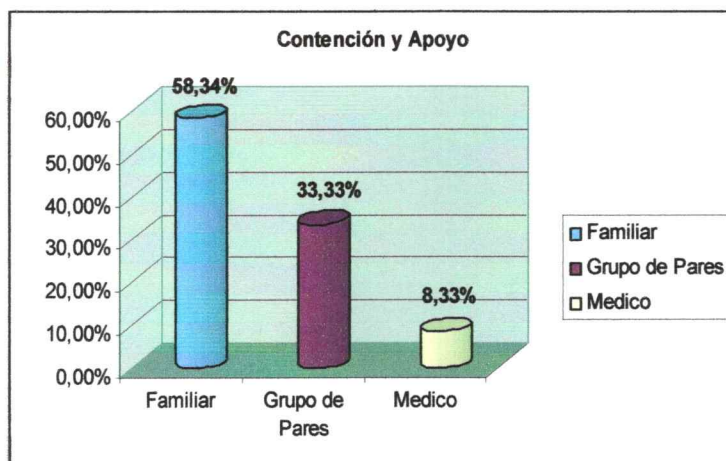


Altibajos anímicos:

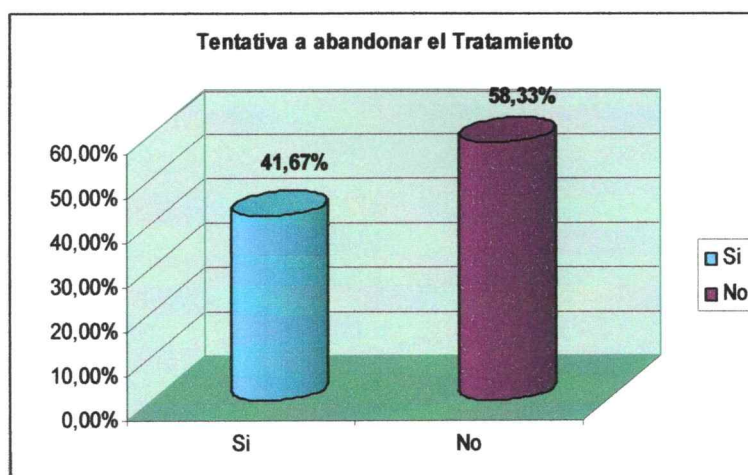
En relación a este aspecto, se observa una destacada prevalencia de los pacientes que **sufren y reconocen** atravesar por altibajos anímicos:



Dependiendo de cada adolescente en particular, éstos manifiestan encontrar **apoyo y contención** en sus familiares, grupo de pares y/o médica endocrinóloga, presentando la siguiente distribución:

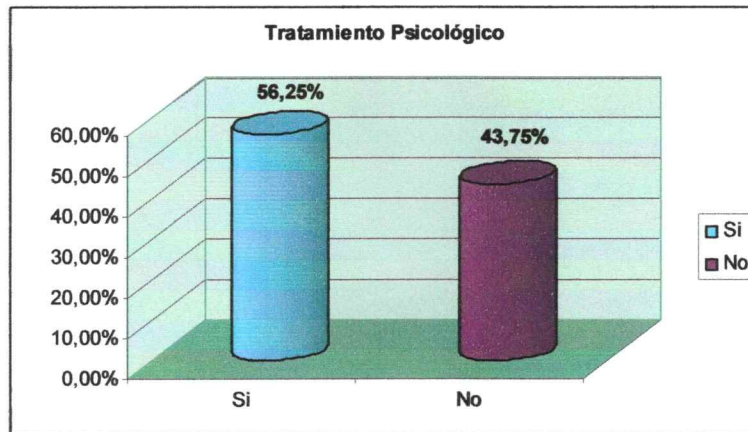


A su vez, si bien en menor proporción, los pacientes manifiestan sentirse "tentados" a **abandonar el tratamiento**; expresando sentimientos de "bronca", "impotencia", "frustración", por reconocer que es una enfermedad para toda la vida, "miedo o incertidumbre" en cuanto al futuro y la existencia de complicaciones, sentirse "agotados" por la rigurosidad de su tratamiento. La distribución se presenta de la siguiente manera:

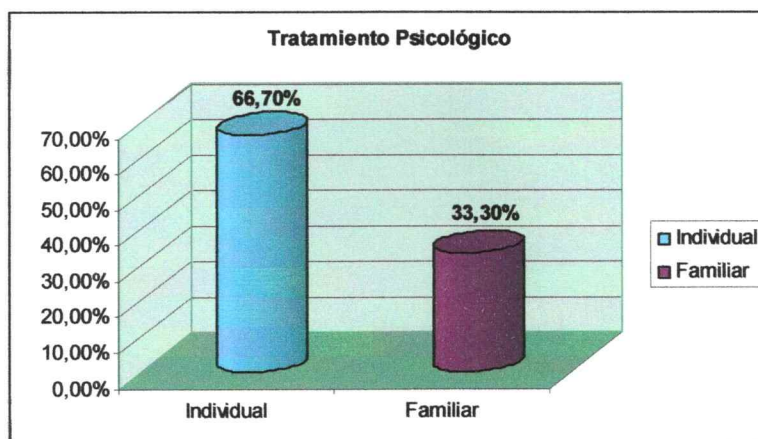


En cuanto a la asistencia a **tratamiento psicológico**, se observa que en su **mayoría** los pacientes nunca asistieron a realizar este tipo de terapia, manifestando, en su **totalidad**, falta de "interés" en hacerlo;

mientras que una menor proporción inició por lo menos una vez tratamiento. Prevalciendo los primeros.



Entre los pacientes que iniciaron tratamiento psicológico, la mayor parte lo hizo en **terapia individual**, mientras que en su minoría asistieron a tratamiento junto a su grupo familiar conviviente. Destacándose la **prevalencia** de los primeros.



Resulta importante mencionar, que la **totalidad** de los adolescentes manifiesta haber **abandonado** su tratamiento psicológico por no haber cubierto sus expectativas, no percibir cambios significativos en él o en su

entorno y principalmente por no "sentirse entendido". *En la actualidad, ninguno de los entrevistados realiza tratamiento psicológico, ni reconoce la importancia del mismo.*

Estudio de Casos concretos:

Se seleccionaron tres casos de los presentados en la muestra dada su representatividad en relación a la totalidad.

CASO I:

Se trata de una paciente de sexo femenino de 15 años de edad.

La paciente presenta su debut diabético a los 5 años de edad, en dicho momento es atendida en el Hospital Materno Infantil de la ciudad de Mar del Plata, donde es internada por encontrarse descompensada. A los siete años de edad, es derivada al servicio de endocrinología del HIEMI, en donde continúa atendiéndose.

Datos Obtenidos:

La paciente tiene **15 años** de edad, es nacida en Capital Federal y reside en la ciudad de Mar del Plata desde hace aproximadamente 12 años.

Presenta su **debut** diabético a los **5 años** de edad, quedando internada por encontrarse descompensada. Al momento de su debut, **no poseía** ningún tipo de **conocimiento de la enfermedad**, como tampoco lo tenía su familia, no posee antecedentes familiares de diabetes; refiere recordar haber sentido temor por lo que le sucedía y sentirse confundida, manifestando que fueron los médicos los que contuvieron su ansiedad y brindaron información acerca de la enfermedad.

En relación al aspecto educacional, la paciente **interrumpió sus estudios** hace aproximadamente dos años, habiendo promovido 7° año de EGB, en el transcurso del ciclo lectivo 2007, comenzó a concurrir a una

escuela de educación para adultos, luego de un mes dejó de asistir. Actualmente refiere **no poseer interés** para retornar. En relación a la opinión familiar respecto a su decisión, la paciente refiere que su madre se muestra indiferente.

Situación socio-familiar:

La joven reside en una vivienda alquilada junto a su madre, dos hermanos menores, una amiga de la familia (a la cual conocen hace dos años aproximadamente) y tres hijos de ésta. Estos últimos por no poseer vivienda ni posibilidades de adquirirla, convivirán con la familia, hasta lograr regularizar su situación habitacional.

El padre de la paciente, ha conformado otra familia; actualmente convive con su esposa y una hija producto de esta unión. El padre, se desempeña laboralmente en una empresa de transportes de pasajeros de larga distancia. La joven visita en forma esporádica a su padre en su domicilio.

La paciente refiere que su padre se fue de su casa al poco tiempo que ella enfermó, porque **"se asustó mucho"**; razón por la cual, la joven manifiesta cierta **culpa** respecto a dicha separación.

A su vez, la paciente tiene una hermana mayor que vive con su tía, con la cual posee un vínculo afectivo positivo y estable.

La madre de la paciente se desempeña laboralmente en el cuidado de niños durante algunos días de la semana; su amiga, contribuye al ingreso familiar con la cuota alimentaria que recibe por sus hijos y el hijo mayor de ésta se desempeña cuidando coches en una zona céntrica de la ciudad de Mar del Plata. El padre de la joven, comenzará a contribuir económicamente, en lo que

respecta a cuota alimentaria de la paciente y sus hermanos, dado una resolución judicial.

Estado de Salud:

La paciente presenta **40 internaciones** hospitalarias, en 10 años de presencia de la enfermedad, a partir del número de internaciones, la joven se encuentra **judicializada**¹⁸.

Respecto a los controles médicos, la joven concurre **sola** al servicio, **no realiza controles** continuados de su enfermedad, acudiendo al mismo cuando se siente descompensada o cuando requiere de medicación. Refiere que sufre frecuentemente de **hipoglucemias** por desequilibrios alimentarios y desequilibrios emocionales. Manifiesta que ha planificado adquirir alimentos adecuados a su dieta con el dinero que le brindará su padre, pero que le resulta sumamente **difícil** regular su plan alimentario, por cuestiones económicas y por “no poder evitar los dulces”.

Cotidianidad:

Refiere que es ella quien maneja su medicación, aplicación y alimentación. Es frecuente que se presenten ciertas discusiones con su madre por descuidos en sus hábitos alimentarios.

En cuanto a los medios para llevar adelante su tratamiento, la paciente obtuvo por un tiempo sus insumos a través del PRODIABA, luego lo dio de

¹⁸ La situación actual de la joven es abordada desde el Tribunal de Menores N° 1 de la localidad de Mar del Plata, con derivación al Centro de Promoción y Protección de los derechos del niño, correspondiente a su barrio, a fin de abordar aquellos factores que ponen en riesgo su salud.

baja por poseer obra social. Actualmente se encuentra **sin cobertura** y no regularizó su situación para reingresar al programa, por lo cual obtiene su medicación a través de la médica endocrinóloga a cargo del servicio de IREMI.

En relación a los alimentos, son obtenidos a través de los ingresos del grupo conviviente.

Actualmente se encuentra atravesando por un periodo de **desequilibrio emocional**, dado a que tomó conocimiento de que su madre sostiene una relación de pareja homosexual, con una persona allegada a la paciente (situación que fue planteada por su madre, cuando le otorgan el último alta hospitalario a la joven, luego de permanecer internada durante cuatro días).

La paciente guarda un **vínculo positivo** con la amiga de la familia con quien comparte su vivienda y con el hijo mayor de ésta manifestando que es su único amigo. Planifica irse a vivir con ellos cuando éstos efectúen su mudanza a un nuevo domicilio. La madre de la joven, planifica mudarse a Capital Federal. La paciente refiere haber planteado a su tía la posibilidad de vivir con ella y con su hermana, pero esto no fue posible dado a que su tía "**se impresiona mucho**" con las actividades de rutina de la diabetes.

La joven manifiesta **no realizar actividades** fuera del hogar, no tener amigos que conozcan su situación, expresa que se encarga de la limpieza de su casa y del cuidado de sus hermanos menores. La paciente, concurrió, durante cinco meses, a un grupo de jóvenes, en donde refiere que se sentía contenida y en donde participaba de diferentes actividades. Hace aproximadamente tres meses, dejó de concurrir, refiriendo que su madre así lo dispuso por considerar que regresaba a su hogar "muy alterada".

La paciente concurreó en una oportunidad a tratamiento psicológico, al cual dejó de asistir porque **"no le servía"**.

Desde el Servicio de endocrinología de la institución, la joven fue derivada al Servicio de psicología de IREMI y al Servicio Social del CAP's¹⁹ correspondiente a su barrio. Hasta el momento de la entrevista, la joven no asistió. En relación a su madre, fue citada en diferentes oportunidades por el servicio, no habiendo asistido hasta el momento. Dada su condición judicial, la situación es abordada, por disposición del Tribunal de Menores interviniente, desde el Centro de Promoción y Protección de los derechos del niño, correspondiente a su barrio.

CASO II:

Se trata de una paciente de sexo femenino de 17 años de edad.

La paciente presenta su debut diabético a los 7 años de edad, en dicho momento es atendida en IREMI, donde es derivada al Hospital Materno Infantil de la ciudad de Mar del Plata, quedando internada, durante un mes, por presentar hipoglucemia.

Datos Obtenidos:

La paciente tiene **17 años** de edad, reside en la ciudad de Mar del Plata, de donde es oriunda.

Presenta su **debut** diabético a los **7 años** de edad, siendo atendida en el Hospital Materno Infantil de la ciudad de Mar del Plata, quedando internada

¹⁹ Centro de Atención Primaria de la Salud.

por presentar hipoglucemia. Refiere que al momento de su debut, no poseía ningún tipo de conocimiento de la enfermedad, como tampoco lo tenía su familia, no posee antecedentes familiares de diabetes, refiere que en ese momento tuvo mucho **miedo a la muerte** y que **aun hoy es su preocupación mayor**.

En relación al aspecto educacional, luego de concluir con el ciclo primario y una vez promovido éste, **no continuó con sus estudios**. Actualmente planifica realizar un curso de Camarera junto a su hermana mayor.

Situación socio-familiar:

La joven reside en una vivienda alquilada junto a su madre y su hermana mayor.

El padre de la paciente, ha conformado otra familia; actualmente convive con su esposa y dos hijos producto de esta unión. El padre, se desempeña laboralmente como empleado de un comercio. Se divorció de la madre de la paciente cuando ésta tenía **ocho años** de edad. La joven lo visita, en su domicilio, durante los fines de semana, ya que **"tiene que hacerlo"** por un acuerdo estipulado por la pareja. El **padre** de la joven, **no contribuye económicamente** al ingreso familiar.

La madre de la paciente se desempeña laboralmente como empleada de un comercio, la pareja de ésta contribuye económicamente al ingreso familiar.

La joven refiere que su padre **agredía físicamente** a su madre, desde antes de su **debut** diabético, pero que luego de éste **se agudizó** dado a que el padre de la paciente **culpa a su madre de la aparición de la enfermedad**.

La paciente manifiesta encontrar apoyo y contención en su hermana, con la que mantiene un vínculo afectivo positivo y estable.

Estado de Salud:

La paciente presenta **5 internaciones** hospitalarias, en 10 años de presencia de la enfermedad, por hipoglucemias e hiperglucemia, en **dos** ocasiones ha llegado al **coma diabético**.

Respecto a los controles médicos, la joven concurre sola al servicio o en compañía de su hermana. Siendo **frecuentes** las consultas por sufrir **desajustes** en sus niveles de glucemia. La joven manifiesta que le **molestan** mucho las **actividades de rutina** de la diabetes, en especial medirse y aplicarse insulina y que es frecuente **“tentarse a no hacerlo”**.

Cotidianeidad:

La paciente refiere ser ella quien maneja su medicación, aplicación y alimentación, siendo frecuente que se presenten ciertas **discusiones** con su madre por descuidos en sus **hábitos alimentarios** y por la carencia de actividad física.

En cuanto a los medios para llevar adelante su tratamiento, la paciente **posee obra social**, provista por el empleo de su madre, de la que obtiene los recursos necesarios para su tratamiento. La paciente plantea **dificultades** en cuanto a los tiempos de entrega de tiras, insulina y lancetas; en esos momentos la necesidad es cubierta con el ingreso de la familia.

En relación a los alimentos, son obtenidos a través de los ingresos del grupo conviviente.

La joven manifiesta **no realizar actividades** fuera del hogar, se observa que su red vincular se acota a su madre y hermana, manifiesta **no tener amigos**,

lo cual no le genera malestar dado a que **“nunca los tuvo”**, refiere ser una persona tímida y no tener la necesidad de ampliar su red vincular. No realiza **ningún tipo de actividad física**, expresando que **“no le gusta”**. Se observa a la joven con cierta reticencia a dialogar acerca de la enfermedad y a los cuidados necesarios para su salud.

La paciente recientemente concurre a **terapia psicológica individual**, derivada desde el servicio de endocrinología de la institución, al cual luego de tres meses, dejó de asistir por considerar que **“no la ayudaba en nada”**.

Desde el Servicio de endocrinología de la institución se realiza seguimiento del caso planteado, la joven fue nuevamente derivada al Servicio de psicología de IREMI. Al momento de la entrevista, la joven no asistió y refiere no querer hacerlo.

CASO III:

Se trata de un paciente de sexo masculino de 13 años de edad.

El paciente presenta su debut diabético a los 7 años de edad, en dicho momento concurre junto a su madre y abuela paterna a una clínica privada de la ciudad de Mar del Plata, por sentirse **“débil”** donde se le diagnostica la enfermedad. Una vez otorgada el alta, comienza a ser atendido en el servicio de endocrinología del HIEMI, en donde continúa atendiéndose.

Datos Obtenidos:

El paciente tiene **13 años** de edad, reside en la localidad de Balcarce, de donde es oriundo.

Presenta su **debut** diabético a los **7 años** de edad, quedando internado por encontrarse descompensado. Al momento de su debut, el paciente **no poseía** ningún tipo de **conocimiento de la enfermedad**. La familia, por su parte, poseía conocimientos generales de la problemática, pero no de las particularidades del tratamiento; no se registran antecedentes familiares de diabetes; el paciente refiere que fueron los médicos quienes contuvieron a la familia e informaron acerca de las pautas de atención.

En relación al aspecto educacional, el paciente **se encuentra cursando** 1° año de la educación secundaria. Refiere presentar **dificultades en el aprendizaje**, plantea que desde hace un tiempo **no tiene motivación** para concurrir a la escuela, presenta muchas inasistencias y llegadas tarde a la hora de clases, refiere que al permanecer solo en su domicilio, se levanta tarde y no logra llegar a horario; así también manifiesta que la escuela queda muy alejada de su domicilio (10 cuadras).

Situación socio-familiar:

El niño reside en una vivienda alquilada junto a su **padre**, en la localidad de Balcarce, desde hace aproximadamente un año; el mismo se desempeña laboralmente como empleado de una empresa que brinda un servicio de seguridad privada. La abuela paterna del niño, colabora económicamente al ingreso familiar.

La madre del paciente, actualmente se encuentra sin ocupación laboral, siendo beneficiaria de un plan otorgado por el estado.

Los padres del paciente están divorciados, al momento de la separación el niño comenzó a vivir con su madre; desde hace un año aproximadamente

convive junto a su padre y ha tenido un corte en el vínculo con su madre, a la cual no visita ni es visitado por ella.

Refiere que su madre culpa a su padre de la aparición de su enfermedad, el niño manifiesta cierta **culpa** respecto a dicha separación, manifestando que si "esto" no hubiese ocurrido "las cosas serían más fáciles" para su familia.

Estado de Salud:

El paciente presenta **4 internaciones** hospitalarias, en 6 años de presencia de la enfermedad, tres de ellas por hipoglucemia.

Respecto a los controles médicos, el niño actualmente concurre al servicio **acompañado por su padre**, anteriormente era su madre quien lo acompañaba, **no realiza controles** continuados de su enfermedad, acudiendo al mismo cuando se siente descompensado.

El paciente manifiesta que a partir de tomar conocimiento de su enfermedad, ha modificado sus pautas alimentarias, refiere haber incorporado **sin dificultad** lo recomendado en su **plan alimentario**, manifestando, a su vez, que en diferentes oportunidades se otorga ciertos "**permitidos**".

Cotidianeidad:

Refiere que es **él** quien **maneja** su medicación, aplicación y alimentación. Es **frecuente** que se presenten ciertas **discusiones** con su padre en relación a los "permitidos" que el niño realiza en su plan alimentario.

En cuanto a los medios para llevar adelante su tratamiento, el paciente **no posee obra social**, obtiene sus insumos a través del **PRODIABA**, refiriendo que no ha sufrido irregularidades en la entrega.

En relación a los alimentos, son obtenidos a través de los ingresos económicos de su padre, y de la ayuda otorgada por la abuela paterna del paciente.

En el transcurso de la entrevista, el niño se muestra introvertido, no genera conversación, solo responde a las preguntas planteadas.

Refiere que su padre trabaja durante muchas horas en un trabajo nocturno, por lo que el niño pasa la mayor parte del tiempo solo.

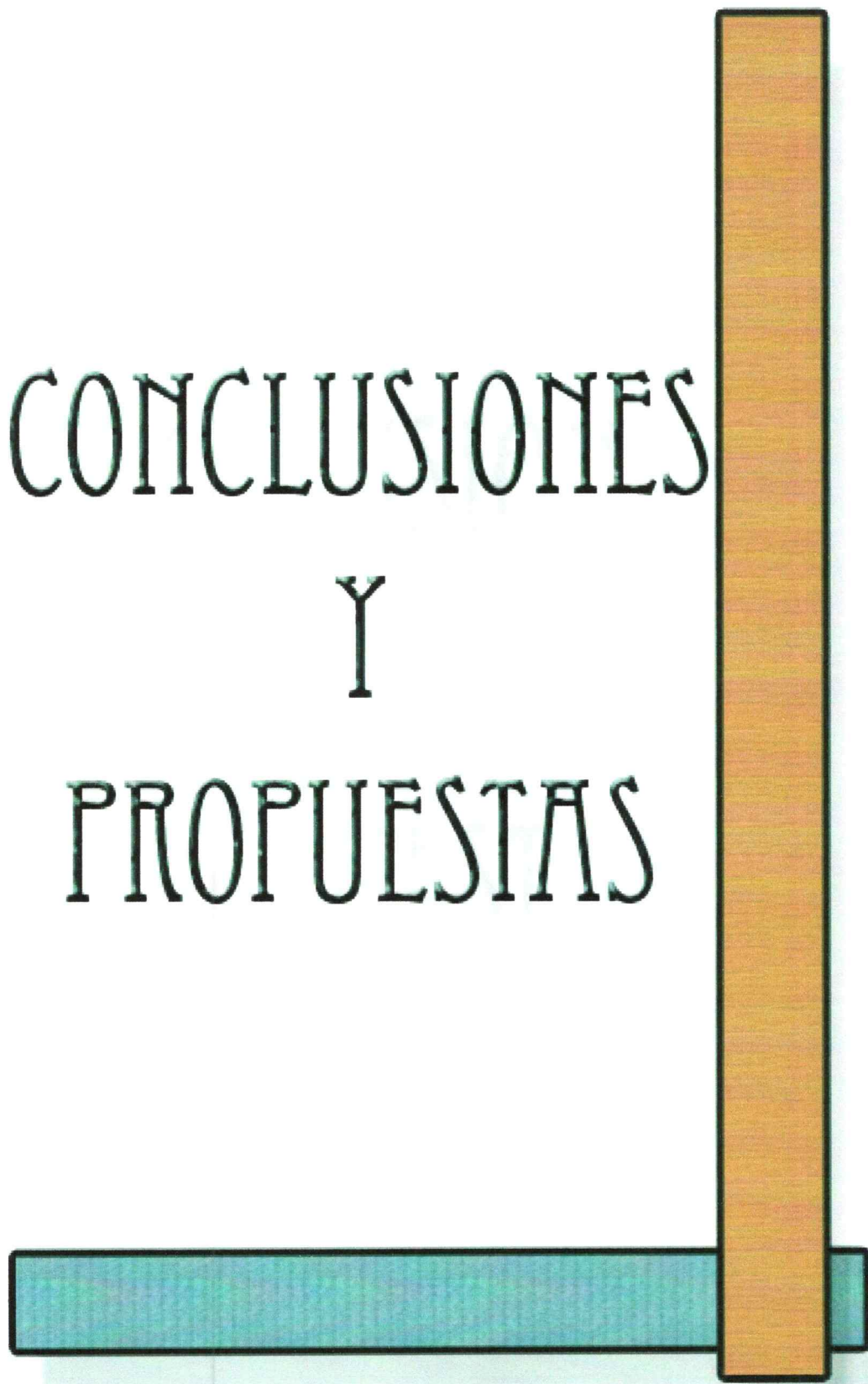
El paciente manifiesta **realizar actividades físicas** como fútbol y trasladarse en bicicleta diariamente. Refiere que algunos amigos tienen conocimiento acerca de la presencia de su enfermedad y **no recordar si en su escuela saben**. El niño planifica concurrir por primera vez a los **campamentos de diabetes** organizados por la institución, habiendo sido invitado por la médica endocrinóloga, con la cual manifiesta tener una muy **buena relación**.

El paciente concurrió en una oportunidad a **terapia psicológica**, no exclusivamente por su enfermedad, sino por su situación familiar, **habiendo abandonado** el tratamiento cuando se fue a vivir con su padre. En la actualidad, tanto el niño como su padre expresan **desinterés** en retomar la terapia.

El padre del paciente, refiere estar preocupado por la situación actual de su hijo, manifiesta que el niño **no muestra interés en informarse** acerca de la enfermedad, y que él dado a su empleo **no puede ocuparse** del tratamiento del niño y que a su vez, **prefiere “mantenerse lo más al margen posible”** para evitar discutir con su hijo el poco tiempo que comparten juntos.

Desde el Servicio de endocrinología de la institución se orienta al niño y a su padre en relación a la importancia de la adquisición de hábitos saludables para el cuidado de la salud del niño. Se plantea la dificultad de abordaje desde el servicio. Se realizó derivación al Servicio Social del CAP's correspondiente a su localidad; al momento de la entrevista, no han concurrido.

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS



Conclusiones y Propuestas

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica considerada, a nivel mundial como un problema de salud pública, principalmente en Latinoamérica, siendo una importante causa de muerte y discapacidad. Todos los diabéticos en mayor o menor medida, tienen comprometida su salud, sus posibilidades de vivir sin padecimientos físicos y probablemente ven acortada su existencia. Todas estas posibilidades negativas pueden ser corregidas con un tratamiento adecuado y una conducta disciplinada. Debemos tener en cuenta, que un buen control diabetológico no sólo reduce las posibilidades de sufrir complicaciones, sino que también va asociado a una mejor calidad de vida de los adolescentes y de sus padres.

A través de la investigación realizada, se puede afirmar que el camino que deben transitar quienes se enteran de su diagnóstico de diabetes no es simple, ni conduce prontamente a una transformación inmediata. Se observa que el mismo está atravesado por miedos, prejuicios, desesperanza, etc.

La muestra estudiada está conformada por adolescentes con un promedio de 15 años de edad; en general, residentes en la ciudad de Mar del Plata. Si bien la edad en que presentan su debut diabético es variada, existe un promedio entre los entrevistados de conocimiento del diagnóstico a partir de los 7 años de edad, con presencia de la enfermedad entre dos y catorce años. Los pacientes en general presentan un comienzo brusco de su enfermedad, bien con los síntomas propios del síndrome diabético o por descompensación, siendo diagnosticados a partir de una internación hospitalaria.

Se evidencian factores presentes en la vida de los adolescentes y en su

entorno social, que pueden ser considerados de riesgo para la salud de los mismos, los cuales los colocan en una situación clara de vulnerabilidad. Algunos de ellos reconocidos como tales por los entrevistados y otros que aparecen como justificados o permitidos por el grupo estudiado, no pudiendo asumir realmente una conciencia de posibles complicaciones futuras debido a sus descuidos en el control de su enfermedad.

Resulta importante considerar, en el abordaje de la problemática, que el manejo de la diabetes es especialmente difícil en la adolescencia. Si bien esta etapa puede representar un desafío para cualquier niña o niño, ésta puede ser especialmente dura para los adolescentes con diabetes.

Un aspecto relevante a considerar en el manejo de la diabetes, es el control del nivel de azúcar en sangre, éste se vuelve especialmente difícil de controlar en esta etapa, por características hormonales propias de la edad, que pueden actuar como un agente anti-insulina, dando como resultado niveles que oscilan entre demasiado altos y demasiado bajos. Esta falta de control de los niveles del azúcar en sangre puede ser muy frustrante para el adolescente.

Asimismo, a través de la muestra estudiada, se evidencia en algunos de los entrevistados que si bien al comienzo de la enfermedad, se ajustaron al plan de control indicado para el tratamiento de su diabetes, a través de la acción de sus padres y/o cuidadores, en la actualidad presentan una mayor tendencia a rechazar la enfermedad o restarle importancia al tratamiento, aumentando así la exposición a factores de riesgo.

Se pudo evaluar que los conflictos con la familia están más marcados en esta etapa, observándose relaciones que oscilan entre la dependencia hacia los padres y la necesidad de separación de los mismos, en una búsqueda de

autonomía e independencia, evidenciándose en la mayoría de los casos la existencia de discusiones en el núcleo familiar en relación a la manera en que el adolescente lleva adelante su tratamiento, generando en éstos sentimientos de no sentirse “entendido” o “escuchado” por los adultos, “bronca” y “desesperanza” frente a la presencia de la enfermedad y su cronicidad, presentándose, en algunos casos, la tentativa a abandonar el tratamiento junto con la dificultad de pedir ayuda y la manifestación de falta de “interés” en concurrir a tratamiento psicológico.

Ahora bien, todos estos aspectos son factibles de transformación, para lo cual se deberían implementar diversas estrategias planificadas desde las políticas de salud pública. Se identificaron, entre los entrevistados, potencialidades y cambios resilientes durante el transcurso de su enfermedad, que permitieron lograr la adquisición de conductas que contribuyen a mejorar su calidad de vida y seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores. Aspectos que se consideran absolutamente necesarios tener en cuenta en el abordaje de la problemática con el paciente y su familia.

Se evalúa que el apoyo y la contención del grupo familiar fueron, al momento de conocer el diagnóstico, y siguen siendo, mecanismos protectores de una importante significación para los entrevistados y que éste se encuentra estrechamente relacionado con el grado de autonomía y responsabilidad que estos pacientes presentan frente a la enfermedad y a su tratamiento.

Es por ello, y adhiriendo a la concepción de la familia *como principal factor para sostener y resignificar una convivencia saludable en presencia de esta enfermedad, en donde el apoyo familiar resulta fundamental y predictor*

importante de un buen autocontrol, que se considera importante, reforzar el trabajo con estas familias, evaluando desde el principio la reacción ante el problema y acompañándolas y asesorándolas en el manejo cotidiano de la enfermedad, de manera tal que la responsabilidad en la evolución del tratamiento, desde un comienzo, sea compartida entre el equipo de salud, la familia y el paciente.

Resulta importante brindarles tanto a los pacientes como a sus padres, un espacio profesional, en donde partiendo de las capacidades potenciales que cada adolescente y cada familia posee, se aborden aquellos factores individuales o presentes en la dinámica familiar y su entorno, que puedan actuar como obstáculos de un control exitoso de la enfermedad. Incluyendo temas relacionados al desarrollo de estrategias para el cambio de comportamientos, reparto de responsabilidades en el cuidado de la diabetes, manejo de situaciones estresantes en la vida, como divorcio o separación de los padres, sustitución de alimentos dentro su plan, estrategias para la obtención de medicación, etc., procurando que el plan de cuidados personales de cada adolescente, sea realista y sostenible de acuerdo a las particularidades de cada familia. Además, resulta significativo el abordaje de temas relacionados a la escucha, comprensión y la aceptación entre adultos y adolescentes, dado a que a través de la muestra estudiada queda evidenciado que la carencia de las mismas puede reducir la capacidad del adolescente de controlar su diabetes con autonomía.

A su vez, se propone, paralelamente, la realización de encuentros diferenciados para padres y pacientes, en donde en un clima de confianza, se ofrezca un espacio de privacidad, en el que se puedan abordar aspectos que

hagan a sus sentimientos y miedos frente a la afección y en donde se propicie el diálogo con los adolescentes en temas relacionados al consumo de alcohol, cigarrillos, sustancias tóxicas, entre otros.

Los encuentros deben ser planificados, de manera tal de brindarles continuidad y adaptados a los estilos de vida, nivel educativo y socioeconómico de cada paciente. Deben perseguir el objetivo de lograr en estos individuos una actitud de autocuidado efectivo, otorgándole responsabilidad al adolescente respecto a sus cuidados, para que se movilice, de manera creciente hacia el autocontrol y la autoeficiencia, lo que le permitirá maximizar su bienestar físico y psicológico.

Para ello es necesario dotar al paciente y a su familia de herramientas para aprender a convivir con la enfermedad y actuar en relación a ésta, ejerciendo sus derechos y libertades, accediendo a los conocimientos esenciales para su enfermedad, procurando la realización de un proyecto de vida saludable.

En relación a esto, desde los proyectos implementados por el Servicio de Endocrinología de la institución, se considera que la realización de campamentos anuales de diabetes, constituye una herramienta eficaz dentro del tratamiento de la diabetes con adolescentes.

Asimismo, resulta significativo destacar, el grado de compromiso y responsabilidad de la médica endocrinóloga a cargo del servicio, quien sostiene un vínculo positivo con los adolescentes que allí se atienden, y que se refleja en el discurso de los entrevistados en una alta cuota de confianza, expresada en un estilo de relación "informal" que excede las relaciones "obligadas" que se estipulan en el binomio médico-paciente. Este tipo de

relación favorece una red de contención y apoyo más amplia para el adolescente, encontrando un espacio de escucha y comprensión para dialogar sobre aspectos relacionados con el tratamiento de la enfermedad, como también cuestiones que hacen a sus vidas cotidianas.

Considerando el lado político e institucional, se puede concluir en que se evidencia una contradicción entre lo que debería ser un derecho socialmente adquirido y lo que sucede en la práctica cotidiana cuando los pacientes van a ejercer sus derechos como ciudadanos. Se puede afirmar que la burocratización que se presenta frente a la obtención de cobertura para la diabetes, dificulta el cuidado de la salud en pacientes diabéticos, limitando el derecho de todo ser humano a poseer un estado de vida saludable.

Las políticas de salud desde su formalidad se plantean para todos los ciudadanos, "el acceso a todos los sistemas y servicios de salud sostenibles". Si bien dichos pacientes no carecen del acceso a los servicios de salud, éstos no resultan totalmente adecuados para ellos, lo cual vulnera el derecho a la atención médica óptima.

Es necesario crear conciencia en los prestadores de salud y en los que toman las decisiones políticas, a fin de solucionar la situación de vulneración. Se debe atenuar la problemática social para que no incida en la enfermedad y tratar íntegra y correctamente la enfermedad a fin de prevenir complicaciones.

La diabetes, como toda enfermedad crónica, debe ser abordada por un equipo de salud interdisciplinario, a través de un actuar interrelacionado, con una participación y correlación entre el equipo asistencial, el paciente, y la familia, desde una visión biopsicosocial que permita al diabético obtener el mejor bienestar físico y psíquico.

Considerando la dinámica empleada por parte de la institución en la atención de los pacientes diabéticos, resulta fundamental mencionar la necesidad de que se dote a la institución de un equipo de salud estable e interdisciplinario (endocrinólogo, enfermera, nutricionista, podólogo, psicólogo, trabajador social, entre otros) dedicados al abordaje integral de la problemática.

Se debe reconocer y exigir la responsabilidad del Estado, en cuanto al reconocimiento de estas problemáticas y a su acción consecuente; siendo que es el Estado el responsable de garantizar la accesibilidad a la atención como parte del derecho a la salud.

Se debe enunciar además, la importancia y la influencia que tienen los aspectos sociales, económicos y culturales, sobre la persona con diabetes; tales como, el acceso a los recursos y servicios para la atención de la enfermedad, las características del contexto social en el que se encuentra inmersa la persona, el acceso a la información y educación diabetológica, etc.

Es el estudio y la comprensión de la incidencia que dichos factores tienen en la salud de los pacientes y de la forma de intervenir sobre ellos, lo que el trabajador social aportará al equipo de salud, procurando que dichos factores actúen en el sentido de la salud y no en el de la enfermedad; elaborando un diagnóstico social de la familia, que pondrá a disposición del resto del equipo interdisciplinario, teniendo en cuenta los factores bio-psico-sociales, y participando, junto a éstos, de la planificación, ejecución, evaluación y sistematización de las actividades y proyectos grupales de prevención y promoción de la salud.

Se deben abordar, atender y poner en marcha los mecanismos de resolución de los aspectos sociales que inciden en el tratamiento de la enfermedad, localizando, identificando, controlando o eliminando aquello que retarda el logro de los objetivos propuestos para el tratamiento, así como aquello que lo favorece, buscando siempre elevar el funcionamiento social de los individuos, singular y grupalmente, logrando un equilibrio de la acción integral, donde la población a atender sea tenida en cuenta como algo más que unidades biológicas. Para ello, resulta fundamental el aporte del trabajador social en el estudio de los hábitos, actitudes y valores presentes en el adolescente y/o la familia, que pueden beneficiar u obstruir el acceso a una mejor calidad de vida, observando nuevas alternativas de actuación.

Asimismo, el trabajador social debe conocer los programas, instituciones y asociaciones presentes en la localidad de Mar del Plata y la zona, a fin de poder informar y asesorar a la población sobre sus derechos y deberes, como así también de los recursos sociales a los que pueden acceder; garantizando la coordinación entre los mismos.

La detección oportuna, a través del accionar del trabajador social, de aquellos pacientes que presentan dificultades de índole económica y/o social para sostener su tratamiento, mejoraría la planificación de las actividades o programas a realizar en la Institución, debido a que, al igual que en toda enfermedad crónica, los recursos económicos y sociales a los que accede el paciente diabético resultan decisivos para su bienestar y calidad de vida.

Asimismo, se considera necesario, dentro de la dinámica de la institución, el trabajo conjunto con el área de psicología, buscando la optimización del servicio que se ofrece, con el fin de que cubra las

necesidades reales de los pacientes. De deben estudiar, detectar y reconvertir aquellos factores que puedan generar la reticencia de los adolescentes a concurrir o el posterior abandono del tratamiento psicológico.

El rol del trabajador social está vinculado con el cambio, se deben buscar desde nuestra profesión respuestas creativas y concretas, para el abordaje integral de la enfermedad, lo que hace indispensable una buena comunicación y colaboración entre las diferentes profesiones e instituciones a fin de complementarse con lo mejor de cada una.

Por último, pero no por ello de menor importancia, se debe mencionar que resulta indispensable continuar y maximizar, las acciones tendientes a la prevención de la diabetes. No podemos dejar de reconocer que todo profesional, tiene la responsabilidad de brindarle a la población con la cual trabaja, información y herramientas a fin de mejorar el estado sanitario de la comunidad, brindando una cobertura integral, lo que conlleva a las actividades de promoción y prevención de la salud. De igual modo, se debe trabajar intensamente y en forma urgente, para que estas acciones sean atendidas también, en otras instituciones y no exclusivamente en el ámbito de la salud, como por ejemplo, escuelas, sociedades de fomento, clubes, etc. La promoción y prevención de la salud debe ser extensiva a toda la población, involucrando a la misma a través de la participación social.

Se propone, además, continuar con otras investigaciones en relación al tema, sobre todo en otras instituciones en donde se atienda la problemática, teniendo en cuenta la visión que el equipo de salud tiene del paciente adolescente y del trabajo con su familia y de la intervención del trabajo social con el mismo.

BIBLIOGRAFIA



Bibliografía

- **Ander Egg Ezequiel. Diccionario de Trabajo Social. Ed. Lumen. Buenos Aires. Junio 1999.**
- **Blum RW. Hacia un nuevo milenio: Un modelo conceptual para la salud de los Adolescentes en las Américas. Programa de Adolescencia. Taller de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes en Latinoamérica y el Caribe. 8-12 de Julio de 1996. Washington DC, USA.**
- **Boletín Oficial de la Sociedad Argentina de Pediatría, 1997. Buenos Aires.**
- **Boletín Oficial PROAPS- REMEDIAR. Año 2. N° 9. Abril 2004.**
- **Buesquets Dolores y otros: Los temas transversales. Ed. Santillana. 1995.**
- **Caplan G. Principios de Psiquiatría preventiva. Ed. Paidos. Barcelona. 1985.**
- **Collado F. Diabetes mellitus como causa básica de muerte. Rev. Cubana Endocrinol. 1998.**
- **Cueto Espinar A., Guillen Solvas. Enfermedades endocrinas y metabólicas. Medicina Preventiva y Salud pública. 9na. ed. Barcelona. Ed. Masson- Salvat. 1991.**
- **Dabas, Elina: Red de Redes. Ed. Paidos. Buenos Aires. 1993.**
- **De Robertis Cristina. Metodología de la Intervención en Trabajo Social. Ed. El Ateneo. Barcelona. 1992.**

- De Robertis, Cristina- Pascal Henri: La intervención colectiva en trabajo social. Ed. El Ateneo. Barcelona. 1994.
- Di Carlo Enrique y Equipo: La Comprensión como fundamento de la Investigación Profesional. Ed. Humanitas, 1995. Buenos Aires.
- Di Carlo Enrique y Equipo: Trabajo Social Profesional: el método de la comunicación racional. Ed. Humanitas, 1996. Buenos Aires.
- Di Carlo Enrique y Equipo: Trabajo Social con Grupos y Redes. Nuevas Perspectivas desde el paradigma Humanístico Dialéctico. Ed. Humanitas, 1997. Buenos Aires.
- Di Carlo Enrique: El humanismo dialéctico. Apunte de cátedra 1997.
- Dr. Isaias SCHOR y Dr. Saúl Senderey. Vivir como diabético. Ed. Celsius. 5ta. Edición. 1996.
- Eroles, Carlos: Trabajo Social y Derechos Humanos. Su relación con la bioética. Revista de Trabajo Social. Año III N° III. Colegio de Trabajadores Sociales de la pcia. De Buenos Aires, 2000. La Plata.
- Feyerabend, Paúl: Tratado contra el método. Ed. Tecnos, 1986. Madrid.
- Flaquer, Ll. La socialización en la familia: teorías, modelos e interacciones. Barcelona. 1993.
- Hilary MCV Hoey. El concepto de la adolescencia. Cáp. I. Volumen 49. N° especial. 2004.
- Jiménez L, Calderón de la Barca JM, Romero M, Castaño J, Montero FJ. Cetoacidosis diabética. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 2da. Ed. Harcourt. 2000.
- Informe sobre la Salud en el mundo 2003: forjemos el futuro. OMS. Ginebra, 2003.

- Kisnerman, Natalio: *Pensar el Trabajo Social*. Ed. Humanitas, 1998.
- *Manual de diagnóstico y tratamiento en Endocrinología y Metabolismo*. La Habana: Ed. Científico Técnica. 1985.
- Margarita Rozas Pagaza: *Una perspectiva teórica-metodológica de la intervención en Trabajo Social*: Ed. Espacio.
- Navarro V, Benach: *Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España*. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1996.
- Pichón Riviere: *La recuperación del trabajo, un camino en la recuperación de la salud. Implicancias psíquicas, físicas y sociales de la inserción laboral en pacientes bajo programas de atención en salud en la provincia de Buenos Aires*. <http://www.clacso.edu.ar>.
- Piedrola Gil: *Medicina preventiva y salud pública*. Ed. Masson, 1998.
- Polaina-Lorente A. *Estrategias de intervención psicológica para el autocontrol de la diabetes infanto-juvenil*. Cáp. 11. Ed. S.A. 1991.
- R. Gfeller y J. P.D. Assal: *Como vive su enfermedad el diabético*. Editor responsable: Laboratorios Roche. Año III, N° 7. 1982.
- Richmond, Mary: *Caso Social Individual*. Buenos Aires. Ed. Humanitas, 3ª Edición 1962.
- Silber, Tomás y Maddaleno, Matilde. *La resiliencia, la promoción de la salud y el desarrollo humano*. Vol. II, N° 3. 2001.

Paginas de Internet:

- <http://www.fundaciondiabetes.org>
- <http://www.healthsystem.virginia.edu.ar>
- <http://psicología-positiva.org.ar>

- <http://www.resiliencia.com.ar>

ANEXO



Anexo I

Tratados Internacionales y el reconocimiento de la Salud como Derecho

Declaración Universal de Derechos Humanos:

Art. 25, inc. 1- Manifiesta que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (Art. 12)

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños.

b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;

c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;

d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

**Convención Americana sobre los Derechos Humanos (Pacto San José de
Costa Rica)**

Reconoce implícitamente que la salud es un derecho humano a través de los siguientes artículos:

- art. 4: derecho a la vida
- art. 5: derecho a la integridad
- art. 17: protección a la familia
- art. 19: derechos del niño
- art. 24: igualdad ante la ley
- art. 32: correlación entre deberes y derechos

Anexo II

Derechos de los pacientes²⁰

- El respeto a su persona, a su dignidad humana y a su identidad.
- La ausencia de condicionantes para su atención resultante de limitaciones económicas individuales.
- No discriminación de orden religioso, racial, económico, sexual o de cualquier tipo.
- Al secreto profesional en todo lo atinente en su proceso de salud/enfermedad.
- A la información continua y correcta dada a él o a sus familiares sobre su proceso salud/enfermedad.
- A la asignación de un médico de cabecera que será su interlocutor principal con el equipo de salud.
- A la libertad de elección o negativa frente a las opciones terapéuticas que se le planteen, requiriendo su consentimiento para la realización de cualquier intervención, excepto:
 - Cuando la no intervención devenga riesgo para la salud pública.
 - Ante la imposibilidad del paciente de tomar decisiones, en cuyo caso lo harán sus familiares o representantes legales de autoridad judicial.
 - Cuando las características del caso se presuma lesión irreversible o riesgo inminente de muerte ante la no intervención.

²⁰ Provincia de Buenos Aires. Ley 11.072 de Descentralización Hospitalaria, art. 4.

- A la agilidad y sencillez de los procedimientos administrativos, en especial lo relacionado con la consulta externa o internación.
- A la internación del binomio madre-hijo en forma conjunta.

Anexo III

Declaración de ALMA ATA

Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, realizada en septiembre de 1978.

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata el día 12 de septiembre del año 1978, expresó la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y de desarrollo y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo, hace la siguiente Declaración:

- La Conferencia reitera firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud.
- La grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países en desarrollo y los desarrollados, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable y, por tanto, motivo de preocupación común para todos los países.
- El desarrollo económico y social, basado en un Nuevo Orden Económico Internacional, es de importancia fundamental para lograr el grado máximo de salud para todos y para reducir el foso que separa, en el plano de

la salud, a los países en desarrollo de los países desarrollados. La promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz mundial.

- El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud.
- Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales e de la comunidad mundial entere en el curso de los próximos decenios debe ser el de que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social.
- 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, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el 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 de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

- La atención primaria de salud:

- 1) Es a la vez un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades, y se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud y en la experiencia acumulada en materia de salud pública;

- 2) se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas;

- 3) comprende, cuando menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno infantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales;

- 4) entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la

educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores;

5) exige y fomenta en grado máximo la autoresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar;

6) debe estar asistida por sistemas de envío de casos integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente, a fin de llegar al mejoramiento progresivo de la atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los más necesitados;

7) se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresas de la comunidad.

- Todos los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales, con objeto de iniciar y mantener la atención primaria de salud como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros sectores. Para ello, será preciso ejercer la voluntad política para movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles.

- Todos los países deben cooperar, con espíritu de solidaridad y de servicio, a fin de garantizar la atención primaria de salud para todo el pueblo, ya que el logro de la salud por el pueblo de un país interesa y beneficia directamente a todos los demás países. En este contexto, el informe conjunto OMS/UNICEF sobre atención primaria de salud constituye una base sólida para impulsar el desarrollo y la aplicación de la atención primaria de salud en todo el mundo.
- Es posible alcanzar un nivel aceptable de salud para toda la humanidad en el año 2000 mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales, de los cuales una parte considerable se destina en la actualidad a armamento y conflictos militares. Una verdadera política de independencia, paz, distensión y desarme podría y debería liberar recursos adicionales que muy bien podrían emplearse para fines pacíficos y en particular para acelerar el desarrollo social y económico asignando una proporción adecuada a la atención primaria de salud en tanto que elemento esencial de dicho desarrollo.
- La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud exhorta a la urgente y eficaz acción nacional e internacional a fin de impulsar y poner en práctica la atención primaria de salud en el mundo entero y particularmente en los países en desarrollo, con un espíritu de cooperación técnica y conforme al Nuevo Orden Económico Internacional. La Conferencia insta a los gobiernos, a la OMS y al UNICEF y a otras organizaciones internacionales, así como a los organismos internacionales, así como a los organismos multilaterales y bilaterales, a las organizaciones no gubernamentales, a los organismos de financiación, a todo el personal de salud y al conjunto de la comunidad mundial, a que apoyen en el plano nacional e internacional el

compromiso de promover la atención primaria de salud y de dedicarle mayor apoyo técnico y financiero, sobre todo en países en desarrollo. La Conferencia exhorta a todas las entidades antedichas a que colaboren el establecimiento, el desarrollo y el mantenimiento de la atención primaria de salud de conformidad con el espíritu y la letra de la presente Declaración.

Anexo IV

Declaración de las Américas sobre la Diabetes

Preámbulo

La diabetes mellitus es una pandemia en aumento. En las Américas, se calcula que en 1996 viven unos 30 millones de personas con diabetes, lo que equivale a más de la cuarta parte del total de los casos mundiales. Se prevé que para el año 2010 el número de casos en las Américas llegará a 45 millones, si se tiene en consideración el crecimiento demográfico de las poblaciones y las tendencias en los principales factores de riesgo relacionados con el proceso de modernización que está ocurriendo en todos los países en desarrollo.

Asimismo, ciertos grupos étnicos en las Américas presentan una mayor incidencia y prevalencia de diabetes.

En las Américas, la diabetes es un grave problema de salud pública y de alto costo que aqueja a todos, sin distinguir edades o niveles socioeconómicos. Hay millones de personas que no saben que tienen la enfermedad y otras tantas que, a pesar de que se las han diagnosticado, no reciben el tratamiento adecuado. Se subestima la repercusión de la diabetes sobre las sociedades y las personas. Las personas con diabetes cuya enfermedad está mal controlada tienen un riesgo mayor y una incidencia elevada de ataques cardíacos, accidentes cerebro vasculares, ceguera, insuficiencia renal, amputación de piernas y muerte prematura. La diabetes no solo acorta la vida productiva, sino que tiene serias repercusiones sobre la calidad de vida del enfermo y la de su

familia. Hay datos científicos que demuestran claramente que es posible evitar gran parte de este sufrimiento humano.

La diabetes, especialmente cuando está mal controlada, puede representar una pesada carga económica para el individuo y la sociedad. La mayoría de los costos directos de la diabetes provienen de las complicaciones, que a menudo es posible reducir, aplazar, o en ciertos casos, prevenir. Dependiendo del país, los cálculos indican que la diabetes puede representar entre 5% y 14% de los gastos de salud.

La pobreza perjudica el tratamiento de la diabetes. Disminuye las probabilidades de obtener un diagnóstico acertado e influye en la calidad de la educación recibida, en lo apropiado del tratamiento y en el acceso a él, así como en el riesgo de que surjan graves complicaciones. Es necesario hacer frente a estas inequidades al formular las estrategias y programas de prevención y control de la diabetes en todos los países.

A menos que se haga frente a estas tendencias mediante respuestas multisectoriales más estratégicas e integradas, se observará el consiguiente aumento de complicaciones graves y costosas, lo que a su vez acarreará deterioro de la calidad de vida y muerte prematura debido a la diabetes.

Gracias a los conocimientos y las tecnologías actuales, es posible promover la salud y prevenir las complicaciones en las personas con diabetes mediante un buen control de la glucemia y modificando los factores de riesgo cardiovascular. Con relación a lo que ahora se conoce acerca de las posibilidades de prevenir esta enfermedad y la eficacia del tratamiento clínico, lo que se hace actualmente para su manejo en todos los países dista mucho de lo que sería posible lograr. Lamentablemente, muchas personas con

diabetes no son atendidas. Por una parte, muchos de quienes tienen acceso a la asistencia sanitaria no reciben la calidad de atención que sería posible prestar aun cuando los recursos sean modestos. Hay oportunidades para reorientar los recursos que ya se han asignado a este problema creciente, de manera que se reduzca la tasa de aumento y la frecuencia de las complicaciones y se mejore la calidad de vida para todas las personas con diabetes y sus familias. También hay oportunidades para mejorar la asistencia y al mismo tiempo bajar el costo por paciente, prestando atención al desarrollo y la utilización más adecuada de la asistencia ambulatoria y comunitaria. Igualmente importante es la necesidad de incluir a las personas con diabetes en el equipo de asistencia de salud para que estos logren un mayor grado de autocuidado y de calidad de vida.

Reconocer a la diabetes como una prioridad de salud nacional y velar por que los recursos que se le asignen den el máximo rendimiento posible en materia de eficacia, eficiencia y calidad de vida, redundará en beneficio de la salud, la economía y la sociedad de todos los países.

Si se quiere dar un vuelco a la situación actual para mejorarla, es necesario apoyarse en una visión, en un plan y en el compromiso de todos los países de las Américas de acometer la gran empresa que nos espera a medida que nos acercamos al año 2000 y más allá.

Visión

Mejorar, para el año 2000 y más allá, la salud de las personas de las Américas aquejadas de diabetes o en riesgo de contraerla.

Plan

Para que esta visión se haga realidad, todos los países deberían adoptar el siguiente plan estratégico general:

- 1) Reconocer a la diabetes como un problema de salud pública que es grave, común, creciente y costoso. Cada país debe determinar la verdadera carga epidemiológica y económica de la diabetes como base para determinar cuál será la prioridad que se le asigne en el programa nacional de salud.
- 2) Formular estrategias nacionales contra la diabetes que incluyan metas, indicadores de proceso y medidas de resultado específicas y apropiadas. En lo posible, esto deberá incluir referencias a la cantidad, la calidad y a los plazos.
- 3) Formular y llevar a la práctica un programa nacional contra la diabetes que incluya prestación de asistencia sanitaria de calidad, promoción de estilos de vida saludable y prevención de las enfermedades, con miras a reducir la morbilidad y la mortalidad de las personas con diabetes y mejorar su calidad de vida. Este programa nacional contra la diabetes puede ser autónomo o integrado con programas afines de enfermedades no transmisibles.
- 4) Asignar recursos suficientes, apropiados y sostenibles para la prevención de la diabetes cuando sea posible, el manejo de la enfermedad, el manejo de la prevención de sus complicaciones y auspiciar investigaciones relevantes. Debe promoverse la adquisición de aptitudes de gestión de todos los niveles para impulsar el uso más eficaz y eficiente de dichos recursos.
- 5) Diseñar y llevar a la práctica un modelo de asistencia sanitaria integrada que incluya tanto a personas con diabetes como a profesionales de asistencia sanitaria y a una amplia gama de personas de sistema de salud. Este modelo combina la atención y la educación, vela por la comunicación de la información a todos los niveles pertinentes y abarca mejoras continuas de la calidad. Debe

asignarse particular importancia a la atención primaria de la salud para lograr el diagnóstico temprano, el tratamiento adecuado y la atención de seguimiento. Deben introducirse lineamientos para la práctica clínica, de tal manera que la calidad de la atención sea uniforme y se facilite su cumplimiento.

6) Velar porque se ponga al alcance de todas las personas con diabetes un suministro asequible de insulina y otros medicamentos, así como de otros productos necesarios para tratar adecuadamente la diabetes y prevenir complicaciones discapacitantes.

7) Velar porque las personas con diabetes puedan adquirir los conocimientos y aptitudes que los faculten para el autocuidado de su enfermedad crónica. Velar porque el equipo de asistencia sanitaria tenga las aptitudes y los conocimientos especiales necesarios para atender a las personas con diabetes.

8) Crear asociaciones nacionales con miras a mejorar los conocimientos del público y el bienestar de las personas con diabetes y contar con un medio para participar en la elaboración de los programas nacionales contra la diabetes. Al reconocer el problema de la discriminación que afecta a muchas personas que padecen diabetes, una de las funciones claves que deben cumplir esas asociaciones es promover un entorno favorable para las personas con diabetes y abogar por la equidad social. Otra función clave es apoyar y promover investigaciones que puedan generar nuevos conocimientos sobre la diabetes. Esta información podrá traducirse en mejor asistencia sanitaria y en mejores formas de prevenir la diabetes y sus complicaciones.

9) Concebir e implantar un sistema común de información sobre la diabetes en las Américas para documentar y hacer el seguimiento del logro de

mejor salud para las personas con diabetes. Los datos obtenidos aportarán información destinada a establecer y mejorar la atención de pacientes, así como optimizar los sistemas de entrega de servicios y los recursos para programas futuros.

10) Promover alianzas entre los principales interesados involucrados en lograr una mejor salud para todas las personas con diabetes. La colaboración continua entre todos los interesados es esencial para cumplir esta misión.

Compromiso

Todos los países de las Américas invertirán en la prevención y control de diabetes, como una demostración práctica de la aplicación de la estrategia mundial de salud para todos.

Anexo V

Ley Nacional de Diabetes N° 23753- Decreto Reglamentario 1271

Art. 1.- El Ministerio de Salud y Acción Social dispondrá a través de las áreas pertinentes el dictado de las medidas necesarias para la divulgación de la problemática derivada de la enfermedad diabética y sus complicaciones, de acuerdo a los conocimientos científicamente aceptados, tendiente al reconocimiento temprano de la misma, su tratamiento y adecuado control.

Llevará su control estadístico, prestará colaboración científica y técnicas a las autoridades sanitarias de todo el país a fin de coordinar la planificación de acciones; y deberá abocarse específicamente a los problemas de producción, provisión y dispensación para asegurar a todos los pacientes los medios terapéuticos y de control evolutivo, de acuerdo a la reglamentación que se dicte.

Art. 2.- La diabetes no será causal de impedimento para el ingreso laboral, tanto en el ámbito público, como en el privado.

Art. 3.- El Ministerio de Salud y Acción Social dispondrá la constitución de juntas médicas especializadas para determinar las circunstancias de incapacidad específica que puedan presentarse para el ingreso laboral, así como para determinar incapacidades parciales o totales, transitorias o definitivas, que encuadren al diabético en las leyes provisionales vigentes y en las que con carácter especial, promueve el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, de acuerdo a la reglamentación.

Art. 4.- En toda controversia judicial o administrativa en la cual el carácter de diabético sea invocado para negar, modificar o extinguir derechos del trabajador, será imprescindible el dictamen del área respectiva del Ministerio de Acción Social por intermedio de las juntas médicas especializadas del artículo 3° de la presente ley.

Art. 5.- El poder ejecutivo reglamentará la presente ley dentro de los ciento veinte (120) días posteriores a su promulgación.

Art. 6.- Comuníquese al Poder Ejecutivo.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS VEINTINUEVE DÍAS DEL MES DE SEPTIEMBRE DEL AÑO MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y NUEVE.

El Poder Ejecutivo Nacional

BUENOS AIRES, 23 de octubre 1998

VISTO el Expediente N° 2002-4252/96-0 del registro del MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL, y considerando:

Que por el mismo tramita la reglamentación de la Ley 23.753, que contiene previsiones sobre aspectos relevantes de la prevención de la diabetes y de distintos problemas derivados de la atención de los pacientes diabéticos.

Que resulta necesario dictar la correspondiente reglamentación a efectos de posibilitar su aplicación en el más breve plazo posible.

Que la DIRECCIÓN GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS del MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL ha tomado la intervención de su competencia.

Que se actúa en ejercicio de las atribuciones conferidas por el artículo 99, inciso 2) de la CONSTITUCIÓN NACIONAL.

Por ello,

EL PRESIDENTE DE LA NACIÓN ARGENTINA DECRETA:

Art. 1.- EL MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL, por intermedio de la SECRETARIA DE PROGRAMAS DE SALUD y de las áreas técnicas de su dependencia que correspondieran, actuará como Autoridad de Aplicación de la Ley 23.753 y del presente Decreto reglamentario.

Art. 2.- EL MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL promoverá, por la vía que corresponda, la adhesión de las provincias y eventualmente de otras jurisdicciones al régimen de la citada Ley y de la presente reglamentación.

Art. 3.- La Autoridad de Aplicación dispondrá a través de las distintas jurisdicciones las medidas necesarias para garantizar a los pacientes con diabetes el aprovisionamiento de los medicamentos y reactivos de diagnóstico para autocontrol que se estimen como elementos indispensables para un tratamiento adecuado, según lo establecido en el Programa Nacional de Diabetes y en las normas técnicas aprobadas por autoridad competente en el orden nacional.

Art. 4.- El aprovisionamiento de medicamentos y demás elementos a que se refiere el artículo precedente será financiado por las vías habituales de la seguridad social y de otros sistemas de medicina privada para cubrir las necesidades de los pacientes comprendidos en los mismos, quedando a cargo del área estatal en las distintas jurisdicciones el correspondiente a aquellos pacientes carentes de recursos de cobertura médico social.

Art. 5.- EL MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL instará a las distintas jurisdicciones a lograr la cobertura del CIEN POR CIENTO (100) de la demanda en el caso de la insulina y de los elementos necesarios para su aplicación y una cobertura progresivamente creciente nunca inferior al

SETENTA POR CIENTO (70) para los demás elementos establecidos en el mencionado Programa y las normas técnicas correspondientes.

Art. 6.- EL MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL instará a las jurisdicciones a que en previsión de situaciones de emergencia que afecten la cadena de producción, distribución o dispensación de insulina, establezcan las medidas de exención que estimen necesarias para asegurar lo establecido en el artículo 3° de la presente reglamentación.

Art. 7.- Son competentes, para el cumplimiento de lo establecido en el artículo 3° de la ley 23.753, las comisiones médicas creadas por la ley 24.241 modificadas por la ley 24.557. Se constituirán comisiones médicas en el ámbito del MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL para intervenir en cualquier controversia de las previstas en el artículo 4° de la ley 23.753.

Art. 8.- Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese.

Anexo VI

Ley de la Provincia de Buenos Aires N° 11620/86

Art. 1.- Los habitantes de la Provincia de Buenos Aires que padezcan de Diabetes, gozarán de los siguientes beneficios:

- a) Provisión gratuita de insulina e hipoglucemiantes orales según se trate de diabéticos insulino dependientes o no insulino dependientes.**
- b) Provisión gratuita de tiras reactivas para el control glucémico y glucosúrico o práctica gratuita de los análisis bioquímicos que corresponden según se les prescriba.**
- c) Provisión gratuita de material descartable para la administración de insulina.**

Art. 2.- Tendrán derecho a todos o a algunos de los beneficios establecidos en el artículo anterior, de conformidad con los alcances que determine la Reglamentación las personas que reúnan los siguientes requisitos:

- a) Tener residencia en la Provincia de Buenos Aires con dos (2) años de antigüedad.**
- b) Ser diabético insulino dependiente (tipo 1) o no insulino dependiente (tipo 2).**
- c) No hallarse amparado por cobertura social alguna o la que posean no provea los medios necesarios para el tratamiento de su enfermedad.**
- d) No poseer ingresos o recursos de ninguna índole que le permitan sufragar los gastos derivados del control y tratamiento de su enfermedad.**

e) No tener parientes que estén legalmente obligados a presentarle asistencia, o en caso de tenerlos que ellos no se encontraren en condiciones de sufragar los gastos derivados del control y tratamiento de su enfermedad.

f) No gozar de los presentes beneficios en el orden nacional, provincial o municipal u otorgados por organismos privados.

Art. 3.- La reglamentación determinará la autoridad de aplicación de la presente y la forma y tramite en que deberán efectuarse las solicitudes.

Todas las actuaciones que realicen los peticionantes serán gratuitas.

Art. 4.- Toda solicitud dará origen a una encuesta social para verificar el cumplimiento de las condiciones exigidas por la presente ley a cargo de la autoridad de aplicación en la forma que la reglamentación determine.

Art. 5.- Los beneficios están obligados a someterse a los exámenes médicos que se establezcan en la reglamentación.

Art. 6.- Los beneficios se cancela por:

a) Renuncia del Titular.

b) Radicación definitiva del beneficiario fuera de la provincia de Buenos Aires.

c) Dejar de Reunir los requisitos exigidos por la presente ley.

d) Incompatibilidad con otros beneficios.

e) Incumplimiento de lo dispuesto en el artículo 5°.

Art. 7.- La diabetes, por si misma, no será causal de impedimento para el ingreso laboral en el ámbito publico provincial ni a establecimientos educacionales de todos los niveles.

Art. 8.- El órgano de aplicación de la presente ley tendrá a su cargo.

a) El otorgamiento y ejecución de los beneficios.

- b) Llevar un Registro de insulinas dependientes (tipo 1) y no insulinas dependiente (tipo 2)
- c) Otorgamiento de Credencial a los diabéticos que estén en tratamiento con insulina, la que renovara periódicamente luego de la evaluación.
- d) Propiciar e implementar programas y cursos de educación para los diabéticos, y su grupo familiar tendientes a lograr su activa participación en el control y tratamiento de la enfermedad.
- e) Desarrollar programas de docencia e investigación diabetológica, auspiciando la formación y capacitación de recursos humanos especializados para el sector.
- f) Crear un Banco de reserva de insulina para situaciones de emergencia que afecten la cadena de producción, distribución o dispersión del producto.
- g) Toda actividad que considere necesaria para la prevención, diagnóstico, rehabilitación y tratamiento de la diabetes.

Art. 9.- Los gastos que demande la aplicación de la presente ley serán atendidos con los siguientes recursos:

- a) Con lo determinado anualmente en la Ley de presupuesto.
- b) Con los recursos que se destinen por leyes especiales.
- c) Con las donaciones o legados que se realicen para ser afectados a la aplicación de la presente ley.

Art. 10.- Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Dada en la Sala de Sesiones de la Honorable Legislatura de la Provincia de Buenos Aires, en la ciudad de la Plata, a los veintiocho días del mes de diciembre de mil novecientos noventa y cuatro.

Anexo VII

Programa de Prevención en Diabetes de la Provincia de Buenos Aires

(PRODIABA)

El *Prodiaba* es el Programa de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Paciente Diabético. Este se sustenta en la Ley Provincial 11.620. Está dirigido a la población que padece diabetes, ya sea que se trate de pacientes insulino dependientes (tipo 1) o no insulino dependientes (tipo 2) que no cuentan con recursos ni cobertura de obra social.

El programa reconoce el tratamiento ambulatorio, ya sea de comprimidos o insulinas. Desde su diseño se plantea la entrega anual de jeringas, agujas para la aplicación de insulina, tiras reactivas para determinar el nivel de glucosa y cuerpos cetónicos en orina como así también una ampolla de glucagon, la que se aplica cuando el azúcar en la sangre desciende a valores inferiores a los normales (menos de 60mg/dl).

El programa se debe implementar en todos los centros estatales provinciales y municipales: CAPS y hospitales, propiciando un abordaje que implique la articulación entre los distintos niveles de complejidad en la asistencia de los pacientes diabéticos. En la ciudad de Mar del Plata, el programa funciona en Zona Sanitaria VIII.

El programa opera en la provincia desde 1996, y La Plata lo adoptó tres años después. El ingreso y la posterior permanencia de los pacientes requiere de una entrevista con las áreas social y médica que permiten evaluar la situación sociosanitaria de los pacientes al ingreso y anualmente. De esta forma el

Programa procura trascender la acción de garantizar el tratamiento ambulatorio a una población crónica, toda vez que se propone obtener información oportuna para la correspondiente toma de decisiones en pos de recuperar la salud. A su vez, implementar estrategias de prevención que se instrumentan a través de los centros de salud de la región.

Anexo VIII

Instrumento utilizado para el desarrollo de las entrevistas a los pacientes
adolescentes con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 1 atendidos en IREMI

Diabetes tipo 1- infanto juvenil

Datos de base:

- Nombre:
- Edad:
- DNI:
- Domicilio:
- Estudios cursados:

Grupo familiar conviviente:

Nombre	Parentesco	Edad	Salud	Estudios	Ocupación

Observaciones: (fiar. No conviviente que participe de controles de salud,
antecedentes familiares de Dbt. / parentesco)

- Edad del debut diabético y circunstancias:
- Número de internaciones:
- Método de medición:
- Cantidad de veces:
- Método de aplicación de insulina:
- Cantidad de veces:
- Tipo de insulina que utiliza:
- Reconocimiento de hipoglucemia e hiperglucemia:
- Que hace en éstas situaciones:
- Lugar donde fue atendido por primera vez:

Aspecto económico:

- Ingreso familiar:
- Cobertura/obtención de recursos (insulina, tiras, lanceta, alimentos...)
- Ingreso a programas/ayuda:

Aspecto social:

- Contención recibida al momento del debut / por quien?
- Conocimientos previos de la enfermedad
- Temores y ansiedades al momento de la noticia. Pudo superarlas, de que manera, con que ayuda.
- Tratamiento psicológico (individual y familiar)
- Hábitos alimentarios (individual y familiar). Cambios en la alimentación
- Manejo de lo cotidiano: alimentación, medicación, aplicación...

- Quien acompaña a los controles médicos, periodicidad de controles.

Apoyo familiar

- Manejo fuera del hogar: escuela, salidas....lleva consigo elementos de medición y aplicación?

- Manejo de la enfermedad: dependencia – independencia

- Discusión o disconformidad familiar respecto a su accionar y/o cuidados

- Grupos de apoyo / amistades

- Cambios en su vida cotidiana. Actividades realizadas antes del debut Dbt.

- Se dio a conocer la enfermedad o quedo en el ámbito familiar

- Altibajos anímicos. Con quien cuenta en esos momentos. Abandono de dieta, de aplicación...

- Temores y ansiedades actuales respecto de la enfermedad

- Que es lo que mas le molesta de las actividades diarias

- Que considera que falto al momento del debut o falta actualmente para su atención.

Anexo IX

Instrumento utilizado para el desarrollo de las entrevistas a los profesionales del Servicio Social y Servicio de Endocrinología de IREMI

Diabetes tipo 1- infante juvenil

Población asistida:

- Área de cobertura del servicio:
- Cantidad de pacientes atendidos con Diabetes mellitus tipo 1
- Rango de edad de los pacientes:
- Cantidad de pacientes entre 13 y 17 años de edad:

Modalidad de trabajo:

- Trabaja en equipo con otros profesiones / cuales?:
- Periodicidad de los controles:
- El abordaje de la problemática la realiza en forma individual o familiar?:
- Qué aspectos considera al llevar a cabo su intervención:
- Estrategias de intervención con pacientes que presentan inconvenientes que afectan su tratamiento
- Modo de operar ante situaciones de ausentismo, falta de predisposición para realizar el tratamiento, falta de recursos, dificultad para internalizar la importancia de un tratamiento adecuado tanto para el paciente como para su familia, etc.

- Consideraciones a tener en cuenta para el egreso o transferencia del paciente a otra institución o profesional

En relación a sus pacientes:

- Situación económica de la población asistida
- Dificultades que se presentan en el tratamiento propias de la enfermedad y propias de las características de la población atendida
- Recursos o estrategias de intervención utilizadas ante estas dificultades
- Grupos de ayuda mutua, programas y actividades con las que cuentan los adolescentes
- Tendencia a la participación por el grupo
- Implicancia de la familia en el tratamiento

Otros aspectos: En relación al servicio social

- Considera que el abordaje de la problemática debe realizarse con la inclusión de otros profesionales, en un actuar interrelacionado?
- Importancia de la incorporación del servicio social en el tratamiento de la problemática
- Aspectos a trabajar desde el servicio social
- Que otras áreas o profesionales considera que deberían incluirse en el abordaje de la problemática.