

APRENDER PARA EDUCAR, UNA NECESIDAD DEL MÉDICO DE FAMILIA EN LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS

Rafael Bustos Saldaña

Médico Familiar adscrito al HGZ C/MF No.9 del IMSS y al Centro Universitario del Sur de la Universidad de Guadalajara en Ciudad Guzmán, Jalisco, México

Frecuentemente nuestros pacientes diabéticos se encuentran sin mejoría clínica en el control de su padecimiento, a pesar de que nos hemos pasado mucho tiempo en haberles mencionado las actividades higiénico dietéticas necesarias para su tratamiento, o invitarlos a participar en reuniones de pacientes, sin embargo, pareciera que ellos no cambian de actitud y por lo tanto, no logran un control metabólico adecuado.

EDUCACION EN EL PACIENTE DIABETICO

De todos es aceptado que la educación de los pacientes con diabetes mellitus es una herramienta esencial para optimizar su control metabólico y prevenir la aparición y la progresión de las complicaciones agudas y crónicas¹, es decir, se debe enseñar al paciente a vivir y a convivir con la enfermedad, de tal suerte que pueda aprender a manejar su problema por sí mismo, incluyendo el monitoreo continuo de los niveles de glucemia², sin embargo, a pesar de los exitosos resultados obtenidos y publicados en este campo, la implementación de programas de educación en el continente latinoamericano no ha alcanzado el desarrollo deseable, por razones muy disímiles³, las cuales nos llevan a que el paciente no conozca su enfermedad y no quiera participar en su propio control y tratamiento⁴. La educación diabetológica es la piedra angular de la conducta, puede mejorar la conducta del paciente ante la enfermedad, el control de la glucemia y la adherencia a ciertos componentes de la atención médica.

No obstante, lo anterior, la educación se mantiene como el eslabón más débil en la cadena de la atención integral en diabetes mellitus. Resulta difícil encontrar un servicio que ponga igual énfasis en los aspectos educativos que en el cuidado clínico, además de ser muy frecuente encontrar que los programas de educación en diabetes se reducen a ofrecer información clínica, sin tener en cuenta ni el nivel de comprensión ni las inquietudes del paciente.

Es importante señalar que un amplio número de pacientes de todo el mundo no reciben educación diabetológica, y consecuentemente desconocen aspectos fundamentales de su enfermedad. Esta situación se debe a que la educación no tiene un suficiente prestigio científico y sus resultados no son aun bien conocidos por los líderes de la opinión y los que tienen a su cargo la salud pública.

En su más amplio concepto la educación en diabetes puede ser considerada como el conjunto de influencias formales e informales que determinan los conocimientos sobre la enfermedad.

PROPOSICIONES PARA EL ABORDAJE DE LA EDUCACION EN EL PACIENTE DIABETICO

Al diseñar el plan general de atención específico para un paciente diabético es importante intentar que el tratamiento interfiera lo menos posible con su vida diaria; pero al mismo tiempo es esencial proponerse mantener un buen control metabólico, ya que es la mejor forma de prevenir las complicaciones agudas y crónicas de la enfermedad.

A pesar de las numerosas noticias y reportajes en los medios de comunicación, aun hay muchas personas que desconocen la evolución del tratamiento de la diabetes, otras tantas creen todavía que las restricciones y limitaciones del pasado aun tienen validez. Las personas con diabetes pueden vivir hoy en día una vida perfectamente normal: pasar una infancia alegre, aprender todo lo necesario, practicar casi todas las profesiones, participar en todo tipo de competiciones deportivas, alimentarse como las demás personas y traer al mundo hijos sanos.

Los adultos y personas mayores se motivan para aprender cuando descubren necesidades que pueden llegar a satisfacerse mediante la educación dirigida hacia esas situaciones concretas de la vida real. La metodología más importante a emplear para la educación de adultos de las personas mayores es el análisis de la propia experiencia, teniendo muy en cuenta que las diferencias

individuales son considerables a una determinada edad y cada cual tiene su estilo de aprendizaje además de unos hábitos de trabajo y disponibilidad diferentes. Cuando estamos ante la necesidad de reconocer cada vez mas la importancia de crear oportunidades educativas para la población joven y adulta, no debemos perder de vista que nuestra prioridad es atender, sobretodo, a aquellos que no asistieron a la escuela en la edad escolar o que tuvieron que abandonarla de manera prematura.^{5,6}

Se debe priorizar la educación diabetológica como elemento fundamental para prevenir y/o retardar las complicaciones crónicas de la enfermedad. En general tenemos un gran trabajo porque tenemos que hacer mucho énfasis para educar a la población para que puedan evitar los factores de riesgo de diabetes mellitus, y en los sujetos expuestos, realizar la detección temprana con el objetivo de minimizar el impacto de la enfermedad⁷.

Existen programas educativos propuestos por instituciones internacionales que se han diseñado para dar cumplimiento a los fines de responsabilidad científica, académica y social, y esto en el marco del mejoramiento de la calidad de vida de la población, a través de generar y proponer estrategias y metodologías vinculadas con el proceso educativo en el campo de la salud, que permita estructurar en quienes participan en ella y a la población a la que va dirigida, valores, conocimientos, actitudes y acciones que tengan como fin primordial preservar la salud integral del individuo y de la sociedad, para contribuir a realizar diagnósticos oportunos y correctos, para estimular y promover el auto cuidado y la prevención de los problemas de salud⁸.

En virtud de que el paciente requiere de un manejo cotidiano independiente de los médicos, es necesario que todo diabético perciba su propia conducta como parte de la responsabilidad en el control de la enfermedad, y que las personas de su entorno otorguen el apoyo adecuado para lograr los objetivos del tratamiento⁹.

La educación que se otorgue al paciente se puede realizar en forma individual y en grupo. Una forma no excluye a la otra, si no que ambas son complementarias. La elección de una u otra depende del momento, situación y necesidades del paciente.

La educación individual al adaptarse a las características del paciente puede ser muy efectiva, Esta indicada siempre al inicio de la enfermedad, o cuando se comienza tratamiento con insulina o en periodos de descompensación o de estrés en la vida del paciente¹⁰. La educación grupal esta indicada en fases posteriores al inicio, después de la educación individual. El grupo puede actuar de importante motivador y reforzador.

Educar a un paciente diabético es ofrecerle la oportunidad de adquirir una mejor calidad de vida y sentirse libre, aun frente a las limitaciones que el tratamiento supone en su actividad cotidiana, mediante la educación y el autocontrol debe enfrentarse al crónico desafío que representa su dolencia.

Para que el tratamiento sea efectivo en nuestros pacientes, debemos impartirles los conocimientos necesarios de tal manera que los asimilen y queden convencidos de que le son útiles. Para que esto ocurra, no basta con las buenas intenciones del equipo educativo, es el paciente que debe ir a las charlas convencido de esto y de lo que se le ha transmitido. Un paciente educado comprende que los conocimientos son para él y para que aprenda a cuidarse¹⁰.

A partir de los conocimientos recibidos el paciente comprenderá que el médico no es el único responsable de mantener en buen a su enfermedad. El Médico de Familia y su equipo de salud son los que toman las decisiones terapéuticas, pero es el propio paciente quien debe llevar a cabo las indicaciones recibidas, esto lógicamente si ha asumido responsablemente su enfermedad⁷.

La educación diabetológica es tan importante que de nada sirve tener las mejores insulinas y tratamientos si luego las personas no saben como utilizarlos. "Es como si alguien se comprara un coche muy potente pero no sabe manejarlo". Algo parecido ocurre con la diabetes; para llevar un buen control hay que saber como hacer la dieta, como seguir en tratamiento o que hacer cuando se va a realizar ejercicio; también deben saber la manera de medirse la glucemia y las actividades que hay que realizar cuando tiene descontroles.

EDUCAR NO ES IGUAL A INFORMAR

Educar al paciente implica desarrollar en él los conocimientos, las destrezas, las motivaciones y los sentimientos que le permitan afrontar las

exigencias terapéuticas de la diabetes con autonomía y responsabilidad, pero sin menoscabo del bienestar general, este trabajo recae en un alto grado en el Médico de Familia, quien atiende directamente al 90% de diabéticos no insulino dependientes que existen en la población, y quien sin llegar a ser un diabetólogo, tiene que dominar un nivel de conocimiento que le permita realizar acertadamente el cuidado y la educación de esta parte de la población¹¹.

Educar no es informar, cuando informamos simplemente transmitimos conocimientos. Por desgracia la mayoría de las sesiones que se realizan con el fin de educar a los pacientes, no pasan de ser actividades de mostrarles información, la cual frecuentemente se encuentra en un lenguaje que no comprende, con una situación muy diferente a la que él vive y con unas metas que no siente necesarias para su bienestar. En este caso el paciente solamente se encuentra como un recipiente en el que se esta pensando en llenar de conocimientos como forma de aprendizaje (educación bancaria¹²).

El proceso educativo es algo mucho más complejo; en el aprender influyen múltiples factores como: el conocimiento, factores personales (edad, nivel de instrucción, creencias, experiencias de enfermedades anteriores, factores psicológicos, etc.), factores ambientales (familia, amigos, trabajo, ocio, recursos, etc.), por lo que si no los tomamos en cuenta, frecuentemente los pacientes hacia quien va dirigida la educación no tienen la capacidad de recibirla y por lo tanto de aprender lo suficiente para crear un cambio de conducta. El aprendizaje se debe de realizar en tres niveles que son: el cognitivo (conocimiento), el afectivo (creencias, experiencias, actitudes) y el psicomotor¹³. Cuando la educación abarca los tres niveles el paciente tiene conocimiento de su enfermedad, sintomatología complicaciones, tratamiento, etc., incorpora a su vida diaria todas las expectativas de manejo para hacerlas suyas y tiene habilidades manuales y físico-mentales necesarias para poder decidir sobre su propia responsabilidad ante la enfermedad.

EXPECTATIVAS DE APRENDIZAJE PARA EDUCAR EN EL MEDICO FAMILIAR

En materia de educación los Médicos de Familia debemos influir positivamente para que los

mismos pacientes formulen su propia necesidad de aprendizaje, apoyarlos para que asuman una responsabilidad creciente en cuanto a la definición de sus metas de aprendizaje, a la elección del camino que seguirán durante su aprendizaje, y a la evaluación de su transcurso, entre otras. El proceso de capacitación deberá de intentar reorganizar o mejorar ciertos aspectos de las actitudes y comportamiento de las personas que se está educando. Es necesario lograr cambios fundamentales de actitud, para que hayan cambios permanentes de comportamiento¹⁴.

En los pacientes diabéticos existe cierto grado de frustración ante la incapacidad del médico para resolver el problema de manera definitiva, hay que conocer y respetar los valores, tradiciones y estereotipos de las poblaciones ya que la comunicación y la educación están estrechamente ligadas. Muchos de los autores reconocen que la educación es un componente vital de la atención del paciente diabético; sin embargo, la mayor parte de las estrategias educativas más comunes se basan en consejos autocráticos que responden al modelo tradicional de comunicación.

No solo la educación debe de concentrarse en el paciente, ya que este pertenece a un núcleo familiar el cual se encuentra afectado por la presencia de uno de sus miembros enfermos, por lo que la capacitación y el aprendizaje debe de ser corresponsabilidad de todos los miembros de la familia, con el fin de mejorar no solo la calidad de vida y control de paciente en sí, sino de prevenir la aparición de diabetes en algúnelemento. En el caso de los familiares del paciente, les corresponde una triple función: a) En primer lugar, son sujeto y objeto de educación, pues el familiar es un individuo que requiere de información y un mínimo de conocimientos para convivir con un paciente diabético y ayudarlo a sobrellevar las exigencias terapéuticas. b) Como apoyo del paciente en el hogar y en la comunicación con los servicios de salud, el familiar contribuirá a que el diabético siga el tratamiento pero sin sobreprotegerlo ni asumir la responsabilidad que incumbe al paciente por su estado de salud. c) Finalmente, se desempeña en la familia y en la comunidad como promotor de hábitos y estilos de vida sanos mediante su participación en las actividades para diabéticos y de fomento de la salud¹⁵.

Los Médicos de Familia deben tratar de ayudar a que las personas acepten y sepan controlarla su enfermedad, ya que su diagnostico tiene gran impacto a la persona y en su entorno, por lo que

deben conocer bien al enfermo: quién es, como vive, que hace, cuales con sus gustos, que horarios tiene, en que trabaja.

El tratamiento que tiene que llevar cada persona es diferente según las características del enfermo. El control de glucosa es muy importante, al igual que servir las pautas de ejercicio y dieta. El diabético padece afecciones añadidas, como riesgos cardiovasculares, hipertensión, patología dental, retinopatías neuropatías; una serie de complicaciones que debe conocer bien¹⁶.

Para ser eficaz, la educación requiere una serie de condiciones tales como formación, conocimientos y aptitudes pedagógicas, además de una buena capacidad de comunicación tanto para escuchar, comprender y negociar con el paciente. Para asegurar un impacto positivo de la educación es necesario que quienes la ejercen tengan formación y experiencia adecuadas y que sea reconocida como una prestación esencial y, por lo tanto, se remunere de modo satisfactorio¹⁷.

Generalmente en nuestros planes de estudio de la especialidad de Medicina Familiar, se le da

muy poco énfasis en la realización de Aprender a Educar, solamente se tienen clases de metodología de la docencia, donde se conocen las mejores técnicas para lograr la impartición de información, pero se adolece de un programa en el cual se haga participe al estudiante del manejo de creencia, experiencias, habilidades y costumbres que tienen los pacientes. Los Médicos de Familia "golpeamos contra la pared" todos los días al sentirnos decepcionados porque nuestros pacientes no aprenden, cuando en realidad los que no aprendimos a educar somos nosotros mismos.

Por último es importante recalcar que es frustrante para cualquier Médico de Familia, el observar el deterioro orgánico, mental y emocional, que se presenta no solo en nuestros pacientes diabéticos día a día, sino también en sus familias. Es como si se escapara "agua entre nuestras manos y se perdiera poco a poco". Debemos de voltear nuestras acciones en los diabéticos hacia la educación, pero para eso, tendríamos primero que reflexionar si lo que realizo al educar es solamente el transmitir información o realmente trato de cambiar la actitud de mis pacientes en una forma conciente y responsable.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Serra MP, Chichet A, Fernández ML.: Prevalencia de diabetes en pacientes internados. Factores socioeconómicos-culturales; educación de la enfermedad y dificultades para el tratamiento. Rev Med Uruguay 2003; 19: 34-44
- García CC, Gutiérrez FE, et al. Club de diabéticos y su impacto en la disminución de glicemia del diabético tipo 2. Salud en Tabasco 2002; 8(1): 14-17.
- García González R, Suárez Pérez R.: Resultados cubanos del programa latinoamericano de educación a pacientes diabéticos no insulín dependientes. Rev Cubana Endocrinol 2001;12(2):82-92
- Figueredo de Armas DM, Mateo Depestre A, Álvarez Duarte HT.: Conocimientos de los pacientes diabéticos relacionados con los cuidados de los pies. Rev Cubana Angiol y Cir Vasc 2000;1(1):80-4
- Pavón RF. Educación de adultos y de personas mayores con nuevas tecnologías. La perspectiva de la Educación en el siglo que empieza. Actas del IX Congreso INFAD 2000 Infancia y Adolescencia 2000;1(1):470-475.
- Kalman LJ. Lecturas para la educación de adultos. Revista Mexicana de Investigación Educativa 2001; 6(11): 165-171.
- Valadez-Figueroa I, Aldrete-Rodríguez M G, Alfaro-Alfaro N. Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético Tipo 2. Revista Salud Publica de México 1998;35:464-470.
- Cabrera-Pivaral CE, González-Pérez G, Vega-López MG, Centeno-López M. Efectos de una intervención educativa sobre los niveles plasmáticos de LDL-colesterol en diabéticos tipo 2. Salud Publica Méx. 2001;43:556-562.
- Rodríguez MM. Importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia. Revista Salud Publica de México 1997;39:44-47
- Suárez-Pérez R, García-González R, Aldana-Padilla D, Díaz-Díaz O. Resultados de la Educación en diabetes de proveedores de salud y pacientes. Su efecto en el control metabólico del paciente. Revista Cubana Endocrinología 2000;11:31-40.
- García González R, Suárez Pérez R.: Resultados de la educación en diabetes de proveedores de salud y pacientes. Su efecto sobre el control metabólico del paciente. Rev Cubana Endocrinología 2000;11(1):31-40
- Freire P. Pedagogía del Oprimido. Siglo XXI Editores. México 1985:68-95.
- Peyrot M. Evaluation of Patient Education Programs: How to Do It and How to Use it. Diabetes Spectrum 1996; 9: 86-93.
- Arnold R. Formación Profesional. Nuevas Tendencias y perspectivas. Editorial CINTEFOR. Alemania 2002
- García GR, Suárez PR, Mateo AO. Comunicación y educación interactiva en salud y su aplicación al control del paciente diabético. Rev Panam Salud Pública 1997; 2(1): 32-36.
- Calderón J, Solís J, Castillo O, Cornejo P, Figueroa V, Paredes J. Efecto de la educación en el control metabólico de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Hospital Nacional Arzobispo. Revista Peruana de Medicina Interna 2003;16(1):17-25.