

Editorial

Educación en diabetes

Está documentado que la diabetes mellitus, fundamentalmente tipo 2, es una epidemia mundial cuya incidencia va en aumento y, por lo tanto, su prevalencia, actualmente tiene por sus complicaciones y las sistémicas vasculares y microvasculares, el cuarto lugar de mortalidad.

La incidencia tiene mayor aumento en los países en vías de desarrollo, lo que impone una carga extra a sus sistemas de salud y economía, difícil de solventar si no se previene su aparición o se previenen sus complicaciones con costos asequibles. Uno de estos medios es la “educación en diabetes”, proporcionada a proveedores de salud, pacientes en cualquier edad y familiares, es decir, una educación holística, continua y asequible en sus contenidos y proporcionada a educadores y educandos sanos o enfermos, niños o adultos y que los motive al autocuidado como actividad de vida, en resumen, “aprender haciendo”.

La “educación en diabetes” es el medio idóneo para vencer el desafío de los “7 comportamientos de autocuidado”: comer sano, ser físicamente activo, monitorización, tomar la medicación, resolución de problemas, reducción de riesgos, afrontamiento saludable.

La “educación en diabetes”, está plenamente reconocida como una herramienta de utilización continua durante la vida, sin embargo, esta lejano el día que se haga realidad en la práctica para promover acciones sanas de estilo y calidad de vida y reducir los gastos de control y tratamiento especializado de sus complicaciones.

La aplicación de esta herramienta, se complica aún más, por la presencia de comorbilidades, que presumen la atención de varios especialistas médicos, multitratamientos, muchas veces no coordinados, con la consiguiente disminución de la adheren-

cia, limitan el tiempo y la frecuencia de contacto y no ofrecen las condiciones necesarias para la educación diabética. El primer paso de la “educación en diabetes”, como en todo proceso educativo, es capacitar al educador en los objetivos primordiales: control glucémico, prevenir complicaciones crónicas y potencialmente letales y optimizar la calidad de vida, con costos dentro de límites aceptables y así, reducir los índices de amputación de extremidades inferiores, los costos de la medicación, las visitas a las salas de urgencia y las hospitalizaciones.

La capacitación del educador se debe realizar fundamentada en 4 objetivos.

Que sea capaz de:

Valorar al diabético en información demográfica, estilo de vida, historia clínica, conocimientos sobre diabetes, autocuidado, factores culturales, disposición de aprender, capacidad cognitiva, limitaciones físicas, y estatus económico.

Establecer objetivos individualizados y seleccionar las estrategias educativas adecuadas.

Proporcionar una educación planificada en un entorno adecuado.

Medir la eficacia mediante la evaluación de la actitud respecto a la salud y el estado de salud de su educando.

El modelo de enseñanza-aprendizaje de la educación diabética es una experiencia permanente, educador-educando, círculo constante de repetición y aplicación de los 4 objetivos mencionados. Ciclo que continúa durante toda la vida, se desarrolla y renueva según las necesidades de la persona con diabetes.

Nada de esto sugiere que la educación no sea un componente crítico del autocontrol diabético, sino todo lo contrario. La educación diabética debe producirse a dos niveles. A la vez que es importante conocer los efectos fisiológicos de este padecimiento y su control para evitar complicaciones severas y costosas, es igualmente importante tener un entendimiento holístico

de su impacto, los efectos reales de la diabetes sobre las personas con la afección y los miembros de su familia, en términos emocionales y prácticos, así como físicos, económicos, de comportamiento y convivencia.

En este sentido, se debe buscar el entendimiento más profundo de las necesidades y preferencias del individuo, así como de las interacciones con otros factores (emocionales, sociales, medioambientales) que se deban tratar, con el objetivo de garantizar que estos aspectos de la persona se tengan en cuenta, además de que el plan debe tener la flexibilidad suficiente para que sea individualizado, personalizado, a las necesidades de cada paciente, su familia, su entorno social, su nivel socio-económico, su cultura y le proporcione una calidad de vida suficiente para vivir feliz en sociedad.

Como se concluye, las aspiraciones son muchas, pero nunca es tarde para empezar, pero mejor empezar temprano para terminar.

Alberto Ernesto Hardy Pérez