

Dez requisitos para iniciar una intervención educativa en *Diabetes mellitus* tipo 2

Ten Requirements for Starting an Educational Intervention for type 2 *Diabetes mellitus*

Dez requisitos para iniciar uma intervenção educativa sobre *Diabetes mellitus* tipo 2

Amanda Ayala-Cortez*
Arnulfo Irigoyen-Coria**

Los procesos educativos son fundamentales para efectuar intervenciones preventivas en el ámbito personal, familiar y comunitario. La educación sobre la *Diabetes mellitus* es importante porque permite no sólo al médico sino a todo el equipo de salud, motivar, informar, y fortalecer a los propios pacientes diabéticos y a sus familiares; hacer más efectivas, eficaces y eficientes las acciones tendientes a controlar, prevenir o retardar las complicaciones de la *Diabetes mellitus*. Deberíamos estar convencidos de que el primer nivel de atención a la salud es un escenario propicio para lograr cambios de actitud sobre la diabetes, tanto en los pacientes como en sus familiares. En este trabajo se presentan lo que consideramos 10 reflexiones necesarias – que deberían realizarse- antes de iniciar una intervención educativa en casos de *Diabetes mellitus* tipo 2.

1. Aceptar que la *Diabetes mellitus* tipo 2 (DMtipo2) se asocia de manera importante elevados costos económicos y sociales para el paciente, la familia y la sociedad en general. Las elevadas cargas económicas están relacionadas con una alta frecuencia de complicaciones agudas y crónicas que ocasionan frecuentemente recurrencia de

hospitalizaciones y muerte prematura¹.

2. Reconocer que generalmente el perfil del paciente con DM tipo 2, se caracteriza por obesidad exógena y malos hábitos alimenticios que se relacionan con un ambiente externo que no participa en informar sobre su salud, ni motivar el adopción de hábitos y estilos de vida saludables²⁻⁴.
3. Considerar a la educación como la piedra angular de una adecuada práctica clínica ante la *Diabetes mellitus* tipo 2; la denominada *educación diabetológica* puede mejorar la conducta del paciente ante la enfermedad, el control de la glucemia y la adherencia al tratamiento⁵.
4. Establecer que la promoción de la salud y la medicina preventiva deben incorporan necesariamente factores culturales y comunicativos que condicionen la participación activa de los pacientes diabéticos, lo cual determinará el éxito en la toma de decisiones sobre estilos de vida saludables².
5. Tener presente que la implantación de programas educacionales debe ser una obligación de la máxima prioridad para los

servicios de salud; los beneficios que producen redundan en una mejor atención, mejor calidad de vida e integración social de los enfermos. Para el sistema de salud supone un significativo ahorro de recursos financieros; en otras palabras, es una estrategia con una buena relación costo-efectividad que ha permitido reducir la frecuencia de las complicaciones crónicas y las hospitalizaciones⁶.

6. Tomar en cuenta que la incorporación de una intervención educativa para pacientes diabéticos, supone necesariamente, hacer el compromiso de lograr una mejoría en el control, tratamiento y seguimiento de los pacientes⁶.
7. Identificar a la educación de los pacientes diabéticos y sus familiares como un factor básico para conseguir un tratamiento adecuado que *estimule el autocuidado*. Es deber del equipo de salud otorgar al paciente información suficiente para lograr una *responsabilidad personal* sobre la propia DM tipo 2; esta acción ha demostrado ser una estrategia eficaz para retardar o disminuir el desarrollo de complicaciones⁶.

* Alumna de la Maestría en Trabajo Social. Escuela Nacional de Trabajo Social. Universidad Nacional Autónoma de México. México.

** Profesor del Departamento de Medicina Familiar. División de Estudios de Posgrado. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México. México.
E-mail: coriaa@servidor.unam.mx

- | | | |
|---|---|---|
| <p>8. Recordar que la aplicación de una intervención educativa debe ser flexible y no organizada con base en “órdenes verticales”. Se debería integrar la intervención a través de un plan de <i>tipo participativo</i> y basado en la reflexión-acción. Este tipo de programas ha demostrado ser un camino eficaz para el control del colesterol sérico y la glucemia; a largo plazo se ha traducido en una notoria disminución del riesgo cardiovascular⁷.</p> <p>9. Precisar que uno de los principales retos que presenta una intervención educativa en casos de DM tipo 2 es el poder</p> | <p>lograr una <i>suficiente motivación del personal sanitario</i> para que se involucre activamente en la educación sobre la diabetes y en actividades de promoción de la salud tanto en el paciente como en la propia familia. Para este propósito el estudio cualitativo sobre <i>los conocimientos, las creencias y las prácticas de los pacientes en relación con su tratamiento</i>, así como el conocimiento de la disponibilidad de alimentos en la comunidad, son elementos esenciales para que el personal sanitario observe a la propia intervención educativa como una herramienta fundamental</p> | <p>para lograr el control de la glucemia⁷.</p> <p>10. Tomar en consideración que el <i>apoyo familiar</i> es indispensable para que el paciente afronte los problemas diarios de su enfermedad y para mejorar su control glucémico. La participación espontánea en las actividades educativas permite al paciente y al personal sanitario percibir los beneficios que tiene una efectiva educación sobre la diabetes, lo cual garantiza la participación y sustentabilidad del propio proceso de intervención educativa⁷.</p> |
|---|---|---|

REFERÊNCIAS

1. Barceló A, Robles S, White F, Jadue L, Vega J. Una intervención para mejorar el control de la diabetes en Chile. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 2001;10(5): 328-33.
 2. Cabrera-Pivaral C, 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. [cited 2010 Aug 1] *Salud Publica Méx* [serial on the Internet]. 2001 Dec; 43(6): 556-562. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342001000600006&lng=en.doi:10.1590/S0036-36342001000600006.
 3. Giampaoli S, Menotti A, Amici R, Cigna G, Dima F, Feskens E et al. Prevalence of some cardiovascular risk factors in a sample of the aged population. *Cardiol*. 1992;37(12):865-70.
 4. Leino M, Raitakari OT, Porkka KV, Taimela S, Viikar JS. Associations of education with cardiovascular risk factors in young adults. *Int J Epidemiol* 1999;28(4):667-75. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342001000600006&lng=en.doi:10.1590/S0036-36342001000600006.
 5. Legorreta AP, Hassan MM, Peters AL, Pelletier KR, Leung KM. An intervention for enhancing compliance with screening recommendations for diabetic retinopathy. A bicoastal experience. *Diabetes Care* 1997;20:520-3.
 6. Selli L, Kauffmann PL, Meneghel SN, Torneros JZ. Técnicas educacionales en el tratamiento de la diabetes. [cited 2010 Aug 16] *Cad. Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2005 Oct; 21(5):1366-72. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000500008&lng=en.doi:10.1590/S0102-311X2005000500008.
 7. Aráuz AG, Sánchez G, Padilla G, Fernández M, Roselló M, Guzmán S. Intervención educativa comunitaria sobre la diabetes en el ámbito de la atención primaria. [cited 2010 May 12] *Rev Panam Salud Publica* [serial on the Internet]. 2001 Mar; 9(3):145-53. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892001000300003&lng=en.doi:10.1590/S1020-49892001000300003.
-

*Recebido em 8 de junho de 2010
Aprovado em 6 de julho de 2010*