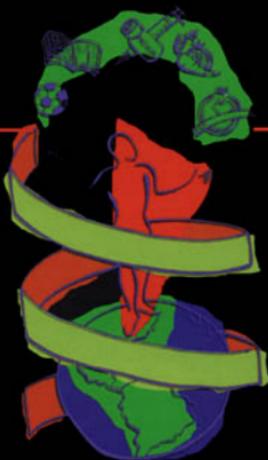


EDUCACIÓN SOBRE DIABETES



**DISMINUYAMOS
EL COSTO DE LA
IGNORANCIA**



MISIÓN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

La Oficina Sanitaria Panamericana es la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), organismo internacional especializado en salud. Su misión es cooperar técnicamente con los Países Miembros y estimular la cooperación entre ellos para que, a la vez que conserva un ambiente saludable y avanza hacia el desarrollo humano sostenible, la población de las Américas alcance la Salud para Todos y por Todos.

“La educación sobre la diabetes se ha vuelto no solo un elemento del tratamiento, sino el propio tratamiento”

ELLIOT P. JOSLIN
Diabetólogo y educador

“La educación es un proceso constante para la liberación de los seres humanos”

PAULO FREIRE
Educador

AGRADECIMIENTO



La Organización Panamericana de la Salud desea
dejar constancia de su agradecimiento a
Boehringer Mannheim, GmbH, por el apoyo
financiero prestado para la publicación de este libro.

EDUCACIÓN SOBRE DIABETES

DISMINUYAMOS EL COSTO DE LA IGNORANCIA



Comunicación para la Salud No. 9

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, OFICINA REGIONAL DE LA
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037, E.U.A.

1996

Publicado originalmente en inglés con el título:
Lowering the Price of Ignorance: A World View
on Diabetes Education
© International Diabetes Federation, 1995

Catalogación por la Biblioteca de la OPS

Organización Panamericana de la Salud.

Educación sobre diabetes. Disminuyamos el costo de la ignorancia

—Washington, D.C. : OPS, © 1996 88 p. — (OPS. Comunicación para la Salud; 9)

ISBN 92 75 32058 6

I. Título. II. (series)

1. DIABETES MELLITUS-economía. 2. EDUCACIÓN DEL PACIENTE.

3. EDUCACIÓN

LC WK810

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes y las peticiones de información deberán dirigirse al Programa de Publicaciones, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América, que tendrá sumo gusto en proporcionar la información más reciente sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

© Organización Panamericana de la Salud, 1996

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

De las opiniones expresadas en la presente publicación responden únicamente los autores.

CONTENIDO

Prólogo a la edición en español	vii
Prefacio	ix
Control de la diabetes: costos y voluntad de invertir	1
Control y educación en diabetes mellitus	1
Enseñanza eficaz de los educadores: problemas a los que se enfrentan	4
Evaluación inicial del diabético y bases de su educación	6
Antes de educar	6
Formas de educar al diabético	9
Problemas en la educación sobre diabetes	15
Educación del diabético: problemas que afrontan los pacientes y los prestadores de asistencia en la enseñanza de personas con diabetes mellitus insulinoindependiente y con diabetes mellitus insulinodependiente	15
Delegación de responsabilidades en el diabético y su relación con el modelo médico tradicional: ¿Existen diferencias irreconciliables?	25
Educación sobre diabetes: ¿Qué prioridades se alcanzan?	31
Enseñanza de niños y adolescentes	32
Insulina, amor y cuidados	32
Los “hiperreactores”: pacientes de trato difícil. Funcionamiento de un grupo de apoyo para adolescentes diabéticos	35
Educación de las personas de edad avanzada	42
Educación del anciano diabético	42
Formas de renovar la esperanza del anciano diabético al enfocar la enseñanza y la atención a sus necesidades	42
Educación en países en desarrollo	49
Enseñanza de médicos generales en Karachi, Pakistán	49
Estrategias para educar a pacientes semianalfabetos: simplificación de instrucciones	51
Estrategias para elaborar materiales de enseñanza para semianalfabetos	54
Si me concedieran tres deseos para disminuir el costo de la ignorancia	59

Esta página dejada en blanco al propósito.

PRÓLOGO A LA EDICIÓN EN ESPAÑOL

Durante este siglo, los países de las Américas han sufrido grandes cambios sociales, demográficos y epidemiológicos que han llevado a un aumento de la incidencia y prevalencia de varias enfermedades crónicas no transmisibles, como las cardiopatías, el cáncer, las lesiones y la diabetes. Actualmente la suma de estas afecciones causa la gran mayoría de las muertes y discapacidades en la Región.

En lo que respecta a la diabetes, se calcula que en las Américas hay hoy en día alrededor de 30 millones de personas que padecen la enfermedad, de las cuales 45% ó 13 millones son habitantes de América Latina y el Caribe. Se prevé que el número de casos en estas subregiones supere al de los Estados Unidos y Canadá en el año 2000, y que alcance 20 millones en el año 2010. Estas tendencias son tanto el resultado del envejecimiento de la población, como de los cambios que se están dando en los patrones culturales que, a su vez, repercuten en la alimentación y el estilo de vida de las personas.

Como consecuencia del curso de la enfermedad, que avanza prácticamente sin corrección en la mayor parte de los afectados, se están presentando casos de enfermedad renal crónica, ceguera y amputaciones en forma creciente. Estas complicaciones podrían evitarse en gran medida si se aplicara el conocimiento disponible sobre prevención y atención de la diabetes.

Además del costo individual, familiar y social de la diabetes, esta enfermedad absorbe un monto desproporcionado de los presupuestos sanitarios. Asimismo, repercute seriamente sobre el acceso, la relación entre costo y eficacia y la calidad de los servicios de salud, lo cual destaca la necesidad imperiosa de atender la situación actual en el ámbito de las reformas sanitarias. Al reconocer al paciente y su familia como recursos de salud primordiales, ya se habrá dado un paso indispensable para mejorar la situación, según se puede ver en esta *"Educación sobre diabetes. Disminuyamos el costo de la ignorancia"*.

Los estragos que se estima que causaría la diabetes durante los próximos 15 años podrían reducirse enormemente con medidas de prevención primaria que redujeran la incidencia de la enfermedad; y al mejorar la calidad de la atención se podrían reducir las complicaciones de la misma. Ya hay pruebas fehacientes de que tanto la prevención como el tratamiento pueden ser eficaces. Más aún, hay estudios recientes que muestran que el ejercicio físico y los cambios dietéticos pueden reducir la incidencia de la diabetes en 50% o más. También es estimulante el hecho, comprobado, de que se pueden reducir las complicaciones en la misma proporción si se presta atención a la calidad del control metabólico y al cuidado del paciente, incluso el autocuidado.

Aún en las comunidades más pobres, si se da la atención debida a los pies por medio de la educación del paciente, se podría mejorar la calidad de vida del diabético y simultáneamente reducir un rubro significativo de los costos de atención de la salud.

Al igual que la mayoría de los problemas de salud, las repercusiones de la diabetes no afectan de la misma manera a los diversos grupos que componen nuestras sociedades. Por ejemplo, las personas de origen africano, asiático o latinoamericano tienen mayores posibilidades de tener diabetes. Asimismo, dentro de esos grupos la incidencia de diabetes es inversamente proporcional al nivel de educación, y los individuos con menos escolaridad tienen más posibilidades de desarrollar complicaciones. Cabe destacar que ellos son también los que más frecuentemente no reciben diagnóstico ni tratamiento adecuados.

Dadas las consecuencias previstas de la diabetes, la Organización Panamericana de la Salud destinó recursos para su cooperación técnica en el área de la diabetes como parte de su Programa de

Enfermedades No Transmisibles. Inicialmente se ha hecho hincapié en construir consenso, para lo cual trabajamos con la Asociación Latinoamericana para la Diabetes, la Asociación Caribeña de Diabetes y la Federación Internacional de Diabetes.

Un primer resultado de esta colaboración es la publicación de esta guía, que tiene por objeto estimular la acción. Su valor se centra principalmente por el proceso al que dé origen. Al tomar la decisión de traducir y publicar este trabajo conjuntamente con la Federación Internacional de Diabetes, quiero instar a todos los Gobiernos Miembros de la Organización a que, a través de sus ministerios de salud, se comprometan de todo corazón con este mensaje y hagan de la educación sobre la diabetes una realidad que responda a su creciente importancia como problema de salud pública en las Américas.

La pobreza y la ignorancia van de la mano y son la raíz de muchos problemas de salud. En este sentido la diabetes no es una excepción. Por lo tanto es indispensable disminuir el costo de la ignorancia para reducir los estragos potenciales de esta enfermedad.

George A. O. Alleyne
Director

PREFACIO

EDUCACIÓN SOBRE DIABETES DISMINUYAMOS EL COSTO DE LA IGNORANCIA

RAZONES PARA EDUCAR

Después de haberme desempeñado como diabetólogo por más de 35 años, me he dado cuenta con toda claridad de una cosa: es necesario educar a todas las personas respecto a la diabetes, porque el costo de la ignorancia es muy alto. Por ignorancia e indiferencia muchas personas mueren a causa de diabetes no diagnosticada o por falta de insulina. Por desconocer la naturaleza verdadera de esta enfermedad, los diabéticos se convierten en víctimas de discriminación social. Por ignorancia también, los diabéticos sufren innecesariamente las complicaciones de su enfermedad, y mueren prematuramente.

La educación es el medio para disminuir el costo de la ignorancia, no solo en beneficio de los diabéticos, sino de la sociedad en su totalidad. El extraordinario aumento de la frecuencia de esta enfermedad a nivel mundial, y en particular en países en desarrollo, se ha traducido en un incremento impresionante de los costos de la asistencia médica, que pueden absorber hasta el 10% de los presupuestos nacionales destinados a los servicios de salud. Ese dinero más bien se gasta en los tratamientos de las complicaciones de la diabetes que dañan el corazón, los riñones, los ojos y el sistema nervioso. Por un lado, se advierte un aumento en la prevalencia de la diabetes, y por el otro, la ignorancia general que de ella se tiene nos indica que existen millones de diabéticos que no saben que padecen la enfermedad. Con educación adecuada se podrían identificar los grupos de personas de alto riesgo y hacer el diagnóstico antes de que se presentaran las complicaciones. Con educación adecuada, los diabéticos ya diagnosticados podrían evitar hasta el 80% de las complicaciones de la enfermedad.

Muchos gobiernos consideran, equivocadamente, que la educación sobre diabetes es muy costosa. Lo que en realidad deberían entender es que la ignorancia tiene un costo mucho más alto.

Educación sobre diabetes. Disminuyamos el costo de la ignorancia, es una publicación elaborada para el Día Mundial de la Diabetes en 1995. Refleja los esfuerzos realizados en cuanto a diabetes y educación, resumidos en el lema El costo de la ignorancia. La publicación es un intento de la Federación Internacional de Diabetes (FDI) para dar a los lectores una visión mundial del vasto y complejo problema que representa la educación sobre diabetes. Está dividida en dos secciones: la primera es una selección de artículos y pensamientos memorables sobre el tema. Fue necesario hacer un proceso de selección muy subjetivo; sin embargo, tengo la esperanza, que también comparte el distinguido comité editorial, de que esta selección incluya una gran variedad de opiniones, que aunque no abarque el tema en su totalidad, sí brinde un panorama fidedigno.

La segunda sección incluye diversos artículos preparados por personas que intervienen activamente en la educación sobre diabetes: desde el médico con alto nivel de responsabilidad, hasta los propios diabéticos. Los autores, que escriben desde los confines más apartados del planeta, han dejado constancia de tres prioridades que en su opinión mejorarían la educación sobre diabetes. El título es esclarecedor: Si me concedieran tres deseos para disminuir el costo de la ignorancia: Muchas de estas colaboraciones son relatos muy personales escritos con el corazón; algunos de ellos realmente conmovedores. Todos aportan un rayo de luz a la tarea extraordinariamente compleja a la que cada uno de los contribuyentes a este libro se enfrenta, en su lucha diaria contra la diabetes.

NECESIDAD DE INVERTIR

El Día Mundial de la Diabetes de 1995 se celebró con el objetivo de estimular a los gobiernos a ampliar sus inversiones en cuanto a la enseñanza y la educación sobre la diabetes. Según los datos del Estudio de Control y Complicaciones de la Diabetes (ECCD) y otras investigaciones de costos/beneficios, esa inversión ya ha generado dividendos. El primer artículo de esta sección es una revisión somera de los beneficios logrados con la regulación metabólica estricta, en términos de mejorar la salud y disminuir los costos. En el segundo, María L. de Alva, presidenta electa de la FDI, se pregunta por qué se hace caso omiso a los hechos innegables, y expone algunas de sus ideas en cuanto a las causas de esa situación.

EDUCACIÓN DEL DIABÉTICO

Los artículos escogidos para esta sección abarcan temas muy diversos, que van desde los problemas para lograr una educación funcional, hasta el tratamiento especial e individual que necesitan los niños, los adolescentes y los ancianos. El artículo de Johnny Ludvigsson, *Insulina, amor y cuidados*, es un análisis bastante conmovedor de la diabetes en los niños. Se espera que en cada uno de ellos se incluyan principios básicos que permitan a los lectores aplicarlos a todos los grupos, inclusive a aquellos a los que no hemos dedicado suficiente atención en esta tarea, como serían las embarazadas diabéticas. Todos los artículos contienen conceptos compartidos y comunes en los que se basan los criterios para la educación sobre diabetes. En ellos se acepta que la educación tiene la misma importancia que la alimentación, los fármacos y la insulina apropiados y destacan la idea de que los programas de educación con mayores probabilidades de éxito son los que responsabilizan al diabético de su propio cuidado. Habilitar y responsabilizar al diabético significa enseñarlo a tomar decisiones mejor orientadas en cuanto a la asistencia y el tratamiento de su enfermedad. Solamente así podrá atender y tratar su padecimiento como parte integral de su vida, y no como un factor que interfiere en ella. El artículo de Skinner, Anderson y Marshall, *Formas de educar al diabético*, resume la forma de llevar a la práctica y con un enfoque correcto, dicho proceso y Jean Tyson apoya la idea anterior. En la sección 2, Richard R. Rubin, psicólogo en educación, manifiesta tres de sus "deseos" más sagaces para disminuir el costo de la ignorancia.

ENSEÑANZA DE LOS EDUCADORES

Para delegar en el diabético la responsabilidad de su propio cuidado se necesita enseñar a los propios educadores. Los médicos reciben preparación para tratar enfermedades crónicas, como puede observarse en los hospitales. En esta situación, los médicos hacen evaluaciones iniciales de tipo médico, con escasa participación del enfermo, y se encargan del tratamiento hasta la curación de la enfermedad. En el caso de la diabetes, los profesionales de la salud deben evaluar a los pacientes psicológica y sociológicamente, y no solo desde el punto de vista médico. Después de dicha evaluación deben orientar su educación individualmente, partiendo de los conocimientos existentes y las necesidades expresas. Así se podrá llevar a cabo, organizadamente, el aprendizaje que permitirá al diabético asumir el control de su trastorno.

Sin embargo, a menudo tal situación no acaece en la realidad, con lo cual fracasan los programas de enseñanza, y todos resultan frustrados. Habría que preguntarse la razón de tal problema y la forma en que puede resolverse. Los artículos de los profesores Jean-Philippe Assal y Robert M. Anderson pre-

sentan un análisis detallado sobre el tema, y con enorme agudeza exponen los problemas de mayor trascendencia en la enseñanza adecuada sobre la diabetes. Además, se incluye un resumen del artículo "Educación sobre diabetes: ¿qué prioridades se alcanzan?" que muestra la frecuencia con la que los educadores cometen el error de enseñar lo que ellos desean transmitir, y no lo que el diabético desea aprender.

EDUCACIÓN EN PAÍSES EN DESARROLLO

No sería raro que para algunos lectores, muchas de las técnicas y criterios descritos en esta publicación constituyan solo un ideal. Ello tal vez sea válido para el médico que labora en países en desarrollo y cuya preocupación principal es el abastecimiento y la administración de insulina simple. No obstante, existen estrategias de educación que pueden ser aplicadas provechosamente en países en desarrollo, y en esta publicación se han reunido unos cuantos pensamientos prácticos escritos por personas que laboran en las circunstancias mencionadas; se incluye la descripción de un programa de adiestramiento para médicos generales en Pakistán, quienes, de no contar con otros medios de apoyo, deben encargarse, ellos solos, de la tarea educativa. Se incluyen también dos artículos sobre la forma de elaborar programas y materiales educativos sencillos para personas de muy bajo nivel escolar (semianalfabetos). La educación no necesariamente tiene que ser cara. Técnicas sencillas aplicadas en forma idónea, ahorrarán el tiempo y los recursos necesarios a los profesionales clínicos abrumados por su trabajo. En la sección 2, el Dr. Ghazala Rafique aporta ideas respecto a la forma en que se han aplicado en Pakistán las técnicas expuestas.

Esperamos que esta publicación constituya una fuente de información y de estímulo no solo para todos los profesionales de la salud sino también para los diabéticos, en cualquier circunstancia que se encuentren.

Agradezco personalmente a María L. de Alva, Jean-Philippe Assal, Trisha Dunning, Johnny Ludvigsson y Jean-Claude Mbanya, del comité editorial, el tiempo dedicado para ayudarnos a llevar a cabo este proyecto; a John Grain, por el diseño y el formato de estas páginas y a Phoebe Weiland, quien con enorme dedicación reunió todos nuestros esfuerzos para la creación de este libro. También expreso mi agradecimiento más profundo a Boehringer Mannheim, GmbH, por su apoyo financiero a este proyecto. Quisiera finalizar mi presentación con un pensamiento memorable de George Orwell que puede aplicarse a cualquier programa de educación sobre diabetes en cualquier parte del mundo:

*"Ayudar a los demás es bueno, pero enseñarlos
a ayudarse a sí mismos es mejor"*

JAK JERVELL
*Presidente, Federación
Internacional de Diabetes*

Esta página dejada en blanco al propósito.

ARTÍCULOS SELECTOS SOBRE EDUCACIÓN DEL DIABÉTICO

Esta sección incluye un conjunto de artículos nuevos y publicados en años pasados, que cubren una serie de temas sobre educación. Comienza con una revisión somera de los costos/beneficios de la educación sobre diabetes, junto con el tratamiento y la asistencia detallados de su enfermedad, y además algunas de las razones manifiestas por las que en muchos países no se hace una inversión adecuada en la educación de dichos pacientes. Después de algunos artículos se presentan resúmenes mínimos de los principios y métodos fundamentales necesarios para cualquier programa educativo de buena calidad; incluyen la necesidad de evaluación inicial y los aspectos psicológicos de la asistencia. La cuarta subsección trata las dificultades y problemas que afrontan los educadores para que su tarea educativa rinda frutos en la práctica. Los últimos tres temas se ocupan de grupos específicos: niños, adolescentes y ancianos, así como de la educación en países en desarrollo.

Algunos de los artículos se reproducen en forma parcial. Otros están incluidos en resúmenes o extractos breves. Cada tema incluye sugerencias para lecturas y fichas bibliográficas adicionales. Esperamos que esta combinación dé al lector un panorama fiel de cada tema y sea el punto de partida para reflexiones ulteriores.

CONTROL DE LA DIABETES: COSTOS Y VOLUNTAD DE INVERTIR

CONTROL Y EDUCACIÓN EN DIABETES MELLITUS

(Resumen)

ADOLFO PÉREZ-COMAS

Profesor Asociado de Pediatría - Escuela de

Medicina en Ponce, Puerto Rico

Presidente, Sociedad de Endocrinología y

Diabetología de Puerto Rico

Ex Presidente, Asociación Puertorriqueña de

Educadores en Diabetes

ARTÍCULO ORIGINAL, PUBLICADO EN JULIO DE 1995

La diabetes es una enfermedad grave. En los Estados Unidos y en Puerto Rico constituye la tercera causa de muerte. También ocupa el primer

lugar como causa de ceguera, amputaciones no traumáticas, insuficiencia renal e impotencia. La frecuencia de ataques cardíacos y de accidentes cerebrovasculares es el triple en diabéticos que en la población no diabética.

El costo de la atención de la diabetes es grande por la frecuencia con que surgen las complicaciones. En 1987 el costo anual total en los Estados Unidos fue de US\$ 20.400 millones, y en 1992 aumentó a \$91.800 millones. De ese total, \$45.200 millones se destinaron a costos médicos directos, y \$46.600 millones constituyeron el costo por la pérdida de productividad y por muertes prematuras. En promedio, \$32.000 millones se destinaron a cuidados hospitalarios y unos \$2.000 millones a la atención en hospicios o casas de salud.

Las complicaciones de la diabetes son extraordinariamente caras. El costo médico anual para el tratamiento de un diabético ciego es \$11.986.

Cada año cuesta unos US\$36.000 el tratamiento de un diabético con enfermedad renal en etapa terminal.

CONTROL

En los comienzos del decenio de 1930, EP. Joslin y otros científicos plantearon la "hipótesis de la glucosa" respecto al vínculo percibido entre los niveles altos de glucosa en sangre (hiperglucemia), el control deficiente de dichos niveles y las complicaciones crónicas de la diabetes. Diversos estudios independientes realizados en Europa y los Estados Unidos de América buscaron confirmar dicha hipótesis, pero no incluyeron suficientes pacientes, ni lapsos de vigilancia adecuados. Algunas investigaciones indicaron una correlación entre el control deficiente de la diabetes y las complicaciones de la enfermedad, pero los resultados en otros no fueron concluyentes. Sin embargo, un meta-análisis de los estudios en cuestión indicó una correlación entre la aparición de retinopatía y el control deficiente de la hiperglucemia.

CONTROL Y EDUCACIÓN DE LOS DIABÉTICOS

Los resultados del Estudio sobre Control y Complicaciones de la Diabetes (ECCD), se expusieron en la Reunión Anual de la Asociación Estadounidense de la Diabetes en junio de 1993 en Las Vegas, Nevada. La investigación mencionada fue un estudio multicéntrico prospectivo, realizado de 1982 a 1993 en 29 centros de los Estados Unidos y el Canadá, e incluyó más de 600 investigadores y 1.441 pacientes.

La metas del ECCD fueron detectar si era posible evitar complicaciones en personas con diabetes insulino dependiente (DMID) que todavía no presentaban complicaciones y dilucidar si era factible evitar la evolución de las complicaciones. En esta sección del estudio se reclutó a un segundo grupo de diabéticos con algunas complicacio-

nes causadas por su enfermedad. Los enfermos de uno y otro grupo fueron asignados en forma aleatoria a uno de los dos grupos de tratamiento.

Grupo de tratamiento convencional

En este componente del estudio se trató de "remedar" el estándar de atención que se brinda en los Estados Unidos a los pacientes con DMID. Los pacientes recibieron de una a dos inyecciones de insulina al día, midieron una vez al día su glucemia; consumieron una dieta básica; recibieron educación sobre ejercicios y fueron revisados en citas de vigilancia cada tres meses en la clínica. El tratamiento tuvo como meta que los enfermos no mostraran síntomas de hipoglucemia ni hiperglucemia.

Grupo de terapia intensiva

Al grupo en cuestión se les aplicó tres inyecciones de insulina (o más) al día, o se les administró dicho tratamiento por medio de una bomba de goteo; cuatro a cinco veces al día se midieron los niveles de glucosa en sangre; fueron sometidos a medidas dietéticas extensas y entrenamiento con ejercicios; cada semana se comunicaron telefónicamente con la clínica y cada mes acudieron a ella para su revisión clínica. Las metas del tratamiento fueron conservar los niveles de glucemia durante el ayuno entre 70 y 120 mg/dl; niveles de glucemia postprandial menores de 180 mg/dl y niveles de glucosa sanguínea (medidos una vez a la semana a las 3 a.m.), mayores de 65 mg/dl, con niveles de hemoglobina A₁C (glucosilada) menores de 6,05%. [La hemoglobina A₁C o HbA₁ es un índice del control de la glucosa sanguínea. Representa el promedio del nivel de glucemia medido en las cuatro a seis semanas previas.]

Después de nueve años se interrumpió la investigación porque sus resultados eran patentes. El control satisfactorio de la glucemia evitaba las

complicaciones. De este modo era factible disminuir los riesgos de las siguientes complicaciones: retinopatía, 76%; nefropatía, 56% y neuropatía, 60% en el grupo sometido a tratamiento intensivo.

Por primera vez se corroboró en forma plena y científica que las complicaciones de la DMID guardan relación directa con el control deficiente de la hiperglucemia.

En 1987 el costo total anual de la atención del diabético en los Estados Unidos fue de US\$ 20.400 millones; en 1992 aumentó a \$91.800 millones

LAS ENSEÑANZAS DEL ESTUDIO Y LAS COMPLICACIONES DE LA DIABETES

Los resultados del ECCD indican que los elementos fundamentales de la atención de los diabéticos deben incluir regulación estricta de la glucosa sanguínea; educación sobre la enfermedad; participación del enfermo en la atención y cuidado de su enfermedad, así como contacto regular y apoyo de parte del personal médico que atiende a los diabéticos.

Las complicaciones guardan relación con la deficiente regulación de la glucemia y por ello, los resultados del ECCD también son válidos para el paciente con la forma insulino dependiente de la enfermedad (DMII).

La atención de la diabetes no es exclusiva del médico, y también en ella intervienen otros profesionales de la salud, así como el propio paciente y sus familiares. La atención intensiva incluye la participación decidida del personal clínico y también insistir en aspectos como educación, dieta, ejercicios, medición de la glucosa sanguínea por el propio paciente, y ajuste de las dosis de los medicamentos según los niveles de glucemia. Todo lo anterior debe realizarse con la participa-

ción plena y decidida del diabético y su familia. Son de vital importancia la vigilancia periódica adecuada y la educación continua, para así conservar el control adecuado de la diabetes.

Es necesario conservar en los niveles más normales posibles la glucosa sanguínea y los de la hemoglobina A1c, y el diabético no debe mostrar los síntomas de la hiperglucemia (niveles altos de glucosa) como orinar excesivamente, ingerir gran volumen de líquidos por la sed, y estar amodorrado (poliuria, polidipsia y letargia). El tratamiento debe individualizarse de acuerdo con el estado físico y las necesidades socioculturales del enfermo.

BARRERAS EN LA ATENCIÓN DEL DIABÉTICO

Para aprovechar la enseñanza del ECCD y obtener beneficios de la terapia intensiva, el diabético debe conocer en detalle su enfermedad y la forma de tratarla, cosa que no sucede en la actualidad ya que los pacientes no reciben enseñanzas adecuadas de su trastorno; los médicos no les dedican tiempo suficiente en las visitas del consultorio y en muchos casos, no se consulta a otros profesionales de la salud como dietistas, especialistas en ejercicio, endocrinólogos, psicólogos, oftalmólogos, nefrólogos, neurólogos y otros más, respecto a la atención del paciente. Además, algunos seguros médicos, de vida o viajes, no cubren adecuadamente los gastos de los enfermos. Las barreras mencionadas deben ser superadas a muy breve plazo, para que mejore la atención del diabético.

En 1992 el costo aproximado del tratamiento corriente contra la diabetes en los Estados Unidos era de US\$ 1.675, en comparación con \$3.686 que costaba el tratamiento intensivo (incremento de 120%). La fracción mayor en el incremento del costo se debía a las mediciones seriadas de la glucosa sanguínea y los servicios profesionales. En un estudio de embarazadas y recién nacidos,

se demostró que el costo de la terapia intensiva era mínimo, en comparación con el costo para el tratamiento de las complicaciones. Por cada dólar gastado en terapia intensiva, se economizaron \$1,80. Si con un dólar se evitan las complicaciones en la madre, en el neonato y también en todos los diabéticos, el gasto en la terapia intensiva será casi nulo.

El control adecuado de la diabetes disminuye los costos hospitalarios y el de la farmacoterapia, prolonga la vida y mejora su calidad y evita o disminuye las complicaciones graves de la enfermedad

ENSEÑANZA EFICAZ DE LOS EDUCADORES: PROBLEMAS A LOS QUE SE ENFRENTAN

(Resumen)

MARÍA L DE ALVA

Presidenta electa de la FID

Fundadora de la Asociación Mexicana de Diabetes

ALOCUCIÓN EN EL 15° CONGRESO DE LA FID EN
KOBE, JAPÓN, 1994

Los diabetólogos expertos y los prestadores de servicios de salud reconocen que la educación es uno de los elementos más importantes del tratamiento de la diabetes; sin embargo, el problema fundamental es que no todos los encargados de la atención médica son expertos, ni los administradores de las instituciones de salud saben lo que se necesita en la asistencia del diabético. En muchas partes del mundo, y en particular en países en desarrollo, no hay apoyo ni interés en la preparación y la enseñanza de los educadores. Esto se debe a que la educación del diabético es considerada como una tarea superflua y de escaso pres-

tigio. Por esa razón, la estructuración de los programas para enseñar a los educadores en diabetes suele ser insuficiente e inadecuada, y esto se observa en particular en el caso de los educadores "legos", es decir, los que no poseen bases médicas suficientes y que en ocasiones sufren la enfermedad. Se olvidan que estos educadores "legos" o comunitarios sufren la diabetes día y noche, todos los días del año. Para que sean maestros adecuados, en primer lugar tendrían que volverse expertos en su propia enfermedad, y contar así con una preparación plena y detallada.

Algunos administradores de hospitales consideran que la labor de los educadores en diabetes y las enseñanzas al enfermo generan gastos adicionales. Sería mejor que visualizaran ambas cosas como un medio para disminuir las hospitalizaciones y las complicaciones crónicas y por añadidura, los gastos adicionales. Las compañías de seguros que incluyen en sus pólizas visitas de los médicos, hospitalizaciones y medicamentos, no abarcan la educación del diabético porque no la consideran realmente parte del tratamiento de la enfermedad. Los administradores piensan que la educación es un elemento caro, y aún no se han percatado que la ignorancia y sus costos son muchísimo más altos.

Los gastos adicionales para la educación implican que los recursos económicos se canalicen en forma apropiada para así obtener ahorros futuros. Se necesita señalar a los encargados de la toma de decisiones, las experiencias positivas obtenidas en otros países; pero incluso si las conocieran, seguirían siendo escépticos, porque la inversión en la educación del diabético se apreciará solo después que hayan transcurrido varios años, y es muy probable que los méritos de esa tarea se les reconozcan a los sucesores del cargo. Todo lo anterior suele ocurrir en países en que la administración en salud y medicina está en manos de políticos.

Los problemas anteriores quizá nacen del hecho de que en casi todas las enfermedades no se necesita enseñar al paciente, y si se requiere tal acción, nunca es con tanto detalle ni en forma tan completa como en la diabetes. La negligencia de los administradores de salud y otros prestadores de servicios de salud para entender la importancia de los educadores en diabetes para tratar la enfermedad, es un obstáculo enorme para cuyo cambio se necesitan tiempo y esfuerzos formidables.

Para complicar la situación, muchos diabéticos no están conscientes de que necesitan ser enseñados, y tampoco consideran esencial dicha tarea. A menudo los "consumidores" de servicios de salud no exigen que se les enseñe, como un derecho propio. Para que los enfermos aprecien la importancia de la educación en diabetes, en primer lugar tienen que experimentarla, y captar la diferencia que esta ha proporcionado en sus vidas.

Los médicos no especialistas "sienten" que los educadores en diabetes los vuelven más vulnerables; ellos se consideran expertos en salud y diabetes, y repentinamente se percatan que un simple educador de esta índole resuelve mejor los problemas del diabético que debe convivir con su enfermedad. Es importante que todos percibamos estas situaciones y demostremos que los educadores constituyen un apoyo y no una amenaza para el médico y sus tareas.

Una vez que se ha entrenado al educador en diabetes, es enormemente difícil para él recibir el apoyo de las instituciones de salud o compañías farmacéuticas para continuar su preparación; ello se debe a que muchas personas no captan la importancia que tiene utilizar educadores en diabetes preparados especialmente para esa tarea, es decir, para brindar mejor atención y contribuir a disminuir los gastos.

En muchas partes del mundo y en especial en países en desarrollo, los administradores, médi-

cos y diabéticos deben estar convencidos de la importancia que tienen los educadores en la atención multidisciplinaria de la diabetes. De este modo, es recomendable que las personas interesadas en cambiar este estado de cosas, es decir, educadores u otros prestadores de servicios de salud o legos, se organicen en una asociación nacional contra la diabetes, cuyas metas sean estimular la educación profesional de los diabéticos. Solamente por intervención de una organización perfectamente estructurada tendrán eco nuestras voces y nuestras peticiones.

Se necesita señalar a los encargados de la toma de decisiones las experiencias positivas obtenidas en otros países; pero incluso si las conocieran, seguirían siendo escépticos, porque la inversión en la educación del diabético se apreciará solo después que hayan transcurrido varios años y es muy probable que los méritos de esa tarea se les reconozcan a los sucesores del cargo

BIBLIOGRAFÍA ADICIONAL

Patient Education, Issues, Options and Choices, Edna Durbach, BsocSc, MEd, EdK *The Canadian Nurse*, octubre de 1987

The Direct and Indirect Cost of Diabetes in the United States in 1992. Informe publicado por la Asociación Estadounidense de la Diabetes, 21 de mayo de 1993

Prevention of Diabetes Mellitus

Informe del Grupo de Estudio de la OMS, Serie de Informes Técnicos de la OMS, 844, 1994

EVALUACIÓN INICIAL DEL DIABÉTICO Y BASES DE SU EDUCACIÓN

*“Haciendo las cosas
es como aprendemos
a hacerlas”*

ARISTÓTELES (384-322 A.C.)

Filósofo griego

ANTES DE EDUCAR

JEAN TYSON,

*Enfermera educadora en diabetes, Hospital Lions Gate,
Vancouver septentrional, BC, Canadá*

*THE DIABETES EDUCATOR, NÚMERO ESPECIAL,
1984; 10: 23-24*

REIMPRESO CON AUTORIZACIÓN DE LA ASOCIACIÓN
ESTADOUNIDENSE DE EDUCADORES EN DIABETES

Antes de educar es necesario establecer una comunicación satisfactoria con el paciente (cliente) para que sea eficaz la enseñanza. El diagnóstico del nivel educativo y la evaluación inicial de la persona facilitarán el conocimiento de su nivel de enseñanza, las ideas, circunstancias sociales y económicas de la familia, así como el estado general de la salud y el cuadro diabético. Todo lo anterior aportará los elementos que orientarán hacia los temas por cubrir y los factores que auxiliarán o entorpecerán el proceso educativo para alcanzar los resultados buscados con el diabético.

En primer lugar se necesita que el entorno sea tranquilo; si el educador se sienta y expresa al paciente su interés por el problema, demostrará que puede controlar la situación de manera tranquila, y la sesión transcurrirá relajadamente y sin prisas. La interacción informal entre el personal de enfermería y el paciente facilita el diagnóstico y la evaluación inicial necesarios para lograr la comunicación. Lo que se busca no es solo enten-

der las necesidades del diabético, sino hallar el mejor lenguaje para transmitir la información requerida, para que él la capte y la utilice sin dificultades.

Un pensador acuñó la célebre frase: “Simplificad, simplificad”. A semejanza de cualquier especialista, los enfermeros usan un “argot” o lenguaje que les permite comunicarse de manera rápida y eficiente con otros miembros del personal de salud, pero si utilizan el mismo lenguaje con el paciente, crearán confusión y entorpecerán la comunicación. Cada vez que se utilice un término técnico, será necesario explicarlo a la persona.

EVALUACIÓN INICIAL

Antes de emprender el proceso de educación, se necesita realizar la evaluación inicial:

1. La evaluación inicial es un componente obligado del proceso de enseñanza/aprendizaje, porque en él intervienen factores como:

- edad
- nivel de educación
- diferencias lingüísticas
- ocupación.

2. Es un método para identificar las necesidades físicas, sociales o emocionales, como serían las de la visión y la audición, aceptación de coetáneos o compañeros; grado de capacidad de afrontamiento.

3. Es un método para obtener información que auxiliará al personal de enseñanza, es decir: ¿es el estilo de vida del diabético activo o inactivo? ¿trabaja o está jubilado?

4. La revisión inicial obliga a evaluar a cada persona en forma individual, y en particular su capacidad de aprendizaje y aceptación de cambios en su estilo de vida. Una vez definido lo anterior,

habrá que plantear mutuamente objetivos basados en necesidades y capacidades personales. El educador debe ocuparse, en primer término, de las necesidades que a juicio del paciente, exigen atención inmediata antes de canalizar intereses y esfuerzos para resolver problemas futuros; por ejemplo, el lapso anterior al diagnóstico inicial no es el tiempo adecuado para explorar las estrategias sobre la toma de decisiones. En la fase educativa "intensiva" o inmediata, habrá que plantear razonablemente los aspectos básicos de la aplicación de insulina, la dietoterapia y las pruebas en orina/sangre.

5. La evaluación establece prioridades y elimina la repetición innecesaria de algunos materiales, es decir, la instrucción previa y la persona encargada de ella.

6. Constituye un medio que permitirá establecer la relación entre el paciente y el grupo de enseñanza.

7. La evaluación inicial constituye una oportunidad para que el educador escuche las preocupaciones, frustraciones y actitudes del diabético que pueden interferir en su enseñanza. Entre las preocupaciones típicas están:

- que su enfermedad se debe a alimentos "inadecuados" o equivocados que consumió, y que por ello Dios lo castigó;
- que alguna persona les deseó un mal y que acaeció finalmente:
- que "contrajeron la enfermedad" cuando atendieron a una mujer diabética;
- que perdieron la vista y las piernas, igual que ocurrió con su abuela diabética;
- que la diabetes es una enfermedad incurable y que están demasiado enfermos y nunca se reincorporarán a su trabajo.

Es indispensable disipar ideas erróneas y supersticiones y sustituirlas con conocimientos sólidos y seguridad emocional.

8. La evaluación constituye una base a partir de la cual los educadores y los diabéticos pueden planear modificaciones para que estos últimos hagan mejores ajustes y adaptaciones a su estado y a su enfermedad. Por ejemplo, si existe ceguera al color (daltonismo) o surgen problemas con la vista, escoger el método preciso de evaluación constituirá una forma adecuada para facilitar la lectura.

Para evaluar la facilidad de aprender, se han identificado dos factores importantes:

FACTORES EMOCIONALES

Nivel de ansiedad o angustia. Si es muy grande, estrechará la percepción e interferirá en el aprendizaje. Se ha identificado una progresión de emociones que se inicia con el diagnóstico de una enfermedad crónica. Casi todas las personas muestran conmoción, incredulidad y quizá ira, pena, depresión y duelo por la pérdida de la integridad corporal (o todos estos elementos juntos). Es posible que también la persona sienta culpa de la forma en que se produjo el trastorno y la angustia de afrontar los cambios y asumir nuevas consideraciones vitales por la diabetes. No existe un patrón constante de sentimientos, y el diabético puede experimentar simultáneamente varios de ellos.

Participación de la familia. Es necesario conocer si la persona puede recibir auxilio de sus familiares en el hogar, si fuera necesario. La diabetes es un asunto familiar, particularmente si el diagnóstico de diabetes se hace en un niño.

Nivel económico. Nivel de pobreza o superior. La pobreza puede ser un factor constante en la vida del diabético, y es necesario afrontarla ya

que interviene en todos los aspectos de la vida diaria. La pobreza pone en peligro la seguridad, el consumo de alimentos nutritivos, adecuados y en cantidad suficiente, el uso de medicamentos en dosis adecuadas y en horarios regulares. Siempre hay un motivo de preocupación; por ejemplo, si va a llegar puntualmente o no el cheque del subsidio de asistencia social, o el de la pensión.

La tarea del educador no es imponer lo que debe hacer el paciente, sino facilitar el proceso de aprendizaje y el cumplimiento de objetivos

Personas que viven solas. Es necesario saber si los diabéticos pueden hacer sus compras por sí mismos y cocinar sus alimentos. Si la persona es anciana y necesita insulina, se necesita saber si tienen la suficiente memoria para administrársela a la hora precisa y hacer las mediciones exactas de las dosis.

Orígenes étnicos. Ideas sobre la diabetes nacidas en una cultura en particular. En algunas sociedades se considera al diabético como una persona que ha perdido parte de su ser. Desde hace mucho tiempo, algunos grupos étnicos han aceptado la idea de que los enfermos son ciudadanos de "segunda clase" y que no tienen un nivel intelectual alto; ello se traduce en poca autoestima y pérdida de la identidad personal. A menudo el diabético, para satisfacción del educador, aprende todo lo que se le enseña, sea cual sea su nivel de analfabetismo.

ASPECTOS DE LA EXPERIENCIA

Estado ocupacional. Edad, horas laborales, puestos fijos o trabajo por turnos, tipo de labores: trabajo de oficina o manual; horas de tomar alimentos. Es importante preguntarse si el diabético

planea sus comidas a horas regulares, o consume alimentos "sobre la marcha".

Demostración de las capacidades necesarias para el control de la diabetes. El educador debe conocer las capacidades del diabético, que deben ser las suficientes para identificar las tareas por realizar, y las necesarias para completar estas últimas. Una vez obtenida la información anterior, habrá que evaluar a la persona para conocer el nivel actual de "autoasistencia" y la posibilidad de acrecentamiento o desarrollo futuros.

Nivel de educación. El educador debe evaluar la capacidad general de aprendizaje del diabético y su "lapso de atención" (fijación en la memoria); si se trata de un anciano, también se necesita saber el nivel de educación formal, o si al menos sabe leer.

CONCLUSIÓN

Para que un diabético aprenda, se recomienda darle un enfoque individual a la enseñanza, aunque a veces hay excepciones a esta norma. Por ejemplo, la persona nerviosa adquiere confianza si al momento de aplicarse inyecciones de insulina mira a otra hacer este procedimiento. La información debe suministrarse en segmentos pequeños a intervalos regulares, y permitir a los pacientes que se lleven material a la casa para que lo revisen en sus momentos de descanso. A menudo los pacientes están bien dispuestos a aprender cuando captan que el educador siente verdadero interés por su bienestar.

La consideración fundamental y más importante de todas en el proceso de educación, es la relación que se establece entre el educador y el diabético. Desde el comienzo hay que dejar sentado claramente que es responsabilidad de la propia persona cuidar de su enfermedad. La tarea del educador no es imponer lo que debe hacer el paciente, sino facilitar el proceso de aprendizaje y el cumplimiento de objetivos.

Sin duda alguna, antes de proyectar la educación, el diagnóstico educativo y la evaluación inicial del diabético constituyen los elementos básicos para establecer una relación de confianza entre el personal de enseñanza y la persona interesada.

FORMAS DE EDUCAR AL DIABÉTICO

A SKINNER

Enfermera especializada en diabetes

I ANDERSON

Dietista jefe

SM MARSHALL

Conferencista Senior y Médico Consultor Honorario, Hospital General de Newcastle, Reino Unido (Gran Bretaña e Irlanda del Norte)

INTERNATIONAL DIABETES DIGEST,

ABRIL DE 1993: 59-61

La diabetes mellitus se diferencia de casi todas las demás enfermedades crónicas en que su tratamiento eficaz obliga a la participación activa y constante del enfermo. Las actividades corrientes diarias influyen en el trastorno y control de la glucosa sanguínea y por ello, el diabético debe saber la forma de adaptar el tratamiento de su enfermedad para que así lleve una vida plena, sin restricciones ni detrimento para su salud, a corto o a largo plazo. Son grandes las exigencias impuestas al diabético en el renglón de cambios en su estilo de vida y hábitos personales, y no es práctico esperar que una persona haga modificaciones radicales en sus actividades, sin tener conocimiento profundo de las razones para emprenderlas. Apoyo, estímulo y motivación son también factores muy necesarios. Además de los conocimientos iniciales que se necesitan en el diagnósti-

co, se requieren sesiones planeadas a intervalos regulares durante toda la vida, para asegurar que el individuo conserve este nivel básico de conocimientos y se actualice conforme cambian los estándares y la práctica aceptados. A veces se necesitan conocimientos adicionales, al modificarse el tratamiento del enfermo o por circunstancias personales. La enseñanza del diabético permite mejorar el control metabólico, disminuir el número de hospitalizaciones por su enfermedad, y también aminorar la frecuencia de complicaciones tisulares, particularmente problemas en los pies. En este artículo se describe una forma muy práctica, y el enfoque actual que seguimos para enseñar al diabético.

Son grandes las exigencias impuestas al diabético en el renglón de cambios de su estilo de vida y hábitos personales, y no es práctico esperar que una persona haga modificaciones radicales en sus actividades, sin tener conocimiento profundo de las razones para emprenderlas

ESTRATEGIA BÁSICA - PRINCIPIOS GENERALES

Se ha descrito en otras publicaciones el enfoque global para la educación sobre diabetes. Con la enseñanza, se busca que el diabético conozca su trastorno y que logre y conserve un control adecuado de su enfermedad, sin deteriorar su calidad de vida (en el mejor de los casos, mejorándola). La asistencia y el tratamiento de la diabetes involucra a familia y amigos, de tal manera que muchos diabéticos desean que un pariente o un amigo cercano los acompañe a las sesiones de educación. Esta tarea debe seguir un enfoque multidisciplinario, que incluya al médico, a los enfermeros especializados en diabetes, al dietista y al

pedicuro, porque todos ellos intervienen de forma decisiva e importante en aspectos perfectamente identificados de responsabilidad, aunque cada miembro del grupo debe ser capaz de aportar información básica en todos los aspectos de la asistencia. Se tendrá enorme cuidado de asegurar que los consejos y orientación dados son congruentes, y que existe una comunicación satisfactoria entre los miembros de dicho "equipo". Al comenzar la primera sesión, es importante evaluar el estado psíquico del diabético e identificar los conocimientos o ideas que tenga respecto a su enfermedad. Es comprensible que el diabético recién diagnosticado sienta gran angustia, por lo tanto es necesario darle la oportunidad de exteriorizar sus temores antes de comenzar el programa de enseñanza. Si la persona no ha tenido tiempo para admitir el diagnóstico y aceptar y entender la necesidad de modificaciones, será enormemente difícil el aprendizaje. Cada diabético es un caso especial, con necesidades y capacidades de aprendizaje diferentes, de manera que la enseñanza debe adaptarse a cada persona, en la medida de lo posible. Es de máxima importancia tomar en consideración los conceptos y hábitos culturales, para así adaptar los consejos sobre la dieta en particular a las necesidades de cada individuo. Es importante recordar que las personas olvidan, especialmente si están angustiadas, y por ello se necesita repetir y recapitular periódicamente y evaluar la cantidad de información que han retenido.

EDUCACIÓN INDIVIDUALIZADA O EN GRUPO

La forma en que se educa a las personas depende en gran medida de los recursos disponibles y del número de individuos por enseñar. En circunstancias óptimas, todo diabético debería tener la oportunidad de que los enfermeros especializados en diabetes y los dietistas, le dedicaran una sesión individual y de preferencia, dos o tres de ellas. Es una tarea intensiva pero permite brindar

los consejos y orientación para adaptarlos específicamente a los hábitos y estilo de vida de cada persona. Además, en una gran clínica hospitalaria es posible organizar una serie de clases para grupos de diabéticos, fuera de sus visitas clínicas. Si es poco el personal disponible, quizá el único método factible para transmitir información a un número importante de personas sean las sesiones en grupo. Para ello el número óptimo sería de ocho a doce diabéticos.

La enseñanza en grupo por lo común brinda magníficos resultados, en particular porque permite la interacción entre sus integrantes, y el diabético puede plantear problemas a los que a veces los profesionales no conceden mucha importancia. Sin embargo, el líder del grupo debe tener conocimientos básicos de la dinámica grupal para conservar activa la sesión, evitar que predomine una persona, y también alentar a los diabéticos más tímidos a una participación activa. Es importante recordar que para algunas personas las sesiones de grupo pueden representar situaciones amenazadoras, y a veces los enfermos no pueden acudir fácilmente a clases adicionales por dificultades en su trabajo o por los gastos que ocasionan los viajes. En una clínica de menor tamaño o en casos en que las personas viajen desde puntos geográficos muy lejanos y el número de asistentes sea corto, quizá convenga más hacer que coincidan las sesiones de enseñanza con las visitas clínicas sistemáticas y programadas. Alternativas novedosas serían "llevar" la enseñanza al diabético, o utilizar el teléfono.

MEDIOS AUXILIARES PARA LA ENSEÑANZA

La información escrita presentada en hojas o folletos atractivos de fácil lectura, es un complemento útil de apoyo del material expuesto en los comentarios de grupo o personales. El material escrito y oral debe estar redactado en lenguaje sencillo, sin usar "tecnicismos" ni terminología

médica. Si se cuenta con suficientes recursos para reforzar las ideas, pueden ser útiles materiales audiovisuales como videos y películas. Las asociaciones nacionales contra la diabetes y muchas compañías farmacéuticas han preparado innumerables folletos y otros medios didácticos; estos pueden ser útiles, a condición de que reflejen las normas y opiniones de la clínica local de diabetes y el entorno cultural del enfermo.

PROGRAMA DE EDUCACIÓN

En párrafos siguientes señalaremos el contenido del programa de educación que usamos en el diabético recién diagnosticado. La agenda es diferente para aquellos diabéticos que necesitan insulina y para los que no la necesitan, y tal vez ninguno necesite la información expuesta. Es importante explicar y demostrar técnicas prácticas y después dar al individuo la oportunidad de llevar a la práctica el procedimiento aprendido en presencia del maestro. Conviene también revisar a intervalos periódicos las técnicas, para que no disminuya su nivel de calidad. Es útil que el educador lleve una lista de repaso de los temas por cubrir que lo ayude a no omitir aspectos vitales de la enseñanza. También se necesita conservar notas de cualquier problema particular o puntos de duda, para así exponer estos temas en fecha ulterior. También es esencial que el diabético sepa la forma en que puede solicitar ayuda, así como la persona a la que debe dirigirse en los primeros días y también en situaciones posteriores de urgencia. A menudo la enfermera especializada en diabetes es la que se ocupa de aportar dicha información en horas de trabajo, pero es importante que el enfermo cuente con orientación y consejo fuera de las horas hábiles del personal.

CONOCIMIENTOS ESENCIALES MÍNIMOS

A primera vista se advierte que existe un volumen abrumador de información por captar cuan-

do se diagnostica la enfermedad. Es de máxima importancia no sobrecargar al individuo con información y datos, particularmente en el momento del diagnóstico. Muchos enfermos en este punto están atónitos e incluso con miedo a la enfermedad y sus consecuencias, en particular los que necesitan insulina y los que tienen alteraciones funcionales y corporales. En esos casos, es difícil que asimilen hechos y cifras nuevas, y gran parte de lo que aprenden en los primeros días y semanas se olvida con rapidez en una situación de estrés. Por ello, es prudente que al principio se transmita el mínimo de hechos y datos necesarios para la supervivencia segura durante los primeros días. La información de esta índole ("de primeros auxilios") se incluye en el cuadro 1 para personas que necesitan insulina, y en el cuadro 2 para quienes no la necesitan. La enseñanza inicial se hace mejor en forma personal, de manera que los datos transmitidos y el ritmo con que se enseñen se adapten a las circunstancias particulares de cada enfermo. La forma en que el educador transmite la información en la fase inicial puede ser el elemento clave que influya en la actitud que tendrá el enfermo hacia la diabetes en el resto de su vida, y por ello se necesita abordarlo con gran sensibilidad y comprensión, tarea que es lenta y laboriosa en la realidad. Es mejor que la enseñanza esté en manos de una persona con conocimientos especializados y preparación en la asistencia de diabéticos, aunque todo el personal asistencial debe tener la capacidad de enseñar estos hechos básicos. A menudo, el diabético recién diagnosticado siente enorme temor hacia los métodos prácticos y en particular a la inyección de insulina. La forma de realizarlos adecuadamente y dominarlos pudiera disipar la angustia y despertar en él la confianza de que podrá controlar su enfermedad. Para quienes necesitan iniciar la aplicación de insulina habrá que alentarlos a que se inyecten desde la primera vez, aunque el

educador debe estar presente en ese momento hasta que ambos estén perfectamente seguros de que el enfermo podrá aplicarse con absoluta seguridad la inyección. Una vez que se vencen los miedos iniciales, casi todos los diabéticos adquieren el dominio de la aplicación de insulina con gran rapidez.

EVALUACIÓN Y CONSEJOS DIETÉTICOS

La dietoterapia es el elemento fundamental del tratamiento de la diabetes, pero los cambios en la alimentación constituyen la tarea más difícil para el enfermo. La evaluación inicial de la dieta y la alimentación es un proceso lento pero de máxima importancia. El individuo debe comprender la

necesidad de la evaluación inicial, y de ser honesto y saber que la información que aporte constituirá la base de los consejos que reciba. En la entrevista inicial, es importante exponer en detalle las circunstancias que modifican la selección de alimentos que hace la persona; también es necesario definir al individuo encargado de comprar y cocinar los alimentos; los medios para la preparación y almacenamiento de ellos, y también los factores económicos, culturales y religiosos que influyen en la selección o preferencia de los alimentos. Con base en los datos obtenidos, el educador comentará con el diabético el plan de alimentación que será lo más similar posible a los alimentos que consume el resto de la familia, para así emprender la enseñanza dietética. También hay que establecer, por consentimiento mutuo, el nivel de modificaciones y las metas adecuadas reales a corto y largo plazo, respecto al peso corporal. Los principales temas se incluyen en el cuadro 3.

Cuadro 1. Información "indispensable" para sobrevivir las fases iniciales de diabetes insulino dependiente

1. ¿Qué es la diabetes?
2. Acción de la insulina
3. Finalidades del tratamiento
4. Mediciones seriadas de la glucosa:
 - técnica
 - horas del día
5. Inyecciones:
 - técnica
 - horas del día
 - sitios
 - conservación de la insulina
 - eliminación
6. Entrega de la tarjeta de identificación
7. Exención de prescripciones
8. Conducción de automóviles y seguros de vida y médicos
9. Números telefónicos para avisar en casos de emergencia
- 10 Hipoglucemia:
 - síntomas básicos
 - tratamiento

CONOCIMIENTOS MÁS DETALLADOS

Una vez desaparecidas la situación aguda inicial y las perturbaciones emocionales, el diabético tiene mayor receptividad para recibir las enseñan-

Cuadro 2. Conocimientos "indispensables" para diabéticos que no necesitan insulina

1. ¿Qué es la diabetes?
2. Finalidades del tratamiento
3. Hipoglucemia
4. Técnica de medición seriada de la glucosa:
 - orina o sangre
5. Entrega de la tarjeta de identificación
6. Conducción de automóviles y seguros de vida o médicos
7. Exención de prescripción
8. Número telefónico para avisar en casos de urgencia

zas sobre su trastorno y con mayor facilidad asimilará y retendrá la información. En esta fase, es útil también obtener la ayuda de una persona que tenga diabetes diagnosticada y tratada, lo que tranquilizará y generará confianza en el diabético recién diagnosticado. Se necesitan explicaciones más detalladas de la naturaleza de la enfermedad, sus causas posibles, su carácter crónico y la necesidad del control adecuado de la glucosa sanguínea, a corto y largo plazo. Además se deben dar algunas explicaciones sobre las complicaciones de los tejidos o partes del cuerpo, a largo plazo, en una forma real pero sensible y optimista, y destacar que es posible evitarlas por medio de asistencia y control adecuados. También se debe explicar la necesidad de revisiones físicas regulares para detectar cualquier deterioro o daño desde sus comienzos, momento en el cual cualquier intervención idónea retrasará o evitará la pérdida de la función. Es necesario que el diabético sepa que no solo tiene derecho a asistencia médica de buena calidad, sino que él también tiene responsabilida-

Cuadro 3. Temas principales para la educación dietética

1. Evitar las fuentes concentradas de carbohidratos refinados
2. Evitar las fuentes concentradas de grasa
3. Sustituir los carbohidratos refinados por alimentos con abundante fibra vegetal
4. Forma de escoger menús y bocadillos para las comidas "corrientes"
5. Forma de adaptar la adquisición de alimentos y su preparación en la cocina
6. Forma de interpretar las etiquetas de los productos alimenticios
7. Comer fuera de casa y consumo de bebidas alcohólicas
8. Productos dietéticos especiales y edulcorantes

des. Algunas asociaciones nacionales e internacionales de diabetes han elaborado recientemente una "guía" para diabéticos, que señala con exactitud el tipo de asistencia que el diabético debe recibir. La guía también explica con toda claridad las responsabilidades del enfermo. Hay que insistir en los beneficios que se logran mediante ejercicios regulares, comidas sanas, conservar el peso corporal ideal y dejar de fumar, en particular en lo que se refiere al individuo con diabetes. Los temas que exponemos se incluyen en el cuadro 4 para los diabéticos que necesitan insulina, y en el cuadro 5 para los que no la necesitan. Para estos últimos, transmitimos gran parte de la enseñanza en cuatro sesiones de grupo. La

Cuadro 4. Más conocimientos detallados sobre la diabetes para personas que reciben insulina

1. Hipoglucemia:
 - uso de glucagon
 - corroborar que el enfermo porta la tarjeta de identificación
 - comprobar que lleva consigo alguna forma de glucosa
2. Normas para los días "en que el diabético se siente mal"
 - uso de tiras colorimétricas para medir cetonas
3. Beneficios del control satisfactorio:
 - a corto y largo plazo
4. Importancia de las visitas a la clínica
5. Ajustes en la insulina:
 - acción de diferentes insulinas, cuando se necesita cambiar
6. Ejercicios
 - ajustar insulina/dieta
7. Tabaquismo
8. Higiene y cuidado de los pies
9. Orientación antes del embarazo
10. Días de fiesta/viajes

enfermera especializada en diabetes expone la naturaleza de la enfermedad, su tratamiento y vigilancia periódica, en la primera sesión. La dietista se ocupa de aspectos de la alimentación, en la segunda sesión; el pedicurista expone los problemas y el cuidado de los pies en la tercera sesión, y en la cuarta, la enfermera especializada en diabetes aclara todos los demás temas y otros aspectos de importancia particular.

EDUCACIÓN CONTINUA

Gran parte de la información que se suministra en las primeras sesiones de enseñanza las olvidará por completo el diabético, o las recordará solo de modo parcial. Conforme surjan nuevas experiencias y él afronte situaciones diferentes, se necesitarán otros conocimientos. Además, la práctica médica evoluciona y cambia. Por todas estas razones, la educación debe continuar durante toda la vida del enfermo para de esta forma mantenerlo actualizado, permitirle que adquiera datos y experiencias, y corrobore técnicas en la práctica. Parte de esta tarea se logra "sobre la marcha" cuando surge una crisis aguda o una gran modificación del tratamiento o del estilo de vida. Ello representa una enorme carga de trabajo para el educador, por lo que en muchas clínicas, no se intenta. Ante el enorme

número de personas con diabetes establecida, quizá la forma más idónea para abordar el problema es preparar una o dos sesiones de grupo con diabéticos una vez al año, o cada dos años.

CONCLUSIONES

La educación es parte integral de la educación del diabético, y es de máxima importancia proporcionarle una vida plena y activa. Es necesario educar al diabético para que sea capaz de controlar satisfactoriamente su enfermedad. Después de la sesión inicial de enseñanza precedida por el diagnóstico, se realizarán sesiones regulares y constantes, que permitan el refuerzo y la actualización de los datos adquiridos.

Con la educación se busca no solo transmitir conocimientos, sino entrenar al diabético para que aproveche la información recibida y la aplique adecuadamente en su provecho. Como George Orwell señaló, "*Es bueno ayudar a los demás, pero es mejor enseñarlos a que se auxilien a sí mismos*".

*"Se dijo, pero no se escuchó.
Se escuchó, pero no se entendió.
Se entendió, pero no se aceptó.
Se aceptó, pero no se llevó a la práctica.
Se llevó a la práctica,
pero: ¿por cuánto tiempo?"*

KONRAD LORENZ
(1903-89) *Etólogo austriaco*

Cuadro 5. Datos más detallados para personas que no necesitan insulina

1. Tipos y tratamiento de diabetes
2. Importancia de la medición seriada de la glucosa
3. Importancia de las visitas a la clínica
4. Higiene y cuidado de los pies
5. Tabaquismo
6. Ejercicio
7. Normas para los días en que el paciente se siente mal
8. Días de fiesta/viajes

PROBLEMAS EN LA EDUCACIÓN SOBRE DIABETES

EDUCACIÓN DEL DIABÉTICO: PROBLEMAS QUE AFRONTAN LOS PACIENTES Y LOS PRESTADORES DE ASISTENCIA EN LA ENSEÑANZA DE PERSONAS CON DMII Y DMID

(Resumen)

JEAN-PHILLIPE ASSAL

Profesor en Medicina

*Director, Centro Colaborador de la OMS; Jefe, Unidad
para Tratamiento y Enseñanza del Diabético
Hospital Universitario, Ginebra, Suiza*

CONCEPTOS PARA LA CLÍNICA IDEAL DE DIABETES,
PUBLICADOS POR WALTER DE GRUYTER, BERLÍN,
NUEVA YORK, 1992

TRATAMIENTO DE LA DIABETES: ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA ENSEÑANZA DEL ENFERMO

La enseñanza del enfermo como parte de la terapia general de la diabetes tiene su propia historia, que no coincide de modo directo con las fechas de los principales descubrimientos en la terapia mencionada. La enseñanza del enfermo se inició incluso desde 1922 en sitios específicos, pero solo después del decenio de 1970 se volvió parte integral del tratamiento y fue aceptada a nivel mundial, gracias a la motivación de diabetólogos carismáticos, con el empleo de la insulina, por parte de Elliot P. Joslin en los Estados Unidos de América, Ernesto Roma en Portugal, y Lawrence en Inglaterra. Como puede advertirse, fue necesario que transcurrieran casi 50 años para que se reconociera su importancia. El período de 1970 a 1980 se caracterizó por la conciencia de la intervención que tiene la enseñanza del paciente en la terapéutica. En dicho período se iniciaron las labores de los Educadores de la Asociación Estadounidense de la Diabetes; para las mismas fechas, se estableció el llamado Grupo

Europeo para Estudio de la Educación en Diabetes, que es parte de la Asociación Europea para el Estudio de la Diabetes. Entre 1980 y 1990 se hicieron intentos para estructurar los programas educativos y establecer normas y estándares para la enseñanza de los diabéticos. Por ejemplo, se hicieron enormes esfuerzos en Europa para impulsar la enseñanza del paciente como parte integral de la tarea de los médicos y de los grupos de prestadores de servicios en salud. El Grupo Europeo de Estudio de la Educación en Diabetes organizó unos 100 talleres en toda Europa para sus miembros, y a ellos asistieron unos 1.000 médicos e igual número de enfermeras. Como consecuencia de tal actividad, se produjo un gran impacto con la publicación de una serie de cartas de enseñanza para los grupos de asistencia médica. Se imprimieron y distribuyeron publicaciones sobre veinte temas de interés y uso importantes para quienes intervenían en la enseñanza del diabético; desde esa fecha, las cartas mencionadas han sido traducidas a 25 lenguas.

Sin embargo, a pesar del esfuerzo notable en ese sentido, se prestó poco interés a la metodología educativa sobre la forma de preparar a los médicos, los enfermeros y los dietistas en la enseñanza del paciente. También se concedió poca atención a las dificultades con que se topaban los pacientes cuando trataban de obtener conocimientos sobre su enfermedad y tratamiento. Cosa igual ocurrió con los problemas que afrontaron los prestadores de servicios asistenciales en sus intentos de enseñar a los enfermos.

EDUCACIÓN DE LOS PACIENTES: BASE DEL TRATAMIENTO

Desde 1921 se iniciaron los intentos de educación de los pacientes en la terapia de la enfermedad, y su autoasistencia, pero fue más bien después de 1972, con el estudio hecho por Leona Miller en el Hospital del Condado de Los Angeles,

que el análisis demostró la forma en que la educación eficiente del diabético permitía controlar los episodios agudos del trastorno. Gracias a la educación de los pacientes en dicho hospital pudo observarse una disminución de 80% en los ataques graves de hipoglucemia, y en el número de comas hiperglucémicos de origen diabético. En lo referente a las complicaciones a largo plazo, también se identificó una disminución aproximada de 80% en las consultas de urgencia extrema para problemas de los pies. Desde esas fechas algunas investigaciones realizadas más bien en los Estados Unidos, Canadá y Europa, han demostrado que la enseñanza del enfermo tiene trascendencia enorme en el control metabólico, así como en las complicaciones a largo plazo. A pesar de las cifras optimistas mencionadas, las evaluaciones críticas en diferentes centros de atención de diabetes indican que los pacientes en la asistencia y tratamiento de su enfermedad poseen un bajo nivel de conocimientos y la capacidad y conducta son deficientes. La mayoría comete errores al administrarse la insulina, y no cumple las prescripciones dietéticas; la higiene y el cuidado de sus pies son inadecuados, y otros cometen los errores señalados a pesar de que demuestran poseer conocimientos, capacidades o conductas precisas y correctas en un entorno cerrado y protegido como el hospital, o el medio ambulatorio. Las observaciones en cuestión se hicieron en sujetos que habían acudido a cursos sobre el tema, pero ningún estudio describió los métodos educativos que se utilizaron. Ello plantea una situación muy delicada, porque se acepta ampliamente en el terreno educativo que un curso que brinda más bien información tal vez no influya en la conducta. Por esa razón, no basta enseñar a los pacientes. Los resultados de la educación de los diabéticos guardan relación directa con la metodología educativa adecuada, y no con el empleo de un medicamento, pues su eficacia en

esta situación depende de la selección adecuada y de la dosis y la vía de administración idóneas.

En 1991, la Organización Mundial de la Salud aceptó que la diabetes constituía un grave problema de salud. En Europa se planearon programas de intervención ambiciosos. La Declaración San Vicente señaló que para 1995 se harían todos los esfuerzos para disminuir 50% del número de amputaciones; 30% de los casos de ceguera, y 30% de la insuficiencia renal. Todos los programas mencionados necesitan inversiones de gran magnitud por parte de los prestadores de servicios de salud, en el terreno de la educación del diabético.

EDUCACIÓN: PROCESO DINÁMICO QUE DEBE SUPERAR INNUMERABLES OBSTÁCULOS

La meta educativa final del personal asistencial debe ser enseñar y preparar a los pacientes para que adquieran y posean las capacidades necesarias para la vigilancia y el control hechos por ellos mismos. Sin embargo, la experiencia indica que quienes participan en un programa de educación de pacientes, incluso en centros que funcionan de manera eficiente, deben constantemente superar las barreras que interfieren en la comunicación y enseñanzas adecuadas del paciente. Con enorme frecuencia, el autor de este artículo ha tenido que alentar a médicos, enfermeros y dietistas descorazonados ante la escasa trascendencia que tuvieron sus enseñanzas en el control metabólico y la prevención de complicaciones en diabéticos. Con gran frecuencia aplicaron un programa de enseñanza que al parecer era útil y provechoso en otro centro, y lo que ocurrió fue que la mayoría de los prestadores de servicios no se percataron de las limitaciones de los programas diferentes, porque nunca recibieron enseñanza sobre la forma de detectar y superar los factores de interferencia que explicaron la ineficiencia en la enseñanza del diabético.

Con enorme frecuencia, he tenido que alentar a médicos, enfermeros y dietistas descorazonados ante la escasa trascendencia que tuvieron sus enseñanzas en el control metabólico y la prevención de complicaciones en diabéticos

LA EDUCACIÓN DEBE ADAPTARSE A LAS CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS Y SOCIOCULTURALES DE LOS ENFERMOS

La transmisión al paciente del mensaje emitido por el médico, enfermero o dietista puede ser deformado con facilidad por factores que dependen del propio individuo. Cada factor puede funcionar como una barrera invisible e interferir en la transmisión del mensaje. Por esa razón, los prestadores de servicios asistenciales no siempre advierten dichas barreras cuando están ante un diabético que no entendió la información médica que se le transmitió.

IDEAS PERSONALES DE LOS PACIENTES SOBRE LA DIABETES Y SUS COMPLICACIONES

La voluntad de un individuo para cumplir las recomendaciones y consejos del médico depende de la apreciación personal que él tenga de su enfermedad y tratamiento. Para aceptar el cumplimiento de un régimen terapéutico o de medidas preventivas, se necesita que el individuo acepte tácitamente cuatro conceptos que los sociólogos han integrado en el llamado modelo de "convicción" asistencial. El modelo en cuestión analiza más bien el cumplimiento del tratamiento por parte del enfermo, pero también pudiera explicar por qué un programa educativo puede generar cifras muy diferentes de buenos resultados. Con arreglo al modelo comentado, los individuos se comprometerán activamente a cumplir su terapia

o estarán dispuestos en la mejor forma a aprender las habilidades teorico-prácticas precisas para la automedición seriada de su glucemia, solo cuando:

- estén en peligro de sufrir las complicaciones de la diabetes (coma hipoglucémico o complicaciones a largo plazo como ceguera o gangrena);
- las complicaciones constituyan una amenaza grave para su persona;
- la complicación pueda quedar bajo control o ser curada;
- el costo psicológico, social y monetario del tratamiento sea menor que sus beneficios.

El peso que tienen las ideas sobre la propia salud es un punto trascendente cuando se planean programas de intervención comunitaria para diferentes grupos étnicos. Hay que prestar mucha más atención en todos los países a las ideas mencionadas, para que "se adapten" y concuerden mejor con las necesidades médicas de innumerables inmigrantes y otro tipo de personas que acuden a las clínicas de diabetes (sujetos con diferentes culturas y lenguas).

LUGAR DE CONTROL

Cabría preguntarnos en definitiva, quién es el responsable de tratar a un diabético: los prestadores de atención médica (control externo); el paciente (control interno) o ambos. Los problemas médicos agudos son tratados en forma directa por los médicos o los enfermeros. En dicha situación, y desde el punto de vista del paciente, el control de la enfermedad tiene un "lugar" externo, es decir, su sitio está fuera del individuo. Sin embargo, la asistencia y los cuidados diarios de la diabetes en su fase crónica dan al enfermo control directo de su enfermedad, y ello es posible solamente por internalización del "lugar" o sitio de control. Los médicos a menudo no se per-

catan con suficiente agudeza de la responsabilidad que imponen a los pacientes cuando cambian el lugar de control, de un sitio externo a otro interno. Esto es particularmente observable en diabéticos que salen del hospital y que repentinamente tienen que cuidar de su persona y de su enfermedad. A menudo no se comenta con la amplitud suficiente este cambio de responsabilidades, que va del médico al paciente, y por tal razón, esta deficiencia en la comunicación genera cierto grado de confusión en las relaciones entre el facultativo y su paciente.

“Antes de tratar a un paciente, necesito saber de él muchísimo más de lo que me puede decir. Suele ocurrir que mis enfermos son tan solo parte de una situación total. El paciente aislado, que se enfermó sin que intervinieran elementos externos, es más bien la excepción”

EL COCTEL

TS ELIOT (1879-1965)

Poeta y crítico angloamericano

ACEPTACIÓN DE LA ENFERMEDAD

El grado de aceptación de la enfermedad puede interferir o facilitar el conocimiento y el cumplimiento de un tratamiento por parte del enfermo. La diabetes debilita la imagen que de sí misma tiene la persona, y la hace sentirse inferior a las demás. Si el trastorno deteriora la autoestima muy gravemente, los individuos recurren a una serie de mecanismos de defensa para protegerse, situación nacida de su sentido de inferioridad. La protección comentada puede asumir la forma de retraso en la intervención directa de su “enfermedad aceptada” por una serie de etapas psicológicas conocidas como proceso de aceptación de la enfermedad, o “duelo”. La progresión psicológica

ca en cuestión atraviesa por cinco fases en las que hay una enorme variación en la capacidad del paciente para escuchar y atender. Las fases mencionadas incluyen:

- Negación de la realidad (no es verdad, yo no estoy enfermo): en esta fase es poco probable que los individuos escuchen y aprendan, porque no están “involucrados” con su trastorno.

- Rebeldía (*¿Por qué precisamente a mí me ha ocurrido?*)

- Regateo (*Bien, acepto que tengo que inyectarme insulina, pero solo una vez al día...*): en las fases de rebeldía y regateo, las personas a menudo distorsionan y malinterpretan la información médica que se les suministra. Son etapas difíciles para el personal asistencial, que siente exasperación por la incapacidad del individuo para aprender de manera adecuada.

- Depresión esperanzada (*me percaté que estoy enfermo y que necesito tratamiento, pero: ¿realmente podré afrontar este problema y rebasarlo?*): en esta fase de “descompresión” emocional, la persona muestra enorme interés por aprender, que no siempre es satisfecho por el personal asistencial, el que recuerda las dificultades recientes que tuvo con la misma persona en las fases anteriores.

- Por último, en la fase de aceptación el paciente es receptivo, escucha con atención, practica con diligencia las medidas terapéuticas, y acepta sugerencias y correcciones.

Los prestadores de servicios asistenciales deben observar con toda precisión y agudeza la evolución psicológica del diabético durante su enfermedad. Con la actitud correcta e idónea lo auxiliarán a afrontar y aceptar con mayor rapidez su enfermedad, y asumir una mejor posición para aprender las tareas apropiadas para tratarla. En términos prácticos, un medio ideal para que

ambas partes lleguen a una comprensión mutua sería el de los comentarios cada semana en una "mesa redonda" celebrada entre los pacientes y el personal que se ocupa de su atención.

DIFICULTADES PARA CAMBIAR LA CONDUCTA

La medición diaria de la glucosa sanguínea, el cumplimiento de un régimen dietético y el ejercicio físico regular son actividades que posiblemente cambien en grado importante la vida diaria del paciente. El cambio en la conducta es un proceso dinámico que necesita tiempo para producirse. Su culminación positiva es consecuencia del compromiso "compartido" entre el enfermo y los integrantes del personal asistencial. Los médicos, los enfermeros y los dietistas por lo común no han adquirido las capacidades adecuadas para auxiliar a los pacientes a cambiar su conducta. En este sentido, se vuelve indispensable la colaboración con los psicólogos. Las metas demasiado ambiciosas pueden explicar los fracasos frecuentes de los intentos para cambiar la conducta. A menudo es más útil y fructífero un cambio gradual y progresivo que incluya evaluaciones frecuentes.

"ETAPAS DE LA VIDA" Y SU INFLUENCIA EN LOS BUENOS RESULTADOS DE LA EDUCACIÓN

Al considerar lo que ocurre con los niños, los adolescentes, los adultos jóvenes y los de mayor edad, los padres y los ancianos, se advierte que cada grupo representa un período distinto de la vida. Cada uno posee sus características peculiares, y las personas que lo viven tienen experiencias y esperanzas adquiridas distintas, así como responsabilidades familiares y profesionales. La vida de un ser humano es un proceso psicosocial dinámico y en cambio constante. Estas "etapas de la vida" ejercen una influencia profunda en la motivación de la persona y en su capacidad general para aprender, y en el hecho de que adquiera

o no la capacidad o pericia necesaria para tratar su enfermedad en particular. Los niños están acostumbrados a aprender en diversas formas, que no siempre corresponden a las técnicas de enseñanza de los médicos; los adolescentes aceptan aprender todo lo referente a su enfermedad, a condición de que la diabetes no imponga restricciones en su vida social; las embarazadas demuestran enorme interés y autocontrol, que tiende a disminuir después del parto; los adultos jóvenes demuestran mayor preocupación porque su carrera interfiera en la vigilancia médica; las madres tienen responsabilidades inaplazables en el hogar, y a menudo cuentan con muy poco tiempo para aprender todo lo referente a la diabetes. Lo anterior también se observa en los hombres, que asumen a fondo sus responsabilidades profesionales; los ancianos pueden mostrar enorme interés por saber todo lo referente a su enfermedad, pero en este proceso interfiere la presencia de otras enfermedades crónicas. La disminución de la memoria y de la capacidad de concentración obliga a disminuir el ritmo de enseñanza, y como consecuencia, se transfiere menor información. Por desgracia, hasta la fecha pocas veces se han tomado en consideración al planear los programas educativos "hacia personas específicas", los períodos de la vida por los que pasan.

La enseñanza de los enfermos depende netamente de la forma en que los prestadores de servicios asistenciales han sido adiestrados y educados, y la forma en que actúan.

ENSEÑANZA MÉDICA

La enseñanza médica en escuelas de medicina o colegios de enfermería se orienta más bien al diagnóstico y al tratamiento rápidos de cuadros agudos. Lamentablemente esto trae como resultado una preparación poco útil para la asistencia y el tratamiento de las enfermedades crónicas y la vigilancia a largo plazo.

NECESIDAD DE UN ENFOQUE GLOBAL DIRIGIDO HACIA LOS PACIENTES

La identidad del médico ha sido modelada en sus años de preparación en escuelas de medicina, y ha sido subdividida en sistemas específicos que se ocupan de la anatomía y la bioquímica. La vigilancia de individuos con enfermedades crónicas significa que el médico también debe tener preparación suficiente para ocuparse de los aspectos psicológicos del enfermo y la integración que muestra con su familia y la sociedad. Una de las dificultades para suministrar con mayor eficiencia atención al diabético reside en integrar la dimensión biomédica de la enfermedad a sus necesidades psicosociales.

Una de las dificultades para suministrar con mayor eficiencia atención al diabético reside en integrar la dimensión biomédica de su enfermedad a sus necesidades psicosociales

DEFICIENCIAS POR PARTE DEL GREMIO MÉDICO

A veces la enseñanza de los pacientes se visualiza como una transferencia de conocimientos médicos y “técnicas” del facultativo al paciente. Incluso si la transferencia abarca solo una mínima parte de los conocimientos del médico cuando los comparte con los pacientes, los integrantes del personal asistencial a menudo consideran que está “compartiendo su poder profesional”. Si ocurre lo anterior, los miembros del personal asistencial tienden a ser menos tolerantes con los pacientes y adoptar una actitud “paternal”; es decir, en vez de una relación de un adulto a otro, se vuelve una relación de padre a hijo. Tal situación hace que el individuo asuma una actitud pasiva ante “la fuerza” o el poder del médico.

TENDENCIA HACIA LOS ERRORES

Algunos pacientes cometen errores con la idea de que lo que hicieron es lo correcto. Un “error” o equivocación, es una hipótesis que se ha planteado dentro de un plan de acción en el cual el enfermo no ha sido “preparado” o instruido para incorporar la cantidad necesaria de conocimientos exactos. Toda la actividad terapéutica consiste en una cadena de actos que se suceden en un orden lógico. En esta situación, si uno de los eslabones falta o es incorrecto, surgirá un error.

En la situación mencionada, para cada error en particular puede haber una o más razones posibles. Para remediar esta situación, el facultativo en primer lugar debe averiguar la causa, que a veces reside en una asociación de hechos o en deficiencia en la comprensión. La observación de la forma en que los médicos, las enfermeras y los dietistas afrontan los errores de los pacientes, indica que en un 80% de los casos se intenta corregir el error sin identificar su causa, ni pedir al sujeto que busque la solución por sí mismo.

Es de máxima importancia que los prestadores de servicios de salud utilicen el método adecuado para afrontar y corregir los errores de los pacientes. La mejor forma de auxiliar a los diabéticos a contar con las capacidades necesarias para el autotratamiento de su enfermedad es identificar los errores, y que ellos mismos los corrijan bajo la supervisión del personal asistencial.

FORMA DE AUXILIAR A LOS PACIENTES A CUMPLIR SU TRATAMIENTO

La medicina ha sido enseñada y practicada en hospitales en los que, durante muchos años, los médicos afrontaban el diagnóstico y el tratamiento de cuadros médicos agudos o subagudos; por esas razones, los facultativos nunca aprendieron ni llevaron a la práctica las estrategias necesarias para auxiliar a sujetos con enfermedades crónicas a cumplir y llevar a la práctica su tratamiento.

Ello se ha observado incluso más bien en la prevención de recaídas. También se ha advertido que la presión cronológica en las tareas diarias del médico deja muy poco tiempo para que los pacientes describan las dificultades con que se topan en la realización de sus tratamientos. Rebasa los límites de este artículo entrar en detalles de dicha situación, pero presentaremos algunos "recursos" que pueden ser útiles para el médico:

- En primer lugar, plantee mecanismos muy sencillos que el propio paciente pueda llevar a cabo en su tratamiento. La experiencia ha demostrado que los profesionales a menudo imponen objetivos excesivos, muy complejos y difíciles.

- Pudiera ser útil algún tipo de "compromiso" con los pacientes. No es raro que los individuos busquen más agrado al médico y a veces no conceden suficiente importancia a lo que deben hacer. Por esta razón, un período de prueba es muy útil para evaluar los objetivos que son fáciles de realizar. Solo después de tal período el médico y el paciente pueden establecer ese "compromiso" o contrato.

- Es necesario que el médico enfoque con un criterio positivo las dificultades y problemas con que se ha topado su paciente (por ejemplo, podría preguntarle cuáles fueron las razones reales para que reaccionara en la forma en que lo hizo).

"Nunca enseñe a mis alumnos; lo único que hago es darles los medios para que aprendan"

ALBERT EINSTEIN (1879-1955)

Físico teórico de origen alemán

BARRERAS POR EL EMPLEO DE METODOLOGÍA EDUCATIVA EQUIVOCADA

Para enseñar a los enfermos, los prestadores de servicios asistenciales utilizan el modelo de educación que recibieron en su etapa de preparación; copian el clásico modelo "escolar", es decir, el maestro es activo y los discípulos son pasivos. Es difícil cambiar dicha conducta porque además de que obliga a contar con conocimientos específicos, también requiere de un cambio de actitud. La observación de cursos dados a los pacientes, a menudo indica que:

- Los prestadores de servicios de salud a menudo señalan demasiados "hechos teóricos" sobre la enfermedad, pero casi no se ocupan de las tareas prácticas para afrontarla y tratarla.

- La conferencia o una explicación de una persona a otra es más bien un monólogo por parte del médico, enfermero o dietista.

- Los prestadores de servicios de salud a menudo tienden a plantear a los enfermos preguntas "cerradas" y en este caso, someten a prueba los conocimientos, pero no evalúan la capacidad práctica de llevarlos a cabo, que es realmente lo que los pacientes necesitan dominar.

- Los prestadores de servicios de salud a menudo utilizan en forma inadecuada el pizarrón, y por ello los diabéticos muchas veces no pueden leer ni descifrar el mensaje. El personal asistencial tiende a duplicar (incluso en forma simplificada) muchos de los esquemas clásicos de anatomía o de metabolismo intermediario, conocimientos que adquirieron durante sus estudios.

- No es raro que se utilice excesivamente el material audiovisual (diapositivas, proyectores o televisión). Por medio de él se transmite demasiada información en una forma muy estandarizada y rígida. Médicos, enfermeras y dietistas utilizan tales medios con demasiada rapidez, y no

conceden a los pacientes el tiempo necesario para entender y asimilar el mensaje.

Se necesita urgentemente que médicos, enfermeros y dietistas cuenten con preparación y aprendizaje formal y estructurado en el terreno de la enseñanza de los pacientes, y habría que preguntarse qué programas deben elaborarse para enseñar a los educadores.

En Europa, actualmente no son más de cinco las escuelas de medicina o de enfermería que enseñan a sus alumnos siguiendo un programa formal de enseñanza a pacientes. Entre 1980 y 1990 se organizaron 30 talleres, a los cuales acudieron 850 médicos y 500 enfermeros. A todos ellos se planteó la pregunta: "¿Cuáles serían los temas principales que desearía estudiar usted, si tuviera que seguir un curso o ciclo estructurado en el campo de la educación de los pacientes?" Los participantes dieron algunas respuestas que se dividieron en dos grupos, según la región en donde se llevaron a cabo los talleres.

Cursos solicitados por médicos y enfermeros europeos

Formas de motivar a los pacientes

Formas de organizar un programa de enseñanza para los enfermos

Métodos para evaluar la eficacia de un programa de enseñanza

Formas de integrar la enseñanza del paciente en una clínica extrahospitalaria

Actitudes específicas que faciliten el aprendizaje de los pacientes

Formas de escuchar a los pacientes

Cursos solicitados por médicos y enfermeros del Sudeste asiático

Métodos para motivar a los pacientes

Procedimientos para enseñar hábitos dietéticos adecuados e idóneos

Formas de diagnosticar las creencias de los

pacientes respecto a la salud (medicina natural)

Métodos para corregir errores que repetidamente cometen los pacientes

Formas de tratar a individuos que niegan la existencia de su enfermedad

Métodos para organizar un programa de educación

Elementos para evaluar en un programa de educación

Capacidades y habilidades útiles en la comunicación

Forma de moderar comentarios en grupo con los pacientes

Métodos para dominar el concepto de participación "en equipo" o multidisciplinaria

Los cursos solicitados señalan que en primer término, sean cuales sean las zonas geográficas y también las principales diferencias en los sistemas de suministro de atención entre los grupos clínicos, las dos listas presentan grandes semejanzas, y en segundo lugar, los temas principales escogidos para programas de educación formales incluyen aspectos específicos seleccionados en el campo de la educación, la psicología, la sociología y el tratamiento y asistencia médicos. No cabe duda de que casi todos estos temas no están incluidos en los currículos de las escuelas de medicina.

¿INFORMAR O AUXILIAR A LOS PACIENTES A APRENDER?

Las observaciones indican que cuando los médicos y las enfermeras explican a sus pacientes la forma de realizar y controlar su tratamiento, en realidad todo lo que quizá hagan sea transmitir información; ello significa que se transmiten hechos sin un "compromiso" real o intervención directa por parte del maestro, y tampoco sin intentar la valoración de la comprensión real por parte del paciente. Auxiliar a un paciente a aprender es ayudarlo a adquirir la capacidad o habili-

dad, es decir, los elementos óptimos para que sea él quien se encargue por sí mismo de su tratamiento. En esta situación, el médico o el enfermero tienen que crear el entorno adecuado que facilite el aprendizaje por parte del paciente. Aprender no es simplemente atiborrar la memoria de datos, como si se llenase un vacío; de mayor importancia, es más bien cambiar poco a poco las ideas de una persona respecto a una enfermedad y su tratamiento. Aprender la forma de realizar adecuadamente el propio tratamiento significa que el paciente debe adquirir activamente la información precisa respecto a su enfermedad, para así resolver situaciones reales de la vida diaria. Para auxiliar a un paciente a aprender, el prestador de servicios de salud debe transmitir solamente un mínimo de hechos que sean indispensables para el tratamiento diario. Debe interrogar al paciente sobre la forma de resolver algunos problemas sencillos, dejarlo que haga por cuenta propia todos los tipos de comparaciones con otras situaciones, y que no pierda la ecuanimidad ante los errores que ocurran. Ello representa la forma ideal para auxiliar en el proceso de aprendizaje, a condición de que se preste atención fundamental y se identifiquen las causas de muchos errores, como comentamos en párrafos anteriores.

PROPOSICIONES PARA LA CLÍNICA DE DIABETES

Si el lector desea iniciar un programa de enseñanza. Es indispensable que el lector (enfermera o dietista) se percate que después de la insulina, el medio más importante para auxiliar a los pacientes a controlar su diabetes y sus complicaciones a largo plazo, es la educación. Conviene dedicar unas horas para planear algunos objetivos con los futuros colegas. Incluimos algunos ejemplos:

- ¿En qué forma se intentará organizar el salón de clases?

- ¿En qué forma se reclutará a los pacientes?
- ¿Qué tipo de colaboración debe plantearse con otros colegas y el médico del enfermo?
- ¿En qué forma solucionará usted las innumerables llamadas telefónicas que son inevitables por parte de los pacientes?
- ¿Qué programa de enseñanza intenta planear: a) qué actividades prácticas pretende realizar para que la persona domine las tareas prácticas necesarias, y b) qué cursos teóricos (pocos pero necesarios) debe usted elaborar?
- ¿En qué forma el enfermero o dietista auxiliarán a los pacientes a afrontar mejor su enfermedad?

Es importante señalar por escrito todos los puntos anteriores; después, haga una lista de problemas prácticos que en su opinión se necesitan resolver. Hecho todo lo señalado, trate de establecer relación con otros miembros del personal médico que cuentan con alguna experiencia en la enseñanza de los pacientes. Revalore los objetivos que usted se ha planteado y lleve el programa que usted elaboró a la práctica, sin olvidar que las dificultades con que se tope le serán útiles para llevarlo a feliz término.

Si el lector cuenta ya con un programa de enseñanza en marcha. Es probable que la persona se tope con problemas similares a los de otros centros de atención de diabetes. En este caso, se necesita revalorar algunos aspectos como los siguientes:

- ¿Qué tipo de material educativo suministra usted a los pacientes? ¿Ha hecho alguna evaluación del mismo? ¿Puede usted modificar fácilmente el material y publicar versiones actualizadas?
- ¿En qué forma evalúa el trabajo que usted realiza dentro de un grupo interdisciplinario?
- ¿Plantea objetivos de enseñanza para cada enfermo?

- ¿Colabora usted regularmente con especialistas en educación? De no ser así, es importante contar con su colaboración y solicitarles que supervisen los cursos que usted brinde. Si cuenta con ellos, seguramente le serán útiles para planear cursos interactivos, en los cuales usted, enfermero o dietista, estimule a los pacientes a aprender las tareas necesarias para el tratamiento y la atención necesaria en la diabetes. ¿Los especialistas mencionados le auxilian a evaluar los cambios en la capacidad de realización y la conducta de los enfermos?

- ¿Usted o alguno de sus colaboradores han llevado cursos especiales en el campo de la educación de pacientes? Después de haber recibido los cursos: ¿modificó usted algunos aspectos del programa de enseñanza que imparte?

- ¿En la unidad en que usted trabaja se celebran seminarios semanales en que todo el personal asistencial, que incluye médicos, enfermeras, dietistas y psicólogos, comentan los problemas que surgen en la enseñanza de los enfermos?

- ¿Se hacen comentarios y discusiones “en forma de mesa redonda” con los pacientes, en los que se analiza la aceptación de su propia enfermedad?

Aprender no es simplemente atiborrar la memoria de datos, como si se llenase un vacío; más bien es cambiar poco a poco las ideas de una persona respecto a una enfermedad y su tratamiento

Existen otros puntos por evaluar, pero si el lector ha tenido experiencia con algunos de los mencionados, seguramente la unidad en que trabaja tiene una actividad y dinamismo enormes.

CONCLUSIONES

Es importante recordar estas cifras: en medicina, 95% de todos los enfermos son tratados en forma ambulatoria, es decir, fuera de hospitales, y 80% de ellos tienen alguna enfermedad crónica; 90% del personal encargado de la asistencia médica ha recibido su preparación en hospitales, en los que se trata únicamente a 5% de todos los pacientes, es decir, los que tienen cuadros agudos. La situación anterior es excelente para tratar problemas agudos, pero no es útil e incluso es contraproducente en la asistencia y tratamiento eficientes y en la vigilancia adecuada de enfermedades crónicas, que duran largo tiempo. Con base en esta perspectiva, la asistencia y el tratamiento de la diabetes mellitus constituye un modelo, pues es una de las raras enfermedades en que los prestadores de servicios asistenciales tratan de compensar lo que no les han dado las escuelas de medicina y su preparación teórico-práctica. Por fortuna, el tipo de asistencia necesaria para la vigilancia de diabéticos quizá sea útil para que cambie todo el sistema médico. La educación de pacientes y su familia en la que se les auxilie a afrontar y apoyar su enfermedad, el apoyo psicosocial y estrategias más dinámicas de vigilancia con el paso de los años, hacen que el enfoque global expuesto constituya un enorme problema para un mejor tratamiento de la diabetes, y también para la práctica de la medicina, en términos generales.

Se dijo, pero no se escuchó.

Se escuchó, pero no se entendió.

Se entendió, pero no se aceptó.

Se aceptó, pero no se llevó a la práctica.

Se llevó a la práctica, pero: ¿por cuánto tiempo?

Las palabras de Konrad Lorenz resumen perfectamente las enormes dificultades que afrontan los médicos, las enfermeras y los dietistas para una mejor educación y vigilancia de personas con enfermedades crónicas.

“A la larga, lo único que nos enseña el comer con cuchara, es la forma de la cuchara”

EM FOSTER (1879-1970)

Novelista y ensayista inglés

DELEGACIÓN DE RESPONSABILIDADES EN EL DIABÉTICO Y SU RELACIÓN CON EL MODELO MÉDICO TRADICIONAL: ¿EXISTEN DIFERENCIAS IRRECONCILIABLES?

ROBERT M ANDERSON

Científico asociado en investigación,

Escuela de Medicina de la Universidad de Michigan, EUA

DIABETES CARE 1995; 18 (3)412-415

Los resultados del Estudio sobre Control y Complicaciones de la Diabetes (ECCD), han generado una revisión extraordinaria de la forma en que los médicos abordamos y realizamos la atención de los diabéticos. No es difícil que en un futuro no lejano se produzcan cambios importantes en la atención del diabético y por ello, es un momento adecuado para revisar los criterios de los médicos respecto a dicha tarea, en un intento de saber si el enfoque y métodos que seguimos son idóneos y concuerdan con las exigencias peculiares de la enfermedad “autotratada”, que acompañan al paciente durante toda su vida. El ECCD constituye un esfuerzo científico monumental, pero no sabemos la forma de trasladar sus resultados para mejorar la atención diaria del diabético. Como el Dr. Skyler destacó en la reunión de 1995 de la Asociación Estadounidense de Diabetes, surgen peligros potenciales (como las complicaciones microvasculares que quizá pudieron haber surgido en etapa más tardía, o incluso ser evitadas), al no recomendar la terapia intensiva en sujetos en quienes era conveniente, y también otros riesgos posibles (como serían crisis

graves de hipoglucemia y el peligro concomitante de lesión) de llevar a cabo las medidas intensivas comentadas e individuos que no son candidatos idóneos. La solución que el Dr. Skyler planteó para el dilema mencionado fue que los pacientes participen cuidadosamente en un proceso de consentimiento informado, en el cual se les auxiliaría a analizar los costos y los beneficios de someterse a terapia intensiva; dicha solución propuesta es una indicación neta de que habrá que considerar al enfermo como el sujeto responsable y encargado activo de decisiones en la atención de su enfermedad, en el decenio de 1990 y años siguientes.

DELEGACIÓN DE RESPONSABILIDADES EN EL DIABÉTICO

En los últimos cinco años, mis colegas y yo hemos propuesto que la atención y la enseñanza del diabético exigen un nuevo criterio en este sentido, es decir, un enfoque que reconozca la participación singular y las responsabilidades del paciente en el tratamiento diario de su enfermedad. Hemos llamado a tal situación “delegación de responsabilidades en el diabético”, o “habilitación”, y la hemos diferenciado con el modelo médico más tradicional orientado al “cumplimiento de las órdenes médicas”. Los cambios recomendados en la atención del diabético que han sido producto del estudio ECCD, han hecho que adquiriera mayor importancia explorar y comentar las diferencias trascendentales que existen entre los dos enfoques en cuestión. En artículos previos hemos planteado que la diferencia fundamental entre los dos métodos o enfoques de asistencia dependen del criterio de la persona que en definitiva se encarga de atender al diabético individual. El modelo médico tradicional considera al facultativo como la autoridad final en el tratamiento de una enfermedad. Por otra parte, la delegación de responsabilidades en el diabético

propone que el individuo sea el encargado de su propia atención diaria; de hecho, él es quien se presta a sí mismo los servicios asistenciales. En la práctica, los planes de atención al diabético suelen ser consecuencia de un proceso de educación y comentario entre el enfermo y los miembros del personal asistencial. Este proceso de cuidado clínico, a pesar de ser funcional, plantea el problema de saber quién asumirá la responsabilidad definitiva de llevar a la práctica el plan de autotratamiento de la diabetes.

He adquirido la experiencia de que este tipo de exposición, sea oral o escrita respecto a la delegación de responsabilidades, produce reacción visceral de resistencia e incomodidad en médicos y en otros miembros del personal

Por haber hecho innumerables presentaciones y haber escrito artículos sobre las bases teóricas de la delegación de responsabilidades en el diabético y la forma en que se diferencia del criterio médico tradicional, he adquirido la experiencia de que este tipo de exposición, sea oral o escrita respecto a esta nueva técnica, produce una reacción visceral de resistencia e incomodidad en médicos y en otros miembros del personal asistencial. En párrafos siguientes trataré de hacer una evaluación de las causas por las que acaece este fenómeno.

EL MODELO TRADICIONAL

Después de observar y participar en la educación de estudiantes de medicina en los últimos diez años, me ha parecido que el tratamiento de enfermedades agudas sigue siendo el modelo predominante en la enseñanza y preparación de ellos, y por consiguiente, en la práctica clínica. El para-

digma en cuestión, que llamaremos “modelo médico tradicional”, impone al médico la responsabilidad de diagnosticar la enfermedad, decidir cuál será el tratamiento apropiado, y suponer que este último se llevó a la práctica tal como lo prescribió. El ejemplo clásico del modelo tradicional prevalente sería el tratamiento de un sujeto con un cuadro agudo que es hospitalizado. El médico diagnostica la enfermedad, decide si el paciente debe ser internado en el hospital, y guía y encauza las medidas asistenciales ulteriores. Los pacientes hacen una decisión crucial en los comienzos de este proceso, es decir, ponerse en las manos del médico, que sería aceptar las medidas de cuidado que él prescribe. En estos casos, el médico se encarga del tratamiento de la enfermedad y a la vez es responsable de su ejecución. El decide todos los pasos siguientes: las pruebas de laboratorio que se realizarán, y también la forma de interpretar los resultados, la dieta del enfermo, y si la nutrición es importante en el plan terapéutico; el tipo y dosis de medicamentos que se usarán, y el sitio en que se aplicarán; si se necesitan cirugía, métodos con penetración corporal o ambas técnicas, y la fecha en que el individuo tiene un estado general o suficientemente satisfactorio como para regresar a su hogar. En este modelo, se considera que el médico es un individuo activo, que ejerce el poder y tiene suficientes conocimientos y que se ocupa de controlar la asistencia. En la situación mencionada se considera al enfermo como un elemento pasivo, que acepta lo que se le impone, que cumple con las órdenes y depende de los conocimientos y la voluntad médicas del facultativo. Otros profesionales de la asistencia clínica intervienen en el tratamiento de pacientes dentro y fuera de los hospitales, pero el modelo tradicional es el paradigma que predomina en el sistema asistencial de innumerables países, e influye en casi toda la asistencia que se presta a las personas.

Un resultado importante del método tradicional de asistencia es que los estudiantes de medicina, los residentes y otros médicos en fase de entrenamiento, reciben enseñanzas de cómo encargarse del tratamiento de enfermedades y responsabilizarse de esa tarea. Este enfoque de la atención es tan importante en la preparación de médicos y la práctica clínica, que para muchos facultativos se vuelve casi intuitivo. Dada su importancia, la suposición de que el médico se encargará del tratamiento de una enfermedad puede “moldear” inconscientemente sus actitudes y su conducta (las suposiciones mencionadas pueden ser enseñadas como “de planta” en cuanto a que están arraigadas en la psique de la persona que las acepta, al grado de que no se necesita pensar en ellas y menos rebatirlas, sino más bien son suposiciones a partir de las cuales, la persona piensa y actúa). La sociedad ha conferido a los médicos la responsabilidad de encargarse de la atención del enfermo, y como consecuencia, muchos de ellos reaccionan en forma negativa a las sugerencias (como ocurre en el caso de la diabetes), de que sería mejor (o debería ser) aceptar el modelo contrario, es decir, delegar la responsabilidad de la atención en el paciente.

DIVERGENCIAS

La base en que apoya la necesidad del modelo de delegación de responsabilidades en el diabético, es que el enfoque médico tradicional simplemente no concuerda con la realidad de la atención diaria de la diabetes. Aún más, los intentos de introducir forzosamente la atención de la enfermedad mencionada en el modelo tradicional han generado frustración notable en los pacientes y los profesionales de la asistencia médica. La expresión más notable de esta frustración son los abundantes señalamientos de falta de cumplimiento de órdenes médicas por parte del enfermo. Los facultativos y otros profesionales en este

terreno, en un intento de hacerse cargo de la atención del diabético han extremado su tarea de persuadir a los pacientes a que cumplan con las órdenes que reciben. Cuando los enfermos “no las cumplen”, tal hecho es considerado como un problema grave y punto de partida de preocupación intensa y constante para muchos de los profesionales. Hasta fecha reciente, eran pocas las publicaciones en cuanto a si seguía siendo válido el concepto de cumplimiento de órdenes médicas, o incluso si era adecuado en la atención del diabético. La finalidad del autor, al sugerir la delegación de responsabilidades en el enfermo, se basa en la experiencia que ha acumulado en el modelo tradicional, orientado hacia el cumplimiento de órdenes clínicas, y el hecho que lo considera inapropiado e impráctico en el tratamiento de esta enfermedad. Son los propios diabéticos los que se encargan de 95% o más de las tareas diarias de atención de su enfermedad. Si dicho autocuidado comprendiera solamente ingerir una píldora cada mañana, jamás habría surgido el problema que comentamos, porque ese acto sencillo no plantea la misma dificultad en la vida del paciente ni se entromete en ella, como lo hacen innumerables regímenes de autocuidado en la diabetes. Sin embargo, la enfermedad y su autoasistencia alteran prácticamente todos los aspectos de la vida del individuo, y a menudo se le pide que remodele en grado extraordinario la forma en que vive.

RELACIÓN PADRE-HIJO, EN COMPARACIÓN CON LA DE LOS ADULTOS

La preparación que muchos médicos reciben les hace considerar la diabetes como una enfermedad en la que todo lo que se necesita es controlar los niveles de glucosa sanguínea. Sin embargo, para llevar a cabo dicha tarea muchos facultativos y otros profesionales de la salud terminan tratando de dirigir el comportamiento dia-

rio de la persona en cuanto a aspectos importantes como son la alimentación, las actividades físicas y otras tareas que forman parte de la vida del diabético, y lo hacen de la misma forma que los padres dirigen la conducta de sus hijos. Los enfermos necesitan orientación y consejo sobre las formas de cuidar su trastorno, pero a casi todos les disgusta la idea de ser dirigidos, recibir órdenes, y ser controlados o culpados de la manera en que conducen su vida diaria. No es raro que los enfermos sean tratados como niños cuando se aplica el modelo tradicional a la autoatención diaria de la enfermedad, y en particular en el tratamiento de la forma insulino dependiente. Muchos pacientes con esta última variedad no pueden o no desean llevar a la práctica las recomendaciones difíciles y a veces mal fundadas que reciben, como serían las de pérdida ponderal y ejercicio. La conducta anterior ha sido descrita como "incumplimiento", pero en mi opinión, el término de los profesionales de la salud sería desobediencia.

Muchos han visualizado la educación del enfermo como un intento de extender y reforzar la influencia de los profesionales de asistencia médica en el comportamiento de sus pacientes. Por otra parte, la delegación de responsabilidades en el enfermo intenta reforzar la capacidad de este para influir en su propia vida, y para ello recibir auxilio para que aprenda la manera de hacer decisiones "informadas", es decir, con conocimiento de la atención de su enfermedad. En nuestra opinión, la educación del diabético debe ayudarlo para tener conocimiento de la atención y el tratamiento clínicos de su enfermedad; contar con habilidades y capacidades para cambiar su conducta; tener las habilidades de autoafirmación y comunicación necesarias para participar eficazmente dentro del grupo profesional que lo atiende, y un grado de autoconciencia psicosocial que le permita juzgar si un plan reco-

mendado de autoasistencia se apoya en hechos reales, es importante y puede realizarse por largo tiempo. Algunas personas sienten enorme inquietud si se les señala anticipadamente que deben correr unas cinco millas todos los días, en tanto que otros pueden tener la misma reacción cuando se les señala que deben caminar tan solo una milla diariamente. La atención de la diabetes está intercalada en la trama social, emocional, cultural, psicológica y demográfica que es la vida del enfermo y por ello, la experiencia en el control de la glucosa sanguínea es solo un elemento necesario para el autocuidado de la enfermedad. Los médicos pueden aprender a ser expertos en la asistencia del diabético, pero solo los pacientes pueden serlo en la tarea de gobernar su propia vida.

Los enfermos necesitan orientación y consejo sobre las formas de cuidar su trastorno, pero a casi todos les disgusta la idea de ser dirigidos, recibir órdenes, ser controlados o culpados de la manera en que conducen su vida diaria

En el modelo médico tradicional, los pacientes son condicionados para asumir los papeles y responsabilidades inherentes en él, y también reciben igual "amoldamiento" los médicos. Un beneficio importante del modelo tradicional es la oportunidad que tienen los pacientes de disipar la angustia propia de estar enfermo, al "descargarla" en el médico. Una experiencia extraordinariamente gratificante es ser cuidado por un médico compasivo y competente. El método de delegar responsabilidades en el diabético exige cambios por parte del paciente y de los profesionales en atención clínica. Algunos individuos tal vez no deseen o no puedan asumir la responsabilidad de

hacer decisiones importantes en el tratamiento de su enfermedad; quizá ellos piensen que acudieron al médico (el diabetólogo), para que él se encargue de hacer las decisiones en su nombre. No convendría disuadir a dichos enfermos a que abandonaran sus expectativas. Si un enfermo me dijera que soy el experto que tiene que encargarse de todo y por todo de la atención de su diabetes y de los planes que se hagan, le diría que cuando intente aplicar los conocimientos del plan de la atención a su vida, tal vez descubra que no hay concordancia adecuada en algunos aspectos de la realidad y las premisas del plan. Le sugeriría que volviera a la clínica y en ella analizaría y ajustaría el plan asistencial. Algunos de los enfermos mencionados terminan por poseer la capacidad y la voluntad de adoptar un papel más independiente y responsable de las decisiones en el cuidado y tratamiento de su trastorno, en tanto que a otros agradaría más seguir siendo dependientes. En uno u otro caso, el autor intenta satisfacer y cubrir las necesidades de la persona. La premisa básica que sustenta el criterio de delegar responsabilidades al enfermo es brindar asistencia que satisfaga las necesidades y las expectativas de los diabéticos.

El argumento de mayor peso que he escuchado hasta la fecha a favor del método tradicional de atención del diabético, es que las consecuencias de los cuidados inadecuados no solamente afectan a los pacientes, sino que tienen un impacto global en la sociedad. Los casos de ceguera, insuficiencia renal y otras complicaciones evitables de la diabetes cuestan a la sociedad millones de dólares cada año. Otra carga enorme que se impone a la comunidad es la pérdida de recursos humanos. En lo que toca al tabaquismo y otras conductas que tienen consecuencias negativas en la salud, se ha debatido que una acción adecuada y responsable serían los esfuerzos concertados para cambiar el comportamiento de personas

para que alcancen metas comunes y comunitarias. El autor concuerda con los argumentos expuestos cuando se aplican a las poblaciones. Por ejemplo, son actividades laudables todas las campañas de lucha a nivel público para abandonar el tabaquismo y para estimular la realización de actividades físicas en niveles apropiados y también recibir nutrición razonable. Sin embargo, en el tratamiento de un paciente individual, el médico tiene la responsabilidad ética de anteponer los intereses y necesidades de su paciente a los de la sociedad. Es precisamente este principio el que sustenta la confidencialidad de la relación entre ambas partes, incluso en casos en que al violar este pacto confidencial pudiera contribuir a la consecución de una meta común de la sociedad. En el tratamiento de un individuo, habrá que considerar a la persona como un fin y no como un medio para alcanzar un fin. Los profesionales responsables de la asistencia médica, con una actitud real y razonable, deben "abogar" por la atención de buena calidad del diabético y al mismo tiempo, respetar sus derechos y responsabilidades fundamentales para hacer las decisiones definitivas en su propia atención diaria.

Los argumentos que hemos expuesto no sugieren que se releve a los médicos y otros profesionales de la salud, de su responsabilidad y dirección del tratamiento de la diabetes. Más bien lo que sugerimos es que desechemos la ilusión de que los médicos estamos encargados de la asistencia y tratamiento diarios de dicha enfermedad. Pensamos que reconocer la responsabilidad primaria del enfermo en el autocuidado de su diabetes obliga a reorientar la relación que existe entre él y su médico. A veces los médicos me comentan que mis intentos no se orientan a permitir a los pacientes que hagan todo lo que desean, pues en mi opinión tal sugerencia refleja una opinión demasiado ingenua de la responsabilidad y la capacidad del médico como profesional

de la asistencia clínica en cuanto a dejar o no dejar que los diabéticos se ocupen de tareas que tal vez les competan. El autor absolutamente no propone que los médicos y otros profesionales en esta área “permitan” que en forma descuidada los pacientes se ocupen de su propia atención. A veces los planteamientos que hacemos de delegar las responsabilidades en el enfermo han sido interpretados como sugerencia de que los profesionales en asistencia clínica dejen de comportarse como padres atentos e “impositivos” y comiencen a actuar “como padres demasiado permisivos e indiferentes”. Dicha interpretación no es exacta. Lo que sugerimos es que una relación padre-hijo no es apropiada para la atención de un diabético adulto, y que hay que sustituirla por una relación propia de esa edad, es decir, de adultos; esta última debe caracterizarse por una actitud humanitaria, de preocupación, y un deseo genuino por parte del profesional asistencial para ser útil al paciente. Después de conocer los resultados del ECCD, que ha recalcado la necesidad de asistencia intensiva, adquiere importancia cada vez mayor recordar que no podemos cuidar de nuestros pacientes si no nos preocupamos por ellos. Pienso que los enfermos deben ser considerados como miembros autónomos y de igual nivel que el resto del personal asistencial, y que tienen experiencia propia, es decir, el conocimiento de sí mismo que es fundamental en la asistencia y tratamiento de su padecimiento. Durante años se ha descrito a los integrantes de los grupos asistenciales como iguales, pero se ha considerado (cuando menos en forma implícita), que el médico es el primero entre pares o iguales. En el tratamiento de la diabetes, dicha posición corresponde por derecho propio al paciente.

RECOMENDACIONES

Con base en los argumentos expuestos, el autor recomienda los siguientes puntos:

Los argumentos que hemos expuesto no sugieren que se releve a los médicos y otros profesionales de la salud de su responsabilidad y dirección en el tratamiento de la diabetes. Más bien lo que se sugiere es que desechemos la ilusión de que los médicos estamos encargados de la asistencia y tratamiento diario de dicha enfermedad. Pensamos que reconocer la responsabilidad primaria del enfermo en el autocuidado de su diabetes, obliga a reorientar la relación que existe entre él y su médico

- Reconocemos y aceptamos el hecho de que en el tratamiento diario de la diabetes, el “lugar de control” y la toma de decisiones pertenecen al paciente.
- Que el enfoque que se ha seguido respecto a la atención y enseñanza del diabético se oriente a transmitir la experiencia y apoyo incesantes, para que los pacientes hagan decisiones informadas, es decir, con conocimiento, en cuanto a vivir con su enfermedad y cuidar de ella.
- Intentemos no usar más términos peyorativos, como cumplimiento de órdenes, incumplimiento o desobediencia y observación de reglas, y en vez de todo ello sería mejor que los pacientes comprendieran la trascendencia de su enfermedad en la calidad de su vida.
- Las escuelas de medicina deben dar preparación a los estudiantes durante sus años de aprendizaje basada en un nuevo paradigma idóneo para la atención de enfermedades crónicas, la búsqueda de salud y la prevención de trastornos en que el médico actúe como mentor, consejero y “entre-

nador”, en vez de asumir el control y la responsabilidad completas.

- El comienzo de una relación entre el paciente y un profesional en el caso de los diabéticos, debe incluir un comentario del papel singular y las responsabilidades que el paciente tiene en el tratamiento de su trastorno, y por qué dichos papeles y responsabilidades exigen una relación entre él y el médico, muy distinta a la del modelo tradicional.

EDUCACIÓN SOBRE DIABETES: ¿QUÉ PRIORIDADES SE ALCANZAN?

(Resumen)

NM GENEV, JR FLACK, PL HOSKINS,

JE OVERLAND, DK YUE, JR TURTLE

*Centro de Diabetes, Hospital Real Príncipe Alfredo,
Camperdown, Sidney*

DIABETIC MEDICINE 1992;9:475-479

Este trabajo expone los datos de 200 enfermos con diabetes insulínica que fueron enviados en fecha reciente a un centro de diabetología en un gran hospital de enseñanza universitaria y que fueron estudiados en un lapso de ocho meses. Ellos completaron el cuestionario de conocimientos sobre su enfermedad y especificaron sus prioridades educativas; al escoger seis temas en relación con su trastorno, de una lista de 14 temas. Después de dar una hora de enseñanza individual y usar la misma lista, los educadores escogieron seis temas que a su parecer eran los más importantes para enseñar a esos pacientes en particular. La selección de prioridades en educación difirió entre los pacientes y el educador correspondiente. Solamente en 38% de los casos, las tres primeras prioridades de los

Solamente en 38% de los casos, las tres primeras prioridades de los educadores coincidieron con las de los pacientes

educadores coincidieron con las de los pacientes.

Las divergencias principales incluyeron la selección de “tratamiento del día en que se sienta mal el enfermo” y “complicaciones”, por los que se inclinaron en particular los enfermos, en comparación con “agentes hipoglucemiantes orales” y otros temas propios de la terapia, por los que se inclinaron en especial los educadores. El conocimiento de la enfermedad fue un factor determinante de la prioridad educativa por parte de los pacientes, pero no de los educadores. A diferencia de ello, la duración de la diabetes fue el único factor que modificó las decisiones y selecciones globales de los educadores. El tipo de tratamiento del trastorno incluyó la selección de prioridades por parte de pacientes y educadores. Los autores concluimos que tal vez sea inadecuada la estrategia de enseñanza que se basa en las percepciones de los profesionales de la salud, para decidir lo que necesitan saber los diabéticos.

BIBLIOGRAFÍA ADICIONAL

New Developments in Diabetes Education. Call for a new task for the Patient; from Classical to Holistic Approach. Jean-Philippe Assal, the DESG Teaching Letter, marzo de 1995

A Global Integrated Approach to Diabetes. A Challenge for More Efficient Therapy. Jean-Philippe Assal, en *Clinical Diabetes Mellitus, A Problem Orientated Approach*, John K. Davidson *Why Doesn't Education Work in IDDM?* Robert Tattersal, *International Diabetes Monitor* 1992; 4(1)

ENSEÑANZA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

INSULINA, AMOR Y CUIDADOS

(Resumen)

J LUDVIGSSON

Departamento de Pediatría, Hospital Universitario, Linköping, Suecia

HORMONE RESEARCH 1989; 31:204-205

Después de la aplicación de insulina, que sirve como un medio de reposición fisiológica de la hormona deficiente, quizá la atención psicosocial constituye la parte más importante de la asistencia de la diabetes en niños y adolescentes; ello lo sabe en detalle cualquier clínico experto, pero es muy difícil corroborarlo sobre bases científicas. Los métodos tradicionales, que son útiles y necesarios en la investigación clínica o experimental, a menudo son imprecisos y de poca trascendencia en la descripción de fenómenos psicológicos complejos y simples, y los métodos estadísticos son de escasa utilidad para demostrar que los sentimientos de un niño son aceptables o no. Con base en el resumen de un caso, analizaremos las crisis psicológicas del niño diabético, y también las actitudes que hacia él tiene el personal médico.

La niña sabe que no tiene a nadie para desahogar su miedo. Ella no sabe dejar translucir su temor, y sus labios esbozan una sonrisa. Todos dicen que es valerosa

RESUMEN DE UN CASO

Ana es una niña feliz. Delgada, con el pelo largo, y con movimientos ágiles como los de un duendecillo. Está en el sexto grado pero no es de

las niñas más listas del salón; es algo tímida. A veces sus compañeros de escuela son groseros con ella porque Ana no usa vestidos bonitos. Ana ni siquiera se defiende. En su hogar siente miedo, en especial cuando piensa en su futuro, cuando sus padres riñen. Quizá terminen divorciándose, piensa Ana. Su hermano mayor sale a menudo con sus amigos y ella se queda sola, triste, sin nadie que la consuele. Su maestra dice que debería esforzarse más en la escuela, pero ella no puede, siempre está cansada. No duerme bien, y en la noche se despierta a menudo para ir a orinar. Se ha puesto muy delgada y su andar no es tan ágil como antes. Aunque la comida que le dan es buena, siempre se siente mal. Ha comenzado a vomitar y cada vez se pone peor. Sus padres la llevan al hospital.

ANA ES VALEROSA

Le toman muestras de sangre y la inyectan, y eso le duele. Le tiembla el labio inferior y apenas puede contener las lágrimas por el dolor. Pero es valerosa, trata de sonreír y dice que no le duele mucho. Escucha que dicen que tiene diabetes, que nunca se curará, que siempre necesitará inyecciones, que puede quedar privada del sentido y caer en coma, y que tal vez quede ciega, pero nadie sabe cuándo. Le dicen que no debe sentir miedo, pues las cosas podrían ser peores. Quizá no muera pronto, y si se muere, se la comerán los gusanos. Su tumba será oscura y no podrá respirar. Ella tiene ya dificultad para respirar. Siente mucho miedo, es infeliz y está sola.

Sutilmente trata de que los demás entiendan que siente miedo, pero su madre, maternalmente dice que todos deberían estar contentos, que las cosas irán mejor ahora que antes y que no es bueno pensar en cosas tristes. La enfermera, que capta la ansiedad en los ojos de Ana y su palidez y temor, sonríe de forma rara y mira a otra parte, y solo se le ocurre sugerirles jugar a las cartas.

La niña sabe que no tiene a nadie con quien desahogar su miedo, y que no debe dejar translucir su temor; sus labios esbozan una sonrisa. Todos dicen que es valerosa.

ADIÓS A LOS PASTELES DE MAMÁ

Mamá ha ido varios días al hospital y papá ha ido también algunas veces. Ellos han hablado con dos doctores distintos. Uno parecía un poco estirado, pero era educado y amable. Mamá y papá estuvieron sentados con la vista baja. El doctor les hizo preguntas y les dio varias recetas con órdenes estrictas. Su deber es indicarles que todo se debe hacer ordenadamente en la casa. Horas exactas, pues no se trata de un juego. El futuro es incierto. Todo depende de mamá, papá y Ana.

Una señora que le llaman la “dietista” sonrió, pero sus palabras fueron como latigazos. Ella nos dijo que nuestras comidas en casa no eran buenas y que teníamos que olvidarnos de los sabrosos pasteles que acostumbrábamos comer los sábados por la tarde. Ese era el único día en que nos reuníamos los cuatro, y que podía ver a mamá y a papá contentos. A veces leíamos y cantábamos. Las tardes de los sábados eran maravillosas, pero había que decirles adiós. Que los pasteles y la limonada y los buñuelos eran cosas superfluas y los comíamos a deshoras. Que si queríamos un refrigerio, tenía que ser a las dos y media de la tarde; pero esa hora es demasiado temprano para mi hermano, y papá no tiene tiempo. Por eso Ana tiene que comer sola su pan y su fruta. Cosas sencillas hechas en casa. ¡Magnífico! Así las cosas sí marcharán. Debemos alegrarnos, aunque la tarde de los sábados no exista jamás.

La noche del sábado tratábamos de divertirnos, pero no demasiado. No conversábamos, pero veíamos la tele. A papá le gustaba tomar un vaso de whisky. Después se volvió bastante extra-

ño. Cuando papá estaba en casa, mi hermano y yo comíamos caramelos y bebíamos limonada, pero todo eso se acabó. Mi madre me dice que tengo que aprender a tomar té, pero no me gusta, sabe amargo. Ahora solo comeré una nueva clase de bizcochos que no conocía, sin azúcar y sin agregarles mermelada, y una pastilla de masticar. Ana sueña y una lágrima se le escapa de los ojos. Entonces, una enfermera la despierta y le recuerda que tiene que pincharle el dedo para sacarle una gota de sangre y medir en ella la glucosa. ¿No te has olvidado del pinchazo en el dedo, verdad?

Una señora que le llaman “la dietista” sonrió, pero sus palabras fueron como latigazos. Dijo que nuestras comidas en casa no eran buenas, y que teníamos que olvidarnos de los sabrosos pasteles que acostumbrábamos comer los sábados por la tarde. Era el único día de la semana que nos reuníamos los cuatro

EL EJERCICIO ES SALUDABLE Y DIVERTIDO

Imposible quedarse sentado y ponerse a soñar. Si una persona es diabética, tiene que hacer ejercicio. El ejercicio es saludable y divertido. A Ana le gusta correr regularmente, si le es posible. Es difícil, pero necesario. Lo que es triste es que el ejercicio debe hacerlo a la hora en que acostumbraba a jugar con su amiga. A su amiga no le gusta correr, solo le gusta jugar con muñecas o jugar a vestirse de diferentes formas. Pero eso no es sano. Claro que su amiga puede jugar con otras niñas. Los horarios de juego de Ana son ridículos. Además, nadie sabe si Ana se va a sentir mal e incluso desmayarse y entrar en coma. Quizá la mamá de su amiga le prohíba jugar con Ana, si llegan a suceder tales cosas.

POBRES MAMÁ Y PAPÁ

Ana es valerosa. Ha aprendido a inyectarse insulina, a sacarse sangre del dedo y a reunir muestras de orina por sí misma. Ana ya sabe cuáles alimentos no debe comer, pero su mamá sabe más. Mamá está triste y cansada, y a veces irritada. ¡Qué lástima que ella y papá hayan traído al mundo a Ana y que Ana tenga diabetes! ¡Qué desgracia para ambos! ¡Esto les arruinó la vida! Antes la pasaban bien juntos. Ahora, no se llevaban muy bien por culpa de Ana y su diabetes ¡Qué complicados son los horarios estrictos, las comidas especiales, los análisis y las inyecciones! ¡Y tanto esfuerzo, para nada, pues de todas maneras la niña perderá la vista! Tanto afán que resultará infructuoso. Pero no hay que pensar así, y de nada sirve apiadarse de Ana. Trataremos de ser amables con la niña, pero es una pena que ella y su diabetes nos hayan desbaratado la vida.

Ana es valerosa. Sabe lo que piensa su mamá. Mamá y papá dicen que la chiquilla es buena, que la quieren y que ella debería sentirse feliz. Todos deberíamos ser felices. Pero la cara y los modales de ellos reflejan otra cosa, y Ana capta ese lenguaje silencioso, mejor que las palabras mismas.

A ANA LE GUSTARÍAN LAS COMODIDADES Y LOS MIMOS

Tal vez Ana no debió venir jamás al mundo. No es como los otros niños. Nadie simpatiza con ella, ¿cómo hacerlo? Ana siente terror al pensar en el futuro. Alguna vez soñó en tener hijos y ser una madre cariñosa que los mimara y que les susurrara al oído cosas lindas, tales como que ellos eran un regalo del cielo, aunque fueran diabéticos y aunque no fueran los mejores alumnos de la escuela ni los más populares en la clase. Soñaba con consolarlos, acariciarlos y pedirles que hablaran sobre las cosas que les daban temor, y de todas sus terribles fantasías.

Mamá y papá dicen que la chiquilla es buena, que la quieren y que ella debería estar feliz. Todos deberíamos ser felices. Pero la cara y los modales de ellos dicen otra cosa, y Ana capta ese lenguaje silencioso, mejor que las mismas palabras

El sueño no cesaba. Seguíamos reuniéndonos las tardes de los sábados, entre risas, cantos y felicidad. Comíamos espléndidos emparedados y bebíamos té, y nos sentíamos muy contentos. A papá ya no le gustaba tomar whisky por la noche. Ana despierta de su sueño. Ella es diabética y quizá nunca tendrá marido ni hijos. En su corazón siente tristeza y frío. Está a punto de llorar y gritar, pero es valerosa y mejor sonrío. La enfermera le pide la muestra de orina.

LA DIABETES ES TEMIBLE

Una vez más, Ana sale del hospital. Sus compañeros de la escuela han sido muy amables. No la molestan por sus ropas deslucidas, pero la mantienen a distancia. Su diabetes es algo amedrentador; nadie quisiera enfermarse. Los papás de los niños les dicen que seguramente hay otros niños además de Ana con quien jugar. Algo debe hacerse con ella, alguien tiene que cuidarla, ella está sola, pero aun así sonrío valientemente.

Ahora su rendimiento en la escuela es satisfactorio, excepto las clases antes del almuerzo, que es cuando más cansada está hasta el extremo que se le doblan las rodillas. La maestra le pide que se coma sus terrones de azúcar o sus caramelos. ¡Qué pena que le vengan esos hipos molestos! Habíamos planeado dar un paseo, pero con ella así será imposible. La maestra piensa: -No te podríamos dejar sola, Ana- Es una pena para el grupo tener una niña diabética. Quizá ella nunca

debió asistir a la escuela. En la próxima visita el doctor tomará muestras de sangre. Ana se pasa el tiempo con los labios fruncidos, sin quejarse por el dolor de los pinchazos. Cada día se vuelven más difíciles los cuidados de la diabetes. El doctor pregunta cosas a mamá y ella se pone nerviosa: que si han comido los alimentos prescritos, que si se le pegaron las sábanas los domingos y no hicieron ejercicio. No, es mejor levantarse temprano, como todos los días, y es agradable seguir un plan de vida fijo y saludable. Las cifras en la libretita de resultados de las pruebas en casa (sangre y orina) parecen adecuadas. Pregunta si hemos hecho correctamente las pruebas en la casa. Las cosas no están mal. Muchas personas no saben controlar esa situación. Es indispensable hacer todas las pruebas todos los días, pero es una tarea muy ardua. Lo que llama poderosamente la atención es que haya tantos resultados negativos en la orina. Habría que averiguar si son ciertos. ¿No se habrán colado algunos datos negativos de más en la libreta de análisis? Ana tiene la cara enrojecida, pero está tranquila. Un grito casi a punto de salir le anuda la garganta y la hace enmudecer. Ella nunca ha mentado. Bien, dice el doctor, no eres la única en esta situación. No es raro que algunos pacientes "maquillen" los resultados de los análisis, pero con nosotros tienes que ser honesta. ¡Qué palabra! ¿Sería posible que Ana fuese deshonesto? Mamá la mira con reproche y se siente avergonzada, y balbucea una excusa sobre los buenos resultados de las pruebas. El doctor la mira, y aunque Ana quiere llorar, ella sonríe. Todo será mejor. La próxima vez dejará que haya un poco de azúcar en la orina para que el médico le repita que no está cumpliendo con sus órdenes, y así le de consejos para que mejore su conducta y evite quedar ciega tan pronto.

Silenciosamente regresan a casa ella y su mamá, pero la niña percibe el disgusto que su mamá siente. Ana es una niña solitaria de 12 años, con pelo largo, y con diabetes.

"LOS HIPERREACTORES": PACIENTES DE TRATO DIFÍCIL. FUNCIONAMIENTO DE UN GRUPO DE APOYO PARA ADOLESCENTES DIABÉTICOS

LYNN CROWE

*Asociación Estadounidense de Diabetes -
Delegación Michigan, Southfield,
Michigan, EUA.*

JOYCE I BILLINGSLEY,

Centro Hospitalario Macomb, Warren, Michigan, EUA

THE DIABETES EDUCATOR 1990; 16(1, ENERO-FEBRERO):39-43

Para que un grupo de apoyo de adolescentes con diabetes insulino dependiente alcance resultados satisfactorios, se necesita algo más que conferencias informativas y comentarios. Son importantes para ese fin el aprendizaje activo por medio de la práctica y la sensación de bienestar de los pacientes. Los intentos para controlar la enfermedad obligan a que el joven desarrolle una imagen satisfactoria de sí mismo, exista solidaridad de grupo y también la capacidad de comunicarse con amigos no diabéticos y sus padres. Señalamos aquí la forma en que un grupo de ese tipo alcanzó sus fines.

Los primeros intentos para constituir un grupo de apoyo para adolescentes diabéticos culminaron en el fracaso. Comenzamos a celebrar reuniones mensuales con los padres y los jóvenes; estos últimos acudían pero se aburrían con las conferencias y se sentían incómodos. Muy pronto dejaron de acudir. Los facilitadores formaron un nuevo grupo y probaron diversos programas, desde "romper el hielo" y presentaciones educativas, hasta "tardeadas" alegres que incluían juegos y proyección de películas. Ninguno de los programas mencionados produjo resultados particularmente satisfactorios; eran pocos los jóvenes que acudían y para ellos, todo era aburridísimo.

Sin embargo, nuestros fracasos nos revelaron algunas verdades palmarias. En primer término, los jóvenes que provenían de una gran área metropolitana nada tenían en común, salvo su diabetes. En segundo lugar, a ellos no les placía hablar de su enfermedad, especialmente con extraños.

¿Qué podíamos hacer para que los miembros del grupo se conocieran y confiaran mutuamente? El grupo de planificación sanitaria sugirió actividades al aire libre. Comentamos las posibilidades de tal proyecto con las personas que quedaban de nuestro segundo grupo de apoyo, y en el otoño de 1985 decidimos experimentar con un campamento de fin de semana.

En los comienzos de enero de 1986 acudimos al campamento Horizonte, 20 adolescentes, un médico, dos enfermeras del personal para educación de pacientes, un técnico de laboratorio del hospital que tenía diabetes insulino dependiente, y el director de servicios a jóvenes de la Asociación Estadounidense de Diabetes - Delegación Michigan, Inc. El programa se llevaría a cabo en una gran mansión remodelada. Los amplísimos campos permitían actividades al aire libre, que incluían paseos en trineo, caminatas en la nieve y "fútbol llanero". Entre unas y otras actividades de esparcimiento, se introdujeron programas que instaban a los jóvenes a comentar sus experiencias diarias con su enfermedad, como serían los juegos simbólicos o de imitación.

Ese fin de semana se consolidaron amistades y comenzó a tener cohesión el grupo. En realidad, los jóvenes expresaron que no se perdían por nada del mundo la siguiente reunión. Estábamos en el camino adecuado, pero nos percatamos que debíamos seguir trabajando en la cohesión del grupo, para siempre lograr buenos resultados ininterrumpidamente.

En una de las reuniones corrientes, el grupo escogió el nombre de los "Hiperreactores"

(rechazaron la proposición de las jovencitas de que se llamara el grupo los "Caramelos"). El auxiliar del hospital concedió dinero para camisetas deportivas, en las que imprimimos el logotipo del grupo. Eramos ya un grupo "oficial". Los jóvenes participaron no solo en planear el programa, sino en llevarlo a la práctica. Se aceptaron nuevos integrantes y pronto se involucraron en el grupo. Casi todos los adolescentes eran como "acarreados" es decir, que fueron llevados contra su voluntad a la primera reunión, pero la mayor parte de ellos perseveró y siguió acudiendo a las reuniones mensuales, de modo que a cada una de ellas asistían de 15 a 20 adolescentes. Pudimos así anular el estigma de lo que los adolescentes esperan del típico grupo de apoyo de hospital. Además de las reuniones semanales hemos emprendido otras actividades, como serían programas para jugar bolos los sábados, un día de primavera en el Campamento Horizonte, una fiesta de piscina, torneos de ping-pong, una fiesta para hacer cada quien su pizza, y una reunión de familia para días de campo en el verano. Los fines de semana en el campamento de enero desde que comenzó la organización, se han vuelto un evento anual.

TEORÍA, PRÁCTICA E IMAGINACIÓN

Los buenos resultados obtenidos con el grupo se deben en gran medida a nuestras reflexiones incesantes basadas en las publicaciones sobre psicología de los adolescentes, y también al esfuerzo ininterrumpido para hallar nuevas formas de afrontar los problemas relacionados con la autoimagen. Y en particular, la sensación de ser distinto y capaz de comunicarse con los padres y los amigos no diabéticos. Todo ello concuerda con la finalidad del programa: facilitar una transición natural y homogénea de la adolescencia a la vida adulta.

La meta principal de desarrollo en la adolescencia es lograr la independencia del control de

los padres, y otras relaciones de dependencia que se establecen en la niñez; el proceso anterior suele expresarse por el aumento de las conductas rebeldes, y refugiarse en las relaciones con amigos y coetáneos en busca de compañía y consejo. La combinación de estos conflictos inherentes de la adolescencia, y las exigencias propias de la diabetes, sientan las bases para que surjan situaciones de antagonismo.

En nuestros intentos de facilitar esta transición a la vida adulta, nos concentramos en cuatro renglones del programa:

- dinámica familiar,
- conceder importancia a “ser igual” (a diferencia del enfoque en que la diabetes vuelve diferente al adolescente),
 - tareas de capacidad de comunicación y socialización, y
 - programas que guardan relación directa con la atención del diabético.

El formato de los programas mencionados varió, pero nos percatamos que las relaciones con los amigos y coetáneos son de enorme importancia en la adolescencia, y que los jóvenes acuden a reuniones para así visitar a sus amigos. Como consecuencia, cada programa se elaboró de manera que incluyera un período no estructurado para que los adolescentes estuvieran totalmente libres y lo dedicaran a sus amistades.

DINÁMICA FAMILIAR

La complejidad del medio familiar afecta la salud física y psicológica del adolescente diabético. En esa etapa de la vida, los jóvenes prueban conductas de autoafirmación, lo que genera tensiones en el seno familiar. El grupo de apoyo, para auxiliar a los adolescentes en sus relaciones con sus padres y otros parientes, inició experiencias de juegos simbólicos y de caracterización.

Sin embargo, nuestros fracasos nos revelaron algunas verdades palmarias. En primer término, los jóvenes que provenían de una gran zona metropolitana, nada tenían en común salvo su diabetes. En segundo lugar, a ellos no les placía hablar de su enfermedad, especialmente con extraños

Al principio, ellos se sentían incómodos para asumir los papeles de dichos juegos, razón por la que dimos un giro especial a tal actividad. Los juegos simbólicos y de caracterización se hicieron más bien entre dos personas, pero cualquier miembro del grupo (incluido el facilitador), podía agregar comentarios al dirigirse activamente a un “actor”, colocar una mano sobre su hombro, o intercalar algún comentario. Los actores originales se quedaban con lo que dijo el otro miembro del grupo. La variación parece mínima, pero tiene varios fines:

- los adolescentes tienen menos autoconciencia, cuando intervienen con textos preelaborados, que cuando hablan de manera espontánea e inmediata;
- los jóvenes con mayor frecuencia expresan sus ideas voluntariamente en el entendido de que si no tienen mucho que decir de un tema, serán auxiliados por el grupo, y
- los facilitadores dirigen los comentarios, si así lo desean.

Conforme los jóvenes adquirieron mayor autoconfianza, la separación entre ellos y sus padres fue cada vez más definida. Como consecuencia, un aspecto de interés fundamental para el grupo fue “liberarse de la tutela parental”. Anderson y Auslander sugieren que la relación entre los

padres y el hijo diabético puede ser mucho más compleja y vulnerable a conflictos, que la que ocurre con el hijo no diabético. Ante dicha discrepancia, los adolescentes necesitan desarrollar capacidades para afrontar y superar estas tensiones de relación. De este modo, además de los juegos simbólicos y de caracterización, se utilizaron “contratos”. Se pidió a los jóvenes que identificaran un problema y también dieran una solución posible, real y sana a un dilema relacionado con sus padres. Casi todos ellos se concentraron en situaciones relacionadas con la diabetes: algunos escogieron algún problema típico entre los padres y el adolescente. Los jóvenes “se obligaron” (por contrato) a comentar la situación con sus progenitores, y a revisar los resultados directamente con los facilitadores, en la siguiente reunión. De ese grupo, solo un jovencito no llevó a buen término esta “práctica”. Salvo uno, todos los demás sintieron haber conseguido su meta, porque lograron que se produjera un cambio o porque el joven percibió una sensación de control de la situación. Los facilitadores del grupo, al hablar de los progenitores, advertimos que a muchos de ellos les había llamado poderosamente la atención que sus hijos tomaran la iniciativa. Indicaron que se hicieron como mínimo algunos cambios a breve plazo. De mayor importancia, en opinión nuestra, quedaron abiertas las vías de comunicación con muchos de los padres, que habían estado demasiado cerradas.

Otra actividad orientada a fomentar la relación padres-hijos, fue escribir cartas. Antes de participar en el campamento, solicitamos a los padres que expresaran a su hijo adolescente algunas ideas positivas que nunca le habían transmitido. Por ejemplo, algunos escribieron que les agradaban los amigos de sus hijos, o la forma en que el jovencito incluía a una hermanita en los juegos, o que sabían que el cuidado diario de la diabetes es difícil, y respetaban al joven por tratar de salir

adelante fructíferamente. En respuesta a dicha actitud, en el fin de semana los jovencitos leyeron y contestaron las cartas a sus padres, para lo cual invirtieron mucho tiempo. La intensidad de los textos que escribieron, nos llevaron a pensar que la práctica epistolar (escribir cartas), constituyó una experiencia beneficiosa.

“SER IGUAL A LOS DEMÁS”

La percepción de que la diabetes ha vuelto al niño distinto de los demás puede menoscabar su capacidad para lograr y conservar relaciones de cercanía con amigos y coetáneos, que nacen de la experiencia de empresas mutuas y de la igualdad. Los facilitadores del grupo, ante tal situación, intentamos mejorar la imagen de los jóvenes, es decir, hacerles sentir la gran semejanza que guardaban con sus amigos y compañeros, sin olvidar la realidad que impone la diabetes. El mejor ejemplo quizás fue la dieta y nuestro método de “enseñar por medio de la práctica”. La alimentación es un punto de máximo interés para todos los adolescentes, y por ello intentamos contar con recetas de alimentos ligeros (tipo bocadillos) que disfrutara en una reunión un adolescente con restricciones en su dieta, o sin ellas. Organizamos una reunión con el fin de cocinar, y le indicamos al grupo de los “hiperreectores” que íbamos a experimentar con bocadillos y que ellos y sus amigos podrían participar o hacer una “reunión después de la escuela”. Se integraron grupos para cocinar y preparar los alimentos. Mientras servían sus creaciones en el rato de la visita, todos los cocineros rieron sobre sus intentos “a medias” y hablaron de la forma en que a sus amigos les gustaría probar lo que cocinaban los demás. Solamente a la hora de servir los alimentos preparados nosotros señalamos que eran “selecciones sanas” para los diabéticos, y dimos los intercambios o equivalencias. Preferimos que se prepararan “bocadillos hechos por diversión” y que a todos les gustaran.

CAPACIDAD DE COMUNICACIÓN Y SOCIALIZACIÓN

Los comentarios a menudo se enfocaron hacia las situaciones escolares y sociales que importan a los adolescentes. Por ejemplo, todos ellos se quejaron de que los padres a menudo los regañaban en cuanto a renglones como práctica de pruebas (tiras colorimétricas con sangre u orina); inyecciones (de insulina u otras sustancias) y la dieta. Cuando analizamos las situaciones en las que los padres los regañaban, a ellos, a los hermanos o a los amigos sin diabetes, los adolescentes se percataron que precisamente el origen de tal problema era por estar dentro de la etapa de la adolescencia, y no por tener diabetes. Los jóvenes estaban en una edad en la que entablar relaciones y hacer paseos con personas del sexo contrario adquiere gran importancia, y por ello, nos ocupamos de las tensiones normales de explorar las relaciones con jovencitas (en el caso de los hombres), o jovencitos (en el caso de las mujeres), y las preocupaciones adicionales que genera el sufrir la diabetes. En diversos tipos de juegos y en particular los simbólicos y de caracterización, tratamos de que los jóvenes fomentaran mejores capacidades de comunicación que les auxiliarían en muchas situaciones, y no simplemente para afrontar la diabetes. Sabíamos que la participación en los grupos de diabéticos sirve a los adolescentes para comunicarse. Al fomentar las capacidades de comunicación mutua, los jóvenes diabéticos aprendieron a sentirse menos inhibidos para comentar su enfermedad con otros compañeros.

Una tarea de los facilitadores fue que los adolescentes adquirieran conocimientos prácticos que aplicarían en situaciones que requerían solución de problemas, las que a su vez podrían ser útiles en el afrontamiento del problema de la diabetes. Kaplan y colaboradores señalaron que los jóvenes influidos negativamente por sus coetáneos, a menudo eran los que prácticamente no

cumplían las órdenes médicas para la atención de su enfermedad.

En apoyo a lo mencionado anteriormente, el grupo de los "hiperreactores" organizaron sesiones estructuradas para dar respuestas defensivas/agresivas/pasivas. Una vez más, se ejemplificaron situaciones con diabéticos y no diabéticos. Un facilitador comenzaría el "juego" con un señalamiento acusador, y pediría a tres adolescentes diferentes que asumieran el papel contestatario. Por ejemplo, un facilitador que desempeñaba el papel del padre del muchacho diría: "Esta alcobá es un desastre, y quiero que la limpies inmediatamente". Un jovencito respondería al padre agresivamente, el segundo en tono defensivo, y el tercero crearía una respuesta pasiva. El grupo analizaría después el ejercicio, y decidiría cuál de las alternativas era la más útil para que el muchacho obtuviera el resultado deseado. En este ejemplo, el jovencito posiblemente tenía demasiadas tareas escolares y caseras esa noche y para él, era mejor "llegar a un arreglo" si limpiaba su alcoba el viernes, después de terminar sus clases en la escuela, en vez de hacerlo inmediatamente.

Se necesitan conocimientos para el cuidado de sí mismo, pero muchos adolescentes diabéticos que los tienen satisfactoriamente no los aplican ni utilizan debidamente en su conducta. Al reforzar la base de conocimientos y también las habilidades de comunicación y socialización, los facilitadores pensamos que dábamos a los jovencitos medios adecuados para transformar los conocimientos en actos directos.

Entre las capacidades personales necesarias para hacer esta aplicación está la de tener una imagen sólida de sí mismo. La autoimagen al parecer es un elemento que influye en los cuidados y el control apropiados de la diabetes. Los jovencitos que no se consideran valiosos a sí mismos, no dan importancia a la atención necesaria de su propia persona. Por esa razón, fue impor-

tante que el grupo de los “hiperreectores” sintieran que tenían la capacidad suficiente para desempeñar diversas tareas. Si a menudo escuchaban que no habían practicado con la suficiente frecuencia sus pruebas diarias (sangre u orina), o no habían consumido alimentos adecuados, su imagen de sí mismo se deterioraba. Recurrimos a todos los medios posibles para que cada uno de los jóvenes alcanzaran sus metas satisfactoriamente. Por ejemplo, celebramos una ceremonia de reconocimiento el fin de semana del campamento de invierno en la que se entregaron premios a los participantes. A cada uno se le otorgó un premio, en el que se recalca su “capacidad especial”, como por ejemplo, la de uno de los adolescentes por acoger calurosamente a los nuevos miembros del grupo. A cada premio dimos un nombre gracioso. Los jovencitos esperaron esto con verdadero interés, incluso si sentían algo de timidez por recibir el premio delante de sus amigos. El “seguimiento” de programas previos, también nos permitió “intercambiar elogios”, por más pequeños que pudieran parecer.

La autoimagen al parecer es un elemento que influye en los cuidados y el control apropiados de la diabetes. Los jovencitos que no se consideran valiosos a sí mismos, no dan importancia a la atención necesaria de su propia persona

El apoyo de los amigos y coetáneos también es importante, e incluso quizá lo sea más en el renglón de la “autoimagen”, que los recordatorios que los facilitadores destacaron con los premios. Durante uno de los campamentos de invierno, se pidió a cada joven que preparara un sobre dirigi-

do a sí mismo. Antes de que terminara el fin de semana, cada uno tenía que haber escrito una nota breve a los demás participantes, en la que se señalara algo que les gustara de alguno de los amigos del campamento. Una semana después se distribuyeron las notas por correo. La respuesta fue una reactivación de los sentimientos satisfactorios disfrutados en el fin de semana; ello de nuevo reforzó la autoimagen positiva, y quizá se tradujo en una mayor motivación hacia la diabetes, reforzada en el fin de semana en el campamento.

CUIDADO DE LA DIABETES

Para seguir integrando y ampliando los conocimientos sobre diabetes, dedicamos alguno de los programas de tarde y noche directamente a problemas en el cuidado de la enfermedad. Para nosotros, el aspecto fundamental de esos programas no era el tema, sino la forma en que se exponía. Por ejemplo, cuando enseñamos los efectos del ejercicio en los niveles de glucosa sanguínea, procuramos utilizar un espacio amplio en un sótano, y la sala de fisioterapia en la que habían cuatro bicicletas fijas. En forma breve valoramos el nivel de actividad de los jóvenes y su conocimiento de la enfermedad y del ejercicio. También hicimos un comentario general de lo que señalaban los textos y libros, y las limitaciones de estas pautas. El resto de la sesión consistió en medir la glucosa en sangre unos 20 minutos antes de hacer ejercicios aeróbicos (pedalear bicicleta o correr por todo el zaguán), para después realizar una segunda medición de la glucosa y hacer un comentario de “seguimiento”. Los jovencitos sintieron asombro de las grandes variaciones que mostraban los resultados de la prueba entre sus semejantes. En promedio, la mitad del grupo de nuevo midió la glucosa en sangre antes de acostarse por la noche. El mes siguiente iniciamos el programa, con señalamiento de lo que ocurría en

los niveles de glucosa sanguínea, después de que un adolescente salía del hospital, y algunas de las explicaciones de dichos cambios. Para unos, un elemento de intensa motivación fue una combinación de autoconocimiento y control, en grado mucho mayor que pasar frente a un pizarrón y exponer algún tema, que daba al joven la misma posición de autoridad que sus maestros.

Los conocimientos sobre diabetes no deben limitarse a los que necesita el adolescente, aunque puede ser una tarea difícil enseñar a los amigos no diabéticos. Para ayudar al grupo de los "hiperreactores", cada año celebramos una noche de participación de amigos. Los participantes se dividieron en dos grupos: amigos no diabéticos en el grupo 1, y los hiperreactores en el grupo 2. Cada grupo tuvo un relator. El grupo 1 elaboró una lista de preguntas o preocupaciones que les gustaría ventilar con sus amigos diabéticos. Los hiperreactores elaboraron una lista con datos que querían que supieran sus amigos respecto a la diabetes. Después se mezclarían los dos grupos, e intercambiarían las listas. Los resultados de una encuesta informal sugirieron que pocos de estos jóvenes habían compartido alguna vez las preguntas o comentarios con sus amigos individualmente, aunque en forma de grupo no hubo problema para integrar las listas mencionadas.

MEDIDAS DE PREVISIÓN PARA EL FUTURO

Conforme se ha ido ampliando el programa de los "hiperreactores", hemos necesitado planear con anticipación la solución de necesidades no resueltas, y también otros aspectos por explorar. Las necesidades cambian conforme los jóvenes crecen, y pasan a la universidad o se incorporan a la fuerza laboral. Hemos tratado de canalizar a estos adolescentes "expertos" hacia otros programas existentes y de ellos, dos han sido organizados por la Asociación Estadounidense de

Diabetes, en la Delegación Michigan, Inc: el Fin de Semana de Supervivencia Universitaria y el Grupo de Coetáneos y Amigos.

Como hicimos con el grupo de los hiperreactores, seguimos probando nuevos medios para solucionar y cubrir sus necesidades. Comenzamos a rebasar los límites del grupo original e inmediato. Por ejemplo, los adolescentes han auxiliado a familias con un miembro al que se hizo el diagnóstico reciente de diabetes al servir como "guías" en el hospital, y también a elaborar un video que presente hechos que, en su opinión, debe saber el jovencito diabético diagnosticado recientemente. También hemos establecido una conexión de hermanos o hermanas mayores, con el grupo de niños de menor edad. Además, los adolescentes han preparado sesiones de enseñanza para este último grupo de niños.

Nuestra meta siguiente es subdividir a los adolescentes en dos grupos: uno integrado por jóvenes que cursen el equivalente de escuela secundaria, y el otro, que esté en la etapa de la enseñanza preparatoria, para así diseñar otros programas que cubran las necesidades específicas de estas fases particulares de la adolescencia.

BIBLIOGRAFÍA ADICIONAL

- The Role of the Diabetes Health Professional at Diagnosis*
M. McGill, RN, *IDF Bulletin* 1992;38(3)
Managing a Primary School Age Child with Diabetes
M Silink
Current Therapeutics-Diabetes 1995;2(1):19-22

EDUCACIÓN DE LAS PERSONAS DE EDAD AVANZADA

EDUCACIÓN DEL ANCIANO DIABÉTICO

(Resumen introductorio)

PV KNIGHT

*Departamento Universitario de Medicina Geriátrica,
Hospital General del Sur, Glasgow*

CM KESSON

*Departamento de Medicina, Casa de Salud Victoria,
Glasgow*

*DIABETIC MEDICINE, EDUCATION SUPPLEMENT 1986;
3(2):170*

Las personas de edad comprenden una proporción sustancial de la población global de diabéticos: 80% de los enfermos tienen más de 40 años cuando acuden por primera vez al médico, en tanto que en promedio, 40% tiene más de 60 años.

En la población total de ancianos, 5 a 10% son diabéticos, y una encuesta reciente en un hospital señaló que en 14% de los internamientos de índole médica en personas mayores de 65 años, se identificó intolerancia a los carbohidratos.

A pesar de lo señalado, gran parte del interés en la enseñanza de los diabéticos se ha orientado más bien hacia el joven insulino dependiente, lo cual es una reacción perfectamente natural, aunque quizá de índole emocional por parte del médico. Esto se debe a que los jóvenes tendrán que afrontar una enfermedad que afectará innumerables aspectos de su vida laboral.

Lamentablemente, ello ha hecho que se descuide al diabético anciano, quien también necesita mucha enseñanza, pero que se enfrenta a menudo con problemas totalmente diferentes.

FORMAS DE RENOVAR LA ESPERANZA DEL ANCIANO DIABÉTICO AL ENFOCAR LA ENSEÑANZA Y LA ATENCIÓN A SUS NECESIDADES

E. DIANE CRIGLER-MERINGOLA,

Coordinadora Clínica, Instituto Whittier para Diabetes y Endocrinología, La Jolla, California

NURSING '84 ABRIL: 61-64

ATENCIÓN DE ENFERMOS AMBULATORIOS

Hogar, (sin dulce) hogar (parodia de la frase Hogar, dulce hogar). La dieta sin dulces sería un lema o consigna para que cumplieran los diabéticos, sean jóvenes o viejos. Sin embargo, la edad cambia totalmente las técnicas y el enfoque que se dé a las tareas de auxiliar al anciano a cumplir con las restricciones dietéticas necesarias para controlar la diabetes. La senectud también merma la capacidad de obedecer las órdenes terapéuticas y de otro tipo, como serían administración de medicamentos, práctica de ejercicio y regímenes de medición seriada de la glucemia.

Para asegurar que las intervenciones asistenciales y la enseñanza del paciente satisfacen y cubren las necesidades de los ancianos, es necesario que el personal asistencial (médicos, enfermeras o dietistas) sepan la forma en que la vejez ocasiona incumplimiento de los regímenes terapéuticos contra la diabetes, los peligros especiales que la enfermedad impone al anciano, y otros problemas particulares de la senectud.

CUMPLIMIENTO DE REGÍMENES TERAPÉUTICOS

Es fácil recordar que casi todos los diabéticos ancianos tienen la forma del adulto, es decir, la diabetes no cetótica, o DMII; este tipo de trastorno suele ser tratado por medio de dietas, medica-

mentos, ejercicio y medición seriada de los niveles de glucosa en sangre y orina. En estos casos señalaremos algunas sugerencias para alentar a los diabéticos ancianos a cumplir los regímenes necesarios.

DIETA

Al planear una dieta para el diabético anciano, hay que pensar en alimentos sencillos y no complicados. Si este aspecto de la terapia le parece complejo, puede señalar que "lo olvidó" y en vez de consumir un alimento, comerse una galleta dulce. A veces, dar al anciano una lista de alimentos prohibidos (por ejemplo, caramelos y azúcar granulada), facilitará el cumplimiento de las órdenes dietéticas.

También habrá que preguntarle cuáles son sus preferencias y aversiones en la alimentación, para incluir muchos de sus alimentos favoritos, en la medida que sea posible, en su dieta, y eliminar tal vez los carbohidratos simples. No cabe la sorpresa de que el anciano quizá cumpla su dieta nueva si no difiere demasiado de la que llevaba.

Cuando se enseñan al anciano los aspectos de la dieta, hay que insistir en las normas siguientes:

- Consumir tres alimentos al día, y un bocadillo ligero por la noche.
- Incluir productos de los seis grupos de equivalencias (lácteos, panes, carnes, grasas, frutas y verduras), todos los días.
- Evitar alimentos de sabor dulce.

MEDICAMENTOS

Si con la dieta sola no se controla la diabetes del anciano, el médico puede recetar un hipoglucemiante oral, o insulina. Para escoger el primero, el médico debe considerar otros problemas clínicos del paciente, si los sufre. Por ejemplo,

algunos medicamentos son metabolizados por los riñones, y si su función en el anciano está deteriorada (situación frecuente en él), el médico ordenará que se practiquen pruebas en sangre y orina para detectar proteinuria, e incremento de los niveles de creatinina sérica y nitrógeno uréico, antes de ordenar la administración de dichos medicamentos.

Si con los hipoglucemiantes orales no se controla la hiperglucemia del anciano, habrá que recetar insulina pero, una vez más, habrá que adaptar las medidas asistenciales a las necesidades del paciente.

Por ejemplo, un enfermo ciego debe depender de sus parientes, amigos, vecinos (o del personal asistencial), para que se le aplique insulina. Sin embargo, si conserva visión parcial, la enfermera puede colocar las dosis de insulina para toda una semana en jeringas desechables, conservarlas en el refrigerador, en una bandejita claramente marcada para cada día de la semana.

Si el anciano tiene visión deficiente pero todavía es capaz de ver y manipular la jeringa, se le sugerirá que recabe el auxilio de otra persona que le ayude a extraer y colocar en la jeringa la dosis apropiada. Si la inyección de la insulina constituye un problema para él, será mejor que escoja un dispositivo inyector, como sería el Inject-Aid o el Monoject Injectomatic, u otro que se consiga en la localidad en que vive.

Es de extraordinaria importancia revisar con enorme cuidado al paciente cuando comience su insulino terapia, porque fácilmente puede mostrar hipoglucemia; incluso una dosis pequeña de insulina puede desencadenar reacciones graves. Para que sea eficaz la aplicación de dicha hormona, el paciente debe estar activo, y acudir a su médico regularmente para que le mida la glucemia, en

especial si no realizó dicha prueba en su hogar.

También hay que tener la seguridad de indicar al enfermo los signos y los síntomas de una reacción insulínica: obnubilación (sentirse mareado o confuso); hambre, sudación excesiva, debilidad, temblores, palidez, palpitaciones y taquicardia. Es necesario destacarle, como precaución, que a veces surgen reacciones insulínicas por no consumir una comida, por ejercitarse hasta el agotamiento, o por la aplicación de una dosis demasiado grande de insulina.

Por último, se requiere señalar una precaución respecto a los medicamentos: si la persona consume otros medicamentos recetados, o que se consigan sin receta, habrá que señalarle las posibles interacciones entre ellos y los hipoglucemiantes orales o la insulina. Se necesita que la persona corrobore la identidad de los medicamentos con el farmacéutico antes de probar alguno nuevo, y también que solicite una lista de medicamentos que no tegan azúcar y que se vendan sin receta.

EJERCICIO

Muchas personas, incluidos los ancianos, piensan que la senectud equivale a disminución de la capacidad física, pero ello no obligadamente ocurre así. El metabolismo basal (el índice del consumo de oxígeno por el organismo), según señalaron algunos estudios, disminuía en promedio 10% por cada diez años, después de los 50 años, pero los investigadores ahora afirman que puede aminorar en realidad solo 1% por decenio.

Por todos los conceptos, es indispensable que el anciano no esté totalmente inactivo; este debe caminar varias cuadras, en un paseo agradable, todos los días. Caminar es una de las mejores formas de ejercicio que un anciano puede realizar. La lluvia o la nieve no deben disuadirlo ya que él puede caminar dentro de su hogar o en espacios techados, como un centro comercial.

Para convencer al anciano de la utilidad del

ejercicio, se necesita explicarle los beneficios, en términos que él entienda que la actividad quema calorías, disminuye los niveles de azúcar en sangre y hace que el corazón funcione mejor. Por encima de todo, el ejercicio le hace sentirse bien.

MEDICIÓN SERIADA DE LA GLUCOSA

En términos generales, los diabéticos hacen pruebas en sangre y orina para medir en ellas la glucosa; sin embargo, si el anciano practica las pruebas en orina, los resultados tal vez sean inexactos, por el alto nivel de eliminación de dicho carbohidrato por los riñones. Los niveles de glucosa en orina pueden ser normales, a pesar de que los que correspondan a la sangre estén aumentados, y rebasen 200 mg/dl.

Para corroborar si el anciano puede confiar en los resultados de sus pruebas de orina, habrá que hacer una comparación simultánea de los datos obtenidos de la glucosa en sangre (y la medición quizá se haga en la clínica, el consultorio o en el hogar).

La vigilancia seriada de la glucosa en sangre puede hacerse por diversos medidores o glucómetros que se obtienen en el comercio, o por comparación visual, si la visión del anciano es satisfactoria. Algunos de estos dispositivos tienen carátulas o pantallas grandes en que muestran los resultados.

Es absolutamente necesario que el anciano sepa cuáles son los signos y síntomas de la hiperglucemia, e inmediatamente comunicarlos al médico. Estos incluyen sed, letargia, sequedad de la boca, micción frecuente, debilidad cada vez más intensa, regusto metálico y visión borrosa (la pérdida de peso también puede ser una señal de alerta).

PELIGROS ESPECIALES

Para auxiliar al anciano diabético en el control de su enfermedad, el personal asistencial, además

de adaptar el régimen terapéutico a sus necesidades, también debe tomar en consideración y cuidar los peligros especiales que impone la enfermedad a la persona de edad.

HIPOGLUCEMIA

En el viejo puede ser catastrófica la hipoglucemia causada por dosis excesivas de antidiabéticos, pues puede desencadenar arritmias, convulsiones, confusión e inconsciencia; esta es la razón por la que muchos médicos no hacen un tratamiento riguroso ("subtratamiento") de los ancianos diabéticos; entre las precauciones que toman está no administrar antidiabéticos mientras la glucemia con sujeto en ayunas y postprandial, no rebase los 150 y los 250 mg/dl, respectivamente, en varias ocasiones.

La valoración inicial de la hipoglucemia en el anciano puede ser difícil, porque en algunos casos la vejez disminuye las funciones neurológicas y ocasiona confusión y cambios súbitos del estado de ánimo, signos y síntomas muy semejantes a los que causa la hipoglucemia. Aún más, el individuo con confusión tal vez no identifique los síntomas físicos como son sudación intensa, temblores, aceleración del pulso y de la respiración, dolor de cabeza y coordinación psíquica deficiente.

COMA NO CETÓTICO HIPERSOMOLAR HIPERGLUCÉMICO (CNCHH)

Esta complicación, que a veces es mortal, ocurre con mayor frecuencia entre los ancianos diabéticos, que entre los de menor edad. Se caracteriza por cuatro manifestaciones:

- Hiperglucemia intensa (nivel de glucosa en sangre mayor de 600 mg/dl).
- Deshidratación profunda, con incremento de la osmolaridad sérica a 350 mosm/hectolitro, o mayor.
- Ausencia de cetosis o cetoacidosis, porque el hígado no sintetiza adecuadamente cetonas y la

deshidratación intensa impide que el tejido adiposo libere ácidos grasos libres.

- Presencia de signos y síntomas neurológicos, que incluyen letargia, confusión y disminución de la conciencia y los reflejos.

Es importante que el personal asistencial señale anticipadamente al enfermo o a algún pariente los signos y los síntomas del CNCHH: somnolencia o confusión extraordinarias, poliuria y sed cada vez más intensa, que ocurrieron durante días o incluso semanas. Los datos anteriores deben señalarse al médico.

INSUFICIENCIA CORONARIA

El cuadro mencionado, cuya frecuencia es de dos a cinco veces mayor en diabéticos que en no diabéticos, los predispone a crisis coronarias (angina de pecho e infarto del miocardio); hipertensión y accidentes cerebrovasculares. Es indispensable que el anciano conozca los signos de alerta de tales trastornos.

NEUROPATÍA DEL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO

El individuo que ha sufrido diabetes durante 15 años o más, puede presentar neuropatía del sistema nervioso autónomo. La disfunción neurálgica de dicho sistema afecta muchos órganos, incluidas las vías gastrointestinales y genitourinarias, y también los ojos y su función. El tratamiento se orienta a aliviar los síntomas por medio de un control más riguroso de la diabetes.

En el caso de la vejiga neurógena, la menor función del sistema nervioso, es decir, la interferencia entre los estímulos nerviosos que van del cerebro a la vejiga, hacen que el individuo disminuya su número de micciones, es decir, vacíe con menor frecuencia dicho órgano, razón por la cual este se agranda. El personal asistencial debe enseñar al paciente con este problema la forma de introducirse una sonda por uretra a la vejiga, pero para esta tarea, muchos necesitan auxilio.

La neuropatía del sistema autónomo puede afectar el tercero y el sexto pares craneales, y a veces el anciano tiene visión doble. Usar un parche sobre el ojo puede aliviar temporalmente este problema.

PROBLEMAS ESPECIALES

Además de los peligros peculiares que impone la diabetes, la persona de edad debe afrontar los problemas especiales que impone el envejecimiento, y que son de índole física y psicosocial, y complican la atención y enseñanza de la persona.

PROBLEMAS FÍSICOS

Las modificaciones funcionales que son producto normal del envejecimiento tienen trascendencia diferente en el anciano diabético. Por ejemplo, los procesos arteriosclerótico y aterosclerótico disminuyen el riesgo sanguíneo del anciano. Sin embargo, en el diabético esta insuficiencia vascular aparece en fechas más tempranas de la vida y puede asumir formas diversas.

INSUFICIENCIA CEREBROVASCULAR

El cuadro mencionado, que se observa a menudo en personas de edad, causa vértigo y ataques isquémicos transitorios. Puede entorpecer la memoria, de tal forma que el diabético olvida la aplicación de su insulina. Como mencionamos, quizá disminuya su percepción de los síntomas de la hipoglucemia y la forma de combatirlo. El personal debe tener la seguridad de que el anciano conoce los síntomas y también destacarle que debe comunicarse inmediatamente con su médico en caso de que surjan.

INSUFICIENCIA VASCULAR PERIFÉRICA

El cuadro mencionado es resultado frecuente del envejecimiento, y puede ser peligroso en el diabético. Por ejemplo, hace que las extremidades fácilmente muestren úlceras y gangrena, en

particular si sufren golpes, excoriaciones y otro tipo de lesiones. En especial, el anciano debe tener un extraordinario cuidado e higiene de sus pies.

ATROFIA DE LA PIEL

Con el envejecimiento la piel se adelgaza, se vuelve brillante y presenta grietas fácilmente. En el anciano diabético, los problemas que ocasiona la atrofia cutánea son mayores, porque fácilmente la persona presenta una mayor predisposición a la proliferación bacteriana en la piel, y una mayor incidencia de infecciones, furúnculos y úlceras. Es importante que el personal asistencial explique a la persona de edad la forma de conservar meticulosamente limpia la piel y muy bien lubricada, para así aminorar el riesgo de infecciones en ella. Debe bañarse en tina o regadera todo el cuerpo, cada dos días.

OSTEOPOROSIS Y ARTRITIS

Los cambios hormonales que acompañan al envejecimiento causan desmineralización de huesos, que ocasiona osteoporosis en muchos ancianos. Es probable que la persona muestre aversión a hacer el ejercicio que necesita si siente molestias y dolores en articulaciones, hombros, caderas, rodillas, dedos de manos o pies. Aún más, la artritis en los dedos impide que se aplique su insulina, o se ocupe de la higiene de sus pies. Los cambios degenerativos en el cuello y la columna pueden limitar su capacidad para caminar o hacer ejercicio sin dolor. Para resolver los problemas anteriores, se pedirá a un internista o a un reumatólogo que evalúe al anciano, y así ellos podrán recetar algunos medicamentos antiinflamatorios o analgésicos.

PROBLEMAS PSICOSOCIALES

Los problemas psicosociales del envejecimiento también pueden entorpecer los intentos del

personal asistencial para auxiliar al diabético anciano a ocuparse de su cuidado personal.

PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN

Antes de intentar la enseñanza de un paciente, se necesita que el personal asistencial sepa técnicas de comunicación directas. Los términos del lenguaje o “argot” médico pueden intimidarlo o confundirlo. Es necesario transmitir la información importante en la forma más sencilla, concisa y clara posible.

Es necesario recordar también que el anciano puede tener dificultad para la audición, y no entender claramente lo que se le dice. Por esta razón, hay que hablarle con lentitud y con un tono uniforme de voz. Quizá se necesite también darle material escrito, que coincida con los señalamientos orales.

Muchos ancianos siguen un patrón diario prefijado o rutinario, porque eso les da una sensación de seguridad. Se necesita evaluar con enorme cuidado las “costumbres” de la persona, para que así se intercalen en ellas las modificaciones necesarias para la asistencia de la diabetes en la trama familiar de su vida diaria, sin desquiciar sus fundamentos. Habrá que explicarle la necesidad de los cambios, pero se necesita ser flexible en este sentido. Lo único que harán los estándares y protocolos rígidos, es que el anciano rechace los nuevos patrones de vida diaria.

PROBLEMAS SOCIOECONÓMICOS

Es importante que el personal asistencial evalúe y conozca la forma en que vive el anciano. Si es hombre y vive solo, habría que saber la forma en que la ancianidad altera su atención. Si es una persona activa, alerta y con capacidad física, se le alentará a que permanezca independiente, en la medida en que pueda.

Con gran frecuencia el anciano, y en particular el que vive solo, tiende a aislarse y sus únicos visi-

Muchos ancianos siguen un patrón diario prefijado o rutinario, porque eso les da una sensación de seguridad. Se necesita evaluar con enorme cuidado las “costumbres” de la persona para que así en ellas intercalen las modificaciones necesarias para la asistencia de la diabetes en la trama familiar de su vida diaria, sin desquiciar sus fundamentos

tantes son el cartero, el mensajero de la tienda, o quizá la enfermera de la comunidad. Esta vida solitaria puede ocasionar autocomplacencia, apatía y depresión. La persona, al perder interés por su estado físico quizá descuide su dieta, su higiene personal, o su insulino terapia.

Con el auxilio de parientes y amigos, es importante recurrir a medidas para que el anciano no esté solo, es decir, llevarlo a un grupo de apoyo para diabéticos, o que participe en algún grupo comunitario organizado para ancianos. Si es imposible que el paciente salga de su hogar, será mejor llevarle los recursos necesarios para darle la estimulación y la interacción social que requiere. Por supuesto, nadie tiene derecho a intervenir en la vida privada y la seguridad de la persona, o amenazarla, razón por la que las medidas deben ser lentas. Poco a poco habrá que suministrarle los servicios en su hogar. La enfermera, el médico o la dietista pueden hacer algún arreglo con otra persona, para que compre artículos comestibles, prepare las comidas, o se encargue de las labores domésticas.

La falta de dinero también puede alterar el estilo de vida del diabético anciano, y a veces se ve obligado a escoger entre pagar la renta, o comprar los alimentos apropiados. Una vez más, hay que recurrir a los programas de servicio comunitario que brindan alimento y vestido, para que el

anciano adquiera con el poco dinero de que dispone, ambas cosas. La Asociación Estadounidense de Diabetes, por ejemplo, auxilia a algunas personas de bajos recursos económicos.

ESTRÉS EMOCIONAL

El anciano, ante el diagnóstico de diabetes, puede reaccionar con miedo, ira y rechazo, el tipo de estrés que agrava la enfermedad. La situación de apremio intensifica la producción de adrenalina y otras hormonas contrarreguladoras, con lo cual aumentan los niveles de glucosa en sangre (hiperglucemia). Una reacción de este tipo puede ser desencadenada por situaciones estresantes, como la pérdida de un ser querido o situaciones que amenazan la seguridad. Los ancianos sufren dicho estrés con mayor frecuencia, y fácilmente tienen problemas en el control de su padecimiento.

Muchos médicos deliberadamente no hacen un tratamiento muy estricto de la diabetes en los ancianos, porque temen una sobredosificación catastrófica con los agentes antidiabéticos.

No es fácil tratar y atender a un anciano diabético, y es importante que el personal asistencial esté perfectamente consciente de sus necesidades especiales, y que asuma la responsabilidad y la tarea de demostrarles la forma de vivir por más tiempo, y tener mayor salud. Saber que la diferencia entre una existencia más valiosa y otra con deterioro dependió de la intervención del personal asistencial, debe generar una sensación de satisfacción, indudablemente.

CONSEJOS PARA LA ENSEÑANZA

- Establecer con el paciente metas prácticas y reales.
- Llevar a cabo sesiones de enseñanza en un entorno familiar, como serían el hogar del paciente o el consultorio del médico.

- Adaptar el ritmo de exposición de datos a la capacidad de atención del anciano.
- Utilizar los medicamentos prescritos, el uso del estuche para pruebas en orina o sangre, la jeringa, la insulina y otros medios para ilustración y demostración.
- Utilizar todos los sentidos para la tarea: vista, oído, olfato y tacto de los materiales.
- Dejar que la persona escoja la hora del día y la duración de la sesión de enseñanza, con base en la energía y ánimo que tenga.
- Hacer pausas frecuentes para "retroalimentación". Planear sesiones de recordatorio en días o semanas particulares, para revisar el material.
- Utilizar términos que entienda el anciano, y tener la seguridad de que puede leer con facilidad todos los materiales educativos y folletos; es importante que estos tengan letras grandes e ilustraciones.
- Evaluar la capacidad de autocuidado de la persona; una vez que el personal asistencial ha identificado los problemas, puede trabajar diligentemente para solucionarlos

Muchos médicos deliberadamente no hacen un tratamiento muy estricto de la diabetes en los ancianos, porque temen una sobredosificación catastrófica con los agentes antidiabéticos

BIBLIOGRAFÍA ADICIONAL

Diabetes and Ageing: A Guide to Management and Education

The Diabetes Centre, St. Vincent's Hospital, Sydney, 1992. S Ashwell, L. Campbell, P. Coyle, D. Carey, C. Hampton

Diabetes: the Geriatric Difference Geriatrics, 1982; 37: 41-45

EDUCACIÓN EN PAÍSES EN DESARROLLO

ENSEÑANZA DE MÉDICOS GENERALES EN KARACHI, PAKISTÁN

A SAMAD SHERA

THE IDF BULLETIN 1992; 37(3): 17-18

La diabetes mellitus es un problema sanitario grave y cada vez más extendido en países en desarrollo y desarrollados, por igual. Desde 1968 ha habido una ampliación extraordinaria de nueva información sobre epidemiología, clasificación, patogénesis y complicaciones de la diabetes. La enseñanza y el consejo sobre esta enfermedad son elementos de los que no disponen fácilmente los diabéticos en Pakistán.

¿POR QUÉ IMPARTIR CONOCIMIENTOS SOBRE DIABETES A LOS MÉDICOS GENERALES?

Hace unos 70 años, EP Joslin señaló que: "Saber poco es peligroso. El diabético que sabe más es quien vive más tiempo". Habría que plantearnos los innumerables problemas que impone la ignorancia a los diabéticos en países en desarrollo. La tarea de enseñar a los diabéticos quizá sea llevada a cabo mejor por los médicos generales. También cabría preguntar por qué el médico general, y no el profesional auxiliar, es el encargado de la enseñanza. La respuesta, cuando menos en Karachi, es que a pesar de que la ciudad tiene 10 millones de habitantes que incluyen a 30.000 diabéticos, solo cuenta con una dietista certificada, y ninguna enfermera educadora en diabetes. En el sistema mencionado, los médicos generales son los prestadores fundamentales de atención médica y sanitaria para la comunidad. La asistencia a este nivel puede prestarse fácilmente al público general y es cómoda. Dado que los médicos generales atienden de manera directa a

los integrantes de la comunidad y establecen una relación directa con sus pacientes, tienen mejores conocimientos y eficacia para comunicar y transmitir información, y dar instrucciones a los enfermos. Tomando en cuenta la situación mencionada, la Asociación de Diabetes de Pakistán (ADP), llevó a la práctica programas de enseñanza para preparar y adiestrar médicos generales como educadores en diabetes, a partir de marzo de 1988.

Una de las metas prefijadas de la llamada Declaración de San Vicente, es: "Organizar la preparación y enseñanza en la asistencia y cuidado para diabéticos de todas las edades, sus parientes, amigos y asociados laborales, y también la participación del personal asistencial", en tanto que la Declaración de San José indica que: "Todo diabético tiene derecho a recibir información completa sobre la naturaleza, tratamiento y asistencia de su trastorno, y las comunidades y las naciones tienen la obligación de aportar los medios para alcanzar ese fin". La Declaración de Yalta indica que "Todas las personas deben tener acceso a los medios de atención adecuada de la diabetes; para ello se requiere poner en práctica programas que sean apropiados para poblaciones particulares y sus circunstancias. Se emprenderán medidas urgentes para establecer estrategias eficaces para el tratamiento y la prevención de la diabetes; deben corresponder adecuadamente a los recursos técnicos y pecuniarios de los países interesados". Las declaraciones anteriores han sido ratificadas y respaldadas por la Federación Internacional de Diabetes, y la Organización Mundial de la Salud.

En Pakistán, país en que solo una pequeña proporción de su población está alfabetizada y donde hay una escasez enorme de educadores en diabetes, la ADP ha asumido la responsabilidad de que este tipo de obligaciones corresponda a los diabéticos, más bien a través de médicos generales.

También cabría preguntar por qué el médico general, y no el profesional auxiliar, es el encargado de la enseñanza. La respuesta, cuando menos en Karachi, es que a pesar de que la ciudad tiene 10 millones de habitantes que incluyen 30.000 diabéticos, solo cuenta con una dietista certificada, y ninguna enfermera educadora en diabetes

Los datos provenientes de Europa sugieren que los médicos generales interesados, con auxilio de una enfermera especialista (si se cuenta con ella) y equipo adicional, son los que cubren casi todos los servicios (a veces todos), que brindan las clínicas ambulatorias de diabetes. Sin embargo, solo una minoría de médicos generales se interesan por encargarse de miniclínicas para diabéticos.

En los países en desarrollo, parece haber motivos poderosos para estimular a los médicos generales a:

- tener un interés especial por la diabetes;
- organizar la atención de los diabéticos;
- difundir ampliamente dicho servicio a los pacientes locales.

Los datos sugieren que no solo los diabéticos que escogen ser atendidos por médicos generales con preparación en la enfermedad reciben atención de mayor calidad, sino que puede disminuirse el volumen de trabajo de las clínicas de diabéticos extrahospitalarias de la Asociación de Diabetes de Pakistán, de por sí muy saturadas.

PROGRAMA PARA ENSEÑAR LOS ASPECTOS IMPORTANTES DE LA DIABETES A LOS MÉDICOS GENERALES

En países desarrollados se cuenta con pautas y programas educativos sobre diabetes; sin embargo, la utilidad de ellos tiene la limitación de ser casi imposible su aplicación en países en desarrollo. En la medida de lo posible, la educación sobre diabetes debe llevarse a cabo dentro de una estructura de enseñanza y programas de tratamiento que reflejen las necesidades especiales del país. La APD ha integrado un programa cuatrienal para mejorar la atención de diabéticos en Pakistán, que está en marcha en Karachi desde julio de 1991. La asociación en cuestión ha integrado su propio calendario de actividades educativas para médicos generales, de este modo:

- un curso de ocho días, tres horas diarias, dos veces al año, sobre diversos temas importantes (cuadro 1);
- conferencias de actualización dos veces al año, impartidas por diabetólogos eminentes, locales y extranjeros;
- conferencias de miembros de otras sociedades de Pakistán, como el Colegio de Médicos Familiares, la Sociedad de Médicos, la Asociación Médica y la Sociedad de Ginecoobstetras, así como la de Pediatría; las conferencias se realizan en colaboración con la APD para diseminación de información por medio de folletos y hojas sueltas, carteles, libros de orientación y casetes de audio y video;
- conferencias y talleres por el profesorado itinerante.

Ante el costo cada vez mayor de acudir a conferencias internacionales, un gran número de médicos de Pakistán no cuenta con la experiencia de renombrados expertos de otros países. Tomando en consideración tal hecho, en noviem-

bre de 1990, en la ceremonia inaugural del V Congreso Mundial de Diabetes en los Trópicos y Países en Desarrollo, efectuada en Karachi, la APD anunció la creación de un profesorado itinerante que consiste en dos diabetólogos sobresalientes de otros países que visitan Pakistán una vez al año, a invitación de la asociación local de diabetes, y que se encargan de conferencias y talleres para médicos generales y otros facultativos en ciudades a lo largo y lo ancho de Pakistán.

PROBLEMAS EN LA ENSEÑANZA DE MÉDICOS GENERALES

Existen tres problemas fundamentales que ha afrontado la Asociación de Diabetes de Pakistán para canalizar la enseñanza sobre esta enfermedad a través de los médicos generales.

- Los médicos generales no tienen interés por la diabetes, y tienen demasiado trabajo en su práctica privada; las horas de actividad varían, y de este modo, es difícil que concurren a una sesión de enseñanza.

Cuadro 1. Temas expuestos en los cursos para médicos generales que duran ocho días, ofrecidos por la Asociación de Diabetes de Pakistán
 ¿Qué es la diabetes? (tipos de la enfermedad)
 Dietas, ejercicios e hipoglucemiantes orales
 Insulinoterapia en diabetes (hora apropiada, tipo de insulina y forma de aplicarla)
 Autovigilancia, registro de datos e hipoglucemia
 Diabetes y embarazo
 Importancia de la exploración del fondo de ojo, medición de albúmina y proteína en orina e higiene y cuidados de los pies
 Complicaciones tardías de la diabetes
 Planeación de programas educativos para pacientes (evaluación del curso)

- Al no existir las enfermeras especializadas en diabetes y ante la carencia extrema de dietistas y otros profesionales semejantes, los médicos generales también deben asumir las responsabilidades de ambos prestadores de servicios, situación que quita tiempo y que no redunde en beneficios pecuniarios.

- Son muy pocas las publicaciones locales sobre diabetes para médicos generales, y los artículos y material extranjero por lo común no son aplicables a la realidad pakistaní.

ESTRATEGIAS PARA EDUCAR A PACIENTES SEMIANALFABETOS: SIMPLIFICACIÓN DE INSTRUCCIONES

SIRRI NOMO-ONGOLO ATANG

THE IDF BULLETIN 1992; 37 (1): 15-16

Sean cuales sean las instrucciones dadas a algunas personas semianalfabetas, la meta fundamental debe ser simplificar sus tareas. Las actividades que necesitan realizar deben ser sencillas, breves, específicas y únicas. También habrá que repetirles dichos señalamientos con la mayor frecuencia posible, hasta que el paciente los haya asimilado e integrado a su persona. Los modelos de alimentación son útiles en la enseñanza dietética de las personas con dichas características.

El Sr. Kanga se ha sentido mejor después de su operación. Tiene diabetes, y terminó por perder todo un miembro inferior. Ahora entiende mejor por qué tiene que medir el azúcar en su orina o en su sangre. Sabe que debe conservar el peso ideal, comer solo algunos alimentos y evitar otros, hacer ejercicios sencillos y tomar tabletas hipoglucemiantes e inyectarse insulina. Sabe las consecuencias del tratamiento deficiente, de las complicaciones a largo plazo y en resumen, la razón por la que debe cambiar su estilo de vida.

Los síntomas de diabetes se muestran fácilmente en forma gráfica. El dibujo de una persona sentada con un vaso o una taza de agua en la boca y otras vasijas vacías junto a él, señala, a quien lo vea, que tiene enorme sed y que ha vaciado el contenido de todas ellas. Esa es la polidipsia

Todo lo expuesto se sustenta en ideas complejas, cuya transmisión a personas semianalfabetas es difícil. Un primer paso incluiría la comunicación oral. Un trabajador de salud o alguna persona en la comunidad que haya recibido preparación, puede enseñar a grupos de diabéticos y explicarles las características de su enfermedad. También pueden acudir individuos con enfermedad recién diagnosticada, y hacer comentarios con otros diabéticos que tengan el control adecuado de su problema. Los diabéticos nuevos pueden advertir que con un control satisfactorio también pueden llevar una existencia fructífera como cualquier otro enfermo controlado.

Una de las medidas que buscamos realizar a toda costa, es que los pacientes nuevos se pongan en contacto con personas como el Sr. Kanga, de tal manera que en forma directa sepan que si no se ocupan de algunos aspectos de su cuidado que se les enseña, pueden terminar como él, sin una pierna. Las conductas se refuerzan a través de casetes de audio o por la radio. En el grupo en cuestión no suelen bastar los materiales escritos, pues muchos no pueden leer con fluidez, y los que leen, quizá no entienden los conceptos leídos.

El Camerún tiene dos lenguas oficiales: inglés y francés, a los que se suman más de 200 dialectos locales. Generar instrucciones escritas para esos dialectos es una tarea formidable, que nos

obliga a utilizar el lenguaje universal de las imágenes. Es bastante fácil hacer dibujos y es una tarea barata, que permite transmitir con cierta fidelidad las ideas. Los síntomas de diabetes se muestran fácilmente en forma gráfica. El dibujo de una persona sentada con un vaso o una taza con agua en la boca y otras vasijas vacías junto a él, señala a quien lo vea, que tiene enorme sed y ha vaciado el contenido de todas ellas. Esa es la polidipsia. En siguiente lugar, se puede dibujar a un hombre que está bastante tiempo en el retrete: se trata de poliuria. Como paso siguiente, se muestra a otra persona que trata por todos los medios de devorarse un pollo entero: es la polifagia. Los dibujos anteriores pueden hacerse en cartelones, o en diapositivas para grandes grupos de personas; o también se les puede dar la forma de folleto para uso individual en el hogar, y para recordar instrucciones recibidas en la clínica.

En esta situación es posible utilizar también videos. La misma persona que atiende a los enfermos en la clínica será la que les dé las instrucciones. Sin embargo, todos sabemos que los individuos semianalfabetos por lo común tienen pocos ingresos, e incluso son pobres declarados. En estos casos, no utilizarán los videos porque no los podrán comprar.

Otra forma de transmitir la información es por medio de experiencia práctica. Los diabéticos que comenzarán a recibir insulina, deben contar con jeringas manuales y se les enseñará a llenarlas con agua destilada. En primer término, practicarán con una naranja, para tener una idea de la consistencia de las partes blandas antes de inyectarse, o de inyectar al miembro de la familia que necesita la insulina.

Al dar las instrucciones, en vez de decir "tome una tableta cada 12 horas", indicamos a los enfermos que ingieran su medicamento en la mañana y al atardecer. El problema de señalar intervalos de 12 horas es que no todos los pacien-

tes en la comunidad tienen relojes de pulso o pared, aunque por fortuna en los trópicos los ciclos solares constituyen una indicación adecuada del tiempo. Con toda claridad señalamos a la persona: “en la mañana ingiera una tableta; en la tarde ingiera otra, y por la noche, la última”.

Se ha calculado que más de 30% de los individuos insulinoindependientes (tipo 2), o DMII, pueden ser controlados solo con la dieta. Cuando la dietista trata de señalar al diabético semianalfabeto lo que debe o no debe comer, obviamente son útiles las instrucciones escritas. El médico puede señalar: “Coma 200 gramos de carne, pero ¿qué tanto son 200 gramos? Los dibujos auxilian a identificar los alimentos, pero no indican las cantidades exactas. El paciente debe adquirir una balanza y pesar sus alimentos. Sin embargo, como hemos comentado, hay un vínculo directo entre el semianalfabetismo y la pobreza y muchos enfermos no tienen medios para adquirir una balanza, e incluso si la adquieren, tal vez no sean capaces de utilizarla de modo apropiado.

Los modelos de alimentos son útiles para resolver el problema. En la clínica de diabetes conviene contar con modelos cortados en diversos tamaños que son los que utilizarán los enfermos; por ejemplo, si se desea que el paciente coma 50 gramos de pan, es conveniente contar con un modelo cortado que tenga 50 a 80 gramos. El individuo que sostiene y mide con sus dedos y mano la pieza de pan, tiene una idea mucho mejor de lo que constituyen 50 gramos de ese alimento para el desayuno. Lo anterior también puede aplicarse al paciente que ingiere un almuerzo y tiene, por ejemplo, plátanos. Si usa los modelos expuestos en la clínica, con facilidad podrá saber el tamaño de la fruta en cuestión. Es imposible utilizar alimentos reales, porque fácilmente se descomponen y son caros. Son preferibles los modelos artificiales hechos de arcilla, plástico o madera.

Si se desea que el paciente coma 50 gramos de pan, es conveniente contar con un modelo cortado que tenga 50 a 80 gramos. El individuo que sostiene y mide con sus dedos y mano la pieza de pan, tiene una idea mucho mejor de lo que constituyen 50 gramos de ese alimento para el desayuno

Siempre que un educador dé instrucciones a una persona poco alfabetizada, lo hará de la manera más sencilla posible: para ello, conviene que su técnica sea sencilla, breve, específica y única. No conviene brindar instrucciones de muchas cosas simultáneamente, sino que habrá que dar una a la vez. Las instrucciones deben repetirse con la frecuencia necesaria hasta que el individuo las asimile y sean parte de sus costumbres.

Además de la dieta, enseñamos también a los pacientes a llevar una vida sensata que incluye el ejercicio y la higiene corporal adecuada, para evitar así las infecciones. Intentamos incorporar el ejercicio en las actividades diarias y para ello recomendamos caminar tramos largos. Muchas mujeres del Camerún trituran el maíz para la comida de la noche, y otras se ocupan de cultivar el campo. Ambos son ejercicios adecuados. En ese país, las mujeres muchas veces trabajan más intensamente que los hombres. Si se desea que participen los hombres, se pueden organizar clases de ejercicio formales por las noches. El instructor puede ser un trabajador de salud, un maestro voluntario en educación física, o algunas de las personas del villorrio que hayan recibido preparación. Pedimos al paciente que acuda con un miembro de la familia como mínimo, que debe participar en modo activo en los ejercicios sencillos y se les alienta a que los repitan en el hogar.

ESTRATEGIAS PARA ELABORAR MATERIALES DE ENSEÑANZA PARA SEMI-ANALFABETOS

GWENDOLYN HOSEY

THE IDF BULLETIN 1992; 37 (1): 17-19

Transmitir ideas, información y técnicas prácticas, constituye un gran problema para muchos profesionales de salud que deben auxiliar a personas en cuanto al aprendizaje de los cuidados de su diabetes. Muchos educadores en este campo utilizan materiales impresos para comunicarse con sus pacientes y darles instrucciones. Esos materiales, para que sean eficaces, deben ser comprensibles, fiables y culturalmente importantes para los grupos a los que están destinados. Este artículo describe algunos de los métodos prácticos que utiliza el autor para generar materiales para comunidades de indios estadounidenses.

El Servicio Estadounidense de Salud Indígena (SESI), es una organización del Servicio de Salud Pública Estadounidense. SESI brinda servicios de salud a indios estadounidenses y nativos de Alaska. Al elaborar los programas, observamos que los materiales educativos apropiados existentes eran muy pocos para los grupos que buscábamos educar. Casi todo el material impreso se destina a la población general e incluye información compleja. Los materiales educativos deben incluir factores que influyan en la comprensión de los mismos, como serían la capacidad de lectura y las prácticas de cada cultura.

El autor intervino en la creación de folletos orientados hacia factores específicos de tipo cultural, para auxiliar a personas indias, sus familias y comunidades a adquirir conocimientos sobre la prevención y el control de la diabetes. La Junta de Salud India del área noroccidental de Portland, que es una organización de representantes tribales, apoyó la elaboración de dicho material.

El alfabetismo es la capacidad de una persona para leer y entender material escrito. La legibilidad o inteligibilidad son términos que señalan la dificultad inherente del material. A semejanza del alfabetismo, la legibilidad se mide en unidades llamadas grados. Es importante advertir que las dos cuantificaciones de grado son artificiales y no guardan correlación mutua. Sin embargo, ambos índices pueden orientar el diseño de los materiales educativos.

En la tarea que emprendimos, utilizamos en primer lugar una subsección estandarizada de la prueba de aprovechamiento de gran amplitud (PAGA) para medir la capacidad de lectura. El instrumento mencionado evalúa la capacidad de la persona para pronunciar una lista graduada de palabras. La puntuación directa se transforma en equivalentes de grados.

Entrenamos a representantes comunitarios de salud, personas locales de la tribu que eran enlaces entre la comunidad y la clínica sanitaria, para auxiliar a los profesionales con mensajes introductorios estándar, a modificar métodos de prueba y obtención de datos. Evaluamos las capacidades de lectura de 56 diabéticos con una edad promedio de 54 años, de los cuales 66% eran mujeres. La duración promedio de su enfermedad después del diagnóstico era de diez años. Los datos demográficos anteriores fueron muy similares a los de todos los pacientes de la población de nuestro servicio.

En promedio, 40% de las 56 personas habían completado ocho años escolares; 20%, 9 a 11 años, y 39%, 12 años o más. Aproximadamente 66% de los integrantes de la muestra leían a nivel del quinto grado de primaria o a nivel más alto. Advertimos que el dato de años cursados señalado por el paciente no era un elemento adecuado para predecir la realidad de capacidad de lectura. Dicha variable estaba en promedio tres a cinco grados más abajo del grado escolar que según el

enfermo había completado. La diferencia entre el grado escolar señalado y el grado de la PAGA varió de -11 a +3 grados.

Incluso 66% de la muestra tenía una capacidad de lectura correspondiente al quinto grado o a un nivel más alto, como medimos por la técnica PAGA modificada. Solo 21% de los pacientes tuvieron una capacidad correspondiente al décimo grado escolar o a un nivel más alto. Diseñamos los folletos para la subsección de 66% que leía a nivel del quinto grado, o con una capacidad un poco mayor. No diseñamos los materiales escritos para personas cuya capacidad de lectura no llegaba al quinto grado, pues tendrían dificultades para entender el contenido de casi todo el material impreso, ya que tendrían que dedicar más tiempo a descifrar las palabras que a entender el contenido.

Hecho lo anterior, hicimos una encuesta de los profesionales del SESI para que nos comentaran cuáles eran los conceptos de autocuidado de máxima importancia para la asistencia de diabéticos. También utilizamos este proceso con los profesionales para llegar a un acuerdo sobre el contenido de aprendizaje de cada folleto. La legibilidad promedio de la serie correspondió al cuarto grado del nivel de lectura, con 2,2 ilustraciones por 100 palabras. En comparación con ello, observamos que casi todos los materiales educativos existentes tenían niveles de legibilidad correspondientes al décimo grado de lectura o niveles más altos y utilizaban menos material gráfico. Nuestro promedio llegó al cuarto grado de lectura, porque utilizamos varias fórmulas de inteligibilidad para evaluar los folletos.

La inteligibilidad, como índice solo, no garantiza la comprensión, y por ello tratamos de incorporar otros factores que modifican una y otra variables. Las palabras breves y las oraciones sencillas son elementos incorporados en casi todas las fórmulas de legibilidad. Observamos que los

factores siguientes también tienen enorme importancia en la comprensión:

- redactar las frases con formas gramaticales activas;
- expresar una idea por frase;
- limitar el número de objetivos de aprendizaje;
- utilizar mensajes personalizados;
- utilizar tipografía pequeña y sencilla, y no letras mayúsculas y diversos caracteres tipográficos;
- destacar grandes trozos del texto con sangrías, subrayados y subtítulos;
- escoger material gráfico y textos idóneos para el grupo por educar.

También utilizamos mensajes afectivos en cada folleto para motivar al lector a adquirir nuevos conocimientos y técnicas prácticas. “Usted puede controlar su azúcar sanguínea”, fue uno de nuestros mensajes afectivos utilizados en todas las publicaciones que hicimos.

Después de los borradores finales, sometimos a una prueba preliminar al grupo por enseñar. Elaboramos un cuestionario “abierto” para evaluar la comprensión, la credibilidad, la importancia cultural y la aceptabilidad. Las personas advirtieron que los folletos eran culturalmente importantes, y que era fácil leerlos y entenderlos. Las respuestas indicaron que 74% de las personas de la muestra entendieron los mensajes primarios definidos en los objetivos para el aprendiz. La evaluación preliminar permitió identificar partes del texto y unas cuantas gráficas que eran confusas u objetables. Por ejemplo, el mensaje primario de una gráfica era que la persona se sometiera a una revisión oftalmológica cada año. Algunas personas no entendieron el mensaje; objetaron que el profesional en atención sanitaria del dibujo no parecía indio, porque estaba calvo. La adi-

ción de un poco de pelo generó una imagen más positiva y de mejor captación.

El cuestionario "abierto" no fue un instrumento objetivo de comprensión, y por ello utilizamos un método cuantitativo especial para lograr tal fin. En él se deja en blanco cada quinta palabra del texto; la capacidad de los lectores para aportar el vocablo faltante, indica el grado de comprensión del material. Los resultados de esta prueba se cuantificaron en porcentajes y no en grados. Los porcentajes mayores de 56% indicaron que el lector entendía el material, de manera independiente. Las cifras de 44 a 56% indicaron que necesitaría auxilio para entender el material. Las cifras menores de 44% sugirieron que el lector seguramente sentiría frustración por no entender el material.

Algunas personas objetaron el hecho de que el profesional de atención en salud en el dibujo no parecía indio porque estaba calvo. El hecho simple de agregar algo de pelo generó una imagen más positiva y creíble

Del número de personas estudiadas en la muestra, 44% alcanzaron un nivel de comprensión independiente; 17% necesitaron auxilio para entender el material, y el 38% restante se caracterizó por la frustración que comentamos. Por todo lo señalado, 61% de nuestros pacientes pudieron leer y entender los folletos. Estos resultados corroboraron nuestros hallazgos de la evaluación preliminar de la capacidad de lectura, es decir, que 66% de la población podía leer material destinado al quinto grado de lectura o a un nivel más alto. Los datos obtenidos de la comprensión del material fueron muy similares a los que habíamos calculado. Pensamos que algunas

de las técnicas de legibilidad escritas podrían mejorar la calidad del material de enseñanza en diabetes. Una de las medidas más útiles fue evaluar la comprensión de los pacientes. Las respuestas a los métodos evaluados en la ronda preliminar nos auxiliaron a identificar porciones del texto y gráficas no adecuadas para el grupo de aprendizaje, y hacer modificaciones apropiadas.

Observamos que la técnica de dejar en blanco cada quinta palabra fue útil para medir la comprensión del individuo. El método comentado también permitió identificar sinónimos que eran del conocimiento del grupo, en comparación con el texto original. El uso de palabras conocidas permite personalizar la información y mejorar la comprensión. También advertimos que el método de omitir cada quinta palabra era mucho más aceptable para adultos, que someter a prueba formalmente su capacidad de lectura. Lo que intentábamos conocer en la prueba era el material, y no la capacidad de la persona para leer.

Por medio del método de omitir cada quinta palabra, identificamos que los folletos deben utilizarse como medios suplementarios de enseñanza, pues solamente 33% del grupo pudieron leer y entenderlos de manera independiente. El dato anterior refuerza la opinión de que los materiales de enseñanza deben utilizarse como suplementos para este fin, y para interacciones personales.

El mejor destino del material de educación es motivar y estimular el planteamiento de preguntas y dudas, y fomentar interacciones con el aprendiz. En nuestra opinión, los materiales educativos deben estar siempre orientados a evaluar la reacción del grupo, y la comprensión de casi todas las formas de suplementos educativos que incluyan carteles, rotafolios, transparencias o videos.

Es de enorme importancia adiestrar y preparar a los trabajadores comunitarios de salud y al personal profesional en técnicas de diseño de materiales y métodos de evaluación preliminar. Un

grupo interactivo se integra al pedir a las personas que comparen sus ideas creativas, y que participen en la elaboración del material. Los individuos que intervinieron en nuestros proyectos, adquirieron mayores conocimientos del nivel de alfabetismo y educación preexistentes en el grupo por instruir, y también sus valores y conductas relacionadas con la diabetes.

El SESI sigue utilizando el método de omitir la quinta palabra del texto, grupos "particularizados" y entrevistas individuales, para elaborar y evaluar en forma preliminar materiales educativos. A los pacientes les agrada colaborar y hemos podido generar material adecuado para el idioma, el sexo, la edad y las características culturales de grupos de indios individuales, a los que brinda-

mos nuestro servicio. En nuestra opinión, las técnicas que hemos utilizado pueden auxiliar a los educadores de muy diversos países a preparar materiales que sean congruentes, lógicos, culturalmente trascendentes y prácticos para los diabéticos con formas muy diversas de su enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA ADICIONAL

- Address Cultural and Language Difficulties*
Mavis Verroneau, RN. *The IDF Bulletin* 1992; 1(37)
- Standard Versus Low Literacy*
Diabetes Education Materials: Does it Make any Difference?
J. Overland, Proceedings
Memoria de la Conferencia ADEA/ADS, de 1995

Esta página dejada en blanco al propósito.

SI ME CONCEDIERAN TRES DESEOS PARA DISMINUIR EL COSTO DE LA IGNORANCIA

Los costos de la ignorancia pueden ser muy altos. La educación sería una forma de disminuir esos costos. Todos los artículos de esta sección se orientan a la enseñanza, con el tema siguiente: Si me concedieran tres deseos para disminuir el costo de la ignorancia. Cada artículo fue solicitado a profesionales de la salud y legos que intervienen en la asistencia de la diabetes. Los autores provienen de zonas geográficas muy diversas, e incluyen un diabetólogo, un médico, un pediatra, un psicólogo en educación, un padre, una enfermera, una dietista y un diabético. Cada uno expone sus tres prioridades máximas para mejorar la educación sobre la diabetes.

EL DIABETÓLOGO CONSULTOR SI ME CONCEDIERAN TRES DESEOS PARA DISMINUIR EL COSTO DE LA IGNORANCIA

LEO P KRALL

*Clínica Joslin y Escuela Harvard de Medicina, Boston, EUA
Ex-presidente y Presidente honorario, Federación
Internacional de Diabetes
Director, Fundación de Educación y Enseñanza en
Diabetes*

En muchos relatos de origen oriental, destaca la leyenda de alguien que camina por una playa y encuentra una botella sellada que abre y de la cual sale un genio, aprisionado durante siglos. En gratitud él concede a su liberador el cumplimiento de tres de sus deseos. En la leyenda, la persona siente avaricia y plantea tres deseos ridículos, que lo dejan exactamente en el estado en que se encontraba.

Se nos han concedido tres deseos para auxiliar a los diabéticos del mundo, pero tenemos problemas. Necesitaríamos tomar en consideración aspectos económicos, analfabetismo, nivel de conciencia nacional y ahora idoneidad política. Otro problema es que grupos cada vez más grandes de habitantes del planeta envejecen. Hace unos veinte años se habían identificado 50 millo-

nes de diabéticos. En 1985 la cifra aumentó a 100 millones, y para estas fechas, se calcula que quizá sean 150 millones.

Mi primer deseo sería cambiar el tema de esta exposición. Según los principios de mercadotecnia, cuanto menos cuesta una cosa, mayor disponibilidad tiene. Disminuir el costo de la ignorancia la volvería más aceptable, pero tendríamos que usar la estrategia contraria. Los resultados de la ignorancia son caros, porque el tratamiento inadecuado ha incrementado en forma extraordinaria sus estragos en el mundo en millones de personas que no pueden pagar la asistencia básica en salud. Mejor tratemos de combatir en sus raíces la ignorancia.

Después de haber alcanzado el primer deseo, los dos deberían ser asequibles y con eficacia proporcional a su costo, y en particular en países en desarrollo (66% de los pueblos de la Tierra) en que las personas comienzan a vivir más. Es poco práctico suponer que todos deben recibir los beneficios del ECCD, aunque pudiera ser una meta a muy largo plazo.

Mi segundo deseo se basa en el aspecto más importante de la atención del diabético: la educación bien dirigida.

Se necesita una rededicación masiva, es decir, no solo una mejoría en la educación, sino también volverla eficaz y bien dirigida, sea cual sea el tipo de paciente

La educación y la dieta fueron los medios originales del tratamiento, mucho antes de que se contara con la insulina. En esa época, los diabéticos con la forma insulino dependiente solían fallecer, pero los que tenían el tipo insulino independiente vivían muchos años, a menudo enflaquecidos, porque constituía la única forma de terapia de "inanición organizada". Antes de contar con los antibióticos, sobrevivían hasta que los afectaba la primera infección grave. Para poder vivir necesitaban educación bien dirigida e intensiva. Conviene recordar lo que dijo el Dr. Charles Best, "El diabético que más sabe, es el que vive más tiempo". Ahora es mayor la necesidad de educación intensiva y bien dirigida, porque el tratamiento se ha vuelto cada vez más complejo.

Podríamos preguntarnos cómo se realiza la educación. La que se hace de persona a persona quizá sea la mejor, pero es extraordinariamente cara, y no disponible. Tal vez la forma más factible de enseñanza sea en grupo, y a través de sociedades, de las cuales hay algunas excelentes a nivel mundial, pero ello no basta. Un ejemplo de una organización perfectamente enfocada sería la de enseñar grupos, como se hizo una vez en Yugoslavia. Vik Vrohovac inició dicho plan en Zagreb. En 1991, cuando parecía que era inminente el estallido bélico, las sociedades en Croacia suministraron a cada diabético 10 frascos de insulina y equipo, que necesitarían para varios meses de cuidado. Las unidades de atención de enfermos renales se concentraron y laboraron tres turnos completos día y noche. La atención a

diabéticos no sufrió menoscabo, a pesar de que había innumerables enfermos entre 600,000 evacuados. No aumentó la frecuencia de cetosis ni de otras complicaciones. Ojalá que la eficacia de esta estrategia de atención de diabéticos se propagara a otras partes de dicha nación dividida.

Se necesita una rededicación masiva, es decir, no solo una mejoría en la educación, sino también volverla eficaz y bien dirigida, sea cual sea el tipo de paciente.

El tercer deseo es simplificar el tratamiento en vez de complicarlo, volverlo más caro y a menudo inalcanzable, especialmente en países en desarrollo. Nadie desea entorpecer el progreso. Al final, el hecho de que pueda contarse con una bomba implantable para insulina, constituye una meta laudable, pero cabría preguntarnos a cuántos beneficiará. ¿La aprovecharán los cientos o miles de pacientes que viven cerca de grandes clínicas en países prósperos? Incluso si recibiéramos malas noticias de zonas subdesarrolladas con graves deficiencias en la alimentación y servicios sanitarios: ¿cómo podríamos preguntarle a un paciente lo que sabe del Estudio de Control y Complicaciones de la Diabetes (ECCD)? No tiene dinero para comprar aparatos ni tiras reactivas, para medir la glucosa, y sería afortunado si puede obtener la insulina.

Se ha calculado que en EUA cuesta unos 2.000 dólares al año tratar adecuadamente un diabético, a lo que habría que sumar otros 2.000 dólares para cumplir con las recomendaciones del ECCD. Podrían tranquilizarnos estas cifras, pero hay personas que no ganan más de 500 o 1.000 dólares al año. Por supuesto, muchas de ellas reciben beneficios de programas sociales, pero es muy probable que casi todas no cuenten con los recursos económicos adecuados.

Se necesitan soluciones más sencillas en la atención del diabético. Los artículos publicados

han sugerido que para enseñar adecuadamente al enfermo se requiere un grupo de seis a ocho personas. ¡Cómo pedir la colaboración de médicos o enfermeras en zonas del mundo encargadas de atender a miles de pacientes! Es importante identificar los medios terapéuticos posibles y asequibles. Miles de diabéticos han llevado una vida relativamente satisfactoria, valiéndose en forma inteligente de los resultados de sus pruebas de glucosa en orina ¿Por qué no utilizar dicho medio mientras no se cuente con otros mejores? Habrá que simplificar los menús y basarlos en alimentos que se puedan conseguir en cada área. Se enseñará a los pacientes a estar alerta de los primeros signos de complicaciones. El ECCD es una meta maravillosa, pero es imposible descuidar a los diabéticos mal diagnosticados o no tratarlos, en espera de algún medio de “cura milagrosa”.

En la población cada vez mayor de ancianos, crece el número de diabéticos que viven con su enfermedad, y a veces mueren sin que esta enfermedad se les haya detectado. La diabetes es absolutamente diagnosticable, absolutamente tratable y **ABSOLUTAMENTE INCURABLE**. La supervivencia del diabético depende de su enseñanza y de poder contar con un **TRATAMIENTO ÚTIL**.

EL MÉDICO DIFUSIÓN DE LA ENSEÑANZA SOBRE DIABETES EN PAÍSES EN DESARROLLO

GHAZALA RAFIQUE

*Asociación de Diabetes de Pakistán, Karachi, Pakistán,
Director de la revista “Diabetes Digest”*

Metas como la aceptación de la diabetes, conocerla en detalle y saber controlarla satisfactoriamente, se alcanzan solo por estímulo, seguridad y educación continua del enfermo. A pesar de que la educación sobre diabetes se ha vuelto la base

de la diabetoterapia desde hace más de 20 años en países desarrollados, apenas está en sus albores en países en desarrollo. Incluso en grandes ciudades en que se dispone de instituciones adecuadas de atención sanitaria, en comparación con los raquíticos servicios en este sentido disponibles en áreas rurales, no se presta importancia a la educación en diabetes. Por una parte, no todos los enfermos pueden disponer libremente de ella; por otra, no basta lo que se les brinda y suministra. Los datos imprecisos y a menudo antagónicos pueden generar mayor confusión y desorientación.

Por norma, en casi todos los países en desarrollo, el conocimiento que el paciente y el público en general tienen de la enfermedad y su cuidado, es extraordinariamente deficiente y lleno de conceptos erróneos. Se necesita hacer esfuerzos especiales en los países mencionados para brindar educación y consejo de buena calidad a los diabéticos, teniendo presente siempre las limitaciones de los sistemas asistenciales y la escasez de recursos técnicos y pecuniarios en ellos.

Para mejorar realmente la vida de los diabéticos en países en desarrollo se necesita contar con medios para mejorar en grado significativo la eficacia de los recursos disponibles.

Mi primer deseo se orienta a los recursos humanos para la atención de diabéticos. La prioridad/obstáculo de mayor importancia y que surge en primer término para brindar educación adecuada a los diabéticos, es la escasez de personal asistencial con preparación satisfactoria en ese terreno. En muchos países en desarrollo es imposible contar con personal ideal que atienda a diabéticos y que incluya un médico, una enfermera especializada en este trastorno, una dietista, un pedicurista y un psicólogo. Muchos de los países no cuentan con enfermeras especializadas en diabetes, o que eduquen a los enfermos de este pro-

blema. En un intento de brindar atención organizada y estructurada a los diabéticos, la Asociación de Diabetes de Pakistán inició la enseñanza de los médicos generales como educadores en la enfermedad. En el país mencionado, es precisamente el médico general quien se encarga de las tres tareas, es decir, como médico, educador de enfermería y dietista. Sin embargo, la enseñanza en estos casos es muy lenta y prolongada, y muchos médicos generales no pueden dedicar suficiente tiempo a esa tarea para sus pacientes en sus clínicas.

El incremento extraordinario que ha habido en los últimos diez años en la prevalencia de diabetes en países en desarrollo ha agravado la necesidad de tener una mayor conciencia de la enfermedad, y contar con programas de educación y control para grandes masas. En las circunstancias mencionadas, la mejor forma de superar la escasez aguda de profesionales entrenados en la atención de diabéticos es interesar a personas en la comunidad a aprender los conocimientos para la atención de este mal. En vez de buscar y entrenar a trabajadores asistenciales abrumados de trabajo, un método más práctico y útil sería seleccionar a personas dedicadas y comprometidas en la comunidad que puedan recibir enseñanza, y a su vez, ellas enseñen todo lo necesario sobre la atención de la diabetes. Solo por medio de la participación comunitaria podrá cumplirse con la tarea de educar y atender el máximo número de diabéticos. Las personas motivadas y comprometidas con la atención de diabéticos y que pueden auxiliar en la práctica fructífera de la asistencia sistemática y de buena calidad, así como en programas de educación, incluyen a:

- diabéticos;
- familiares de diabéticos;
- voluntarios de organizaciones de bienestar social y organizaciones no oficiales.

Algunos países en desarrollo reciben publicaciones de países desarrollados, pero los materiales enviados suelen estar en lengua extranjera, su cantidad no es suficiente o es irregular, o quizá desde el punto de vista cultural no sean aceptables ni relevantes para las necesidades de los diabéticos

Las personas en cuestión deben recibir preparación durante dos meses en las Asociaciones Nacionales de Diabetes, o uno de los grandes hospitales en el país que tenga una clínica de diabetología. Además de tener conocimientos más profundos, es importante que dichos individuos puedan transmitir sus conocimientos, establezcan comunicación adecuada y cuenten con capacidad práctica de orientación. Los educadores en diabetes deben tener un vínculo con el centro de preparación y enseñanza de padres, y trabajar bajo su orientación. También cada año necesitan seguir cursos de actualización.

Es conveniente alentar y auxiliar a estos trabajadores/educadores comunitarios en diabetes a fundar pequeños clubes o centros para diabéticos en que puedan emprender sus actividades educativas. Los conocimientos y habilidades teórico-prácticas necesarias, pueden transmitirse a los participantes a través de programas de enseñanza que consisten en varias sesiones que abarquen todos los aspectos importantes de la atención del diabético, o sesiones realizadas durante todo un día o medio día, o que se efectúen regularmente cada semana o cada mes, según las necesidades individuales.

Mi segundo deseo es contar con más materiales educativos sobre diabetes. El obstáculo principal para mejorar la atención de los diabéti-

cos en países en desarrollo, es la poca disponibilidad de materiales útiles para la enseñanza del diabético. La educación es un proceso ininterrumpido y necesita refuerzo. Por esa causa, para enseñar las medidas de autocuidado, es importante que el diabético tenga acceso a materiales de enseñanza, como folletos, revistas, cartas de información, libros, y material audiovisual.

Algunos países en desarrollo reciben publicaciones de naciones desarrolladas, pero los materiales enviados suelen estar en lengua extranjera, su cantidad no es suficiente o es irregular, o quizá desde el punto de vista cultural no sean aceptables ni relevantes para las necesidades de los diabéticos. Para contar con una fuente regular de información y actualizar y reforzar los conocimientos, iniciamos en 1988 la publicación de una revista mensual en el lenguaje nacional, que ha tenido enorme demanda por parte de médicos y pacientes, y ha contribuido enormemente a mejorar el cuidado de los diabéticos.

La enorme mayoría de las personas en países en desarrollo son analfabetas y necesitan tipos diferentes de suplementos de aprendizaje y material educativo, que deben ser preparados en la localidad. Para mejorar la educación y la atención de los enfermos, los países interesados deben generar material educativo barato en sus lenguas nativas, y que sea de comprensión y adquisición fáciles.

Mi tercer deseo es que la razón costo/eficacia sea mayor en la atención de la diabetes. Uno de los aspectos importantes y a menudo descuidados en la enseñanza de los diabéticos en países en desarrollo es la razón costo/eficacia de los hipogluce-

miantes orales e insulinas utilizadas para tratar la enfermedad. Las personas que viven en dichos países tienen bajos ingresos, y el costo de los medicamentos para la familia puede ser enorme, en especial si tiene la forma insulino dependiente. La familia también tiene que sufragar los honorarios del médico, la insulina de diversos tipos, los costos de hospitalización y otros más, que para ella puede ser económicamente devastadores.

Un concepto erróneo frecuente entre el gran público y los diabéticos, es que cuanto más caro es un fármaco, más eficaz debe ser, y ello ha hecho que se utilice la segunda generación de sulfonilureas, más caras, aunque tienen eficacia similar que las de la primera generación. Hemos observado que Glibenclamida y Glicazida tienen la misma eficacia, pero esta última es de cuatro a seis veces más cara en nuestro país. De manera semejante, se usa con frecuencia cada vez mayor insulina humana, en vez de la bovina, y hemos advertido que son igualmente eficaces, y esta última es cuatro veces más barata.

Un concepto erróneo frecuente entre el gran público y los diabéticos, es que cuanto más caro es un fármaco, más eficaz debe ser

La aplicación eficaz de los recursos disponibles en los esfuerzos que se hagan en este sentido, ocasionará mejoría significativa en la enseñanza de diabéticos y la vida de estas personas en los países en desarrollo.

EL PEDIATRA TRES DESEOS PARA DISMINUIR EL COSTO DE LA IGNORANCIA

JOHNNY LUDVIGSSON

*Profesor de Pediatría, Universidad de Linköping, Suecia
Secretario General, Sociedad Internacional de
Diabetes en Niños y Adolescentes, 1985-91
Fundador y Director, Fundación Infantil de
Diabetes, Suecia*

La ignorancia tiene costos altos para los pacientes, pero el renglón de mayor importancia en que más se gasta, es en insulina, jeringas y materiales para medir glucosa en sangre y orina. Existen aún muchos niños que no tienen derecho ni acceso a esta parte básica del tratamiento de la enfermedad. Aún más, hay otros que están todavía muy lejos de ejercer los derechos humanos que los adultos dan por sentado. En primer lugar, los niños con diabetes o sin ella deben tener los derechos fundamentales expresados en las reuniones de las Naciones Unidas. Deseo que toda persona que se ocupe de la atención de la diabetes, mejore la situación general de los niños en todo el mundo.

Los niños de corta edad aprenden ávidamente a caminar o a dominar un lenguaje difícil, no porque se los enseñamos, sino porque tales tareas son importantes para ellos En la misma forma debemos aprender procedimientos para despertar la curiosidad de los diabéticos

El desconocimiento de todo lo relacionado con su enfermedad, por parte de los diabéticos, suele explicarse como resultado de la falta de tiempo, espacio, o de otros recursos. Ello pudiera ser válido en países en desarrollo, pero no constituye el problema principal, incluso en los países desa-

rollados, en que ha habido un deterioro en la política de estado y han disminuido en forma extraordinaria los fondos para la asistencia pública. Otros culpan a los pacientes y los acusan de no aprender, no tener la suficiente motivación, o de ser "simuladores" poco fiables, y que buscan dar la espalda al brillante tratamiento que ofrecen los médicos. Pero: ¿cómo culpar a personas que no entienden, no están motivadas, o a veces tratan de huir de nuestro sistema represivo?

Mi primer deseo es que el personal asistencial que incluye a los médicos, mejore sus capacidades de comunicación con los pacientes y sus familiares. Ello incluiría la capacidad de escuchar, de entender el lenguaje corporal y respetar al paciente. Esa destreza o aptitud se aprende y mi primer deseo incluye la necesidad de que las personas entiendan que el mérito no se aprende por estar junto a artículos científicos; tampoco se aprende ganando mucho dinero por la atención de todos los pacientes que sea posible. Quienes atienden a diabéticos, también pueden adquirir mérito al enseñarse a sí mismos todas las técnicas de comunicación; ello, a su vez, obliga a que se imparta educación de buena calidad a los educadores, y a la asignación de recursos a tal tarea.

Mi segundo deseo es que se amplíen más nuestros conocimientos sobre la forma de auxiliar al paciente, para que él y su familia aprendan. Ello comprende tener la percepción profunda de la naturaleza de la colaboración por parte del enfermo. La educación de pacientes y en particular los diabéticos, se ha enfocado demasiado en enseñar y no en aprender. Se sabe que nunca podremos enseñar la forma de tratar una enfermedad, sin que el enfermo aprenda el método de aplicarla a su propia enfermedad y en la práctica, lo que se le enseña. Los niños de corta edad aprenden ávidamente a caminar o a dominar un lenguaje difícil, no porque se los enseñamos, sino porque tales tareas son importantes para ellos.

No cabe la sorpresa de que muchos diabéticos tengan también una segunda enfermedad que he llamado “repercusión” de la diabetes

Los niños resuelven sus problemas y los auxilia- mos al responder y satisfacer su curiosidad. En las ciencias utilizamos la misma técnica de moti- vación. Tenemos un problema, planteamientos y al final, tratamos de obtener una solución o res- puesta. La búsqueda de dicho conocimiento es una labor excitante y enormemente satisfactoria. En la misma forma, necesitamos aprender a des- pertar la curiosidad de los diabéticos, buscar conocimientos, métodos para responder a sus dudas, dejar que aprendan, hacer medidas de retroalimentación y detectar resultados útiles. Utilizar adecuadamente los conocimientos o cola- borar en el régimen terapéutico, no significa obli- gadamente que el paciente asuma una actitud positiva hacia su enfermedad. Quizá siempre sien- ta aversión por la carga impuesta y las amenazas que conlleva, pero aceptará la situación y se adaptará a ella.

Mi tercer deseo es que podamos auxiliar a nuestros pacientes a llevar una vida feliz, en que la diabetes sea tan solo un achaque menor. Por supuesto, tratamos de obtener un buen control metabólico y evitar las complicaciones, pero hay que recordar siempre que los diabéticos deben tener una calidad razonable de vida. Las estadís- ticas de buen control de la glucosa no tienen utili- dad por sí mismas. Por supuesto, sería imposi- ble que no se aplicaran a un niño diabético inyecciones de insulina si sabemos que son importantes para su salud y su vida, pero debe- mos utilizar nuestra empatía y escuchar lo que dicen nuestros pacientes, llegar a un “equilibrio” para que la campaña contra la enfermedad sea lo

más eficaz posible, sin que menoscabe la vida del diabético y su familia.

EL PSICÓLOGO EN EDUCACIÓN MIS TRES DESEOS

RICHARD R. RUBIN

*Del Profesorado de la Escuela de Medicina
de la Universidad John Hopkins, Baltimore, EUA.
Co-autor de *Psyching Out Diabetes**

Mi primer deseo es que se preste mayor atención a los aspectos emocionales de la diabe- tes. En 1959, cuando se hizo el diagnóstico de dicha enfermedad a mi hijo, estaba perfectamen- te consciente del profundo impacto emocional que tuvo en él y en todos los que lo queremos. Los años siguientes solo han intensificado mi aprecia- ción por el vínculo extraordinario que hay entre las emociones y la diabetes. Ella es una enferme- dad crónica que impone enormes exigencias, pues el paciente tendrá que convivir con su mal el resto de su vida, día y noche, y todos los días del año. (Añadiría un día más, porque 1996 es un año bisiesto, y también en ese día adicional, la diabetes estará presente.) Ella afecta todos los aspectos de la vida e impone toda suerte de impo- siciones desagradables y privaciones. Además, las medidas intensivas para que la glucosa en sangre se acerque a los niveles normales conlleva un riesgo grande de hipoglucemia y la tendencia al incremento de peso y por si no fuera bastante, quizá todos los intentos en este sentido sean infructuosos. No existe elemento alguno de pro- tección cuando surge en la diabetes, ahora o más tarde. Sobre bases diarias, no hay seguridad de que al cumplir al detalle todas las órdenes médi- cas, la consecuencia será una vida sin las compli- caciones de la enfermedad.

Ante la realidad comentada, no cabe la sorpre- sa de que muchos diabéticos tengan también una segunda enfermedad que he llamado “repercu-

Quisiera que pudiéramos preguntar más y decir menos, pues siento que sería de gran utilidad

sión” de la diabetes; simplemente están abrumados por las exigencias constantes e interminables de su enfermedad, y con mayor frecuencia de lo que advertimos, son las repercusiones de la diabetes y no el desconocimiento o la falta de capacidad de autocuidado, las que impiden que nuestros pacientes atiendan con mayor eficacia su mal. Pienso que el aspecto emocional de la diabetes es el cimiento en el cual se apoyan los demás aspectos del régimen terapéutico. Debe ser sólido, pues si no lo es, sería imposible edificar sobre él. Deseo que se reconozca y acepte la responsabilidad de tratar el aspecto emocional de la diabetes.

Mi segundo deseo es aceptar que el diabético constituye un dispensador de asistencia primaria en salud. Los diabéticos son los encargados de hacer, como mínimo, 99% de las decisiones que rigen el control de su glucemia y su estado general de salud y bienestar. Ellos controlan su atención. También tienen capacidad de vetar cualquier recomendación terapéutica que hacemos los médicos, y la ejercen constantemente a través de su comportamiento o a veces en forma verbal. Como prestadores de asistencia, debemos reconocer que la atención de la diabetes debe llevarse a la práctica, y en este caso los únicos expertos son los propios pacientes. Como prestadores de asistencia, debemos definir nuestra intervención en ella: consejeros y consultores, al grado de brindar nuestros conocimientos y capacidades especiales a las personas a nuestro cuidado. Si participamos como especialistas en la terapéutica, pero al mismo nivel que los demás elementos, y cada quien aporta su

experiencia singular en este esfuerzo común, podremos llevar a la práctica un tratamiento eficaz, y de esta manera, tendremos mayor fuerza por separado y en grupo.

Mi tercer deseo es que todo profesional asistencial en diabetes practique y fomente un arte poco apreciado: plantear preguntas. Plantear preguntas es el fundamento para tratar con eficacia los elementos emocionales de los diabéticos, y establecer una “coalición o alianza terapéutica” con ellos.

La primera pregunta que formulo a un paciente recién diagnosticado sería: ¿cuál es lo más difícil para usted, todos los días, de tener diabetes? La finalidad de la pregunta es múltiple y más bien la uso como medio de orientación personal. Las respuestas me indicarán cuáles son las cosas de mayor importancia para el paciente.

Si de manera inmediata y directa me ocupo de las dificultades primarias, mejoraré en forma extraordinaria la posibilidad de obtener buenos resultados con el tratamiento.

Las preguntas constituyen una guía fiable para el tratamiento, y por ello, la primera apenas inicia una serie de varias. Por ejemplo, si la alimentación sana es el problema más difícil para la persona: ¿podríamos identificar qué aspecto específico de la obtención y preparación de alimentos es el más difícil? (Casi todos tenemos nuestro talón de Aquiles exacto, cuya solución aporta enorme beneficio.) ¿Qué técnicas utiliza el diabético para afrontar y solucionar el problema? ¿Qué puede decirnos de las que utilizó fructíferamente en épocas pasadas, incluso de manera temporal? ¿Hubo ocasiones en que el problema mejoró o empeoró? ¿Qué auxilio (u obstáculo) han aportado la familia y los amigos? ¿La persona identifica metas cuando intenta tratar el problema? Quisiera que pudiéramos preguntar más y decir menos, pues siento que sería de gran utilidad.

**UN PADRE
EL MEJOR MÉTODO PARA AFRONTAR
LOS PROBLEMAS E INCAPACIDADES
QUE CAUSA LA DIABETES**

KURT CLEMMENSEN

Padre de un niño diabético, Dinamarca

Al hacer un repaso de mi vida y la de mi familia, me pregunto si realmente es posible expresar lo que ha sido tener diabetes. Mi hijo la tiene, pero no se le nota, pues no tiene incapacidades visibles. Entonces, ¿cómo explicar la forma de afrontar un problema invisible?

Comenzaré por describir cómo era mi familia en el año de 1979. Estaba compuesta de dos niños de 3 y 5 años, y en nuestro hogar teníamos madre y esposa. El padre estudiaba en la universidad y vivían en un bello piso. La familia no era rica, pero estaba en perfecta armonía. Describiré ahora a mi hijo como es hoy día. Tiene 20 años de edad, y durante 15 años ha tenido diabetes. Tiene trabajo, no fuma, y su salud es satisfactoria. Pienso que las jóvenes lo adoran (o cuando menos eso dice él). Nunca ha tenido enredos con la ley, ni problemas con el alcohol o las drogas. Es fanático de los vehículos motorizados, y tiene una licencia total para conducir. Por todo ello, ¿puedo sentirme infeliz?

¿Cómo se introduce la discordia en una familia? En primer lugar, si una enfermedad crónica sin causa conocida ataca a un niño, y si además su pronóstico resulta sombrío; si el tratamiento y la propia enfermedad son impredecibles y caros; si la enfermedad interfiere en actividades, costumbres, labores y deportes disfrutables; si el tratamiento de la enfermedad involucra a colegas ocupados, y si las revisiones son frecuentes y caras. A todo lo anterior, agréguese la participación de consultores, que aportan datos inciertos o antagonicos; los médicos y enfermeras que

señalan riesgos e incapacidades mortales e intentan transmitir a los familiares aspectos fisiológicos y de bioquímica, que estos no entienden. Y por último, que en el matrimonio se introduzcan más dudas sobre los peligros que pueden sufrir sus hijos en el futuro.

Esta es la forma de sembrar discordia y desconcierto en una familia, aún cuando esta viva en armonía: simplemente, que la diabetes ataque a uno de los hijos.

Expongo aquí mis sugerencias para afrontar estos problemas. Tener la seguridad de recibir información idónea de autoridades competentes. Comentar las preocupaciones y sentimientos con la familia, los amigos y el personal asistencial, sin restricciones todas las veces que se necesite. Acudir a la asociación local y nacional de diabetes. Tratar de controlar los hechos de la situación nueva. Hallar el equilibrio preciso para que el niño se practique las pruebas necesarias y tome precauciones razonables, sin que se transforme en un robot. Que viva la niñez en el mayor grado que pueda. En nuestra familia, las luchas que emprendemos no siempre terminan en la victoria, pero estamos preparados para la guerra permanente. Hemos guerreado hasta morir, perder o alcanzar la meta de la salud de mi hijo y la armonía continua en toda la familia.

El futuro. ¿Quién se ha enterado de los resultados de la investigación ECCD? ¿Está probado científicamente que se puede ser un mal padre o tener una familia deficiente, o ser un paciente extrahospitalario no colaborador? No hay que olvidar que la hemoglobina glucosilada es un medio y no un retrato de la persona.

Hay que vencer todas las desesperanzas, las angustias y las incertidumbres por venir, expresadas o inexpressadas. El personal especializado en diabetes, los amigos y la familia deben entender y aceptar. Habrá que decirles: "No nos conforten ni

Como padre, ponga toda su alma y su ser en aspectos como tratamiento, guía, comodidad, apoyo y amor para que cuando se vuelva viejo y pase las horas en su mecedora, nadie le pueda culpar y especialmente usted no se culpe a sí mismo de las complicaciones de su hijo diabético

oculten la verdad, y sean honestos. Tampoco nos den consejos ni conferencias, si no se percatan que necesitamos mucho tiempo para entender en todos su significado todo lo que ustedes nos dicen. Respétenos al consultarnos todo lo referente a dietas y horas de consumir alimentos. Por favor adapten sus horarios y ocupaciones a las nuestras y no nos descarten, y además, denos toda la información necesaria pero en forma honesta. Indíquenos las complicaciones, pero también la forma de evitarlas o diferirlas. Ustedes nos pueden señalar datos sobre hipos, convulsiones e inconsciencia, pero sean amables y no amenazadores, y también enséñenos el uso del glucagon. Comenten con nosotros los datos de investigaciones promisorias y el tratamiento de complicaciones futuras, y nunca olviden señalarnos que no todos los diabéticos quedan ciegos, sufren de los riñones o necesitan la amputación de un miembro”.

Condenemos y desterremos las enfermedades y los accidentes todas las veces que ataquen a nuestros hijos; sin embargo, no perdamos la esperanza que ellos vivan tanto como nosotros, pero también acepten el hecho inevitable que su diabetes acortará un poco su existencia.

A los padres con un hijo con diagnóstico de diabetes, yo le recalcaría lo siguiente: Percátense de que el resto de la vida de usted ya no

será como antes, pero sepa que detrás de los nubarrones brilla el sol. Las complicaciones diabéticas suelen evolucionar muy lentamente con el transcurso de varios años. Tenemos que acostumbrarnos a ellas. Como padre, ponga toda su alma y su ser en aspectos como tratamiento, guía, comodidad, apoyo y amor para que cuando se vuelva viejo y pase las horas en su mecedora, nadie le pueda culpar y especialmente usted no se culpe a sí mismo de las complicaciones de su hijo diabético, porque usted dio todo lo que tenía que dar para que se cumplieran todas las metas y todos los aspectos que he señalado, uno a uno.

Por fortuna, nadie conoce el futuro. Yo hice lo que pude.... O ¿quizá no?

LA ENFERMERA EDUCADORA MIS TRES DESEOS PARA DISMINUIR EL COSTO DE LA IGNORANCIA

TRISHA DUNNING

*Educadora en Diabetes, Hospital St. Vincent,
Melbourne, Australia*

*Directora de Educación en Diabetes de la FID
Sección Consultora*

Tengo que confesar que me gusta mi actividad, la de enfermera educadora en diabetes, pues incorpora todos los aspectos de la enfermería, la práctica clínica, la investigación, la administración y el establecimiento de normas. Atiendo a personas de muy diversas procedencias (colegas y pacientes/clientes) de culturas y edades disím-bolas. Estoy consciente que no existe en forma global conocimientos adecuados sobre diabetes, y que esta enfermedad genera estragos grandes: costos en términos pecuniarios y en sufrimiento humano e incapacidad, a menudo como consecuencia de la ignorancia.

Quando comenzaba a concretar mis ideas para disminuir el costo de la ignorancia, leí un prover-

bio en un calendario que decía “Saber es poder”. Sin embargo, ¿basta los solos conocimientos? Muchos documentos señalan la necesidad de educación en diabetes (la Declaración de San Vicente, el Plan de Acción Nacional en Australia, la Declaración de Kobe). Sin embargo, junto con la educación, está la tarea de habilitar a todos, es decir, concederles obligaciones y derechos para que podamos realmente disminuir los efectos de la diabetes en la población mundial. Debemos ampliar los conocimientos para disipar los mitos que se han acumulado sobre la diabetes, y que han nacido de la ignorancia, la superstición y de información inexacta.

Una de las palabras clave en muchos aspectos de la vida actual es la “habilitación”, es decir, conceder obligaciones y derechos a las personas. Otra sería la “atención compartida de la diabetes a través de un “equipo”. Juntas probablemente cambien la asistencia y la enseñanza en esta enfermedad. Colaboro con un grupo de endocrinólogos, dietistas, pedicuros y médicos generales, y en él todos somos iguales, y la opinión individual se respeta y valora. Incluso dentro de un grupo de atención a diabéticos, no a todas las enfermeras educadoras se les concede la misma igualdad.

Mi primer deseo es que haya igualdad para todas las enfermeras encargadas de diabéticos en todo el mundo, y también reciban el apoyo de los médicos con los que colaboran. Solamente con apoyo y aliento se podrán cumplir las responsabilidades en la enseñanza de diabéticos y también ampliarlas y mejorarlas. Inevitablemente, las responsabilidades dentro del grupo de atención a diabéticos a veces muestran traslape, pero hay que considerarlas como complementarias y no antagónicas. El modelo jerárquico de muchos grupos anula los derechos, obligaciones y facultades de muchos de sus miembros individuales, y disminuye la capacidad del “equipo” para enseñar y apoyar a

Las responsabilidades dentro del grupo de atención a diabéticos, deben ser complementarias y no antagónicas

los diabéticos. Hay que destacar que la desigualdad entre el médico y la enfermera no es privativa de las naciones en desarrollo, porque también se observa en las desarrolladas, y en particular en zonas aisladas y rurales.

Junto con la igualdad de derechos y obligaciones, están la igualdad de recursos y también la propia educación en diabetes. Esta última debe asumir el lugar que por derecho le corresponde, el mismo nivel que tienen los aspectos clínicos y de investigación de la diabetes y su asistencia. Después de todo, a menudo citamos la educación en diabetes como el cimiento de la asistencia de esta enfermedad; en consecuencia, se necesitan cada vez con mayor urgencia, recursos pecuniarios y humanos, para llevar a cabo dicha tarea y fondos para investigación, y para identificar el mejor método para realizarla.

Mi segundo deseo es que los gobiernos y los encargados de elaborar normas en todo el mundo estén convencidos de que la educación en diabetes es cara, pero que más cara aún es la ignorancia sobre la enfermedad. Este es un deseo de gran alcance. Roma no se hizo en un día, y se construyó con coherencia, trabajo en equipo y personas que sabían lo que deseaban. Con el apoyo de la Federación Internacional de Diabetes, los grupos que atienden diabéticos en todo el mundo pueden influir notablemente en la dirección de las normas de salud y para ello, utilizar la estrategia con que se construyó Roma.

Mi tercer deseo es menos altruista. Siempre se necesita tiempo. Necesito tiempo para dedicar

a los pacientes y la clínica, para educar y aconsejar sin tanto apresuramiento. Para alcanzar estas metas, desde el comienzo habría que enviar a los pacientes a cursos de enseñanza, y también destacar la importancia de estos cursos en los años de pregrado de todas las profesiones de salud y médicas. En el hospital, los gastos en educación en diabetes suelen ser mucho menores de los que ocasionan aspectos de la atención más “excitantes”, inmediatos y de orden técnico. Pero me gustaría rebatir a cualquier partidario de aparatos y tecnología, y demostrarle que el proceso de enseñanza es menos complejo, y tal vez más vital. Después de todo, la tecnología es para ahora, pero la educación es para toda la vida. En este campo también deberá privar la igualdad.

Por último, solo al habilitar en forma mutua a los profesionales de la salud, es decir, concederles derechos y obligaciones, podemos repetir la misma operación en los diabéticos. La sola educación no equivale a fuerza, pero si se junta con recursos, apoyo y colaboración, puede disminuir los costos de la ignorancia.

LA DIETISTA LA IGNORANCIA NO ES VENTAJOSA PARA NADIE... IDEAS DE UNA DIETISTA QUE INTERVIENE EN LA ATENCIÓN DE DIABÉTICOS

ROBYN COMPTON

Dietista, Hospital Real de Melbourne, Australia

En los años que llevo de practicar mi profesión, he atendido pacientes que me han confesado que nunca habían recibido el auxilio de una dietista para la atención de su diabetes. A menudo habían sufrido la enfermedad durante muchos años, sin tratamiento. Al preguntarle la razón, la respuesta siempre fue: “No sabía que se necesitaba la ayuda de

un médico o de una dietista. Siempre evité los azúcares y para mí era todo lo que necesitaba hacer”.

El control de los carbohidratos interviene definitivamente en la asistencia de la diabetes, pero hay muchísimos conocimientos que sustentan la dieta y esclarecen aspectos de la enfermedad. Desde la época en que se evitaba a toda costa el consumo de carbohidratos; a ello siguieron los días de restricciones de estos nutrientes, para seguir con las dietas a base de porciones, y más tarde las de equivalencias, hasta la época actual, en que como base de cada comida, se insta a la persona a consumir carbohidratos con abundante fibra vegetal. En realidad, lo que se busca es que la persona entienda los efectos reales que los carbohidratos tienen en los niveles de glucosa sanguínea, al medir estos en forma regular. Además, se insiste netamente en la disminución del consumo de grasas, y se presta atención a los mejores tipos de ellas en la dieta.

La investigación en el terreno de la diabetes y la dietoterapia es un proceso dinámico. Establecer contacto con un dietista especializado en diabetes, en épocas críticas, y durante la evolución del diabético puede ser útil para aportar información nutricional relevante, que optimice en la realidad el control del trastorno, mejore el tratamiento y aminore el peligro de complicaciones agudas y crónicas.

Mi primer deseo es que los diabéticos establezcan contacto con la dietista en alguna fase de su evolución, para asegurar que la forma como entienden y practican su asistencia dietética, concuerde con los conocimientos actuales de la importancia de la alimentación en la asistencia de la enfermedad.

En zonas en que los recursos dietéticos son limitados o inexistentes, entre las alternativas valiosas para sustituir la asistencia individual por parte de la dietista están el contacto telefónico, la

lectura de material escrito y adecuado sobre nutrición, escuchar cintas de audio o acudir a conferencias de actualización/programas en grupo que se realicen en los centros hospitalarios importantes más cercanos.

Sin duda, la dieta es algo más que evitar los azúcares, y la ignorancia sobre otros aspectos que la componen, dificulta en grado sumo la tarea de lograr un control satisfactorio de la enfermedad.

Mi segundo deseo es realmente una prolongación del primero: muchos pacientes han acudido a una dietista, pero rechazan los siguientes contactos con ella, porque les disgustó lo que ella les dijo, o les desagradó algún enfoque o actitud particular que les demostró. En consecuencia, no han recibido orientación dietética desde el momento del diagnóstico y desde él han transcurrido muchos años.

Las dietistas manejan un elemento necesario en las esferas emotivas, social y cultural, que son los alimentos. Las restricciones en su consumo pueden provocar graves problemas. A nadie le gusta cambiar hábitos arraigados, abstenerse de alimentos preferidos y consumir otros que detestan. El problema debe ser abordado de manera muy cuidadosa. Es importante que la dietista se entere de las necesidades que cada persona le señale, en el renglón de sus alimentos.

A veces se necesitan "concesiones" para asegurar que cualquier consejo para practicar en el hogar, es congruente con el estilo de vida, los hábitos alimentarios, las relaciones sociales, las ideas culturales y religiosas, y la vida en familia del enfermo. Los consejos deben ser prácticos, cómodos y no demasiado técnicos para no generar confusión en la adquisición o consumo de los alimentos.

Mi segundo deseo es que si las personas han acudido a la dietista y sienten desagrado con el consejo que recibieron, perseveren en su rela-

ción con ella. Necesitan expresarle la causa de su desagrado o infelicidad, y destacar los problemas para que se identifiquen otras alternativas, o se brinden nuevos consejos. Como otra posibilidad, puede obtenerse una segunda opinión. Conviene contar con una dietista con la que se establezca una relación personal satisfactoria, y que el enfermo se sienta "a gusto" para recurrir a ella en busca de orientación y consejo.

La dieta es algo más que evitar los azúcares, y la ignorancia sobre otros aspectos que la componen, dificulta en grado sumo la tarea de lograr un control satisfactorio de la enfermedad

Por último, si bien muchos diabéticos entienden la importancia del ejercicio, hay otros más que no lo practican de modo regular, por diversas razones. Los beneficios del ejercicio incluyen estimular el metabolismo y así auxiliar en el control de peso, que es parte muy importante de la asistencia en la enfermedad. Es casi imposible perder peso o desembarazarse de unos kilos, si no se practica ejercicio regularmente. Aún más, el ejercicio disminuye directamente los peligros de enfermedades del corazón, contra las cuales los diabéticos deben emprender medidas activas para evitarlas.

Mi tercer deseo es que los diabéticos analicen por qué no hacen ejercicio y elaboren un plan de ataque que incluya alguna forma de él, que sea cómoda, práctica y placentera. El obstáculo quizá sea desconocer lo bien que se siente una persona cuando comienza a hacer ejercicio.

Es importante que el diabético recabe información sobre la forma de llevar a cabo cambios apropiados a su estilo de vida. Tiene que aprender por "tanteo" los beneficios reales de una

dieta sana y del ejercicio regular. El conocimiento aminora los riesgos en tanto que la ignorancia solamente los agrava y acelera.

No es ventajoso para nadie el hecho de no controlar la diabetes.

EL DIABÉTICO

MIS TRES DESEOS PARA DISMINUIR EL COSTO DE LA IGNORANCIA

MARÍA L DE ALVA

Presidenta Electa, Federación Internacional de Diabetes

*Fundadora, Asociación Mexicana de Diabetes
Se le diagnosticó diabetes insulino dependiente en 1952*

He convivido con la diabetes insulino dependiente durante 42 años. Hasta la fecha no sufro complicaciones crónicas ni nunca he sido hospitalizada por mi enfermedad. He sido afortunada, y mi fortuna reside en que antes de nacer, pude escoger a mis padres, lo que fue lo más acertado en mi vida.

Cuando se me diagnosticó la diabetes, mis padres decidieron que si tenía que convivir con la enfermedad, aprendiera lo más que fuera posible de ella, para así facilitarnos la vida. Hablo en plural porque, a pesar de que era la única en la familia con el diagnóstico de diabetes, mis padres consideraron la enfermedad como suya. Mi padre y mi madre no solamente buscaron conocimientos, sino los aplicaron con inteligencia, sentido común y amor.

Mi primer deseo para disminuir el costo de la ignorancia es que el diabético cuente con cuidadores tan amorosos como los que he tenido. Toda persona con el diagnóstico de diabetes debe contar con los conocimientos que mis padres buscaron y descubrieron por sí mismos; así se podría mejorar la calidad de los enfermos y disminuir el costo pecuniario de las hospitalizacio-

nes, días laborales perdidos, amputaciones y muertes. Si alguien piensa que la educación es cara, es más cara la ignorancia.

Mis padres también tuvieron sentido común e inteligencia extraordinarias, al grado de ir contra muchos de los viejos conceptos sobre el tratamiento de la diabetes. En una época en que la inyección de insulina de acción intermedia y a veces la medición de la glucosa en orina eran el tratamiento normal, mis padres decidieron que había que hacer dicho examen cuatro veces al día, y que si aparecían huellas de glucosa, recibir siempre insulina de acción rápida. Para mí no fue raro que me aplicaran dos o tres inyecciones al día. Mi madre discrepó del médico cuando él dijo que era normal que un diabético expulsara azúcar por la orina. Le contestó: "el páncreas de María no lleva a cabo la tarea normal de regular la glucosa en su sangre. Yo soy la que ahora debo encargarme de esa tarea y hacerlo perfectamente". El médico no siempre estuvo convencido de los argumentos de mi madre. A pesar de lo que él señalaba, ella procuró que mi orina nunca tuviera glucosa, y que los niveles de azúcar en sangre fueran normales. El tiempo y los resultados de ECCD le han dado la razón.

No todos los padres de un hijo con diabetes, o los propios diabéticos, tienen la inteligencia y el sentido común que tuvo mi madre; no todos tienen un carácter firme y suficiente confianza para discordar de las opiniones de los prestadores de servicios de salud. Por consiguiente, **mi segundo deseo** para disminuir el costo de la ignorancia sería contar con profesionales médicos y de salud mejor preparados. Serían personas que, además de conocer todo lo más importante de la asistencia de la enfermedad, también se ocuparan de atender y cuidar a los diabéticos. Esto podría parecer la misma tarea, pero no lo es.

Es necesario convencer a los funcionarios encargados de decisiones que incluyan la educa-

Mi madre discrepó del médico cuando él dijo que era normal que un diabético expulsara azúcar por la orina. Le contestó: “el páncreas de María no lleva a cabo la tarea normal de regular la glucosa en su sangre. Yo soy la que ahora debo encargarme de esa tarea y hacerla perfectamente”

ción de diabéticos y de quienes los atienden (profesionales sanitarios y médicos), como el componente principal de la atención de esta enfermedad. Los funcionarios mencionados deben estar perfectamente conscientes que ello disminuiría los gastos que se hacen en la enfermedad y reforzarían su propia situación política, porque responderían positivamente a sus actos los grandes grupos de ciudadanos interesados en la diabetes. Por esta causa, **mi tercer deseo** sería que los funcionarios encargados de tomar las decisiones a nivel mundial, estén perfectamente conscientes de que la ignorancia es carísima para su país y para sí mismos.

Ya en este punto, el cuarto y quinto deseos a los que aspiro, serían que se pudiera disponer de insulina y de la tecnología adecuada para todo diabético, además de que la sociedad no asumiera una actitud de discriminación, sino entendiera perfectamente lo que es la diabetes. Estos dos deseos posiblemente se verían cumplidos automáticamente si se me concedieran los primeros tres.

Mi padre decía siempre que los deseos se materializan cuando se plasman en planes concretos y definidos de acción. Por esa causa, pienso que la única forma de desterrar la ignorancia que existe es unir a todas las personas que atienden a los 100 millones de diabéticos, o que laboran en tareas contra esta enfermedad a nivel mundial, para dar el mismo mensaje. Unidos seremos más fuertes y nuestras peticiones serán mejor escuchadas. Necesitamos actuar y organizar asociaciones vigorosas para atender diabéticos en todas las naciones, y dentro del seno de la Federación Internacional de Diabetes, que constituye el único abogado verdaderamente integral de los diabéticos. Sólo así podremos cambiar el mundo para nosotros y las generaciones futuras.

SOBRE LA DIABETES

Se conocen dos tipos de diabetes: la insulino dependiente (DMID o tipo 1, que comprende 10% de los casos, aproximadamente), y la insulino independiente (DMII o tipo 2, que comprende 90% de los pacientes).

La diabetes es la causa principal de ceguera, amputación, enfermedades de riñones y corazón. Es un cuadro crónico y complejo, difícil de tratar, e incurable.

Desde finales de los años ochenta, su prevalencia casi se ha triplicado y ha alcanzado proporciones epidémicas en muchas partes del mundo. Para el año 2010 se ha calculado que el número de diabéticos se duplicará a nivel mundial. El costo de tratar y asistir este trastorno ha aumentado extraordinariamente y en algunos países en desarrollo, los diabéticos no cuentan con la seguridad de abastecimiento regular de la insulina, que es el medicamento que les salva la vida.

ABREVIATURAS

DMID Diabetes mellitus insulino dependiente o diabetes de Tipo 1

DMII Diabetes mellitus insulino independiente, o de Tipo 2

ECCD Estudio de Control y Complicaciones de la Diabetes

HBA₁C Hemoglobina glucosilada, que es un índice para el control de la glucosa sanguínea

HIPO Hipoglucemia o disminución de los niveles de glucosa en la sangre

LA FID

La Federación Internacional de Diabetes (FID) es el vocero de todos los diabéticos del mundo. Es una organización no gubernamental que sostiene relaciones oficiales con la Organización Mundial de la Salud (OMS), y está integrada por 138 organizaciones miembros en 111 países.

La FID representa a sus miembros a nivel internacional, y su tarea es mejorar y prolongar la vida de los diabéticos de todo el planeta.

MESA DIRECTIVA

PRESIDENTE

Prof. Jak Jervell, *Noruega*

PRESIDENTA ELECTA

María L. de Alva, *México*

VICEPRESIDENTES

Prof. M. Berger, <i>Alemania</i>	M. Mckinnon, <i>Reino Unido</i>
Prof. F. Bonnici, <i>África del Sur</i>	L. Mellor, <i>Australia</i>
L. Etu-Seppälä, <i>Finlandia</i>	*H. Rivera, <i>EUA</i>
Prof. T. Johnson, <i>Nigeria</i>	Dr. J. Skyler, <i>EUA</i>
*Prof. T. Kaneko, <i>Japón</i>	*Dr. MH. Tan, <i>Canadá</i>
*Prof. P. Lefebvre, <i>Bélgica</i>	*Prof. J. Turtle, <i>Australia</i>

JUNTA DE TRATAMIENTO Y ASISTENCIA

*Los funcionarios señalados y además,

Prof. M. Arab, <i>Egipto</i>
Prof. PD. Home, <i>Reino Unido</i>
Dr. JC. Mbanya, <i>Camerún</i>
Dr. BS Raheja, <i>India</i>
Dr. M. Ruiz, <i>Argentina</i>

FUNCIONARIOS REGIONALES Y PAÍSES DELEGADOS

África

Presidente - Dr. JC. Mbanya, el Camerún

Vicepresidente - Prof. M. Otim, Uganda

PAÍS DELEGADO - ZIMBABWE

Zona oriental del Mediterráneo y Medio Oriente

Presidente - Prof. M. Arab, Egipto

Vicepresidente - Prof. K. Nagati, Túnez

PAÍS DELEGADO - PAKISTÁN

Europa

Presidente - Prof. PD. Home, Reino Unido

Vicepresidente - J. Apfel, Reino Unido

PAÍS DELEGADO - FRANCIA

Sudeste de Asia

Presidente - Dr. BS Raheja, India

Vicepresidente - Prof. Mahtab, Bangladesh

PAÍS DELEGADO - LA INDIA

América del Norte

Presidente - S. Tucker, EUA

Vicepresidente - Dr. E. Morrison, Jamaica

PAÍS DELEGADO - CANADÁ

Pacífico Occidental

Presidente - Dr. C. Cockrain, Hong Kong

Vicepresidente - J. Townend, Australia

PAÍS DELEGADO - EL JAPÓN

América Central y del Sur

Presidente - Prof. M. Ruiz, Argentina

Vicepresidente - Dr. A. Pérez-Comas,

Puerto Rico

PAÍS DELEGADO - COLOMBIA

PRESIDENTES HONORARIOS

Prof. S. Baba, Japón

Prof. JS Bajaj, India

Prof. J. Hoet, Bélgica

Prof. H. Keen, Reino Unido

Dr. L. P. Krall, EUA

Dr. R. Levine, EUA

Prof. H. Rifkin, E

Coordinador editorial - Phoebe Weiland, Reino Unido

Comité consultor editorial

María L. de Alva, México

Prof. Jean-Philippe Assal, Suiza

Trisha Dunning, Australia

Prof. Jak Jervell, Noruega

Prof. Johnny Ludvigsson, Suecia

Dr. Jean-Claude Mbanya, Camerún

Diseño - John Grain, Reino Unido

Cubierta, diseño y tipografía de la versión en español - Visual Solutions Group, Alexandria, Virginia

La FID agradece al Programa de Enfermedades No Transmisibles de la Organización Panamericana de la Salud, su valiosa ayuda para la elaboración de este libro.

También desea expresar su agradecimiento a Boehringer Mannheim, GmbH, por su apoyo para la elaboración de la versión original en inglés de esta publicación.