



Fuensanta Gómez Giménez⁽¹⁾, Isabel de Blas Cerezo⁽²⁾, Patricia Vázquez Pérez⁽²⁾.

⁽¹⁾Enfermera Consultorio rural de Santo Domingo. Algete (Madrid). Persona con diabetes tipo 1.

⁽²⁾Enfermera Consultorio rural de Fuente el Saz. Algete (Madrid).



Diabetes tipo 2, desafíos educativos en el entorno rural

Anivel mundial, las enfermedades crónicas se consideran un problema de salud pública en aumento. Suponen para la persona un deterioro progresivo, la pérdida gradual de autonomía y empeoramiento de la calidad de vida. Su elevada morbilidad conlleva un importante incremento

del uso de recursos sanitarios, en especial, en atención primaria. Se estima que el 80% de las consultas de atención primaria son generadas por pacientes con enfermedades crónicas (1). Entre estas enfermedades se encuentra la diabetes mellitus, la cual, la OMS ha señalado como una epidemia mundial (2).

IMPORTANCIA DE LA ENFERMERA DE ATENCIÓN PRIMARIA (AP) EN LA EDUCACIÓN A LA PERSONA CON DIABETES TIPO 2

Los centros de AP son el primer lugar donde la población acude si tiene un problema de salud o quiere prevenir una enfermedad. Hoy en día el modelo de AP es el nivel básico e inicial de atención que brinda el sistema sanitario. Encontramos un conjunto de profesionales preparados para ofrecernos una atención asistencial integral y de calidad, resultado de un trabajo coordinado y en equipo de profesionales de medicina y enfermería de familia, pediatría y atención a la ciudadanía, entre otros.

Las diferencias socio económicas y culturales de la población suponen un reto a superar, así como la dispersión en las zonas geográficas. Los programas educativos deben ser siempre estructurados pero flexibles y fácilmente cambiantes, adaptables a todas las poblaciones.

El trabajo del **equipo multidisciplinar** es clave en el manejo y tratamiento de la diabetes, para poder garantizar una atención de calidad a las personas con diabetes ya que les ayuda a comprender y manejar esta enfermedad de forma efectiva mejorando su calidad de vida y evitando complicaciones a largo plazo (3).

Parfraseando a Carmen Ferrer, “la colaboración interdisciplinar en la AP pasa por la

visibilidad de la especificidad que aportan las enfermeras a los equipos y su capacidad de resolver problemas de los ciudadanos desde su propia identidad, de manera finalista y con un enfoque particular en que el papel de las enfermeras es crucial para enfrentar los desafíos actuales y futuros en la prestación de servicios de salud, la promoción de la calidad de la atención, la coordinación entre el sector sanitario y social y la eficiencia de los servicios, etc. Es responsabilidad de todos y de todas, especialmente de los líderes de nuestras instituciones y de las políticas de salud, reconocer y promover la contribución específica de las enfermeras comunitarias” (4).

Las enfermeras de AP prestan cuidados al paciente en la comunidad con problemas tanto agudos como crónicos. Comprenden actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social.

La diabetes tipo 2 todavía sigue siendo una enfermedad poco comprendida por la sociedad e incluso por las personas que la padecen. Quién no ha escuchado frases como: “tengo un poco de azúcar, pero no soy diabético” “pero su diabetes no es de la mala, no se pincha”... y muchas otras expresiones usadas incluso por profesionales durante años que quitan importancia a una enfermedad cada vez más prevalente. Y el desafío está en la educación. Si no educamos a la sociedad en general, y a las personas con diabetes en particular, para entender esta »

LAS DIFERENCIAS SOCIO ECONÓMICAS Y CULTURALES DE LA POBLACIÓN SUPONEN UN RETO A SUPERAR, ASÍ COMO LA DISPERSIÓN EN LAS ZONAS GEOGRÁFICAS. LOS PROGRAMAS EDUCATIVOS DEBEN SER SIEMPRE ESTRUCTURADOS PERO FLEXIBLES Y FÁCILMENTE CAMBIANTES, ADAPTABLES A TODAS LAS POBLACIONES





» patología y darle la importancia que tiene, no conseguiremos frenar su avance.

Como señala el Dr. Joslin: “La educación no es una parte del tratamiento de la diabetes, es el tratamiento” y “El diabético que más sabe es el que más vive” (5). Estas afirmaciones ponen de relieve la importancia de la educación en diabetes.

El proceso educativo debe incluir a la persona con diabetes en primer lugar en su entorno, y en nuestro caso tendremos que acercar esa educación a la población rural.

OBJETIVOS

En el presente artículo pretendemos analizar los desafíos educativos en la diabetes tipo 2 en atención primaria en general y en concreto en los pacientes de nuestro entorno rural. Nos gustaría compartir los posibles abordajes educativos desde la consulta de la enfermera rural con los recursos disponibles en nuestro entorno.

Empezaremos por hablar del contexto y desafíos generales en áreas rurales para luego acercarnos a los retos de educación en diabetes en particular en nuestros centros.

CONTEXTO Y DESAFÍOS EN EL MANEJO DE LA DM 2 EN ÁREAS RURALES

En los estudios sobre la incidencia de la diabetes tipo 2 los datos específicos de las zonas rurales no siempre están desagregados. Se sabe que la diabetes tipo 2 es un problema creciente influido por varios factores socioeconómicos y de estilo de vida (6, 7):

1. Nivel Educativo Bajo: las personas con menor nivel educativo tienen menos conocimientos sobre la prevención y el manejo de la diabetes, así como la menor conciencia de enfermedad, lo que puede aumentar el riesgo de desarrollar y detectar tempranamente esta patología.

2. Acceso a Servicios de Salud: en las áreas rurales, la disponibilidad y accesibilidad de servicios médicos especializados son limitadas, lo que dificulta la detección temprana y el tratamiento adecuado de la diabetes. Además, esta dificultad para la accesibilidad puede conllevar la falta de adherencia al tratamiento, así como a inercia terapéutica de los profesionales por no disponer de los recur-»

» sos materiales, humanos o tiempo necesario para el buen seguimiento de los pacientes.

3. Ingresos Económicos: las personas con menores ingresos suelen tener menos acceso a alimentos saludables y a instalaciones para la actividad física, lo que incrementa los factores de riesgo como la obesidad y el sedentarismo.

4. Estilos de Vida y Alimentación: para conseguir estos objetivos de la terapia nutricional la enfermera de AP tiene un papel clave con la educación sanitaria promoviendo una alimentación equilibrada además de las siguientes recomendaciones:

- Promoción de práctica regular de ejercicio físico.
- Conseguir y mantener un peso objetivo reduciendo el riesgo de enfermedades cardiovasculares.
- Conseguir el objetivo individualizado de glucemia, tensión arterial, y lípidos.
- Prevenir o retrasar las complicaciones de la diabetes.
- Mantener el placer de comer aportándole mensajes acerca de la elección de los alimentos.

Las zonas rurales pueden tener dietas tradicionales ricas en carbohidratos y grasas, junto con menores oportunidades para actividades físicas regulares, lo que contribuye a la incidencia de la diabetes. Los cambios en estilos de vida pueden ser difíciles en estos pacientes, con costumbres tradicionales muy arraigadas.

5. Obesidad: la obesidad es un factor de riesgo significativo para la diabetes tipo 2. En áreas rurales, las tasas de obesidad pueden ser altas debido a la combinación de dieta inadecuada y falta de ejercicio.

6. Condiciones Laborales: el trabajo físico pesado en zonas rurales puede llevar a un agotamiento que desincentiva la actividad física adicional. Además, el estrés asociado con condiciones laborales difíciles, dificultades económicas, mayor desempleo, etc., también puede ser un factor contributivo.

Estos factores interrelacionados crean un »





» entorno donde el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 es mayor, subrayando la necesidad de intervenciones específicas desde los centros de salud, adaptadas a las características y necesidades de las comunidades rurales (6,7).

Por otro lado, las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) juegan un papel crucial, por ejemplo, en el uso de sensores de glucosa, pero presentan desafíos particulares en contextos rurales:

- **Acceso a internet y dispositivos:** la conectividad a Internet y la disponibilidad de dispositivos móviles son fundamentales para el funcionamiento de los sensores de MCG, pero en áreas rurales, estos recursos pueden ser limitados.
- **Educación y alfabetización digital:** muchos pacientes en áreas rurales, especialmente los mayores, pueden no estar familiarizados con el uso de aplicaciones móviles y tecnología digital.

- **Seguridad de datos y privacidad:** la preocupación por la seguridad y la privacidad de los datos de salud puede ser una barrera adicional para algunos pacientes.

RECURSOS PROFESIONALES, MATERIALES Y EDUCATIVOS EN EL ÁREA RURAL

En la actual red de centros de salud podemos encontrarnos diversidad de consultorios rurales con características muy dispares y dependiendo de un mismo centro cabecera. Así por ejemplo, consultorios pequeños de profesionales únicos (médico y enfermera) en los que la atención tradicionalmente se ha centrado en la parte asistencial y a demanda. En estos centros las enfermeras tienen más dificultades para cambiar ese modelo de medicina tradicional hacia la educación para la salud y prevención de la enfermedad, hacia la esencia misma de la atención primaria. Estos

profesionales pueden ser además itinerantes, trabajando unas horas en un centro y otras en otro cercano, o por días según la organización en ese momento y deben realizar otras tareas como administrativas. Suelen ser centros pequeños sin mucha infraestructura para poder realizar educación grupal. Los recursos materiales en ellos pueden ser más escasos y de menor disponibilidad lo que puede dificultar la educación y atención a los pacientes.

En los consultorios que atienden a una población mayor se dispone de un equipo profesional de atención primaria completo y mejores infraestructuras para formación grupal. La proximidad entre los consultorios dependientes del mismo centro de cabecera permite compartir estos recursos, tanto humanos como materiales, agrupando ambas poblaciones. Esto supone adaptar la formación a cada tipo de paciente teniendo en cuenta las diferentes características educativas y socioeconómicas. »

» Los consultorios rurales pueden tener adscritos pacientes que residen en residencias de ancianos. En este caso la educación en diabetes debe recibirla el paciente, pero también la persona que le cuida y el familiar más cercano. La formación se realizará en la propia residencia puesto que se suele tratar de pacientes frágiles que les es imposible desplazarse al consultorio. Lo mismo ocurre con pacientes inmovilizados, a los que debemos educar en su propio domicilio.

La enfermera familiar y comunitaria para desarrollar la educación para la salud (EpS) como herramienta fundamental de la promoción de la salud dispone de 3 niveles de participación comunitaria:

- 1) **Individual:** en la consulta entre el profesional y los pacientes (es el más común en los consultorios pequeños) o en las salas para educación grupal. Suele centrarse en la modificación de estilos de vida inadecuados.
- 2) **Comunitario:** con intervenciones comunitarias puntuales como por ejemplo con motivo de días mundiales, con grupos de asociaciones o voluntarios, etc. aprovechando los recursos humanos (políticos, maestros, farmacéuticos, etc.) y materiales (centro social, centros deportivos, colegios, etc.) para llegar al mayor número de población. En los consultorios pequeños, por tanto, debemos aprovechar los recursos de la comunidad, salvando así esa barrera estructural.
- 3) **Comunitario en el proceso de planificación:** en intervenciones de acción comunitaria, grupos de presión, etc.

Siendo el nivel de intervención 3 el más complicado porque en las zonas rurales es más fácil que se interpongan intereses políticos desplazando los intereses y necesidades en salud de la ciudadanía.

“Las enfermeras también deben reconocer y valorar las diferencias culturales, como las creencias sobre la salud, las prácticas y las necesidades lingüísticas de las diversas poblaciones. Deben tomar medidas para identificar las subpoblaciones que son vulnerables a las disparidades de salud e investigar más a fondo las causas y las posibles intervenciones para estas disparidades” (8).D

CONCLUSIONES

- La educación en diabetes tipo 2 es la base del tratamiento y es necesario proporcionar a los pacientes las herramientas necesarias para su autocuidado.
- En las zonas rurales nos enfrentamos a muchos retos: falta de recursos materiales, humanos, infraestructuras, etc., a los que debemos adaptarnos para conseguir nuestros objetivos.
- Los desafíos en la educación en diabetes en el medio rural están condicionados por factores socioeconómicos, laborales, educativos, etc., propios de esta población.
- La población en las zonas rurales puede ser totalmente diferente, incluso perteneciendo al mismo centro cabecera, y necesitamos adaptar la educación en diabetes a sus necesidades.
- La educación en diabetes debe ser realizada siempre mediante programas estructurados y adaptados a la población, tanto en sesiones individuales como grupales, aprovechando los recursos de la comunidad.
- Y como conclusión final y tras todo el esfuerzo que supone, los resultados de la educación en diabetes en particular, y la educación para la salud en general, en el medio rural es muy gratificante, tanto para los pacientes como para los profesionales implicados en un objetivo común.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barrio Cortes J, Suárez Fernández C, Bandeira de Oliveira M, Beca Martínez M.T, et. al. Utilización de los servicios de salud de Atención Primaria en los pacientes crónicos según nivel de riesgo. Rev. Esp. Salud Pública [Internet]. 2019 [citado 2024 Jun 10]; 93: e201909082. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272019000100043&lng=es. Epub 07-Sep-2020.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Global Diabetes Compact 2021. Toronto; 2021 [citado 2024 Jun 10]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/eventos/cumbre-mundial-diabetes#:~:text=La%20diabetes%20es%20una%20epidemia%20mundial.%20En%20la,los%20500%20millones%20para%20finales%20de%20esta%20d%C3%A9cada>.
3. <https://www.revistadiabetes.org/tratamiento/la-importancia-del-equipo-multidisciplinar-en-diabetes/>
4. Ferrer Arnedo, C., Orkaizagirre Gómara, A. Redefiniendo la Atención Primaria a través de la mirada y actuación enfermera. Enfermería clínica. 2023; 33, 377-379. Disponible en <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-pdf-S1130862123001067>
5. Personajes de la endocrinología. Elliot Proctor Joslin (1869-1962). Rev Chil Endocrinol Diabetes. 2010;3(4):305-7.
6. Ortiz Ruiz N. Relaciones entre las desigualdades sociales y la Diabetes Mellitus tipo 2. Rev. Ger. Pol. Sal [Internet]. 2020 Mar 30 [citado 03 de septiembre de 2024];19:1-21. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/29383>
7. Esteban y Peña MM, Fernández Velasco E, Jiménez García R, et. al. Salud e incidencia y diferencias en vulnerabilidad territorial de la comunidad de Madrid. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2020;94. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/resp/2020.v94/202004020/es>
8. Mármol López MI, Miguel Montoya I, Montejano Lozoya, Raimunda. Impacto de las intervenciones enfermeras en la atención a la cronicidad en España. Revisión sistemática. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2018;92. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL92/REVISIONES/RS92C_201806032.pdf