



EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN DIABETES TIPO 2

Carlos Ortega Millán

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Centro de Salud de Pozoblanco. Córdoba.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
 2. PROPUESTA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD PARA PERSONAS CON DIABETES TIPO 2 EN ATENCIÓN PRIMARIA(¿QUÉ?)
 3. MOMENTOS CLAVES PARA LA EPD2 (¿CUÁNDO Y CÓMO?)
 4. METODOLOGÍA DE ABORDAJE DE LA EDUCACIÓN
 5. MENSAJES A LLEVARSE A CASA
- BIBLIOGRAFÍA

1.Introducción

La diabetes es una enfermedad crónica y de tratamiento complejo en donde la persona con diabetes tiene que realizar un laborioso autocuidado desde su diagnóstico, es por ello que contamos con una gran herramienta, la "Educación para la Salud" en nuestro caso endiabetes tipo 2 (EPDS2) erigiéndose esencial en el abordaje terapéutico de la persona con diabetes, presente desde el minuto uno de aparición de la diabetes. No podemos introducir el plan alimenticio, ejercicio, medicación, gestión emocional (incluido sueño) y abandono de hábitos tóxicos, sin informar al paciente sobre su importancia y sin motivarlo para que adquiera protagonismo en el control de su enfermedad. Así se manifiesta en la *Declaración de Saint Vincent* (1989), donde se afirma que ninguno de los objetivos que se proponen podrá cumplirse a menos que se desarrollen programas efectivos de educación en todos los niveles asistenciales y hace referencia al papel estratégico de la Atención Primaria.

Existe una evidencia clara que la Educación y el Apoyo para el Autocontrol de la Diabetes, mejora los objetivos glucémicos y reduce las complicaciones relacionadas con la diabetes tipo 2 (DM2). Además, reduce las visitas médicas, los ingresos hospitalarios y la atención en los servicios de urgencias, siendo por tanto un recurso costo efectivo.

La EPDS2 pretende que las personas estén mejor preparadas para pensar por sí mismas, tomar sus propias decisiones y fijarse metas realistas. El objetivo a lograr es que las personas estén y vivan lo mejor posible, todo esto está en línea con los comportamientos de autocuidado (*tabla 1*) que preconiza la Asociación para el Cuidado y la Educación de la Diabetes Americana (ADCEs) de "salud óptima y calidad de vida para personas con DM, afectadas o en riesgo de diabetes y afecciones crónicas"

Afrontamiento saludable	Una actitud positiva hacia la diabetes y el autocontrol, relaciones positivas con los demás y calidad de vida.
Alimentación saludable	Un patrón de alimentación con una amplia variedad de alimentos saludables en cantidades que promueven una salud y bienestar óptimos.
Estar activo	La actividad física frecuente y constante a menudo requiere un cambio de comportamiento sostenido, combatir las barreras potenciales con estrategias y objetivos apropiados.
Tomar medicamentos	Lista precisa y completa que incluya terapias complementarias y medicamentos de venta libre, recetas ininterrumpidas, toma de los medicamentos según lo prescrito y en el momento adecuado, creencias y preocupaciones sobre los medicamentos.
Monitorización	Más allá del autocontrol de la glucosa en sangre, incluir el monitoreo de la presión arterial, la actividad física, la ingesta nutricional, el peso, la medicación, los pies/piel, el estado de ánimo, el sueño, dificultad para respirar.
Reducción del riesgo	Identificación de riesgos y la implementación de comportamientos para minimizar y/o prevenir complicaciones o resultados adversos (hipoglucemia, hiperglucemia, retinopatía, nefropatía, neuropatía y complicaciones cardiovasculares...)
Resolución de problemas	Un comportamiento aprendido que incluye generar un conjunto de estrategias potenciales para la resolución de problemas, seleccionar la estrategia más apropiada, aplicar la estrategia y evaluar la efectividad de la estrategia.

Modificado de Kolb L. An Effective Model of Diabetes Care and Education. doi:10.1177/0145721720978154

Está claro que el manejo de la diabetes está en manos de la propia persona con diabetes. Los profesionales sanitarios somos el apoyo científico para el éxito en el manejo de la enfermedad que depende fundamentalmente de los mismos pacientes que hayan aprendido a convivir y actuar en relación con su enfermedad, sin detrimento en su calidad de vida. Esto representa una difícil tarea a los profesionales sanitarios, pues no sólo se trata de informar sino de educar en salud como herramienta de consolidar cambios.

Sólo se alcanzará el éxito si todos los implicados en la atención a las personas con diabetes reconocen la necesidad del componente educacional, y se asume alguna forma de aprendizaje y entrenamiento en métodos educativos.

Educar no es informar:

- » Cuando informamos, simplemente transmitimos conocimientos.
- » El proceso educativo es algo mucho más complejo; en el aprender influyen múltiples factores:
 - el conocimiento,
 - factores personales (edad, nivel de instrucción, creencias, experiencias de enfermedades anteriores, factores psicológicos, etc.),
 - factores ambientales (familia, amigos, trabajo, ocio, recursos, etc.).
- » El aprendizaje se realiza en tres niveles que son:
 - el cognitivo (conocimiento),
 - el afectivo (creencias, experiencias, actitudes),

- el psicomotor.

Por lo tanto, nuestra metodología de trabajo y nuestras actividades en EPSD2 deben contemplar no sólo el conocimiento sino todos estos factores mencionados.

Este documento propone una serie de estrategias y contenidos imprescindibles en EPSD2 para personas con diabetes.

2. Propuesta de Educación para la Salud para personas con diabetes tipo 2 en Atención Primaria (¿Qué?)

Proponemos una serie de módulos educativos en los que reseñamos la metodología a seguir por los profesionales sanitarios y la información a dar a los pacientes.

El orden establecido para los módulos es por prioridad, siendo lógicamente los primeros módulos los esenciales para comenzar la EPSD2. Conforme avancemos en el proceso iremos completando el resto de los módulos.

Estos módulos se pueden incluir en las consultas de control de crónicos de Atención Primaria y se pueden desarrollar en períodos de tiempo de 10-15 minutos. No olvidemos de la gran importancia de registrar las actividades sucesivas que realizamos con los pacientes.

Fase inicial:

A continuación, señalamos los módulos educativos necesarios en EPSD2:

- a. Comunicar el diagnóstico. ¿Qué es la diabetes?
- b. Evaluación de los factores que influyen en los hábitos de salud del paciente y en su actitud y comportamiento frente a su diabetes.
- c. El tratamiento de la diabetes.
 - » Plan alimenticio-Ejercicio físico
 - » Hipoglucemiantes orales.Insulina.
 - » Autoanálisis en sangre y en orina. Autocontrol.
- d. Complicaciones agudas:
 - » Hipoglucemia. Prevención y tratamiento.
 - » Cetoacidosis. Prevención y tratamiento.
 - » Actuación ante situaciones especiales: viajes, deporte, enfermedad intercurrente.
- e. Criterios de buen control metabólico.
- f. Complicaciones a largo plazo.
 - » Neuropatía con diabetes:pérdida de la sensación de dolor.
 - » Cuidado de los pies.Higiene. Cuidado de la boca.
 - » Problemas oculares.
 - » Nefropatía con diabetes.

Fase de seguimiento: Refuerzo

Una vez completada la fase inicial, es necesario seguir informando, seguir motivando... seguir el proceso educativo. Es necesario seguir con nuevas actividades de EPSD2, pues los conocimientos se pueden olvidar, se pueden perder algunas habilidades, reincorporar nuevos comportamientos no saludables, etc.

Se puede hacer de forma anual actividades educativas sobre tratamiento de la diabetes (plan alimenticio, fármacos, ejercicio), abordaje de la hipoglucemia, técnicas de autocontrol, cuidados de los pies y complicaciones tardías. Este sería un momento adecuado para hacer educación en grupo. Por otra parte, se podría reforzar según las características y circunstancias de cada paciente mediante educación individual.

Mensaje clave:

La educación pretende que las personas piensen por sí mismas, tomen sus propias decisiones y se fijan sus propios objetivos acordes con sus circunstancias. Si en un momento determinado una persona sólo se plantea un esfuerzo “pequeño” en relación con su salud, debemos respetarlo sin adoptar una actitud punitiva o de abandono. Ahora, sí debemos continuar nuestra labor como educadores, insistiendo, aunque con respeto hacia sus decisiones y ayudándole a perder sus miedos, etc. Podemos encontrarnos con un cambio de decisiones y actitud, aunque sea tras un período de tiempo mayor del esperado.

3. Momentos Claves para la EPSD2 (¿Cuándo y cómo?)

¿Educación individual o en grupos?

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

La educación individual al adaptarse a las características del paciente puede ser muy efectiva. Está indicada siempre al inicio de la enfermedad, o cuando existan cambios en la persona o en el tratamiento por ejemplo cuando se comienza la terapia con insulina, en períodos de descompensación o de stress en la vida del paciente (tabla 2).

La educación grupal está indicada en fases posteriores al inicio, después de la educación individual. El grupo puede actuar como elemento importante en los aspectos de motivación y refuerzo, así como que entre ellos mismos se comunican aspectos de su vida que en ocasiones los profesionales desconocemos.

¿Tenemos tiempo para educar?

Uno de los recursos más escasos en Atención Primaria es el tiempo, ¿cómo podemos hacer educación a personas con diabetes si tenemos muy poco tiempo? Por este motivo es necesario, dada la importancia de la EPSD2, que nos planteemos que métodos y estrategias debemos emplear, ajustándonos al tiempo de que disponemos y recordando que esto no es una labor individual del profesional sino de un trabajo en equipo de los profesionales sanitarios (medico-enfermera...). Aparte de esto, nos puede ser útil como complemento los programas basados en las nuevas tecnologías que están demostrando ser adecuados y que proporcionan un mayor acceso.

Existen **cuatro momentos críticos** (tabla 2) en la iniciación y transcurso de la diabetes, en donde es imprescindible que la actividad de educación sea garantizada por los profesionales sanitarios y asegurada por las instituciones sanitarias.

Al momento del diagnóstico: es importante que la persona reciba información clara y completa sobre la diabetes, sus causas, síntomas y tratamiento.

Al iniciar el tratamiento: una vez que se ha diagnosticado la diabetes, es importante que la persona reciba información sobre cómo controlar sus niveles de azúcar en sangre, cómo administrar insulina u otros medicamentos, y cómo llevar una alimentación saludable.

En momentos de cambio: cualquier cambio en la vida de una persona con diabetes puede afectar su control de la enfermedad, por lo que es importante que reciba educación sobre cómo manejar estos cambios. Por ejemplo, si cambia de trabajo o de horario laboral, si se va de vacaciones o si tiene un cambio en su estado de salud.

Y por último en las transiciones de la vida y/o cuidados (ver tabla 2).

Al Diagnóstico	Abordar los estilos de vida saludables, tratamiento farmacológico (insulina) si precisa y la salud emocional.
Anualmente y/o cuando no se cumplan los objetivos del tratamiento	<ul style="list-style-type: none">-Revisión de conocimientos, habilidades, psicosociales y conductuales y resultados.-Factores que inhiben o facilitan el logro del objetivo y las metas del tratamiento.-En DM2 de larga evolución con educación previa limitada.-Tratamiento ineficaz para alcanzar el objetivo terapéutico.-Cambio en la medicación, la actividad o la alimentación.-Mantenerlos resultados clínicos y de calidad de vida.-Hipoglucemia o hiperglucemia inexplicable.-Apoyo para lograr o mantener mejoras conductuales o psicosociales
Aparecen factores que pueden complicar la DM2	<p>Cuando existan cambios en:</p> <ul style="list-style-type: none">-Afecciones de salud, como enfermedad renal, accidente cerebrovascular, ECV, etc.- Tratamiento con esteroides o plan de medicación complicado.-Estado de salud que requiere cambios en la nutrición y actividad física, etc.-Planeando el embarazo.-Limitaciones físicas como deterioro cognitivo, discapacidad visual, problemas de destreza, restricciones de movimiento.-Factores emocionales como la angustia de la diabetes, la ansiedad y la depresión.-Necesidades básicas de la vida, como acceso a vivienda, alimentación, atención médica, medicamentos y limitaciones financieras.
En las transiciones de la vida y/ o cuidados	<p>Cuando existan cambios en:</p> <ul style="list-style-type: none">-Situación de vida como paciente internado en institución social o ambulatorio u otro cambio en situación de vivienda (viviendo solo, con familia, etc.).-Equipo de atención clínica.-Inicio o intensificación de insulina, nuevos dispositivos o tecnologías, y otros cambios de tratamiento.-Cambios relacionados con la edad que afectan la cognición, la visión, la audición, la autogestión, etc.

4. Metodología de abordaje de la Educación

La educación individual es el pilar fundamental del proceso educativo. Es la más adecuada como primer acercamiento al paciente, en el momento del diagnóstico o en el primer contacto con el equipo de salud. Y es también necesaria para la educación continuada durante toda la vida. Tiene en la entrevista clínica y la atención longitudinal los instrumentos idóneos para conseguir una mayor eficiencia en el proceso de adquisición de conocimientos y modificación de actitudes y hábitos. Este proceso debe ser continuado en el tiempo y no contemplado como una actividad puntual, de aquí la importancia de establecer un plan educativo individualizado y de graduar en el tiempo los objetivos a alcanzar, reforzando periódicamente el entrenamiento conductual a través de la relación longitudinal entre los profesionales sanitarios y las personas con diabetes.

Ventajas:

- » El plan educativo puede ser adaptado a las circunstancias personales, sociales, culturales, económicas,..., de cada paciente, así como al tipo y momento evolutivo de la enfermedad
- » Favorece la bidireccionalidad en la relación educativa.

Inconvenientes:

- » Consume mucho tiempo de consulta
- » Exige entrenamiento en técnicas de comunicación y una actitud positiva por parte del profesional acerca de la educación para la salud.

Esquema general de actuación:

- A. Evaluación de factores que influyen en el modo de vida del paciente y por tanto en sus hábitos de salud, comportamientos, problemas y necesidades.
- B. Planteamiento de los objetivos a lograr.
- C. Estrategias y actividades educativas.
- D. Evaluación.

A. Evaluación de factores que influyen en el modo de vida del paciente y por tanto en sus hábitos de salud, comportamientos, problemas y necesidades.

El establecimiento de comportamientos saludables, de hábitos de cuidados no sólo depende del *"saber"*, de que esa persona sepa lo que es bueno y aconsejable para la salud; también dependen del *"querer"*, de que esa persona decida adoptar determinados comportamientos de salud; y por último una vez que toma la decisión depende del *"poder"*, de que tenga a su alcance los medios necesarios para realizar dicho comportamiento.

Por ejemplo, para que una persona con diabetes realice con éxito su autoanálisis de glucemia depende de:

- » Saber: Que conozca los beneficios que le puede aportar el control de su enfermedad. La estrategia para transmitir estos conocimientos, no es la misma en una persona con alto nivel de instrucción que en una analfabeta.
- » Querer: Una serie de características personales pueden influir en que la persona decida realizar autoanálisis:
 - Experiencias previas de enfermedad,
 - Su manera de vivir la enfermedad y el dolor (puede haber miedo en relación con los pinchazos).
 - Su grado de autonomía. Si es una persona autónoma e independiente en el desarrollo de su vida diaria estará dispuesta inmediatamente a no depender de nadie para hacerse sus controles.
- » Poder: Condiciones físicas como agudeza visual, habilidad psicomotora, contar con el material necesario.

Por tanto, para educar previamente hay que valorar toda una serie de factores que nos van a influir sobre el proceso educativo y determinan directamente cómo lo vamos a hacer, qué problemas nos vamos a encontrar, y qué soluciones les vamos a dar. En definitiva, nuestro trabajo consistirá en ayudarles en el saber, en el querer y en el poder.

B. Planteamiento de los objetivos a lograr.

- » Se debe hacer siempre conjuntamente con la persona implicada.
- » Nunca deben ser prescriptivos.
- » El planteamiento de objetivos debe ser gradual, escalonado... según se vayan obteniendo logros.

Grandes objetivos a largo plazo u objetivos muy ambiciosos pueden crear una gran desesperanza en la persona por la dificultad para lograrlos. Es más conveniente ir concentrándose en unos pocos y prácticos objetivos a

corto plazo, ir planteando pequeños objetivos que vayan delineando los objetivos finales. Por ejemplo, mejor que insistir al paciente en disminuir una serie de kilos se podría proponerle que perdiera una mínima cantidad en dos semanas ó simplemente plantearse no ganar peso (que ya sería un gran logro).

En resumen, los objetivos deben ser precisos, prácticos, alcanzables a corto plazo y acordados con el propio paciente. Modificado de Diabetes Self-management Education and Support in Adults with Type 2 Diabetes.

Aun insistiendo en que deben individualizarse ante cada persona, proponemos de manera orientativa los siguientes objetivos generales:

1. Asumir y aceptar su Diabetes.
2. Conocimientos fundamentales sobre su trastorno metabólico.
3. Mejorar la calidad de vida de la persona con diabetes, promocionando los hábitos de vida saludables, especialmente los referentes a alimentación, ejercicio, tabaco y alcohol.
4. Proporcionar los recursos para que sea un individuo "capaz", activo y autónomo respecto al cuidado de su Diabetes.
5. Evitar la aparición de complicaciones agudas y crónicas.

C. Estrategias y actividades educativas

» **El Proceso de Aprendizaje:** enseñaremos teniendo en cuenta que el aprendizaje es un proceso en el que se suceden una serie de fases:

1. Estar informado, estar al corriente
2. Estar interesado
3. Sentir la necesidad de tomar una decisión
4. Tomar una decisión
5. Ensayar el comportamiento
6. Adoptarlo
7. Adaptar la conducta
8. Interiorizarlo

Ejemplo: vamos a transmitir información sobre el ejercicio y sus ventajas. Es posible que logremos interesar al individuo sobre el tema, de forma que él también busque información y reflexione sobre ella. Una vez que ha procesado esta información puede que sienta necesidad de tomar una decisión respecto a si hace ejercicio. Decide caminar todos los días y se une a un grupo de vecinos que da un paseo diariamente a primera hora de la mañana. Empieza a probar, y se da cuenta que se siente mejor, más relajado, sus cifras de glucemia, han mejorado y ha tenido que disminuir la dosis de insulina. Además, se lo pasa bien con este nuevo grupo de amigos que ha encontrado. Todas estas ventajas le irán influyendo para que el hacer ejercicio deje de ser algo que siempre iniciaba y probaba, y se convierta en una conducta adoptada, y con el tiempo interiorizada dentro de su forma de vivir. Nosotros tenemos que seguir todas estas fases y reforzar cada una de ellas.

» **La comunicación:** nuestra actividad en educación individual se va a establecer a través del dialogo. Transmitiremos información y permitiremos que exprese sus sentimientos y creencias, que los analice, que identifique problemas, que busque soluciones La entrevista motivacional es el instrumento que el profesional de Atención Primaria debe conocer y utilizar en el proceso de educación del paciente persona con diabetes. Requiere un adecuado entrenamiento por parte del sanitario, ya que supone un cambio conceptual con respecto al modelo informativo clásico. Permite la aplicación de una serie de habilidades de comunicación centradas en la experiencia del consultante, bajo un clima de empatía, interés, tolerancia y cooperación mutua, respetando siempre las últimas decisiones del paciente. Con ello trasladamos el peso del cambio en los hábitos hacia la propia persona con diabetes, ayudando nosotros en el proceso de toma de decisiones, reestructurando sus creencias y negociando los cambios propuestos. Es una línea de entrevista que trata de conseguir decisiones que partan del paciente, obtenidas tras una correcta información por parte del profesional y después de verificar la necesaria comprensión del problema de salud que presenta la persona con Diabetes.

A la hora de informar al paciente acerca de su enfermedad y de las distintas opciones terapéuticas recomendadas, debemos tener en cuenta que el éxito en todo proceso de comunicación viene marcado por la bidireccionalidad. El paciente no es un mero receptor, sino que se deben dar las condiciones para que pueda interrumpir y opinar en cualquier momento, explorando los conocimientos y creencias previas del paciente, y apoyándonos en ellos para conseguir que los mensajes sean correctamente interpretados.

» **Métodos de exposición:** los elementos conceptuales en la emisión de mensajes informativos se apoyan en una serie de técnicas que resulta imprescindible incorporar como rutinarias en el proceso de educación para la salud en la persona con diabetes. Estos elementos conceptuales son:

- **Enunciación:** anunciar los contenidos que vamos a explicar (“ahora vamos a hablar de las hipoglucemias, voy a explicarle en qué consiste tener el azúcar bajo...”).
- **Ejemplificación:** explicar un contenido mediante un ejemplo de fácil comprensión. Es una técnica muy potente con la que conseguimos transmitir complicadas ideas con poco esfuerzo de comprensión por parte del paciente. Nos basamos en asimilar el concepto que queremos comunicar a un modelo exterior y conocido por el paciente (la glucosa con las monedas, el metabolismo con una caldera, la insulina con una llave, las arterias con las tuberías, ...). La técnica de ejemplificación debe ser breve, clara, y de escasa complejidad, sobre todo en ancianos y personas de escaso nivel cultural.
- **Racionalidad:** explicar el fundamento o actuación de la conducta terapéutica propuesta. No se trata de una explicación técnica y prolija, sino de intentar que el paciente comprenda el porqué de nuestra propuesta, respetando su independencia (“los hipoglucemiantes orales ayudan al páncreas a segregar insulina, la acarbosa hace que el azúcar no atraviese el intestino, la insulina es necesaria para que el organismo utilice el azúcar, el ejercicio hace consumir azúcar al organismo” ...).
- **Detallar las instrucciones y los cambios:** detallar los cambios conductuales propuestos. El paciente recuerda sólo una pequeña parte de lo que le comunicamos verbalmente, pero lo que recuerda es lo más importante, lo que decimos al principio y lo que se incorpora a su régimen habitual de vida, los pedagogos recomiendan que al final de la sesión marquemos los tres aspectos y sólo tres, mas importantes que queremos que no se le olvide. Es conveniente basarse, a través de la bidireccionalidad, en los hábitos del paciente para detallar los cambios que queremos introducir (“se tomará las pastillas antes de las comidas”, “la insulina se la pone antes del desayuno y cena”, “salga a dar un paseo por la mañana antes de recoger a sus nietos en el colegio ...”). Es muy importante detallar por escrito las instrucciones terapéuticas, considerando siempre la posibilidad del analfabetismo funcional y las posibles limitaciones visuales que podemos encontrarlos.
- **Comprobar la asimilación:** cerciorarse de la exacta comprensión de los mensajes (“explíqueme usted ahora cómo va a inyectarse la insulina”, “enséñeme como se determina la glucemia capilar”...).

» **Las características formales** en la emisión de mensajes informativos deben ser dominadas de forma eficaz por el sanitario que educa individualmente al paciente. La forma de hablar y construir las frases, el vocabulario empleado y los complementos visuales utilizados son factores esenciales para conseguir una correcta comprensión del mensaje que pretendemos comunicar:

- **Frases cortas:** las frases deben tener una longitud no superior a las 20 palabras, como media. Evitaremos utilizar términos médicos, adecuando nuestro lenguaje al nivel cultural del paciente. En los ancianos es conveniente usar un tono más pausado para permitir una mejor asimilación.
- **Vocabulario neutro:** utilizar términos de bajo contenido emocional, evitando palabras que desencadenan una respuesta emocional intensa por sí mismas (ceguera, amputación, muerte, ...).
- **Dicción clara y entonación adecuada:** las palabras más importantes deben quedar suficientemente subrayadas y la dicción permite comprenderlas sin esfuerzo. No hay peor enemigo para una comunicación eficaz que una voz inaudible o monótona.
- **Complemento visual-táctil:** utilizar vías de comunicación distintas a la auditiva, reforzando la comprensión de los mensajes. Utilizar folletos explicativos adaptados a las características de nuestros pacientes, sin olvidar el alto grado de analfabetismo funcional que existe en nuestros mayores.

La utilización de material escrito (libros, folletos, guías) es un complemento importante en el que podemos apoyarnos para reforzar nuestro mensaje. Existe mucho material bibliográfico para personas con Diabetes que podemos proporcionar o recomendar.

» **Métodos conductuales:** se usan para ayudar a aprender una determinada conducta o habilidad. También los podemos utilizar una vez aprendida esa conducta, reforzar al individuo para que la perfeccione y la incorpore de forma permanente a su vida diaria.

- **El entrenamiento.** Consiste en demostrar una determinada conducta o habilidad, por ejemplo, como ponerse la insulina, y luego hacer a la persona practicar. Finalmente progresará y perfeccionará esa habilidad.
- **El refuerzo positivo.** Consiste en recompensas de todo tipo, por ejemplo, emocionales a través de la alabanza (es muy importante felicitar a la persona por los logros conseguidos, expresar nuestra alegría, etc.), materiales, como el dinero que ahorrará al dejar de fumar. También puede haber un refuerzo positivo por observación de las conductas de otras personas con diabetes y los logros conseguidos por los mismos. O por los beneficios sociales obtenidos (ejemplo: una persona con diabetes al que a la hora de darle un puesto de trabajo en una empresa determinada se valoró su nivel de educación en diabetes y su autonomía y dominio en el autocuidado). Estos refuerzos son extraordinariamente importantes a la hora de mantener o aumentar la frecuencia de una conducta saludable.
- **Extinción.** Supone reducir la frecuencia o eliminación de una conducta no saludable modificando los factores que la refuerzan o la facilitan. Ejemplo: tenemos una joven con diabetes de 30 años que vive

sola y aunque conoce perfectamente en qué consiste una alimentación sana, comprobamos que su plan alimenticio es un desastre. Analizando el problema con ella misma, detectamos que el comer en soledad le deprime, que es incapaz de guisar para ella sola, y que por tanto cuando llega a casa come lo primero que tiene a su alcance, un trozo de queso, una sopa de sobre, etc. Solución: Eliminar el factor que facilita una alimentación inadecuada, el comer en soledad. Una de las alternativas propuestas a ensayar es establecer con otros amigos que coman solos una "comunidad para comer sano". Cada día una persona se encargará de guisar en su casa para los demás.

» **El método del contrato:** se trata de establecer un contrato entre dos personas, hablado o escrito. Ejemplo: Ante una persona que se niega a tomarse la medicación porque piensa que es alérgica a la mayoría de las pastillas, podemos establecer un contrato con ella: le proponemos que inicie el nuevo tratamiento y a cambio le ofrecemos nuestra disponibilidad para ayudarla si tiene cualquier problema con la medicación.

D. Evaluación

La evaluación debe ser un proceso continuo desde que comenzamos a hacer educación. Hay que evaluar el conocimiento y las destrezas adquiridas por el paciente y su traducción en comportamientos y hábitos de salud. Es esencial repasar con frecuencia estos conocimientos y destrezas, preguntando a la persona con diabetes o pidiéndole que nos demuestre ciertas habilidades. Si no adoptamos una actitud punitiva, sino de comprensión y ayuda a la persona con diabetes será más sincero con nosotros cuando nos comunique cómo se comporta y como vive.

Sería de gran ayuda para evaluar el disponer de una hoja de registro en la que figuren todos los contenidos, destrezas y habilidades contemplados en nuestro programa educativo. En cada punto podemos registrar si se impartió (con frecuencia insistimos en determinados temas y olvidamos otros), el grado de conocimientos y destrezas de la persona con diabetes y por último si lo lleva a la práctica.

La evaluación individual a modo de check-list, para conocer sus puntos fuertes y débiles (a trabajar) debe ir dirigida a contestar las siguientes preguntas:

1. ¿Se siente el paciente responsable personalmente del cuidado de su Diabetes?
2. ¿Aprecia el paciente los beneficios de su tratamiento?
3. ¿Nota el paciente obstáculos importantes a su tratamiento?
4. ¿Se ocupa el paciente con eficacia de su plan alimenticio y medicación?
5. ¿Controla el paciente su sangre y orina regularmente y responde adecuadamente a los resultados?
6. ¿Asume el paciente el autocontrol del tratamiento insulínico, ajustando, de acuerdo al resultado de los análisis, la ingesta de alimentos, ejercicio y cambios en el estilo de vida, así como cuando se siente mal?
7. ¿Asume el paciente un autocuidado efectivo para prevenir y tratar la hipoglucemia?
8. ¿Tiene la Diabetes efectos adversos importantes en el estilo de vida del paciente?
9. ¿Se muestra el paciente excesivamente preocupado (angustiado, deprimido, confuso o desconcertado) o pesimista y asustado por la Diabetes?
10. ¿Recibe el paciente adecuado apoyo de su familia, amigos y compañeros?
11. ¿Conoce el paciente sus objetivos de niveles de glucemia apropiados?
12. ¿Consigue el paciente objetivos adecuados?
13. ¿Reconoce el paciente y responde a la necesidad de revisión médica periódica?

5. Mensajes a llevarse a casa

Hay una serie de "máximas", que son fundamentales en educación y que deberemos tener siempre presentes:

- » La educación no se debe concentrar toda al inicio del diagnóstico.
- » La educación no puede ser puntual, tiene que ser continua.
- » La educación es un proceso largo que requiere insistencia y paciencia. Es fundamental insistir, insistir, ..., insistir ("técnica de gota a gota").
- » No iniciar un nuevo tema de educación sin haber consolidado el anterior.
- » Nunca ser punitivos. Tener una actitud comprensiva. Nuestras personas con diabetes "no son héroes" son personas normales y corrientes, y no es fácil cambiar de la noche a la mañana costumbres o hábitos que hemos tenido toda la vida.
- » Nunca intentar motivar a través del miedo. No da resultados a largo plazo. Utilizar siempre estímulos positivos. Hablar siempre de ganancias, nunca de pérdidas.
- » Debemos ser flexibles, adaptar el proceso educativo y los objetivos a la persona con diabetes y no al revés.

Bibliografía

- » ¹Blonde L, Umpierrez GE, Reddy SS et al. American Association of Clinical Endocrinology Clinical Practice Guideline: Developing a Diabetes Mellitus Comprehensive Care Plan 2022 Update. *Endocrine Practice* 28 (2022). <https://doi.org/10.1016/j.eprac.2022.08.002>
- » ²Diabetes Self-management Education and Support in Adults With Type 2 Diabetes: A Consensus Report of the American Diabetes Association, the Association of Diabetes Care & Education Specialists, the Academy of Nutrition and Dietetics, the American Academy of Family Physicians, the American Academy of PAs, the American Association of Nurse Practitioners, and the American Pharmacists Association. *Diabetes Care*. 2020;43(7):1636-1649. doi:10.2337/dci20-0023.
- » ³Facilitating Positive Health Behaviors and Well-being to Improve Health Outcomes: Standards of Care in Diabetes—2023. *Diabetes Care* 1 January 2023; 46 (Supplement_1): S68–S96. <https://doi.org/10.2337/dc23-S005>
- » ⁴ADA. Diabetes Self-management Education and Support in Type 2 Diabetes: A Joint Position Statement of the American Diabetes Association, the American Association of Diabetes Educators, and the Academy of Nutrition and Dietetics. *Diabetes Care*. 2015;38:1372–1382 | DOI: 10.2337/dc15-0730
- » ⁵Borrell i Carrió F. Manual de Entrevista Clínica para la Atención Primaria de Salud. Ediciones Doyma S.A. Barcelona 1989.
- » ⁶ADA. Diabetes Self-management Education and Support in Type 2 Diabetes: A Joint Position Statement of the American Diabetes Association, the American Association of Diabetes Educators, and the Academy of Nutrition and Dietetics. *Diabetes Care* 2015;38:1372–1382 | DOI: 10.2337/dc15-0730
- » ⁷Calle-Pascual AL et al. Behaviour modification educational programmes in obese type 2 diabetic patients. *Avances en Diabetología* 1993; 6: 119-124.
- » ⁸Ezkurra, P y cols. Guía de actualización en diabetes mellitus tipo 2. Educación terapéutica en diabetes. Fundación red DPS. Barcelona 2018: 156-159. Disponible en: Educación terapéutica en diabetes (redgtps.org)
- » ⁹Diabetes Education Study Group of the European Association for the Study of Diabetes (D.E.S.G.). Kit de supervivencia: Estrategias educativas de 5 minutos. *Educación Diabetológica Profesional*. 1995; 5: 3-23.
- » ¹⁰Kolb L. An Effective Model of Diabetes Care and Education: The ADCE7 Self-Care Behaviors™. *The Science of Diabetes Self-Management and Care*. 2021;47(1):30-53. doi:10.1177/0145721720978154.
- » ¹¹Diabetes Education Study Group of the European Association for the Study of Diabetes (D.E.S.G.). Kit de supervivencia: Estrategias educativas de 5 minutos. *Educación Diabetológica Profesional*. 1995; 5: 3-23.
- » ¹²Davis J, et al. 2022 National Standards for Diabetes Self-Management Education and Support. *Diabetes Care*. 2022 Feb 1;45(2):484-494. doi: 10.2337/dc21-2396. Erratum in: *Diabetes Care*. 2022 May 1;45(5):1298. PMID: 35050365
- » ¹³Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Servicios Sociales. Guía de Asociaciones. Ayuda Mutua y Autocuidado. 1988.
- » ¹⁴Rochon Alain. Educación para la Salud. Guía práctica para realizar un proyecto. Barcelona: Editorial Masson SA; 1991.
- » ¹⁵Grupo Enfermería de SEMES Diabetes Andalucía. Educación Diabetológica y Cuidados de Enfermería en las personas con Diabetes en el Ámbito Extrahospitalario. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) Andalucía. 2015. Disponible en: <https://www.semesandalucia.es/wp-content/uploads/2015/07/educacion-diabetes-enfermeria.pdf>
- » ¹⁶Turon Alcaine JM, Martínez Borobio G et al. Manual de Educación Individual Diabetes Mellitus tipo 2. Departamento de Sanidad. Gobierno de Aragón. 2018. Disponible en: https://www.aragon.es/documents/20127/674325/Manual_Educacion_Terapeutica_Individual_Diabetes2_ene18.pdf/c9ea1efe-12c5-b017-46a5-2ccd11d17b57
- » ¹⁷Durán-Tovar DE et al. Factores que determinan el déficit de educación terapéutica en diabetes mellitus tipo 2. *Medicina & Laboratorio*. 2021; 25:619-632. <https://doi.org/10.36384/01232576.453>.
- » ¹⁸National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK). National Diabetes Education Program, National Diabetes Survey (NDDS): 2016 final report. Bethesda, Maryland: National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases; 2016. Disponible en: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/health-statistics/diabetes-statistics/national-diabetes-survey>.
- » ¹⁹Educación en salud para proteger el futuro. Día Mundial de la Diabetes 2022. Servicio Canario de la Salud. Gobierno de Canarias. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocumento=a5a-d56cd-6064-11ed-9df8-07bc0abc0b93&idCarpeta=7e922394-a9a4-11dd-b574-dd4e320f085c#10>