

5

Educación terapéutica

5.1. Conceptos básicos de la educación terapéutica

La persona con diabetes debe asumir el autocuidado como objetivo propio para lo que debe contar con actitudes personales y herramientas adecuadas.

El equipo terapéutico debe facilitárselo mediante la formación, el desarrollo de competencias y el fomento de la automotivación del paciente.

La educación terapéutica en diabetes (ETD) es uno de los elementos imprescindibles en el cuidado de las personas con DM y es una herramienta fundamental para conseguir motivar y capacitar al paciente y su familia.

El objetivo que se persigue con ello es la gestión de la enfermedad, mediante la motivación y capacitación del individuo y su familia (paciente activo o empoderado). **GRADO A¹.**

Las intervenciones educativas en diabetes mejoran la calidad de vida a medio y largo plazo al aumentar el control de los resultados clínicos (HbA_{1c}, lípidos y peso). Esta mejora está relacionada con el aprendizaje adquirido entorno a la enfermedad y sus cuidados y cambio en los estilos de vida. **GRADO A².**

La estrategia de la ETD incluirá el conocimiento, la motivación y las habilidades de autocuidado y autocontrol dirigidas hacia el cambio de conducta y la autorresponsabilidad del paciente ante la enfermedad. **GRADO A².**

Los programas estructurados y continuados orientados a modificar los estilos de vida y el control del peso son los más efectivos. **GRADO B.**

La ETD puede ser enfocada de manera individual y grupal. La individual permite al profesional adecuar los objetivos, los contenidos y el ritmo docente de cada individuo (**GRADO A**)³, siendo la grupal complementaria. Una forma no excluye a la otra, por el contrario, ambas son complementarias. La educación es fundamental pero la elección de una u otra forma dependerá del momento evolutivo de la enfermedad, las comorbilidades y las necesidades del paciente.

La **educación individual** está indicada siempre en el principio de la enfermedad o cuando se inicia tratamiento inyectable, en periodos de descompensación o de estrés en la vida del paciente. Cada visita se debe aprovechar para reforzar y evaluar.

Debe ser impartida por profesionales de la salud con conocimientos teóricos y prácticos y habilidades comunicativas que vayan dirigidas a prevenir y retrasar la aparición de complicaciones a corto y largo plazo, fomentar el desarrollo de hábitos saludables, promocionar los autocuidados y la independencia y realizar seguimiento y control de afrontamiento/adaptación al proceso de salud. Debe estar centrada en el individuo; en sus necesidades educativas y emocionales, objetivos y preferencias individuales, creencias y experiencias vitales.

La ETD requiere una **evaluación continuada** que permita identificar carencias y reforzar contenidos mediante la entrevista clínica, la observación directa y la resolución de problemas. Los refuerzos y la evaluación periódicos de la ETD son más importantes para su efectividad que el tipo de intervención realizado. **GRADO A.**

Además, debe haber un registro de todas las intervenciones de enfermería en la historia clínica electrónica.

El contenido de la ETD debe ir dirigido al tratamiento (alimentación, actividad física y tratamiento farmacológico), autocontrol (peso, autoanálisis, complicaciones agudas y adherencia farmacológica) y cuidado de los pies.

Se debería realizar la prescripción del ejercicio y dieta en cualquier momento de la evolución de la enfermedad adaptado a las características del paciente y a sus comorbilidades.

De acuerdo con las recomendaciones, existen **cuatro momentos críticos** para evaluar las necesidades de educación y apoyo para autocontrol de la DM: en el diagnóstico, de forma anual, cuando surgen factores que complican la enfermedad y cuando ocurren transiciones en la atención.

La ETD es la base del correcto autocuidado y autocontrol.

5.2. Individualización de objetivos glucémicos

El paradigma actual del abordaje terapéutico de la diabetes aboga por la implantación de un tratamiento personalizado y la adecuación de los objetivos glucémicos en base a las características particulares de la enfermedad, la comorbilidad, las preferencias del paciente y los recursos disponibles⁴.

El valor de la HbA_{1c} contribuirá a la toma de decisiones terapéuticas por parte del profesional sanitario, siendo el autoanálisis y la monitorización continua de la glucosa herramientas complementarias.

La determinación de la HbA_{1c} se realizará al menos dos veces al año en individuos con buen control y cada tres meses en aquellos que no cumplan objetivos o hayan requerido cambios en el tratamiento⁵.

5.3. Autocontrol y autoanálisis

El autocontrol de la diabetes mellitus es uno de los pilares básicos de la educación que se debe proporcionar al individuo, iniciándose desde el principio del proceso terapéutico y en cada uno de los seguimientos. Ha demostrado efectos beneficiosos sobre el control metabólico, capacidad para predecir hipoglucemias y mejora de la conciencia de la enfermedad.

El autocontrol debe incluir el manejo de los estilos de vida (alimentación, actividad física, consumo de alcohol y tabaco), el control de los factores de riesgo cardiovasculares (peso, perímetro abdominal, hipertensión arterial y dislipemias), el control del riesgo de desarrollo de complicaciones agudas y crónicas; así como de los factores psicosociales, el uso, la dispensación y los efectos secundarios del tratamiento farmacológico y técnicas de autoanálisis.

El autoanálisis de la glucemia capilar es un elemento muy útil para el control de la diabetes, pero no es útil sin una educación sanitaria previa, salvo para la detección de hipoglucemias. **GRADO B.** El individuo requiere de un aprendizaje que le garantice la toma de decisiones responsables tras la obtención de los resultados.

➔ Mensajes clave

- Los programas basados en las nuevas tecnologías son muy adecuados y proporcionan un mayor acceso.
- La ETD es la base del tratamiento y pretende conseguir el autocuidado y autocontrol.
- Se deben realizar evaluaciones y refuerzos periódicos de las intervenciones en ETD para mantener su efectividad.

GRADO A.

Tabla 1 Periodicidad de autoanálisis según el tipo de tratamiento o situación

Tratamiento/situación	Control glucémico estable	Control glucémico inestable
Dieta, ejercicio y fármacos que NO provocan hipoglucemias	Solo como medio de ED y temporal	1/día o 1 perfil semanal
Fármacos que SÍ provocan hipoglucemias	1/semana y siempre en caso de sospecha	1/día o 1 perfil semanal
Insulina basal	3/semana	2-3/día
Insulina bifásica o intermedia en 2-3 dosis	1-3/día	2-3/día + 1 perfil semanal
Terapia basal-bolo	3-4/día + 1 perfil semanal	4-7/día
Bombas de insulina	4-10/día	Individualizar
Deportes/máquinas/conductores	Individualizar según actividad	
Tratamiento con corticoides	Según pauta de tratamiento	
Hipoglucemia	Ante cualquier sospecha o duda y después de tratar la hipoglucemia	

Tipos de glucómetros

Los medidores de glucemia digitales comercializados en España vienen regulados por la norma ISO 15197, cuyo propósito es objetivar y estructurar los valores que arrojan cuando se utilizan. En la actualidad (última revisión de la norma en 2013), se acepta un 1 % de

mediciones fuera del rango óptimo. La compra de los mismos viene regulada por los reales decretos 1662/2000 y 1591/2009.

Los glucómetros son dispositivos para medir la concentración de glucosa en sangre que utilizan los pacientes para llevar un autocontrol de su diabetes. Se trata de dispositivos de pequeño tamaño que requieren de una tira reactiva. El resultado es inmediato, en escasos 5-6 segundos.

En la actualidad, existe una amplia oferta en el mercado, centrándose la elección en el grado de adecuación del dispositivo a las necesidades particulares de cada paciente y su entorno: morfología del dispositivo, facilidad de uso y sistemas informáticos y de conectividad.

Algoritmo de utilización del autoanálisis

La Sociedad Española de Diabetes recoge normas sencillas y adaptadas a cada grupo de individuos acerca del autoanálisis en función del tratamiento y las circunstancias clínicas. La frecuencia de medición capilar viene dada por las características específicas de cada individuo, así como por los requerimientos del equipo sanitario⁶, debiéndose tener en cuenta: tipo de diabetes, tratamiento recibido, grado de control necesario y situaciones especiales (enfermedades concomitantes, cambios de tratamiento, periodos de inestabilidad y cambios de situación o actividad).

Bibliografía

1. Ezkurra P, coordinador. Guía Actualización en diabetes mellitus 2. Barcelona: Euromedice Vivactis;2016:17-19.
2. Fan L, Sidani S. Factors Influencing Preferences of Adults With Type 2 Diabetes for Diabetes Self-Management Education Interventions. Can J Diabetes. 2018 Dec;42(6):645-651. doi: 10.1016/j.jcjd.2018.04.003.
3. Cano Pérez J, Franch J. Guía de tratamiento de la diabetes tipo 2 en Atención Primaria. Recomendaciones clínicas con niveles de evidencia. Elsevier: Barcelona, 2010.
4. Alemán J, Artola S, Franch J, Mata M, Millaruelo J, Sangrós J. Recomendaciones para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2: control glucémico. Diabetes Práctica, 2014.
5. American Diabetes Association (ADA). Standards of Medical Care in Diabetes-2021. Diabetes Care 2021 Jan; 44(Supplement 1):S1-S232.
6. Menéndez Torre E, Tartón García T, Ortega Millán C, Fornos Pérez JA, García Mayor R, López Fernández ML. Recomendaciones 2012 de la Sociedad Española de Diabetes sobre la utilización de tiras reactivas para la medición de la glucemia capilar en personas con diabetes. Av en Diabetol, 2012.

5.4. Tipos de entrevista

Entrevista motivacional (EM) en las personas con diabetes

“La EM se ha diseñado para encontrar un modo constructivo de superar los retos que suelen aparecer cuando alguien, con intención de ayudar, se adentra en la motivación para el cambio de otra persona.”¹⁻²

La EM es un tipo de entrevista con un estilo de conversación colaborativo y de acompañamiento entre el profesional y el paciente, cuyo propósito es:

1. Reforzar la motivación intrínseca y el compromiso a la adherencia al plan terapéutico.
2. Evocar su propia motivación y recursos, respetando su autonomía.
3. Facilitar la potenciación de la percepción de autoeficacia del paciente¹⁻².

Se considera una herramienta eficaz y útil en la consulta de enfermería, para fomentar cambios positivos en los comportamientos de salud ^{3,4,5,6,7}; representa una alternativa frente a la persuasión.

Distinguimos tres estilos de comunicación. En un extremo encontramos el **estilo directivo** (o persuasivo), donde quien presta ayuda ofrece información, instrucciones y consejo. Un director es alguien que dice qué hacer y cómo hacerlo. En el estilo directivo las funciones del paciente/receptor son: obedecer, adherirse o cumplir.

En el extremo contrario encontramos el **estilo de acompañamiento**, en el que quien presta ayuda sabe escuchar, demuestra interés por lo que dice la otra persona, se esfuerza en entenderla y se contiene de hacer aportaciones propias.

En el centro encontramos el **estilo de guía**. La actitud del guía no consiste en decirle cuándo debe llegar, a dónde debe ir o qué debe ver o hacer. Un guía sabe escuchar y ofrece información experta cuando es necesario.

La EM se encuentra en este lugar intermedio entre ambos y puede utilizar herramientas tanto del estilo directivo como del de acompañamiento.

En la EM nos encontramos con cuatro procesos o fases que se solapan y son recurrentes al mismo tiempo: vincular, enfocar, evocar y planificar.¹⁻²

Tabla 2 Fases de la entrevista motivacional

Vincular	Proceso por el que ambas partes establecen una relación de trabajo, de ayuda y de establecimiento de objetivos.
Enfocar	Proceso por el que se desarrolla y mantiene un objetivo específico sobre el cambio. Los objetivos deben ser consensuados con el fin de poder trabajar en colaboración y respetando la autonomía del paciente.
Evocar	Implica ayudar a que la persona descubra sus propias motivaciones para cambiar. Se pretende ayudar a reflexionar sobre los argumentos para cambiar, explorando los motivos que tiene para ello.
Planificar	Abarca desarrollar el compromiso para el cambio y formular un plan de acción para ello. Es importante detectar el momento y explorar las opciones. Es un proceso dinámico que habrá que evaluar.

Los principios básicos de la EM son¹⁻²⁻³:

- **Expresar empatía:** significa aceptar y respetar al paciente, no necesariamente aprobarlo. Reconocerle el derecho a sentir lo que siente y ver las cosas de una determinada forma.
- **Verbalizar discrepancias:** es importante conseguir que el paciente verbalice sus discrepancias en cuanto a las razones que tiene para cambiar.
- **Evitar argumentar y discutir:** evitar argumentos directos para convencerle del cambio necesario. Evitar el reflejo de la corrección. Este nace del intento de ayudar a los demás empujando a solucionar los problemas.
- **Trabajar las resistencias:** evitar actitudes que puedan facilitar la aparición de resistencias, implicar al paciente de forma activa en la resolución de sus problemas. No se deben proporcionar soluciones al paciente.
- **Fomentar la autoeficacia:** aumentar la confianza y seguridad en la propia capacidad para hacer frente a una tarea o reto específicos.

Trampas a evitar¹⁻²:

- **Evaluación cerrada** (se realizan preguntas y el paciente responde con frases cortas como en un interrogatorio).
- **Rol de experto** (el terapeuta tiene respuestas para todo).

- **Focalizar prematuramente** (centrarse en lo que el profesional considera más importante y relegar las preocupaciones del paciente).
- **Culpabilizar** (desaprovechar el tiempo y energía en buscar culpables).
- **Charlar sin dirección** (se recomienda dirigirse a los objetivos y metas del paciente).

➔ Mensaje clave

- La EM ayuda a preparar a las personas con diabetes para el cambio contribuyendo a favorecer la motivación, el compromiso y la confianza.
El personal de enfermería de Atención Primaria está en una posición ideal para favorecer el cambio de hábitos y la motivación del paciente y es compatible con la práctica habitual.⁷

Bibliografía

1. Vega Toca V. La Entrevista Motivacional: una valiosa herramienta de Promoción de la Salud. 2012.
2. Miller WR, Rollnick, S. La entrevista motivacional: ayudar a las personas a cambiar. Grupo Planeta (GBS), 2015.
3. Sánchez Monfort J, Sánchez Jover, I. Entrevista motivacional para enfermería y otras profesiones sanitarias. <http://enfertabac.blogspot.com/2016/12/entrevista-motivacional-para-enfermeria.html>.
4. Britt E, Hudson SM, Blampied NM. Motivational interviewing in health settings: a review. Educación y asesoramiento al paciente 53.2(2004):147-155.
5. Bóveda Fontán J, et al. Evidencia actual de la entrevista motivacional en el abordaje de los problemas de salud en atención primaria. Atención Primaria 45.9(2013):486-495.
6. Castilla-Nieto R. Entrevista motivacional en el tratamiento de personas con enfermedades crónicas. Motivational interviewing in the treatment of people with chronic diseases. Revista Española de Comunicación en Salud (2016):113-123.
7. García Cedillo I, Morales Antúnez BV. Eficacia de la entrevista motivacional para promover la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Universitas Psychologica 14.2(2015):511-522.

5.5. *Coaching* en salud en las personas con diabetes

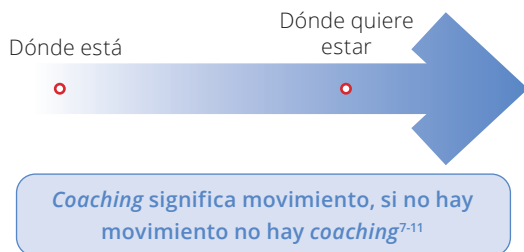
Existen muchas definiciones de qué es *coaching* en salud, entre otras la más completa puede ser la siguiente de Paul Bennett:

"Ayudar a los pacientes a ganar conocimientos, habilidades, herramientas y confianza para volverse participantes activos en su cuidado a fin de que puedan alcanzar sus metas de salud, identificadas por ellos mismos."¹

Muy útil en el abordaje de las personas con diabetes, en las que sea necesario un cambio de hábitos, de actitudes y de cuidados^{2,3,4,5}. Cualquier profesional de enfermería formado puede llevarlo a cabo y se ha demostrado su eficacia en diferentes estudios.^{1,2,3,4,5,6}

Su utilidad se ha visto ampliada en esas situaciones en que la persona reconoce dónde está y establece una meta a la que quiere llegar, a través de un proceso de cambio, con la consecución de una serie de objetivos parciales y en un tiempo determinado.

Figura 1 Proceso de *coaching*

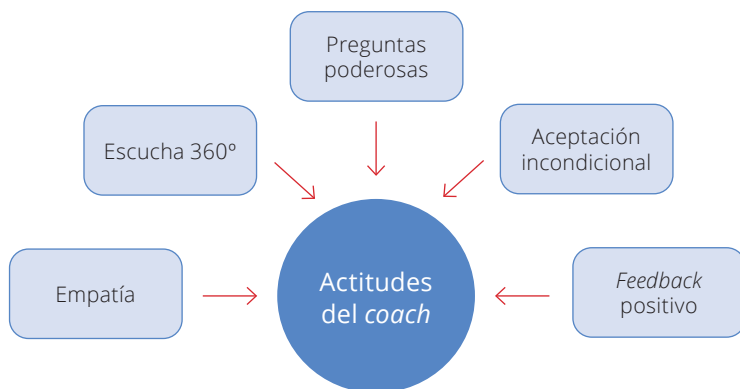


La persona que realiza el proceso de *coaching* se denomina *coach*, y a la que lo recibe se le llama *coachee* (cliente).

Se establece entre ambos una relación de igualdad: el *coach* ayuda al *coachee* a desarrollar su propio potencial de aprendizaje. Lo guía durante el proceso, lo invita continuamente a reflexionar y reevaluar lo aprendido o conseguido. Ayuda a priorizar, a trocear el objetivo, buscar la manera de hacerlo más fácil y superar los obstáculos.

El paciente tiene un **rol activo**, genera la agenda de trabajo y aprendizaje y decide su tiempo de aplicación.

Figura 2 Actitudes del *coach*



El **modelo GROW** (crecer) es el modelo de *coaching* por excelencia y puede servir de guía en la consulta de enfermería, ya sea en consulta presencial o telefónica programada de antemano:

1. **G:** establecimiento de **objetivos** (*goals*).
 2. **R:** explorar la **realidad** (*reality*).
 3. **O:** generar **opciones** de aprendizaje/acción (*options*).
 4. **W:** plan de **acción (voluntad)** (*will*).
-
1. **Objetivos.** Los objetivos deben ser **SMART**, acrónimo que hace referencia a cada una de las características que deben tener:
 - **S:** específicos y claros (*specific*).
 - **M:** medibles (*mensurable*).
 - **A:** alcanzables (*achievable*).
 - **R:** realistas y relevantes (*relevant*).
 - **T:** acotados en el tiempo (si no tiene un tiempo no es objetivo, solo intención) (*timely*).Además, un objetivo tiene que ser deseable, retador, coherente y provechoso para el paciente, siempre hay que expresarlo en positivo.
 2. **Explorar la realidad.** ¿Qué supone esto para ti? ¿Qué has hecho hasta ahora? ¿Qué obstáculos se han presentado? ¿Qué puedes utilizar? ¿Cómo es de importante esto para ti (de 1 a 10)?

3. **Opciones.** ¿Qué opciones tienes? ¿Cuáles son los pros y los contras de cada una? ¿Qué necesitas? ¿Quién puede ayudarte? ¿Qué opción te gusta más?
4. **Plan de acción.** ¿Qué vas a hacer? ¿Cuándo lo vas a hacer? ¿Cómo lo vas a hacer? ¿Cuántas veces a la semana/día? ¿Cuál es tu nivel de compromiso? ¿Cómo sabré/ás que lo estás consiguiendo?

Sin compromiso no hay *coaching*, por lo que se deben pactar consultas de seguimiento y evaluación de objetivos pactados con *feedback* positivo en cada consulta.

Tabla 3 Fases del proceso de *coaching*⁹

Acuerdo	Ambas partes establecen una relación de confianza y confidencialidad. Se explica el proceso y se llega a un acuerdo para comenzar. Se concreta: número de sesiones, tiempo de duración, periodicidad de cada una, lugar (presencial, teléfono, correo electrónico...). Responsabilidad de ambas partes.
Ejecución del proceso	Sesión inicial: análisis de la situación actual , posibles dificultades, fortalezas, posibles alianzas, importancia de la situación o cambio para la persona y, por último, se marcan objetivos parciales y la meta final . Tiempo para llegar a la meta y cuándo y cómo va a ir cumpliendo cada etapa (objetivo). Esta sesión siempre es presencial. El número de sesiones variará entre 4 y 10.
Seguimiento	Sesiones de desarrollo o seguimiento cuya finalidad es: • Hacer un seguimiento de la consecución de los compromisos pactados en la sesión anterior valorando barreras o ayudas en el camino. • Valorar la conveniencia de mantener o reformular objetivos propuestos. • Observar los cambios en el <i>coachee</i>, su nuevo posicionamiento y la bondad de los mismos. El coach hace preguntas poderosas y practica la escucha activa, no da soluciones, ayuda al paciente a encontrar sus propias respuestas, revisa lo alcanzado desde la sesión anterior y le ayuda a conocerse y saber lo que puede hacer para implementar cambios en su vida.
Evaluación	Sesión de conclusión o cierre en la que se analizan conjuntamente los resultados obtenidos y se enuncia un nuevo plan de acción “de ahora en adelante”. Sesión de asunción de responsabilidades nuevas, autoafirmación.

Tabla 4 Diferencias entre experto y *coach*

Mentor o experto	<i>Coach</i>
Trata pacientes.	Ayuda a los pacientes a ayudarse a sí mismos.
Educa.	Construye motivación, confianza y compromiso. Capacita.
Se basa en los conocimientos y habilidades del experto.	Se basa en aumentar la conciencia/motivación del paciente.
Se esfuerza por tener todas las respuestas.	Se esfuerza por ayudar al paciente a encontrar sus propias respuestas.
Se enfoca en el problema.	Se enfoca en lo que es un problema para el paciente.
Aconseja.	Colabora.
No compromete. No implica y, a veces, no responsabiliza al paciente.	Implica al paciente y le responsabiliza de su propio cuidado. Sí compromete.

➔ Mensajes clave

- La EM se considera una herramienta eficaz y útil en la consulta de enfermería para fomentar cambios positivos en los comportamientos de salud. Representa una alternativa frente a la persuasión.
- La EM ayuda a preparar a las personas con diabetes para el cambio contribuyendo a favorecer la motivación, el compromiso y la confianza.
- En el *coaching*, la persona reconoce dónde está y establece una meta a la que quiere llegar a través de un proceso de cambio.
- El *coaching* es una interesante alternativa. Sin movimiento, no hay *coaching*.

Bibliografía

1. Bennett HD, Coleman EA, Parry C, Bodenheimer T, Chen EH. Health coaching for patients with chronic illness. *Fam Pract Manag.* 2010 Sep-Oct;17(5):24-9.
2. González-Guajardo EE, Salinas-Martínez AM, Botello-García A, Mathiew-Quiros Á. Clinical coaching in primary care: Capable of improving control in patients with type 2 diabetes mellitus? *Prim Care Diabetes.* 2016 Jun;10(3):171-8. doi: 10.1016/j.pcd.2015.10.006.
3. Wolever RQ, et al. Coaching de salud integral para pacientes con diabetes tipo 2. *The Diabetes Educator* (2010); 36:629-639.
4. Trandel D. Avanzando en la práctica del coaching profesional de salud y bienestar. *Coaching profesional: principios y práctica*, 2018.
5. Whittemore, et al. Una intervención de entrenamiento de enfermería para mujeres con diabetes tipo 2. *The Diabetes Educator* (2004);30:795-804.
6. Pirbaglou M, et al. El coaching de salud personal como estrategia de autocontrol de la diabetes mellitus tipo 2: una revisión sistemática y un metanálisis de ensayos controlados aleatorios. *American Journal of Health Promotion* (2018);32:1613-1626.
7. Bellido Guerrero D, et al. 717-P: Efecto del apoyo de entrenamiento telefónico sobre el control glucémico en la diabetes tipo 2 tratado con insulina Glargine U300. (2019):717-P.
8. McGowan P. Eficacia y aplicabilidad del coaching de autogestión entre pares en la continuidad del cuidado de la diabetes. (2018): 134-LB.
9. Dirección Técnica de Procesos y Calidad. Manual breve de coaching. Comunidad de Madrid, 2015. https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/chas/manual_breve_de_coaching.pdf.
10. <https://cursosparacoaching.com/wp-content/uploads/Manual%20Introducci%C3%B3n%20al%20Coaching%203ed.pdf>.
11. Molins Roca J. Coaching y salud: pacientes y médicos una nueva actividad. Plataforma editorial, 2010.

5.6. Prescripción social

El Diccionario de la Real Academia de la Lengua define prescribir como “recetar, ordenar remedios”, y con este enfoque alude a la labor principal de todo profesional sanitario: recetar no solo medicamentos, sino elementos que contribuyan al bienestar físico, psicológico y social.

La prescripción social ofrece recursos que permiten satisfacer necesidades sociales, psicológicas, físicas, recreativas y espirituales de la persona.

Se ha definido como el mecanismo que permite enlazar a los pacientes de la Atención Primaria con fuentes no sanitarias de

apoyo dentro de la comunidad. Dichas fuentes podrían incluir oportunidades para la actividad física, aprendizaje, voluntariado, ayuda mutua, grupos de fraternidad y autoayuda para las artes y creatividad, así como apoyo y orientación en consejo legal, problemas parentales, etc.¹

Utilizar la prescripción social supone ayudar a los pacientes a tomar control de su propia salud y bienestar y, con ello, a fomentar el concepto de promoción de salud que da la Carta de Ottawa.

Los beneficios para el paciente son: refuerzo de la autoestima, mejora del humor, oportunidades para el contacto social, aumento de la autoeficacia, incorporación de habilidades y una mayor confianza. Además, esta forma de prescripción también contribuye a influir y mejorar las determinantes sociales de la salud (y descongestionar la presión asistencial en el sistema sanitario)².

Tal vez la base teórica más vinculante a la prescripción social sea el modelo de activos de salud, que define activos de salud como “cualquier factor o recurso que potencie la capacidad de los individuos, de las comunidades y las poblaciones para mantener la salud y el bienestar”, un activo de salud puede ser un recurso, que puede ser recetado, orientado, dirigido o referido por el personal de enfermería³.

5.7. Empoderamiento de la persona

El *empowerment* conlleva un poder real dentro de las personas que actúa sobre su sentido de bienestar y de autoeficacia, un poder que tiene que ver con variables tales como la motivación, la confianza en sí mismo, la energía psíquica y la tendencia al control interno⁴.

Este es un concepto desarrollado desde hace algunas décadas, asociado al proceso de capacitación y fortalecimiento de la persona o del paciente y sus familiares, con el fin de que puedan participar activamente en los cuidados relacionados con su salud.

Ofrecer información a los pacientes puede mejorar el conocimiento, la adherencia al tratamiento, la autonomía en el control de su salud y los resultados de salud⁵.

Un paciente empoderado es una persona con capacidad para decidir, satisfacer necesidades y resolver problemas, con pensamiento crítico y control sobre su vida.

Figura 3 Características del paciente empoderado



5.8. Nuevos roles de pacientes: paciente activo, paciente experto

Los pacientes crónicos viven experiencias y dificultades similares respecto a la enfermedad crónica desde el punto de vista físico, psicológico y social. Ese conocimiento es un valor que hay que aprovechar teniendo en cuenta, además, que transmitirlo es mucho más comprensible cuando se hace utilizando el mismo lenguaje y hablando de vivencias similares.

Se hace necesario un cambio de roles de los profesionales y de los pacientes. En este contexto nace el paciente activo y el paciente experto.

El paciente activo es el que tiene acceso a la información y una mayor capacitación sobre su enfermedad, toma conciencia de su

estado de salud, tiene contacto con sus profesionales sanitarios y desea participar en las decisiones sobre su enfermedad. El paciente experto sabe identificar sus síntomas, es capaz de responsabilizarse y autocuidarse, y de adquirir habilidades que le ayuden a gestionar los aspectos físicos, emocionales y sociales de su enfermedad para mejorar su calidad de vida; es capaz de actuar como formador de otras personas con su misma enfermedad.

Podemos definir a un paciente experto como aquel paciente que es el principal responsable de su salud, decide cuidarse, tiene las habilidades, la motivación, la confianza para hacerlo y quiere formar y ayudar a otros pacientes que padecen su misma patología crónica, siempre en colaboración con un profesional sanitario.

Bibliografía

1. Whitelaw S, Thirlwall C, Morrison A, Osborne J, Tattum L, Walker S. Developing and implementing a social prescribing initiative in primary care: insights into the possibility of normalisation and sustainability from a UK case study. *Prim Health Care Res Dev*. 2017;18(2):112-21.
2. Torjesen I. Social prescribing could help alleviate pressure on GPs. *BMJ*. 2016;352:i1436. <http://www.bmj.com/content/352/bmj.i1436.long>.
3. Hernán M, Morgan A, Mena A. Formación en salutogénesis y activos para la salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2013.
4. Merino M, Marques M, Euguibide M. Kronik ON programa: empoderamiento del paciente crónico complejo. https://ehealthsedap.files.wordpress.com/2015/05/kronik-on-programa_empoderamiento-del-paciente-crc3b-3nico-complejo.pdf.
5. Rappaport J. *American Journal of Community Psychology*, 1978;9:1-25.

5.9. Contenido de las visitas de enfermería, primera visita y visitas sucesivas

Previamente a la educación terapéutica, se debería realizar una evaluación médica exhaustiva para conocer la situación basal del paciente, presencia de complicaciones macro o microvasculares y posibles comorbilidades.¹ (Véase la Tabla 5.)

Para hacer una valoración global y proponer unos objetivos y un plan terapéutico individualizados, se pueden programar una o más visitas en un plazo corto de tiempo.

Tabla 5 Contenido de las visitas iniciales y de seguimiento del paciente con diabetes mellitus tipo 2 controlado y estable

Actividades	Valoración inicial	Trimestral*	Semestral	Anual
Historia clínica				
Características inicio DM (edad, hospitalización, etc.)	√			
Antecedentes familiares primer grado de DM, enfermedades autoinmunes	√			
Presencia de hemoglobinopatías o anemia	√			
Signos, síntomas o factores predisponentes de diabetes secundaria	√			
Hábitos de vida	√			√
Síntomas de hipo o hiperglucemia	√	√		
Complicaciones macro y microvasculares ^a	√			√
Comorbilidades (HTA, dislipemia...)	√			√
Problemas psicosociales	√			√
Depresión, ansiedad	√			√
Alteraciones cognitivas	√			√
Trastornos del sueño (patrón y duración)	√			√
Hábitos tóxicos (tabaco, alcohol, sustancias tóxicas)	√			√
Tratamiento previo y actual: cumplimiento, respuesta, efectos secundarios...	√			√
Uso de medicinas alternativas	√			√
Detección de barreras de autocontrol	√			√

Actividades	Valoración inicial	Trimestral*	Semestral	Anual
Exploración física				
Peso/índice masa corporal*	✓	✓		
Circunferencia de la cintura*	✓			✓
Presión arterial/frecuencia cardíaca*	✓	✓		
Examen de los pies ^b	✓			✓
Examen ocular ^c (fondo de ojo, agudeza visual y tonometría)	✓			✓
Examen dental	✓			✓
Exploración general	✓			
Exploraciones complementarias				
Glucemia, hemoglobina glucosilada	✓		✓	
Perfil lipídico	✓		✓**	
Albuminuria (albúmina/ creatinina en orina)	✓			✓
Filtrado glomerular (CKD-EPI)	✓			✓
Electrocardiograma	✓			✓
Cálculo del riesgo cardiovascular (REGICOR)	✓			✓
Vacunaciones ^d	✓			✓
* Actividades preferentemente a cargo de enfermería. ** Anualmente en ausencia de dislipemia. ^a Cambios en la agudeza visual, dolor torácico con esfuerzo y en reposo, claudicación intermitente, ortostatismo, alteraciones del ritmo intestinal, impotencia, parestesias, dolores o calambres en piernas o brazos. ^b Inspección, palpación pulsos y exploración sensibilidad con monofilamento y/o diapasón. Además índice tobillo/brazo si: ausencia pulsos, claudicación intermitente y/o presencia de úlceras. ^c Si se utiliza retinógrafo y el resultado es normal se puede realizar la exploración cada tres años, excepto en los siguientes casos: pacientes mal controlados, con diabetes de más de 20 años de evolución, tratados con insulina o con grados iniciales de retinopatía; a los cuales se les debe realizar anualmente. ^d Antigripal y antineumocócica. CKD-EPI: Chronic Kidney Disease-Epidemiology Collaboration; REGICOR: Registre Gironi del Cor.				

Al principio del diagnóstico se recomienda una o dos visitas semanales hasta completar ETD básica y ajustar tratamiento.

El programa educativo de aprendizaje debe ser diseñado según las características individuales de cada paciente: edad, profesión, circunstancias familiares y nivel cultural.

Es importante crear un ambiente orientado al aprendizaje para ayudar al paciente en la aceptación de la enfermedad, teniendo en cuenta que el rechazo inicial es una reacción normal.

En el programa educativo debe haber siempre una valoración inicial de la persona con diabetes que incluya:

- Comorbilidades.
- Hábitos de vida.
- Entorno sociofamiliar.
- Capacidad de aprendizaje.
- Valoración de conocimientos previos de DM, autocontrol, complicaciones y factores de riesgo.

Propuesta de contenidos

En el momento del diagnóstico de la DM2 se debe comenzar con la ETD a fin de fomentar el conocimiento de la enfermedad e implicar y capacitar al paciente y sus familiares o cuidadores en su tratamiento para mejorar el autocontrol de esta enfermedad.

El mensaje de todos los profesionales implicados debería ser el mismo en este momento tan relevante.

La persona con DM2 debe sentir que todo el equipo asistencial le garantizará una asistencia integral en todos los niveles.^{1,2}

La implicación de los profesionales de enfermería de Atención Primaria en el control, ETD, formulación de objetivos, empoderamiento, motivación y capacitación del paciente ejercerá una función relevante y mejorará los resultados.^{3,4,5}

Las visitas deben ser programadas, pactadas con el paciente y con tiempo suficiente para poder llevarlas a cabo de una manera adecuada.

Tabla 6 Propuesta de contenido de las visitas

Todos los pacientes	En personas con tratamiento susceptible de producir hipoglucemias	En pacientes con tratamiento con insulinas y/o análogos GLP-1
• Generalidades. • Experiencia individual. • Alimentación. • Ejercicio físico. • Cuidado de los pies. • Consejo antitabaco. • Enfermedades intercurrentes. • Control metabólico: cifras importantes, glucemia, HbA_{1c}, peso, IMC, colesterol, TA, perímetro abdominal. • Qué es el autocontrol: objetivo terapéutico. • Tratamiento farmacológico y su importancia para el control metabólico. • Complicaciones agudas y crónicas de la DM. • Cómo adaptar la DM a las actividades diarias, viajes, situaciones especiales.	Se ha de añadir: • Hipoglucemia. • Autoanálisis.	Se ha de añadir: • Hipoglucemia. • Autoanálisis. • Relación inyección-ingesta. • Técnica de inyección. • Prevención, detección temprana de lipodistrofias. • Tipos de insulina. • Modificación de las dosis. • Glucagón.

5.9.1. Alimentación y ejercicio: objetivos y contenidos

Tabla 7 Alimentación en diabetes

Objetivos
• Ayudar a mantener o alcanzar los objetivos propuestos: peso, glucemia basal HbA_{1c}, lípidos, TA, disminuir RCV. • Contribuir a mejorar el curso de las complicaciones relacionadas con la DM.

Contenidos
• Reconocer los diferentes grupos de alimentos. • Conocer los alimentos ricos en grasa saturada. • Aprender cómo debe ser la preparación más adecuada de las comidas. • Entender el etiquetado de los alimentos. • Edulcorantes: naturales artificiales y polialcoholes. • Conocer las cantidades a tomar en función de medidas caseras. • Saber cómo repartir la comida a lo largo del día.
INDIVIDUALIZAR y adaptarse a los gustos del paciente para favorecer su adaptación
Patrones alimenticios saludables que han mostrado resultados positivos
Actualmente, el patrón de alimentación saludable por excelencia está representado por la dieta mediterránea . Medido con el cuestionario PREDIMED.
Métodos para elaborar una dieta personalizada: • Método del plato. • Método del semáforo. • Método de los intercambios.
Realizar encuesta alimentaria para adaptarla a sus gustos y necesidades de salud .

Tabla 8 Ejercicio físico y diabetes

Objetivos
• Ayudar a mantenerse ágil físicamente. • Fortalecer los músculos mejorando la capacidad funcional y disminuyendo el riesgo de sufrir caídas. • Mejorar el bienestar mental: disminuye la ansiedad y estrés y mejora el sueño. • Mejorar la respuesta anormal de las catecolaminas al estrés. • Mejorar la sensibilidad a la insulina. • Reducir riesgo de ECV, HTA, cáncer de mama o colon. • Ayudar a perder o mantener peso. • Prevenir la pérdida de masa ósea. • Mejorar la resistencia, fuerza, flexibilidad y velocidad. • Mejorar la salud y el control de las enfermedades crónicas. • Aumentar la utilización de glucosa por el músculo, esto contribuye a evitar la hiperglucemia.

Recomendaciones generales	
• Al menos 150 min/s de ejercicio físico aeróbico de intensidad moderada. 50-70 % Fc máx. Aunque lo ideal es al menos 1 h al día. • Al menos 75 min/s de ejercicio intenso > 70 % Fc máx. • Además, ejercicio de potencia 2-3 veces/semana, 3 tandas de 8/10 repeticiones. • En personas con diabetes el mejor resultado es la combinación de ambos: aeróbico y anaeróbico. • Además, en personas mayores, los ejercicios de flexibilidad y equilibrio se recomiendan 2-3 veces/semana.	
• No dejar pasar más de dos días seguidos sin hacer ejercicio.	• Las personas adultas deben evitar estar sentados durante largos periodos de tiempo.
Prescripción de EF	
• Establecer frecuencia, duración e intensidad de manera individual. • Identificar y potenciar el apoyo externo de familia, amigos y recursos comunitarios. • Tener en cuenta el horario, el calzado y el equipamiento. • Elaborar un plan escrito de ejercicio físico ("contrato" con el paciente). • Pactar con el paciente unos objetivos y anotarlos en la historia para la próxima visita. • Para medir el ejercicio tendríamos que tener en cuenta el número de pasos al día mediante podómetro, pulsera de actividad, aplicación de teléfono móvil... teniendo en cuenta que el objetivo a alcanzar sería de al menos 10.000 pasos al día.	
Precauciones del EF	
• Si existe neuropatía o retinopatía concomitante, evitar ejercicios intensos y de pesas. • Si existe neuropatía periférica, considerar evitar ejercicios de pesas, así como correr, saltar o jugar al fútbol durante mucho tiempo y tratar los problemas del pie. • Evitar en general deportes de riesgo y con traumatismos repetidos, como boxeo, kárate, escalada, pesos, pesca submarina o paracaidismo.	
En pacientes en tratamiento con insulina o secretagogos	
• Evitar hacer ejercicio en el momento de pico máximo de acción de la insulina y realizar glucemia previa. • Glucemia < 100 mg/dl, tomar suplemento de 15-20 g antes de comenzar. • Glucemia entre 100 y 250, comenzar sin problemas. • Glucemia entre 250 y 300, se debería comprobar cetonuria y, si es positiva, esperar. • Glucemia > 300, no hacer ejercicio hasta que baje. • Los ejercicios de larga duración pueden ser muy hipoglucemiantes y tener una hipoglucemia incluso horas después. Por lo que puede ser necesario ajustar dosis de insulina o suplementos de hidratos de carbono.	

5.9.2. Programa educativo básico en pacientes con diabetes inician tratamientos inyectables

Tabla 9 Educación de supervivencia

	Contenidos
Administración de la insulina: zonas de inyección, rotaciones, tiempo de acción y conservación de la insulina.	Autoanálisis: forma de realización, horario y frecuencia según pautas médicas.
Hipoglucemias: síntomas de alarma y tratamiento.	Se produce cuando el nivel de glucosa en sangre < 70 mg/dl. Paciente consciente: regla del 15. 1. Tomar 15 g de HC de absorción rápida (2 sobres de azúcar, un vaso de zumo o 15 g de gel glucosa). 2. Esperar 15 minutos y medir la glucosa. 3. Si glucosa > 70 mg/dl, tomar 15 g de HC de absorción lenta (vaso de leche, 3 galletas maría, 1 fruta o 30 g de pan). 4. Si glucemia sigue < 70 mg/dl, repetir las mismas pautas del principio. Paciente inconsciente: administrar glucagón subcutáneo o intranasal.

El programa se estructura en **tres días o bloques**, la duración debe adaptarse a cada tipo de paciente.

■ Primer día o bloque:

- Información al paciente de por qué necesita un tratamiento inyectable.
- Inicio del tratamiento: preparación y administración de insulina y/o agonistas.
- Administración del tratamiento/zonas de inyección/acción insulina.
- Autoanálisis-entrega de material para su explicación, qué es, técnica, registro, pauta y horarios.
- Hipoglucemias: síntomas de alarma, qué es y cómo prevenirla, reconocerla y tratarla.

- Refuerzo positivo.
- Entrega de material educativo adaptado a cada paciente.

■ Segundo día o bloque:

- Recordatorio/dudas.
- Revisar técnica y zonas de inyección y lipodistrofias.
- Revisar autoanálisis.
- Alimentación: concepto de hidratos de carbono y efecto sobre la glucosa.
- La alimentación/suplementos: relación entre ingesta, insulina y glucosa.
- Hipoglucemia/hiperglucemias.
- Ejercicio: relación entre ejercicio, alimentación e insulina y cómo prevenir hipoglucemias.

En esta fase es importante que el paciente exprese lo que siente, sus temores y su ansiedad y realizar un refuerzo positivo por sus logros.

■ Tercer día o bloque:

- Recordatorio/dudas.
- Evaluación del nivel de capacitación adquirido y resolución de dudas.
- Autocontrol: ajuste del plan de tratamiento, alimentación y ejercicio.
- Material de consulta y registro: documentación por escrito, páginas web, cartilla de controles, etc.

Al final de esta fase el paciente debe estar preparado para cuidar de sí mismo y volver a la normalidad

■ Fase de profundización de conocimientos:

Después del proceso educativo inicial se citará en consulta en un **periodo de una semana, o cuando el personal de enfermería lo valore**, para ver cómo se ha manejado e incluirlo en un programa de educación grupal, si lo hubiese:

- Revisión y evaluación de las técnicas de inyección y autoanálisis.
- Prevención y detección temprana de lipodistrofias.
- Autocontrol: ajuste del tratamiento.

- Alimentación y ejercicio.
- Actuación ante situaciones especiales: enfermedad, viajes...
- Cuidado de los pies.

■ **Revisión anual del proceso educativo (fase de refuerzo):**

- Refuerzo de conocimientos y valoración de la adherencia al tratamiento.
- Evaluación y seguimiento.
- Readaptación periódica en función de la evaluación de los resultados, tanto del paciente como del programa, y/o de los cambios de tratamiento en la diabetes.

Conclusiones

- Es imprescindible impartir la educación de supervivencia en los pacientes cuando inician tratamiento con insulina. Con ello se evitarán complicaciones agudas.
- Se debe planificar el proceso educativo.
- Los programas estructurados y continuados orientados a modificar estilos de vida y el control de peso son los más efectivos. **GRADO B.**
- Los refuerzos y la evaluación periódicos de la educación terapéutica son más importantes para su efectividad que el tipo de intervención realizado. **GRADO A.**
- La **evaluación periódica** es importante para comprobar y afianzar los conocimientos adquiridos por el paciente y/o cuidador y las intervenciones que incorporan componentes emocionales (conductuales y afectivos) son más eficaces.
- Se debería realizar la **prescripción del ejercicio y dieta** en cualquier momento de la evolución de la enfermedad adaptándose a las características del paciente y a sus comorbilidades.

➔ Mensajes clave

- Las visitas de seguimiento por el equipo de Atención Primaria se programarán en función del grado de control establecido, la presencia de complicaciones, las necesidades educativas y el tiempo de evolución de la diabetes.
- Se priorizarán las visitas de los pacientes más jóvenes y con otros factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial, tabaquismo, dislipemia).
- El registro del plan individualizado de seguimiento facilita el recuerdo y evita duplicidades.

Tabla 10 Contenido de la evaluación de la educación terapéutica

Actividades	Valoración inicial	Trimestral*	Semestral	Anual
Evaluación de la educación				
Cumplimiento dietético*	√	√***		√
Cumplimiento del ejercicio*	√	√***		√
Cumplimiento farmacológico*	√	√***		√
Cuidado de los pies*	√	√***		√
Reconocimiento y manejo de hipoglucemias*	√	√***		√
Autocontrol (autoanálisis sangre y orina, registros en libreta de autocontrol: peso, inspección de pies, hipoglucemias)*	√	√***		√
Uso de tecnologías: apps, portales pacientes, educación online...	√			√
* Actividades preferentemente a cargo de enfermería. ** Anualmente en ausencia de dislipemia. *** Cada 6 meses en pacientes con nivel alto de educación diabetológica y conocimientos del autocontrol.				

Bibliografía

1. American Diabetes Association (ADA). Standards of Medical Care in Diabetes-2021. Diabetes Care 2021 Jan;44(Supplement 1):S1-S232.
2. Ezkurra Loiola P, coordinador. Fundación redGDPS. Guía de actualización en diabetes mellitus tipo 2. Badalona: Euromedice Vivactis; 2016.
3. TShiana JK, Kocher S, Weber C, Emy-Albrecht K, Bernedt K, Neeser K. The effect of nurse-led diabetes self-management education on glucosylated hemoglobin and cardiovascular risk factors a meta-analysis. diabetesEduc 2012;38(1)108-23.
4. Orozco-Beltrán D, et al. Abordaje de la adherencia en diabetes mellitus tipo 2: situación actual y propuesta de posibles soluciones. Atención Primaria 48.6(2016);406-420.
5. Canales Vergara S, Barra Almagiá E. Autoeficacia, apoyo social y adherencia al tratamiento en adultos con diabetes mellitus tipo II. Psicología y salud (2014); 24:167-173.