

# Boletín N°32 Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles

## EDUCACIÓN EN DIABETES

COORDINACIÓN DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

## Introducción

El primer Informe Mundial sobre la Diabetes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), destaca la urgencia de intensificar los esfuerzos para prevenir y controlar la diabetes. El reporte pone de relieve la necesidad de implementar políticas que faciliten un estilo de vida saludable y que los sistemas de salud sean capaces de diagnosticar, tratar y cuidar a las personas con diabetes para revertir la tendencia actual.

A nivel mundial la prevalencia de esta enfermedad en adultos ha aumentado del 4.7% en 1980 al 8.5% en el 2014, con mayor rapidez en los países de ingresos medianos y bajos. Se estima que en el año 2015, la diabetes fue la causa directa de 1.6 millones de muertes y según proyecciones, en el

año 2030, será la séptima causa de mortalidad en el mundo.

Según la International Diabetes Federation. (IDF Atlas diabetes 7ma edición)

- ¥ 1 de cada 11 adultos tiene Diabetes (415 millones)
- ¥ 46.5 % adultos con diabetes están sin diagnosticar.
- ¥ Las tres cuartas partes de las personas con diabetes viven en países de bajos y medianos ingresos.
- ¥ El 12 % del gasto mundial en salud, se destina a la diabetes.
- ¥ En el 2040, 1 de cada 10 personas tendrán diabetes (642 millones)

La Diabetes Mellitus (DM) presenta una pérdida importante en la calidad de vida de los pacientes. Es una de las principales causas de insuficiencia renal, amputación de miembros inferiores, ceguera y enfermedad cardiovascular.

En décadas recientes, los avances científicos, han contribuido a un mayor entendimiento de la enfermedad y al desarrollo de nuevas terapias de vanguardia. Sin embargo, la carga de morbi-mortalidad y discapacidad, ha crecido rápidamente.

En nuestro país, la diabetes junto con otras enfermedades crónicas representa un total de más del 60% de las causas de muerte. Y según la última Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR-2013) el 9.8% de las personas mayores de 18 años reportaron tener la enfermedad. Este valor es mayor, comparado con otros países vecinos como Uruguay (5%) y Brasil (entre un 3.6 y 6.9%).

**Según la última Encuesta Nacional de Factores de Riesgos<sub>2013</sub>. La prevalencia de DM en la población adulta de Entre Ríos, es del 7.8%**



El término automanejo indica la participación del paciente en el tratamiento o la **educación** sobre su condición o enfermedad incluyendo los aspectos biológico, emocional, psicológico y social. Estas consideraciones son especialmente importantes ya que el sistema de salud no está preparado para acompañar a largo plazo a sus pacientes, ni las personas están dispuestas a continuar por mucho tiempo las indicaciones acordadas con el equipo de salud. Los profesionales están formados para curar y los pacientes esperan ser curados. El largo camino que implica

la atenuación de síntomas pero no la cura, provoca desesperanza en el profesional y decepción en el paciente y su familia.

Resumiendo varias definiciones, las acciones de automanejo podrían agruparse en:

- a. participar en la educación o tratamiento para alcanzar algún objetivo terapéutico,
- b. prepararse para manejar día a día su propia condición de salud,
- c. practicar un comportamiento específico, y
- d. tener las habilidades para reducir el impacto físico y emocional con o

sin la colaboración del equipo de salud.

El empoderamiento es un concepto útil, directamente relacionado al de automanejo. El empoderamiento es definido como *el proceso a través del cual un individuo o un grupo, gana poder y acceso a recursos para manejar su propia vida.*

*El empoderamiento es efectivo si los individuos adquieren las habilidades que los capacitan para resolver sus problemas de salud y tomar las decisiones acertadas. Los profesionales de salud no pueden empoderar a los pacientes, pero pueden usar estrategias que los ayuden a alcanzarlo (Robbins, 1998).*

El empoderamiento es una colaboración centrada en la persona donde ésta y el profesional tienen igual importancia. *"Un paciente empoderado es aquel que tiene el conocimiento, las habilidades, las actitudes y la conciencia necesaria para influenciar su propio comportamiento y el de otros para mejorar la calidad de vida. El rol del paciente incluye estar bien informado a la hora de tomar decisiones para alcanzar objetivos terapéuticos y superar barreras. El automanejo es una estrategia de empoderamiento"* (Funnel, 1991)

Por ejemplo ante una situación de hipoglucemia, un paciente empoderado sabe cómo manejarse porque conoce acerca de esta complicación, o al salir a comer afuera sabe qué opciones elegir para mantener hábitos alimentarios saludables.

El apoyo eficaz al automanejo ayuda a las personas y sus familias a hacer frente a los problemas que generan el convivir con personas que sufren afecciones crónicas y cuidarlas de manera de reducir al mínimo las complicaciones, los síntomas y las discapacidades. Los programas eficaces de automanejo emplean un procedimiento de colaboración entre los pacientes y el equipo de salud para definir los problemas, establecer las prioridades, fijar las metas, crear planes de tratamiento y resolver los problemas sobre la marcha. El apoyo al automanejo subraya la fundamental importancia del papel del paciente en el manejo de su salud.

El apoyo al automanejo puede brindarse de varias formas:

- a) individualmente, en el contexto de una consulta clínica común;
- b) mediante un formato grupal en el marco de la atención de la salud;
- c) en el formato grupal de acciones comunitarias,
- d) a distancia mediante un teléfono (fijo o móvil) o a través vehículos innovadores (páginas de internet, correo electrónico, mensajes de texto y las redes sociales como Facebook y Twitter).

**El "apoyo al automanejo" se define como la "provisión sistemática de educación e intervenciones de apoyo por parte del personal de salud para aumentar las habilidades y la confianza de los pacientes y la gestión de su salud incluyendo la evaluación periódica de los progresos y problemas, establecimiento de metas y resolución de problemas"**



## EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA:

Tanto los profesionales de la salud como los pacientes confunden con frecuencia la educación respecto de las enfermedades con el apoyo al automanejo. Datos probatorios indican que la educación que solo informe respecto de las enfermedades es insuficiente por sí sola para producir resultados positivos en materia de salud. Parece esencial recurrir a actividades más amplias de capacitación que brinden herramientas más amplias e inclusivas. Además, la eficacia del programa también parece estar relacionada con la cantidad y calidad de tiempo de contacto entre el equipo de salud y el paciente, así como las posibilidades de seguimiento y apoyo permanentes.

### Educación no es informar

Cuando informamos, simplemente transmitimos conocimientos. 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.

La educación terapéutica es el aprendizaje por el enfermo crónico, de los conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes que le permitan asumir adecuada y autónomamente el control de su enfermedad.

La Educación Diabetológica, es una formación que implica, saber comunicar y escuchar para averiguar lo que conoce, lo que hace, lo que cree y lo que siente cada persona respecto a su enfermedad. Es decir, elaborar conjuntamente con el paciente, objetivos educativos, establecer una evaluación y seguimiento para que, a partir de sus conocimientos, dificultades, errores, destrezas se pueda corregir, motivar y ayudar, a fin de que todo el cuidado de su enfermedad se integre en su vida como un hábito.

La educación Diabetológica, es educación para todos: médicos, enfermeros y resto de personal sanitario, así como adultos y niños con diabetes, sus profesores y familiares.

*Educación de los pacientes con DM puede tener papel fundamental en el incentivo y apoyo para que asuman la responsabilidad en el control del día a día de su condición.*

### Modalidad:

El taller grupal es un instrumento que facilita la incorporación de destrezas y conocimientos. A través de esta herramienta se realizan diferentes actividades, de carácter práctico y teórico-práctico entre los participantes, con el fin de que desarrollen un pensamiento crítico.

Trasladar juegos al ámbito educativo motiva a participar de forma activa para aprender nuevos conocimientos o mejorar alguna habilidad.

El grupo como técnica educativa aporta, ayuda y estimula, cambios actitudinales y permite la valoración de las fortalezas y debilidades de la persona.

El juego, es un método eficaz de aprendizaje, pero a la vez, planteando problemas reales para que puedan relacionar, lo que están aprendiendo, con aquello que los está preocupando.

El objetivo de la educación Diabetológica es que el paciente se involucre en forma activa y mejore el control metabólico y pueda realizar prevención de complicaciones a corto y largo plazo. Al respecto existe evidencia científica de diferentes intervenciones realizadas (referencia), en donde las intervenciones educativas, en forma grupal, comparada con la educación tradicional, mejoran los resultados del tratamiento disminuyendo las complicaciones y los gastos sanitarios.





## ACCIONES PARA PLANIFICAR UN DISPOSITIVO DE APOYO AL AUTOMANEJO, INCLUIDO LA EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA.

**Desarrollar** iniciativas asociadas a la formación de pacientes y programas específicos de paciente activo, donde pacientes formados previamente formen a otros pacientes con la misma patología y les ayuden a convivir con su enfermedad y a participar en las decisiones médicas.

**Favorecer** la introducción de nuevos roles y funciones de los profesionales sanitarios, para ir interiorizando la cultura del paciente activo, a todos los niveles y especialmente en la enfermería.

Se persigue con ello la capacitación y el cambio cultural en los profesionales que hagan posible la transformación profunda del sistema sanitario.

**Constituir** una escuela de pacientes para facilitar información, conocimientos y habilidades, que permitan conocer y manejar mejor la enfermedad como así también prevenir algunas de sus complicaciones. En el siguiente link encontrarán la página web de una Escuela de Pacientes de Andalucía en la cual se están llevando a cabo múltiples actividades. [www.juntadeandalucia.es/temas/salud/apoyo/escuela.html](http://www.juntadeandalucia.es/temas/salud/apoyo/escuela.html)

**Promover** la participación del paciente en prestaciones tradicionalmente realizadas por personal de salud. En estas experiencias el acento está puesto en la capacitación del paciente en procedimientos y habilidades específicas requeridas para el automanejo de su salud o frente a una situación de enfermedad. Esto implica que realicen algunos procedimientos en la consulta de salud, que tradicionalmente son realizados por el personal. Así, se aprovecha esta instancia como una oportunidad de educación para el automanejo.

**Capacitar** a los familiares para el cuidado en domicilio. Esta categoría es similar a la anterior; su principal diferencia es que son programas orientados a la capacitación de un familiar del enfermo u otro cuidador informal. Esta actividad es realizada por el personal de salud ya sea en el domicilio o en el hospital o centro de salud. Son estrategias dirigidas a mejorar la situación de salud y la calidad de vida de la persona dependiente de cuidados especiales.

La implementación de un modelo de apoyo al automanejo en el sistema de salud exige que tanto los pacientes como el personal de salud realicen actividades de atención en salud en forma conjunta.

Las actitudes y prácticas del equipo de salud son las que abren estos espacios para la comunidad en la atención de salud. En este sentido, Aguirre-Huacuja (1993) señala que es necesario delimitar y articular el desempeño de cada uno de los integrantes del equipo de salud en acciones concertadas con el fin de permitir lo anteriormente mencionado. El sustento filosófico que fundamenta la participación de los usuarios en la atención de salud es la convicción del equipo prestador de servicios de que toda persona tiene capacidades y el derecho para decidir y actuar en beneficio de su salud. Aunque esta postura es ideal para todo profesional y técnico de la salud, no todas las profesiones la promueven. Así, se encuentra que en la práctica los médicos son los que tienen mayores dificultades en reconocer dichas capacidades (Paterson, 2001, entre otros).

Considera el desarrollo de capacidades de automanejo de la salud como responsabilidad de las instituciones, exige una reorganización institucional que favorezca la atención de la salud con énfasis en automanejo (Lange et al., 1989). Esto incluye contar con personal profesional capacitado que transmita en su actuar la filosofía del automanejo a los usuarios y al personal nuevo que se incorpora. Requiere además el desarrollo de tecnologías educativas apropiadas para alcanzar este objetivo, entendiendo que los métodos hasta ahora utilizados no han sido todo lo efectivos que se desea.

Existen experiencias valiosas que demuestran la efectividad de metodologías de enseñanza/aprendizaje en la modificación de conductas nocivas.



## RECURSOS PARA TALLERES EN NIÑOS Y ADULTOS SOBRE DIABETES



El objetivo del juego es conocer la rutina de consumo semanal de diferentes alimentos. Previo a iniciar el juego, se aborda el tema alimentación en diabetes.

1. Se dividen los pacientes en dos grupos homogéneos.
2. Se entregan 6 tarjetas mezcladas de diferentes alimentos, a cada grupo.
3. Luego sacan sus tarjetas, según tiempo determinado y deben colocar en cada color del semáforo

\***Verde:** a menudo

\***Amarillo:** a veces

\***Rojo:** ocasional

## Diabetes



Diabetes  
pie diabético  
metabolismo  
hiperglucemia  
sexo

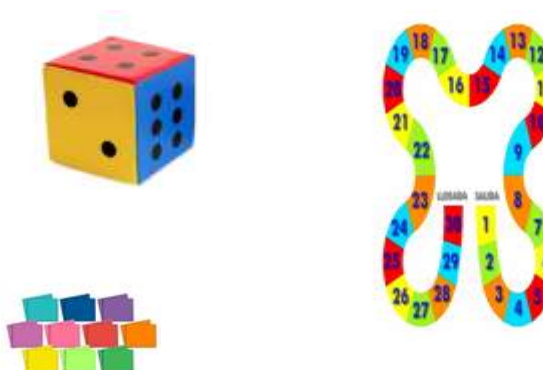
Glucosa  
edad  
Insulina  
hiperlipidemia  
poliuria

### SOPA DE LETRAS

## HACIA EL FUTURO

El objetivo del juego es que los pacientes, sean capaces de reconocer e identificar las principales complicaciones de la DBT2 y cómo prevenirlas

1. Se inicia el juego agrupando a los pacientes en parejas, según la cantidad de participantes y eligiendo un color del casillero, que los represente. Posicionándose en la largada.
2. Se tira el dado y el que más puntos obtenga, comienza avanzando por el circuito de casilleros, en donde en cada uno de ellos encontrarán preguntas relacionadas a síntomas y complicaciones de la enfermedad.
3. Cada casillero contiene tarjetas con preguntas y opciones correctas de respuesta, la cual puede ser leída por uno de los integrantes de la pareja y el otro responde, o ser leída por integrantes de otro equipo.
4. Si se responde en forma correcta, avanza 3 casilleros, de lo contrario retroceden 3.



REFERENCIAS:

1. Organización Mundial de la Salud (año). Diabetes. Visto el 4/06/2018. Visto en [http://www.who.int/topics/diabetes\\_mellitus/es/](http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es/).
2. Ministerio de Salud de la Nación. Modulo 6 Apoyo al Automejoramiento. Curso de Modelo de Atención de Pacientes con Enfermedades Crónicas (MAPEC). 2017.
3. De Luca, M. J. F., Esandi M. E, Chapman, E, et al. Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2. Para el Primer Nivel de Atención. 1ra Ed. 2008
4. Morrish NJ, Wang SL, Stevens LK, et al. Mortalidad y causas de muerte en el Estudio multinacional de la OMS sobre enfermedad vascular en la diabetes. Diabetologia. 2001. 44:14 -21.
5. Aschner Pablo, Alvarado Bessy, Arbañil Hugo et al. Guías ALAD de Diagnóstico, Control, y tratamiento de la Diabetes tipo 2. Pan American Health Organization. 2009.
6. Fernández Lourdes Carrillo. Novedades en Educación Diabetológica. Suplemento Extraordinario, Diabetes Práctica. Actualización y habilidades en Atención primaria. 2012. p 42-44.
7. Porta M., Trento M. ROMEO: Rethink Organization to improve Education and Outcomes. Diabet Med. Volumen 21(6). 2004. p 644-645.
8. Sudesna Chatterjee, Melanie J Davies, Simon Heller, et al Diabetes structured self-management education programmes: a narrative review and current innovations. Lancet Diabetes Endocrinol. 2017. p1-13.
9. Rodríguez Luna M. El taller: una estrategia para aprender, enseñar e investigar. En: Lenguaje y Educación: Perspectivas metodológicas y teóricas para su estudio. Colombia: Universidad Distrital Francisco José de Caldas. 2012. p 13-43.
10. Mendoza, I y col. Educación diabetológica y su proyección a la comunidad. Revista Venezolana Endocrinología y Metabolismo., Mérida. 2012 v. 10, supl. 1, p. 138-142.
11. Dieuzeide , G. Alvarez, A. Alvarías, J. Guías de práctica clínica para el manejo de la diabetes tipo 1. SAD, 2012
12. Bosch M, Cabases T, Figuerola D. Manual de educación terapéutica en diabetes. Editor Dani Figuerola, Díaz de santo. España 2010.
13. Ruiz-Morosini ML, López-González E, Grupo Motivados. Educación terapéutica en diabetes 2: evaluación del impacto en conocimientos, empoderamiento, hábitos y percepción de la salud. Rev SAD, Vol. 50, Número Especial XX Congreso Argentino de Diabetes, Noviembre 2016; 90.
14. Marti, ML, Bragagnolo JC, Marcello S. Educación y autocontrol en las personas con diabetes. Rev SAD, Vol. 42, N°1, 2008. p 5- 17

**Contacto:**

**Domicilio Postal**

Calle Belgrano N°29-Paraná-Entre Ríos

C.P.3100

Teléfono: 0343-4840210

[diabetesentrerios@gmail.com](mailto:diabetesentrerios@gmail.com)

[coordinaciondeecnt@gmail.com](mailto:coordinaciondeecnt@gmail.com)

<http://www.entrerios.gov.ar/msalud/prevencion-de-enfermedades-cronicas-no-transmisibles-2/>

**Facebook:**

[www.facebook.com/CoordinaciondePrevenciondeEnfermedadescronicasnotransmisibles](http://www.facebook.com/CoordinaciondePrevenciondeEnfermedadescronicasnotransmisibles)

**Ministro de Salud**

Mg. Sonia Velazquez

**Coordinación de Fortalecimiento Institucional**

Bioing. Hernán Goncebat

**Coordinación de Prevención de ECNT**

Lic. Soledad Garcilazo

**Área Alimentación Saludable**

Lic. Evelyn Baraballe

**Equipo de Certificación**

Lic. Laura Ceballos

Tec. Mariana Schneider

**Programa Provincial Entre Ríos Libre de Humo de Tabaco**

Tec. Wolosko Cynthia, Responsable área técnica.

Dra. Silvina Tabarez, Responsable área Médica.

**Área Actividad Física**

Profesores: Damián Benedetich, Sofía Laporta, Lucas Ramírez Bidart, Julia Gainza, Lic. Diego Osan.

**Programa Provincial de Detección y Control de Enfermedad Celíaca**

Dr. Alejandro Pais

**Programa Provincial de Diabetes**

Tec. Pamela Vesco

**Área Administrativa**

Hernán Hatt

Natasha Sagra

Hugo Nuñez