

# MANUAL DE EDUCACIÓN DIABETOLOGICA

para el automanejo  
de personas con  
diabetes mellitus

---

DIRIGIDO A EQUIPOS DE SALUD



Ministerio  
de Salud  
República Argentina

# AU TORI DADES

Presidente de la Nación

**Javier Gerardo Milei**

Ministro de Salud de la Nación

**Mario Iván Lugones**

Secretario de Gestión Sanitaria

**Alejandro Alberto Vilches**

Subsecretario de Planificación  
y Programación Sanitaria

**Saúl Flores**

Directora Nacional de Abordaje Integral  
de Enfermedades No Transmisibles

**Manuela Bulló**

## Elaboración y coordinación de contenidos

Programa Nacional de Prevención y Control de Personas con Diabetes Mellitus,  
Dirección Nacional de Abordaje Integral de Enfermedades No Transmisibles  
(DNAIENT)

Liliana Medvetzky, Julieta Méndez

Área de Cuidados Integrales en los Servicios de Salud, DNAIENT

Alejandra Alcuaz, Mabel Moral

## Revisión

Programa Nacional de Prevención y Control de Personas con Diabetes Mellitus,  
DNAIENT

Diego Javier García

Catalina Dieuzeide Posse

Área de Integración Estratégica, DNAIENT

Luciana Ain

## Diseño | Ilustración

Dirección de Comunicación Institucional y Prensa

Ana Solange Coste | Víctor Carabajal

### Colaboradores

Dra. Silvia Lapertosa. Médica. Especialista en Nutrición. Doctora en Medicina Universidad Nacional del Nordeste (UNNE). Coordinadora Proyecto educativo World Diabetes Foundation. Coordinadora Grupo diabetes y embarazo ALAD. Consultora comité diabetes y embarazo SAD.

Dra. Eva López González. Médica. Especialista en Nutrición y en Clínica Médica. Docente adscripta nutrición UBA. Presidente de la Sociedad Argentina de Nutrición.

Dra. María Laura Pomares. Médica. Especialista en Nutrición (UBA). Especializada en Diabetes (SAD). Coordinadora Médica de CEGYM Unidad Diabetológica, Corrientes Capital. Médica de Planta del Servicio de Endocrinología y Diabetes, Hospital Pediátrico Juan Pablo II; Corrientes Capital.

Dra. María Lidia Ruiz Morosini. Médica. Especialista en Medicina Familiar. Especializada en Diabetes. Directora del Centro médico CODIME de Bs As. Ex-Directora de la Escuela de Educador en Diabetes de la Sociedad Argentina de Diabetes.

5	INTRODUCCIÓN
7	OBJETIVOS DEL MANUAL
7	GENERALIDADES DE LA EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA PARA EL AUTOMANEJO (EDAM)
7	1. Promoción del automanejo
8	2. El proceso educativo
9	3. Etapas de la EDAM
12	4. Lenguaje a utilizar
12	5. Rol del educador
13	Formato de la EDAM
13	1. Educación individual
13	2. Educación grupal
14	2.1. Planificación de talleres
14	2.2. Características y tamaño del grupo
15	2.3. Normas de comunicación y convivencia
15	2.4. Roles que facilitan u obstaculizan el desarrollo
15	HERRAMIENTAS PARA FACILITAR LA EDAM
17	1. Entrevista motivacional
17	Los principios básicos de la EM
17	¿Qué no hacer?
18	Las herramientas de la EM
19	2. Intervención breve
19	2.1. Averiguar (y evaluar)
21	2.2. Aconsejar
21	2.3. Acordar
21	2.4. Ayudar
21	2.5. Acompañar
22	CARACTERÍSTICAS DE LOS PROGRAMAS DE EDAM
22	Perfil de personas educadoras
22	Estructura de la EDAM
22	Currículum
23	Duración de la EDAM
23	Duración y lugar de realización de las sesiones
24	Registro de las actividades de EDAM
24	Evaluación de la EDAM
25	CONCLUSIONES
26	ANEXO 1
26	ANEXO 2
30	ANEXO 3
32	BIBLIOGRAFÍA

# INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad prevalente, que se encuentra en constante crecimiento, siendo una de las principales causas de muerte y discapacidad a nivel mundial, independientemente del país, grupo de edad o sexo (1). En el 2019, en la región de las Américas, la DM se ubicó como la sexta causa de muerte y la segunda causa de discapacidad, excluyendo las asociadas a enfermedad renal debida a DM (2). En Argentina, 1 de cada 10 personas de 18 años o más tienen glucemia elevada o DM, lo que refleja un aumento del 51 % desde el año 2005, en consonancia con el marcado crecimiento del exceso de peso en nuestro país (3). Anualmente se registran alrededor de 9.000 muertes vinculadas a DM, de las cuales el 27 % ocurren en personas menores de 65 años (4). Además, 4 de cada 10 personas con DM desconocen su situación (5).

A pesar de los avances terapéuticos logrados en el tratamiento de la DM, su control continúa siendo un desafío considerable. Gran parte de quienes tienen DM no consiguen los resultados deseados y enfrentan complicaciones que afectan significativamente su calidad de vida, e incluso pueden acortarla. Dada la naturaleza crónica de la DM, las personas toman múltiples decisiones diarias y requieren competencias para el automanejo de la enfermedad, lo que implica la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes específicas (6).

Además de superar los problemas físicos y emocionales, es indispensable que las personas con DM, al igual que aquellas que presentan otras condiciones crónicas, realicen modificaciones en su rutina diaria (7):

- Adaptar o cambiar hábitos de alimentación y ejercicio.
- Tomar y/o inyectarse medicamentos.
- Manejar síntomas.
- Tomar decisiones acerca de cómo y cuándo utilizar los servicios de salud.
- Desarrollar habilidades para resolver problemas que surgen en el transcurso de su enfermedad.

## INTRODUCCIÓN

En este contexto, la educación diabetológica para el automanejo (EDAM) emerge como una herramienta efectiva para el abordaje de la DM, contribuyendo a mejorar el control glucémico, reducir las complicaciones y disminuir la mortalidad (8). Consiste en “la provisión sistemática de educación e intervenciones de apoyo por parte del personal de salud, con el fin de aumentar las habilidades y la confianza de los pacientes para gestionar su salud, lo que incluye la evaluación periódica de los progresos y problemas, el establecimiento de metas y la resolución de problemas” (9).

El equipo de atención de personas que tienen DM no solo requiere contar con conocimientos y competencias clínicas, como establecer un diagnóstico y seleccionar el tratamiento más adecuado, sino también con habilidades de comunicación y herramientas prácticas para fomentar el empoderamiento en el cuidado de su salud.

El empoderamiento es un proceso a través del cual las personas con DM descubren y desarrollan la capacidad inherente de ser responsables de su propia vida, adquiriendo las habilidades que los capacitan para resolver sus problemas de salud y tomar las decisiones acertadas.

Entender y respetar el marco de referencia, su cultura y estilo de vida, y no intentar imponer los propios, es de suma importancia a la hora de motivar a la persona para que tome sus propias decisiones.

Los programas educativos requieren de un currículum estructurado con objetivos de aprendizaje predefinidos, basados en evidencia científica actualizada, y respaldados por una estrategia pedagógica participativa (8).

El propósito de este manual es brindar un marco teórico sobre los fundamentos de la EDAM, como así también, herramientas para proporcionar educación y favorecer la adherencia al tratamiento.

# OBJETIVOS DEL MANUAL

## GENERAL

Facilitar la adquisición de estrategias, habilidades y actitudes educativas necesarias para brindar EDAM.

## ESPECÍFICOS

- Reconocer diferentes estrategias pedagógicas.
- Presentar habilidades de comunicación y manejo de grupo.
- Brindar herramientas útiles para transmitir contenidos educativos de manera accesible para las personas con DM.
- Presentar la estructura programática de EDAM.

# GENERALIDADES DE LA EDAM

La EDAM es una herramienta para empoderar a la persona con DM, a fin de que pueda realizar los autocuidados necesarios para afrontar la enfermedad.

## 1

### PROMOCIÓN DEL AUTOMANEJO

La persona tiene un rol central en el manejo de su propia salud, su tratamiento y el conocimiento sobre su condición o enfermedad. Quienes tienen DM pasan la mayor parte del tiempo fuera de las instituciones de salud, por lo tanto, el apoyo eficaz al automanejo ayuda a la persona y sus familias a hacer frente a los problemas que genera esta afección.

#### *Las acciones de automanejo incluyen:*

- Participar activamente en instancias de educación y en la planificación del tratamiento para lograr algún objetivo terapéutico, por ejemplo, alcanzar un peso adecuado.
- Prepararse para manejar, día a día, su propia condición de salud.
- Poner en práctica un comportamiento específico, por ejemplo, la aceptación de la aplicación de insulina.
- Tener las habilidades para reducir el impacto físico y emocional.

Desde este enfoque, la educación terapéutica no se trata de decirle al otro qué debe hacer. El educador brinda información, pero las decisiones necesitan ser tomadas por la persona. Entonces, para llevar adelante estas acciones y sostenerlas en el tiempo, es necesario que la persona se empodere. Por ejemplo, ante una situación de hipoglucemia, una persona con DM empoderada es capaz de reconocer sus síntomas, sabe como tratarla y conoce la manera de prevenirla.

## 2

## EL PROCESO EDUCATIVO

La DM, al igual que otras enfermedades crónicas, debería ser autogestionada principalmente por la persona que la presenta. Para lograrlo, necesita adquirir conocimientos y desarrollar habilidades que le permitan tomar decisiones diarias relacionadas con el manejo de la enfermedad. En este sentido, el propósito de la educación es ayudar a las personas a tomar decisiones sobre su cuidado y poder identificar objetivos, valores y motivaciones.

Los modelos educativos, desde el enfoque de empoderamiento, incorporan estrategias de enseñanza interactivas, diseñadas para involucrar a las personas en la resolución de problemas y atender sus necesidades culturales y psicosociales.

El aprendizaje basado en problemas es un método efectivo en la educación para el automanejo, que permite desarrollar los contenidos educativos partiendo de los problemas que la persona trae a la consulta. Este enfoque permite individualizar las necesidades de capacitación, asegurando que el contenido ofrecido sea relevante para la persona o el grupo.

Al iniciar el proceso educativo, es necesario preguntar sobre los conocimientos previos de la persona acerca de la enfermedad y su tratamiento, y sus expectativas. Esto permite individualizar las necesidades de capacitación, como así también identificar mitos o creencias arraigadas que pueden incidir en la adherencia a los tratamientos.



Figura 1

Ejemplo de mito.

Romper los mitos anticipadamente, explicar que el tratamiento va cambiando a lo largo del tiempo y que, en caso de ser necesaria, la incorporación oportuna de insulina ayudará a prevenir complicaciones, facilitará la adherencia a la pauta cuando llegue el momento.

Al ofrecer EDAM, resulta primordial que no se aborden, únicamente, los temas que el educador considera prioritarios. Es importante indagar cuáles son las necesidades de la persona y adecuar la educación a estas.

También es fundamental considerar al grupo familiar y/o red de contención de las personas. La participación activa del entorno favorece el cambio. Saber quién realiza las distintas actividades en la familia, por ejemplo, quién es el cuidador, quién cocina, quién hace las compras; facilita la planificación de los cuidados.

## 3

## ETAPAS DE LA EDAM

Teniendo en cuenta la cantidad y complejidad de los contenidos a trabajar con las personas con DM, se sugiere que la educación se realice en etapas, se adecue a las necesidades de cada persona y se evite utilizar lenguaje técnico.



Figura 2 Red de contención.

### Primera Etapa

Aquí se comunica el diagnóstico y se brindan los conocimientos imprescindibles o de supervivencia que suelen incluir las características generales del problema, el significado de los síntomas, los aspectos generales del tratamiento y las pautas de alarma. Por ejemplo, ante el diagnóstico de diabetes cuyo tratamiento de inicio incluya medicamentos que puedan provocar hipoglucemia, es necesario instruir a la persona en la prevención, reconocimiento y manejo de esta complicación en la primera consulta.

#### Aspectos centrales de la primera etapa

- Comunicar el diagnóstico.
- Brindar información imprescindible: características generales del problema, significado de los síntomas, aspectos generales del tratamiento, pautas de alarma.
- Tener en cuenta que, al momento de recibir el diagnóstico, las personas pueden estar en “estado de shock”, por lo que será importante reforzar los aspectos abordados en esta instancia durante las etapas posteriores.

### ¿Cómo dar el diagnóstico?

Para los profesionales de la salud, diagnosticar una enfermedad crónica, como la DM, es una situación cotidiana, pero para la persona que recibe el diagnóstico es un acontecimiento que condicionará su vida marcando, en muchos casos, un antes y un después.

Recibir el diagnóstico en forma adecuada fortalece el vínculo terapéutico, facilita la adaptación de la persona a la nueva situación y evita una cuota de sufrimiento extra.

A partir del diagnóstico, la persona atraviesa diferentes etapas hasta la aceptación de la enfermedad. En este proceso pueden aparecer sentimientos de enojo, miedo y frustración. Es importante tener en cuenta que las personas con DM tienen más riesgo de presentar cuadros de depresión y ansiedad. Transmitir adecuadamente el diagnóstico favorece la aceptación activa de la persona respecto a su condición y reduce el impacto emocional, tanto en quien recibe el diagnóstico como en quien lo da.

#### *Para transmitir el diagnóstico se sugiere:*

- Hacerlo en un ámbito adecuado (evitar pasillos y salas de espera) y que la persona se encuentre, preferentemente, acompañada.
- Mantener una actitud empática.
- Utilizar preguntas abiertas para indagar sobre qué cree tener la persona, qué conoce sobre su condición y qué quiere saber.
- Dosificar la información. Hacer pausas y utilizar silencios para dar tiempo a que la persona vaya procesando lo que escucha.
- Usar lenguaje simple (no técnico) y con frases cortas, para facilitar la comprensión.
- Dejar que la persona pregunte.
- Permitir que la persona exprese sus emociones y adecuar la información a dichas emociones.
- Explicar que, si bien la DM es una condición crónica (es decir, no se cura), existen tratamientos que permiten controlarla y prevenir las complicaciones.
- Antes de finalizar, hacer un resumen de la información brindada y ofrecer un nuevo encuentro para despejar dudas.

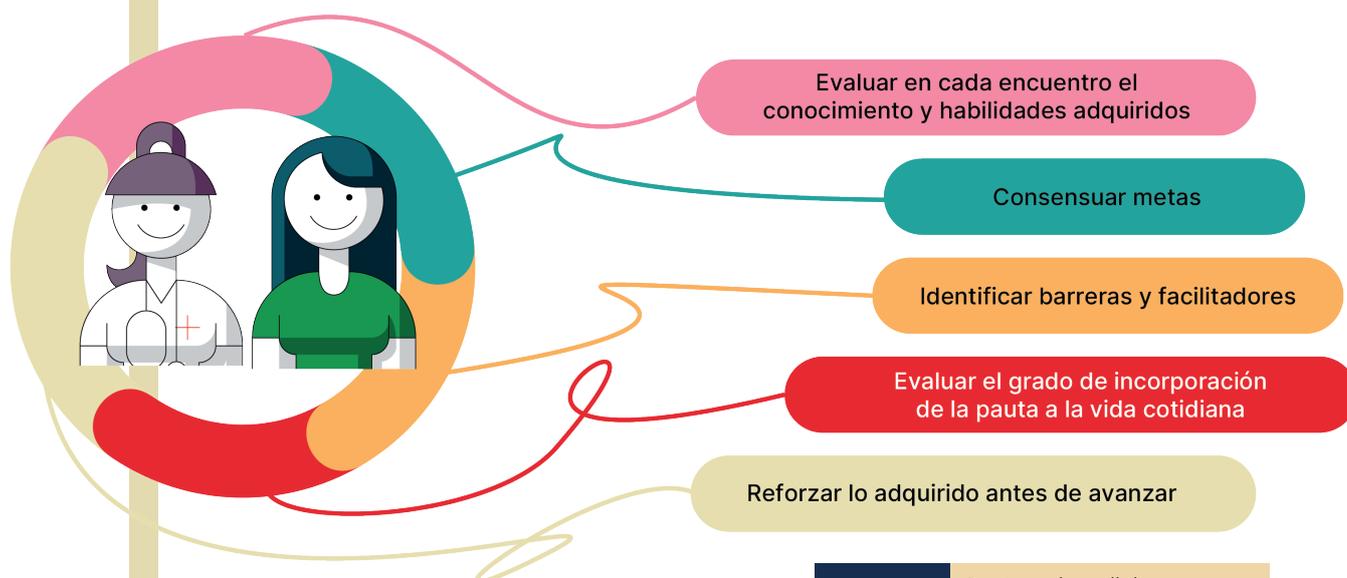
**Figura 3** Preguntas abiertas

Son aquellas que no se responden por sí o por no. Invitan a que la persona se exprese y facilitan la reflexión acerca del problema.

## Segunda Etapa

En esta etapa se van ampliando los temas. En cada encuentro se evalúa si el conocimiento fue asimilado y si la pauta pudo ser incorporada a los cuidados cotidianos. Como se detallará más adelante, las personas atraviesan diferentes etapas en su intención por cambiar, por lo que asimilar el conocimiento no garantiza la incorporación y mantenimiento de la pauta a largo plazo. Para aumentar la probabilidad de alcanzar los objetivos, se aconseja establecer metas consensuadas con las personas.

Para la evaluación pueden utilizarse preguntas abiertas. Si se trabaja en dinámica grupal, también pueden emplearse juegos como crucigramas, sopa de letras, juegos de mesa u otros.



**Figura 4** *Puntos primordiales de la segunda etapa.*

## Tercera Etapa

En esta etapa se profundizan los temas para que la persona adquiera mayor nivel de autonomía en el manejo de la DM.

### *Acciones primordiales de la tercera etapa*

- Profundizar los temas orientados al alcance de la mayor autonomía.
- Mejorar la adherencia a las pautas acordadas.
- Afianzar la participación de la familia y su entorno.

## 4

## LENGUAJE A UTILIZAR

El lenguaje influye en la percepción y comportamiento de las personas; por ello, en las actividades de educación es esencial adoptar un enfoque respetuoso y centrado en la persona, evitando palabras y frases que generen vergüenza o ansiedad.

El lenguaje debe ser simple y claro (no técnico), además, neutral, sin estigmatizar con términos como “no controlado”, “diabético” o “no cumplidor”, que pueden desmotivar y desvalorizar a la persona. La comunicación debe ser cercana, destacando los conceptos claves y fomentando la autoconfianza y la capacidad para la gestión de la enfermedad (10, 11).

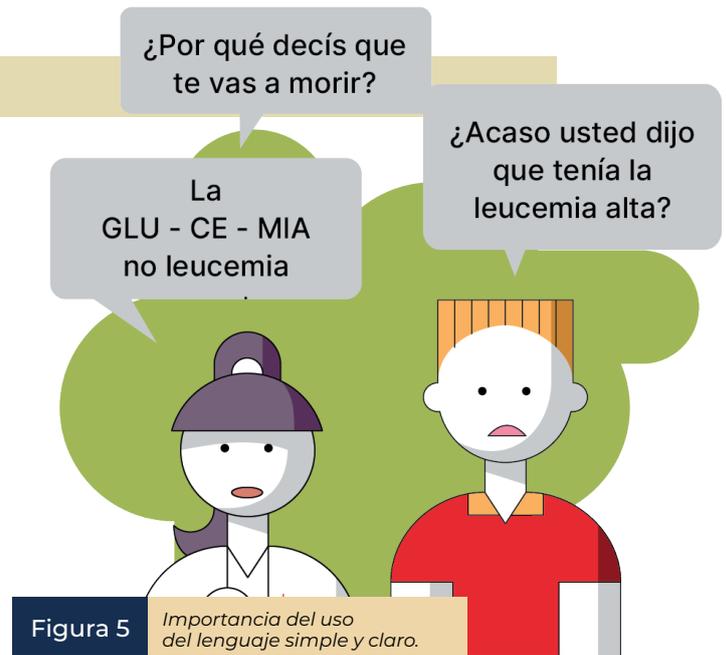


Figura 5

Importancia del uso del lenguaje simple y claro.

Es importante usar lenguaje simple para facilitar la comprensión, evitando la jerga médica y los tecnicismos.

\* Gentiliza de las Dras. Marion González y Silvia Lapertosa.

## 5

## ROL DEL EDUCADOR

El educador en DM desempeña un papel crucial en la facilitación del aprendizaje, la promoción de la autonomía y la capacitación de las personas que viven con esta enfermedad, para que puedan ser participantes activos en el manejo de su salud. Su enfoque se centra en la enseñanza efectiva, la evaluación del aprendizaje y la promoción de habilidades de automanejo que empoderen a las personas para vivir de manera saludable con su condición crónica.

#### Algunas de las principales funciones del educador en DM son:

- Planificar y organizar actividades.
- Desarrollar y adaptar estrategias educativas y materiales didácticos.
- Gestionar el tiempo para maximizar las oportunidades de aprendizaje.
- Facilitar el proceso de aprendizaje.
- Promover la autonomía y la autogestión.
- Evaluar el proceso de aprendizaje.
- Promover el pensamiento crítico y la toma de decisiones informadas.

#### En el caso de las sesiones grupales, el educador tendrá, además, las siguientes funciones:

- Establecer normas claras de comunicación y convivencia grupal.
- Fomentar la participación.
- Resolver conflictos de manera constructiva.

# FORMATO DE LA EDAM

Tanto la educación individual como grupal son válidas. Siempre que sea posible, será beneficioso complementarlas.

## 1 EDUCACIÓN INDIVIDUAL

La educación individual es muy útil en las siguientes situaciones (12):

- Primer acercamiento a la persona con DM (al momento del diagnóstico o en el primer contacto con el equipo de salud), con el objetivo de que la persona reciba los conocimientos y habilidades básicos.
- Cuando existan cambios en el ciclo vital de la persona o en el tratamiento (ej. inicio de tratamiento con insulina).
- En períodos de descompensación, mal control glucémico o complicaciones.

Tiene la ventaja de adaptarse a las características individuales de cada persona y a la etapa evolutiva de la enfermedad. En cada consulta se debe aprovechar para evaluar y reforzar las intervenciones.

## 2 EDUCACIÓN GRUPAL

La educación grupal es un excelente complemento de la modalidad individual. Insume menos tiempo y permite utilizar técnicas participativas muy útiles para la adquisición de ciertas habilidades como cocinar, aplicarse insulina, controlarse la presión o cuidarse los pies. Tiene como beneficio adicional la creación de vínculos y redes entre personas con necesidades y objetivos afines, lo que permite discutir, encontrar e intercambiar soluciones efectivas a problemas comunes a partir de la interacción grupal. Presenta como inconveniente la necesidad de contar con un espacio físico y habilidades para el manejo de grupos.

En el diagnóstico



Ante mal control metabólico



Ante complicaciones



Ante cambios en el ciclo vital



Figura 6 Cuatro momentos claves para EDAM.

\* Adaptado de "Prioritizing Patient Experiences in the Management of Diabetes and Its Complications: An Endocrine Society Position Statement" (p. 1161), por R. R. Kalyani, 2024, The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 109 (5).

### Planificación de talleres

#### Para el armado de cada uno de los encuentros grupales es importante:

- Elegir un tema.
- Definir los objetivos y los resultados esperados.
- Establecer las actividades que se realizarán para cumplir con cada objetivo.
- Determinar el equipo de trabajo y los recursos necesarios.
- Estimar el tiempo destinado a cada momento del encuentro.

#### Desarrollo de cada encuentro:

- Presentación de los participantes, de los profesionales, del plan y contenidos, al inicio del primer encuentro. Se sugiere que no sea más de 15 min.
- Resumen del encuentro anterior, a partir del segundo encuentro.
- Actividad central del encuentro: fomentar el trabajo interactivo con la participación de todo el grupo y utilizando experiencias de las propias personas y/o familiares. Idealmente la técnica de trabajo utilizada debería ir cambiando en cada encuentro. Esta etapa incluye:
  - » Enunciación de objetivos de la actividad.
  - » Desarrollo de los contenidos, con ejercicios prácticos con diversas técnicas y dinámicas de grupo que consigan hacer más atractiva la enseñanza, en lo posible con el apoyo de material audiovisual para estimular la reflexión del grupo.
- Puesta en común y debate de las conclusiones, reforzando las conclusiones principales y resolviendo las dudas que surgieran.
- Síntesis final, en la que se resalten los aportes e ideas más importantes. Proporcionar material a los participantes, ya sea impreso o digital, permite reforzar los conceptos clave, profundizar el aprendizaje y favorecer la aplicación de los conocimientos en la vida diaria.

### Características y tamaño del grupo

Es aconsejable que el grupo sea homogéneo en relación con el tipo de DM y categoría de edad.

El tamaño del grupo debe permitir un trabajo fluido e interactivo, evitando problemas de organización. Se sugiere un mínimo de 7 personas, si no vienen acompañados por un familiar, y un máximo de 15-20 si acuden acompañados por cuidadores o familiares (13).

### Normas de comunicación y convivencia

Para garantizar un ambiente armonioso y respetuoso para todos los miembros del grupo es necesario cumplir normas de comunicación y convivencia grupal, que promuevan relaciones saludables, productivas y satisfactorias: respeto mutuo, escucha activa, colaboración y cooperación, confidencialidad, resolución pacífica de conflictos y participación activa. Dichas normas deben ser claramente comunicadas en la primera sesión, para que todos los miembros del grupo las conozcan y se comprometan a cumplirlas.

Promover la convivencia, prevenir y/o resolver los conflictos en el grupo y regular las interacciones favoreciendo la comunicación efectiva entre sus miembros, son algunas de las funciones esenciales del educador.

### Roles que facilitan u obstaculizan el desarrollo

Identificar y gestionar el rol que cada uno de los participantes adopta es fundamental para promover un desarrollo efectivo y positivo, estimulando los roles facilitadores (ej.: activador, orientador, armonizador) y gestionando aquellos que obstaculizan (ej.: dominador, agresor, charlatán) la dinámica grupal (14).

# HERRAMIENTAS PARA FACILITAR LA EDAM

La relación entre las personas y el educador es, ante todo, una relación humana entre personas con diferentes necesidades, motivaciones, sentimientos y expectativas.

Construir un vínculo de confianza mejora la comunicación, favorece el proceso educativo y ubica al educador en un lugar de privilegio para ayudar a la persona a llevar adelante los cambios necesarios para el automanejo de la enfermedad. Para que pueda darse su conformación es importante que las personas se sientan aceptadas, comprendidas y escuchadas.

La aceptación es una habilidad de comunicación necesaria para establecer una relación de ayuda. Mediante esta habilidad, el educador acepta a la persona con DM más allá de sus conductas, las cuales, incluso, pueden llegar a ser contrarias al buen cuidado de su salud.

## HERRAMIENTAS PARA FACILITAR LA EDAM

Aceptar no implica “aprobar” la conducta, sino que es una demostración de la intención de comprender su punto de vista y sus preocupaciones, y no juzgar los sentimientos y reacciones de la persona ni el modo particular en que cada uno vive su enfermedad.

¡Estoy cansado de hacer dieta! Los demás pueden comer de todo y yo no

Estás cansado de hacer dieta. Sentís que los demás pueden comer de todo, te escucho enojado. A la mayoría les ocurre eso

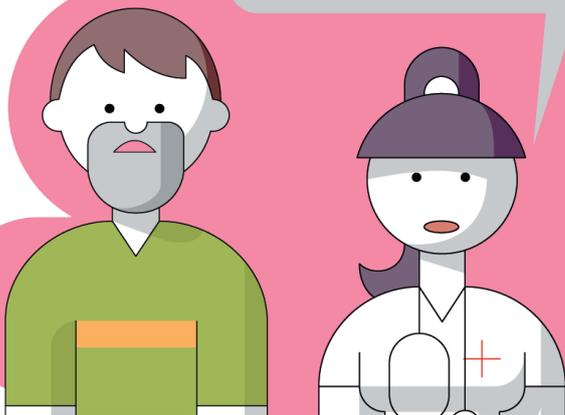


Figura 7 Ejemplo de empatía.

“La empatía es una habilidad crucial para optimizar la educación terapéutica, ya que permite a los profesionales de la salud comprender mejor las necesidades y preocupaciones de las personas con diabetes, establecer una comunicación efectiva y generar una relación de confianza” (15).

La empatía es la capacidad que tiene una persona de ponerse en el lugar del otro, incentivando que la persona se sienta comprendida y acompañada. Incluye que el educador escuche activamente a la persona y comprenda lo que dice.

Para esto el facilitador durante el diálogo puede:

- Repetir lo que dice la persona.
- Utilizar su mismo lenguaje.
- Reflejar sus sentimientos.
- Utilizar el lenguaje no verbal (asentir con la cabeza, mirar a los ojos, respetar los silencios).

La autenticidad es la capacidad de una persona de mostrarse tal cual es. En la conformación del vínculo es importante que el educador transmita a la persona lo que puede esperar de él y del tratamiento.

Este tipo de intervenciones permiten que la persona se sienta comprendida, aceptada y acompañada, a la vez que promueven el establecimiento de alianzas terapéuticas. Si una persona no percibe que el educador comprende su dolencia, difícilmente pueda confiar en que podrá ayudarla con su enfermedad.

Las intervenciones educativas más exitosas a largo plazo requieren de un enfoque centrado en la persona, que haga hincapié en la comunicación e integre a la persona que presenta la enfermedad como un participante activo y valorado, como el actor principal en el proceso de cambio que se debe iniciar.

## ENTREVISTA MOTIVACIONAL

La entrevista motivacional (EM) es una herramienta clínica orientada hacia los objetivos y metas de la propia persona, que presta especial atención al lenguaje del cambio. Está diseñada para fortalecer la motivación y el compromiso de las personas para lograr modificaciones específicas en su conducta, a través de la inducción y exploración de las razones que estas tienen para realizar dichos cambios, en una atmósfera de aceptación (16).

En la EM, el educador no trata de convencer a la persona para que cambie, sino que la orienta para que llegue a conclusiones por sí misma e identifique las motivaciones internas específicas. Ayuda a resolver la ambivalencia, es decir, la situación en la que una persona tiene sentimientos contradictorios sobre algo y oscila entre las razones para cambiar y las razones para continuar igual. Alienta a las personas a explorar estos sentimientos encontrados de modo que puedan avanzar hacia un cambio positivo (16).

### Los principios básicos de la EM son:

- Escuchar y mostrar empatía: aceptar y respetar a la persona, pero no necesariamente aprobar sus decisiones. Esto implica reconocer el derecho a sentir lo que siente y ver las cosas de una determinada forma.
- Verbalizar discrepancias: explicitar contradicciones, es decir, mostrarle a la persona las diferencias entre “lo que dice y piensa” en relación con el cuidado de su salud y “lo que hace” para lograrlo. Siempre en una actitud empática, usando afirmaciones y preguntas abiertas.
- Evitar argumentar y discutir: si la persona siente que su capacidad de elección está limitada, crea resistencias que dificultan el cambio. Hay que tener en cuenta qué es lo que la persona está dispuesta a hacer o no, qué quiere saber o no, y que exprese ella misma sus propios motivos para cambiar.
- Abordar la resistencia: no imponer nuevos puntos de vista u objetivos, sino invitar a la persona a considerarlo, generando preguntas y problemas para que sea ella quien encuentre sus propias soluciones.
- Fomentar la autoeficacia: no decirle a la persona qué tiene que hacer, sino aumentar la confianza y seguridad en la propia capacidad para hacer frente a una tarea o reto específicos.

### ¿Qué no hacer?

- Evaluación cerrada: realizar preguntas que la persona deba responder con frases cortas como en un interrogatorio.
- Rol de experto: el profesional 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: no tener en cuenta los objetivos y metas de la persona.

## HERRAMIENTAS PARA FACILITAR LA EDAM

**Las herramientas de la EM son:**

- Preguntas abiertas: están recomendadas a lo largo de todo el proceso para facilitar que la persona se exprese. Son útiles para explorar la adherencia, explicitar contradicciones e intentar dar un giro a la resistencia. Son ejemplos de este tipo de preguntas: ¿qué aspectos del cuidado de su diabetes son los primeros que le gustaría abordar? ¿Qué considera más importante saber?
- Reflexiones: son frases que, partiendo de lo que la persona dice, invitan a seguir analizando el problema para facilitar el cambio.
- Afirmaciones: buscan apoyar a la persona con DM durante el proceso, reforzando sus recursos y destacando su esfuerzo y sus logros. Incluyen comentarios positivos sobre las actitudes y frases de comprensión relacionadas con los problemas experimentados. Favorecen que la persona aumente la confianza en sí misma y la percepción de autoeficiencia.
- Frases automotivadoras: la persona presenta las razones para cambiar. Las preguntas abiertas son útiles para facilitar que las exprese. Cuando la persona lo hace, es importante que el educador demuestre aceptación, facilite que la persona continúe expresándose y reflexionando, y refuerce estos reconocimientos y afectos, ya sea de forma no verbal (asintiendo) o con frases de apoyo que reflejen los pensamientos y sentimientos de la persona. Hay cuatro categorías de frases automotivadoras que dan cuenta del progreso hacia el cambio:
  - Reconocimiento del problema. Por ejemplo: “entiendo que a la larga comer así me va a traer problemas”.
  - Expresión de preocupación. Por ejemplo: “estoy realmente preocupado. No puedo seguir así”.
  - Intención de cambiar. Por ejemplo: “me diagnosticaron diabetes hace 6 años, pero seguí como si nada. Ahora, 6 años después, voy a empezar a cuidarme”.
  - Optimismo. Por ejemplo: “¡voy a dejar las golosinas!”.
- Resúmenes: hacer una síntesis de lo que ha comentado la persona permite reforzar tales dichos en encuentros posteriores y confirmar que se la ha escuchado con atención. Esto prepara a la persona para seguir progresando, permite que escuche sus propias frases automotivadoras y es muy útil para poner de manifiesto la ambivalencia.
- Balance decisional: resulta beneficioso que la persona identifique y enumere las ventajas y desventajas del cambio y del “no cambio”. Para esto, puede darse como tarea completar una planilla para evaluar la repercusión del cambio, tanto para la persona como para su entorno. (Ver figura 8).

Identificar y marcar los progresos de la persona aumentan su autoestima y su nivel de confianza para alcanzar nuevas metas.

**Figura 8**

*Ejemplo de planilla de balance decisional. Cambio: descenso de peso corporal.*

BAJAR DE PESO	CAMBIAR	NO CAMBIAR
VENTAJAS	“Mejorar mi salud”	“No tengo que vivir preocupado por mi salud”
DESVENTAJAS	“Renunciar a algo que me da placer”. “Exige mucho esfuerzo”	“Probablemente mi enfermedad empeore”

\* Gentiliza de la Dra. María Lidia Ruiz Morosini

La intervención breve (IB) es una herramienta efectiva que ha mostrado ayudar a las personas a dejar de fumar y reducir los riesgos del consumo problemático de alcohol. Además, constituye una estrategia útil para mejorar la adherencia a otras pautas del tratamiento de enfermedades crónicas, como la toma de medicamentos, la alimentación y la actividad física.

Consiste en una interacción de corta duración, de 3 a 20 minutos, entre el profesional de salud y la persona, cuyo objetivo es identificar un problema real o potencial, proporcionar información al respecto para luego motivar y ayudar a adoptar cambios. Puede ser implementada por parte de diferentes integrantes del equipo de salud, y consta de 5 pasos, denominados las 5A:

### **Averiguar (y evaluar)**

Utilizando preguntas abiertas y sencillas, de manera amistosa y sin juzgar. De este modo, es más factible que la respuesta de la persona sea sincera. Por ejemplo: es frecuente que las personas con DM que tienen que tomar un medicamento a diario, en ocasiones se olviden. Por lo tanto, es importante consultarle a la persona cómo viene llevando su tratamiento. A partir de la respuesta, podrán identificarse causas y delinear estrategias en conjunto para mejorar la adherencia.

El educador debe tener en cuenta que la adherencia a los tratamientos de largo plazo es fluctuante y debe procurar mantener la actitud empática a pesar de las fluctuaciones.

Entender y respetar el marco de referencia de la persona, y no intentar imponer el propio, es de suma importancia a la hora de motivar a la persona para que adopte sus propias decisiones y pueda, así, tomar las riendas de su enfermedad.

Un aspecto esencial a evaluar es la disposición al cambio, ya que permite diseñar una intervención a medida. Los cambios no suelen instalarse automáticamente de un momento a otro, sino que la persona va atravesando una serie de etapas hasta que el cambio se concreta y consolida.

El modelo de las etapas del cambio (Prochaska et al) identifica los distintos estadios motivacionales por los que pasa una persona en el proceso de cambio de conducta en relación con un problema o condición:

HERRAMIENTAS PARA FACILITAR LA EDAM

- Precontemplación: la persona no reconoce ningún problema y, por lo tanto, no se plantea la necesidad de un cambio.
- Contemplación: comienza a considerar el cambio, pero aún presenta ambivalencia. Planea un intento de cambiar en los próximos 6 meses.
- Preparación: está dispuesta a cambiar en los próximos 30 días y toma acciones concretas.
- Acción: pone en práctica la decisión tomada y está combatiendo los impulsos de recaída.
- Mantenimiento: ha mantenido el cambio por más de 6 meses y trabaja para consolidarlo a largo plazo.

La progresión entre una etapa y la siguiente se plantea como secuencial, aunque pueden ocurrir recaídas desde estadios tempranos (17).

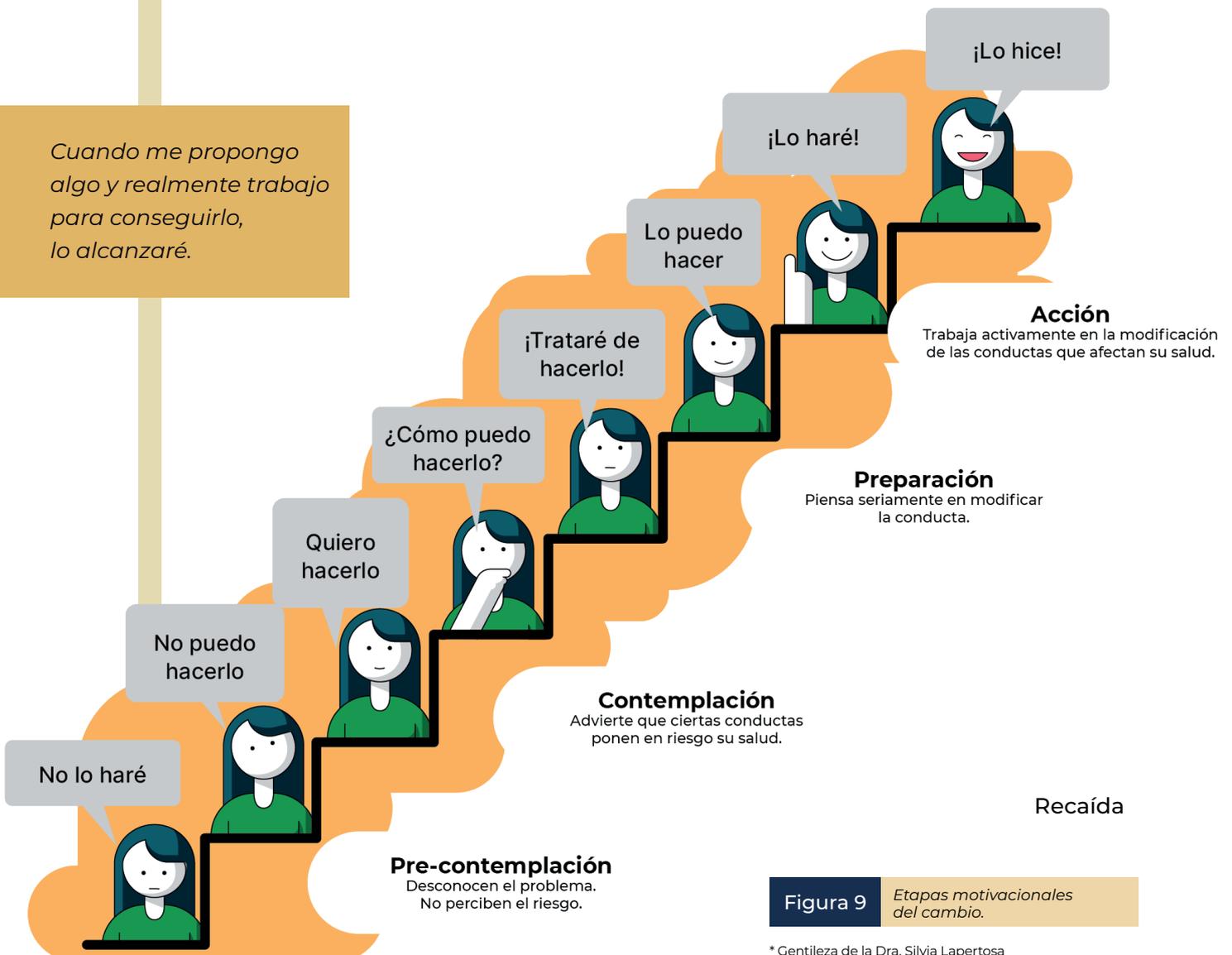


Figura 9 Etapas motivacionales del cambio.

\* Gentileza de la Dra. Sílvia Lapertosa

### Aconsejar

Dar mensajes y consejos de forma clara, sencilla y personalizada. Transmitir la importancia de adoptar la pauta centrándose en los beneficios de su incorporación. (Ver Anexo 1: Siete hábitos saludables para el autocuidado de la DM).

### Acordar

El tratamiento de las enfermedades crónicas requiere, la mayor parte de las veces, modificar radicalmente el estilo de vida de la persona. Por ejemplo, una persona con DM, que además fuma y tiene sobrepeso, requiere:

- Adoptar un plan de alimentación saludable.
- Practicar actividad física en forma regular.
- Tomar medicamentos.
- Bajar de peso.
- Dejar de fumar.

La persona probablemente atraviese diferentes etapas de motivación en relación con el cambio de cada uno de estos aspectos, por lo tanto, es poco factible que los modifique simultáneamente, y de un día para el otro. Por eso, es importante: acordar con la persona por dónde empezar.

### Ayudar

Para ayudar a las personas a cambiar es necesario:

- Aumentar su motivación.
- Aumentar su nivel de confianza.
- Establecer acuerdos.
- Acordar metas.

### Acompañar

En los encuentros posteriores a la consulta inicial, el educador reevaluará utilizando preguntas abiertas, por ejemplo:

- ¿Cómo estuviste este mes/semana?
- ¿Qué pudiste lograr?
- ¿Cómo crees que puedo ayudarte a mejorar?

Durante las visitas de seguimiento es importante.

- Chequear logros, avances y retrocesos.
- Evaluar nivel de motivación, confianza, capacidad para tomar decisiones.
- Señalar positivamente los logros.
- Revisar el plan.
- Acordar nuevas metas (en caso de ser necesario).

Las intervenciones para cambiar el comportamiento requieren ser repetidas muchas veces para tener algún efecto.

Resulta fundamental aprovechar cada encuentro para mantener la motivación, evaluar el progreso, proveer retroalimentación y ajustar los planes de cambio de comportamiento.

# CARACTERÍSTICAS DE LOS PROGRAMAS EDAM

## 1 PERFIL DE PERSONAS EDUCADORAS

- Profesionales médicos, licenciados en nutrición, licenciados en enfermería y licenciados en obstetricia, que asistan a personas con diabetes en su práctica clínica cotidiana y cuenten con capacitación específica en EDAM.
- Licenciados en podología, agentes sanitarios, enfermeros profesionales, técnicos superiores en enfermería y enfermeros universitarios, siempre que integren equipos interdisciplinarios que asistan a personas con DM y cuenten con capacitación específica en EDAM.
- Médicos especialistas en endocrinología y/o nutrición, que cuenten con capacitación específica en EDAM.
- Médicos especialistas en clínica médica, medicina general o familiar y pediatría, que acrediten capacitación en DM (especialización universitaria a través de carreras de especialización y/o maestrías, capacitación en sociedades científicas afines) y cuenten con capacitación específica en EDAM.

## 2 ESTRUCTURA DE LA EDAM

La EDAM se puede realizar de forma individual o grupal, o bien combinación de ambas. La elección de una u otra depende del momento, situación y necesidades de la persona con DM (ver arriba apartado Formato de EDAM)

## 3 CURRÍCULUM

Deberá ser estructurado, con objetivos generales y específicos, e incluir (18):

- Conocimiento de la DM y factores de riesgo cardiovasculares.
- Estilo de vida saludable (actividad física, alimentación saludable, no fumar, ambientes libres de humo, reducción y control del peso, reducción del consumo de alcohol y otros).
- Tratamiento farmacológico.
- Técnica de automonitoreo glucémico (a quienes lo requieran).
- Técnica de aplicación de insulina (cuando corresponda).
- Prevención, detección y tratamiento de hipoglucemias.
- Prevención, detección y tratamiento de complicaciones agudas y crónicas.

- *Cuidados de los pies.*
- *Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico.*
- *Plan de vacunación.*
- *Situaciones especiales (manejo de la DM en días de enfermedad, viajes, etc.).*
- *Conteo de hidratos de carbono, utilización de infusor subcutáneo continuo de insulina y otras tecnologías (en quienes corresponda).*

## 4

## DURACIÓN DE LA EDAM

- Inicial: 10 horas, en todas las personas, independientemente del tipo de DM. Preferentemente dentro del primer año del diagnóstico, o en cualquier momento de evolución de la enfermedad en aquellas personas que no la hayan recibido.
- Distribución: 5 a 6 sesiones, con una periodicidad semanal o quincenal.
- Refuerzo: 2 horas por año, en las personas con DM que:
  - » presenten DM tipo 1 o
  - » tengan mal control metabólico o
  - » presenten cambios en el tratamiento o
  - » estén atravesando transiciones en la vida (por ejemplo, de adolescente a adulto).
- Situaciones especiales: pueden requerir mayor carga horaria inicial y/o de refuerzo las personas con conteo de hidratos de carbono y/o utilización de infusor subcutáneo continuo de insulina u otras tecnologías.

## 5

## DURACIÓN Y LUGAR DE REALIZACIÓN DE LAS SESIONES

**Duración de la sesión:**

- Sesiones grupales: aproximadamente 1 hora y media.
- Sesiones individuales: entre 15 a 30 minutos, dependiendo de las necesidades de la persona.

**Lugar de realización:**

- Sesiones grupales: instalaciones del centro de salud o en un espacio de la comunidad (centro deportivo, club de jubilados, capilla, etc.).
- Sesiones individuales: el consultorio del profesional de la salud.

La elección del turno (mañana, tarde o vespertino) debería adaptarse a la disponibilidad del equipo tratante y de las necesidades de las personas con DM.

## 6 REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES DE EDAM

El registro de las actividades de EDAM (grupales o individuales) permite documentar los avances del proceso educativo y posibilitará evaluar los obstáculos que se han presentado en el cumplimiento de los objetivos en cada persona con DM.

Las intervenciones podrán registrarse en la historia clínica de la persona, o en el formato que el centro de salud considere adecuado y que pueda estar disponible para todo el equipo de salud. Los registros son un insumo indispensable para la evaluación de resultados de la EDAM.

## 7 EVALUACIÓN DE LA EDAM

La evaluación periódica es fundamental para comprobar su progreso y los contenidos que es necesario reforzar. Para poder valorar los resultados del programa de EDAM, se pueden realizar evaluaciones cualitativas, así como cuantitativas (19, 20).

Evaluaciones cualitativas: cambios de comportamiento de las personas con DM y grado de satisfacción de los asistentes. Podrán utilizarse cuestionarios como el ECODI (escala de conocimientos sobre la DM) pre y post evaluación (ver Anexo 2) y el índice de Bienestar OMS (cinco) (ver Anexo 3).

**Evaluaciones cuantitativas:** indicadores de estructura, proceso y resultados, tales como:

- Porcentaje de miembros del equipo de salud que realizan las actividades de EDAM (estructura).
- Porcentaje de personas con DM que recibieron EDAM (proceso).
- Porcentaje de personas con hemoglobina glicosilada (HbA1c) menor a 8 % (resultado).
- Porcentaje de personas con presión arterial (PA) menor a 140/90 mmHg (resultado).

# CONCLUSIONES

La EDAM es uno de los pilares fundamentales en el abordaje de las personas con DM, ya que las empodera, les otorga conocimientos, habilidades y actitudes para llevar a cabo los autocuidados necesarios. Se aconseja que se realice en etapas y se adecue a las necesidades de cada persona.

El educador en DM desempeña un rol clave, facilitando el aprendizaje, promoviendo la autonomía y favoreciendo la capacitación de las personas. Su lenguaje debe ser simple y claro (no técnico), neutral y no estigmatizante.

Tanto la EDAM individual como grupal son válidas. Siempre que sea posible, es favorable complementarlas, ya que cada formato tiene beneficios específicos: la educación individual permite personalizar las intervenciones según las necesidades de la persona y la grupal promueve el intercambio de experiencias.

El educador debe contar con habilidades comunicacionales como aceptación, empatía y autenticidad, a fin de construir un vínculo de confianza. Entre las herramientas que facilitan la EDAM contamos con la entrevista motivacional y la intervención breve de las "5A".

Los programas de EDAM deben poseer un currículum estructurado, con una temática amplia y completa. Su duración será pauta para diferentes momentos del inicio y evolución de la enfermedad, según las recomendaciones de la guía de práctica clínica nacional en esta temática (21). Es esencial que las actividades educativas sean registradas y evaluadas periódicamente para garantizar la calidad del programa. La evaluación continua no solo permite ajustar las intervenciones a las necesidades cambiantes de las personas con DM, sino que también proporciona información valiosa sobre la efectividad del programa y su impacto en la salud a largo plazo. De esta manera, se pueden identificar áreas de mejora y asegurar que las intervenciones sean cada vez más eficaces.

# ANEXO 1

Para transmitir a las personas con DM: siete hábitos saludables para el autocuidado de la DM (22).

1. Comer saludablemente: llevar un plan de alimentación personalizado y adecuado a las necesidades.
2. Mantenerse activo: 30 minutos diarios, 6 veces a la semana, son suficientes para a ver resultados.
3. Medir los niveles de glucosa (cuando así lo indique el profesional).
4. Seguir el tratamiento médico: tomar los medicamentos orales y/o inyectables según las indicaciones.
5. Aprender a enfrentar retos cotidianos: la educación es la piedra angular en el control de la DM. Una persona que se conoce y que conoce su condición consigue una mejor calidad de vida.
6. Tener una actitud positiva y adaptarse sanamente al nuevo estilo de vida: incorporar la DM a la vida para aprender a vivir mejor con ella.
7. Reducir riesgos: aprender sobre las complicaciones agudas y crónicas de la DM y cómo prevenirlas, realizando oportunamente los controles periódicos de ojos, pies, riñón y boca.

# ANEXO 2

Cuestionario ECODI (23)

El cuestionario ECODI (Escala de conocimientos sobre la diabetes) es un cuestionario cualitativo de 21 ítems con 4 opciones de respuestas. Permite valorar conocimientos sobre la insulina, cifras de glucemia, complicaciones, alimentación adecuada y ejercicio. Se sugiere realizarlo antes del inicio de la EDAM, y a los 3, 6 y 12 meses. Posteriormente, se deben analizar y comparar los resultados obtenidos en los distintos momentos con el objetivo de identificar si se ha producido el aumento de conocimientos.

1. La insulina es:
  - a. Un medicamento que siempre recibimos del exterior y sirve para bajar el azúcar (o glucosa) en la sangre.
  - b. Una sustancia que eliminamos en la orina.
  - c. Una sustancia que segregamos en el organismo (en el páncreas) para regular el azúcar (o glucosa) en la sangre.
  - d. No sabe/no contesta.

2. Los niveles normales de azúcar (o glucosa) en sangre son:
  - a. 30-180.
  - b. 70-140.
  - c. 120-170.
  - d. No sabe/no contesta.
  
3. Si usted nota aumento de sed, orinar con más frecuencia, pérdida de peso, azúcar en la orina, pérdida de apetito..., ¿qué cree que le ocurre?
  - a. Bajo nivel de azúcar (o glucosa) en sangre: hipoglucemia.
  - b. Niveles normales de azúcar (o glucosa) en sangre.
  - c. Alto nivel de azúcar (o glucosa) en sangre: hiperglucemia.
  - d. No sabe/no contesta.
  
4. Un alto nivel de azúcar (o glucosa) en sangre, también llamado hiperglucemia, puede producirse por
  - a. Demasiada insulina.
  - b. Demasiada comida.
  - c. Demasiado ejercicio.
  - d. No sabe/no contesta.
  
5. Si usted nota sudoración fría, temblores, hambre, debilidad, mareos, palpitaciones..., ¿qué cree que le ocurre?
  - a. Bajo nivel de azúcar (o glucosa) en sangre: hipoglucemia.
  - b. Niveles normales de azúcar (o glucosa) en sangre.
  - c. Alto nivel de azúcar (o glucosa) en sangre: hiperglucemia.
  - d. No sabe/no contesta.
  
6. Una reacción de hipoglucemia (bajo nivel de azúcar, o glucosa, en sangre), puede ser causada por:
  - a. Demasiada insulina o antidiabéticos orales (pastillas).
  - b. Poca insulina o antidiabéticos orales.
  - c. Poco ejercicio.
  - d. No sabe/no contesta.
  
7. ¿Cuántas comidas al día debe hacer una persona con diabetes?
  - a. Tres: desayuno, comida y cena.
  - b. Cinco: desayuno, almuerzo, comida, merienda y cena.
  - c. Comer siempre que tenga hambre.
  - d. No sabe/no contesta.
  
8. ¿Cuál de estos alimentos no debe comer nunca la persona con diabetes?
  - a. Carne y verduras.
  - b. Refrescos y bollerías.
  - c. Legumbres (p. ej.: lentejas) y pastas alimenticias (p. ej.: macarrones).
  - d. No sabe/no contesta.

ANEXO 2

9. ¿De cuál de estos alimentos puede comer, pero no debe abusar la persona con diabetes?
  - a. Carne y verduras.
  - b. Refrescos y bollería.
  - c. Legumbres y pastas alimenticias.
  - d. No sabe/no contesta.
  
10. Una dieta con alto contenido en fibra vegetal puede:
  - a. Ayudar a regular los niveles de azúcar en la sangre.
  - b. Elevar los niveles de colesterol en la sangre.
  - c. No satisfacer el apetito.
  - d. No sabe/no contesta.
  
11. Una buena fuente de fibra es:
  - a. Carne
  - b. Verdura.
  - c. Yogurt.
  - d. No sabe/no contesta.
  
12. Para conseguir un buen control de la diabetes, todas las personas con diabetes, en general, deben:
  - a. Tomar antidiabéticos orales. (pastillas).
  - b. Seguir bien la dieta.
  - c. Inyectarse insulina.
  - d. No sabe/no contesta.
  
13. ¿Por qué es tan importante que usted consiga mantenerse en su peso ideal (no tener kilos de más)?
  - a. Un peso adecuado facilita el control de la diabetes.
  - b. El peso apropiado favorece la estética ("la buena figura").
  - c. Porque podrá realizar mejor sus actividades diarias.
  - d. No sabe/no contesta.
  
14. La actividad corporal, largos paseos, la bicicleta o la gimnasia para usted:
  - a. Está prohibida.
  - b. Es beneficiosa.
  - c. No tiene importancia.
  - d. No sabe/no contesta.
  
15. ¿Cuándo cree usted que debe hacer ejercicio?
  - a. Los fines de semana o cuando tenga tiempo.
  - b. Todos los días, de forma regular, tras una comida.
  - c. Sólo cuando se salte la dieta o coma más de lo debido.
  - d. No sabe/no contesta.

16. Con el ejercicio físico:
- Sube el azúcar (o glucosa) en sangre.
  - Baja el azúcar (o glucosa) en sangre.
  - No modifica el azúcar (o glucosa) en sangre.
  - No sabe/no contesta.
17. El ejercicio es importante en la diabetes porque:
- Fortalece la musculatura.
  - Ayuda a quemar calorías para mantener el peso ideal.
  - Disminuye el efecto de la insulina.
  - No sabe/no contesta.
18. Usted debe cuidarse especialmente sus pies, ya que:
- Un largo tratamiento con insulina hace que se inflamen los huesos.
  - Los pies planos se dan con frecuencia en la diabetes.
  - Los diabéticos, con los años, pueden tener mala circulación en los pies (apareciendo lesiones sin darse cuenta).
  - No sabe/no contesta.
19. ¿Cada cuánto tiempo debe lavarse los pies?
- Una vez al día.
  - Cuando se bañe o duche.
  - Cuando le suden o huelan.
  - No sabe/no contesta.
20. ¿Cada cuánto tiempo debe revisarse sus pies, mirándose la planta y entre sus dedos?
- Todos los días.
  - Una vez a la semana.
  - Cuando se acuerde.
  - No sabe/no contesta.
21. ¿Qué debe hacer si le aparece un callo o lesión en el pie?
- Ir a la farmacia a comprar algún producto que lo cure.
  - Consultarlo con su médico o enfermera.
  - Curarlo con lo que tenga por casa.
  - No sabe/no contesta.
22. ¿Por qué es tan importante para un buen control de la diabetes tener su boca en buen estado y hacerse revisiones periódicas al dentista?
- Para evitar infecciones que pueden ser causa de un mal control del azúcar (o glucosa).
  - Para masticar mejor los alimentos y hacer mejor la digestión.
  - Para evitar el mal aliento.
  - No sabe/no contesta.

ANEXO 2

23. Lo más importante en el control de la diabetes es:
- No olvidar el tratamiento, seguir bien la dieta y hacer ejercicio de forma regular.
  - Tener siempre azúcar en la orina para evitar hipoglucemias.
  - Tomar la misma cantidad de insulina o antidiabéticos orales (pastillas) todos los días.
  - No sabe/no contesta.
24. En la orina aparece azúcar (o glucosa) cuando:
- El azúcar (o glucosa) sanguíneo es demasiado bajo.
  - El azúcar (o glucosa) sanguíneo es demasiado alto.
  - La dosis de insulina o pastillas es demasiado grande.
  - No sabe/no contesta.
25. ¿Por qué es tan importante saber analizarse la sangre después de obtenerla pinchándose un dedo?
- Porque sabrá el azúcar (o glucosa) que tiene en sangre en ese momento.
  - Porque es más fácil que en la orina.
  - Porque sabrá si es normal y así podrá comer más ese día.
  - No sabe/no contesta.

Respuestas correctas:

1c, 2b, 3c, 4b, 5a, 6a, 7b, 8b, 9c, 10a, 11b, 12b, 13a, 14b, 15b, 16b, 17b, 18c, 19a, 20a, 21b, 22a, 23a, 24b, 25a.

## ANEXO 3

Índice de Bienestar OMS-5 (24): es un método de una escala corta de cinco elementos que mide el bienestar subjetivo.

Para cada una de las siguientes afirmaciones, indique cuál describe mejor cómo se ha sentido durante las últimas dos semanas. Recuerde: los números más altos indican un mejor bienestar. Ejemplo: si se ha sentido alegre y de buen ánimo más de la mitad del tiempo durante las últimas dos semanas, marque la casilla debajo de “más de la mitad del tiempo”.

DURANTE LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS	TODO EL TIEMPO	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	MÁS DE LA MITAD DEL TIEMPO	MENOS DE LA MITAD DEL TIEMPO	EN ALGUNOS MOMENTOS	EN NINGÚN MOMENTO
ME HE SENTIDO ALEGRE Y DE BUEN ÁNIMO	5	4	3	2	1	0
ME HE SENTIDO TRANQUILO Y RELAJADO	5	4	3	2	1	0
ME HE SENTIDO ACTIVO Y VIGOROSO	5	4	3	2	1	0
CUANDO ME DESPERTÉ ME SENTÍA SANO Y DESCANSADO	5	4	3	2	1	0
MI VIDA COTIDIANA HA ESTADO REPLETA DE COSAS QUE ME INTERESAN	5	4	3	2	1	0
TOTAL DE LA COLUMNA						

Puntaje total (sume los totales de cada columna) =

Puntaje: se calcula sumando los totales de las cinco respuestas. Los puntajes van desde el 0 al 25. El 0 representa el peor estado posible de bienestar y el 25, el mejor.

Interpretación: este índice debe usarse como herramienta de evaluación únicamente. Se recomienda una evaluación más exhaustiva si el puntaje es menor de 13, o si la persona ha respondido 0 ó 1 en cualquiera de los cinco puntos. El uso de esta herramienta no reemplaza a la entrevista diagnóstica por parte de un profesional de salud mental.

# BIBLIOGRAFIA

1. GBD 2021 Diabetes Collaborators. Global, regional, and national burden of diabetes from 1990 to 2021, with projections of prevalence to 2050: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com) Vol 402 July 15, 2023
2. <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>
3. 4ta. Encuesta de Factores de Riesgo. Principales resultados. [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2020-01/4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo\\_2019\\_informe-definitivo.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2020-01/4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo_2019_informe-definitivo.pdf)
4. Dirección de Estadística e Información en Salud, Ministerio de Salud Argentina. Natalidad y mortalidad 2018. Síntesis estadística nro 6. [https://dtoepidemiologia.wordpress.com/wp-content/uploads/2020/05/sintesis-natalidad-y-mortalidad-nro6\\_2018-\\_v3.pdf](https://dtoepidemiologia.wordpress.com/wp-content/uploads/2020/05/sintesis-natalidad-y-mortalidad-nro6_2018-_v3.pdf)
5. Datos no publicados, Área de Vigilancia de la Salud y Monitoreo de Programas - DNAIENT. En base a 4º Encuesta Nacional de Factores de Riesgo.
6. Rodriguez S: Nuevas técnicas educativas en Diabetes. Revista Diabetes (SED). Junio 2023. <https://www.revistadiabetes.org/miscelanea/nuevas-tecnicas-educativas-en-diabetes/>
7. Automanejo de enfermedades no transmisibles: Una tarea compartida entre usuarios y equipo de salud. <https://gca.cl/gca/2024/ECICEPREQUINOA/COMPLEMENTARIO/Lectura%20-%20018.Automanejo-de-Enfermedades-no-Transmisibles%20%281%29.pdf>
8. Ministerio de Salud de la Nación. Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2, 2019. Buenos Aires, Argentina
9. Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: Organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas. Washington, DC: OPS, 2013. <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2013/CuidadosInnovadores-v5.pdf>
10. El equipo de diabetes interdisciplinar. Su papel en la educación, motivación y adherencia al tratamiento. Revista Diabetes (SED) N° 79: 52-57; febrero 2023
11. <https://diabetesvoice.org/es/atencion-para-la-diabetes/el-impacto-del-lenguaje-en-la-diabetes>
12. Kalyani RR, Allende-Vigo MZ, Antinori-Lent KJ, et al. Prioritizing Patient Experiences in the Management of Diabetes and Its Complications: An Endocrine Society Position Statement. *J Clin Endocrinol Metab.* 2024 Apr 19;109(5):1155-1178.

13. Manual de Educación Grupal Diabetes Mellitus tipo 2. Profesionales de Atención Primaria Gobierno de Aragón, España- Enero 2018
14. Ana Cano Ramirez. Los grupos como nivel de intervención. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. 27 dic. 2005. [https://www2.ulpgc.es/hege/almacen/download/38/38205/tema\\_3\\_los\\_grupos\\_200506.pdf](https://www2.ulpgc.es/hege/almacen/download/38/38205/tema_3_los_grupos_200506.pdf)
15. Palacín Lois M, Sorribes Soto E. Cómo incrementar la empatía entre el equipo diabetológico y el paciente con diabetes. Revista de la Sociedad Española de Diabetes, 2023. <https://www.revistadiabetes.org/miscelanea/como-incrementar-la-empatia-entre-el-equipo-diabetologico-y-el-paciente-con-diabetes/>
16. Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). Motivational interviewing: Helping people change (3rd edition). Guilford Press.
17. Guía de práctica clínica de educación en diabetes. Federación Internacional de Diabetes, región SACA. 5 agosto 2022. <https://idf.org/news/guia-de-practica-clinica-de-educacion-en-diabetes/>
18. Ministerio de Salud de la Nación. Resolución 2820/2022. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-2820-2022-375042/texto>
19. Sociedad Española de Diabetes (SED). Grupo de Trabajo de Educación Terapéutica. Programas estructurados de educación terapéutica. 2020. <https://www.sediabetes.org/wp-content/uploads/Guia-Programas-Estructurados-Educacion-Terapeutica-2020.pdf>
20. Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Consumo. Guía de educación diabetológica. [https://saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploaded\\_files/CustomContentResources/Parte%201.%20Gu%C3%ADa%20de%20Educaci%C3%B3n%20Diabetologica.pdf](https://saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploaded_files/CustomContentResources/Parte%201.%20Gu%C3%ADa%20de%20Educaci%C3%B3n%20Diabetologica.pdf)
21. Ministerio de Salud de la Nación. Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2, 2019. Buenos Aires, Argentina
22. Peeples, M., Koshinsky, J., & McWilliams, J. (2007). Beneficios de la educación diabética: mejores resultados sanitarios mediante un buen control personal. Diabetes Voice. Perspectivas mundiales de la diabetes, 52 (Especial), 5-8.
23. Bueno y col. Cuestionario ECODI. Atención Primaria 1993; 11: 344-349
24. Topp CW, Østergaard SD, Søndergaard S, Bech P. The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literatura. Psychotherapy and Psychosomatics 2015, 84 (3): 167-76.

# MANUAL DE EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA

para el automanejo  
de personas con  
diabetes mellitus

---

DIRIGIDO A EQUIPOS DE SALUD



**Ministerio  
de Salud**  
República Argentina