

**PERSPECTIVAS DE ENFERMERIA EN EL CUIDADO DEL  
PACIENTE CON DIABETES MELLITUS**

**PERSPECTIVES OF NURSING IN THE CARE OF THE PATIENT  
WITH DIABETES MELLITUS**

**Belkis Gelvez<sup>1</sup> Maribel Osorio<sup>2</sup>**

ARTICULO DE REVISIÓN

Artículo recibido: 12-04-2017

Artículo aceptado: 23-05-2017

**Resumen**

La persona con diabetes mellitus debe participar activamente en intervenciones educativas, centradas en los cuidados que debe proporcionarse a sí misma, es decir, cuidar y cuidarse a sí misma. Estas acciones deben incluir, cuidadores y grupo familiar, las cuales deben ser impartidas por profesionales de la salud formados en educación terapéutica en diabetes. **Objetivo:** revisar los distintos modelos de cuidado en salud en personas con diabetes mellitus. **Conclusión:** lograr el automanejo efectivo y eficaz de la diabetes, es un imperativo que todos los prestadores de cuidados deben

adoptar para lograr las metas de control metabólico, mayor adherencia y calidad de vida. El modelo de cuidados crónicos, parece una opción efectiva al brindar una atención integral multidimensional de alta calidad, basada en la evidencia.

**Palabras claves:** diabetes mellitus, cuidados en salud, autocuidado, automanejo, modelos de cuidados crónicos, educación.

**Abstract**

The person with diabetes mellitus deserves to participate actively in educational interventions, focused on the care that must be given to itself, that is, caring for and taking care of itself. These actions should include, caregivers and family group, which should be given by health professionals trained in therapeutic education in diabetes. **Objective:** To make a critical review of the different models of care in people with diabetes. **Conclusion:** In order to achieve effective and effective self-management in the management of

Belkis Gelvez<sup>1</sup> Lic. Enfermería- MSc. En Salud Comunitaria Profesor Fisiopatología EE-UCV Educador en Diabetes

Maribel Osorio<sup>2</sup> Lic en Enfermería Doctora en Ciencias de la Educación, Profesor Asociado EE-UCV Educador en diabetes  
Correspondencia: [maribelosorio@yahoo.com](mailto:maribelosorio@yahoo.com)

diabetes, it is imperative that all caregivers adopt the MCC chronic care model, in order to achieve the goals of metabolic control, adherence and quality of life. MCC appears to be most effective in delivering high quality, evidence-based multidimensional comprehensive care.

**Key words:** diabetes mellitus, health care, self-care, self-management, chronic care models, education.

## INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>1</sup> en su primer informe mundial sobre la diabetes 2016, el número de personas con diabetes y su prevalencia está aumentando en todas las regiones del mundo. En 2014 había 422 millones de adultos (el 8,5% de la población) con diabetes, en comparación con 108 millones (4,7%) en 1980; la prevalencia mundial (normalizada por edades) casi se ha duplicado desde ese año, pues ha pasado del 4,7% al 8,5% en la población adulta.

En Venezuela, la diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) representa una de las principales causas de morbilidad, con serias repercusiones en el estilo de vida, asociada estrechamente al tipo de

alimentación, manejo del estrés y sedentarismo, entre otros condicionantes<sup>2</sup>.

En el contexto de la persona con Diabetes Mellitus (DM), se precisa realizar las actividades con rigor y esmero dadas su elevada frecuencia y las complicaciones que causan una importante tasa de morbilidad. De allí que, el cuidado constituye una herramienta indispensable en el apoyo al paciente; se fundamenta en las actividades que debe realizar la persona de manera independiente para promocionar y mantener su salud y bienestar.

El profesional de enfermería debe incorporar el aspecto educativo en las acciones de cuidado dirigidas al enfermo diabético por cuanto es una poderosa estrategia en la prevención de complicaciones mediante la enseñanza del autocuidado.

La educación para salud, se estima como una exigencia por parte de la Organización Mundial de la Salud (1998)<sup>3</sup> con miras al desarrollo de una educación terapéutica como herramienta de la cual dispondrá el profesional del área para aportar a la

---

persona con DM, y a la familia, conocimientos, habilidades y destrezas, que se traduzca en la práctica de conductas positivas, alternativas saludables y satisfactorias para el cuidado de esta condición clínica, las evidencias informan que ayuda a mejorar los resultados psicosociales y sanitarios, especialmente a corto plazo<sup>4,5,6</sup>.

Ante la prevalencia de enfermedades no transmisibles (ENT)<sup>7</sup> es imperativo revisar los distintos modelos de cuidado humano a objeto de fomentar en la praxis un enfoque que garantice adherencia al autocuidado o automanejo de esta entidad clínica.

### **EDUCACION EN DIABETES**

El informe OMS 2014,<sup>7</sup> señala que las ENT, son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta, el prototipo lo constituye las enfermedades cardíacas, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes mellitus, siendo responsables del 63% de las muertes, es decir son responsables del deceso de 38 millones de

personas cada año. El consumo de tabaco, la inactividad física, el uso nocivo del alcohol y las dietas malsanas aumentan el riesgo de morir a causa de una de las ENT<sup>8</sup>.

Según Lorig<sup>9</sup> como resultado del incremento en la esperanza de vida del hombre, ahora es necesario dedicar más tiempo, recursos y profesionales especializados en la atención de las ENT. Los métodos de atención de las ENT están dejando atrás la relación tradicional entre el requirente de atención y el profesional de la salud, desempeñando el primero un rol central en su propio cuidado o automanejo.

Entre las ENT, destaca la DM, la cual representa un grupo de trastornos metabólicos caracterizados por la hiperglucemia crónica con disturbios en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas atribuibles a defectos en la secreción o acción de la insulina. Existen múltiples procesos fisiopatológicos involucrados en su aparición que varían desde la destrucción auto inmunitario de las células  $\beta$  del

---

páncreas hasta resistencia a la insulina<sup>10,11</sup>.

Es por ello, que hacer frente a los síntomas y la discapacidad resultante de la DM; vigilar los indicadores físicos; seguir regímenes medicamentosos; mantener un grado adecuado de nutrición, ingesta de calorías y ejercicio; adaptarse a las exigencias psicológicas y sociales, incluye algunos ajustes difíciles del modo de vida, establecer interacciones eficaces con los prestadores de atención de salud, lo cual requiere modificar la visión actual del profesional de salud y del paciente a objeto de garantizar una mejor calidad de vida.

Una de las causas para que prevalezcan resultados poco satisfactorios en la evolución de la enfermedad, se debe a la falta de participación eficaz de las personas con DM en el control de su propia afección debido a la escasa educación que reciben de parte de los profesionales de la salud. Seguir un régimen complejo en el transcurso de la vida, requiere del paciente gran motivación para adherirse a las

distintas modalidades terapéutica (nutricional, ejercicio, farmacológica, psicológica y educativa) y conocimientos relacionados con la enfermedad. Aunque hay muchas pruebas que respaldan esta idea, tan solo una minoría de personas recibe educación terapéutica apropiada<sup>12</sup>.

El nivel de comprensión, destrezas prácticas y motivación del paciente para afrontar las exigencias del cuidado diario influye en el éxito de cualquier indicación terapéutica. Todo contacto con la persona con diabetes tiene un objetivo educativo, ya sea explícito o implícito, por lo que la diabetología de finales del siglo XX asumió la idea clara de que no existe tratamiento eficaz de la DM sin educación y entrenamiento<sup>3</sup>.

Un programa educativo dirigido a pacientes con DM, llevado a cabo por un grupo multidisciplinario que trabaje en equipo, que cumplan unas directrices, objetivos y metas comunes, logra que los pacientes mejoren su control metabólico, la adherencia al tratamiento instaurado, los cambios en la alimentación y en actividad física<sup>4</sup>. Se deben considerar factores de tipo conductual que

pueden ser modificables mediante la educación del paciente como parte indispensable del tratamiento.

Existe consenso en considerar la educación diabetológica como uno de los soportes más importantes en el tratamiento de la DM. La Asociación Americana de Diabetes (ADA) y la Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD) han manifestado que la "Educación es un derecho que tiene todo paciente diabético" y debe formar parte del tratamiento en todos los sistemas de salud, tanto públicos como privados<sup>15</sup>.

Para lograr eficacia y eficiencia en ETD, <sup>16,13</sup> se debe involucrar a los pacientes en una alianza terapéutica a largo plazo en el que los objetivos de la autogestión y el control glucémico (metas de control metabólico individualizadas) puedan afectar positivamente la calidad de vida y reducir el riesgo de complicaciones relacionadas con la condición, para ello es necesario cumplir con las siguientes acciones:

1. Preparación teórica a la persona con riesgo y diagnóstico de diabetes mellitus, grupo familiar, cuidadores y miembros de la comunidad.

2. Administrar un programa educativo estructurado basado en los conocimientos referidos a DM:

2.1 Requerimientos para la satisfacción de las necesidades básicas de acuerdo a la situación de salud del paciente.

2.2 Elaborar una agenda para el cumplimiento de su autocuidado con propuestas y compromisos de cambio.

2.3 Mejorar el estilo de vida y factores de riesgo (propiciar hábitos saludables y cesación de hábitos tóxicos).

2.4 Disponibilidad para el apoyo individual y grupal.

3. Mejoramiento de conductas alternativas saludables y autosatisfactorias:

3.1 Formar e instruir mediante didácticas educativas sobre las habilidades y destrezas para ejecutar las actividades propias de autocuidado (dieta, ejercicio, monitoreo de glicemia capilar y adherencia a medicamentos: insulina e hipoglucemiantes).

3.2 Controlar y verificar condiciones de la piel, pies e higiene bucal.

3.4 Reconocimiento precoz de signos y síntomas de hipoglucemia e hiperglucemia

3.5 Retorno periódico a la consulta médica, nutricional, psicológica y educacional.

4. Evaluación periódica como estrategia para verificar el impacto de las prácticas de automanejo en la salud del paciente mediante el monitoreo de indicadores bioquímico (HbA1c, colesterol total, colesterol LDL y HDL, triglicéridos, microalbuminuria) indicadores antropométricos (IMC, circunferencia de cintura y porcentaje de grasa corporal) y hemodinámicos no invasivos (presión arterial sistólica y diastólica).

## **CUIDADOS EN DIABETES MELLITUS**

El cuidado es la esencia de enfermería, es el centro de su quehacer. Es mediante el cuidado que el profesional establece una interacción con la persona necesitada para favorecer procesos saludables. Para Collière "Los cuidados dan lugar a prácticas y hábitos que se forjan partiendo del modo en que los

hombres y mujeres aprehenden y utilizan el medio de vida que les rodea (...) y cuando las prácticas se perpetúan generan por sí mismas ritos y creencias"<sup>17,18</sup>.

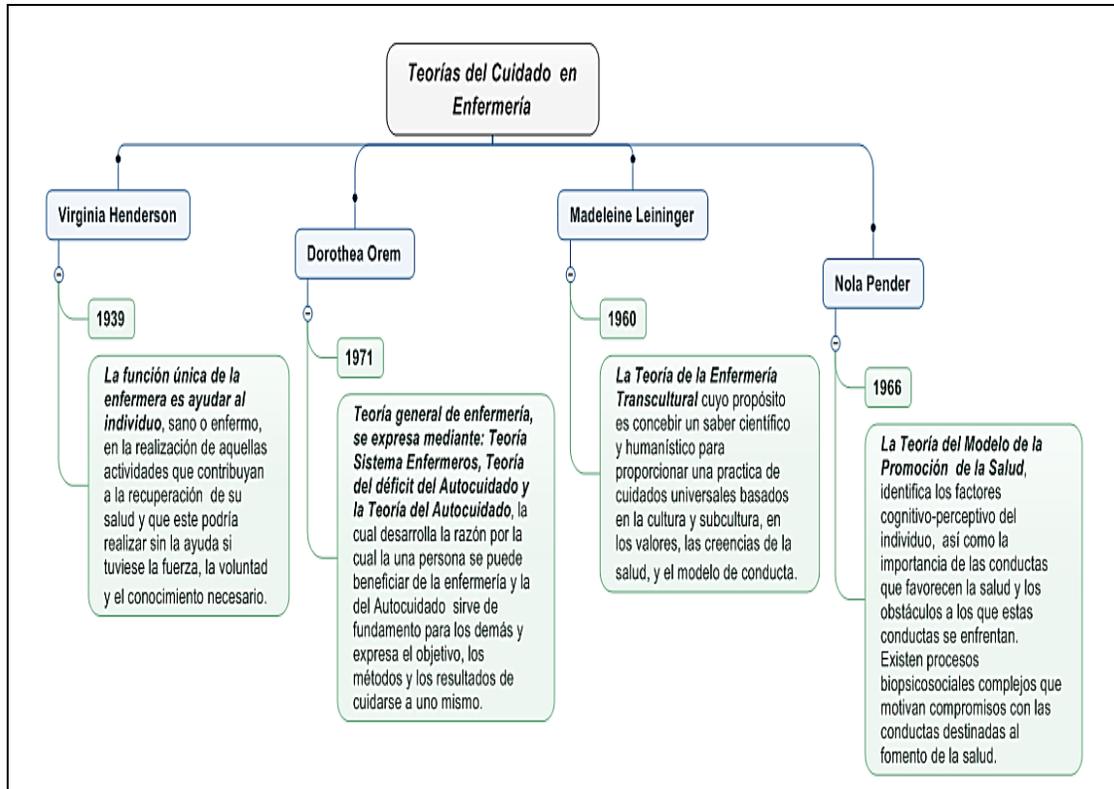
Los cuidados son fuente de placer, de satisfacción y expresión de una relación, apaciguan, calman, alivian, dispersan los tormentos intentando evitar el sufrimiento.

La interacción activa y efectiva entre la enfermera(o), el paciente y su familia depende de la comprensión que tengan acerca de ello dependerá el logro de propuestas de cambio para dignificar a las personas o fortalecer su autonomía, que es en esencia lo que pretende para mejorar su salud o prevenir enfermedades<sup>19</sup>.

Las profesionales de enfermería han hecho un significativo aporte al cuidado<sup>20,21,22,23</sup>, al ser pioneras en investigar y fomentar esta práctica como una necesidad humana, lo que constituye la directriz de su accionar y el medio para lograr mantener y/o restablecer la salud en los pacientes, es así como diferentes teorías de enfermería evidencian en sus postulados el papel que debe cumplir la persona al participar de su propio

cuidado y asumir conductas que propicien la salud y el bienestar

Cuadro 1. Teorías del cuidado en enfermería



Teorías del cuidado de enfermería <sup>20,21, 22,23</sup>. Adaptado y diseñado por los autores (2017).

Orem <sup>21</sup>, Kozier, Erb y Olivieri <sup>24</sup> destacan que la persona receptora del autocuidado tiene como eje central el conocimiento que debe poseer acerca de la enfermedad que padece, evolución, tratamiento farmacológico, riesgos y beneficios de cada actuación sobre sí mismo con lo cual se favorece su participación y se respeta su autonomía

Para proporcionar cuidado es imprescindible que el cuidador (profesional) conozca del paciente: su cultura, religión, creencias, relaciones sociales, rol que desempeña en el grupo familiar y en la sociedad, sus condiciones económicas y cuál es el significado de la enfermedad y las relaciones con su entorno tal como plantea Leininger en su teoría de Enfermería Transcultural.

El apoyo-educativo es vital en el usuario con DM quien requiere ayuda para la toma de decisiones, desarrollo de habilidades y destrezas, así como asesoría en el control de comportamientos positivos y alentadores para incorporarlos a su cuidado y garantizar la adherencia terapéutica.

Sin embargo, estudios recientes, parecen sugerir que hay una brecha entre conocimiento, actitud y práctica, que, aunque el conocimiento teórico exprese cómo se debe manejar la DM, influye la actitud de los pacientes y los profesionales de la salud, que puede afectar la implementación de cambios para mejorar la calidad de vida.

La interacción de todos los interesados en los cambios de comportamiento, puede influir de forma positiva a largo plazo en los resultados del tratamiento de las personas con DM<sup>25</sup>.

### **Autocuidado**

Dada la complejidad que representa para la persona con DM, todo lo referido a los cuidados que debe realizarse para mantener, conservar

la salud y permanecer en la vida libre de complicaciones, es importante que incorpore, en primer orden, en su quehacer diario, el término cuidar<sup>17</sup>, que etimológicamente significa, poner diligencia, atención y solicitud en la ejecución de algo, asistir, guardar, conservar, que pueden ser objetos o personas; también trata de mirar por la propia salud, darse buena vida, y designa, igualmente, vivir con advertencia respecto de algo, en síntesis, preocuparse y ocuparse por sí mismo al realizar las acciones para proporcionarse los requerimientos mínimos que permitan al organismo mantener el equilibrio (homeostasis).

A la luz de la importancia del autocuidado en diabetes, se han elaborado distintos instrumentos o escalas para evaluar el autocuidado en diversas poblaciones, uno de los más exitosos ha sido la Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA)<sup>26</sup>, producto del primer trabajo colaborativo, que comenzó en 1983, en la Universidad de Maastricht –Holanda, este instrumento ha sido validado y aplicado en Europa y Latinoamérica (Mexico-Colombia) con un notable

éxito en el autocuidado de estas personas.

### **Automanejo**

En un sentido general, el automanejo se define como la atención diaria, por parte de los propios pacientes, en el curso de las enfermedades crónicas<sup>15, 16,26</sup>. Se usa como sinónimo de autocuidado, pero, el automanejo ha evolucionado para dejar de ser simplemente la práctica de suministrar información y aumentar los conocimientos de los pacientes<sup>26</sup>. Ambos conceptos están interrelacionados, el automanejo es considerado por muchos autores<sup>27, 28,15</sup> como aquellas tareas que las personas sanas realizan en el hogar para prevenir enfermedades, en lugar de tan solo atender una enfermedad existente.

El enfoque teórico del automanejo se ha ampliado desde los años ochenta, cuando Corbin y Strauss<sup>29</sup> señalaron tres conjuntos de actividades asociadas con el hecho de tener una enfermedad crónica, a saber: la atención médica de esta, el manejo del comportamiento y el manejo emocional. Posteriormente, los

científicos de la enfermería describieron ampliamente cinco procesos centrales del automanejo que consisten en la capacidad de solucionar problemas, tomar decisiones, utilizar recursos, asociarse con prestadores de atención de salud y actuar<sup>16,29</sup>.

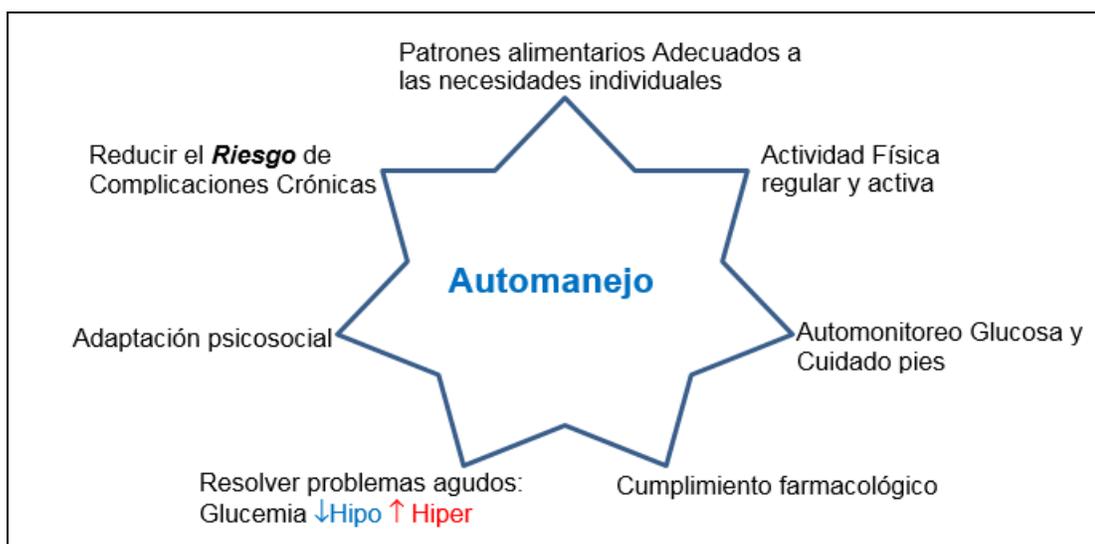
La teoría del automanejo individual y familiar expresa que el automanejo tiene tres dimensiones: el contexto, el proceso y los resultados, con factores contextuales que influyen en el proceso y los resultados de las prácticas de automanejo. Esta teoría también destaca la especificidad de los procesos para incluir los conocimientos, creencias, aptitudes, capacidades de autorregulación, y la facilitación social, además clasifica los resultados en próximos y distales<sup>27</sup>.

El programa de educación para el automanejo de la diabetes incluye los siguientes temas: cómo y cuándo monitorear la glicemia en sangre, habilidades de automanejo de la insulina. Qué necesita saber sobre los medicamentos de administración por vía oral. Asesoría sobre nutrición, que incluye el recuento de

carbohidratos y la alimentación saludable para el corazón. Recomendaciones sobre el ejercicio, manejo del estrés y la diabetes. Prevención de complicaciones a largo plazo, atención de los pies y alteraciones del comportamiento. Por otra parte, el profesional de

enfermería comprometido con la persona con DM y con la familia, puede seleccionar el método o el sistema para orientar y educar a los mismos, con el fin de obtener conductas deseables y exitosas, como lo expone Steplan<sup>30</sup>, a saber:

Cuadro 2. Automanejo de la diabetes



Stephan R. Covey y Bayer Diabetes Care<sup>30</sup>. Modificado por autores (2017).

Los programas de automanejo de las enfermedades crónicas fueron concebidos para satisfacer las necesidades del tratamiento diario, mantener las actividades de la vida cotidiana, y han resultado eficaz para

mejorar las conductas con respecto al estado de salud, lo que ha dado lugar a menos hospitalizaciones en general y menos días en el hospital<sup>31</sup>. Estos resultados demostraron la factibilidad de los programas de intervención de

automanejo que abarcan una variedad de enfermedades crónicas, los que han llevado a resultados positivos en materia salud, muchos de los cuales persisten por años, con el beneficio añadido de la reducción en los costos de atención de salud.

Dos de los programas de Automanejo más eficaces y reconocidos son el programa de automanejo del reumatismo articular y el programa de automanejo de la diabetes, elaborados por dos pioneras en este campo, Kate Lorig y Margaret Grey, con el apoyo del Instituto Nacional de Investigación en Enfermería y en el Instituto Nacional de Salud <sup>31</sup>.

El automanejo ha evolucionado para dejar de ser una simple práctica de suministrar información y aumentar los conocimientos a los pacientes. Todos estos programas pretenden aumentar la capacidad cognitiva y practica de las personas para mejorar su estado de salud, independientemente del lugar donde se encuentre, en el espectro que va de la salud a la enfermedad.

El automanejo puede verse como la fuerza unificadora por detrás de los

niveles de prevención planteados por Lewel y Clark — prevención primaria, secundaria y terciaria— que pretenden mantener el bienestar, controlar los síntomas y la progresión de las enfermedades.

### **Modelo de Cuidados Crónicos (MCC)**

El Modelo de Cuidados Crónicos (MCC) enfatiza en la atención primaria de salud (APS) y el reconocimiento de los mejores resultados clínicos que se pueden obtener cuando todos los componentes están interconectados y funcionan de manera coordinada<sup>32</sup>. Es consistente con los enfoques de la Oficina Panamericana de Salud (OPS) para fortalecer los sistemas de salud mediante la APS y las redes integradas de servicio de salud (RISS).

En el MCC, la atención a las personas con enfermedades crónicas requiere pasar de un modelo reactivo, centrado en la enfermedad, a un modelo proactivo y planificado, centrado en la persona y su contexto;

que garantice calidad de atención, facilite el seguimiento longitudinal, favorezca la participación activa y promueva la adherencia al tratamiento y al autocontrol,<sup>(33)</sup> cuyas características incluyen: a) Diseño del sistema de cuidados, b) Apoyo de autocontrol a las personas afectas a ENT, c) Apoyo de decisiones, d) Sistema de información clínica, e) Recursos comunitarios y políticas, f) Sistemas de salud.

Wagner<sup>34</sup> al referirse al MCC, enfatiza la acción de seis elementos en dicho modelo que le permiten alcanzar eficientemente cuidados de calidad a las personas con enfermedades crónicas, a saber:

1-. Fomento de la Autoayuda, Autogestión y el Automanejo, en la participación del paciente, familia en todo su cuidado y en el seguimiento.

2-. Apoyo a la toma de decisión profesional, a través de la integración de las guías clínicas basadas en la evidencia en la práctica clínica diaria y otros métodos.

3-. Mejoras a la atención clínica, centradas en trabajo de equipo y en

una amplia práctica profesional.

4-. Sistemas de información electrónica para el seguimiento, atención y evaluación del paciente y para proporcionar datos relevantes.

5-. Cambios en la organización (planificar incluyendo objetivos medibles para mejorar la calidad del cuidado)

6-. Participación comunitaria para movilizar recursos no sanitarios

En tal sentido, las bases que sustentan la atención de los MCC, para proporcionar cuidados de calidad enfocados en la innovación consisten en: <sup>(33)</sup>

- Educación para el automanejo, nutrición, medicamentos, asesoramiento para desarrollar habilidades de auto-control en los pacientes , organizar el apoyo social ( apoyo de familiares, amigos y otros)
- Actividad física, dejar de fumar, inmunizaciones, atención psicosocial / asegurar la auto-recompensa

---

(refuerzo del comportamiento)

Se ha planteado como estrategia oportuna en el MCC el enfoque de las cinco A durante los encuentros clínicos de rutina y consiste en: averiguar: (conocimiento, creencias y comportamientos); aconsejar: (aportar información específica acerca del riesgo para la salud y los beneficios para el cambio); acordar: (establecer objetivos en colaboración con el paciente); asistir: (enfoque positivo para resolver problemas, identificar barreras potenciales y estrategias para superarlas); arreglar: (diseñar un plan de seguimiento)<sup>35, 36</sup>.

El modelo del cuidado crónico ha resultado efectivo en el automanejo de la diabetes, basándose en cambios en el comportamiento y estilo de vida, el compromiso del paciente, y la evaluación del nivel de preparación para el autocuidado.

Por su parte, la Asociación Americana de Diabetes (ADA) recomienda en Standards of Medical Care in Diabetes 2016<sup>37</sup>:

1. Educación terapéutica a toda persona diabética para proporcionar conocimiento, herramientas y habilidades necesarias para el automanejo de la enfermedad.
  2. El automanejo efectivo mejora los resultados clínicos, el estado de salud, y la calidad de vida, disminuye los costos y las hospitalizaciones, permite una adaptación más saludable, mejor adherencia al tratamiento y debe ser monitorizado como parte del control de la enfermedad.
  3. La educación diabetológica para el automanejo debe centrarse en el paciente e incorporar a la familia, respetando la individualidad y valores de este para la toma de decisiones.
  4. En el primer diagnóstico la educación permite al paciente iniciar un automanejo efectivo y lo ayuda a lidiar con el diagnóstico; el apoyo continuo lo ayuda a mantenerlo a lo largo de una vida, mientras afrontan nuevos desafíos.
-

## **LIMITACIONES DEL CUIDADO EN DM**

El automanejo representa una oportunidad de intervenir de manera directa a nivel individual que puede lograr efectos favorables sobre la salud al modificar conductas. Un perspectiva que haga hincapié en el automanejo, adaptado a diversos trastornos, grupos poblacionales y circunstancias, podría ser eficaz en todo el espectro de la prevención al establecer pautas saludables desde la niñez (prevención primaria) y proporcionar estrategias para evitar enfermedades y atenderlas mejor en una etapa posterior de la vida (prevención secundaria y terciaria).

Las limitaciones para el autocuidado, están relacionadas al ámbito humano, entre ellas : la resistencia al cambio; en el que los profesionales se sienten seguros, confortables con lo que realizan y oponen resistencia por una nueva o desconocida metodología que implica cierto grado de incertidumbre inicial; la falta de vínculo emocional, empatía hacia las personas con diabetes y de pertenencia con el proyecto del paciente y su cuidador, el grado de

competencia individual en entornos informáticos y/o las habilidades requeridas para desarrollarse con seguridad, las opiniones previas sobre autocuidado, la carga de trabajo que supone poner en marcha este tipo de programas en el entorno actual, los distintos intereses, preocupaciones y prioridades de los pacientes, cuidadores y profesionales.

## **CONCLUSIONES**

Enfermería desempeña un papel importante en la investigación y en la práctica clínica del automanejo, y seguirá enriqueciendo la base de datos probatorios en favor de las prácticas innovadoras y eficaces. Como uno de los grupos más grandes y en los que más se confía en el ámbito de las profesiones de la salud, las enfermeras ocupan un lugar único para llevar el automanejo a las personas y la población en general, ya sea para atender una enfermedad crónica o para mantener el bienestar, al servir de puente entre la investigación y la práctica.

La enfermería esta capacidad de hacer un aporte significativo al automanejo a las comunidades, no solo para sobrevivir, sino también para prosperar con el mejor estado posible de salud y bienestar.

Para lograr el automanejo efectivo y eficaz en el manejo de la diabetes, es imperativo que todos los prestadores de cuidados adopten en su totalidad el modelo de cuidados crónicos MCC, dado los efectos sinérgicos demostrados, en donde todo es superior a la suma de sus partes.

El paquete de intervenciones multidimensionales, que incluyen varios componentes del MCC parece ser más efectivo, para brindar una atención integral de alta calidad basada en la evidencia más avanzada, lo que se traduce en una atención eficaz y eficiente para todos los pacientes y no solo para aquellos en condiciones crónicas.

Por tanto, la educación terapéutica es una práctica ejercida por profesionales, pacientes y familiares sustentada en los distintos modelos de cuidado de la salud dirigida a lograr las metas de control

metabólico, mayor adherencia y calidad de vida.

## REFERENCIAS

- 1-. Informe Mundial sobre la Diabetes. World Health Organization 2016. WHO/NMH/NVI/16.3. [citado 22 abril 2016]. Disponible en: [www.who.int/diabetes/global-report](http://www.who.int/diabetes/global-report).
- 2-. Camejo M, García A, Rodríguez E, Carrizales ME, Chique J. Visión epidemiológica de la diabetes mellitus: situación en Venezuela: registro epidemiológico y propuesta de registro. Rev. Venez Endocrinol Metab. 2012; 10(Suppl1): 2-6.
- 3-. World health Organization Region Office for Europe. Therapeutic patient programmers for healthcare providers in the field of prevention of chronic diseases. Report of a WHO working group. Copenhagen, Denmark; 1998.
- 4-. Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, Hainsworth J. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. Patient Educ Couns. 2002; 48(2): 177-87
- 5-. Norris S L, Lau J, Smith S J, Schmid C H, Engelgau M M. Self-management education for adults with type 2 diabetes: a meta-analysis of the effect on glycemic control. Diabetes Care 2002; 25(7): 1159-1171.

- 6-. Davies MJ, Heller S, Skinner TC, et al. Effectiveness of the diabetes education and self management for ongoing and newly diagnosed (DESMOND) programme for people with newly diagnosed type 2 diabetes: cluster randomized controlled trial. *BMJ: British Medical Journal*. 2008;336(7642):491-495. [citado el 22-05-2016]. Disponible en doi:10.1136/bmj.39474.922025.BE.
- 7-. OMS. Informe Sobre la Situación Mundial de las Enfermedades no Transmisibles 2014.[citado el 22-05-2016]. Disponible en: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/es/>
- 8-. OMS. Reunión Regional sobre Diabetes- Apura el paso, Gánale a la Diabetes. [citado el 18-06-2016]. Disponible en: [http://www.who.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=118968&Itemid=419308&lang=es](http://www.who.org/index.php?option=com_content&view=article&id=118968&Itemid=419308&lang=es)
- 9-. Holman H, Lorig K. Patients as partners in managing chronic disease. Partnership is a prerequisite for effective and efficient health care. *BMJ*. 2000;320(7234):526-7.
- 10-. Guías ALAD 2006 de Diagnóstico control y tratamiento de la diabetes Mellitus Tipo 2. Coordinador Ashener P. Colombia
- 11-. Alonso Fernández y et al. Guías Clínicas Diabetes mellitus SG C Coordinador: Mediavilla Bravo Autores: Dra. Grupo de Trabajo de Diabetes Mellitus de SEMERGEN Edición patrocinada por Boehringer Ingelheim y Lilly. © Copyright 2015. EUROMEDICE, Ediciones Médicas, S.L
- 12-. Grupo de Trabajo Guías Clínicas y Consensos de la Sociedad Española de Diabetes. Perfil profesional del educador de pacientes con diabetes. *Av Diabetol*. 2012; 28(2). 38-47.
- 13-. Contreras F, Hernández C, Hernández P y Díaz L. Diseño e implementación de un Diplomado en Educación Terapéutica en Diabetes (ETD) dirigido a profesionales de la salud en Venezuela. *Rev Vitae*. 2015; 64: 1-12. [Citado el 22-05-2016]. Disponible en: [http://vitae.ucv.ve/index\\_pdf.php?module=articulo\\_pdf&n=5201&rv=120](http://vitae.ucv.ve/index_pdf.php?module=articulo_pdf&n=5201&rv=120)
- 14-. Toro M. El autocuidado y empoderamiento de la enfermedad, ¿hacen la diferencia en la diabetes? *Acta Médica Colombiana*. 2014; 39 (3). Pp. 224-7
- 15-. Mendoza I, Torres J, Herrera A y Colina W. Capítulo XXI Educación diabetológica y su proyección a la comunidad. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo - Volumen 10, Supl. 1;2012* pág. 138-142
- 16-. Galindo RM, et al. Educación terapéutica y autocuidado...en España. *Rev. Endocrinología y Nutrición*.2015;62(8):391-399
- 17-. Melguizo E y Alzate M. Creencias y prácticas en el cuidado de la salud. *Av. Enferm, Volumen 26, Número 1, p. 112-123, 2008*. ISSN

electrónico 2346-0261. ISSN impreso 0121-4500.

Estudios/documPublica/internet/pdf/Guia\_Basica\_Enfermeria\_Diabetes.pdf

18-. Collière MF. Origen de las prácticas de cuidados, su influencia en la práctica de la enfermería. En: Promover la vida. Madrid: McGraw-Hill Interamericana. 1ª ed; 1993. 1ª reimpresión 1997, p. 5-17.

24-. Kozier et al. Enfermería fundamental. 4ª ed. Tomo I. Editorial interamericana mcgraw-hill. España. 1993. Pp. 71-72.

19-. Grupo de Cuidado- Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. ONC. Nuevos avances conceptuales del grupo de Cuidado. En Cuidado y práctica de Enfermería. Bogotá:Unibiblios; 2006. p. 7

25-. Serrano-Gil M, Jacobs S. Involucrar y capacitar a los pacientes para que manejen su diabetes tipo 2, Parte I: ¿Un vacío de conocimiento, actitud y práctica? Adv Ther. 2010 Oct; 27 (10): 665-80.doi: 10.1007 / s12325-010-0071-0.Epub 2010.Sep 13. Revisión. PMID: [Información del autor](#)

20-.Ferrin C.De la teoría a la práctica: el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3º ed. :España;Masson. 2005. p. 53.

26-. Gast H, Denyes M, Campbell J, Hartweg D, Schott-Baer D, and Isenberg M. Self-care agency: Conceptualizations and operationalizations. Advances in Nursing Science. 1989; 12(1): 26-38.

21-.Wesley R. Teoría y modelos de enfermería: Mexico;Interamericana McGraw-Hill. 1997. p. 81-86.

27-. Pinto N. Hacia un modelo de cuidado en el hogar. En: Cuidado y práctica de enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Colombia. 2000. p. 57.

22-. Leininger, M. Cultura de los cuidados: Teoría de la diversidad y de la universalidad. En: Modelos y teorías en enfermería.Marriner, R.. Quinta edición: España;Mosby.2003, p. 501-527.

28-. Jiménez M, Orkaizaguirre A y Bimbela M. Estilo de vida y percepción de los cuidados en pacientes crónicos: Hipertensos y diabéticos. Lifestyle and perception of care in chronic patients: Hypertension and diabetes. Index Enferm vol.24 no.4 Granada oct./dic. 2015. versión On-line ISSN 1699-5988versión impresa ISSN 1132-1296 <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000300006>

23-. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria de Alcala. Guía básica de enfermería para personas con diabetes en atención primaria. :Madrid; Servicio de recursos documentales y apoyo institucional Alcalá.[Citado el 22-05-2017]. Disponible en: <http://www.ingesa.msssi.gob.es/estad>

29-. Taylor Ch, Mslone, B y Kavanagh, K. Enfermería Psiquiátrica y Salud Mental. Edit. Johnson B. 4ta E: España: Mc Graw-Hill. 2000. p142.

30-. American Association of Diabetes Educators, Covey S, and compliments of Bayer Diabetes Care. The 7 habits of highly effective people. 2003. [www.diabeteseducator.org](http://www.diabeteseducator.org) [citado 23 mayo 2016]. Disponible en <http://www.diabeteseducator.org/AAD/E7/index.shtml>

31-. Grady PA, Gough LL. Self-Management: A Comprehensive Approach to Management of Chronic Conditions. Am J Public Health. 2014;104: e25-e31. doi: 10.2105/AJPH.2014.302041.

32-. OPS. Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: Organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas . 2013. [Citado 5 de noviembre de 2017]- Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=22257+&Itemid=99&lang=en](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=22257+&Itemid=99&lang=en).

33-. Normas de cuidado médico en diabetes de la ADA. Diabetes Care 2016; 39 (Supl. 1): S1-S2

34-. Bodenheimer T, Wagner EH & Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. JAMA 2002; 288 (14): 17775-9

35. Whitlock EP, Orleans CT, Pender N, Allan J. Evaluating primary care behavioral counseling interventions:

an evidence-based approach. Am J Prev Med. 2002;22(4):267-84.

36-. Glasgow RE, Davis CL, Funnell MM, Beck A. Implementing practical interventions to support chronic illness self-management. Jt Comm J Qual Saf. 2003;29(11):563-74.

37-. American Diabetes Association. Foundations of Care and Comprehensive Medical Evaluation. Diabetes Care 2016; 39(Supplement 1): S23-S35 [citado 08 diciembre 2016]. Disponible en: [http://care.diabetesjournals.org/content/39/Supplement\\_1/S23](http://care.diabetesjournals.org/content/39/Supplement_1/S23)