

► Estándares
internacionales
de educación
diabética
Tercera edición



unidos por la diabetes



Federación Internacional de Diabetes

La misión de la Federación Internacional de Diabetes es promover la prevención, el tratamiento y la cura de la diabetes en todo el mundo.

© Federación Internacional de Diabetes, 2009

Todos los derechos reservados. Esta publicación no podrá reproducirse ni transmitirse total o parcialmente, en forma y medio alguno, sin el permiso previo por escrito de la Federación Internacional de Diabetes (FID).

Las solicitudes para reproducir o traducir las publicaciones de la FID deberán dirigirse al Departamento de Comunicaciones de la FID, Chaussée de la Hulpe 166, B-1170 Bruselas (Bélgica), o mediante correo electrónico a communications@idf.org, o mediante fax al +32-2-5385114.

La primera edición de los Estándares Internacionales para la Educación Diabética se publicaron en 1997. Este documento es una revisión de la segunda edición, publicada en 2003.

Esta edición de los Estándares Internacionales de Educación Diabética está disponible en formato impreso (en inglés y turco) y en CD-ROM (en español, inglés, francés, árabe, ruso, chino y turco). Puede encargar una copia a través de la librería de la FID: www.idf.org/bookshop.

Esta publicación, al igual que el resto de publicaciones de la FID, se puede obtener a través de:

Federación Internacional de Diabetes

Chaussée de la Hulpe 166

B-1170 Bruselas

Bélgica

Tel: +32-2-5385511

Fax: +32-2-5385114

www.idf.org



Federación Internacional de Diabetes

► Índice

► Prefacio	4
► Introducción	6
► Componentes de los Estándares Internacionales de Educación Diabética	10
► Estándares estructurales	11
► Estándares de proceso	20
► Estándares de resultados	26
► Bibliografía	31
► Glosario	32

► Prefacio

Este documento es una revisión de los Estándares Internacionales de Educación Diabética, publicados en 2003 por la Sección Consultiva sobre Educación Diabética de la Federación Internacional de Diabetes (FID). Esta edición no sólo se basa en las versiones anteriores de los Estándares, sino también en recientes pruebas científicas de la literatura diabética educativa, conductual y psicosocial, los comentarios y las opiniones de educadores diabéticos tanto de países en desarrollo como desarrollados sobre sus experiencias con los Estándares y en estándares de educación diabética publicados en todo el mundo. Como resultado, creemos que estos Estándares reflejan el modo actual de entender y practicar la educación diabética.

La educación diabética para el autocontrol y el apoyo continuo para el autocontrol son componentes fundamentales de una atención diabética eficaz e influyen de manera importante sobre los resultados metabólicos y psicológicos. Estos Estándares ofrecen una base para garantizar que la educación y el apoyo que reciban los individuos con diabetes y quienes corran el riesgo de desarrollarla sean de la máxima calidad. Aunque no se espera que todos los servicios de diabetes puedan cumplir todos los criterios recomendados, se espera que los Estándares Internacionales para la Educación Diabética se puedan utilizar para orientar el desarrollo y la mejora continuada de la educación y el apoyo para el autocontrol diabético de manera permanente. Las muchas personas en todo el mundo que viven con diabetes cada día no merecen menos.

Martha M Funnell, MS, RN, CDE

Presidenta del Comité de Revisión de los Estándares

Toda persona con diabetes, independientemente de en qué parte del mundo viva, merece poder acceder a una educación diabética de alta calidad impartida por clínicos preparados. Como base para el desarrollo de unos servicios de educación diabética de alta calidad, este documento orientará al proveedor sanitario en áreas como el liderazgo, la comunicación, la documentación, la necesidad de educación profesional continuada, los requisitos materiales para la prestación de servicios de evaluación e investigación. Los estándares que aquí se resumen se basan en pruebas científicas, abarcando todos los aspectos, y servirán como punto de referencia para evaluar la calidad de la atención impartida por organizaciones e individuos de la profesión clínica. Aunque algunos de los indicadores que exigen procesos más formales podrían no ser la práctica habitual en algunos países, los clínicos no deberían preocuparse porque no se cumplan estos estándares; lo importante es el espíritu en el que se basan dichos estándares. Nuestro objetivo final es reducir la carga de diabetes sobre los individuos, las familias, las comunidades y los sistemas sanitarios.

Estoy muy satisfecha con los nuevos Estándares Internacionales de Educación Diabética y creo que este documento será una valiosísima herramienta que ayudará a los proveedores sanitarios de todo el mundo a la hora de establecer, evaluar y mejorar sus servicios de educación diabética. En particular, me gustaría agradecer sinceramente a Martha Funnell y a Helen McGuire su ardua tarea como redactoras jefe, así como a su laborioso equipo de trabajo. También quiero ampliar mi agradecimiento a la ecléctica mezcla de profesionales sanitarios de todo el mundo que comentaron los borradores, permitiendo que este documento sea verdaderamente internacional.

Marg McGill, RN, MSc (med)

Vicepresidenta Primera de la FID

Presidenta de la Sección Consultiva sobre Educación Diabética de la FID 2000-2009

► Introducción

El principal objetivo de este documento es promover una educación para el autocontrol diabético de alta calidad (EACD) y el apoyo continuo para el autocontrol diabético (AACD) para las personas afectadas por la diabetes y quienes corren el riesgo de desarrollarla en todo el mundo.

► Declaración de principios

Creemos que toda persona afectada o bajo riesgo de desarrollar diabetes tiene derecho a recibir EACD y atención de alta calidad. Por lo tanto, los países y las regiones necesitan ser proactivos, convirtiendo la educación para el autocontrol diabético de alta calidad en una prioridad dentro de sus programas nacionales.

El propósito de la EACD y la AACD continuada es preparar a las personas afectadas por la diabetes para que tomen decisiones documentadas, afronten las exigencias de vivir cada día con una compleja enfermedad crónica y realicen cambios en su conducta que sirvan de ayuda en sus esfuerzos por autocontrolarse y mejorar los resultados. El objetivo final es reducir la carga de diabetes sobre individuos, familias, comunidades y sistemas sanitarios y que, al fomentar una buena salud, se evite o retrase la aparición de complicaciones crónicas originadas por o relacionadas con la diabetes.

► Objetivos

Los objetivos a largo plazo de los Estándares Internacionales de Educación Diabética son:

- ▶ Reducir la carga para las personas que viven con diabetes o corren el riesgo de desarrollarla y/o el resto de personas que las apoyan
- ▶ Optimizar el acceso a y la equidad de la EACD y la AACD para las personas afectadas por la diabetes
- ▶ Reducir la carga económica de la diabetes a nivel individual y social
- ▶ Aumentar la capacidad de los países de responder a la epidemia mundial de diabetes
- ▶ Aumentar la concienciación sobre la diabetes en la comunidad con el fin de reducir la discriminación y promover unas comunidades más sanas
- ▶ Facilitar la integración de una EACD de alta calidad y una AACD continuada dentro de la atención diabética.

Se espera que los Estándares Internacionales de Educación Diabética respalden a individuos, organizaciones y políticos:

- ▶ ayudando a planificar los servicios para el autocontrol diabético
- ▶ priorizando y maximizando la asignación de recursos
- ▶ respaldando los argumentos y los esfuerzos de promoción y defensa pública que fomenten la financiación y el reconocimiento de la EACD como componente integral de la atención diabética
- ▶ orientando el diseño y el re-diseño de sistemas para incorporar la EACD y la AACD continuada dentro de la atención diabética
- ▶ ofreciendo un punto de referencia para poder evaluar la calidad de la atención y la educación impartidas por organizaciones y educadores diabéticos
- ▶ ofreciendo una base para acreditar a las organizaciones y ayudando a los educadores diabéticos a adquirir los conocimientos y las credenciales necesarios
- ▶ identificando las competencias necesarias para quienes imparten EACD
- ▶ ofreciendo una base para la evaluación y la mejora continuadas de los servicios de educación y atención diabética
- ▶ ofreciendo una estructura o marco para establecer o desarrollar los servicios de EACD y AACD
- ▶ ofreciendo una estructura o marco para aumentar el número de personas cualificadas que ofrezcan EACD y AACD de manera continuada.

Ámbito

Los estándares que contiene este documento reflejan la misión y la filosofía de la Sección Consultiva sobre Educación Diabética de la FID. No es la intención que al adoptar estos Estándares Internacionales para la Educación Diabética se excluyan los estándares existentes a nivel regional o nacional. Las regiones o naciones que hayan desarrollado sus propios estándares deberían seguir utilizándolos, aunque podrían integrar algunos componentes de los Estándares Internacionales de Educación Diabética.

Además, estos Estándares no han sido diseñados en forma de guía para indicar la forma de desarrollar un programa. Más bien pretenden aportar un marco de base científica en el que basarse a la hora de crear una EAMD y servicios de AAMD de alta calidad y ofrecer opciones de indicadores para medir la calidad. Las regiones o países en donde la educación diabética formal sea un servicio relativamente nuevo, en donde los recursos para apoyar la EAMD y la AAMD sean escasos, podrían preferir empezar por concentrarse en un área a la hora de desarrollar servicios de educación diabética y de trabajar en la creación de un programa educativo integral. Por ejemplo, algunos servicios de EAMD comienzan por crear la estructura de sus programas; otros ofrecen educación y utilizan las medidas de los resultados y la calidad como guía para seguir desarrollando las estructuras de los programas y los procesos.

Estos Estándares no describen un currículum ni el contenido de los programas de EAMD. El curriculum y su contenido deberían ser relevantes a las necesidades determinadas de la población a la que sirven y desarrollarse e impartirse de modo que se puedan alcanzar los resultados de los estándares.

Para más información, consulte el Curriculum Internacional para la Educación de Profesionales Sanitarios en Diabetes, que podrá obtener de manera gratuita a través de www.idf.org o la oficina ejecutiva de la FID (166 Chaussée de la Hulpe, 1170 Bruselas, Bélgica).

Evidencias

Los Estándares Internacionales de Educación Diabética se basan en las pruebas disponibles sobre EAMD, AAMD y cambio conductual. He aquí un resumen de dichas pruebas:

- ▶ La EAMD es eficaz a la hora de mejorar los resultados clínicos y la calidad de vida, al menos a corto plazo.²⁻¹¹
- ▶ La educación diabética ha evolucionado a partir de presentaciones fundamentalmente didácticas hacia modelos más teóricos basados en la capacitación.^{5,12}
- ▶ No hay un programa ni un enfoque educativo único que sea mejor que el resto. Sin embargo, los programas que incorporan estrategias conductuales y psicosociales han demostrado mejorar los resultados.^{10,13-15} Estudios adicionales muestran que los programas adaptados según la edad o la cultura mejoran los resultados,^{10-11,16-21} y que la educación en grupo es, como mínimo, igualmente eficaz que la educación individual.^{6,8-9,21-22}
- ▶ El apoyo continuo es fundamental a fin de mantener el progreso de los participantes que resulte de la EAMD.^{5,10-11,17,23-24} Las personas con diabetes experimentan una considerable angustia psicológica en el momento del diagnóstico y a lo largo de su vida, y estos problemas psicosociales afectan a sus esfuerzos por autocontrolarse.^{10,26-27}
- ▶ Algunas estrategias, como el establecimiento autodirigido de objetivos y la resolución de problemas, son eficaces a la hora de promover el cambio conductual.^{11,28-31}

► Componentes de los Estándares Internacionales de Educación Diabética

► Estándar

Estos Estándares están diseñados para tratar la estructura, los procesos y los resultados de los servicios de EAMD.

Los Estándares estructurales ofrecen un marco para prestar servicios de diabetes. Describen al personal, los recursos y las estructuras físicas que deberían estar funcionando con el fin de prestar servicios de EAMD.

Los Estándares de proceso describen el proceso de la EAMD y los pasos necesarios para prepararse para, implementar y evaluar la educación diabética.

Los Estándares de resultados describen los objetivos generales de la EAMD. Si un servicio ha tenido éxito, podrá medirse y cumplir los estándares de resultados definidos.

► Indicadores

Cada estándar incluye indicadores diseñados para ser utilizados por el servicio de EAMD, el comité asesor para la EAMD, las agencias gubernamentales y otras organizaciones certificadoras con el fin de determinar si se están cumpliendo los Estándares Internacionales de Educación Diabética. *No se prevé que un servicio de diabetes sea capaz de conseguir todos estos indicadores.* Más bien, éstos se han determinado como medidas apropiadas para documentar el logro de dichos estándares. Tan sólo los indicadores que sean más relevantes para la población y los recursos disponibles deberían prediseñarse como criterios de medición.

► Estándares estructurales

Apoyo institucional

Estándar

- S.I. Hay pruebas del apoyo de organizaciones/institucional a la EAMD como parte integral de la atención diabética.

Indicadores

- S.I.a. La dirección de la organización reconoce la EAMD como parte integral de todos los servicios de diabetes.
- S.I.b. La EAMD es un componente integral del plan estratégico de servicios diabéticos.
- S.I.c. La EAMD es claramente parte de la declaración de misión de los servicios de diabetes.
- S.I.d. La EAMD aparece claramente en la estructura organizativa de los servicios de diabetes.
- S.I.e. El programa de EAMD tiene un presupuesto específico y suficiente dentro del plan administrativo de los servicios de diabetes.
- S.I.f. Los indicadores de calidad de los servicios de diabetes incluyen los resultados de la EAMD.
- S.I.g. Hay fondos disponibles para pagar al personal que ofrece educación a las personas con diabetes.
- S.I.h. Se da tiempo al personal para ofrecer educación a las personas con diabetes.
- S.I.i. El personal tiene acceso a herramientas educativas para impartir educación a las personas con diabetes.
- S.I.j. El personal es responsable de la educación que imparte a las personas con diabetes.

Coordinación

Estándar

- S.2. Una persona es responsable de la organización y la administración de los servicios de EAMD para garantizar que se cumplan los estándares de proceso y resultados.

Indicadores

- S.2.a. La persona responsable de la organización y la administración de servicios de EAMD está claramente identificada como coordinadora.
- S.2.b. El coordinador ha recibido formación en atención diabética y EAMD.
- S.2.c. Las responsabilidades para el control del personal y los presupuestos (si es el caso) están claramente definidas.
- S.2.d. Las líneas de comunicación y la autoridad están claramente definidas dentro de los servicios de diabetes y en toda la organización.
- S.2.e. Las decisiones relativas a la asignación de recursos humanos se adoptan en base a los mejores intereses de las personas con diabetes y la práctica profesional.
- S.2.f. El coordinador mantiene un entorno que respalda las capacidades de los educadores de ofrecer servicios de alta calidad que sean seguros, eficaces y éticamente sólidos.
- S.2.g. El coordinador mantiene un entorno que integra el aprendizaje profesional continuado, los resultados de los programas y las pruebas de las investigaciones.

Espacio físico y equipamiento

Estándar

- S.3. La calidad y la disponibilidad del espacio físico y los recursos educativos afecta al aprendizaje y se basan en las necesidades individuales o de la comunidad.

Indicadores

- S.3.a. El espacio físico y los recursos incluyen:
 - ▶ privacidad y confidencialidad
 - ▶ espacio adecuado para impartir educación individual o en grupo
 - ▶ asientos cómodos, iluminación y calidad del aire
 - ▶ entorno seguro libre de cualquier peligro
 - ▶ salas de espera
 - ▶ instalaciones sanitarias (baños y retretes)
 - ▶ accesibilidad para personas con discapacidades físicas
 - ▶ herramientas educativas y recursos audiovisuales apropiados para el nivel de alfabetización y la cultura de las personas que formen el alumnado.

- S.3.b. Disponibilidad de tecnología de la comunicación y equipamiento apropiado para las necesidades del equipo multidisciplinar. Incluye:
- ▶ sistemas de comunicación eficaces, como un servicio telefónico
 - ▶ suministros y equipamiento de oficina
 - ▶ sistema para mantener un registro
 - ▶ acceso a ordenadores
 - ▶ acceso a fax
 - ▶ acceso a Internet y correo electrónico
 - ▶ servicios de traducción.

Comité asesor

Estándar

- S.4. Un comité asesor garantiza que los puntos de vista y los valores de todas las partes implicadas estén representados en la planificación y la impartición continua de EAMD.

Indicadores

- S.4.a. El comité asesor representa a la población diana y al resto de la comunidad. Entre los miembros del comité podría haber:
- ▶ una persona con diabetes
 - ▶ el cuidador de un niño con diabetes
 - ▶ un líder de la comunidad
 - ▶ un médico/clínico especializado
 - ▶ un médico/clínico de atención primaria
 - ▶ un enfermero de asistencia a domicilio
 - ▶ un enfermero que trabaja en los servicios de medicina interna en el hospital de la comunidad
 - ▶ un enfermero especializado en diabetes
 - ▶ un dietista del servicio de EAMD
 - ▶ otros profesionales sanitarios del servicio de EAMD
 - ▶ un líder de programas comunitarios relevantes
 - ▶ un miembro de la asociación local de diabetes
 - ▶ un trabajador sanitario de la comunidad o “lego”
 - ▶ una persona con diabetes que haga labores de mentor

- ▶ un profesor de escuela
 - ▶ otros miembros de la comunidad, según proceda.
- S.4.b. Se desarrollarán guías escritas para orientar los procesos del comité y delinean sus responsabilidades.
- S.4.c. El comité revisa anualmente el programa de EAMD utilizando como referencia los objetivos definidos y los resultados.
- S.4.d. El comité tiene autoridad para formular recomendaciones para mejorar, basándose en la evaluación de resultados, las necesidades cambiantes de la comunidad y las innovaciones en control y educación diabética.
- S.4.e. El comité se reúne al menos dos veces al año; se reserva un tiempo para revisar el progreso relativo a los elementos de actuación en cada reunión.
- S.4.f. El comité defiende el apoyo continuo para el programa de EAMD dentro de la institución, y de otras agencias y organizaciones.
- S.4.g. Existe un vínculo establecido con agencias y organizaciones en donde se toman las decisiones relativas a los servicios de diabetes, como agencias reguladoras y gubernamentales.
- S.4.h. Además de técnicas de liderazgo, los miembros del comité asesor deberán tener experiencia profesional o personal con la diabetes.

El equipo y el trabajo en equipo

Estándar

- S.5. La labor del equipo multidisciplinario y la comunicación son evidentes entre quienes proporcionen servicios de EAMD y atención diabética.

Indicadores

- S.5.a. Existe una infraestructura apropiada con personal cualificado y experimentado, que incluye a profesionales sanitarios, personal de oficina, administrativo y otros miembros de la plantilla.

- S.5.b. El núcleo del equipo de EAMD está formado por:
- ▶ una persona con diabetes
 - ▶ un enfermero
 - ▶ un dietista o nutricionista
 - ▶ un médico.
- Entre el resto de los miembros del equipo podría haber:
- ▶ un farmacéutico
 - ▶ un psicólogo, un asesor y/o un trabajador social
 - ▶ un podólogo/pedicuro
 - ▶ un fisiólogo para realizar ejercicio
 - ▶ un trabajador sanitario de la comunidad o lego
 - ▶ iguales dedicados a la mentoría.
- S.5.c. El trabajo en equipo se hace evidente mediante:
- ▶ el respeto hacia la experiencia de todos los miembros del equipo
 - ▶ la buena comunicación entre los miembros del equipo
 - ▶ los debates abiertos sobre control diabético, la toma de decisiones, la resolución de problemas y la definición de prioridades
 - ▶ un enfoque de colaboración para intentar alcanzar los objetivos y los resultados del programa
 - ▶ la oferta de información uniforme para la EAMD por parte de todos los miembros del equipo.
- S.5.d. La dotación de personal permite que haya tiempo para:
- ▶ la evaluación individual
 - ▶ la impartición de EAMD
 - ▶ seguimiento continuado según sea necesario.
- S.5.e. Las personas con diabetes son enviadas en el momento adecuado, cuando sea necesario, a otros profesionales sanitarios como farmacéuticos, especialistas médicos, trabajadores sociales, psicólogos, podólogos/quiropedas o fisioterapeutas, así como a trabajadores sanitarios de la comunidad o legos, iguales que actúen como mentores y otros.
- S.5.f. Se implementa un sistema eficaz de comunicación para garantizar que se comparte la información con todos los miembros del equipo.
- S.5.g. Todos los miembros del equipo conocen y siguen unas políticas y procedimientos profesionales y clínicos consistentes.
- S.5.h. La práctica de la educación diabética está reconocida como especialidad dentro de cada profesión.

Técnicas profesionales y educación continuada

Estándar

S.6.1. El personal que participa en la EAMD tiene conocimientos clínicos sólidos sobre diabetes, así como sobre métodos de enseñanza y aprendizaje y atención diabética.

Indicadores

- S.6.1.a. El personal que imparte EAMD ha recibido formación inicial sobre técnicas de enseñanza y asesoramiento, intervenciones conductuales y atención diabética.
- S.6.1.b. Los cursos de formación para personas que se estén especializando en EAMD son consistentes con el Currículo Internacional para la Educación de Profesionales Sanitarios en Diabetes de la FID, o están reconocidos por las autoridades locales.
- S.6.1.c. El personal de EAMD es competente a la hora de impartir educación para personas con diabetes tipo 1 y diabetes tipo 2, tanto a nivel individual como en grupo.
- S.6.1.d. El personal que ofrece EAMD a poblaciones específicas (como niños y adolescentes, mujeres con diabetes gestacional y/o un embarazo complicado por la diabetes, personas mayores o quienes utilicen terapia con bomba) tienen formación y experiencia específica para las necesidades especiales y cambiantes de dichas poblaciones.

Estándar

S.6.2. La competencia y el rendimiento del personal que participa en la EAMD se revisan al menos una vez al año, y se implementa un plan individual de aprendizaje y desarrollo para fortalecer conocimientos, técnicas y actitudes.

Indicadores

- S.6.2.a. Los coordinadores del servicio de EAMD comparten responsabilidades con otros gerentes y administradores a la hora de ofrecer oportunidades al personal para continuar la educación y la mejora del rendimiento.
- S.6.2.b. Las cualificaciones, las funciones y las responsabilidades del personal de EAMD están claramente documentados.

- S.6.2.c. El personal de EAMD recibe opiniones por escrito acerca de su práctica profesional por parte del coordinador del servicio de EAMD, sus colegas y las personas con diabetes.
- S.6.2.d. Anualmente, el personal de EAMD participa en cursos de desarrollo profesional continuado de educación y atención diabética.
- S.6.2.e. Hay pruebas escritas de que el personal de EAMD ha recibido educación continuada por parte de organismos acreditados.

Estándar

- S.6.3. El personal profesional de EAMD se nombra en base a competencias demostradas y no de manera rotativa.

Indicadores

- S.6.3.a. No hay pruebas de que se esté eliminado al personal profesional del servicio de EAMD para cubrir vacantes en otras áreas.
- S.6.3.b. Hay estrategias como premios o promociones en base a los resultados para ayudar a retener al personal.

Curriculum

Estándar

- S.7. La educación diabética cubre tópicos basados en la evaluación individual y promueve la adquisición de conocimientos, técnicas, conductas y estrategias de afrontamiento necesarios para el autocontrol óptimo de la diabetes.

Indicadores

- S.7.a. Un currículo por escrito, que incluya criterios de resultados del aprendizaje, servirá de base para el programa educativo. Las necesidades de cada individuo según su evaluación determinarán qué áreas de contenidos se imparten y el grado de detalle necesario. Las áreas de contenido que se sugieren son:
 - ▶ funciones, derechos y responsabilidades de la persona con diabetes
 - ▶ integrar el ajuste psicosocial en la vida diaria
 - ▶ describir el proceso de la enfermedad y las opciones de tratamiento
 - ▶ incorporar al estilo de vida el control nutricional adaptado culturalmente

- ▶ incorporar la actividad física al estilo de vida
- ▶ controlar las medicaciones (si fuese el caso) para que haya seguridad y eficacia terapéutica
- ▶ monitorizar la glucemia, la orina o las cetonas en sangre (cuando sea lo indicado) y utilizar los resultados para el autocontrol
- ▶ prevenir, detectar y tratar las complicaciones agudas
- ▶ prevenir (mediante un comportamiento que reduzca los riesgos), detectar y tratar las complicaciones crónicas
- ▶ establecer objetivos y crear planes de actuación
- ▶ resolución de problemas
- ▶ cómo y dónde obtener suministros diabéticos
- ▶ la importancia de la AAMD continuada
- ▶ cómo y dónde obtener EAMD,AAMD y atención diabética continuadas
- ▶ información sobre recursos de la comunidad, organizaciones de consumidores y servicios y grupos de AAMD
- ▶ información sobre las funciones de los miembros del equipo de diabetes, cómo trabajar con ellos y contactarles.

S.7.b. El currículo incluye:

- ▶ áreas de contenidos e información clave
- ▶ objetivos y resultados diana
- ▶ un resumen de cómo impartir la información
- ▶ estrategias educativas
- ▶ quién va a impartir la educación
- ▶ estrategias de evaluación
- ▶ una descripción de los materiales educativos que se van a utilizar
- ▶ técnicas diana de autocontrol.

S.7.c. El contenido del currículo se adapta para cubrir las necesidades específicas de la población a la que se atiende.

S.7.d. El comité asesor revisa y reevalúa el currículo anualmente para reflejar las pruebas de máxima actualidad.

Sistemas de apoyo

Estándar

S.8.1. Se desarrollan la colaboración estratégica y las vías de envío al especialista con el fin de mejorar la comunicación y la consistencia de los servicios entre profesionales sanitarios, así como de maximizar el impacto de los recursos dedicados a la diabetes.

Indicadores

S.8.1.a. El servicio de EAMD está conectado con otras organizaciones sanitarias en el entorno primario, secundario y terciario, como médicos de cabecera, especialistas médicos, psicólogos y servicios sociales, de modo que las personas con diabetes puedan acceder a los servicios multidisciplinares cuando lo necesiten.

S.8.1.b. Hay canales de comunicación y mecanismos de envío al especialista disponibles entre el servicio de EAMD y otras organizaciones sanitarias.

S.8.1.c. Se registran los envíos al especialista en la historia de cada uno de los participantes.

Estándar

S.8.2. Las personas con diabetes tienen acceso a educación y apoyo continuos para el autocontrol tras completar la EAMD inicial.

Indicadores

S.8.2.a. El servicio de EAMD cuenta con una normativa escrita que describe el sistema por el cual se va a proporcionar educación continua y AAMD tras completar el programa de EAMD.

S.8.2.b. El servicio de EAMD tiene una lista de recursos disponibles para el envío al especialista y unos servicios comunitarios actualizados anualmente.

S.8.2.c. Las personas con diabetes son remitidas a los servicios y los recursos comunitarios (como asociaciones y organizaciones de diabetes, servicios sociales) cuando es necesario, de modo que puedan obtener AAMD y otros servicios de manera continuada.

S.8.2.d. Se desarrolla un plan de seguimiento de la AAMD en colaboración con cada participante.

Estándares de proceso

Evaluación de la comunidad

Estándar

- P.1. El servicio de EAMD se desarrolla basándose en una evaluación continua de las necesidades de la población a la que atiende.

Indicadores

- P.1.a. Se llevan a cabo y se registran evaluaciones iniciales y continuadas, reconociendo la diversidad y las necesidades cambiantes de la población.
- P.1.b. El proceso de evaluación es el apropiado para las necesidades de la población.

Plan individualizado

Estándar

- P.2. El plan de EAMD se basa en una evaluación centrada en el alumno y está sujeto de revisiones y modificaciones continuas.

Indicadores

- P.2.a. La evaluación es un proceso en colaboración que incluye a la persona con diabetes, a su familia y/o a las personas que la ayudan y al resto de los miembros del equipo multidisciplinar.
- P.2.b. La evaluación individual incluye conocimientos sobre diabetes, capacidad y técnicas de autocuidado, cognición, estilo de vida, nivel de alfabetización, sistemas de apoyo, obstáculos, calidad de vida, idioma de preferencia, forma de aprendizaje preferida, aspectos relacionados con la seguridad, valores culturales (como creencias y prácticas religiosas), objetivos de comportamiento y estatus psicosocial.
- P.2.c. La persona con diabetes y quienes la apoyan colaboran con el resto de los miembros del equipo multidisciplinar para desarrollar el plan educativo. Éste incluye:
- ▶ la explicación clara y completa de las opciones y las elecciones a disposición de la persona con diabetes que garantice que se adoptan decisiones documentadas
 - ▶ la identificación de los objetivos de la persona y los resultados deseados

- ▶ la identificación de los objetivos de la persona y los resultados deseados
 - ▶ la aceptación de las elecciones de la persona por parte de todos los miembros del equipo.
- P2.d. El plan refleja la integración eficaz de:
- ▶ la evaluación individual y los objetivos definidos
 - ▶ los principios y las prácticas actuales en atención diabética
 - ▶ **les principes et pratiques en matière d'enseignement et d'apprentissage**
 - ▶ las estrategias de cambio de comportamiento
 - ▶ un estilo de vida y unas creencias sanitarias que contribuyan al autocontrol diabético
 - ▶ aspectos físicos, psicosociales, religiosos, culturales y socioeconómicos relacionados con el autocontrol diabético
 - ▶ procesos para evaluar los resultados y la eficacia del plan.
- P2.e. El plan educativo incluye la identificación de los recursos necesarios para ayudar a vivir con diabetes.
- P2.f. El plan educativo se revisa con la persona con diabetes y quienes la ayudan de manera continuada.
- P2.g. Hay en funcionamiento procesos y métodos para facilitar la respuesta entre la persona con diabetes y el resto de los miembros del equipo en lo referente al progreso hacia la consecución de los objetivos de aprendizaje definidos.
- P2.h. El plan educativo reconoce la diversidad de los estilos de aprendizaje individual.
- P2.i. El plan educativo incluye recursos educativos adaptados según la edad y la cultura.
- P2.j. El plan educativo incluye un calendario de revisiones habituales y ajusta los cambios del autocontrol a lo largo de toda una vida con diabetes.

Implementación

Estándar

- P3.1. La implementación de la EAMD se centra en el alumno y facilita el aprendizaje cognitivo, el cambio de comportamiento, el afrontamiento y el autocontrol saludables y se amplía a las familias, las personas de apoyo, los cuidadores y las comunidades cuando sea pertinente.

Indicadores

- P.3.I.a. La implementación de EAMD es consistente con el plan desarrollado en colaboración con la persona con diabetes.
- P.3.I.b. La EAMD la imparte un equipo multidisciplinario.
- P.3.I.c. La EAMD se imparte de manera abierta y no amenazante.
- P.3.I.d. Los programas de EAMD en grupo son interactivos.
- P.3.I.e. Los participantes en los programas de EAMD en grupo tienen la oportunidad de hablar sobre aspectos individuales y preocupaciones relativas a su autocontrol con los miembros del equipo de EAMD.
- P.3.I.f. Se utiliza una serie de enfoques y metodologías educativas para cubrir las necesidades individuales.

Estándar

- P.3.2. La EAMD tiene base científica y se imparte de manera profesional y con una ética sólida.

Indicadores

- P.3.2.a. La EAMD tiene una base científica y como resultado aumenta los conocimientos y la aplicación de los mismos por parte de los participantes.
- P.3.2.b. Hay pruebas de que los resultados procedentes de la investigación educativa, conductual y clínica se utilizan para mejorar los servicios de EAMD.
- P.3.2.c. La oportunidad de participar en la investigación está abierta a todos los miembros del equipo.
- P.3.2.d. Se presentan y debaten con regularidad los hallazgos de investigaciones publicados con los miembros del equipo.
- P.3.2.e. Se utilizan herramientas reconocidas y validadas internacionalmente para medir los procesos y los resultados de la EAMD y la AAMD.
- P.3.2.f. La impartición de EAMD es consistente con los estándares de práctica profesionales, los conocimientos presentes y las pruebas disponibles.
- P.3.2.g. Se emprenden investigaciones educativas, conductuales y clínicas siempre que sea posible para ofrecer una base de pruebas a implementar.

Acceso

Estándar

P.4.1. Los servicios de EAMD estarán reconocidos por la comunidad local, que podrá acceder a los mismos.

Indicadores

P.4.1.a. Las personas de la comunidad afectadas por la diabetes saben cómo acceder a la EAMD.

P.4.1.b. Una vez se ha recibido una solicitud o se ha enviado al paciente a EAMD, hay una respuesta dentro de un tiempo razonable. La cantidad de tiempo que se considera razonable viene predeterminada según la prioridad y las guías establecidas por el equipo de EAMD y el comité asesor.

P.4.1.c. Se reconoce la EAMD como componente básico de la atención diabética.

P.4.1.d. La implementación de EAMD es la adecuada para los participantes, y se ofrece a un coste apropiado y en un horario y lugar que garanticen la facilidad de acceso.

P.4.1.e. Cualquier obstáculo que dificulte la accesibilidad se revisa y minimiza de manera continuada por parte del comité asesor. Entre los obstáculos podrían estar los costes, los viajes, la necesidad de servicios específicos, el idioma y/o el proceso de envío al servicio educativo.

Estándar

P.4.2. Los coordinadores y los miembros del equipo de EAMD intentan formar alianzas y colaborar con otros servicios relevantes de la comunidad con el fin de aumentar la accesibilidad y desarrollar la EAMD y la AAMD.

Indicadores

P.4.2.a. Hay asociaciones de colaboración entre el servicio de EAMD, las organizaciones de la comunidad y los recursos para la AAMD.

P.4.2.b. Con el fin de respaldar la consecución o el mantenimiento de las conductas seleccionadas por el individuo, los miembros del equipo del servicio de EAMD tienen datos actualizados de contacto e información sobre forma y coste de acceso a los programas locales (como programas de ejercicio y pérdida de peso).

P.4.2.c. Se evalúa la experiencia de las personas en los programas de la comunidad.

- P.4.2.d. Los recursos de la comunidad proporcionan un sistema de envío al servicio de EAMD.
- P.4.2.e. Cuando sea lo apropiado y/o cuando lo soliciten los participantes en la EAMD, los miembros del personal de los recursos de la comunidad actúan como oradores invitados.

Estándar

- P.4.3. Se puede acceder al seguimiento y a la AAMD según las necesidades y se recomienda como parte de la continuación de la educación, del establecimiento de objetivos conductuales y de la planificación de actuaciones y/o refuerzo.

Indicadores

- P.4.3.a. El acceso a las intervenciones y los servicios de apoyo que podrían ayudar a la hora de tratar las necesidades socioeconómicas, psicosociales y de AAMD continua se organiza antes de completar el programa de servicios de EAMD.
- P.4.3.b. Se informa a los participantes en el programa de EAMD de la importancia de la EAMD y AAMD continuadas.
- P.4.3.c. Se ofrece a cada participante antes de completar el programa un resumen por escrito del autocontrol actual, los objetivos conductuales seleccionados por el individuo, las citas futuras y la AAMD de seguimiento.
- P.4.3.d. El servicio de EAMD ofrece revisiones periódicas y seguimiento del autocontrol, las técnicas y los objetivos conductuales seleccionados por el individuo.
- P.4.3.e. Hay un sistema en funcionamiento para recordar a los participantes cuándo corresponde su revisión periódica.

Evaluación

Estándar

- P.5. La eficacia y la calidad del servicio de EAMD se evalúa anualmente, vinculándose a los resultados, y se repasa y revisa en base a dicha evaluación.

Indicadores

- P5.a. La evaluación anual del servicio de EAMD tendrá en cuenta:
- ▶ los objetivos del programa
 - ▶ currículos, metodologías y materiales
 - ▶ definición de objetivos conductuales seleccionados por el individuo y procesos de planificación de actuaciones
 - ▶ la participación del equipo multidisciplinar
 - ▶ acceso para los participantes y seguimiento
 - ▶ recursos (espacio, personal, presupuesto).
- P5.b. Hay en funcionamiento un sistema establecido de recopilación de datos para facilitar la medición y el registro de los resultados de los servicios de EAMD.
- P5.c. Se evalúa la satisfacción con el servicio de EAMD entre los participantes y las fuentes de envío al servicio, y el coordinador y el comité asesor la revisan como parte del proceso de evaluación.
- P5.d. El informe de evaluación es revisado por el coordinador y el comité asesor, y se emprenden actuaciones cuando sea lo indicado.

► Estándares de resultados

Conocimientos

► Estándar

- O.I. Las personas con diabetes comprenden los efectos de esta afección, sus modalidades de tratamiento, el control de los aspectos conductuales, psicosociales y cínicos de la diabetes y la importancia de mantener una vida sana a fin de reducir los riesgos de complicaciones de origen diabético.

► Indicadores

- O.I.a. Hay documentación para cada participante, que incluye:

- ▶ evaluación
- ▶ plan educativo
- ▶ intervención
- ▶ objetivos conductuales y planes de actuación seleccionados por el individuo
- ▶ evaluación
- ▶ planes de seguimiento para la AAMD
- ▶ cualquier tipo de envío a un especialista.

- O.I.b. La persona con diabetes puede describir:

- ▶ los componentes del tratamiento apropiados para su tipo de diabetes
- ▶ la relación entre alto nivel de glucemia, hipertensión arterial y alto nivel de lípidos y el desarrollo de complicaciones diabéticas, tanto agudas como crónicas (como enfermedad cardíaca o renal)
- ▶ estrategias eficaces para realizar cambios conductuales
- ▶ el uso de la monitorización de la glucemia para resolver problemas y tomar decisiones
- ▶ los problemas conductuales y psicosociales más frecuentes relacionados con la diabetes.

- O.I.c. La persona con diabetes puede describir la interrelación entre niveles de glucemia y nutrición, actividad física, estrés y medicación.

- O.I.d. La persona con diabetes puede describir los siguientes aspectos relevantes a su caso:

- ▶ prácticas de autocontrol
- ▶ objetivos de glucemia, tensión arterial y nivel de lípidos y las estrategias para alcanzarlos
- ▶ estrategias para el cambio conductual
- ▶ estrategias de afrontamiento
- ▶ objetivos y plan de actuación seleccionados por el individuo.

Aplicación de conocimientos

Estándar

- O.2. Las personas con diabetes y quienes corran el riesgo de desarrollarla adoptan decisiones documentadas y emprenden actuaciones deliberadas para llevar una vida sana. Estas decisiones tienen lugar en el contexto de sus propios valores, necesidades y recursos socioeconómicos y la calidad de vida deseada.

Indicadores

- O.2.a. Se hace un seguimiento de la consecución de objetivos conductuales seleccionados por el individuo y se utiliza como parte del proceso anual de evaluación del servicio de EAMD.
- O.2.b. La persona con diabetes realiza cambios de estilo de vida (como dejar de fumar, reducir la ingesta de gasas saturadas y trans, la medicación, el aumento de la actividad física, afrontar el estrés) que reducen el riesgo de complicaciones crónicas.
- O.2.c. La persona con diabetes solicita pruebas y procedimientos para la identificación precoz de las complicaciones diabéticas, así como tratamientos para minimizar su impacto.
- O.2.d. La persona con diabetes demuestra su capacidad de resolver problemas de manera activa en su vida diaria y sus esfuerzos por autocontrolarse.
- O.2.e. La persona con diabetes emprende actuaciones para prevenir, reconocer y tratar la hipoglucemia y la hiperglucemia.
- O.2.f. Se minimiza el absentismo escolar o laboral por causas relacionadas con la diabetes.
- O.2.g. La persona con diabetes manifiesta o demuestra su capacidad de alcanzar objetivos conductuales seleccionados por ella misma que le son relevantes y tienen sentido, a la vez que son consistentes con los resultados que desea conseguir.
- O.2.h. La persona con diabetes muestra una conducta de búsqueda de ayuda precoz para reducir la necesidad de ingreso hospitalario o visitas a urgencias.
- O.2.i. La persona con diabetes sabe qué recursos, incluidos los servicios de AAMD, hay disponibles y cómo acceder a los mismos.
- O.2.j. Cuando sea necesario, un miembro del equipo de EAMD actuará como defensor de la persona con diabetes para ayudarla a acceder a la atención y los servicios de AAMD.

- O.2.k. La persona bajo riesgo de desarrollar diabetes puede describir cambios de estilo de vida que podrían retrasar o prevenir su aparición, así como estrategias para realizar dichos cambios.

Resultados clínicos

Estándar

- O.3.1. La salud física, psicológica y emocional de las persona con diabetes mejora.

Indicadores

O.3.1.a. El equipo sanitario y las personas con diabetes conocen los objetivos clínicos apropiados y de base científica aplicables en la región.

O.3.1.b. Se contrastan los resultados sanitarios con los objetivos definidos por la persona con diabetes y el equipo sanitario, como:

- ▶ conseguir los objetivos de comportamiento seleccionados por el individuo
- ▶ objetivos clínicos, como índice de masa corporal, perímetro de cintura, niveles de lípidos en suero, glucemia, HbA_{1c}, tensión arterial, estatus de las complicaciones
- ▶ crecimiento y desarrollo en niños y adolescentes
- ▶ estatus psicológico, afrontamiento, actitudes y calidad de vida
- ▶ reducción del riesgo macrovascular (tensión arterial, lípidos, HbA_{1c}, control de peso, reducción del tabaquismo, mejora del estatus nutricional, actividad física)
- ▶ reducción del riesgo microvascular (HbA_{1c}, control de la tensión arterial, dejar de fumar, identificación precoz y tratamiento inmediato si fuese necesario).

Estándar

- O.3.2. La persona con diabetes colabora con los proveedores de atención clínica para definir problemas, establecer prioridades, establecer objetivos, crear planes de actuación y tratamiento y resolver problemas.

Indicadores

- O.3.2.a. La persona con diabetes o la persona bajo riesgo de diabetes muestra su participación activa en la EAMD y la AAMD.
- O.3.2.b. Los objetivos conductuales y los planes de actuación seleccionados por el individuo son parte del registro de la EAMD.
- O.3.2.c. Hay pruebas de que los participantes han participado en el desarrollo del plan educativo y de seguimiento.

La prevención primaria en la comunidad

Estándar

- O.4. Las comunidades son conscientes de los factores de riesgo de diabetes y de sus complicaciones potenciales, así como de las actuaciones que podrían retrasar su aparición.

Indicadores

- O.4.a. Hay a la disposición del público información relativa a los factores que contribuyen al desarrollo de diabetes y sus complicaciones.
- O.4.b. Las personas bajo riesgo de desarrollar diabetes comprenden los factores que la potencian y las actuaciones que la previenen.
- O.4.c. Las personas bajo riesgo de desarrollar diabetes tienen acceso a una revisión anual.
- O.4.d. Las comunidades promueven un estilo de vida sano ofreciendo oportunidades para realizar actividad física, alimentarse de manera saludable, dejar de fumar y llevar una vida sana, apropiadas según su edad y su nivel cultural.
- O.4.e. La educación para una vida sana y la prevención de la obesidad están integradas en el currículo escolar.

Apoyo de la comunidad

Estándar

O.5. Las comunidades son conscientes de los distintos tipos de diabetes y las necesidades y el apoyo que hay a disposición de las personas que viven con la afección.

Indicadores

O.5.a. El servicio de EAMD ayuda a la comunidad a identificar estrategias y a promover acciones para alterar los factores sociales y medioambientales con el fin de facilitar la vida a las personas con diabetes.

O.5.b. Hay pruebas de apoyo de la comunidad para la EAMD y la AAMD, como:

- ▶ grupos o redes de apoyo
- ▶ publicidad sobre cómo y dónde acceder a la EAMD y la AAMD
- ▶ recursos o apoyo económico para programas y servicios para personas con diabetes y quienes corren el riesgo de desarrollarla
- ▶ programas de bienestar en el lugar de trabajo
- ▶ programas escolares
- ▶ campamentos de diabetes.

Bibliografía

- 1 Funnell MM, Brown TL, Childs BP, Haas LB, Hosey GM, Jensen B, Maryniuk M, Peyrot M, Piette JD, Reader D, Siminerio LM, Weinger K, Weiss MA. National Estándares for diabetes self-management education. *Diabetes Educ* 2007; 33: 599-614.
- 2 Funnell MM, Brown TL, Childs BP, Haas LB, Hosey GM, Jensen B, Maryniuk M, Peyrot M, Piette JD, Reader D, Siminerio LM, Weinger K, Weiss MA. National Estándares for diabetes self-management education. *Diabetes Care* 2007; 30: 1630-7.
- 3 Brown SA. Interventions to promote diabetes self-management: state of the science. *Diabetes Educ* 1999; 25(6 Suppl): 52-61.
- 4 Norris SL, Engelgau MM, Narayan KM. Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes: A systematic review of randomized controlled trials. *Diabetes Care* 2001; 24: 561-87.
- 5 Norris SL, Lau J, Smith SJ, et al. Self-management education for adults with type 2 diabetes: a meta-analysis on the effect on glycemic control. *Diabetes Care* 2002; 25: 1159-71.
- 6 Norris SL. Self-management education in type 2 diabetes. *Practical Diabetology* 2003; 22: 7-13.
- 7 Gary TL, Genkinger JM, Guallar E, Peyrot M, Brancati FL. Meta-analysis of randomized educational and behavioral interventions in type 2 diabetes. *Diabetes Educ* 2003; 29: 488-501.
- 8 Deakin T, McShane CE, Cade JE, et al. Review: group based education in self-management strategies improves outcomes in type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; (2): CD003417.
- 9 Renders CM, Valk GD, Griffin SJ, Wagner EH, et al. Interventions to improve the management of diabetes in primary care, outpatient, and community settings: a systematic review. *Diabetes Care* 2001; 24: 1821-33.
- 10 Soley JJ, Weinger K. Executive summary. The State of the Science on Nursing Best Practices for Diabetes Self-Management. *Am J Nurs* 2007; 107(6 Suppl): 6-11.
- 11 Colagiuri R, Girgis S, Eigenmann C, Griffiths R. Evidenced Based Guideline for Patient Education in Type 2 Diabetes. Diabetes Australia and the NHMRC, October 2008.
- 12 Funnell MM, Anderson RM. Patient empowerment: a look back, a look ahead. *Diabetes Educ* 2003; 29: 454-64.
- 13 Roter DL, Hall JA, Merisca R, Nordstrom B, Cretin D, Svarstad B. Effectiveness of interventions to improve patient compliance: a meta-analysis. *Med Care* 1998; 36: 1138-61.
- 14 Barlow J, Wright C, Sheasby J, et al. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Educ Couns* 2002; 48: 177-87.
- 15 Skinner TC, Cradock S, Arundel F, Graham VV. Four theories and a philosophy: self-management education for individuals newly diagnosed with type 2 diabetes. *Diabetes Spectrum* 2003; 16: 75-80.
- 16 Brown SA, Hanis CL. Culturally competent diabetes education for Mexican Americans: the Starr County study. *Diabetes Educ* 1999; 25: 226-36.
- 17 Anderson RM, Funnell MM, Nwankwo R, et al. Evaluating a problem-based empowerment program for African Americans with diabetes: results of a randomized controlled trial. *Ethn Dis* 2005; 15: 671-8.
- 18 Sarkisian CA, Brown AF, Norris CK, Wintz RL, Managione CM. A systematic review of diabetes self-care interventions for older African American or Latino adults. *Diabetes Educ* 2003; 29: 467-79.
- 19 Chodosh J, Morton SC, Mojica WV, Maglione M, Suttorp MJ, Hilton L, Rhodes S, Shekelle P. Meta-analysis: chronic disease self-management programs for older adults. *Ann Intern Med* 2005; 143: 427-38.
- 20 Anderson-Loftin W, Barnett S, Bunn P, et al. Soul food light: culturally competent diabetes education. *Diabetes Educ* 2005; 31: 555-63.
- 21 Mensing CR, Norris SL. Group education in diabetes: effectiveness and implementation. *Diabetes Spectrum* 2003; 16: 96-103.
- 22 Rickheim PL, Weaver TK, Flader JL, Kendall DM. Assessment of group versus individual education. *Diabetes Care* 2002; 25: 269-74.
- 23 Brown SA, Blozis SA, Kouzakanani K, et al. Dosage effects of diabetes self-management education for Mexican Americans. *Diabetes Care* 2005; 28: 527-32.
- 24 Polonsky WH, Earles J, Smith S, et al. Integrating medical management with diabetes self-management training: a randomized control trial of the Diabetes Outpatient Intensive Treatment Program. *Diabetes Care* 2003; 26: 3048-53.
- 25 Skovlund SE, Peyrot M, on behalf of the DAWN International Advisory Panel. The Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs (DAWN) programme: a new approach to improving outcomes of diabetes care. *Diabetes Spectrum* 2005; 18: 136-42.
- 26 Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care* 2001; 24: 1069-78.
- 27 Lustmann PJ, Anderson RJ, Freedland KE, De Groot M, Carney RM, Clouse RE. Depression and poor glycemic control: a meta-analytic review of the literature. *Diabetes Care* 2000; 23: 934-42.
- 28 Bodenheimer T, MacGregor K, Shafiri C. *Helping Patients Manage Their Chronic Conditions*. California Healthcare Foundation. Oakland, 2005.
- 29 Hill-Briggs F, Gemmell L. Problem solving in diabetes self-management and control: a systematic review of the literature. *Diabetes Educ* 2007; 33(6): 1032-50; discussion 1051-1032.
- 30 Langford AT, Sawyer DR, Gioimo S, Brownson CA, O'Toole MI. Patient-centered goal setting as a tool to improve diabetes self-management. *Diabetes Educ* 2007; 33(Suppl 6): 139S-144S.
- 31 Colagiuri R, Girgis S, Eigenmann C, Griffiths R. *Evidenced Based Guideline for Patient Education in Type 2 Diabetes*. Diabetes Australia and the NHMRC, October 2008.

► Glosario

Acceso – medios y oportunidades de recibir servicios sanitarios de alta calidad sin obstáculos, ya sean económicos, geográficos, lingüísticos o relacionados con la alfabetización

Administración – el proceso de organizar los recursos de manera eficiente, incluido al personal, a fin de garantizar que la prestación de atención sanitaria se gestiona en función de los objetivos y metas comunes

Alianza – un acuerdo entre dos o más personas o servicios para cooperar en un grado notable con el fin de optimizar soluciones y oportunidades

Apoyo para el autocontrol diabético (AACD) – programas y contactos permanentes que necesitan las personas con diabetes para poder conseguir sus objetivos sanitarios, como grupos de apoyo, citas con proveedores sanitarios (cara a cara, telefónicas o mediante correo electrónico), actualizaciones educativas, actividad física o programas de control de estrés

Aprendizaje cognitivo – aprender a través del pensamiento y la experiencia (escuchando, viendo, tocando, leyendo) con el fin de procesar y recordar la información

Autocontrol diabético – las actuaciones y elecciones, empleando una serie de técnicas, conocimientos y estrategias de afrontamiento, que emprenden las personas con diabetes en respuesta a su afeción

Capacitación – ayuda para las personas con diabetes para descubrir y desarrollar su capacidad inherente de hacerse responsables de su salud

Centrado en el alumno – describe una actividad, programa o plan de clases que se basa en las necesidades definidas y los objetivos del alumno individual, en donde éste es quien dirige la experiencia del aprendizaje

Colaboración – relación entre dos o más personas o servicios que trabajan en colaboración como copropietarios de una iniciativa con el fin de conseguir una meta común

Comité asesor – un equipo que se reúne con regularidad para planificar, revisar y asesorar con respecto al desarrollo del servicio de diabetes y sus programas

Comunidad – un grupo de personas definidas según área geográfica, cultura, edad u otras características comunes

Coordinador – un profesional sanitario que colabora en el funcionamiento del equipo interdisciplinar y desarrolla y monitoriza los procesos necesarios para impartir educación diabética y prestar asistencia

Curriculum – un plan detallado para el programa educativo que describe los objetivos generales del curso, su contenido (normalmente dividido en temas o módulos, cada uno de ellos con sus propias metas), el modo en el que se seleccionan los participantes, detalles sobre el profesorado y los recursos, referencias y textos, procesos de evaluación y, cuando sea lo adecuado, el proceso para reconocer aprendizajes previos

Defensor – una persona o entidad que actúa con el fin de obtener ayuda para un problema, interés, persona o grupo concreto

Educación para el autocontrol diabético (EACD) – proceso mediante el cual las personas con diabetes, sus familiares y/o contactos sociales importantes se involucran como participantes activos en la adquisición y aplicación de los conocimientos y técnicas prácticas para la resolución de problemas y el afrontamiento necesarios para conseguir unos resultados sanitarios óptimos

Educador – una persona que ha recibido una formación especializada en EACD y AACD, y que ofrece EACD y AACD a personas con diabetes, sus familiares y/o contactos sociales importantes; podría ser un igual o un enfermero, dietista, psicólogo, médico, farmacéutico o proveedor sanitario

Equidad – distribución equitativa de los recursos de base científica culturalmente apropiados (profesionales sanitarios, información y educación) entre las personas con diabetes

Equipo multidisciplinario – un equipo formado por profesionales de distintas disciplinas que, en colaboración con la personas con diabetes, planifican e implementan un tratamiento, EACD y atención continua para controlar la diabetes y las complicaciones que origina

Estándares de práctica profesional – estándares desarrollados por parte de los organismos profesionales para orientar y asesorar sobre la conducta aceptada de los miembros de dicha profesión

Estructura – el modo en el que se organizan las partes de un programa u organización e interactúan entre sí con el fin de conseguir un resultado definido

Evaluación – un proceso mediante el cual se determina el éxito, el impacto, los resultados y/o la satisfacción de un programa establecido

Evaluación de las necesidades de la población – un estudio mediante el cual se recopilan datos con el fin de evaluar las necesidades de una población definida

Evidencia – los resultados de estudios científicos, como ensayos controlados al azar, resultantes de un diseño sólido del estudio y considerados clínicamente relevantes

Indicador – variable cuantitativa que ofrece información sobre si el programa ha logrado los resultados deseados

Instituto – una organización y organismo establecido, como una entidad investigadora o educativa

Investigación – el estudio detallado de un tema, especialmente con el fin de descubrir nueva información o alcanzar un conocimientos nuevos o mejorados sobre el tema

Líder de la comunidad – un miembro de la comunidad elegido para representarla y trabajar por su máximo interés

Médico de atención primaria – un médico que trabaja a nivel de atención primaria, como un médico de familia, un médico de cabecera o un médico que trabaje en la comunidad

Médico especializado – un médico que haya completado una formación en una especialidad como oftalmología, endocrinología o nefropatía y haya sido reconocido por un organismo profesional tras haber demostrado competencias preseleccionadas en su área de especialización

Mentor igual – un profesional sanitario experimentado que actúa como mentor con profesionales sanitarios menos expertos para que adquieran técnicas profesionales, dinámica de grupo, concienciación intercultural y estrategias de comunicación

Organismo acreditado – una organización que se ha sometido con éxito a una evaluación externa para determinar que cumple unos estándares específicos en la prestación de servicios y operaciones

Organización – un grupo de personas que trabajan unidas de manera estructurada con un propósito común, como un servicio de diabetes

Partes implicadas – cualquier persona o grupo interesada en el servicio, incluidas las personas con diabetes, el personal, los miembros de la comunidad, los representantes de organizaciones colaboradoras o los patrocinadores

Persona de apoyo – un individuo, identificado por la persona con diabetes, que tiene influencia positiva sobre su capacidad de afrontar y/o controlar su afección

Personal administrativo – profesional no sanitario miembro del equipo que ayuda en las tareas operativas, como recepcionista o secretario, por ejemplo

Plan de aprendizaje y desarrollo – plan individualizado que incluye los objetivos, las metas y las actividades planificadas para el aprendizaje que cubrirán las necesidades personales de aprendizaje del profesional sanitario y impulsarán su capacidad para ofrecer las habilidades necesarias en el servicio diabético

Práctica del profesional sanitario – todas las acciones emprendidas cuando actúa como profesional sanitario y está sujeto al escrutinio de un organismo regulador de dicha profesión sanitaria

Proceso – una serie de actuaciones emprendidas con el fin de conseguir un resultado predeterminado

Proceso colaborativo – proceso mediante el cual las personas o las organizaciones trabajan juntas por lograr uno o más objetivos comunes; cada organización o individuo depende de y es responsable ante el otro

Resultados – un cambio que se consigue como resultado de un programa o intervención

Revisión periódica – evaluación diabética planificada, completada a intervalos regulares, a fin de identificar las necesidades de aprendizaje y actualizar el plan de aprendizaje para la persona con diabetes y ayudar al autocontrol a fin de obtener unos resultados sanitarios óptimos

Servicio de educación diabética – una organización que ofrece una serie de programas que integran la atención clínica, la educación para el autocontrol diabético y el apoyo para el autocontrol diabético a fin de optimizar los resultados para las personas con diabetes

Miembros de la Sección Consultiva sobre Educación Diabética de la FID (2007-2009)

Margaret McGill (Presidenta), Australia

Anne Belton, Canadá

Anne-Marie Felton, RU

Martha Funnell, EEUU

Debbie Jones, Bermudas

Eva Ching Yee Kan, República Popular China

Helen McGuire, Bélgica

Seyda Ozcan, Turquía

Kaushik Ramaiya, Tanzania

Sheridan Waldron, RU

Miembros del Comité de Revisión de Estándares

Martha Funnell (Presidenta), EEUU

Eva Ching Yee Kan, República Popular China

Helen McGuire, Bélgica

Seyda Ozcan, Turquía

Kaushik Ramaiya, Tanzania

Erica Wright, Australia



El desarrollo de la edición revisada de los Estándares Internacionales para la Educación Diabética ha sido patrocinado mediante una subvención educativa de LifeScan.

Exención de responsabilidades

La Federación Internacional de Diabetes (FID) no ofrece diagnósticos médicos individualizados, tratamientos ni consejos, ni tampoco recomienda ninguna terapia específica ni prescribe medicaciones para nadie que utilice o consulte los Estándares Internacionales de Educación Diabética. La información que contienen los Estándares pretende y puede ser utilizada tan sólo con propósitos educativos e informativos generales.

Se ha empleado un esfuerzo razonable por garantizar la exactitud de la información que se presenta. Sin embargo, la FID no asume ningún tipo de responsabilidad respecto a la exactitud, la actualidad o la compleción de la información que aquí se contiene. La FID no asume responsabilidad alguna en cuanto a cómo los lectores utilicen la información que contienen los Estándares. Los lectores, en su búsqueda de asesoramiento y orientación médica personal, deberían consultar a un profesional médico o sanitario cualificado sobre situaciones y afecciones concretas que les preocupen.



unidos por la diabetes



Federación Internacional de Diabetes