



Universitat
de les Illes Balears

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**DIFICULTADES PERCIBIDAS POR LOS PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2 ANTE EL AUTOCONTROL DE SU ENFERMEDAD Y LOS
BENEFICIOS QUE APORTA LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

Francisco Arbizu Barragán

Grado de Enfermería

Facultad de Enfermería y Fisioterapia

Año Académico 2021-22

**DIFICULTADES PERCIBIDAS POR LOS PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2 ANTE EL AUTOCONTROL DE SU ENFERMEDAD Y LOS
BENEFICIOS QUE APORTA LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

Francisco Arbizu Barragán

Trabajo de Fin de Grado
Facultad de Enfermería y Fisioterapia
Universidad de las Illes Balears
Año Académico 2021-22

Palabras clave del trabajo:

Diabetes Mellitus tipo 2, Educación para la Salud, Adherencia terapéutica, calidad de vida y percepción.

Nombre Tutor/Tutora del Trabajo: Margalida Miró Bonet

Se autoriza la Universidad a incluir este trabajo en el
Repositorio Institucional para su consulta en acceso abierto y
difusión en línea, con fines exclusivamente académicos y de
investigación

Autor		Tutor	
Sí	No	Sí	No
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RESUMEN

Objetivo general: revisar mediante la evidencia científica, cuáles son las dificultades percibidas por los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 ante el autocontrol de su enfermedad, y que impacto tiene la educación para la salud en su calidad de vida.

Resultados: la estrategia de búsqueda se construyó en torno a la estructura PICO y se utilizó PUBMED como base de datos. Las palabras clave del trabajo se extrajeron del DeCS y fueron traducidas a términos médicos (MeSH). Una vez realizada la búsqueda aplicando los limitadores (explicados más adelante) y haciendo una selección de los artículos encontrados, se ha hecho uso de 23 registros para la realización de este trabajo.

Discusión: La diabetes tipo 2 es una enfermedad crónica cuya prevalencia está en constante aumento en todo el mundo. La educación para la salud, que tiene como objetivo básico lograr el control de la enfermedad, es una intervención que se asocia con una mejora de la calidad de vida, el aumento de la adherencia al tratamiento y la mejora del autocontrol. Para lograr estos beneficios, antes de iniciar intervenciones educativas, se deben evaluar las barreras percibidas por los pacientes que influyen en el autocontrol de la diabetes.

Conclusión: por un lado; la educación para la salud mejora el conocimiento, la actitud, y las prácticas con respecto a las modificaciones del estilo de vida, lo que llevará a un mejor control de la enfermedad y a una mejora de la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Y, por otro lado; el previo análisis de la esfera biopsicosocial de los pacientes hace que las intervenciones educativas sean más individualizadas y, por tanto, se logre una mayor adherencia al plan terapéutico que repercutirá positivamente en la calidad de vida y el autocontrol

INDICE

INTRODUCCIÓN	5
OBJETIVOS DEL TRABAJO	10
ESTRATEGIA DE BUSQUEDA BIBLIOGRÁFICA	11
RESULTADO DE BUSQUEDA BIBLIOGRÁFICA	12
DISCUSIÓN	16
DIFICULTADES PERCIBIDAS Y COMO AFRONTARLAS	16
- <u>Conocimiento y conciencia sobre la DMII</u>	17
- <u>Estilo de vida</u>	19
- <u>Cultura</u>	20
- <u>Entorno del paciente</u>	20
- <u>Tratamiento Farmacológico</u>	21
- <u>Comunicación paciente-sanitario</u>	22
- <u>Acceso a recursos</u>	22
- <u>¿Cómo se puede hacer frente a estas barreras?</u>	23
IMPACTO DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y LAS CONDUCTAS NECESARIAS PARA OBTENER BENEFICIOS.....	24
CONCLUSIONES.....	28
BIBLIOGRAFÍA.....	30
ANEXOS.....	33

"Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit, sed do eiusmod tempor incididunt ut labore et dolore magna aliqua. Ut enim ad minim veniam, quis nostrud exercitation ullamco laboris nisi ut aliquip ex ea commodo consequat.

Duis aute irure dolor in reprehenderit in voluptate velit esse cillum dolore eu fugiat nulla pariatur. Excepteur sint occaecat cupidatat non proident, sunt in culpa qui officia deserunt mollit anim id est laborum."

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define, la diabetes mellitus (DM) como una enfermedad crónica no trasmisible que surge cuando el páncreas no secreta la suficiente insulina o cuando el organismo no es capaz de utilizarla eficazmente. La insulina es una hormona encargada de regular la concentración de glucosa que tenemos en nuestra sangre, encargándose de transportarla al interior de las células. Su uso farmacológico se descubre en 1921 por Frederick Grant y Charles Herbert Besr, dos científicos residentes en Canadá que consiguieron aislar la insulina por primera vez. Esta hormona ha salvado la vida a millones de personas con diabetes, ya que antes de su descubrimiento como fármaco, los pacientes morían en menos de 1 año desde el debut o diagnóstico. Es desde este momento, que la educación diabetológica ha sido necesaria. (1,2)

La glucosa es la energía que utiliza nuestro organismo para alimentar nuestro, cerebro, corazón y músculos. Esta energía la extraemos de los alimentos que ingerimos y se encuentra en el torrente sanguíneo, que es el que se encarga de repartirla a todos los órganos hasta llegar al interior de las células con la ayuda de la insulina. A la glucosa en sangre se le denomina Glucemia, y una alteración de sus niveles puede llevar a complicaciones que se asocian con un mal control de la diabetes. Las dos complicaciones que derivan de un mal control glucémico son la Hiperglucemia (exceso de glucosa en sangre) y la Hipoglucemia (falta de glucosa en sangre). Ambas complicaciones son capaces de generar situaciones no deseadas que pueden afectar a órganos y sistemas del cuerpo humano. (3,4)

Según la Asociación americana de diabetes (ADA), la diabetes puede clasificarse en: diabetes tipo I (DMI), diabetes tipo II (DMII), diabetes gestacional y otros tipos de diabetes más específicas. Cuando hablamos de diabetes hablamos también de sus subtipos, que son diferentes entre sí, pero todos tienen en común la alteración de los niveles de glucosa en sangre. (3)

La diabetes tipo 1 (conocida anteriormente como "diabetes juvenil", "diabetes insulino dependiente" o "diabetes de inicio infantil") está caracterizada por una producción deficiente de insulina en nuestro organismo a causa de una destrucción de las células beta pancreáticas de forma autoinmune, es decir, es el propio organismo el que las destruye. Esto conduce a una deficiencia absoluta de insulina y a la necesidad diaria de inyecciones de esta hormona. La DMI es un tipo de diabetes que se inicia en la etapa de juventud (lo cual no quiere decir que no existan diagnósticos de diabetes tipo 1 en adultos) y representa en torno al 5% del total de pacientes diabéticos. Este tipo de diabetes no se puede prevenir y su aparición no depende del estilo de vida que lleven las personas ni de su alimentación. Los síntomas de la diabetes tipo 1 son muchos y variados, pero en general podrían resumirse en: sensación de mucha sed, deseo frecuente de orinar, fatiga extrema, visión borrosa, pérdida de peso, hambre constante, irritabilidad y dolor de estómago acompañado de náuseas y vómitos. (1,3,4)

La diabetes tipo 2 (conocida anteriormente como "diabetes no insulino dependiente" o "diabetes de inicio en la edad adulta") es una enfermedad crónica causada por la utilización ineficaz de la insulina por parte de nuestro organismo. En torno al 95% de las personas que padecen diabetes mellitus pertenecen al subtipo de diabetes mellitus tipo II (DMII) y en gran medida se debe al exceso de peso, la vida sedentaria y la mala alimentación. Los síntomas pueden parecerse a los de la DMI, pero normalmente son de menor intensidad y pueden no manifestarse, lo cual hace que el diagnóstico pueda alargarse en el tiempo. Esta enfermedad se desarrolla más comúnmente en personas adultas y mayores, aunque a consecuencia de la obesidad, la inactividad y la mala dieta, se están diagnosticando niños con DMII. A diferencia de la DMI, la DMII si es una enfermedad que puede prevenirse y controlarse llevando un estilo de vida saludable (1,3,4).

La diabetes gestacional es otro tipo de diabetes que aparece de manera transitoria y que surge, como su nombre indica, durante el periodo de gestación. Se caracteriza por valores de hiperglucemia que, pese a ser superiores a los valores normales de glucemia, son inferiores a los establecidos para diagnosticar diabetes. Este tipo de diabetes

aumenta el riesgo de sufrir complicaciones en el embarazo y en el momento del parto. Además, la madre y sus hijos corren más riesgo de padecer diabetes tipo 2 en el futuro. El diagnóstico de la diabetes gestacional se da al realizar pruebas diagnósticas prenatales y no por la manifestación de síntomas. (4)

La diabetes es un problema de Salud Pública que afecta a innumerables países de todo el mundo, sin importar el nivel de ingresos que tengan. Según el informe mundial sobre diabetes de la OMS, a escala mundial se calcula que 422 millones de adultos tenían diabetes en 2014 y comparándolo con los 108 millones de personas diabéticas que había en 1980, podemos afirmar que la prevalencia de la enfermedad ha ascendido desde entonces. Esto se corresponde con un aumento de los factores de riesgo de la población tales como el sobrepeso, la obesidad y la mala alimentación. (1,3-6)

En 2012 la diabetes causó la muerte de 1,5 millones de personas y a consecuencia de las subidas de glucosa en sangre se provocaron 2,2 millones de muertes más por el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares. De estas muertes el 43% se produce antes de los 70 años y esto ocurre con mayor frecuencia en los países de ingresos bajos y medios. (5)

La diabetes es una enfermedad silenciosa que puede causar muchas complicaciones en el organismo. Cuando la diabetes no es tratada como es debido la posibilidad de aparición de complicaciones es mayor. Las complicaciones agudas son las que van más ligadas a la muerte prematura, los gastos económicos elevados y la mala calidad de vida de los pacientes. Una glucemia elevada o hiperglucemia puede causar en el paciente diabético trastornos como la cetoacidosis diabética o el coma hiperosmolar. La glucemia baja o hipoglucemia puede darse en cualquier tipo de diabetes y provocar convulsiones y pérdida del conocimiento; puede darse cuando el paciente se ha saltado alguna de las ingestas, cuando se realiza más ejercicio del recomendado o a causa de una mala dosificación de la medicación. Con el tiempo la diabetes puede dañar el corazón, los vasos sanguíneos, los ojos, los riñones y los nervios, así como aumentar el riesgo de cardiopatía y accidentes cerebrovasculares. Este daño puede ser causante de una disminución del flujo sanguíneo, lo cual, sumado a los daños nerviosos, puede provocar la aparición de úlceras e infecciones en las extremidades del cuerpo, pudiendo llegar a la

amputación de estas. La retinopatía y la enfermedad renal son características de la diabetes por las micro lesiones que causa la glucosa en los pequeños vasos sanguíneos que forman parte de estos sistemas. (4,5)

La diabetes y todas sus complicaciones posibles generan un fuerte impacto económico en todas las comunidades del mundo, golpeando más fuertemente a los países de ingresos medios y bajos. Este impacto económico afecta a los pacientes, familias, sistemas de salud y a las economías nacionales e internacionales en forma de gastos sanitarios. La gran mayoría de estos gastos se traducen en atención sanitaria. (5)

Como hemos mencionado anteriormente, la DMI no se puede prevenir con los conocimientos de los que dispone el mundo actualmente. En contraposición al argumento anterior, la aparición de la DMII y sus complicaciones sí que son potencialmente prevenibles, y es por ello por lo que en este trabajo nos centraremos en este subtipo de diabetes. (4,5)

Para la prevención se utilizan diversas prácticas y políticas que fomentan el bienestar de la persona que tiene (o no) diabetes mellitus. Entre ellas podemos encontrar prácticas relacionadas con el ejercicio, la dieta, el abandono de malos hábitos, el control de la glucemia etc. (5)

Existen unas medidas económicamente eficaces que pueden mejorar el estado de salud de los pacientes diabéticos y descargar la asistencia sanitaria y el gasto económico de los países. Estas comprenden: el control glucémico mediante actividad física, un buen régimen alimentario y, si es necesario, tratamiento farmacológico. Además de otras acciones como la vigilancia periódica para detectar problemas visuales, lesiones en los ojos, en los riñones o en los pies. La atención integral de la diabetes tiene que ser una combinación entre tratamiento farmacológico y educación para la salud, que será la herramienta que acompañe a las medidas de acción. (5)

La eficacia de la atención integral que se le brinda a los pacientes diabéticos tipo 2 depende del cumplimiento de las recomendaciones y el tratamiento por parte de los pacientes. Es necesario que los pacientes conozcan la importancia que tiene una

alimentación sana, la práctica del ejercicio físico, la abstención de tabaco y del consumo de alcohol, el cumplimiento del consejo terapéutico, la higiene de la piel y la vigilancia de los miembros inferiores (MMII) y el uso de calzado adecuado, así como la necesidad de evaluación periódica del control metabólico y la presencia o progresión de posibles complicaciones. (5,7)

La educación para la salud en diabetes o educación diabetológica es definida por la OMS como "el proceso educativo integrado que busca dotar a la persona con DM (y a sus familiares) con las habilidades y el apoyo necesario para que puedan asumir la responsabilidad del automanejo de su enfermedad". Para que esto sea posible es necesario que los pacientes comprendan su clínica y el tratamiento de su patología para que puedan integrarlo en su vida y sean capaces de prevenir, reconocer y actuar frente situaciones de riesgo o complicaciones asociadas. Teniendo en cuenta lo planteado anteriormente, la atención integral estructurada debe: atender a las deficiencias de conocimientos en el automanejo; mejorar la adherencia terapéutica, nutricional y de ejercicio; prevenir las complicaciones asociadas a la diabetes; y evaluar periódicamente los resultados de las intervenciones para reorientar los comportamientos si es necesario o premiar los esfuerzos y buenos resultados. (7)

Las intervenciones de la atención integral no deben centrarse únicamente en el control metabólico y la minimización de las complicaciones; hay que tener en cuenta que la diabetes va más allá de los aspectos físicos o biológicos y hay que valorar los aspectos sociales, psicológicos y las creencias de las personas ya que estos términos son importantes determinantes que afectan al comportamiento y por tanto al afrontamiento de la enfermedad. Es un requisito de la atención integral al paciente diabético educar a la persona para que sea capaz de aplicar conductas adherentes y favorables, desplazando las barreras percibidas, los mitos, y las creencias que no tienen base científica. Estas medidas son de gran ayuda para optimizar las metas de prevención de complicaciones, la mejora del control metabólico y la adherencia al régimen terapéutico y a estilos de vida saludables. En resumen, la educación integral dirigida a pacientes con DMII debe tener como objetivo: potenciar los conocimientos, habilidades y el automanejo de su

condición clínica teniendo en cuenta sus emociones para asegurar una calidad de vida óptima. (7)

Este trabajo busca, mediante una revisión de la literatura científica, identificar y comprender los problemas contextuales y del entorno que tienen relación con el paciente y que podrían influir en el control de la DMII. Antes de iniciar las intervenciones educativas para prevenir o controlar la diabetes, debemos analizar las percepciones que tiene el paciente sobre él mismo y su enfermedad. Este es el pistoletazo de salida que puede facilitar el logro de la prevención y el autocuidado de la DMII. (8)

Para mí este tema es de gran importancia, ya que como estudiante he tenido contacto con muchos pacientes que padecen diabetes mellitus tipo 2, y como digo en el trabajo, es una enfermedad muy dura emocionalmente que cambia la vida de las personas. He podido ver a muchos pacientes sufrir por no lograr sus objetivos de autocontrol y también he observado pacientes que muestran poco interés por su salud. La educación para la salud es esa arma poderosa que puede ayudar a acabar con todos estos problemas y junto a un empoderamiento del paciente se pueden lograr muchas cosas con pequeños cambios. Como estudiante he podido vivir la importancia de la educación para la salud y tengo muchas ganas de tomar parte en ella como profesional.

OBJETIVOS DEL TRABAJO

Objetivo general: Revisar mediante la evidencia, cuáles son las dificultades percibidas por los pacientes con DMII ante el autocontrol de su enfermedad, y que impacto tiene la educación para la salud en su calidad de vida.

Objetivo específico 1: Analizar como influyen las barreras percibidas por los pacientes con DMII en el autocontrol de la enfermedad y como se les puede hacer frente.

Objetivo específico 2: Explorar el impacto de la educación para la salud en pacientes con DMII sobre la calidad de vida, la adherencia terapéutica y el control de la enfermedad.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Este trabajo es una revisión bibliográfica de la literatura disponible. La estrategia de búsqueda se construyó en torno a la estructura PICO y se utilizó PUBMED como base de datos. Las palabras clave del trabajo se extrajeron del DeCS y fueron traducidas a términos médicos (MeSH). Los descriptores que se obtuvieron del thesaurus DeCS fueron los siguientes:

- **Descriptores primarios:** Diabetes mellitus, tipo 2 (“Diabetes mellitus, type 2” en inglés).
- **Descriptores secundarios:** Percepción (“Perception” en inglés).
- **Descriptores marginales:** Adherencia al tratamiento y cumplimiento (“Treatment adherence and compliance” en inglés) y calidad de vida (“Quality of life” en inglés)

Para realizar la búsqueda bibliográfica en Pubmed, se tuvieron en cuenta los siguientes límites:

- Año de publicación entre 2012 y 2022.
- Idiomas: inglés, español, catalán y portugués.

Además, se aplicaron criterios de inclusión y exclusión:

- **Criterios de inclusión:** cualquier artículo que trate sobre las percepciones de los pacientes diabéticos y de los beneficios de la educación para la salud en diabetes
- **Criterios de exclusión:** artículos que hablen sobre otras enfermedades o sobre temas que no estén relacionados con: dificultades percibidas por los pacientes con diabetes mellitus y beneficios de la educación en personas diabéticos.

La primera búsqueda que se realizó en la base de datos PUBMED se hizo con la combinación de los descriptores primarios y secundarios mediante el booleano AND:

*((“diabetes mellitus, type 2” [MeSH Terms]) AND (“health education” [MeSH Terms]))
AND (“perception” [MeSH Terms]).*

Mediante esta combinación se encontraron 517 resultados y para acotar la búsqueda se decidió incluir los descriptores marginales separados entre ellos por el booleano OR:

((“diabetes mellitus, type 2” [MeSH Terms]) AND (“health education” [MeSH Terms])) AND (“perception” [MeSH Terms]) AND (“treatment adherence and compliance” [MeSH Terms]) OR (“quality of life” [MeSH Terms]))

Con esta segunda búsqueda y sin aplicar los limitadores, se consiguió reducir los resultados a 184 artículos. En la **Tabla 1** podemos ver el proceso de selección de artículos finales.

Límites	Nº de Artículos	Lectura del título	Lectura del resumen	Lectura completa	Artículos seleccionados
Últimos 10 años e idiomas (español, inglés y portugués)	119	119	49	38	23

Tabla 1: proceso de selección de artículos finales

Fuente: elaboración propia

RESULTADO DE BUSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Tras la búsqueda realizada siguiendo las estrategias anteriormente nombradas, se consiguieron un total de 23 artículos que se utilizaron principalmente para redactar la discusión del trabajo.

Para realizar el apartado de la introducción se usó información extraída de páginas webs oficiales (referencias 1, 3 y 4) de organizaciones como la OMS, ADA, y DiabetesCERO. También se utilizaron 2 artículos que se obtuvieron de la búsqueda bibliográfica (referencias 2 y 6) y se realizó una lectura del Informe Mundial sobre la Diabetes de la OMS (Referencia 5) en el cual se habla de temas importantes como: carga mundial de la enfermedad, prevención, atención integral y situación actual.

En la **Tabla 2** se resume las características principales de los artículos que hemos seleccionado y se evalúa el nivel de evidencia que poseen mediante la Clasificación de Gálvez Toro (Anexo 1).

Año de publicación	Autor principal	Fecha de recolección de datos	Sujetos del estudio	Fuentes de datos	Medida muestral	Edad	Lugar	Nivel de evidencia
2010 (Revisada)	E. Armengol	-	Pacientes pediátricos con diabetes	-	-	-	Hospital infantil Vall d'Hebron, Barcelona, España	Nivel 2
2018	Amy T. Cunningham	-	Pacientes afroamericanos con DMII	Cochran, OVID MED LINE, PsycINFO, Scopus, CINAHL EBSCO, ensayos aleatorios y controlados, intervenciones experimentales,	-	-	EE. UU.	Nivel 2
2019	Chavla	-	Pacientes con DMII	Cuestionario KAP	100 pacientes	> 40 años	India	Nivel 3
2020	O'Brien	2019	Enfermeras educadoras en diabetes	Entrevistas semiestructuradas. Análisis Tesch	5 pacientes	-	Sudáfrica	Nivel 1
2012	Heloisa C Torres	2009	Enfermeras que tienen contacto con pacientes diabéticos tipo 2	Técnica de grupos focales	23 pacientes	-	Brasil	Nivel 1
2015	Melba Sheila D'Souza	2010	Adulto árabe con DMII	Escala DES, HbA1c, IMC, ANOVA, análisis de regresión y modelado de ecuaciones estructurales.	300 pacientes	>20 años	Omán	Nivel 3
2019	Shamil Balasubramaniam	2018	Pacientes hospitalizados con DMII	Cuestionario IPQ-R	384 pacientes	Media de 58.2 años	Malasia	Nivel 1
2019	Amin Hussein	2017	Pacientes con DMII	Cuestionarios de tres secciones (sociodemográfico, historial médico y modelo de creencias en salud) y escala Likert	452 pacientes	30-70 años	Arabia Saudita	Nivel 1
2020	Howard S Gordon	-	Pacientes con DMII	Grupos focales, método comparativo constante	48 pacientes	Media de 61 años	EE. UU.	Nivel 1

2014	Gin-Den Chen	-	Pacientes con DMII	Autoinformes de los pacientes. Historias clínicas, procedimientos GENMOD	501 pacientes	Edad media de 61.4 años	Taiwan	Nivel 3
2018	Anjali Gopalan	2013	Pacientes con DMII	Análisis temáticos de entrevistas semiestructuradas	25 pacientes	Edad media de 56.8 años	EE. UU.	Nivel 1
2020	Dr. Freddy Contreras	2018	Pacientes con DMII O DMI	Entrevistas en profundidad, método comparativo continuo de Strauss	25 pacientes	20-65 años	Venezuela	Nivel 1
2018	TK Masupe	2009	Pacientes con DMII	Base de datos PURE, entrevistas en profundidad, discusiones de grupos focales,	2058 pacientes	35-72 años	Sudáfrica	Nivel 1
2019	Manar M. Nabolsi	2019	Pacientes varones con DMII	Entrevistas semiestructuradas, analizadas mediante análisis de contenido.	13 pacientes	25-70 años	Jordania	Nivel 1
2015	Brittany S. Richardson	2012	Mujeres con DMII	Entrevistas en profundidad, cuestionarios, análisis de datos mediante SAS versión 9.2.	25 pacientes	Media de 52 años	EE. UU.	Nivel 3
2020	Jiari Li	-	Pacientes con DMII	Cuestionario demográfico, escala SDS, cuestionario IPQ-R y MCMQ	939 pacientes	Media de 41.08 años	China	Nivel 3
2021	Graine O'Donoghue	2020	Pacientes con DMII	Ensayos controlados aleatorios, búsquedas ECA, Pubmed, CINAHL, Embase y CENTRAL.	-	-	Suiza	Nivel 2
2014	Ku GMV	2011	Pacientes con DMII	Cambios en conocimientos, actitudes y prácticas de autogestión, IMC, ICC, HbA1c	203 pacientes	Media de 57.9 años	Filipinas	Nivel 3
2018	Yongwen zhang	2011	Pacientes con DMII	Cambios en HbA1c, IMC, ICC, PA, Colesterol,	998 pacientes	Media de 49.8 años	China	Nivel 3

2018	Maya Savjira	2017	Pacientes con DMII	Cambios en HbA1c	80 pacientes	>40 años	Indonesia	Nivel 3
2021	Wondimeneh Shibabay Shiferaw	-	Pacientes con DMII	Búsqueda en PUBMED, Google Scholar, Cochrane, Scopus, African Journals Online y Wiley.	-	-	-	Nivel 2
2017	Temidayo Ogunrinu	-	Pacientes con DMII	Entrevistas y discusiones en grupos focales	16 pacientes	-	Malawi	Nivel 3

Tabla 2: Características principales de los artículos incluidos en el trabajo.

Fuente: elaboración propia.

La **Figura 1** hace referencia al diagrama de flujo.

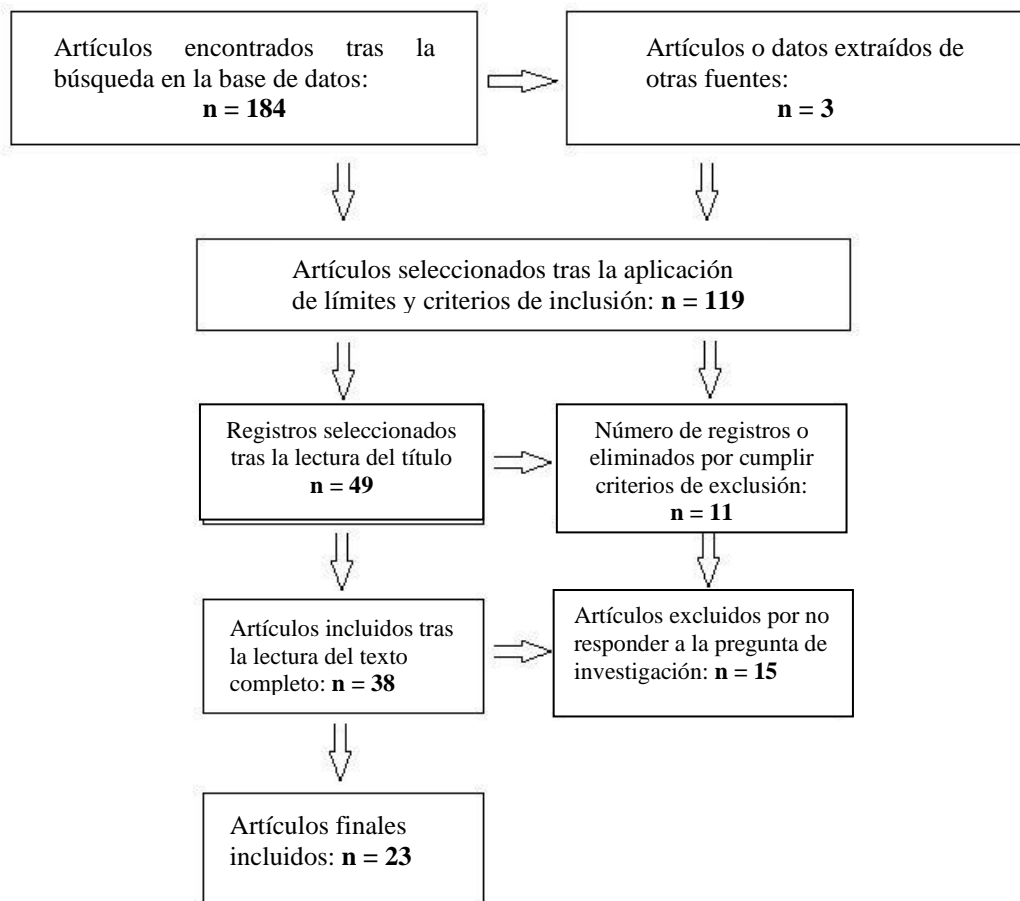


Figura 1: Diagrama de flujo

Fuente: Elaboración propia

DISCUSIÓN

Para realizar la discusión del trabajo hemos decidido dividir este apartado en dos subapartados; uno para explicar el objetivo específico número 1, para el cual hemos utilizado 13 artículos (de la referencia 7 a la 19); y otro para responder al objetivo específico número 2, para el que hemos utilizado 13 artículos (referencias 7, 8, 10, 12, 18-26).

DIFICULTADES PERCIBIDAS Y COMO AFRONTARLAS

Estudios como el de Contreras, F. et al. y el de Masupe, T. K. et al. hacen hincapié en la necesidad de valorar las percepciones de los pacientes antes de abordar estrategias para lograr el autocuidado. El autocuidado es un concepto que está ligado a ejercicios de autocontrol, que a su vez están influenciados por las creencias, tradiciones, normas sociales, entorno, religión y emociones que tienen los pacientes. Analizar todos estos conceptos es fundamental para ofrecer una atención integral individualizada, garantizando la adherencia terapéutica, la formación del paciente y lograr el autocuidado. (7,8)

Cuando hablamos de percepción, hablamos de las representaciones emocionales y cognitivas que hacen los pacientes sobre su enfermedad. Esta percepción está influenciada por la curabilidad de la enfermedad en cuestión, las consecuencias, la causa y las repercusiones emocionales que crea. (9)

Una vez revisados los artículos que hablan sobre la necesidad de valorar biopsicosocialmente al paciente antes de iniciar las intervenciones para lograr el control de la DM2, se han identificado 6 temas relevantes que pueden actuar como barrera hacia el autocontrol:

- Percepciones sobre el conocimiento y conciencia que tienen los pacientes sobre la DM2
- Percepciones sobre el estilo de vida (alimentación y deporte)
- Percepciones relacionadas con la cultura y el entorno del paciente
- Percepciones sobre el tratamiento farmacológico

- Percepción sobre la comunicación entre paciente-sanitario
- Percepciones relacionadas con el poder adquisitivo de los pacientes

Los estudios y artículos cualitativos que hemos revisado han traducido los hallazgos de los diálogos de los pacientes (percepciones). Nosotros haremos uso de esas traducciones para dar respuesta a este objetivo.

Conocimiento y conciencia sobre la DMII

La población de estudio de Masupe T. K. et al. reconoce la DMII como una afección grave y se percibe como algo que condiciona para siempre la vida del paciente. Los pacientes de este estudio dicen que la diabetes es una enfermedad muy difícil de gestionar ya que requiere de una gran cantidad de conocimientos y prácticas de autocuidado, es decir, una gran implicación por parte de la persona que lo padece. En resumen, se define la DM desde el punto de vista de los pacientes como: una enfermedad que desean prevenir ya que te cambia física y emocionalmente; emocionalmente peligrosa; y que está influenciada por las costumbres y creencias de cada persona. (8)

Aunque la mayoría de los pacientes suelen expresar el tener habilidades para controlar sus niveles de glucemia, se observa que en la población diabética existen lagunas en el conocimiento con respecto a los factores de riesgo y manejo de complicaciones de la DMII, que pueden afectar al autocontrol de la enfermedad. Ante esta percepción es necesario aumentar las sesiones informativas para ayudarles a manejar las complicaciones que puedan surgir. (8,10,11)

En contraposición a lo argumentado anteriormente, en el estudio de Balasubramaniam, S. et al., Nabolsi, M. M. et al. y en el de Ogunrinu, T. et al., los pacientes refieren tener un buen conocimiento sobre la DM y que mediante sus acciones pueden controlar sin problema la enfermedad y sus complicaciones. Esto puede actuar como una barrera, ya que, en la mayoría de los casos, la realidad de las pruebas no concuerda con las percepciones de los pacientes y se observa que los niveles de glucosa en sangre no están en los rangos óptimos. También se observa que los pacientes que han aceptado la cronicidad de la diabetes son propensos a tomar medidas para controlar la enfermedad.

Este es un paso difícil para los pacientes, ya que superar la fase de negación de la enfermedad no es tarea fácil. Se ha podido ver que la percepción negativa de la enfermedad puede conducir a un mal control de esta, a trastornos psicológicos, y a la aparición de complicaciones asociadas. Estudios como el de Li J. et. al., demuestran que la percepción inapropiada en pacientes con diabetes puede influir en la coherencia del autocuidado. Por ello, hay que tumbar esa barrera mediante la motivación del paciente. (9–12)

Otra barrera detectada que hay que intentar corregir, es la falsa creencia de que por no presentar síntomas de diabetes quiere decir que la enfermedad está bien controlada. Pacientes con niveles de glucosa en sangre mal controlados pueden no presentar síntomas, y los sanitarios tienen que hacer ver que esto no es signo de autocontrol. Otros pacientes en cambio culpan a la diabetes de todos los síntomas que presentan en su día a día, pudiendo ser de otras enfermedades que el paciente posea. Es por esto, por lo que es importante educar y hacer que el paciente sepa diferenciar claramente cuáles son los síntomas de la diabetes. (13)

Se ha visto en varios artículos que los pacientes acceden a bases de información no oficiales como internet para responder a muchas de sus preguntas sobre la DM. Esto puede resultar una herramienta útil, pero a la vez dañina. En pacientes con bajos niveles de estudios, una información incorrecta puede dar lugar a malinterpretaciones, y este tema debe tenerse en cuenta antes de realizar intervenciones dirigidas al control de la DM. (14)

La literatura refleja que la falta de conocimiento se encuentra a menudo como una de las barreras más frecuentes para lograr el automanejo óptimo de la DM2, y esto se confirma según la percepción de muchas enfermeras en el estudio de O'Brien, C. et al.. (14)

Estilo de vida

Los pacientes a la hora de participar en actividades educativas o en consulta perciben una serie de barreras relacionadas con el estilo de vida, sobre todo relacionadas con la alimentación y la actividad física. (8)

En el estudio de Masupe T. K. et al. los pacientes, a pesar de saber cuáles son los beneficios de la actividad física, dicen no poder hacer ejercicio por falta de tiempo, pereza o falta de recursos para acceder a gimnasios. También, hay pacientes que no practican actividad física porque sufren dolores a consecuencia de su diabetes. (8,10)

Otro aspecto que pueden interferir en la realización de ejercicio es la propia limitación física de los pacientes. Esto se ve en el estudio de O'Brien, C. et al. donde las enfermeras se ven obligadas a adaptar la actividad física a las situaciones que viven los pacientes con el objetivo de tumbar esa barrera. Entre esas situaciones se encuentran las amputaciones de miembros inferiores, pérdidas de visión o neuropatías. (14)

Las barreras que influyen en la alimentación se asocian con un conocimiento inadecuado sobre los tipos de alimentos que deben consumir y los que se deben moderar, el acceso a los alimentos de calidad, las prácticas culturales, el abuso de alcohol y métodos de cocción que no son del todo adecuados. Los pacientes refieren que la alimentación es un tema que les resulta muy difícil de cambiar. (8)

De manera similar a los estudios de Balasubramaniam, S. et al., y al de Ogunrinu, Richardson, B. S., et al. muestra como los pacientes de su estudio refieren tener conocimientos necesarios para lograr el autocontrol de la diabetes (dieta, ejercicio, medicamentos, manejo de complicaciones...) pero experimentan dificultades a la hora de cambiar la dieta. Esta dificultad la relacionan con tentaciones, preferencias alimentarias y encuentros sociales. Los pacientes dicen que aun sabiendo lo que tenían que comer y teniendo las herramientas necesarias para ello (esquemas, graficas, dietas...) les resulta muy complicado cambiar ese hábito. (15)

Cultura

Hay pacientes (sobre todo en países orientales) que creen que la diabetes es una enfermedad causada por voluntad de una deidad, el destino o brujería. Además, existe la creencia en los remedios naturales y milagrosos capaces de curar la diabetes. Estas creencias y mitos están influenciadas por la familia, la cultura y sus tradiciones. En esto coinciden varios estudios como el de Contreras, F. et al. y Masupe T. K. et al. (7,8,10)

En el estudio de O'Brien los pacientes diabéticos aceptan cambios en su alimentación y ejercicio, pero rechazan la insulina inyectada ya que no quieren dar muestras de debilidad o de enfermedad. En este estudio también pudo observarse que estaba mal visto que las mujeres recibieran atención o educación para la salud por parte de un sanitario varón. Podemos ver como la cultura juega un papel muy importante a la hora de querer tratar la DM. (14)

La ADA declaró junto a la asociación de educadores en diabetes y la academia de nutrición y dietética, la necesidad de una educación para la salud que aborde las necesidades culturales del paciente con el objetivo de mejorar su calidad de vida. (11)

Entorno del paciente

El entorno social del paciente está formado por las personas que lo rodean (sean familiares o no) y las políticas del lugar donde vive, que jugarán un papel importante en aspectos como el acceso a recursos. (4,7)

A veces el paciente puede sentirse excluido socialmente por considerarse "distinto". Muchos pacientes en el estudio de Masupe T. K. et al. refieren no querer dar a conocer que padecen DM, cosa que puede afectar al autocuidado ya que a veces es necesario realizar controles de glucemia o administraciones de insulina fuera del hogar. Estos pensamientos estarían relacionados con una fase de negación de la enfermedad, la cual puede actuar de manera negativa y entorpecer el camino hacia el autocontrol. (7,14)

Estudios como el de Nabolsi M. M. et al. y otros muchos, demuestran que el apoyo familiar al paciente diabético (además del apoyo social y sanitario) es de suma importancia, ya que se ha visto que favorece a la mejora del control de la enfermedad, la

adherencia al tratamiento y a modificar los estilos de vida. Esto puede ser un tema que considerar con pacientes que no cuentan con el apoyo familiar. (10,12,14,15)

Tratamiento Farmacológico

Las barreras hacia el tratamiento farmacológico pueden estar influenciadas por la cultura y las creencias de las personas. Esto puede verse en diferentes estudios donde los pacientes rechazan los tratamientos con insulina por relacionarlos con etapas terminales de la enfermedad, o como causa de complicaciones graves (como la amputación de miembros inferiores o la pérdida de visión). (7,14)

En otros estudios, los pacientes aceptan el tratamiento farmacológico prescrito y refieren que, aunque no saben cómo funcionan dentro de su organismo, lo toman según les han explicado en los centros sanitarios. También se ha detectado, en países de ingresos bajos, interrupciones en la administración del tratamiento en pacientes diabéticos que no han tenido la capacidad financiera para adquirirlos, y para compensar esta situación, recurren a remedios naturales que creen que pueden igualar el efecto de la medicación. Como se puede observar, las barreras económicas y culturales están muy relacionadas con el uso o acceso al tratamiento farmacológico. (10)

Como hemos indicado anteriormente y como dice Hussein, A., los pacientes diabéticos repartidos por todo el mundo muestran una actitud negativa hacia la terapia con insulina. Este rechazo puede deberse a factores sociales y psicológicos. En este estudio se muestran varias razones por la que los pacientes no quieren el tratamiento con insulina, entre ellas: usar insulina significa llegar a la etapa final de la enfermedad; usar insulina puede causar ansiedad por no saber cómo administrarla; usar insulina significa que un diabético no puede cuidar su salud; usar insulina causa la necesidad de depender de otras personas; y finalmente, miedo a las inyecciones. En relación con la insulino terapia, se identificaron barreras relacionadas con la restricción de actividades de la vida diaria y sentirse diferente a los demás. (16)

También se ha identificado la creencia de que cuantos más fármacos se toman, menos controlada está la diabetes. Es importante intentar tumbar esta barrera remarcando que la

prescripción de fármacos no es un signo de incorrecto manejo de la enfermedad, sino que es debido a cambios fisiológicos que hay que corregir. Mediante esta justificación podemos conseguir que los pacientes mejoren su adherencia al tratamiento. (13)

Es necesario explorar las preocupaciones y creencias de los pacientes sobre la diabetes y el tratamiento para poder brindar una atención centrada en el paciente. (16)

Comunicación paciente-sanitario

El estudio de Gordon, H. S. et al. habla de la importancia de analizar la posible barrera comunicativa que existe entre los pacientes y los sanitarios. Su estudio afirma que los pacientes con enfermedades crónicas (como la DMII) que toman un papel activo en la comunicación están más satisfechos con la atención recibida, adquieren más información y muestran mejores resultados en salud. (17)

Los pacientes pueden sentirse cohibidos en la consulta por diversos motivos: encuentros con un profesional paternalista, vergüenza por no tener su diabetes controlada, sobrecarga de información o poco conocimiento de esta, percepción de una relación distanciada de poder... (17)

Adoptar un papel comunicativo activo y superar las barreras de la comunicación puede ser desafiante para los pacientes con enfermedades crónicas y es aquí donde la motivación, el conocimiento y el empoderamiento juegan un papel crucial.(17)

Comprender estas barreras que afectan a la comunicación es importante, ya que los pacientes menos comprometidos y que utilizan una comunicación participativa menos activa pueden tener menos comprensión de su DMII, y será más probables que no se adhieran a las recomendaciones de los sanitarios y, por tanto, serán más propensos a tener peores resultados en su autocontrol y en su calidad de vida.(17)

Acceso a recursos

La falta de acceso a recursos puede deberse a una variedad de razones como: las dificultades del transporte, el desconocimiento de la disponibilidad de recursos o ayudas

(o la no existencia de estas), y las limitaciones impuestas por los planes de asistencia sanitaria. (14)

La mayoría de los pacientes diabéticos que viven en países de bajos o medios ingresos, coinciden en que los recursos que tienen son insuficientes para lograr un control óptimo de su enfermedad. Esto puede verse sobre todo a la hora de querer acceder a alimentos saludables y de calidad o a medicamentos como la insulina o los antidiabéticos orales. Hay pacientes que refieren quedarse meses sin medicación a causa de la escasez de ayudas económicas que tienen. (10,14)

Otra barrera que se nombra en muchos de los estudios revisados de países en vías de desarrollo es el acceso a los centros sanitarios. Algunos pacientes dicen tener que usar transporte público que puede ser muy costoso, particularmente para aquellos que viven con recurso económicos limitados. Además, para controlar la DMII correctamente es necesario tener acceso a medicamentos, tiras reactivas y lancetas para controlar su glucosa, así como someterse a controles periódicos de los daños causados por la afección (controles oftalmológicos, de podología, dietistas etc.). Es por esto por lo que los pacientes recalcan el deseo de que se creen políticas para poder acceder a subsidios o reducciones de precios en los medicamentos, transporte y pruebas hospitalarias. (10,14,15)

¿Cómo se puede hacer frente a estas barreras?

Algunas personas que padecen DMII encuentran que vivir con la afección puede llegar a ser una carga enorme y es posible que a causa de las barreras percibidas puedan sentir que lograr un nivel óptimo de autocontrol sea difícil. Es importante enfatizar el papel que tienen las enfermeras para romper todas estas barreras mediante el empoderamiento y la motivación. Es necesario animar a los pacientes a que sean ellos los que tomen las riendas y asuman la responsabilidad de su propia gestión. Son ellos los que deben aprender a cuidarse, deben aprender sobre su diabetes, sobre cuáles son sus complicaciones y de cómo manejarlas. Si conocen a fondo su enfermedad sabrán lo que puede suceder y asumirán las responsabilidades de sus decisiones. (18)

Se reconoce que la mejor estrategia para mantener a un paciente empoderado y motivado es a través del conocimiento (educación del paciente). El sentirse empoderado es una variable crucial en el automanejo y el control de la DM. El empoderamiento es un término que está muy relacionado con el apoyo social, la exposición a la educación para la salud y a la eficacia del manejo en los aspectos psicosociales. Además, también está asociado a términos como la religión, la fe, la espiritualidad, la cultura y al apoyo social, emocional y familiar. Estudios han demostrado que empoderar a las personas con DMII tiene muchos efectos positivos incluidos los beneficios para la salud del individuo y un ahorro para el sistema sanitario. (18,19)

La motivación es algo fundamental para implementar los cambios de estilos de vida y para tumbar las barreras percibidas. Es importante que cuando se cree una relación terapéutica entre el paciente y el sanitario, se facilite que sean ellos mismos los que puedan desempeñar un papel activo e informado en el proceso de toma de decisiones para dejar atrás las viejas barreras y centrarse en el control de su enfermedad. (18)

Una vez analizadas y comprendidas las diferentes percepciones que muestran los pacientes con DMII sobre su enfermedad, estos datos pueden ser útiles para empoderar al paciente y reconstruir su situación hacia un mejor control de la enfermedad y una mejor adherencia al tratamiento, mejorando así su calidad de vida y adaptando el plan de cuidados a cada paciente, teniendo en cuenta todas sus percepciones. Se ha demostrado que las intervenciones dirigidas a mejorar las percepciones de los pacientes (junto a las intervenciones educativas) mejoran el control glucémico, la adherencia al tratamiento y a largo plazo la calidad de vida. Comprender la importancia del manejo psicológico del paciente diabético es esencial para mejorar el empoderamiento y la educación de los pacientes diabéticos.(11)

IMPACTO DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y LAS CONDUCTAS NECESARIAS PARA OBTENER BENEFICIOS

La educación para la salud ha evolucionado a lo largo de los años y ha pasado de simplemente utilizarse para informar a los pacientes sobre la afección que tienen, a implicarlos totalmente en su cuidado, siendo los protagonistas. Se tiene que involucrar

de lleno al paciente en el automanejo y la toma de decisiones. Esto hará que las personas con DMII tengan más facilidades para mantenerse motivadas y para adherirse al régimen terapéutico. (18,20)

Los programas educativos que tienen como objetivos generales mejorar la autogestión y el autocontrol de la DMII han existido durante muchos años, y se han centrado en buscar el cambio de comportamientos que llevan a los pacientes hacia factores de riesgo (actividad física, abandono del tabaco, alimentación correcta, consumo de alcohol, resolución de problemas, obtención de conocimientos sobre la enfermedad...). Según la Sociedad de Endocrinología, Metabolismo y Diabetes de Sudáfrica (SEMDSA), el autocontrol de la enfermedad tiene que centrarse en el paciente, y tenemos que asegurarnos de que tiene una serie de conocimientos para poder: controlar su glucosa en sangre, saber manejar las complicaciones diabéticas que puedan experimentar y practicar conductas que modifiquen la exposición a los factores de riesgo. (8)

La ADA recomienda que todas las personas que padecen DMII tienen que recibir educación para la salud con el fin de controlar la diabetes y apoyar al paciente emocionalmente cuando sea necesario. (18,21)

La educación a los pacientes con DMII tiene que estar supuestamente bajo el marco ontológico de la interpretación de la opinión, el pensamiento, las emociones y la realidad que percibida. Los programas educativos tienen que adaptarse dependiendo de: las percepciones que tienen los pacientes sobre su enfermedad, el estado emocional del paciente, el estilo de vida, las políticas públicas de salud que respaldan al paciente, la educación para la salud que ya haya recibido (o no), y la calidad de vida que la persona posea. Como hemos indicado anteriormente en este trabajo, el previo análisis de la esfera biopsicosocial de las personas con DMII es esencial para poder garantizar el éxito de la educación. "Tener en cuenta los problemas sociales y del entorno es crucial para el tratamiento de la diabetes y la educación del paciente"(7,12,22)

Los objetivos de la educación para la salud enfocada a la diabetes tienen que ser realistas, claros y flexibles, aceptando el grado de compromiso de cada persona. En

general se puede decir que el objetivo es contribuir a la optimización de la calidad de vida de la persona, de su entorno familiar y social a través de la promoción de la autonomía y el automanejo de la enfermedad mediante la motivación y el empoderamiento. (7,12,22)

Para lograr los objetivos de la educación diabetológica, autores como Zhang Y. et al., Ogunrinu T. et al. Cunningham A. et al. y Rusdiana et al., coinciden en que es necesario que el paciente este motivado y decidido a cambiar hábitos no saludables y eliminar las barreras que frenaban dicho cambio. Para implementar este proceso con éxito, el paciente debe participar plenamente en el plan educativo, comprometerse con los principios del autocuidado y la toma de decisiones, comunicarse de forma honesta con el equipo sanitario, reducir la ingesta diaria de alimentos no beneficiosos para el control glucémico, controlarse la glucemia y mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico. Si estos comportamientos se llevan a cabo de manera consciente y correcta permitirán que los pacientes con DMII controlen con éxito su afección de manera autónoma. (10,18,21,23)

En la **Tabla 3** se muestran los comportamientos esenciales que tienen que abordar los pacientes para lograr el autocontrol de la enfermedad y mejorar la calidad de vida.

Tabla 3: Comportamientos necesarios para el autocontrol

Alimentación saludable
Actividad física
Control de azúcar en sangre
Cumplimiento del régimen terapéutico
Habilidades para resolver complicaciones
Habilidades de afrontamiento saludables
Conductas de reducción de riesgo

Tabla 3: comportamientos necesarios para el autocontrol.

Fuente: elaboración propia.

Estos comportamientos de autocontrol de la diabetes predicen: un buen control glucémico, reducción de complicaciones y mejora de la calidad de vida de los pacientes.(10,24,25)

Se ha demostrado que, mediante comportamientos de autocontrol respaldados por una buena educación para la salud, se pueden reducir las complicaciones crónicas (que son causa de numerosas muertes al año), los casos de discapacidad asociados a la DM y reducir los costes económicos que todo esto implica (7,24)

Autores como Contreras F. et al., Nabolsi M. et al., Rusdiana et al. y Roy S. et al. han coincidido en que la educación en diabetes es la mejor manera para controlar el metabolismo de la enfermedad al conseguir cambios en los estilos de vida de los pacientes mediante la motivación, el conocimiento y el empoderamiento. Además, se ha demostrado que los pacientes que nunca han recibido educación diabetológica tienen cuatro veces más riesgo de sufrir complicaciones asociadas. Las tendencias actuales de la enfermedad hacen que el paciente tenga que ser capaz de automanejar su condición, por lo que los profesionales que se encarguen de brindar la educación a las personas diabéticas, deben mantenerlas empoderadas, motivadas y formadas para fomentar su autonomía y que sean capaces de manejar su enfermedad, su condición clínica y por tanto su calidad de vida. (7,12,22–25)

A corto plazo la educación es capaz de ofrecer grandes beneficios como: aumentar los conocimientos, desarrollar habilidades y destrezas necesarias para lograr que el paciente diabético establezca patrones de alimentación adecuados, practique ejercicio y realice correctamente las técnicas de autocontrol. Así, al final, se consigue que el paciente optimice su control diabético y mejore su adhesión al tratamiento. A largo plazo, la educación diabetológica puede: contribuir a mejorar la calidad de vida del paciente, disminuir la aparición de complicaciones agudas, optimizar objetivos de control metabólico, fomentar el ejercicio físico y disminuir los sentimientos negativos que puedan relacionarse con su enfermedad. Además, puede contribuir a la reducción de la carga de la atención sanitaria mediante la reducción de ingresos hospitalarios a consecuencia de las complicaciones asociadas, y por ende reducirá el coste económico

que la DM genera. Este argumento concuerda con el estudio de D'Souza M. S. et al. donde se dice que educar al paciente sobre el tratamiento farmacológico de la diabetes y las acciones de autocuidado, son intervenciones económicamente rentables que reducen la carga social y económica y mejora la calidad de vida de los pacientes a gran escala. Además, estas intervenciones serán esenciales en los países de ingresos bajos. (7,19,26)

Chawla S. et al. recopila información de varios estudios de todo el mundo donde se muestra que los pacientes que participan en programas educativos mejoran significativamente los conocimientos que tienen que ver con: factores de riesgo, síntomas de la DMII, órganos que puede ser afectados a consecuencia de las complicaciones de la enfermedad y signos y síntomas que tienen que reconocer. Además, se observa un aumento de la motivación de los pacientes que lleva a que estén dispuestos a participar más a menudo en programas educativos, que quieran continuar con la medicación y que sus familiares les apoyen en su enfermedad. (26)

Observando las opiniones de todos los autores y la literatura que hemos revisado, se destaca el impacto positivo que crea la educación en pacientes con DMII en términos como: el conocimiento de la enfermedad, actitud, calidad de vida, motivación, y en la adhesión al tratamiento.

CONCLUSIONES

Mediante el análisis de la literatura que hace referencia a nuestros objetivos del trabajo, se puede concluir diciendo que los pacientes con diabetes mellitus están influenciados en gran medida por las percepciones, creencias y cultura de cada individuo, afectando de manera positiva o negativa al autocontrol de la enfermedad. Se ha descrito que las intervenciones educativas no pueden influir únicamente en el control metabólico y en minimizar las complicaciones agudas y crónicas, sino que su mayor trascendencia radica en incidir fuertemente en la promoción y evaluación de los aspectos psicosociales de los pacientes.

Una vez evaluadas las barreras que perciben los pacientes para llegar al autocontrol de la enfermedad, debemos utilizar estrategias de empoderamiento y motivación para

derrumbarlas y garantizar que las intervenciones educativas estén adaptadas, con el objetivo de lograr un mejor manejo de la enfermedad. El empoderamiento juega un papel importante y esencial en el mantenimiento de los comportamientos de autocuidado.

La educación integral en diabetes debe tener como pilares fundamentales: el análisis previo del paciente de manera biopsicosocial y fomentar el automanejo de la enfermedad mediante el conocimiento, con el firme propósito de influir en la calidad de vida de los pacientes.

La literatura revisada coincide en que educar a los pacientes sobre todos los aspectos de la DM es una intervención eficaz y económicamente factible capaz de mejorar la calidad de vida de los pacientes a gran escala.

Concluiré diciendo que este trabajo podría hacer de antesala a la aplicación de un programa estructurado de educación en diabetes, donde se podría investigar en que medida afectan las intervenciones educativas a la calidad de vida de los pacientes y al control de la diabetes. Además, podría estudiarse el coste económico que causa la diabetes a nivel balear y que presupuestos están destinados a la prevención y promoción de la salud en pacientes diabéticos para saber así, el coste-beneficio que tendrían los programas educativos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Diabetes [Internet]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
2. Barrio R, Cartas Al Director C. Artículos originales seleccionados y analizados por expertos Noticias de la SED.
3. American Diabetes Association | Research, Education, Advocacy [Internet]. Available from: <https://www.diabetes.org/>
4. Fundación DiabetesCERO - Investigación en diabetes tipo 1 [Internet]. Available from: <https://www.diabetescero.com/>
5. INFORME MUNDIAL SOBRE LA DIABETES; Available from: www.who.int
6. O'donoghue G, O'sullivan C, Corridan I, Daly J, Finn R, Melvin K, et al. Lifestyle interventions to improve glycemic control in adults with type 2 diabetes living in low-and-middle income countries: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials (rcts). Vol. 18, International Journal of Environmental Research and Public Health. MDPI; 2021.
7. Contreras F. Comprehensive education program for diabetes mellitus patients aimed at optimizing quality of life. *Gaceta Medica de Caracas*. 2021;128(4):624–37.
8. Masupe TK, Ndayi K, Tsolekile L, Delobelle P, Puoane T. Redefining diabetes and the concept of self-management from a patient's perspective: Implications for disease risk factor management. *Health Education Research*. 2018 Feb 1;33(1):40–54.
9. Li J, Qiu X, Yang X, Zhou J, Zhu X, Zhao E, et al. Relationship between Illness Perception and Depressive Symptoms among Type 2 Diabetes Mellitus Patients in China: A Mediating Role of Coping Style. *Journal of Diabetes Research*. 2020;2020.
10. Ogunrinu T, Gamboa-Maldonado T, Ngewa RN, Saunders J, Crounse J, Misiri J. A qualitative study of health education experiences and self-management practices among patients with type 2 diabetes at Malamulo Adventist Hospital in Thyolo District, Malawi. *Malawi Medical Journal*. 2017;29(2):118–23.

11. Balasubramaniam S, Lim SL, Goh LH, Subramaniam S, Tangiisuran B. Evaluation of illness perceptions and their associations with glycaemic control, medication adherence and chronic kidney disease in type 2 diabetes mellitus patients in Malaysia. *Diabetes and Metabolic Syndrome: Clinical Research and Reviews*. 2019 Jul 1;13(4):2585–91.
12. Nabolsi MM. Perception of diabetes management and cardiovascular disease risk among men with type 2 diabetes: A qualitative study. *Nursing Open*. 2020 May 1;7(3):832–40.
13. Gopalan A, Kellom K, McDonough K, Schapira MM. Exploring how patients understand and assess their diabetes control 11 Medical and Health Sciences 1117 Public Health and Health Services. *BMC Endocrine Disorders*. 2018 Nov 6;18(1).
14. O'brien C, van Rooyen D, Ricks E. Self-management of persons living with diabetes mellitus type 2: Experiences of diabetes nurse educators. *Health SA Gesondheid*. 2020;25:1–11.
15. Richardson BS, Willig AL, Agne AA, Cherrington AL. Diabetes Connect: African American Women's Perceptions of the Community Health Worker Model for Diabetes Care. *Journal of Community Health*. 2015 Oct 4;40(5):905–11.
16. Hussein A, Mostafa A, Areej A, Mona AM, Shimaa A, Najd AG, et al. The perceived barriers to insulin therapy among type 2 diabetic patients. *African Health Sciences*. 2019 Mar 1;19(1):1638–46.
17. Gordon HS, Sharp LK, Schoenthaler A. "they are talking from the Encyclopedia Britannica brain": Diabetes patients' perceptions of barriers to communicating with physicians. *BMC Health Services Research*. 2020 Mar 13;20(1).
18. Zhang Y, Chu L. Effectiveness of Systematic Health Education Model for Type 2 Diabetes Patients. *International Journal of Endocrinology*. 2018;2018.
19. D'Souza MS heila, Karkada SN airy, Hanrahan NP, Venkatesaperumal R, Amirtharaj A. Do Perceptions of Empowerment Affect Glycemic Control and Self-Care Among Adults with Type 2 Diabetes? *Glob J Health Sci*. 2015;7(5):80–90.

20. Ku GM v., Kegels G. Effects of the First Line Diabetes Care (FiLDCare) self-management education and support project on knowledge, attitudes, perceptions, self-management practices and glycaemic control: A quasi-experimental study conducted in the Northern Philippines. *BMJ Open*. 2014;4(8).
21. Cunningham AT, Crittendon DR, White N, Mills GD, Diaz V, Lanoue MD. The effect of diabetes self-management education on HbA1c and quality of life in African-Americans: A systematic review and meta-analysis. *BMC Health Services Research*. 2018 May 16;18(1).
22. *Percepciones_de_los_profesionales_de_atención_primaria_de_la_salud*.
23. Rusdiana, Savira M, Amelia R. The effect of diabetes self-management education on Hba1c level and fasting blood sugar in type 2 diabetes mellitus patients in primary health care in binjai city of north Sumatera, Indonesia. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*. 2018 Apr 15;6(4):715–8.
24. Roy S, Reang T. KNOWLEDGE OF DIABETES AMONG TYPE 2 DIABETES PATIENTS AND THEIR BLOOD GLUCOSE LEVEL- A CROSS-SECTIONAL STUDY. *Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences*. 2018 Jan 29;7(05):597–602.
25. Shiferaw WS, Akalu TY, Desta M, Kassie AM, Petrucka PM, Aynalem YA. Effect of educational interventions on knowledge of the disease and glycaemic control in patients with type 2 diabetes mellitus: A systematic review and meta-Analysis of randomised controlled trials. Vol. 11, *BMJ Open*. BMJ Publishing Group; 2021.
26. Chawla SS, Kaur S, Bharti A, Garg R, Kaur M, Soin D, et al. Impact of health education on knowledge, attitude, practices and glycaemic control in type 2 diabetes mellitus. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2019;8(1):261.

ANEXOS

Anexo 1: Clasificación de evidencias atendiendo a su alcance

Alcance de los Hallazgos	Diseños
Nivel 1	1. Metasíntesis cualitativa: metamétodo, metateoría y metadatosanálisis. 2. Revisión crítica n=1 de una metasíntesis cualitativa adaptada a las peculiaridades de un contexto cultural.
Nivel 2	3. Metaestudio tipo metanálisis cualitativo 4. Metaestudio tipo revision sistemática cualitativa 5. Estudios interpretativos 6. Revisión crítica n=1 de un metaestudio cualitativo
Nivel 3	7. Estudios descriptivos 8. Estudios interpretativos n=1 9. Revisión crítica n=1 de un studio descriptive o interpretativo
Nivel 4	10. Estudios descriptivos n=1

Fuente: Gálvez Toro, A. Enfermería basada en la evidencia. Cómo incorporar la investigación a la práctica de los cuidados. Fundación Index Granada 2007.