



Universidad de Valladolid



GRADO EN ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

“PACIENTE ACTIVO EN DIABETES”

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Rebeca Zaldívar Tofé

Tutelado por: Montserrat Ballesteros García

Soria, (2 julio 2020)

“La educación ayuda a la persona a aprender a ser lo que es capaz de ser.” ~Hesíodo

RESUMEN

Introducción: Actualmente el aumento de las enfermedades crónicas y en particular de la diabetes, ha dado lugar a la creación de estrategias educativas, que el paciente desarrollará para tener controlada su enfermedad. La educación es el pilar fundamental del tratamiento en la persona con diabetes. Conocer sus complicaciones, y las herramientas para prevenirlas es lo que se denomina “Paciente activo”.

Objetivo: Conocer qué es “paciente activo”.

Resultados: Los programas para la formación de pacientes activos consiguen reducir los ingresos y favorecer el autocuidado del paciente. El paciente para tener una buena gestión de la enfermedad, tendrá un control de la glucemia diario, que completará con una alimentación equilibrada, ejercicio físico, y si fuera necesario tratamiento farmacológico. Las complicaciones que pueden derivarse de la diabetes se dividen en agudas (hipoglucemia) y crónicas. En España existen programas para reducir estas complicaciones, sustentados por el modelo de Stanford. Generalmente estos programas se dividen en 6 sesiones, en donde pacientes diabéticos activos, explican lo que conlleva vivir con la enfermedad, a otros pacientes diabéticos. Las sesiones estarán supervisadas siempre por enfermeras, la cuales se han encargado previamente de educar a los pacientes formadores y captar a los pacientes pasivos. Además de programas presenciales también existen plataformas online que servirán de apoyo a estos primeros.

Conclusiones: Enfermería será la encargada de la educación sanitaria a estos pacientes, por eso, tener capacidad e incentivo para llevarlo a cabo, favorecerá el desarrollo de programas y fomentará una educación sanitaria completa y de calidad.

Palabras Clave: Paciente activo, paciente activo diabetes, programa paciente activo, educación sanitaria.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS	1
1.2 DIABETES MELLITUS	1
1.3 HISTORIA DE LA DIABETES.....	2
1.4. TRATAMIENTO DE LA DIABETES.....	3
1.5 IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN EN DIABETES	3
1.6 COMPLICACIONES DE LA DM	5
2. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS	5
3. METODOLOGÍA.....	6
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	7
4.1. ROL DEL “PACIENTE ACTIVO”	7
4.2 CÓMO CONTROLAR LA DIABETES	10
Objetivos de control	10
La alimentación en una persona con diabetes.....	11
Ejercicio físico en una persona con diabetes	11
Insulina	12
4.3 ESTADO PSICOSOCIAL DEL PACIENTE DIABÉTICO	12
4.4 IDENTIFICAR COMPLICACIONES CÓMO PREVENIR, CÓMO ACTUAR	13
4.4.1. Agudas	13
4.4.2. Crónicas	14
4.5 PROGRAMAS PARA PACIENTES CON DIABETES EN ESPAÑA	16
4.6 PACIENTE ACTIVO: EN NIÑOS Y ADOLESCENTES.....	19
4.7 FORMACIÓN ONLINE.....	20
5. CONCLUSIONES	22
6. BIBLIOGRAFÍA	23
8. ANEXOS.....	1
ANEXO 1.RESUMEN ARTÍCULOS.....	1
ANEXO 2.DIAGRAMAS DE FLUJO METODOLOGÍA.....	7
ANEXO 3. EJEMPLOS DE PREGUNTAS A REALIZAR AL PACIENTE DURANTE LA VALORACIÓN ...	8
ANEXO 4. ADHERENCIA AL CUIDADO DE DIABETES	8
ANEXO 5. VALORACIÓN DE APOYO PSICOSOCIAL.....	10

1. INTRODUCCIÓN

1.1 LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

El aumento de enfermedades crónicas en nuestro país ha producido un incremento de las necesidades sanitarias que también afectan al ámbito laboral y personal de la sociedad. El incremento de la esperanza de vida viene acompañado de que múltiples enfermedades crónicas nos acompañen a lo largo de la edad adulta hasta la vejez, empezando incluso cada vez más casos en la niñez y adolescencia.^{1,2}

Las enfermedades crónicas son enfermedades a largo plazo y de evolución lenta, dentro se encuentran las no transmisibles, que son las enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedad pulmonar crónica y diabetes, que corresponden al 82% de las muertes en el mundo. El soporte educacional, social y familiar juega un papel muy importante a la hora de adaptarse a estas enfermedades crónicas. La diabetes es un buen ejemplo para explicar y entender la gravedad que supone la falta de información y educación de la enfermedad.^{3,4,5}

La salud del paciente siempre ha sido competencia del profesional sanitario, ahora se busca que las responsabilidades sean compartidas y bidireccionales, creándose así “el paciente activo” el cual deberá reconocer, tratar y gestionar sus propios problemas de salud.⁶

Esto supone un gran cambio tanto en el rol del paciente como en el del profesional, el cual siempre tomará el liderazgo del proceso. El sanitario se encargará de proporcionar al paciente toda la información necesaria sobre su enfermedad e indicarle dónde buscarla. Introducirá su enfermedad en su ámbito personal, para tener el total control sobre ella y así convertirse en una persona autónoma capaz de tomar decisiones sobre medicación, alimentación y hábitos de vida.¹

El paciente activo es importante en todas las enfermedades crónicas, por su amplitud se enfocará este trabajo en la Diabetes Mellitus.

1.2 DIABETES MELLITUS

A día de hoy la diabetes es una de las enfermedades crónicas no transmisibles más comunes, se encuentra dentro de las primeras casusas de muerte en los países desarrollados y por tanto es necesario que exista una gestión de la enfermedad ya que el tratamiento y el cuidado es de por vida.^{2,4}

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica de etiología múltiple, donde la glucosa se ve aumentada en sangre. Se produce cuando el páncreas no sintetiza suficiente insulina o cuando el organismo no es capaz de utilizar la insulina que produce correctamente, provocando la hiperglucemia, aumento de glucosa en sangre. Existen dos tipos de diabetes, la diabetes mellitus tipo 1 (DM1) y la diabetes mellitus tipo 2 (DM2), esta primera al contrario de lo que pueda parecer tiene menos repercusiones sanitarias y sus complicaciones crónicas han mejorado en los últimos años respecto a la segunda.^{7,5,8}

La DM1 se produce por la incapacidad de fabricar insulina, debido a la destrucción de las células beta, generalmente afecta a niños y personas menores de 40 años. Y aunque la alimentación y el ejercicio juegan un papel importante, la insulina es el método más estable para controlar la diabetes. En la DM2 el cuerpo produce insulina insuficiente, y no es capaz de

utilizarla de una manera adecuada, y aunque afecta a personas de cualquier edad es más frecuente en personas mayores de 45 años.⁹

Se estima que la diabetes afecta a 170 millones de personas. Se ha observado un aumento de personas diabéticas de menores de 40 años, y además ocupa los primeros puestos de consulta tanto en los centros de salud con el médico de familia y enfermera, como en consultas especializadas. Hay que tener en cuenta que la diabetes es una de las enfermedades crónicas que requiere mayor participación activa por parte del paciente.²

El afrontamiento de la diabetes, y sobre todo de la diabetes mellitus tipo 2 que en la práctica, nos compete a enfermería, representa un desafío para el personal sanitario. La detección de diabéticos se realiza mediante cribaje, cada 3 años a mayores de 45 años; y a personas de riesgo anualmente a cualquier edad. Se tendrán en cuenta los antecedentes familiares, y de diabetes gestacional, intolerancia a la glucosa o glucemia basal alterada; enfermedades cardiovasculares e HTA (hipertensión arterial). La dislipemia <25mg/dl, triglicéridos >250mg/dl e IMC >27KG/M² también serán indicadores de una mala utilización de la insulina.¹⁰

Enfermería se encarga del seguimiento del paciente una vez diagnosticado de diabetes. En la entrevista se evaluará adherencia de tratamiento, signos y síntomas, hábitos saludables y complicaciones (anamnesis). Se realizará la exploración física, peso, IMC, perímetro abdominal, y examen de pies y piernas. En cuanto a exploraciones complementarias, los diabéticos se harán analíticas cada seis meses (bioquímica y hemoglobina glicosilada), se medirá la microalbúmina y se realizará un electrocardiograma (ECG) anual. También la enfermera administrará el material terapéutico como agujas, lancetas etc. Y material informático como cartillas. Además de todas estas actividades, las enfermeras deben registrar todos los datos de las de la historia del paciente.¹⁰

En España y en países del primer mundo ha aumentado considerablemente, y esto además de afectar al paciente supone un gasto importante sanitario (8.2% del gasto total). Tiene una prevalencia del 12% de la población española y se estima que en el 2030 vaya a afectar al 10% de la población adulta. Además, alrededor del 50% de la población sufre alguna enfermedad crónica, debido al envejecimiento y a los hábitos en su estilo de vida.^{11,12,13}

1.3 HISTORIA DE LA DIABETES

El nombre de Diabetes Mellitus (DM) se atribuye a los griegos Apolonio y Demetrio del siglo II A.C. Ya en aquella época se trataba su principal síntoma, la poliuria. En la medicina hindú se describía como orina pegajosa de olor dulce, y que afectaba generalmente a varios miembros de la familia.^{5,14,15}

La aceptación que la DM afecta a millones de personas, ha incitado a que el número de investigaciones sobre la enfermedad aumente en los últimos años. Ya en 1914 se empieza a asumir la importancia de la educación en la diabetes gracias al doctor Elliot Joslin. A finales ya del siglo XX se entendió que planificar un tratamiento para diabéticos no tenía sentido, sin una educación básica ni una predisposición a mejorar sus conocimientos respecto a su estado de salud.^{14,16}

Pero Joslin en el siglo XX no solo se centraba en la educación del paciente, sino que quería enfermeras y médicos especializados en la materia. La enseñanza que se da en un consultorio es primordial para el manejo que el paciente pueda hacer en su día a día.¹⁶

La introducción de la insulina mejoró el tratamiento y calidad de vida a las personas diabéticas tipo 1. Esto supuso la introducción educacional fuera del ámbito sanitario, como en casa y colegios y por parte de personas no sanitarias. Respecto a la diabetes tipo 2, la revolución llegó en los años 50 con los fármacos orales, los cuales supondrían un mayor control de la enfermedad por parte del paciente.¹⁶

En el año 1972 Leona Miller concedió por vez primera la importancia a los programas educativos para prevenir complicaciones y disminuir costes, pero no fue hasta los años 90 cuando la educación ocupó un grado de importancia en cuanto al tratamiento de la diabetes, poniendo en igual consideración a enfermeras y médicos como a pacientes y familiares.^{14,16,3}

1.4. TRATAMIENTO DE LA DIABETES

El tratamiento de la diabetes es un tratamiento combinado. El control de los niveles de glucemia y de los factores de riesgo cardiovascular; el tratamiento farmacológico (con insulina o hipoglucemiantes orales), la modificación de los estilos de vida (dieta y ejercicio físico), y la educación sanitaria y autocontrol de la enfermedad, son los pilares básicos en el tratamiento y seguimiento de la diabetes. Todo ello va a depender de qué tipo de diabetes tenga y en qué etapa esté.

La principal base del tratamiento de la diabetes es mantener una alimentación saludable, eligiendo los alimentos beneficiosos en cantidades recomendables; y la actividad física diaria, la cual está asociada con un mejor estado de salud y prevención de enfermedades. Se evitarán las grasas de animales saturadas, se aumentarán las proteínas y fibra, el consumo de pescado será dos o tres veces a la semana y se limitará el consumo de alcohol.¹⁷

Dependiendo del tipo de diabetes que el paciente tenga se empleará una medicación u otra.

Si el ejercicio y la alimentación no son suficientes para controlar la diabetes, el médico pautará medicación oral, antidiabéticos orales (ADO), que mejorarán la resistencia a la insulina y la capacidad secretora del páncreas. Los ADO pueden combinarse entre ellos y complementarse con la insulina. Los principales de forma genérica son las sulfonilureas y tiazolidindionas o glitazonas, que además de mejorar el control glucémico disminuye las alteraciones asociadas a la diabetes como HTA.^{5, 18}

En ocasiones los ADO, no son suficientes para controlar el nivel de glucosa, por lo que se recurrirá a la insulina.¹⁷

1.5 IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN EN DIABETES

La educación en diabetes es una herramienta para conseguir motivar y habilitar al paciente y familia en la gestión de la enfermedad. Estas estrategias que implican un aumento de los conocimientos y del autocontrol, irán dirigidas hacia un cambio de conducta en la persona diabética.

Es imprescindible una buena relación entre paciente y sanitario basado en la confianza y el respeto omitiendo los juicios de valor y asegurando la confidencialidad. Todo ello repercutirá en un aumento de la satisfacción para ambos. Con todas estas bases se hablará de paciente activo o paciente experto.^{1,12}

El entorno es igual de importante a la hora de llevar un buen control de la enfermedad por eso el cuidador activo también tendrá un papel importante en casos donde el paciente no esté

capacitado o no tenga una total independencia ni autonomía, por lo que también existen formación y apoyo para el cuidador.¹⁹

Existen además, dificultades que el paciente no está en condiciones de controlar, como son los recursos económicos, humanos, falta de información y personal no cualificado, por eso el sistema de salud deberá de paliar estos obstáculos promoviendo la educación sanitaria apoyándose en las nuevas tecnologías.¹

A lo largo de la historia la educación ha ocupado un segundo lugar, respecto al tratamiento farmacológico. Autores como Alfaro, Simal, Fundora Gallaro o Quintana Sosa, afirman en sus artículos que el tratamiento a seguir por el paciente en orden de importancia sería el siguiente: educación, alimentación, ejercicio y por último medicación. Educar al paciente es darle todas las herramientas para que pueda vivir con la enfermedad sin que resulte una carga; así como conseguir afrontar las demandas que requiere el tratamiento, y promover sentimientos de motivación y mejora de autoestima que serán claves a la hora de tener una buena calidad de vida. El diabético en un entorno social favorable incrementará el control sobre su enfermedad. Por eso la educación a familias, supone un apoyo sustancial a la persona diabética, tanto físicamente como emocionalmente.^{14,15,18}

La enfermera Pilar Hervia manifiesta que la finalidad de la educación en diabetes, y de crear pacientes activos que continúen con la formación de otros pacientes, es lograr alcanzar y mantener unas conductas para que estos sean totalmente autónomos para tomar decisiones en su día a día, que por otra parte algunas de estas decisiones condicionarían su enfermedad. Las conductas asociadas con el autocuidado son: comer sano, actividad física, automotorización del nivel de glucosa en sangre, tratamiento farmacológico, resolución de problemas y de riesgos y aceptación de la enfermedad. El cliente tiene el derecho, de que al acudir a un servicio tanto público como privado, se le entregue programas de educación, a lo largo de toda su enfermedad. Y no solamente en centros de salud, si no en hospitales, podólogos o visitas en el dentista.¹⁶

Hervia define educador en diabetes, aquel que tiene la experiencia y el nivel de conocimientos adecuado en el cuidado de personas diabéticas y posee la capacidad de comunicación y motivación necesarias para fomentar cambios en la conducta y en el estilo de vida. Un educador en diabetes puede ser personal sanitario como enfermeras, médicos, nutricionistas, podólogos o dentistas, pero también educadores activos que anteriormente han sido formados por profesionales sanitarios y que serán capaces de formar a otros pacientes, para convertirlos en activos, siempre supervisados por profesional titulado.¹⁶

Se ha demostrado que los pacientes que han tomado conciencia de su estado de salud y están involucrados en su enfermedad obtienen mejores resultados de satisfacción respecto a ella. La educación en el autocuidado en la persona diabética debe de ser continua, ya que las necesidades de los pacientes van cambiando. Este proceso educacional según Murillo y Krichesky tiene varias partes:

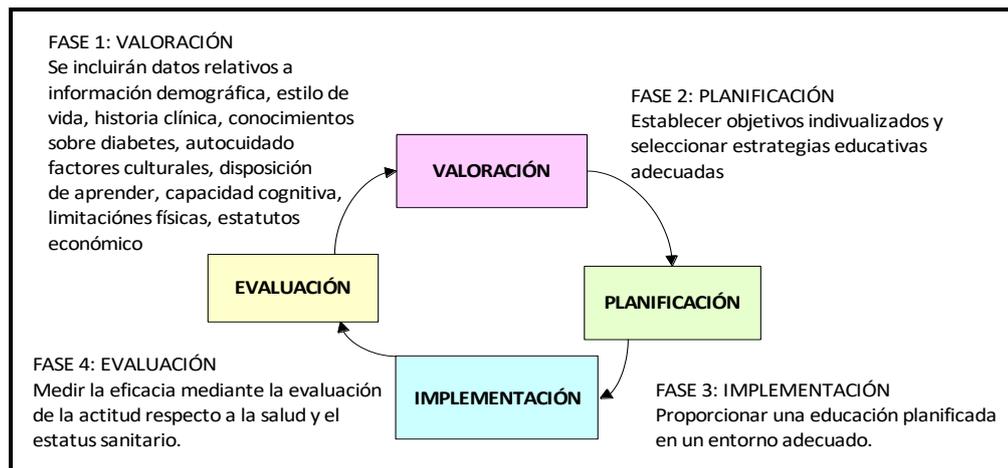


Figura 1. Fases de la educación diabética¹⁶

En un primer momento de valoración el individuo o grupo inicia un proceso de cambio, seguido de la fase de planificación; donde se explica el sentido del cambio y los pasos y acciones que se darán. En la implementación se pondrán en práctica las estrategias pautadas, y por último en la evaluación será una fase de reflexión de los objetivos o no alcanzados. El objetivo de este proceso es conseguir que la persona diabética reduzca su sobrepeso u obesidad; tenga un buen control metabólico, mantenga la actividad física, y disminuya las complicaciones y barreras. En el aspecto clínico sanitario se reducirían los ingresos hospitalarios y los medicamentos farmacológicos, además de una mejora de los servicios que se les ofrecen.¹⁶

1.6 COMPLICACIONES DE LA DM

Las complicaciones se clasifican en agudas y crónicas.¹⁷

Las complicaciones agudas son la hipoglucemia, el coma hiperosmolar e hiperglucemia. Dentro de las crónicas se dividen en macrovasculares y microvasculares. Las macrovasculares son las que producen enfermedades arterioscleróticas; y las microvasculares afectan a los pequeños vasos del riñón, ojos, y pies.^{17,18}

Con todo esto que aparece con anterioridad, podemos apreciar la importancia de la educación del paciente, o lo que es lo mismo, del **“paciente activo”**; del cual hablaremos posteriormente ampliamente en esta revisión.

2. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

Esta revisión bibliográfica trata de una de las enfermedades crónicas más frecuentes, y lo importante y difícil que puede ser vivir con ella. La diabetes suscita interés en el ámbito sanitario, ello lo demuestra la cantidad de investigación que hay a su alrededor. Conviene destacar que en general ya sea en un contexto social como en el hospitalario, no se le da la importancia que merece, y que sean los mismos pacientes diabéticos los que tengan tan poca concienciación al respecto sobre las consecuencias de la enfermedad. En el centro de salud se puede ver más de cerca, lo que conlleva y afecta en la calidad de vida del paciente. Tanto en Soria como en numerosas ciudades en España se desarrollan programas de “Paciente Activo”.

La revisión quiere reafirmar que no solo es importante un tratamiento adecuado si no conocer tu enfermedad, y saber adaptarte a ella y por eso la información dada por parte de pacientes diabéticos activos expresa mucho mayor confianza al paciente que la que pueda dar únicamente el sanitario.

Por consecuencia visto los buenos resultados que los pacientes obtienen a través de la educación enfermera y programas se eligió el tema de esta revisión. Estos programas llaman poderosamente la atención del estudiante en prácticas, la asistencia a ellos es imprescindible para conocer el tema de primera mano y ver la dedicación que enfermería deposita en la realización del taller o actividad.

Objetivo general:

- Conocer qué es “paciente activo”.

Objetivos específicos

- Identificar las principales consecuencias de la diabetes y cómo prevenirlas.
- La importancia de una buena educación en salud, informar al paciente para que adquiera los conocimientos necesarios y conductas positivas que le permitan convertirse en paciente activo.
- Conocer lo que es un programa de paciente activo y cómo llevarlo a cabo.

3. METODOLOGÍA

La búsqueda para esta revisión bibliográfica se realizó entre noviembre del 2019 y marzo del 2020, con motores de búsqueda como google académico y bases de datos como Dialnet, Scielo, ELSEVIER, Pubmed, Google academico. Los operadores booleanos utilizados en las búsquedas fueron “AND” y “OR”.

Se ha revisado y analizado la bibliografía más actual sobre “el paciente activo en diabetes”. En cuanto a la base científica relacionada con “la diabetes”, la información es más extensa, y por tanto los artículos han sido seleccionados en un espectro de años más amplio. La información encontrada ha sido en revistas científicas, libros, tesis y páginas web de pacientes activos de diabetes.

Se seleccionaron 16 artículos del 2010-2020 en relación con “el paciente activo”, excepto un artículo del 2008; y 2 libros relacionados con el autocuidado y qué significa formar a otros pacientes. Las palabras clave fueron “paciente activo”, “paciente experto”, “educación diabetes”, “paciente activo en diabetes”, “programas paciente activo”, “universidad de pacientes”, “paciente activo diabetes adolescente”, “diabetes programas online”. Todos los artículos seleccionados fueron en español, pero estuvieron respaldados por búsquedas en inglés relacionadas con el programa de la universidad de Stanford “Self- Management Program” y el programa de Reino unido “Expert Patient Program”.

Los otros 19 artículos restantes fueron seleccionados a favor de esta revisión bibliográfica con palabras clave muy variadas según el apartado a tratar “historia de la diabetes”, “tratamiento de la diabetes”, “complicaciones de la diabetes”.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El paciente activo es aquel que ha recibido formación sobre su enfermedad, conoce la metodología y se encarga de preparar a otros pacientes, igualmente domina habilidades de autocuidado, es responsable de su salud y posee motivación y confianza para ayudarse a sí mismo y a otros pacientes^{20,21,22}

El paciente activo, facilita la posibilidad de crear estrategias para la prevención y promoción de la salud, en donde el paciente es el protagonista en la implicación de su enfermedad.

4.1. ROL DEL “PACIENTE ACTIVO”

El rol que tiene el paciente respecto a su enfermedad ha cambiado en los últimos años, se ha convertido en alguien autónomo, que toma decisiones y que espera una relación con su médico o enfermera que le asegure un trato individualizado, y que exista la mayor información y más precisa posible.

El papel de la enfermera ha evolucionado también, ya no se trata al paciente de forma paternalista, ahora se busca más atención en las enfermedades crónicas y en educación y promoción de la salud, en donde se busca que el paciente no sea un mero receptor pasivo.^{9,12}

El cambio en la atención centro sanitaria, es posible gracias a los profesionales, pero estos necesitan conocer y tener a su disposición las herramientas necesarias para crear un ambiente menos condescendiente y más centrado en la participación y autonomía. Este modelo está formado por clientes, comunidad y organizaciones, que tienen que tomar partícipe a partes iguales para que pueda llevarse a cabo.²³

El objetivo del paciente experto que se pretende alcanzar es forjar una relación de confianza entre enfermera-paciente, para que así el cliente tenga constancia de su estado de salud.^{1,12}

La formación de pacientes activos puede ser individual o grupal. La educación individual es dinámica, en donde existe una cantidad arrolladora de conocimientos y siempre se protegerá la intimidad del paciente. En la educación grupal, los grupos deberán ser pequeños, la ventaja de esta forma educacional es que se comparten experiencias y opiniones, que tanto para la formación de pacientes activos por parte de un sanitario o de otros pacientes activos es primordial para crear un ambiente cordial y de confianza que fomente que se expongan los problemas e inquietudes con libertad. En los programas de formación a futuros pacientes activos pueden estar incluidas familias como apoyo a esos pacientes.¹⁶

Existen diferencias de género, que pueden ser útiles conocer a la hora de formación de grupos y sugerir propuestas de debate. Las mujeres se responsabilizan más de sus cuidados, la enfermedad les influye más en su aspecto emocional, y les dan importancia a tener una red de apoyo que les acompañe. Los hombres se preocupan más por los aspectos físicos y clínicos de los cuidados y cómo la diabetes puede afectar a su ámbito laboral, social y ocio. Después de la formación las mujeres adquieren mejores conocimientos y habilidades sobre la dieta y el ejercicio y los hombres mejoran su percepción sobre las limitaciones impuestas por la diabetes y reducen el número de visitas a la atención primaria, también se percibe una mejora en el nivel de glucosa en sangre.¹³

El control y estudio durante años de enfermedades crónicas ha dado lugar a la creación de

programas, para el seguimiento del paciente oncológico, hipertensivo, diabético, pacientes con cardiopatías isquémicas, depresión o con enfermedad pulmonar obstructiva.¹

Se pautan una clase de objetivos para estos programas:

- Reducir los ingresos hospitalarios.¹
- Reducir las visitas a urgencias y a al centro de salud.¹
- Favorecer el autocuidado e incrementar los conocimientos sobre su enfermedad.¹
- Asegurar la adherencia terapéutica del paciente.¹
- Obtener una buena implicación del paciente y mejorar su percepción.¹
- Tener constancia del grado de satisfacción de los pacientes.¹

La educación para la salud en diabéticos está muy relacionada con la capacidad que tienen estos de manejar su enfermedad, por eso, en los últimos años se ha incorporado los mapas de conversión, una actividad sencilla e ilustrativa que ayuda a los pacientes a asimilar de una manera asequible los conocimientos aprendidos, integrarlos y ponerlos en práctica. En el caso particular de un programa para diabéticos se realizó un estudio que consistió en facilitar material impreso del contenido y previamente una evaluación de 10 preguntas sobre la alimentación y actividad física del paciente diabético. En esta sesión se midieron además de conocimientos; parámetros antropométricos y bioquímicos. Tres meses después se volvieron a medir las mismas variables y se compararon con las primeras, los parámetros comparados fueron el colesterol, índice de masa corporal (IMC), valores de glucemia, triglicéridos, tensión arterial diastólica y conocimientos sobre alimentación y actividad física.⁷

Con el mapa conversacional se demostró que existe mejora tanto en los conocimientos que el paciente ha obtenido como en los valores de glucosa, en otros parámetros no se observó mejoras significantes por lo que se llegó a la conclusión de que se debería seguir mejorando en cuanto a estrategias para alcanzar valores bioquímicos óptimos.⁷

Prochaska y DiClemente crearon un modelo para hacer que las personas modifiquen hábitos indeseables o problemáticos. Crearon una serie de etapas, que representaban el proceso de “el cambio”. Para alcanzar el éxito, es imprescindible conocer en qué momento del cambio se encuentra la persona para así pautar unos objetivos específicos, que se ajusten al paciente y plantear un plan de cuidados adecuado a la persona.^{24,25}

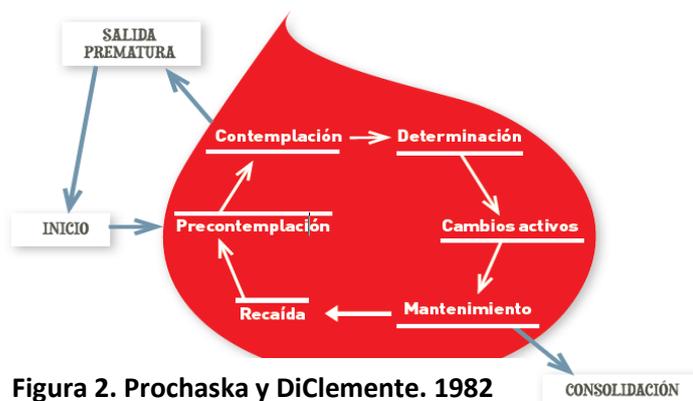


Figura 2. Prochaska y DiClemente. 1982

- Precontemplación: el sujeto no quiere cambiar en un futuro próximo, no es consciente del problema y lo minimiza. Solo desean cambiar cuando existe una amenaza. “De algo hay que morir”.^{24,25}

- Contemplación: pueden permanecer en esta etapa mucho tiempo, piensan que tienen un problema pero no se han comprometido a cambiarlo, luchan con sus malos hábitos y pierden mucha energía y esfuerzo para solventar el problema. “Tendría que dejar de fumar”.^{24,25}
- Determinación: realizan pequeños cambios, mejoran en sus problemas. “El día de mi cumpleaños dejaré de fumar”.^{24,25}
- Acción: existe una modificación del comportamiento y un compromiso.^{24,25}
- Mantenimiento: se centra en prevenir la recaída.^{24,25}
- Recaída.^{24,25}

Cómo actuar en cada estadio del cambio:

En la precontemplación se aumentaría el nivel de contradicción, en la contemplación se darían técnicas de apoyo narrativo que aumenten la disonancia cognitiva (estado desagradable al darnos cuenta que una actitud y conducta son contradictorias). Posteriormente en la determinación se elaboraría un plan de acción con objetivos específicos alcanzables a corto plazo. En la fase de acción motivaríamos y reforzaríamos el sentimiento de autoeficacia y por último si se llegase a la fase de recaída se mantendría una actitud de confianza, ofreciendo soporte. Analizando tanto el profesional como el paciente los motivos de la recaída y ayudarle a realizar planes para volver a intentarlo.^{24,25}

Evaluación de conocimientos previos:

La actividad educativa comenzará con una evaluación de conocimientos, al inicio valoraremos las competencias del cliente sobre qué es la diabetes, el grado de adherencia al tratamiento, sus miedos, su perspectiva sobre la enfermedad, los inconvenientes que percibe sobre el proceso, su nivel de aceptación y si dispone de apoyo social. Se realizará una entrevista motivacional en la que expresará sus motivos para el cambio y su compromiso respecto a su enfermedad.²⁴

Las características de una educación motivacional son: ayudarles a reflexionar, resumir sus puntos de vista, apoyarle en su decisión por el cambio y animarle para que actúe, todo ello dándole la información gradualmente.²⁴

Enfermería deberá mostrar empatía, prevenir las discusiones, reforzar las fortalezas del paciente, afrontar y corregir los obstáculos y mantener y promover el autocuidado. La técnica motivacional se basa en el respeto a sus creencias y valores, en no forzar al paciente a realizar un cambio que no considere posible.²⁴

Mercedes Galindo propuso unas estrategias para realizar la entrevista motivacional:

- Elaborar preguntas abiertas que no se respondan con un sí o no. “¿qué cree que debería cambiar?” “¿qué es lo que podría hacer?” “¿cuáles son sus opciones?” ¿Qué le gustaría conseguir?”²⁴
- Realizar una escucha reflexiva y respetar los silencios.²⁴
- Incitar testimonios automotivadores, y fomentar que verbalice sus preocupaciones dudas, emociones...²⁴
- Favorecer que salgan otras situaciones evitando centrarnos de primeras en el problema principal.²⁴
- Utilizar lenguaje positivo.²⁴

- Antes de terminar pedir al paciente que explique lo entendido, también por parte del profesional.²⁴

Se realizará un resumen al final de la consulta que deberá demostrar lo percibido respecto al problema, la predisposición a querer cambiar y una evaluación de la situación.²⁴

El autocuidado es el conjunto de prácticas que el individuo o grupo de personas realizan por decisión propia para fortalecer o restablecer la enfermedad o para prevenirse de ella, es un acto de responsabilidad en la que se incluyen tanto aspectos de conducta como emocionales.²⁶

Las personas diabéticas tienen una gran responsabilidad para el manejo de su enfermedad, requiere conocer a fondo los riesgos, problemas y síntomas de la diabetes y cómo prevenirlos.⁹

4.2 CÓMO CONTROLAR LA DIABETES

Objetivos de control

Una persona puede ser diabética sin presentar ningún síntoma, por eso si presenta antecedentes familiares, hipertensión arterial, colesterol o malos hábitos de vida es recomendable un análisis de sangre cada 1 o 2 años.^{8,9}

Los datos que nos indica que una persona posee la enfermedad son:

En primer lugar si la glucosa es mayor de 126mg/dl tras 8 horas en ayunas. Si los valores oscilan entre 95 y 125 mg/dl se utilizará el método de Curva de Glucemia. Si dos horas después de haber tomado un zumo de 250ml con 75g de glucosa el nivel es mayor de 200mg/dl.^{8,9}

Si existen síntomas claros de diabetes, y se realiza un análisis de glucemia en cualquier momento del día, sin tener en cuenta las comidas y el resultado es mayor de 200mg/dl también es indicio de una persona con diabetes.^{8,9}

Es importante que el paciente activo conozca y alcance los objetivos de control para conocer los factores y complicaciones de la enfermedad.^{8,9}

En cuanto a la Glucemia capilar el valor normal varía entre 70 y 110 mg/dl en ayunas y entre 70-140mg/dl dos horas después de las comidas (glucemia postpandrial). También varía si la medición se realiza directamente de la vena (será un 15% menos elevada) o si la punción se realiza en el dedo. El paciente deberá conocer el funcionamiento del glucómetro y que las tiras reactivas sean las correctas para el aparato, con la fecha de caducidad al día. Las manos deberán estar limpias, masajear los dedos y evitar que el aparato y las tiras no estén expuestos muchas horas seguidas a la luz y humedad. Las mediciones deberán realizarse según su enfermera o médico de cabecera.^{8,9}

Los valores de la Hemoglobina glicosilada (HbA 1c) deberán ser inferiores 6.5%, esta cifra indicará el valor de la glucemia en los últimos 3-4 meses. En cuanto al índice de masa corporal (peso (kg) /talla² (m²)) En mujeres debe ser menor de 25 y en hombres, menor de 27. Entre 25 y 29.9 se considera sobrepeso y 30 o más obesidad.^{8,9}

La tensión arterial de una persona con diabetes no deberán superar los valores de 130/85. El paciente activo deberá tomar su tensión frecuentemente. En la consulta es frecuente que los valores sean más altos de lo normal, por el síndrome de bata blanca. Y por el último el objetivo control para alcanzar del colesterol HDL es de más de 40mg/dl y del colesterol LDL menos de 110mg/dl.^{8,9}

Para conseguir estos objetivos, el paciente activo seguirá un tratamiento saludable basado en una buena alimentación, ejercicio físico y adherencia a la medicación si fuera necesario.

La alimentación en una persona con diabetes

La alimentación de una persona diabética deberá ser individual, según el sexo, peso, estilo de vida y antecedentes.^{8,9}

Una persona con diabetes puede comer de todo, siempre ajustándose a las cantidades y horarios necesarios y conociendo qué es lo que está comiendo. Las pautas para una buena alimentación son las mismas para una persona que tiene diabetes como para la que no la tiene. Es necesario realizar cinco comidas al día, el cuerpo necesita comer cada 3-4 horas para no enlentecer el gasto de calorías.^{8,9}

Los hidratos de carbono (glúcidos) son la fuente de energía más importante. Son de origen vegetal generalmente excepto la leche que es de origen animal. Deben suponer un 55-60% de la alimentación. Los de absorción rápida, pasan muy rápido a la sangre y son las frutas y los azúcares refinados, deben suponer el 10% de la dieta. Los de absorción lenta suben la glucemia más lentamente y son las legumbres, semillas, cereales y tubérculos y deben aportar el 45-50% del total.^{8,9}

Las grasas también poseen función energética. 1 gramo de grasa aporta 9 calorías, mientras que 1g de glúcidos 4 calorías. Están presentes en los aceites de oliva, semillas, mantequilla, frutos secos, y aparece en la carne, leche etc. Las grasas de origen vegetal son más apropiadas porque son menos ricas en colesterol y grasas saturadas. Es recomendable el aceite de oliva, productos lácteos desnatados y limitar el consumo de carne dos o tres veces a la semana. La ingesta de grasa no deberá de sobrepasar el 30% de valor calórico al día.^{8,9}

Las proteínas se encargan de construir los tejidos de nuestros órganos y trabajar en el sistema inmunitario del cuerpo. Son las carnes y derivados, pescados blancos y azules, marisco, huevo, legumbres y cereales. Las proteínas deben aportar el 15% del total.^{8,9}

El alcohol no posee valor nutritivo, pero aporta 7kcal por gramo. El alcohol produce un aumento de la glucemia durante una o dos horas después de ingerirlo, la cerveza sin alcohol también aumenta los niveles de glucosa. Al cabo de las horas el nivel de glucemia puede descender provocando una bajada de azúcar importante si no se ha comido. Si se va a consumir alcohol es preferible hacerlo durante las comidas y consumir alcohol de baja graduación.^{8,9}

Ejercicio físico en una persona con diabetes

La actividad física aporta numerosos beneficios a todas las personas, que se intensifican aún más en diabéticos. El paciente activo conoce todos los beneficios obtienen al realizar actividad física: Disminución del nivel de azúcar en sangre, ayuda al cuerpo a utilizar mejor la insulina, reduce la tensión arterial y los niveles de colesterol y fortalece la musculatura y huesos, también afecta al estado psicológico del paciente a nivel de estrés y ansiedad.^{8,9}

Expertos recomiendan ejercicios moderados como andar, ciclismo, bailar y realizados de forma continuada una hora cuatro días a la semana (es preferible caminar 15 minutos todos los días que una hora a la semana).^{8,9}

Si el paciente no está acostumbrado a realizar ejercicio físico, puede ir aumentando gradualmente la intensidad y duración. Todas las sesiones deben comenzar con un calentamiento y estiramientos durante 5-10 minutos y no finalizar el ejercicio bruscamente, sino reducir la intensidad en otros 5-10 minutos. El paciente conocerá los riesgos que supone realizar ejercicio si tiene la glucemia a 300mg/dl y si no ha comido una hora o dos antes, por lo que siempre llevará azucarillos o un zumo para controlar una posible bajada de azúcar, también beberá líquido y se realizará una glucemia antes y después del ejercicio. A la hora de la actividad, se aconseja llevar siempre una identificación que indique que es una persona diabética.^{8,9}

Insulina

Como se ha comentado anteriormente la insulina se pautará en caso de que el ejercicio físico y la alimentación no sean suficientes para mantener controlada los niveles de glucosa. Puede administrarse en jeringuilla, pluma o bomba de insulina.⁹

El paciente activo deberá conocer los tipos de insulina que hay y cómo administrarla para tener un control en el tratamiento. Existen tres tipos de insulina, las de acción rápida, intermedia y prolongada:

Acción rápida: se absorbe rápidamente desde el tejido adiposo y el efecto termina antes. Recomendable para controlar la glucosa durante las comidas y regular los niveles altos de glucosa. Se aplica en el abdomen tiene un inicio de acción de 10 minutos, con un pico de 30-60 minutos, y de una duración total de 4 horas. Son Humalog[®], Novorapid[®] o Apidra[®].^{9,18}

Acción intermedia: se absorbe más lentamente y dura más. Para controlar el azúcar durante la noche. Se aplica en muslos y brazos, tiene un inicio de 1-2 horas con un pico de 4-6 horas y una duración de la acción de más de 12 horas.^{9,18}

Insulina lenta o prolongada: se absorbe lentamente, dura la mayor parte del día, se usa durante la noche o mientras se está en ayunas y entre comidas. Se inyecta en glúteos. No tiene efecto pico y son Lantus[®] y Levemir[®].^{9,18}

La insulina puede conservarse a no menos de 25 grados durante 28 días, evitando estar cerca de una fuente calor. La insulina que no estemos utilizando se guardará en el frigorífico, pero nunca en el congelador.^{9,18}

4.3 ESTADO PSICOSOCIAL DEL PACIENTE DIABÉTICO

Para la persona diabética, supone un cambio en su vida que afecta económicamente, y emocionalmente tanto a la persona en cuestión, como a la familia. Es una enfermedad que demanda atención, cambios y tiempo.^{2,9}

La diabetes como otras enfermedades crónicas, puede afectar al estado de ánimo del paciente, deteriorando las relaciones familiares y sociales y la actividad laboral. Esta situación de desequilibrio puede producir sentimientos como miedo, ansiedad, inseguridad, culpabilidad etc. Conocer las estrategias para controlar la diabetes; una buena relación con el profesional, acudir a grupos y programas de apoyo y un buen autocuidado, son las bases para que el paciente activo pueda evitar estas emociones de malestar.

La ansiedad, afecta a niveles normales a todos los individuos, pero cuando la sensación alcanza niveles exagerados puede impedir enfrentarse a la enfermedad o a situaciones de la vida

diaria. Pueden provocar cambios fisiológicos o cambios metabólicos, como aumento del nivel de glucosa. Esto último evoca un problema importante en el paciente diabético que a largo plazo aumentarían la probabilidad de complicaciones.^{9,24,27}

La depresión es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por una sensación de tristeza intensa. Algunos de los síntomas pueden ser pérdida de interés de las actividades cotidianas, fatiga, trastornos del sueño, sentimientos de culpa, desesperanza, aumento o pérdida de apetito y del deseo sexual etc. Las personas diabéticas son más propensas a padecer depresión, provocando además de los síntomas descritos, aumento del riesgo de padecer problemas cardiovasculares, y alteración en los niveles de glucosa.^{24,27}

En una enfermedad crónica como la diabetes el apoyo social será de gran ayuda para el paciente. Las redes sociales, o el entorno influirán no solo en el bienestar y en una mejor aceptación sino en un óptimo perfeccionamiento de estrategias encarriladas a la prevención de complicaciones.^{2,27}

Existen dos tipos de apoyo social, el natural; formado por amigos, familia, compañeros de trabajo, vecinos etc. la ayuda que ofrecen es inmediata, otorgan apoyo emocional y solidario. Y el apoyo organizado; aquí entran las organizaciones, instituciones hospitalarias, seguridad social...que son accesibles para casi todo el mundo.²⁷

Por esto, programas para diabéticos, o grupos de apoyo en redes o foros son tan importantes para los pacientes expertos ya que ayudan también a la información y seguimiento de prácticas alimenticias y ejercicio físico.

La alimentación tiene una connotación social y cultural que el profesional debe tener en cuenta a la hora de facilitar una dieta. El paciente puede sentirse aislado y alejado de la vida social. La alimentación está muy ligada, sobre todo en nuestro país a conductas sociales, no ir a restaurantes o bares, puede influir en la vida del paciente de manera negativa.²⁷

También afecta dentro de una misma familia. La carne, además de ser más barata, está más aceptada socialmente que las verduras por ejemplo, esto puede dar lugar a conflictos y reproches.²⁷

El ejercicio físico, afecta también en el aspecto psicológico y emocional del paciente. El ejercicio puede tener un carácter lúdico que favorezca el bienestar del paciente, reduciendo así sentimientos de estrés y ansiedad, mejorando la actitud y actividad laboral.^{27,28}

4.4 IDENTIFICAR COMPLICACIONES CÓMO PREVENIR, CÓMO ACTUAR

Es importante que el paciente activo diabético sea capaz de identificar sus complicaciones, para así actuar para prevenirlas. Las complicaciones se clasifican en complicaciones agudas y crónicas.¹⁷

4.4.1. Agudas

Hipoglucemia:

Se le denomina así cuando el nivel de glucosa está por debajo de 60mg/dl. La hipoglucemia es el efecto adverso más frecuente, esta bajada es importante ya que el cerebro depende del suministro de glucosa en sangre. Dicha complicación se produce por: una mala

utilización en la aplicación de insulina u otros medicamentos en exceso, por falta de ingesta de alimentos, o por un exceso de ejercicio físico.^{8,9,17}

Los síntomas son: temblor, debilidad, sudoración, ritmo cardíaco irregular, ansiedad, piel pálida, sensación de hormigueo alrededor de la boca, llanto durante el sueño, visión borrosa y dificultad para hablar.^{8,9}

Es importante para el paciente activo saber actuar a tiempo para evitar la pérdida de conciencia. Una bebida azucarada, comprimidos de glucosa o unos terrones de azúcar pueden salvar a la persona diabética del ataque, si no es así se repetirá el procedimiento 15 minutos después. Si existe pérdida de conocimiento es importante no suministrar alimentos al diabético, se deberá administrar glucagón subcutáneo o intramuscular. El glucagón es una hormona que tarda en hacer efecto 5-10 minutos y se encarga de subir los niveles de glucosa en sangre.^{8,9}

Coma hiperosmolar

Ocurre en un estado de deshidratación por niveles más altos de 400mg/dl en el que se pierde el conocimiento. El aumento de glucosa es caso de urgencia si viene acompañado de una infección, ya que ambas combinadas provocan que se orine más, acelerando así el proceso de deshidratación de la persona y conduciendo por tanto al coma.^{8,9}

Hiper glucemia

Aparece cuando los niveles de glucosa en sangre superan los límites establecidos, produciéndose así los cuerpos cetónicos, producidos en el hígado por la degradación de grasas cuando no hay suficiente insulina en el organismo. En caso de hiper glucemia sería necesario más dosis de insulina, si la hiper glucemia persiste a lo largo del tiempo puede provocar complicaciones en el futuro, por lo que es necesario consultarlo con el médico y enfermera.^{8,9,17}

4.4.2. Crónicas

Las personas diabéticas pueden desarrollar una serie de complicaciones que deriven a la incapacidad o muerte debido a los altos niveles de glucosa en sangre que pueden afectar al corazón, los vasos sanguíneos, ojos, riñones y nervios. Dentro de las crónicas se dividen en macrovasculares (arteriosclerosis, que producen enfermedades cardíacas coronarias y cerebrovasculares) y las microvasculares (que originan retinopatía, nefropatía, y neuropatía con afectación a los pies provocando el pie diabético). Las macrovasculares corresponden la principal causa de muerte en las personas diabéticas mientras que las microvasculares afectan a la calidad de vida.¹⁷

Estas complicaciones el paciente activo debe conocerlas minuciosamente y muchas de ellas podrán prevenirse con un correcto control glucémico.

Macrovasculares

Son las enfermedades arterioscleróticas que afectan a los grandes vasos. En los diabéticos tiene un inicio más precoz, y de mayor gravedad. La hipertensión, tabaquismo y dislipemia, son factores de riesgo que aumentan el riesgo de que una persona diabética sufra alguna enfermedad cardiovascular.¹⁷

Por consecuencia el paciente activo acudirá al cardiólogo todos los años.

Microvasculares

Consiste en la afectación de los pequeños vasos (arteriolas, vénulas, y capilares). Afectando al riñón, a los ojos, provocar complicaciones en el pie e impotencia sexual.^{8,9}

La alteración en los ojos puede provocar retinopatía, provocando visión borrosa que con el tiempo puede corregirse, pero si no está bien controlada, puede ocasionar retinopatía diabética, cuando los niveles de azúcar están muy altos, causando daños en los vasos de la retina.^{8,9}

Las personas activas diabéticas deberán realizarse una retinografía una vez al año para tener controlado el fondo de ojo.^{8,9}

También pueden producirse problemas en los vasos sanguíneos en el riñón dando lugar a Nefropatía diabética. Si los riñones están dañados, no pueden filtrar bien los desechos y el exceso de agua en la sangre. Este deterioro no causa síntomas, las molestias pueden aparecer años después, por lo que la manera de saber si se tiene afectación es mediante pruebas de laboratorio, en donde se determinará si la albúmina se encuentra presente en la orina.^{8,9}

Otras complicaciones muy comunes son las de origen neuropático, que dan lugar a complicaciones en la función sexual y la pérdida de sensibilidad en el pie.

La disfunción sexual puede afectar tanto a hombres como mujeres. La incapacidad de erección se puede producir por el daño de los nervios o arterias que llevan la sangre al pene, también afecta a los nervios y vasos sanguíneos de la vagina produciendo falta de lubricación, disminución de la sensibilidad y pérdida del deseo sexual.^{8,9}

El paciente activo conoce las estrategias para mejorar esta pérdida, gracias a geles, y ejercicios de kegel fortaleciendo los músculos de la vagina, y así favorecer la recuperación del deseo sexual.^{8,9}

El Pie diabético es una de las complicaciones más importantes y que más cuidados requiere por el paciente. Es una alteración provocada por la hiperglucemia y ocasiona la pérdida de sensibilidad en los pies, por lo que en caso de traumatismo la persona diabética no sería consciente de la existencia de una úlcera, ampollas o irritación. Se estima que afecta en torno al 15% de las personas diabéticas. Y un 70% de las úlceras curadas reaparecen a lo largo de 5 años. Sin un correcto cuidado y tratamiento en el cuidado de los pies, puede conducir a la deformación de los pies o incluso a la amputación de la extremidad. La disminución o pérdida de la sensibilidad no puede recuperarse, pero sí pueden curarse y prevenirse las heridas, quemaduras y rozaduras.^{3, 8,9,29}

Estas manifestaciones clínicas se pueden clasificar con la escala de Wagner.

Existen seis grados, el grado 0 se caracteriza por ser todavía un pie de riesgo, sin lesiones; en el grado 1 puede aparecer una úlcera superficial pero sin destrucción del espesor total de la piel; grado 2: úlceras profundas con afectación de tendones, ligamentos y músculos sin afectación ósea; grado 3: aparición de osteomielitis celulitis y absceso. Es profunda, extensa y con mal olor; grado 4 se manifiesta con gangrena localizada, necrosis en una parte del pie, talón o dedos y por último grado 5, la gangrena es extensa y todo el pie está afectado.^{17,29}

La persona diabética activa debe emplear tiempo en cuidar minuciosamente sus pies. Deberá tener en cuenta el cuidado de las uñas y callos. Es importante utilizar un zapato que se ajuste a su pie siempre con calcetines de algodón o lana, sin costuras ni dobleces y se deberán cambiar a diario o cuando sea necesario. Para el cuidado de uñas es aconsejable utilizar tijeras de punta

roma y que las uñas no tengan picos que tomen la forma del dedo. No deben estar ni muy largas ni muy cortas para evitar infecciones. Tener una red de apoyo para el paciente, puede ser recomendable si no existe buena visión ni movilidad. Es esencial un examen de los pies todos los días, lavar diariamente con jabón neutro y agua tibia que no se encuentre demasiado caliente ya que debido a la incapacidad de detectar el dolor pueden sufrir quemaduras. Los pies deben mantenerse secos, sin provocar fuertes fricciones, también puede usarse crema hidratante evitando la aplicación entre los dedos para evitar maceración. Si existe alguna dureza, grieta, uña encarnada es necesario la consulta con el podólogo.^{8,9,29}

Existen Otras complicaciones relacionadas con la piel (alteración del grosor, infecciones cutáneas, dermopatías) los dientes y encías.

Sobre los dientes; se acumulan microbios que proliferan debido al aumento de glucosa en sangre. Hay signos que el paciente activo deberá reconocer: sangrado, encías hinchadas, sensibles o mal aliento. Estos problemas pueden provocar periodontitis (infección de las encías y hueso). Si la infección perdura, las encías podrían separarse de los dientes.^{8,9}

Respecto al cuidado que el paciente experto realizará de su boca está muy ligado al nivel de glucosa. Se deberá utilizar hilo dental diariamente, de abajo a arriba entre los dientes, para evitar la acumulación de placa. El cepillo de dientes deberá tener cerdas suaves, y a la hora de cepillarse se deberán mantener movimientos circulares. Es importante no olvidar la dentadura postiza, tiene que mantenerse siempre limpia. El paciente acudirá al dentista una vez al año.^{8,9}

Una buena educación por parte del paciente activo, indicará unos buenos cuidados, lo que significa que estas complicaciones apenas existirán ni afectarán a la salud y calidad de vida de este. Si un paciente se convierte en experto a lo largo de la enfermedad, está demostrado que las complicaciones se verán significativamente reducidas.

4.5 PROGRAMAS PARA PACIENTES CON DIABETES EN ESPAÑA

La educación sanitaria ha sufrido un cambio respecto a sus metodologías, se pasó de utilizar unos métodos más conservadores a métodos más avanzados basados en la bidireccionalidad y participación. El conocimiento del paciente sobre su salud ayuda a prevenir o retrasar las complicaciones de la diabetes, y por lo tanto reducir el número de hospitalizaciones mejorando la calidad de vida del mismo. Se ha demostrado que los programas reducen cuatro veces el riesgo de padecer complicaciones, y también que tanto los programas a través de internet como las intervenciones vía telefónica dan resultados a largo plazo.³

Muchas de estas personas no han acudido nunca a programas para aprender sobre el autocuidado.^{3,30}

Por eso en estos últimos años (2014 en Castilla y León²⁰, 2016 en Islas baleares³¹) se pusieron en marcha talleres formativos de “el paciente activo en diabetes”, en donde la educación para la salud por parte de sanitarios y diabéticos es esencial para el abordaje de la enfermedad. En estos programas se potenciará la motivación y proporcionará toda la información necesaria sobre alimentación, ejercicio y cuidados.^{20,21,22}

Estos talleres de promoción de la salud están influidos por la Universidad de Pacientes de la fundación de Josep Laporte, que sigue el modelo Patient Education Research Center y *Self-Management Program* de la Universidad de Stanford, *Expert Patient Program* del Reino Unido.

Estas jornadas de la Fundación Biblioteca Josep Laporte que surgieron en 2003, estaban formadas por profesionales de salud, representantes de organizaciones y asociaciones de pacientes, todos ellos concluyeron con el Decálogo de Pacientes.^{1,20, 32}

Decálogo de los pacientes
Información de calidad contrastada respetando la pluralidad de las fuentes
Decisiones centradas en el paciente
Respeto a los valores y a la autonomía del paciente informado
Relación médico-paciente basada en el respeto y la confianza mutua
Formación y entrenamiento específico en habilidades de comunicación para profesionales
Participación de los pacientes en la determinación de prioridades de asistencia sanitaria
Democratización formal de las decisiones sanitarias
Reconocimiento de las organizaciones de pacientes como agentes de política sanitaria
Mejora del conocimiento que tienen los pacientes sobre sus derechos básicos
Garantía de cumplimiento de los derechos básicos de los pacientes

También existen otros programas de paciente experto en diferentes lugares de España como: Programa Paciente Experto Catalunya de la Generalitat de Catalunya; Escuela de pacientes de la Junta de Andalucía; Paziente bizia del Gobierno Vasco; Escuela Gallega de Salud para Ciudadanos de la Xunta de Galicia; o Red de Escuelas de Salud para ciudadanos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Algunos de ellos se desarrollarán en esta revisión bibliográfica^{1,22,26}

El principal objetivo del personal sanitario, es motivar a los pacientes y familiares para principalmente animarlos a acudir a las consultas y a los programas. En una enfermedad crónica como la diabetes es importante tener un seguimiento y continuidad de la enfermedad por parte del paciente y del profesional.³

La finalidad a la hora de controlar la diabetes reside en la prevención de enfermedades micro y macrovasculares y reducir la morbimortalidad, por lo que es importante introducir al paciente en conocimientos relacionados con el tratamiento farmacológico y no farmacológico y conductas de autocuidado.³

Cómo se ha nombrado anteriormente existen numerosos programas para la educación a personas diabéticas y formadores de pacientes activos. España no se queda atrás a la hora de promover la importancia de una buena educación y en muchas ciudades se tiende a desarrollar talleres y programas para pacientes activos.

En 2013 se desarrolló la “Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León” pero no fue hasta 2014 cuando se formó “El proyecto Paciente Activo en Diabetes tipo 2” que se basó en fortalecer el autocuidado y la confianza de los pacientes para convertirlos en principales responsables de su enfermedad. En esta comunidad se tomó como referente el Programa Paciente experto de la Universidad de los pacientes, mencionado ya anteriormente. Se puso como objetivo que en el 2018 estuviese asentado en toda la comunidad, aunque debido a la cantidad de zonas rurales que tiene Castilla y León y a la dispersión de la población pudo suponer un problema a la hora de ejecutarlo.³³

Aunque Castilla León tomó de referencia el modelo de Stanford, decidió suavizarlo, no utilizaron las mismas certificaciones por ser demasiado inflexibles, además de cambiar la palabra “experto” por “activo”.⁶

Se desarrolló en tres fases, en la primera fase el equipo de enfermería principalmente conoce la metodología del proyecto, y se les informa sobre las competencias que deben tener los formadores. En la fase dos, se escogen a pacientes interesados en colaborar con habilidades sobre su enfermedad, son formados por los profesionales sanitarios de la primera fase. Y en la última fase estos se dedicarán a resolver dudas, aconsejar e informar a otros pacientes diabéticos, siempre supervisados por profesionales sanitarios de la primera fase.³³

El curso de formación de formadores, se dividió en seis módulos en los cuales en cada uno se realizaba un test de autoevaluación mediante un campus virtual, en el que los formadores mandaban preguntas al foro para crear debate y realizar una conclusión con personal de atención primaria, generalmente enfermeras, que compartían sus experiencias. Para pasar al siguiente módulo se debía leer el material, realizar el test y participar en el foro. El curso se completaba en tres semanas. Actualmente hay más de 200 profesionales en la plataforma online.³³

En la fase para la formación de pacientes que serán Pacientes Activos Formadores, se realizarán seis sesiones, dos horas cada sesión, en las que se impartirá conocimientos sobre: conceptos generales de la diabetes, alimentación, ejercicio, autocuidado, tratamiento, cómo es convivir con la enfermedad y habilidades de comunicación y dinámica de grupos. Al finalizar se les entregará un diploma de capacitación a los Pacientes Activos Formadores y un certificado de docencia a los profesionales sanitarios.³³

En la tercera fase: Formación sobre Paciente Activo, se realizarán cinco sesiones, idénticas a la fase anterior excepto sin la última sesión de comunicación. Así los participantes acabarán manejando técnicas de relajación, seguirán su tratamiento correctamente y una dieta saludable, conocerán los beneficios de realizar ejercicio físico, identificarán su rol en el manejo de su enfermedad y serán totalmente autónomos a la hora de identificar problemas y síntomas y manejar sus emociones.³³

En concreto, en Soria llevan desarrollando el proyecto “Escuela de pacientes” en diabetes desde el 2016, en el que personas diabéticas, instruidas previamente por enfermeras, se encargan de dar la información, ya no solo sobre conocimientos sobre la enfermedad sino para las habilidades de comunicación. En este proyecto se dio información sobre estilos de vida saludable y se potenció el rol del paciente como responsable de su enfermedad y se dieron estrategias para aprender a vivir con la enfermedad de una manera activa. En este programa quisieron dar también importancia al apoyo social, la relación con el personal sanitario, y la gestión de emociones.^{34,35}

La primera fase de este proyecto, “formación de formadores” en 2013 consistió en la selección de profesionales de enfermería en cada una de las provincias de Castilla y León, en donde se les presentó la metodología para la formación de formadores. En 2016 empezó la segunda fase “formación a futuros pacientes activos” en la que enfermeras de atención primaria se encargaron de crear un grupo de pacientes que más adelante actuarían como formadores. Se le dio contenidos tanto teóricos como prácticos, y además se les dio la posibilidad de utilizar sus experiencias y emociones en las dinámicas de grupo. Por último en la tercera fase, se

iniciaron las seis sesiones en las que los pacientes activos impartían la charla a otros pacientes, en donde enfermeras estaban como oyentes.^{34,35}

En otras comunidades como en el País Vasco, se formó el programa “Paciente Bizia-Paciente Activo”, y en Andalucía “Escuela de pacientes” ambos influidos también por la universidad de Stanford. Se realizaron test antes y después de los talleres para la formación de pacientes diabéticos y se llegaron a una serie de conclusiones tras la realización del programa en ambas comunidades. Las personas diabéticas perciben una deficiencia de conocimientos y de información sobre su enfermedad, por parte de ellos mismos y por parte del personal sanitario y administraciones.^{13,26,36}

Los participantes salieron satisfechos por el material utilizado y temas tratados, en cuanto a la alimentación, ejercicio y desmitificación de hábitos y conductas respecto a la diabetes. El sentimiento de pertenencia de grupo facilita la confianza y aleja al paciente de sentirse como una víctima y persona enferma. Además estas sesiones mejoran la relación con el personal sanitario, y sus habilidades comunicativas que influirán en futuras consultas a la hora de expresar al sanitario sus inquietudes.^{12,13}

La gran ventaja de estos programas son las conductas y el aporte psicosocial que se obtiene a largo plazo.^{13,36}

En el 2010 en el País Vasco con el mismo programa se llegó a la conclusión que numerosas personas de la comunidad no podían acceder a talleres presenciales, ya sea por incompatibilidad horaria, zona geográfica o estigma, por lo que se puso en marcha el programa online de Stanford. Se reunió a 200 pacientes y/o cuidadores que lideraban las sesiones con sus experiencias personales. Se realizaron los primeros tres cursos en tres meses y otros cinco cursos más en otros tres meses, con un descanso a la mitad de dos meses.³⁶

4.6 PACIENTE ACTIVO: EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Esta enfermedad afecta de diferente manera a niños y adolescentes, que a los adultos, debido a factores hormonales, psicológicos o sociales. Se ha comprobado que las consultas virtuales se adaptan bien a sus necesidades, ellos más que nadie son conocedores de la utilidad que posee internet, y aconsejarles a utilizar esta herramienta siempre bajo una evidencia científica, puede ser de gran ayuda. Además gracias a las intervenciones virtuales también se ocupan de las necesidades psicológicas que puedan tener los jóvenes.^{3,37}

El entorno del paciente pediátrico y él mismo, deben ser conscientes de los síntomas que nos indican la presencia de la enfermedad como: pérdida de peso, vómitos, orinarse, dolor abdominal poliuria, polidipsia y síntomas neurológicos. A la hora del diagnóstico es habitual que exista una reacción negativa por parte del paciente, como shock, enfado y tristeza; y negación de la enfermedad por parte de los padres, además de ansiedad, miedo o incluso un sobre control obsesivo en el cuidado de la enfermedad de su hijo.^{3,37}

Estudios han demostrado diferencias a la hora de hacer frente a la enfermedad. En los años 50-80 se sentían más inseguros y frágiles con su enfermedad, convertirlos en personas activas fomenta una buena adaptación de la situación, se sienten con más responsabilidad y por lo tanto más seguros y competentes. Aun así esta seguridad será superflua si no tiene un entorno que la respalde, ambos progenitores deberán estar implicados en el proceso educativo compartiendo responsabilidades. La educación debe complementarse también en el entorno

escolar, los profesores conviene que conozcan el tratamiento y las posibles complicaciones, como la aplicación de glucagón si fuera necesario en caso de una pérdida de consciencia por una bajada de azúcar.^{3,37}

Aunque enseñar a niños y jóvenes sobre el control emocional es esencial, no hay que olvidar la importancia que requiere un buen control glucémico. Por lo que a los niños de hasta 12 años se les propone juegos de ordenador relacionados con las inyecciones de insulina. Las nuevas tecnologías son un gran apoyo que sirven para reforzar la preparación psicológica para la terapia con insulina, reducir el miedo y ansiedad que pueda provocar y conocer la forma correcta de aplicarse la inyección. En edades pediátricas el niño también puede convertirse en paciente activo mediante juegos y cuentos. Se pretende conseguir que entiendan por qué se les pincha a ellos y al resto de niños no, y que asimilen conceptos más teóricos. Cuando ya son más mayores pueden ser más partícipes sobre el autocontrol de su enfermedad como la inyección de insulina, aprender a diferenciar niveles altos y bajos de glucemia, y también serán conocedores de los alimentos que les aseguren una alimentación sana y equilibrada.^{3,37}

Otro factor a tener en cuenta es la actividad física, que debería ser moderada y constante. Se recomienda recordar que el ejercicio físico puede prevenir complicaciones como aumento del índice glucémico, retinopatías y enfermedades cardiovasculares. Enfermería es consciente que está hablando con adolescentes por lo que la sexualidad no debería quedar relegada en la educación ya que la DM puede afectar a la motilidad y calidad del esperma y afectar a la fertilidad.^{3,28,37}

La educación que por parte de enfermería, de los padres y del colegio reciba el niño o adolescente, va a influir de una manera u otra a la hora de adaptarse a la enfermedad. Conocer su enfermedad y despojarle de cualquier miedo o inquietud que tenga, será la base para que tenga un buen desarrollo durante la adolescencia, estar seguro en cuanto a su alimentación y actividad física, le garantizará que sus relaciones sociales como cumpleaños, actividades escolares, viajes... no se vean afectadas.

4.7 FORMACIÓN ONLINE

El sistema sanitario ha estado más preocupado siempre por un tratamiento físico, dando de lado el tratamiento psicológico y social. Todo ello ha dado lugar a un descubrimiento a la hora de dar la información y comunicación al paciente.³²

Como se ha nombrado antes los programas de educación, reducen notablemente las complicaciones de la enfermedad, se ha demostrado que programas por internet son efectivos a largo plazo y muy útiles para aprender sobre el autocuidado. Las tecnologías Web 2.0 que engloban redes sociales y campus virtuales, aportan un papel esencial actualmente. Estas herramientas brindan la capacidad de relacionarse con otros pacientes, hacer consultas telemáticas y buscar información sobre su enfermedad. Este cambio en la educación sanitaria ha dado lugar a nuevas terminología como “eSalud”, “telemedicina” y “salud 2.0”.^{30,32}

Existen dos momentos principalmente en donde el paciente recurre a internet, para buscar apoyo e información. El primero y más crucial es después del diagnóstico, es un momento delicado ya que en esta circunstancia el paciente tiene muchas dudas, y muy poco concretas por lo que la búsqueda está muy mal dirigida. Sanitarios aconsejan que la información siempre sea fiable, es aquí cuando se empiezan a recomendar fuentes contrastadas de la página o

portal web en cuestión. Otro momento en donde el paciente siente la necesidad de obtener más apoyo y documentación es a la hora de encontrar a otros pacientes en las mismas circunstancias, esta búsqueda, ocurre avanzado el tiempo. En una enfermedad como la diabetes, la implicación social es muy importante.³²

Aquí es donde grupos de Facebook sobre todo, toman un papel fundamental. Los cuales muchos están gestionados de manera individual o grupal (organizaciones), su condición puede ser más informativa o buscar simplemente experiencias de otros pacientes. En grupos más cerrados y reducidos de gente y organizados por asociaciones de pacientes, favorecen relaciones más estrechas, y de más confianza. El efecto contrario puede producirse al existir una numerosa colaboración de pacientes, en donde pueda surgir a largo plazo un mayor desconocimiento y desconfianza por la información conseguida.^{26,32}

Como los grupos de Facebook, también se utilizan cada vez más los grupos de Whatsapp, también dirigidas por asociaciones de pacientes. Aun así, la tecnología web más utilizada son las consultas online, en donde a través de un correo electrónico se plantean las dudas, también se pueden adjuntar documentos o incluso realizar las consultas por vídeo conferencia.^{26,32}

Debido a que las instituciones carecen de incentivos y fondos para mejorar la capacitación de los pacientes que trabajan, existe un gran interés en el desarrollo de las nuevas plataformas online. Por ellos estos proyectos acaban siendo impulsados por grupos de Atención Primaria, por lo que no se abarca a toda la población que se necesitaría.

Estas nuevas herramientas brindan muchos beneficios, como son: la velocidad para resolver problemas, ahorrar tiempo sin asistir a consultas en persona, tener una conversación fluida con otros pacientes, la posibilidad de navegar por la web en cualquier momento del día y también una participación más anónima, para aquellas personas que se sientan inseguras de asistir a programas y que puedan más adelante tomar una iniciativa más activa para acudir a estos programas. Todas estas ventajas no determinan que puedan reemplazar las consultas y programas presenciales, pero pueden proporcionar apoyo o un sustitutivo para aquellos que no puedan asistir a las reuniones o se sientan incómodos. Tampoco quitan implicación por parte de los profesionales, sino todo lo contrario.

Para que esto pueda llevarse a cabo y seguir aplicándolo desde una manera más global, es necesario que los sanitarios desarrollen una actitud más empática, considerado sus opiniones y puntos de vista, adecuando las explicaciones al nivel de comprensión de cada paciente. El limitado tiempo que hay en la consulta, la falta de comprensión por parte del paciente en las indicaciones que se les proporciona, o la angustia inconsciente que el entorno sanitario suscita pueden deteriorar así la relación del paciente con el profesional.

Tras esta revisión bibliográfica, mi experiencia en centros de salud y charlas sobre programas educativos en diabetes, puedo reiterar lo que todos los autores de la revisión concuerdan, que la educación para un paciente es condicionante sobre cómo va a adaptarse a la enfermedad, y que además, existe mucha desinformación por parte del paciente diabético respecto a ella. Enfermería debe ser la encargada de motivar y captar a estos pacientes. No obstante, es necesaria más información y más estudios que abalen esta afirmación, los programas de paciente activo están consolidados en España pero todavía no son accesibles para todo el mundo.

5. CONCLUSIONES

El impacto que la diabetes y sus complicaciones tienen en la sociedad, junto con el rápido aumento de la prevalencia en los últimos años, ha creado la necesidad de diseñar programas para pacientes activos, destinados a promover hábitos y estilos de vida más saludables.

Se ha demostrado que una adecuada educación en el paciente consigue reducir los ingresos y visitas hospitalarias y de urgencias; favorecer la adherencia terapéutica y mejorar la satisfacción del paciente.

El entorno, en donde encontramos el apoyo familiar, el apoyo social y una buena relación entre sanitario-paciente condiciona la conversión de paciente pasivo a paciente activo. El paciente activo es aquel que posee habilidades y conocimientos sobre el autocuidado de su enfermedad y es capaz de formar a otros pacientes para conseguirlo.

Las complicaciones anteriormente mencionadas se ven solventadas o reducidas, ya que el paciente ahora ya es capaz de controlarlas y resolverlas.

El paciente activo diabético tiene las competencias necesarias para tener una buena alimentación, para aplicarse y tener una completa adherencia al tratamiento, y para realizar una actividad física diaria y moderada.

El principal pilar del tratamiento es la educación, que ha dado lugar a la creación de programas. La evidencia científica afirma que reducen hasta cuatro veces las complicaciones del paciente.

La metodología de estos programas, que está dando muy buenos resultados, viene apoyada además por un servicio online y por vía telefónica, dirigidos también por la atención primaria que complementará y ayudará al paciente activo en su formación.

Se considera de vital importancia reforzar el papel de enfermería en relación al proceso comunicativo y educacional del estado de salud, para ser las encargadas de la formación de grupos y programas del paciente activo en diabetes.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. González Mestre, A. La autonomía del paciente con enfermedades crónicas: De paciente pasivo a paciente activo. *Enfermería Clínica*. 2014; 24 (1):67-73. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-la-autonomia-del-paciente-con-S1130862113001769>
2. Viniegra-Velázquez Leonardo. Las enfermedades crónicas y la educación. La diabetes mellitus como paradigma. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social [Internet]*. 2006; 44 (1): 47-59. Disponible de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745531007>
3. Grupo Ebe. Efectividad del desarrollo de un programa de educación al paciente con diabetes. Complejo Asistencial Universitario de León. 2015: 1-38. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/investigacion/es/banco-evidencias-cuidados/ano-2015.ficheros/1204828-Efectividad%20del%20Desarrollo%20de%20un%20Programa%20de%20Educaci%C3%B3n%20al%20Paciente%20con%20Diabetes.pdf>
4. Morla E. Editorial las enfermedades crónicas no transmisibles. *Ciencia y Salud*. 2020;4 (1):3.
5. Torres JL. Diabetes mellitus: Prevención de las enfermedades cardiovascular y renal. *Ciencia y Salud*. 2016;2: 90-135. Disponible en: <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/153>
6. Arbonies JC, Gamboa E, Ochoa de Retana L, Piñera K, Maure NM, Mendizabal JC. La participación de los pacientes, reto y realidad en una atención integral. *International Journal of Integrated Care*. 2019;19(4):1-8. Disponible en: <https://www.ijic.org/articles/abstract/10.5334/ijic.s3540/>
7. Velasco-Casillas A, Ponce-Rosas E, Madrigal de León H, Magos G. Impacto de un mapa conversacional como estrategia educativa para mejorar el control metabólico de pacientes con *Diabetes mellitus* tipo 2. *Atención Familiar*. 2014; 13 (2):42-46. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-familiar-223-articulo-impacto-un-mapa-conversacional-como-S1405887116300128?referer=buscador>
8. Lafuente N. Diabetes tipo 2: qué hacer para cuidarme. Junta de Andalucía: Escuela de pacientes. Disponible en: <https://www.picuida.es/ciudadania/diabetes-tipo-2-que-hacer-para-cuidarme/>
9. Laporte J. Manual para formadores en autocuidado y control de diabetes tipo 2. Universidad de los pacientes. Fundació Josep Laporte; 2010.
10. Marco A, Fuente S, Pavón M, Zapata S. Protocolo de atención en consulta al paciente diabético. Management protocol of the diabetic patient. *Nure Investigation*. 2007; 26. Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/324>
11. Ferrer-Penadés R, Aguilar-Diosdado M, March-Cerdá JC, Orozco-Beltrán D, Picó-Alfonso A, Gr y PAYDInet. Claves para avanzar hacia un rol más activo por parte del paciente con diabetes mellitus tipo 2 en España. 2015; 31 (3): 128-135. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-avances-diabetologia-326-articulo-claves-avanzar-hacia-un-rol-S1134323015000241>
12. Molina F, Castaño E, Massó J. Experiencia Educativa con un Paciente Experto. *Rev Clin Med Fam [Internet]*. 2008 Jun [citado 2020 Feb 11] ; 2(4): 178-180. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2008000200008&lng=es.
13. Danet A, Prieto MA, Gamboa E, De Renata García L, March JC. La formación entre iguales para pacientes con diabetes mellitus 2. Una evaluación cuantitativa y cualitativa en el País Vasco y Andalucía. *Atención Primaria*. 2015; 45 (8): 507-517. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-formacion-entre-iguales-pacientes-S0212656715003790>

14. Fundora M. Diabetes Mellitus. La crónica de la historia. Portalesmedicos. 2007. Disponible en: https://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/553/1/Diabetes-mellitus-La-cronica-de-la-historia.html?no_redirect=true
15. García R, Suárez R. La educación a personas con diabetes mellitus en la atención primaria de salud. Rev Cubana Endocrinol [Internet]. 2007 Abr [citado 2020 Mar 21] ; 18(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-29532007000100005&script=sci_arttext
16. Hervia P. Educación en diabetes. Revista Médica Clínica Las Condes. 2016; 27 (2): 271-276. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-educacion-en-diabetes-S0716864016300165?referer=buscador>
17. Bravo JJ. Complicaciones de la diabetes mellitus. Diagnóstico y tratamiento. Centro de Salud Pampliega. 2001; 27: 132-142. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-complicaciones-diabetes-mellitus-diagnostico-tratamiento-S1138359301739317>
18. Alfaro J, Simal A, Botella F. Tratamiento de la diabetes mellitus. Inf Ter Sist Nac Salud. 2000; 24(2):33-43.
19. Martínez R, Arribas N, Aparicio B, Nebot MC, Merino MJ, Martínez A. Taller de formación de familiares en el cuidado del paciente: “Enseñar a cuidar”. Calidad asistencial en el hospital de crónicos.1ª ed.2016.p.78-89. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/328614778_TALLER_DE_FORMACION_DE_FAMILIARES_EN_EL_CUIDADO_DEL_PACIENTE_ENSEÑAR_A_CUIDAR
20. Portal de salud. Sacyl. Valladolid: Junta de Castilla y León; 2018 [acceso 24 de noviembre de 2019]. Paciente Activo. ¿En qué consiste el Proyecto Paciente Activo? Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/paciente-experto>
21. El proyecto ‘Paciente Activo en Diabetes’ de Castilla y León comparte experiencias. Consalud.es 21 de Junio 2019. Disponible en: https://www.consalud.es/autonomias/castilla-y-leon/el-proyecto-paciente-activo-en-diabetes-de-castilla-y-leon-comparte-experiencias_65458_102.html
22. Fundación para diabetes; 2018 [acceso 24 de noviembre de 2019]. Paciente activo en diabetes Tipo 2. Disponible en: <https://www.fundaciondiabetes.org/general/articulo/224/paciente-activo-en-diabetes-tipo-2>
23. Arbonies JC, Gamboa E, Ochoa de Retana L, Piñera K, Maure NM, Mendizabal JC. La participación de los pacientes, reto y realidad en una atención integral. International Journal of Integrated Care. 2019;19(4):1-8. Disponible en: <https://www.ijic.org/articles/abstract/10.5334/ijic.s3540/>
24. Galindo M. Por fin es jueves. Lilly y SemFYC. Sociedad española de medicina de familia y comunitaria; 2013. Disponible en: <https://enfermeria.lillypro.es/diabetes/diabetespages/por-fin-es-jueves.aspx>
25. Mayor L. El cambio en las conductas adictivas. Revista de Psicología de la PUCP. 1995; 13 (2) : 131-139. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4629534>
26. Nuño R, Rodríguez C, Piñera K, Zaballa I, Bikandi J. Panorama de las iniciativas de educación para el autocuidado en España. Gac Sanit [Internet]. 2013 Ago [citado 2019 Nov 20] ; 27(4) : 332-337. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.01.008>.
27. Alonzo I. Programa de intervención psicosocial en adultos con Diabetes Tipo 2. [Tesis]. Monterrey, N.L. México: Universidad Autónoma de Nuevo León; 2012. Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/2805/>
28. Sicardo E, del Pozo T, Alfonso MR, del Pozo B, Borrero J, del Pozo J. Estrategias comunicativas sanitario-paciente con diabetes y su relación con actividad física y perfil psicosocial. Escritos de Psicología [Internet]. 2013 Ago [citado 2019 Nov 20] ; 6(2) : 42-52. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092013000200007&lng=es.

29. Repáraz L., Sánchez P. El pie del diabético. An. Med. Interna (Madrid) [Internet]. 2004 Sep [citado 2020 Mar 19] ; 21(9): 5-7. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992004000900001&lng=es.
30. Pal K, Eastwood SV, Michie S, Farmer AJ, Barnard ML, Peacock R, Wood B, Inniss JD, Murray. Intervenciones de autocuidado para la diabetes por computadora para adultos con diabetes mellitus tipo 2 (Revisión). Biblioteca Cochrane. 2013. Disponible en: https://www.cochrane.org/es/CD011361/ENDOC_intervenciones-de-autocuidado-para-la-diabetes-tipo-2-en-adultos-con-enfermedades-mentales-graves
31. Conselleria Salut i consum. Àrea salut elvissa i Formentera; 2018 [acceso 24 de noviembre de 2019]. El área de salud pone en marcha el Programa paciente activo. Disponible en: <https://www.ibsalut.es/asef/es/628-el-area-de-salud-pone-en-marcha-el-programa-paciente-activo>
32. Oliver M, Iñiguez L. La contribución de las tecnologías Web 2.0 a la formación de pacientes activos. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2017 Mar [cited 2019 Nov 20] ; 22(3): 901-910. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002300901&lng=en.
33. Junta de Castilla y León. Proyecto “Paciente Activo en Diabetes tipo 2” en Castilla y León. Análisis de situación. Abril 2019. Disponible: <https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/paciente-experto>
34. Gerencia de asistencia sanitaria de Soria Sacyl. Finaliza la tercera fase delo paciente activo en diabetes tipo 2. Boletín informativo. 2016 (80):4
35. Colegio de enfermería Soria. La escuela de pacientes en Soria. Boletín Informativo del Colegio Profesional de Diplomados en Enfermería de Soria. Soria: 2017; (33): 3-5
36. Moreno E, Ochoa de Retana Garcia L, Muñoz García I, Martínez Esteve R, Sancho Varela FJ. Proceso de co-creación e implantación de un programa de autocuidados entre iguales online en Euskadi. International Journal of Integrated Care. 2019;19(4):1-8. Disponible en: <https://www.ijic.org/articles/abstract/10.5334/ijic.s3192/>
37. Anguita MC, Gómez A, Llobet M, Yoldi C. Educación terapéutica sobre diabetes en la infancia. Revista Española de nutrición humana y dietética. 2009; 13(3): 101-107. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-nutricion-humana-dietetica-283-articulo-educacion-terapeutica-sobre-diabetes-infancia-13142117>

8. ANEXOS

ANEXO 1.RESUMEN ARTÍCULOS

Autores y Año	Título	Resumen	Palabras clave	Base de datos/ Portal
Mestre A. 2014	La autonomía del paciente con enfermedades crónicas: De Paciente pasivo a paciente activo	Basado en el programa de Paciente experto en Cataluña, el paciente proporciona conocimientos y vivencias a otros pacientes.	Paciente experto/Autonomía paciente	Elsevier
Viniestra-Velázquez L. 2006	Las enfermedades crónicas y la educación. La diabetes mellitus como paradigma	Visión de la diabetes mellitus desde una perspectiva natural y cultural.	Educación diabetes/ Enfermedad crónica diabetes /Educación en salud	Medigraphic
Gupo EBE. 2015	Efectividad del desarrollo de un programa de educación al paciente con diabetes	El paciente con diabetes, recibe educación para prevenir las complicaciones	Educación diabetes/ Educación niños	Complejo asistencial Universitario de León
Morla E. 2020	Editorial Las enfermedades crónicas no transmisibles	Las enfermedades crónicas están relacionadas con la situación socioeconómica de cada país.	Programas diabetes/ Enfermedades crónicas	Dialnet
Torres JL. 2016	Diabetes mellitus: Prevención de las enfermedades cardiovascular y renal	Se exponen aspectos importantes de la La diabetes mellitus, como factores de riesgo, complicaciones e historia.	Diabetes mellitus historia	Dialnet
Arbonies JC. 2019	La participación de los pacientes, reto y realidad en una atención integral	La responsabilidad educacional debe tener partícipe tanto a profesionales como pacientes para crear al paciente activo.	Paciente activo autocuidado	Google académico
Velasco-Casillas A. et al. 2014	Impacto de un mapa conversacional como estrategia educativa para mejorar el control metabólico de pacientes con <i>Diabetes mellitus</i> tipo 2	Implantación de los mapas conversacionales en la educación de diabetes, como forma ilustrativa para medir conocimientos y aspectos antropométricos y bioquímicos.	Educación Diabetes Mellitus	Elsevier

Escuela de pacientes.	Diabetes tipo 2: qué hacer para cuidarme	Guía para pacientes y familiares para formadores de pacientes activos.		Libro
Fundación Josep Laporte. 2010	Manual para formadores en autocuidado y control de diabetes tipo 2	Programa para pacientes afectados por la diabetes donde se incluyen los aspectos más importantes para el autocuidado.		Libro
Marco A. et al. 2006	Protocolo de atención en consulta al paciente diabético	Seguimiento de enfermería al paciente con diabetes en la consulta. Detección de pacientes y exploración física y complementarias	Consulta enfermería diabetes/educación de la salud/promoción de la salud	Google académico
Ferrer-Penadés R. et al. 2015	Claves para avanzar hacia un rol más activo por parte del paciente con diabetes mellitus tipo 2 en España	Porcentaje de la población española y mundial con diabetes y gasto sanitario que supone.	Paciente activo/Educación diabetes	Elsevier
Molina F. et al. 2008	Experiencia Educativa con un Paciente Experto	La relación sanitario- paciente ha cambiado en los últimos años, en donde la autonomía del paciente ha cobrado importancia convirtiéndose en un personaje activo.	Paciente activo/Paciente experto/Educación salud	SciELO
Danet A. et al. 2015	La formación entre iguales para pacientes con diabetes mellitus 2. Una evaluación cuantitativa y cualitativa en el País Vasco y Andalucía	Estudio de un programa de pacientes activos en País Vasco y Andalucía, en donde se estudió las conclusiones de dicho programa.	Paciente activo/Programas diabetes	Elsevier
Fundora M. et al. 2007	Diabetes mellitus. La crónica de la historia.	Importancia de la educación en una enfermedad como la diabetes a través de la historia desde el S II A.C. hasta la actualidad.	Historia de la diabetes	Portalesmédicos
García R. et al. 2007	La educación a personas con diabetes mellitus en la atención primaria de salud.	Desde finales del S XX se asumió la idea de que no existe tratamiento eficaz de la diabetes sin educación y entrenamiento del paciente. Programas	Educación diabetes /Programa diabetes	SciELO

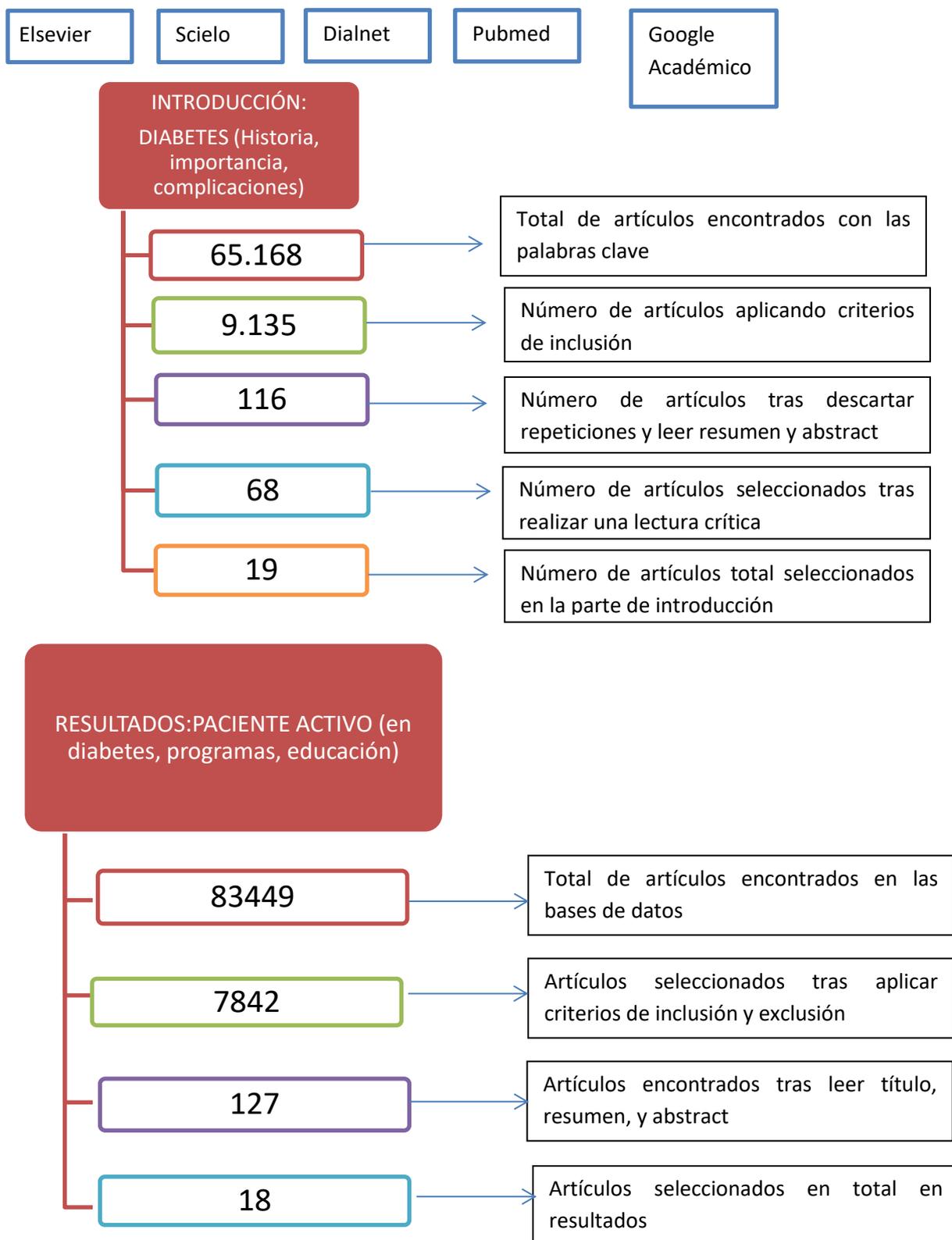
		para diabéticos toman constancia de ello.		
Hervía P. et al. 2016	Educación en diabetes	La educación en la diabetes de forma continuada disminuye los factores de riesgo, en este artículo se disponen estrategias para elaborar programas educativos.	Educación diabetes	Elsevier
Bravo JJ. et al 2001	Complicaciones de la diabetes mellitus	Las complicaciones de la diabetes mellitus pueden ser agudas o crónicas.	Complicación diabetes/ educación diabetes	Elsevier
Alfaro J. et al. 2000	Tratamiento de la diabetes mellitus	El tratamiento de la diabetes comprende hábitos nutricionales y de ejercicio físico, como la correcta adherencia de fármacos e insulina.	Tratamiento diabetes	Dialnet
Martínez R. et al. 2016	Taller de formación de familiares en el cuidado del paciente: "Enseñar a cuidar".	El entorno del paciente también es esencial a la hora de tener un buen cuidado del a enfermedad por lo que también es importante formar familiares activos	Educación diabetes/ formación diabetes	Artículo enviado por la autora (Researchgate)
Aula de pacientes	Paciente activo.	Castilla y León se adentra en realizar un proyecto sobre el paciente activo y ponerle de responsable de su propia salud.	Paciente activo	Portal de salud
Consalud. 2019	El proyecto 'Paciente Activo en Diabetes' de Castilla y León comparte experiencias.	Ponen en marcha el proyecto de "Paciente activo en diabetes tipo 2" en Castilla y León para formar a pacientes que a su vez preparen a otros.	Paciente activo/ Paciente activo diabetes	Consalud.es
García C. et al. 2018	Paciente activo en diabetes tipo 2	El programa de paciente activo lleva más de cuatro años en la comunidad de Castilla y León formando a pacientes expertos. Los talleres se desarrollan en 5 sesiones de 2 horas promoviendo la autonomía y eficacia del paciente.	Paciente activo en diabetes/ Paciente activo	Fundación para la diabetes
Arbonies JC. et al. 2019.	La participación de los	Ciudadanos comunidad y organizaciones	Paciente activo/ autocuidado	Google Académico

	pacientes, reto y realidad en una atención integral.	crean el ambiente necesario para fomentar la participación y autonomía.		
Galindo M. et al. 2013	Por fin es Jueves. Metodología de la educación terapéutica en diabetes.	Programa de formación y las personas con Diabetes Mellitus tipo 2 cuyo objetivo es que profesionales sanitarios y pacientes puedan trabajar juntos para ver la diabetes de una forma diferente.	Programa enfermería paciente activo/ Programa enfermería diabetes	LillyPro profesional Sanitario
Mayor L. 1995	El cambio en las conductas adictiva.	El modelo de Prochaska y DiClemente sirvió para la modificación de hábitos no deseados y la creación de terapias para corregirlos. Plantearon seis etapas para llegar a "el cambio".	Prochaska y DiClemente adicción	Dialnet
Nuño R. et al. 2013	Panorama de las iniciativas de educación para el autocuidado en España.	Iniciativas de programas en diferentes lugares de España con diferentes metodologías.	Paciente activo/Paciente experto/Educación para la salud/ autocuidado	Dialnet
Alonzo I. 2012	Programa de intervención psicosocial en adultos con Diabetes Tipo 2.	La diabetes puede afectar al estado de ánimo del paciente, provocando ansiedad y depresión.	Psicosocial diabetes	Google académico
Sicardo E. et al. 2013	Estrategias comunicativas sanitario-pacientes con diabetes y su relación con actividad física y perfil psicosocial.	El profesional sanitario que maneja a pacientes diabéticos debe estar capacitado o trabajar de manera multidisciplinar con profesionales de actividad física, ayudando en este sentido al control y al manejo de la enfermedad, mejorando la calidad de vida relacionada con la salud de quienes la padecen.	Diabetes actividad física/ diabetes calidad de vida	Scielo
Repáraz L. et al 2004	El pie del diabético	Las complicaciones vasculares de la diabetes mellitus representan la principal causa de morbi-mortalidad entre la población diabética y dan lugar a un importante número de secuelas destaca "Síndrome del Pie diabético" que afecta al 15% de los diabéticos a lo largo de la evolución de su enfermedad	Pie diabético/ pie diabético complicaciones	Scielo

		y que da lugar a frecuentes ingresos hospitalarios y puede terminar con la pérdida de la extremidad.		
Pal K. et al 2013	Intervenciones de autocuidado para la diabetes por computadora para adultos con diabetes mellitus tipo 2 (Revisión)	Los programas de educación para el paciente pueden reducir el riesgo de complicaciones relacionadas con la diabetes, aunque muchos pacientes con diabetes tipo 2 nunca han asistido a los programas de educación para su autocuidado. El mejor uso de las computadoras quizá sea una manera de ayudar a más pacientes a aprender sobre el autocuidado.	Educación online diabetes/ autocuidado por ordenador	Google académico
Conselleria Salut i consum. 2018	El área de salud pone en marcha el Programa paciente activo	El Programa de Paciente Activo comenzó en las Islas Baleares en marzo de 2016 y tiene como objetivo proporcionar a los ciudadanos las herramientas necesarias para que puedan tomar decisiones sobre su salud.	Paciente activo/ Programa paciente activo	Google académico
Oliver M.et al. 2019	La contribución de las tecnologías Web 2.0 a la formación de pacientes activos.	La introducción a las tecnologías web 2.0 puede ayudar a construir un nuevo modelo de paciente más activo. Las tecnologías Web 2.0 proporcionan más información sobre el contenido salud y mejoran la comunicación entre los pacientes y sus profesionales de referencia.	Paciente activo tecnologías	Scielo
Junta de Castilla y León. 2019	Proyecto "Paciente Activo en Diabetes tipo 2" en Castilla y León. Análisis de situación.	El proyecto "Pacientes activos con diabetes tipo 2" se basó en fortalecer el autocuidado y la confianza del paciente. Se tomó como referencia el plan de pacientes expertos de la universidad de pacientes. El programa de dividió en 3 fases.	Programa paciente activo/ Programa paciente activo diabetes	SaludCastillayLeón

Gerencia de asistencia sanitaria de Soria. 2016	Finaliza la tercera fase del paciente activo en diabetes tipo 2.	Desde 2016, se lleva a cabo el Proyecto de Diabetes "Escuela de Pacientes" en Soria. Este proyecto es responsable de proporcionar información bajo la tutela de enfermeras, incluyendo no solo el conocimiento sobre la enfermedad, sino también habilidades y comunicación.	Paciente activo Soria	Boletín informativo
Moreno E. et al 2019.	Proceso de co-creación e implantación de un programa de autocuidados entre iguales online en Euskadi.	El autocuidado ha demostrado ser una parte clave de la atención al paciente a largo plazo. Osakidetza lanzó el plan cara a cara "Programa Paziente Bizia-Paciente Activo" en 2010. Se descubrió que debido a la incompatibilidad de tiempo, distribución geográfica o estigma, una gran cantidad de personas no podían acudir. Para cubrir este grupo, se decidió probar el programa online de la Stanford Patient Education Research Center.	Paciente activo online/ educación online	Google académico
Anguita MC. et al. 2009	Educación terapéutica sobre diabetes en la infancia.	La educación terapéutica sobre la diabetes es un proceso en el que los pacientes y los miembros de la familia deben tener suficientes conocimientos, habilidades y actitudes para lograr un buen control de la diabetes. El objetivo de la educación se determina según la edad del niño y la aceptación de la enfermedad por parte de la familia. Para evitar el complicado proceso de aprendizaje, es necesario desarrollar un plan educativo que considere múltiples aspectos y requiera un plan estructurado.	Diabetes educación infantil/ diabetes educación adolescentes	Elsevier

ANEXO 2. DIAGRAMAS DE FLEUJO METODOLOGÍA



ANEXO 3. EJEMPLOS DE PREGUNTAS A REALIZAR AL PACIENTE DURANTE LA VALORACIÓN

¿Cuál es su cobertura de salud particular?
¿Hasta qué año estudió y a qué se dedica (oficio, estudio o profesión)?
¿QUIÉNES CONFORMAN SU GRUPO familiar y/o redes de apoyo?
¿Tiene usted alguna otra enfermedad (hipertensión, problemas de la tiroides etc)?
¿Conoce a alguna persona con diabetes (amigos, familia)?
¿Tiene alguna creencia religiosa?
¿Cuáles fueron sus sentimientos o pensamientos cuando le informaron que tenía diabetes?
¿Cuál es su mayor preocupación acerca de los cuidados de la diabetes?
¿Cuál es la manera más fácil de aprender para usted?

ANEXO 4. ADHERENCIA AL CUIDADO DE DIABETES

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre	
Mira la glucosa en sangre con el medidor	1	2	3	4	5	
Anota los resultados de la glucosa	1	2	3	4	5	
(Si tiene diabetes tipo 1 Mira la cetona si la glucosa es alta	1	2	3	4	5	Tengo diabetes tipo 2
Toma la dosis indicada de pastillas o insulina	1	2	3	4	5	No llevo insulina ni pastillas
Toma las pastillas o insulina a las horas indicadas	1	2	3	4	5	No llevo insulina ni pastillas
Toma la cantidad de comida recomendada	1	2	3	4	5	
Toma las comida/suplemento a las horas indicadas	1	2	3	4	5	
Anota los alimentos que toma	1	2	3	4	5	

Cuantifica los alimentos ricos en hidratos de carbono que toma.	1	2	3	4	5	
Lee las etiquetas nutricionales de los alimentos envasados	1	2	3	4	5	
Trata la bajada de azúcar (hipoglucemia) con la cantidad de hidratos de carbono recomendados	1	2	3	4	5	Nunca he tenido una bajada
Lleva azúcar o similar para tratar una bajada de azúcar	1	2	3	4	5	
Acude a las visitas médicas	1	2	3	4	5	
Lleva carnet de diabetes	1	2	3	4	5	
Realiza ejercicio	1	2	3	4	5	
Si lleva insulina: Ajusta las dosis según los valores de la glucosa, la comida y el ejercicio.	1	2	3	4	5	No llevo insulina

1. Nunca: nunca lo hago.

2. Raramente: alguna vez lo hago, pero la mayoría no.

3. Algunas veces: lo hago alrededor del 50% de las veces.

4. Casi siempre: habitualmente lo hago, solo olvidos ocasionales

5. Siempre: siempre lo hago

ANEXO 5. VALORACIÓN DE APOYO PSICOSOCIAL

	Nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
1. Cuando necesita algo, para cuidar su diabetes, sabe que hay alguien que le puede ayudar.					
2. Cuando tiene penas o alegrías por la diabetes, hay alguien que le puede ayudar.					
3. Cuenta con una persona que le ofrezca consuelo cuando lo necesita.					
4. Puede contar con alguien cuando tiene problemas con su enfermedad.					
5. Hay una persona que se interesa por lo que siente, sobre su diabetes.					
6. Cuenta con alguien que le ayude a tomar decisiones para cuidar su enfermedad.					
7. Cuenta con alguien que lo lleve al médico cuando lo necesita					
8. Hay alguien que le informe y le ayude a entender a la diabetes					
9. Hay alguien que lo alenté o motive para salir adelante con su enfermedad					
10. Cuenta con alguien que le explique cómo cuidar su enfermedad					
<p>11. Cuando lo necesita y lo pide, de quien recibe más apoyo para su enfermedad.</p> <p>Familia () Vecino () Compañero () Otras personas con diabetes () Profesional de la salud ()</p> <p>12. Cuando necesita apoyo para cuidar su diabetes a quien acude regularmente.</p> <p>Familia () Vecino () Compañero () Otras personas con diabetes () Profesional de la salud ()</p> <p>13. Desde su punto de vista quién es la persona que más le ayuda con su enfermedad aparte del médico.</p>					