



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

Vivencias en el proceso final de la vida de personas con diabetes mellitus en la comunidad

Trabajo de Titulación para optar al título de Licenciadas en Enfermería

Autoras:

Martínez Moncayo Katherin Liset

Serrano Paredes Adriana Estefania

Tutora:

MsC. Liliana Alexandra Ríos García

Riobamba, Ecuador. 2025

DERECHOS DE AUTOR

Nosotras, Katherin Liset Martínez Moncayo con cédula de ciudadanía 0604080200 y Adriana Estefanía Serrano Paredes con cédula de ciudadanía 1805221320, autoras del trabajo de investigación titulado: “Vivencias en el proceso final de la vida de personas con diabetes mellitus en la comunidad”, certificamos que la producción, ideas, opiniones, criterios, contenidos y conclusiones expuestas son de nuestra exclusiva responsabilidad.

Asimismo, cedemos a la Universidad Nacional de Chimborazo, en forma no exclusiva, los derechos para su uso, comunicación pública, distribución, divulgación y/o reproducción total o parcial, por medio físico o digital; en esta cesión se entiende que el cesionario no podrá obtener beneficios económicos. La posible reclamación de terceros respecto de los derechos de autor (a) de la obra referida, será de nuestra entera responsabilidad; librando a la Universidad Nacional de Chimborazo de posibles obligaciones.

En Riobamba, 02 de junio de 2025



Katherin Liset Martínez Moncayo
C.I: 0604080200



Adriana Estefanía Serrano Paredes
C.I: 1805221320

DICTAMEN FAVORABLE DEL PROFESOR TUTOR

Quien suscribe, MsC. Liliana Alexandra Ríos García, catedrático adscrito a la Facultad de Ciencias de la Salud, por medio del presente documento certifico haber asesorado y revisado el desarrollo del trabajo de investigación “Vivencias en el proceso final de la vida de personas con diabetes mellitus en la comunidad”, bajo la autoría de Katherin Liset Martínez Moncayo y Adriana Estefanía Serrano Paredes; por lo que se autoriza ejecutar los trámites legales para su sustentación.

Es todo cuanto informar en honor a la verdad; en Riobamba, a los 22 días del mes de mayo de 2025.



MsC. Liliana Alexandra Ríos García
C.I: 0603869603

CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL

Quienes suscribimos, catedráticos designados Miembros del Tribunal de Grado para la evaluación del trabajo de investigación, “ Vivencias en el proceso final de la vida de personas con diabetes mellitus en la comunidad”, presentado por Katherin Liset Martínez Moncayo, con cédula de identidad número 0604080200 y Adriana Estefanía Serrano Paredes, con cédula de identidad número 1805221320, bajo la tutoría de la MsC. Liliana Alexandra Ríos García; certificamos que recomendamos la APROBACIÓN de este con fines de titulación. Previamente se ha evaluado el trabajo de investigación y escuchada la sustentación por parte de sus autores; no teniendo más nada que observar.

De conformidad a la normativa aplicable firmamos, en Riobamba a los 10 días del mes de junio del 2025.

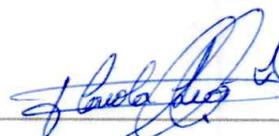
MsC. Jimena Alexandra Morales Guaraca
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE GRADO



PhD. Angélica Salomé Herrera Molina
MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO



PhD. Mayra Carola León Insuasty
MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO





CERTIFICACIÓN

Que, **KATHERIN LISET MARTÍNEZ MONCAYO** con CC: **0604080200**, estudiante de la Carrera **ENFERMERÍA NO VIGENTE**, Facultad de **CIENCIAS DE LA SALUD**; ha trabajado bajo mi tutoría el trabajo de investigación titulado **VIVENCIAS EN EL PROCESO FINAL DE LA VIDA DE PERSONAS CON DIABETES MELLITUS EN LA COMUNIDAD**, cumple con el 6 %, de acuerdo al reporte del sistema Anti plagio **COMPILATIO**, porcentaje aceptado de acuerdo a la reglamentación institucional, por consiguiente autorizo continuar con el proceso.

Riobamba, 22 de mayo de 2025

Mgs. Lilliana Alexandra Ríos García
TUTOR(A) TRABAJO DE INVESTIGACIÓN



CERTIFICACIÓN

Que, **ADRIANA ESTEFANIA SERRANO PAREDES** con CC: **1805221320**, estudiante de la Carrera **ENFERMERÍA NO VIGENTE**, Facultad de **CIENCIAS DE LA SALUD**; ha trabajado bajo mi tutoría el trabajo de investigación titulado **VIVENCIAS EN EL PROCESO FINAL DE LA VIDA DE PERSONAS CON DIABETES MELLITUS EN LA COMUNIDAD**, cumple con el 6 %, de acuerdo al reporte del sistema Anti plagio **COMPILATIO**, porcentaje aceptado de acuerdo a la reglamentación institucional, por consiguiente autorizo continuar con el proceso.

Riobamba, 22 de mayo de 2025

Mgs. Lilibiana Alexandra Ríos García
TUTOR(A) TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

DEDICATORIA

A Dios y a la Virgen María Auxiliadora, quienes han sido mi refugio y guía en los momentos más difíciles, brindándome fortaleza, sabiduría para superar cada desafío en este camino, su amor incondicional ha sido mi mayor sostén. A mis queridos padres Diego e Irma, cuyo apoyo inquebrantable, amor y enseñanza de perseverancia y dedicación me han inspirado a seguir adelante con determinación; gracias por ser mi ejemplo y por brindarme las herramientas para alcanzar mis metas. A mis hermanos Marcelo y Daniel, por su constante apoyo y por ser un modelo de esfuerzo y superación, su ejemplo ha sido una fuente de motivación en cada paso de mi formación. A mis amigos, quienes con su compañía y palabras de aliento han sido un soporte invaluable en este proceso, su presencia ha hecho que los momentos difíciles sean más llevaderos y que los logros tengan un significado aún más especial. A todos, gracias por ser parte de este camino y por contribuir de manera significativa a la realización de este sueño.

KATHERIN

A Dios, que me ha sostenido en cada desafío, que me ha dado la paciencia para perseverar y la sabiduría para seguir adelante. Gracias por cada bendición, por cada aprendizaje y por demostrarme que con fe y esfuerzo todo es posible. Con amor a mis padres Marco y Nancy, hermanos Cristina e Israel quienes han sido mi mayor fuente de inspiración y apoyo incondicional, por su amor inquebrantable, por cada sacrificio, por cada palabra de aliento, por celebrar conmigo cada pequeño logro y recordarme siempre mis capacidades, porque en cada paso de este proceso sentí su amor y su confianza. A mis amigos que han sido mi fuente de alegría a lo largo de este camino, cada risa compartida y cada gesto de apoyo han hecho que este proceso sea más llevadero y significativo.

ADRIANA

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, expresamos nuestra gratitud a Dios, quien con su guía y fortaleza nos ha acompañado en cada paso de este camino. A nuestras familias, por su amor incondicional, apoyo constante y palabras de aliento que han sido nuestra mayor motivación para alcanzar esta meta.

Manifestamos nuestro más profundo agradecimiento a la Universidad Nacional de Chimborazo y a la carrera de Enfermería por brindarnos una formación integral y de excelencia a lo largo de nuestra trayectoria académica. Valoramos el esfuerzo, compromiso y dedicación de cada docente, quienes con su conocimiento y experiencia han sido piezas clave en nuestra preparación profesional.

También extendemos nuestra gratitud al Hospital Provincial General Docente Riobamba, por abrirnos sus puertas y permitirnos realizar nuestras prácticas preprofesionales en su institución. Nuestro reconocimiento especial al personal de salud, en particular a los licenciados en enfermería, por su paciencia, orientación y apoyo constante. Gracias a su guía, hemos podido fortalecer nuestros conocimientos teóricos y prácticos, reafirmando nuestra vocación y compromiso con la enfermería.

Finalmente, expresamos nuestra más sincera gratitud a la MsC. Verónica Tierra y a la MsC. Liliana Ríos por su invaluable respaldo, paciencia y orientación a lo largo de este proceso. Su compromiso, guía y dedicación han sido pilares fundamentales en el desarrollo y culminación de este trabajo.

KATHERIN Y ADRIANA

ÍNDICE GENERAL

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN.....	13
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....	18
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA.....	28
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	29
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	35
5.1. Conclusiones.....	35
5.2. Recomendaciones.....	36
BIBLIOGRAFÍA.....	37
ANEXOS.....	43

Índice de Tablas

Tabla 1. Triangulación de la información.....	44
--	----

Índice de Ilustraciones

Ilustración 1. Algoritmo de búsqueda bibliográfica.....	43
--	----

RESUMEN

El presente proyecto de investigación denominado "Vivencias en el proceso final de la vida de personas con diabetes mellitus en la comunidad" explora las experiencias de pacientes en etapa terminal, destacando las complicaciones que enfrentan y el manejo de las mismas priorizando el confort y la dignidad del paciente. El objetivo del presente estudio fue valorar las vivencias en el proceso final de la vida de personas con diabetes mellitus en la comunidad. Para ello se recopiló información relevante utilizando bases de datos científicas y motores de búsqueda académicos gratuitos como, PubMed, Scopus, Redalyc, Dialnet, SciELO, Google Académico, entre otras fuentes confiables, sumando un total de 116 artículos científicos, se seleccionó 43 para el proceso de la investigación. Se subraya la importancia de los cuidados paliativos, la planificación anticipada y la participación de la familia en la toma de decisiones. Además, aborda los aspectos psicoemocionales de los pacientes, quienes suelen experimentar ansiedad, depresión y una pérdida de autonomía. Un enfoque interdisciplinario, que incluya médicos, enfermeras y psicólogos, resulta fundamental para ofrecer un apoyo integral que respete los valores y preferencias del paciente. La comunicación abierta entre el equipo médico, los pacientes y sus familiares no solo facilita una transición pacífica, sino que también asegura que el cuidado paliativo se adapte a las necesidades emocionales y físicas de cada individuo, promoviendo así una experiencia digna y sin sufrimiento innecesario.

Palabras clave: diabetes mellitus, cuidado terminal, enfermería de cuidados paliativos al final de la Vida, calidad de vida, comodidad del paciente

ABSTRACT

This study aimed to assess the experiences in the end-of-life process of individuals with diabetes mellitus in the community. Relevant information was gathered to achieve the objective by using scientific databases and free academic search engines such as PubMed, Scopus, Redalyc, Dialnet, SciELO, and Google Scholar, among other reliable sources, totaling 116 scientific articles, of which 43 were selected for the research process. The study emphasizes the importance of palliative care, planning, and family involvement in decision-making. Additionally, it addresses the psychoemotional aspects of patients, who often experience anxiety, depression, and a loss of autonomy. An interdisciplinary approach, including doctors, nurses, and psychologists, is essential to provide comprehensive support that respects the values and preferences of the patient. Open communication between the medical team, patients, and their relatives not only facilitates a peaceful transition but also ensures that palliative care is tailored to each individual's emotional and physical needs, thereby promoting a dignified and pain-free experience.

Keywords: diabetes mellitus, end-of-life care, palliative nursing care at the end of life, quality of life, patient comfort.

Abstract translation reviewed by



Dr. Narcisca Fuertes, PhD.

CC: 1002091161

Professor at Competencias Lingüísticas UNACH

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus (DM) constituye una de las enfermedades crónicas no transmisibles de mayor prevalencia a nivel mundial, con significativo impacto en la calidad de vida de quienes la padecen. Esta patología produce una incapacidad en el organismo para regular adecuadamente los niveles de glucosa en sangre, ya sea por una deficiencia en la producción de insulina o por una resistencia a la misma. Esta condición orgánica induce alteraciones sistémicas multifacéticas, desencadenando una cascada de complicaciones a lo largo de la vida del paciente. Entre las manifestaciones más prevalentes se encuentran neuropatías, nefropatías, retinopatías, enfermedades cardiovasculares, cetoacidosis diabética, estado hiperosmolar hiperglucémico, pie diabético e hipoglucemia las cuales pueden progresar y exacerbarse con el tiempo. ⁽¹⁾

En efecto, la DM representa un problema de salud pública de gran magnitud, afectando aproximadamente a 1 de cada 10 personas a nivel mundial. Según datos del artículo *“Prevalencia de diabetes, características epidemiológicas y complicaciones vasculares”* (2023), se estima que, en dicho año, 463 millones de adultos entre 20 y 79 años padecían esta enfermedad, lo que equivale al 9.3% de la población mundial en ese grupo etario. Las proyecciones indican un aumento constante en la prevalencia, alcanzando los 578 millones de casos (10.2%) para 2030 y potencialmente llegando a 700 millones (10.9%) para 2045. En América Latina, la prevalencia de DM en adultos de 20 a 79 años oscila entre el 8% y el 13%. ⁽²⁾

A su vez la DM es la segunda causa de muerte en Ecuador, después de las enfermedades isquémicas del corazón. En 2021, se registraron 5.564 fallecimientos por esta enfermedad, según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). La prevalencia de diabetes en el país es del 9%, mientras que la mortalidad alcanza el 6,8%, lo que refleja un incremento del 40% desde 2017. La tasa de mortalidad más alta se observó en 2020, con 21 muertes por cada 100.000 habitantes. Estos datos destacan la importancia de abordar esta enfermedad como un problema de salud pública prioritario. ⁽³⁾

Las provincias de la región Costa presentan las tasas de mortalidad más altas por diabetes, con un total de 22.381 defunciones registradas. Guayas, por ejemplo, registra tasas de mortalidad por diabetes mellitus tipo 2 que oscilan entre 19,9 y 46,2 muertes por cada 100.000 habitantes, siendo una de las provincias con mayor mortalidad por esta causa. Asimismo, en la provincia de Chimborazo, la tasa de mortalidad varía entre 16,35 y 29,45 muertes por cada 100.000 habitantes, lo que también refleja una situación preocupante. Todos estos datos evidencian la necesidad de implementar estrategias preventivas como el

tamizaje FINDRISC recomendado por la Guía de Práctica Clínica para la diabetes mellitus tipo 2 del Ministerio de Salud Pública (MSP) del Ecuador. ⁽⁴⁾

En este sentido la DM se clasifica dentro del grupo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), afecciones de larga duración y progresión lenta, a menudo sin cura definitiva. Sin duda, los cuidados paliativos adquieren un papel fundamental, ya que permiten reorientar el enfoque terapéutico hacia la priorización del confort del paciente y la mejora de su calidad de vida, en lugar de la prolongación agresiva de la supervivencia. Este enfoque facilita una transición pacífica en el proceso final de la vida, evitando intervenciones agresivas que prolonguen innecesariamente el sufrimiento y fomenten una muerte digna. ⁽⁵⁾

La fase terminal de la vida, definida como el período cercano a la muerte debido a una enfermedad avanzada, exige una atención especializada tanto del equipo de salud como de la familia. En el contexto de la diabetes mellitus (DM), el manejo del paciente durante esta etapa adquiere una relevancia particular debido a las complicaciones que comprometen significativamente su calidad de vida. Por consiguiente, resulta imperativo abordar los aspectos emocionales y espirituales del paciente, garantizando el respeto a su autonomía. De tal manera que este enfoque se considera esencial para facilitar una transición pacífica en el proceso final de la vida. ⁽⁵⁾ Esta fase de las personas con esta patología presenta desafíos únicos debido a la naturaleza progresiva y multisistémica de la misma.

En este contexto, el rol de la familia resulta esencial en el proceso final de vida de las personas con DM, ya que pueden generar dependencia física y emocional significativa hacia sus seres queridos ⁽⁶⁾. El apoyo familiar contribuye a mejorar la calidad de vida del paciente y facilita el manejo de la enfermedad. Diversos estudios recientes destacan que una comunicación efectiva entre el equipo de salud y la familia puede reducir considerablemente el estrés asociado a las decisiones difíciles sobre el manejo del final de vida, lo cual beneficia tanto al paciente como a su entorno. ⁽⁷⁾

Trisha Dunning, aborda cómo el manejo de la enfermedad debe adaptarse a los pacientes, centrándose en mejorar la calidad de vida y reducir el sufrimiento. Analiza la importancia del ajuste glucémico para evitar complicaciones que afecten la supervivencia; no obstante, Dunning señala que un control glucémico estricto puede resultar perjudicial en pacientes al final de la vida debido a las lesiones cutáneas en las zonas de punción. Además, enfatiza que los cuidadores familiares deben participar en la planificación del tratamiento y la adaptación del mismo según las complicaciones y la capacidad funcional del paciente. ⁽⁶⁾

Chowdhury y Ruma examinan los retos clínicos, psicológicos y éticos inherentes a la gestión de la DM en pacientes terminales, subrayando la importancia de adoptar un enfoque orientado hacia el confort del paciente. Se propone la implementación de tácticas particulares para prevenir complicaciones inmediatas, tales como la hipoglucemia y los síntomas osmóticos mientras se reduce la frecuencia de monitoreo para minimizar el dolor vinculado a las punciones. Esta perspectiva se desvía de la prevención de complicaciones a largo plazo, dada su ineficacia en esta fase vital, y otorga prioridad al bienestar inmediato. Adicionalmente, enfatizan la relevancia de incorporar a la familia, fomentando un cuidado colaborativo y respetuoso que incorpore elementos éticos y humanísticos, asegurando de este modo una gestión que priorice la dignidad y el alivio del padecimiento del paciente. ⁽⁸⁾

En este sentido, es fundamental implementar un enfoque interdisciplinario en el cuidado paliativo de las personas con esta patología, integrando profesionales de diversas especialidades, tales como médicos, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos y nutricionistas. Este enfoque garantiza una atención que aborde no solo los síntomas físicos, sino también el apoyo emocional y la preparación para el fallecimiento, proporcionando un cuidado integral al paciente. Los estudios señalan que los cuidados paliativos centrados en el paciente, donde se respetan sus valores y creencias, optimizan notablemente la experiencia del final de vida tanto para el paciente como para sus familiares. ⁽⁹⁾

El proceso de vida de las personas que padecen DM, presenta una serie de desafíos clínicos y emocionales. Esta enfermedad crónica tiene un impacto significativo en la calidad de vida del paciente y en relación al manejo de la misma, ya que puede presentar varias complicaciones empeorando el bienestar general, lo que requiere de una atención integral que incluya el control de los niveles de glucosa y el manejo de las afecciones relacionadas. Los cuidados deben centrarse en el confort del paciente, con especial atención al bienestar emocional y psicológico. ⁽⁶⁾

Cuando la diabetes avanza hacia fases terminales, el enfoque terapéutico debe reorientarse, priorizando medidas que mejoren la calidad de vida sobre aquellas destinadas únicamente a prolongarla. Este cambio implica reducir intervenciones invasivas o dolorosas cuando no garantizan beneficios significativos. Sin embargo, en muchos casos, los cuidados médicos se ven limitados por la falta de planificación anticipada, lo que puede resultar en intervenciones que no están alineadas con los deseos del paciente, además de un desgaste físico y emocional para el afectado y su entorno familiar. ⁽⁵⁾

En el contexto de la atención paliativa, la DM requiere una adaptación constante de los tratamientos médicos para reducir las molestias causadas por la enfermedad. Esta

flexibilidad resulta crucial porque los pacientes experimentan frecuentemente episodios de hiperglucemia o hipoglucemia en fases finales, afectando su estabilidad general. Es crucial vigilar los síntomas, ya que una falta de control puede complicar el estado del paciente y afectar su salud. Además, el personal de salud debe estar capacitado para brindar atención que tenga en cuenta las limitaciones físicas y emocionales asociadas con esta etapa de la vida. ⁽¹⁰⁾

En este sentido el equipo de salud debe participar en un enfoque interdisciplinario al tomar decisiones sobre los tratamientos a seguir en la fase final de la diabetes. Este método garantiza que el tratamiento brindado tenga en cuenta tanto los aspectos físicos como emocionales y sociales del paciente. Además, que, las decisiones médicas estén alineadas con los valores y deseos del paciente; el equipo de salud y la familia deben comunicarse de manera clara y fluida. Esto no solo hace que la transición hacia el final de la vida sea más fácil, sino que también alivia la incertidumbre y el estrés de los familiares del paciente. Para garantizar una experiencia digna y respetuosa en el proceso final de la vida, es esencial implementar protocolos que prioricen el confort y el bienestar emocional, además de asegurar una comunicación efectiva con el paciente y la familia. ⁽⁶⁾

En el contexto de la DM, los pacientes enfrentan desafíos significativos debido a la progresión de la enfermedad y las complicaciones que experimentan en el proceso final de la vida, por lo que es fundamental que el personal de enfermería sustente su cuidado en modelos teóricos. El modelo de adaptación de Callista Roy permite comprender cómo el paciente, como sistema abierto, responde a los estímulos del entorno, atravesando un proceso constante de adaptación ante los cambios fisiológicos y emocionales. Por otro lado, la teoría del final tranquilo de la vida de Ruland y Moore aporta un enfoque centrado en la dignidad, el confort y la paz en la etapa terminal, abordando no solo el alivio del dolor físico, sino también las dimensiones emocionales y espirituales. La integración de ambos modelos orienta a la enfermería a brindar una atención personalizada, respetuosa y humanizada, que favorezca la adaptación del paciente y promueva un cierre de vida con calidad y significado. ⁽¹⁰⁾

En referencia a lo citado anteriormente surgen las siguientes preguntas de investigación. ¿Cuáles son las vivencias que experimentan los pacientes con diabetes mellitus en la etapa final de la vida dentro de la comunidad, considerando las molestias físicas y psicológicas? ¿cuáles son las estrategias de cuidado paliativo e intervenciones de enfermería más efectivas para promover su calidad de vida y apoyo emocional? Estas preguntas abarcan los aspectos centrales de la investigación, relacionando el análisis de las experiencias de los pacientes con la evaluación de estrategias paliativas e intervenciones específicas de enfermería.

Por ello, los objetivos de esta investigación se centran en valorar las vivencias en el proceso final de la vida de las personas con DM en la comunidad. Para ello, se busca reconocer las principales complicaciones físicas y psicológicas asociadas a este proceso y describir las intervenciones de enfermería específicas en este grupo de pacientes considerando tanto el manejo de síntomas físicos como el apoyo emocional por parte de la familia.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

La DM es una enfermedad metabólica crónica que afecta la regulación de los niveles de glucosa en sangre debido a deficiencias en la producción de insulina o en la capacidad del cuerpo para usarla adecuadamente. Existen dos tipos de DM, la tipo 1 que es causada por una enfermedad autoinmune en la que el cuerpo ataca las células productoras de insulina del páncreas, y la tipo 2 que es causada por la obesidad y la resistencia a la insulina. Siendo la DM tipo 2 una de las principales causas de mortalidad debido a las complicaciones asociadas. ⁽¹¹⁾

De este modo, la DM en el proceso final de la vida se asocia con complicaciones que afectan el bienestar físico y emocional de los pacientes, quienes con frecuencia experimentan un deterioro progresivo de su salud y una calidad de vida significativamente disminuida. Complicaciones como: neuropatías, nefropatías, retinopatías, enfermedades cardiovasculares, cetoacidosis diabética, estado hiperosmolar hiperglucémico, hipoglucemia, pie diabético, llevan a muchos pacientes a un final de vida debilitante. La neuropatía, pie diabético y las enfermedades cardiovasculares se identifican como complicaciones que aumentan las limitaciones físicas de estos pacientes, lo que les dificulta aún más realizar las actividades cotidianas y tienden a depender de terceros.

El estudio titulado “*Diabetes, cuidados paliativos y cuidados al final de la vida*”, realizado en Palestina en el 2018, encontró que las limitaciones físicas causadas por esta patología, como la incapacidad para realizar actividades físicas y las restricciones en la libertad alimentaria, tienen un impacto significativo en la calidad de vida. Los pacientes mencionaron que la imposibilidad de mantener un estilo de vida activo y la necesidad de seguir restricciones alimentarias estrictas causaban un gran malestar emocional, que afectaba su salud física, social y psicológica. En el proceso final de la vida, las personas que padecen esta enfermedad suelen experimentar una serie de cambios físicos progresivos que afectan diferentes sistemas del cuerpo. La hiperglucemia y el daño prolongado a los órganos derivados de la mala regulación de los niveles de glucosa conllevan a complicaciones graves que deterioran el estado físico del paciente. ⁽¹⁵⁾

Además, aquellas personas que han sido diagnosticadas con DM hace varios años suelen tener una mayor afectación emocional, lo que resalta la importancia de intervenciones personalizadas que tomen en cuenta tanto el manejo físico como el apoyo emocional. En el estudio “*Type 1 diabetes mellitus*” se llegó a la conclusión de que la diabetes mellitus tiene un impacto significativo y multifacético en la calidad de vida, y que la gestión efectiva de estas complicaciones puede mejorar la salud física y emocional de los pacientes con diabetes en etapas avanzadas. ⁽¹²⁾

Complicaciones como, la neuropatía y la hipoglucemia tienen un efecto directo en la calidad de vida de los pacientes en el proceso final de la vida. Según Feinkohl, Keller y Aung, la neuropatía tiene varios efectos perjudiciales durante el proceso final de la vida, los pacientes pueden presentar dolor crónico, pérdida de la sensibilidad y dificultad en la movilidad. Mientras que la hipoglucemia tiene un impacto negativo en la salud mental al contribuir al deterioro cognitivo en los pacientes, además de representar un riesgo inmediato para la salud física. Estas complicaciones incrementan la carga de sufrimiento del paciente, dificultando la transición hacia una muerte digna y tranquila. ⁽⁷⁾

Mientras que, complicaciones como, la nefropatía caracterizada por el deterioro de la función renal, provocando que los desechos de la sangre no se filtren adecuadamente lo cual conlleva a que el paciente pueda desarrollar insuficiencia renal crónica y por ende requiera de tratamiento de diálisis. De igual modo, el sistema cardiovascular se ve gravemente afectado, ya que la diabetes mellitus acelera la aterosclerosis, lo que conlleva un mayor riesgo de infarto agudo de miocardio y accidentes cerebrovasculares, aumentando el riesgo de mortalidad. ⁽¹⁴⁾ Los pacientes con diabetes mellitus en el proceso final de la vida también pueden sufrir de úlceras por presión e infecciones recurrentes, ya que su capacidad para cicatrizar heridas y combatir infecciones está severamente comprometida. Estas complicaciones no solo generan malestar adicional, sino que pueden acelerar el deterioro físico y emocional del paciente.

El pie diabético, que se caracteriza por úlceras y deformaciones que a menudo conducen a la amputación, tiene efectos físicos debilitantes y efectos psicológicos en los pacientes, ya que se ven limitados en su capacidad de ser independientes y autosuficientes. Las diferencias de género indican que, aunque los hombres reportaron mejores evaluaciones en salud mental y emocional, las complicaciones físicas como el pie diabético o la neuropatía cambian significativamente su percepción de la enfermedad. La calidad de vida general de las mujeres fue más afectada por factores socioculturales y complicaciones médicas. Estos hallazgos destacan que el impacto físico de las complicaciones diabéticas está estrechamente vinculado al bienestar emocional, y que el manejo de estas complicaciones es esencial para mejorar la calidad de vida de los pacientes con diabetes en etapas avanzadas. ⁽¹⁴⁾

De acuerdo con Jeffreys en su estudio titulado “*Management of diabetes in patients at the end of life*”, se descubrió que el 31.8% de los pacientes estudiados tenían angustia emocional significativa relacionada con esta enfermedad. El estrés emocional se vincula fuertemente con una calidad de vida menor, especialmente en aspectos como la función física y la salud general. La presencia de comorbilidades, como las enfermedades hepáticas, y la existencia de una depresión mayor, empeorarán aún más esta condición emocional. ⁽¹⁷⁾

Cabe considerar, que la diabetes en el proceso final de la vida tiene un impacto emocional significativo. Las personas que enfrentan el final de su vida con esta enfermedad suelen experimentar sentimientos de ansiedad, depresión y pérdida de control. Según los estudios, el manejo adecuado de los aspectos psicológicos puede mejorar significativamente la calidad de vida en el proceso final de la vida. Los pacientes pueden obtener ayuda emocional y psicoterapia para aceptar su situación y encontrar la paz en sus últimos días. ⁽¹⁸⁾

En definitiva, la familia es crucial para cuidar a un paciente con DM en el proceso final de la vida. Los familiares a menudo deben tomar decisiones difíciles sobre los tratamientos médicos, y es esencial que brinden apoyo emocional al paciente para que pueda manejar su situación con dignidad. Los estudios destacan la importancia de una comunicación abierta entre el equipo médico, el paciente y la familia para que las decisiones reflejen los deseos del paciente y brinden un entorno de apoyo durante los últimos días de vida. ⁽¹⁹⁾

Dado que los pacientes diabéticos al final de la vida con frecuencia enfrentan graves dificultades emocionales y psicológicas como resultado de la naturaleza crónica de su afección, los factores psicosociales son cruciales en su cuidado. La diabetes requiere atención continua, y el costo psicológico podría aumentar en esta etapa final. Dado que elementos como el estrés, las estrategias de afrontamiento y el apoyo social tienen un impacto directo en la adherencia al tratamiento y el bienestar general del paciente, Barnard en su estudio “*Diabetes: Psychosocial Aspects*” destaca la importancia de incorporar el apoyo psicológico al tratamiento. La calidad de vida de los pacientes puede disminuir drásticamente en ausencia de este apoyo, lo que perjudicaría su capacidad para hacer frente a los aspectos psicológicos y físicos de su condición. ⁽²⁰⁾

Ciertamente, el estrés emocional aumenta la probabilidad de complicaciones físicas, como una disminución en el control glucémico, lo que crea un ciclo en el que el deterioro físico y emocional se retroalimentan. Los pacientes mencionaron que la carga emocional de vivir con diabetes mellitus, combinada con el miedo a complicaciones como la neuropatía o nefropatía tenía un impacto significativo en su calidad de vida diaria. Los autores concluyen que es necesario implementar intervenciones que reduzcan los factores de estrés emocional en los pacientes con diabetes mellitus, mejorando tanto su calidad de vida como el manejo de la enfermedad. ⁽²¹⁾

Los autores, Figueredo et al, enfatizan que las complicaciones de la diabetes tienen un impacto sustancial en la salud mental y la calidad de vida de los pacientes en el dominio biopsicosocial. Debido al requisito de monitoreo continuo de glucosa y al manejo de los síntomas se puede evidenciar malestar mental y preocupación, lo que puede restringir la

conexión social y la participación con su entorno. Es fundamental que el tratamiento sea centrado en el paciente, que se priorice su bienestar integral, abordando las implicaciones emocionales que contribuyan a mejorar la calidad de vida en las etapas finales. ⁽²¹⁾

Por otra parte, Božek et al, en su estudio “*The quality of life in type I diabetic patients with end-stage kidney disease before and after simultaneous pancreas-kidney transplantation: a single-center prospective study.*” menciona que los pacientes experimentan un mayor nivel de angustia emocional debido al miedo a futuros eventos cardiovasculares y la posibilidad de complicaciones fatales. Esta investigación destacó que la combinación de complicaciones cardiovasculares y renales en pacientes con diabetes mellitus aumenta significativamente su morbilidad y tiene un impacto negativo en su percepción general de bienestar y esperanza de vida. Los autores enfatizan la importancia de prevenir y manejar las complicaciones cardiovasculares en este grupo de pacientes vulnerables. ⁽²²⁾

Por consiguiente, el tratamiento psicosocial para las personas con diabetes debe incluir, mejora de la calidad de vida y salud emocional, particularmente a medida que la vida del paciente llega a su fin. Según Young-Hyman et al. ⁽²³⁾, las evaluaciones psicosociales que toman en consideración los valores y preferencias únicos del paciente y su familia, además de las consideraciones clínicas, deben ser parte del tratamiento centrado en el paciente. Este método hace posible controlar la diabetes de una manera más compasiva e individualizada, donde se valoran el respeto y la dignidad de las opciones de tratamiento individuales. Incorporar estas evaluaciones y asistencia psicológica puede aliviar las tensiones emocionales y mejorar la experiencia del paciente en sus últimos días.

Resulta claro que, las dificultades emocionales, sociales y relacionales que enfrentan los pacientes y sus familias están incluidas en los elementos psicosociales de la diabetes mellitus en el proceso final de la vida. Teniendo en cuenta que, la diabetes mellitus es una afección crónica que requiere autocuidado y controles continuos, que pueden volverse más intensos en sus últimas etapas y causar una gran tensión emocional. Según Barnard, ⁽²⁰⁾ el afrontamiento y el estrés son dos elementos que están directamente relacionados con la salud del paciente y su capacidad para seguir su plan de tratamiento en momentos de necesidad. En este punto, el apoyo psicosocial es fundamental para preservar la calidad de vida y ayudar a los pacientes a afrontar este proceso en presencia de sus seres queridos y con dignidad.

Con relación a lo expuesto, los cuidados paliativos son esenciales en pacientes con diabetes mellitus en el proceso final de la vida. El objetivo de los cuidados paliativos no es curar, sino mejorar la calidad de vida al aliviar el dolor y otras complicaciones físicas y psicológicas.

Además, la planificación anticipada en los cuidados paliativos facilita un final de vida digno y respetuoso al establecer las preferencias del paciente sobre tratamientos invasivos. ⁽¹⁴⁾

Los modelos de atención para pacientes con diabetes mellitus en fase terminal deben ser interdisciplinarios, integrando médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales y nutricionistas. Estos modelos se centran en proporcionar un cuidado integral que aborde tanto las necesidades físicas como emocionales del paciente. La planificación anticipada de cuidados, en la cual se documentan las preferencias del paciente, es fundamental para garantizar que el tratamiento respete su autonomía y dignidad en proceso final de la vida. ⁽¹⁹⁾

Por consiguiente, la enfermería juega un papel crucial en la atención de los pacientes con diabetes mellitus. Además de realizar tareas clínicas, las enfermeras son esenciales para educar a los pacientes sobre técnicas de autocuidado y ofrecer apoyo emocional, aliviando el sufrimiento y gestionando las complicaciones de esta enfermedad, lo que mejora la calidad de vida de los pacientes y su salud hasta el final de su vida. ⁽²⁴⁾ Pues esto se relaciona con la atención centrada en el paciente, en la que los deseos y preferencias de cada persona se reconocen como un componente crucial de la prestación de la atención.

De esta manera, para los pacientes con diabetes mellitus, los cuidados paliativos se han convertido en un componente crítico del manejo general de la enfermedad, especialmente cuando la calidad de vida se ve gravemente comprometida por complicaciones y comorbilidades. Los cuidados paliativos deben iniciarse temprano en el curso de la diabetes avanzada, con énfasis en mejorar la comodidad y controlar los síntomas, evitando al mismo tiempo procedimientos innecesarios que podrían hacer que el paciente se sienta más incómodo, afirman Dunning y Martin. ⁽²⁵⁾ Además de reducir la carga de la enfermedad, esta estrategia garantiza un modelo de tratamiento centrado en el paciente y acorde con los valores y preferencias de cada persona.

En este sentido se comprende, que la capacidad de reconocer y abordar los requisitos cambiantes de los pacientes en estrecha coordinación con otros especialistas médicos es una parte crucial de la atención de enfermería para pacientes con diabetes mellitus. Con el fin de minimizar la tensión en el sistema de salud y mejorar el manejo del paciente, este enfoque interdisciplinario hace un gran énfasis en la educación continua del paciente y en la implementación de medidas preventivas contra los problemas. Según Pavlović, ⁽²⁶⁾ las contribuciones de las enfermeras a los equipos de atención médica mejoran la efectividad de la prestación de atención y el manejo de las complicaciones, promoviendo tratamientos que promueven la salud mental y física de los pacientes.

Con el fin de ayudar a los pacientes a tomar decisiones informadas sobre su atención, las enfermeras actúan como educadoras, ayudando a las personas a controlar sus afecciones y comprender cómo crecen las enfermedades. Esta función educadora incluye cosas como el autocontrol de la glucosa en sangre y la adopción de un estilo de vida saludable, los cuales son fundamentales para mejorar la autonomía y la calidad de vida de los pacientes. ⁽²⁷⁾ Debido a que con frecuencia son los cuidadores primarios del paciente y necesitan ayuda para controlar la evolución de su enfermedad, los familiares también reciben educación.

Por otro lado, las enfermeras ofrecen a los pacientes atención psicológica además de ayuda profesional y educativa, estableciendo un entorno seguro en el que puedan comunicar sus sentimientos y preocupaciones. En el contexto de la diabetes mellitus, donde las dificultades emocionales son comunes, esto es extremadamente importante. Según Hu L, ⁽²⁷⁾ las enfermeras brindan a los pacientes y sus familias asistencia continua y compasiva que les ayuda a lidiar con los desafíos emocionales que conlleva la atención al final de la vida. Este apoyo implica técnicas de comunicación que generan confianza y facilitan que los pacientes compartan sus preferencias de tratamiento.

En relación con la diabetes mellitus, es importante identificar el tipo de afrontamiento que presenta la persona, ya que esto influye en el manejo de la enfermedad, el tratamiento y su bienestar emocional, así como en la forma en que se adapta a los cambios. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el proceso de afrontamiento involucra la proyección de necesidades en tres áreas: biológica, psicológica y social. Entendiendo que el afrontamiento son las acciones que las personas llevan a cabo para gestionar las demandas internas y externas derivadas de la enfermedad. Además, la adaptación se refiere a la interacción dinámica entre el individuo y las circunstancias, un proceso que en enfermedades crónicas puede ser lento y depender de los cambios en la condición de salud y las respuestas personales. ⁽²⁹⁾

Por lo tanto, es relevante considerar las estrategias de afrontamiento, ya que son respuestas que incluyen conductas y pensamientos orientados a adaptarse a la enfermedad, mejorar la adherencia al tratamiento y modificar el estilo de vida. Estas estrategias pueden ser saludables o, por el contrario, afectar negativamente el entorno del paciente respecto a su enfermedad. En este proceso, el profesional de enfermería desempeña un papel esencial dentro del equipo de salud, implementando acciones basadas en modelos y teorías que favorezcan el proceso final de la vida de las personas con diabetes mellitus. ⁽³⁰⁾

En el contexto de la DM, los pacientes enfrentan desafíos significativos debido a la progresión de la enfermedad y las complicaciones que experimentan en el proceso final de

la vida, para lo cual es importante que el personal de enfermería sustente su cuidado basándose en un modelo teórico de enfermería. En el modelo de adaptación de Callista Roy, la persona es vista como un sistema abierto que interactúa con su entorno, ajustándose a las demandas del mismo para mantener su equilibrio. Siendo este modelo clave para comprender el proceso final de la vida, en estas circunstancias, el paciente pasa por un proceso de adaptación constante, en el que su capacidad para manejar las alteraciones fisiológicas y emocionales influye en su bienestar. El personal de enfermería, al aplicar este modelo, identifica los estímulos estresantes específicos que afectan a la persona en esta fase, brindando intervenciones personalizadas que favorezcan la adaptación y el alivio de sufrimientos, mejorando así la calidad de vida. ⁽⁴⁵⁾

Complementando esta perspectiva, la teoría del final tranquilo de la vida de Ruland y Moore aporta un enfoque centrado en la dignidad, el confort y la paz del paciente en etapa terminal. Esta teoría propone que, más allá de controlar los síntomas físicos, es fundamental atender las dimensiones emocionales, espirituales y relacionales del individuo. En el caso de personas con diabetes mellitus que transitan por el proceso final de la vida, el cuidado de enfermería debe orientarse a promover un estado libre de dolor, en el que el paciente se sienta en paz consigo mismo y con su entorno, reciba atención respetuosa y mantenga vínculos significativos. La aplicación de esta teoría permite al profesional de enfermería proporcionar cuidados humanizados, considerando los deseos, valores y creencias del paciente, lo cual resulta esencial para brindar un acompañamiento integral en esta etapa crucial. ⁽⁴⁵⁾

De hecho, las intervenciones de enfermería y los cuidados paliativos están orientadas a mejorar las estrategias de afrontamiento y adaptación del paciente. Estas intervenciones también permiten ajustar las condiciones del entorno en el hogar y manejar situaciones relacionadas con la diabetes mediante el equilibrio emocional. Visto que, para brindar un cuidado integral, es necesario que un equipo multidisciplinario trate a los pacientes que se encuentran en esta etapa de la enfermedad, con el fin de brindar confort tanto al paciente como a sus familiares y amigos, aliviando así el sufrimiento mediante la identificación temprana de necesidades y la correcta evaluación y tratamiento del dolor y otros síntomas. ⁽³¹⁾

De la misma forma, el personal de enfermería en el primer nivel de atención debe identificar los factores de afrontamiento que se ven afectados en los pacientes con diabetes mellitus en el proceso final de vida, lo que permite ofrecer cuidados paliativos personalizados, tanto a nivel familiar como comunitario, de manera eficiente y óptima, considerando a la persona de manera integral. Además, los enfermeros, como parte del equipo multidisciplinario de cuidados paliativos, deben proporcionar atención conforme a las necesidades identificadas,

utilizando un lenguaje estandarizado reconocido por la American Nurses Association (ANA). Esto incluye el empleo de diagnósticos desarrollados por la Nursing Diagnoses: Definitions and Classification (NANDA), la Nursing Interventions Classification (NIC) y los Nursing Outcomes Classification (NOC), herramientas que facilitan el desarrollo de planes de cuidado. ⁽³²⁾

En el contexto de la enfermería paliativa, el paciente y su familia constituyen una unidad integral de atención, de modo que los cuidados proporcionados por el equipo de profesionales garanticen la calidad en la atención. En su rol de cuidadora, la enfermera desempeña tres funciones esenciales: la colaboración con otros profesionales de la salud, promover la participación activa del propio paciente y el respeto a los principios éticos. ⁽³¹⁾ Se reconoce que el personal de enfermería tiene contacto directo y pasa tiempo con el paciente, lo que le permite desempeñar un papel clave en el cuidado. Las acciones se enfocan en proporcionar medidas de confort y alivio, respetando la dignidad del paciente, acciones de educadores al transmitir información clara sobre los tratamientos no farmacológicos a la familia y coordinar con el equipo multidisciplinario para asegurar una atención de alta calidad. ⁽³³⁾

Los profesionales de atención primaria consideran diversas necesidades al proporcionar cuidados paliativos. En primer lugar, está la asistencia continua y progresiva en relación con la enfermedad. En segundo lugar, es fundamental establecer una coordinación entre la atención primaria y especializada para garantizar cuidados adecuados durante la atención domiciliaria. Finalmente, la educación de los profesionales en temas de cuidados paliativos es esencial para mejorar la calidad de la atención brindada. ⁽³²⁾

Es por eso, que los objetivos del tratamiento para los pacientes con diabetes mellitus que reciben cuidados paliativos cambian del manejo típico con el objetivo de anteponer la seguridad y la comodidad al control riguroso de la glucosa. Según Angelo et al. ⁽³⁴⁾, el control estricto de la glucosa puede volverse innecesario e incluso peligroso cuando un paciente se acerca al final de su vida. Los profesionales de la salud deben ajustar las dosis y los horarios de monitoreo para estos pacientes en función de sus necesidades específicas, enfatizando las intervenciones que disminuyen la incomodidad y el estrés relacionados con el control diario de la diabetes en lugar de prevenir complicaciones a largo plazo.

En cuanto a la disminución del dolor con relación al control estricto de la glucosa, se puede tomar en cuenta el uso de un monitor continuo de glucosa (MCG). Ya que este dispositivo permite medir los niveles de glucosa en tiempo real a través de un sensor que se coloca bajo la piel, generalmente en el abdomen o el brazo. El sensor mide la glucosa en el fluido

intersticial, permitiendo a los pacientes monitorear sus niveles de glucosa de manera constante y realizar ajustes en su tratamiento sin la molestia de las punciones frecuentes en los dedos. ⁽³³⁾

Ahora bien, las decisiones difíciles sobre los mejores tratamientos y lograr un equilibrio entre la longevidad y la calidad de vida dan lugar a dilemas éticos en el manejo de la diabetes hacia el proceso final de la vida. Los profesionales de la salud luchan por decidir cuándo es moralmente aceptable continuar o suspender terapias específicas para pacientes con diabetes mellitus, según Jeffreys. ⁽¹⁸⁾ Para comprender las preferencias del paciente, el equipo de atención, la familia y el paciente deben comunicarse bien. Sin embargo, si estas preferencias no se abordan de antemano, podría producirse un manejo ineficaz y decisiones de atención inconexas.

Young-Hyman et al, menciona que el apoyo psicosocial requiere un tratamiento centrado en el paciente que priorice las necesidades emocionales, particularmente cuando la comodidad y la autonomía del paciente son cruciales. Estas enfatizan lo crucial que es honrar los valores y deseos de los pacientes para brindar un tratamiento individualizado que preserve la dignidad. Además, las responsabilidades de los profesionales de la salud van más allá de brindar tratamiento clínico; también incluyen brindar apoyo emocional y establecer un espacio seguro donde los pacientes y sus familias se sientan apoyados y comprendidos. Este punto de vista ayuda a disminuir la preocupación y promover un ambiente digno y sereno en el proceso final de la vida. ⁽²³⁾

Cabe considerar que en el marco legal ecuatoriano, la atención a personas con enfermedades crónicas, como la diabetes mellitus, especialmente en las etapas finales de la vida, está regulada por diversas normativas que promueven el derecho a la salud y el acceso a cuidados paliativos. La Constitución de la República del Ecuador, en su artículo 32, garantiza el derecho a la salud y la protección de la vida, estableciendo que todas las personas, sin discriminación alguna, tienen derecho a acceder a los servicios de salud que les permitan un bienestar integral. Además, la Ley Orgánica de Salud, establece que el Sistema Nacional de Salud debe proporcionar atención integral a las personas con enfermedades crónicas, asegurando un enfoque que contemple tanto la atención médica como los cuidados paliativos. ^(35, 39).

En este sentido se establece la importancia de garantizar una atención digna a los pacientes al final de la vida, incluyendo a aquellos con diabetes mellitus, con el fin de mitigar el dolor y mejorar la calidad de vida en sus últimos días. Esta ley también promueve el acceso a cuidados paliativos domiciliarios, lo que resulta esencial en el caso de los pacientes con

diabetes mellitus en etapa terminal, permitiendo que reciban atención especializada en su entorno familiar. Estos fundamentos legales en Ecuador crean un marco que respeta las decisiones y el bienestar de los pacientes durante todo el proceso del final de la vida, al tiempo que protege a los pacientes y fomenta la atención moral y compasiva. ⁽³⁵⁾

Si bien es cierto, preocupaciones como la autonomía del paciente y el derecho a elegir su propio curso de tratamiento se incluyen con frecuencia en dilemas éticos. Neoh ⁽³⁷⁾ habla de un caso que muestra lo difícil que puede ser decidir si suspender o continuar la terapia cuando los pacientes tienen graves complicaciones por su diabetes. El desafío aquí es aceptar la autonomía y las opciones de tratamiento del paciente, incluso si van en contra de lo que dice el médico o de lo que espera la familia del paciente.

Debido a las limitaciones metodológicas y la susceptibilidad de la comunidad, son pocas las investigaciones que abordan las vivencias en el proceso final de la vida de personas con diabetes mellitus en este momento, lo que dificulta aún más las consideraciones éticas, según Dunning et al. ⁽³⁸⁾ Equilibrar riesgos y ventajas y garantizar justicia y autonomía en la toma de decisiones bien informadas son ejemplos de problemas éticos. Aunque plantea dificultades éticas y metodológicas, la sensibilidad de recopilar información de pacientes terminales es crucial para crear pautas de tratamiento adecuadas para estos pacientes.

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

El presente estudio se basó en una revisión bibliográfica descriptiva, con un enfoque cuantitativo que permitió indagar sobre las vivencias en el proceso final de la vida de personas con diabetes mellitus en la comunidad.

Para ello se recopiló información relevante utilizando bases de datos científicas y motores de búsqueda académicos gratuitos como PubMed, Scopus, Dialnet, SciELO, Google Scholar, entre otras fuentes confiables. Para la búsqueda de información se aplicó operadores booleanos, mismos que consisten en utilizar palabras: AND y OR de la siguiente manera: ("Diabetes Mellitus" OR "diabetic patients") AND ("end-of-life" OR "terminal stage" OR "palliative care") AND ("quality of life" OR "symptom management" OR "emotional well-being" OR "psychological well-being") AND ("Open Access" OR "free full text") AND (lang: "Spanish" OR lang: "English" OR lang: "Portuguese").

Los criterios de inclusión abarcaron la selección de documentos, revistas y artículos que proporcionarían la fuente de autoría, la institución de origen, la fecha de publicación y contenido relevante para el tema examinado. Se consideró publicaciones de acceso libre de los últimos cinco años. El idioma de selección fue español, inglés y portugués, se excluyeron aquellos documentos, revistas y artículos que no incluyeron la fuente de autoría, la institución de origen, aquellos que no ofrecieran información pertinente al tema en cuestión y la fecha de publicación, sin embargo, por falta de artículos actualizados para la elaboración de la investigación se consideraron 17 artículos de los años 2016 al 2019.

Para la selección de la información se aplicó la lectura crítica descartando las investigaciones duplicadas y con ayuda de los criterios de inclusión y exclusión ya antes mencionados, se seleccionaron 43 estudios que demostraban información de importante valor para la investigación. De los cuales 10 se usaron para la elaboración de la introducción, 27 en el marco teórico y 11 en los resultados y discusión. Finalmente, la información fue citada de acuerdo con las normas Vancouver, otorgando crédito a los autores de cada investigación, para la búsqueda de información se usaron palabras claves como: diabetes mellitus, cuidado terminal, enfermería de cuidados paliativos al final de la Vida, calidad de vida, comodidad del paciente.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Las vivencias de las personas con DM son variadas y complejas. Cada individuo enfrenta su propia realidad, pero todos comparten la necesidad de un sistema de apoyo que incluya a sus seres queridos, profesionales de la salud y la sociedad en general. Algunos de los recuerdos más vívidos incluyen ansiedad, depresión y problemas para lidiar con los cambios en la atención médica, los cuales afectan profundamente el bienestar del individuo. Según autores como McCoy, Maslen y Dunning, estas emociones deben ser tratadas y no dejadas a la deriva, ya que existen mecanismos de afrontamiento negativos como la culpa y el aislamiento, que están ligados al sufrimiento en la calidad de vida de una persona.

Además, estos desafíos emocionales a menudo son exacerbados por barreras estructurales como la fragmentación de la atención y la falta de procedimientos estándar para una atención adecuada. Maslen destaca que estas barreras dificultan proporcionar comodidad y dignidad a los pacientes con una esperanza de vida limitada. ^(17, 36, 40) Por lo tanto, es importante plantear estrategias que ayuden a sobrellevar la experiencia de estos pacientes, las mismas deben estar enfocadas en proveer un enfoque holístico y personalizado en el cuidado, adaptándose a las necesidades y preferencias del paciente, con el fin de optimizar el manejo clínico implementando cuidados paliativos para aliviar el dolor, mejorar el apetito y tratar las complicaciones asociadas a la DM.

La necesidad de considerar las preferencias, objetivos y especificidades del paciente al diseñar las intervenciones terapéuticas son considerados por varios autores. Angelo, Neoh y Dunning han señalado la necesidad de personalizar la atención para integrar el control glucémico y la calidad de vida. Sin embargo, las decisiones tomadas por los pacientes en este contexto a menudo no corresponden con lo que sus familias o proveedores de atención médica esperan, lo que crea preocupaciones éticas y aumenta los niveles de angustia tanto para los pacientes como para los cuidadores. ^(33, 37, 40) Así, Neoh enfatiza lo que se necesita para proteger la autonomía del paciente, que a menudo entra en conflicto con los deseos de la familia. ⁽³⁷⁾ Además, Maslen y Dunning concluyen que la participación de la familia es importante, pero para algunos pacientes, dicha participación es un desafío debido a barreras interpersonales y la sensación de ser una carga, lo que agrava la angustia del paciente. ^(36, 40)

Los autores Maslen, Holloway y Modlinsk, destacan la necesidad de implementar estrategias que incluyen la simplificación del régimen terapéutico, la prevención de complicaciones graves, y la promoción de la preparación académica para una atención más integral del paciente. Además, es necesaria una comunicación efectiva entre el equipo de atención médica, el paciente y la familia para prevenir confusión y promover la planificación

anticipada de la atención de manera colaborativa. Estas contribuciones subrayan la importancia del apoyo emocional continuo para el paciente y sus cuidadores a través de la escucha activa, la psicoterapia breve y la meditación guiada. ^(9, 36, 41)

Es evidente que los pacientes con la patología en etapas terminales enfrentan desafíos interdisciplinarios que influyen en su calidad de vida en general. La mayoría de autores destacan la necesidad de estrategias personalizadas y holísticas que mezclen las cualidades clínicas, psicosociales y educativas de la gestión de la diabetes. Además, existe la necesidad de que la familia intervenga en los procesos de la toma de decisiones, considerando las necesidades y autonomía del paciente. Estos procesos deben realizarse mediante la empatía y la sensibilidad para aliviar el sufrimiento y mejorar la experiencia de los pacientes con DM en sus últimos días.

Sin embargo, hay diferencias notables en el énfasis que cada autor otorga a diferentes aspectos de la gestión al final de la vida. Por ejemplo, Maslen enfatiza dificultades estructurales como la atención fragmentada y la ausencia de protocolos estandarizados como barreras clave para lograr el confort del paciente. Dunning, por otro lado, parece dar prioridad a aspectos físicos como el control glucémico y la supresión del apetito, mientras que Angelo M. busca enfatizar la importancia del control de la glucemia y el bienestar general. Neoh proporciona un análisis más profundo de los dilemas éticos y la autonomía del paciente que otros académicos que solo lo mencionan superficialmente. En última instancia, McCoy examina la relación entre las estrategias de afrontamiento adversas y los síntomas depresivos, lo que añade una perspectiva más psicológica a las clínicas. ^(17, 33, 36, 37, 40)

En cuanto a las contribuciones, todos los autores, con sus diferentes perspectivas, aportan conceptos fundamentales que enriquecen la comprensión de la atención al final de la vida. Maslen ⁽³⁶⁾ destaca la necesidad de formular directrices estandarizadas para mejorar la calidad de la atención médica, mientras que Angelo M. y McCoy abogan por la alteración de los protocolos terapéuticos para la reducción del estrés del paciente. ^(17, 33) Por el contrario, Dunning acentúa la colaboración interprofesional y la planificación avanzada como componentes clave de una gestión mejor y más coordinada. ⁽³⁹⁾ Neoh combina la perspectiva de un paciente en foco con el aspecto de la autonomía, proporcionando así un ángulo ético. Aunque estas contribuciones son heterogéneas, todas ellas enfatizan la necesidad de atención adecuada, individual y de mejor calidad para los pacientes en los últimos días de sus vidas. ⁽³⁷⁾

Con respecto a las complicaciones físicas, Dunning, Chowdhury y Vasconcelos concuerdan en afirmar que los problemas cardiovasculares, complicaciones de sufrimiento físico como la hipoglucemia, hiperglucemia, cetoacidosis diabética y estado hiperosmolar hiperglucémico, son de gran importancia en lo que respecta a la gestión clínica y la calidad de vida en pacientes terminales. Estas condiciones no solo deterioran la salud general del paciente, sino que también aumentan significativamente las posibilidades de muerte. También existe consenso en que estas complicaciones deben ser tratadas con medidas específicas al contexto que se centren primero en reducir los efectos adversos sobre el bienestar del paciente. ^(8, 39, 42)

Otro aspecto importante en el que se coincide es la urgente necesidad de colaboración interprofesional para tratar al paciente y desarrollar un plan de tratamiento que permita modificaciones basadas en cambios según la gravedad de las complicaciones. Los autores enfatizan la supervisión constante de las condiciones físicas del paciente para evitar complicaciones más graves. En este sentido, se resalta la necesidad de cooperación entre profesionales de la salud para abordar las complicaciones agudas y las enfermedades concomitantes en el tratamiento.

La gestión clínica es un desafío multifacético, y las diferencias entre los autores radican en esta complejidad. En contraste con Vasconcelos ⁽⁴²⁾, quien enfatiza que la anorexia y la pérdida de peso son comunes entre las condiciones de los pacientes terminales y obstaculizan los efectos del tratamiento, otros autores como Chowdhury ⁽⁸⁾ dan más importancia a la existencia de condiciones comórbidas como la insuficiencia renal o hepática que deben ser tratadas con algún grado de diabetes y que impactarían directamente su manejo. Estos elementos permiten ver la necesidad de enfoques de políticas novedosas, los cuales propician una atención integral que realmente hace la diferencia en cuanto a la calidad de vida del paciente.

Las complicaciones de la diabetes para los pacientes terminales son, en mayor medida, un desafío para los sistemas de salud y tienen un impacto significativo en la salud pública. No se puede negar que estas complicaciones derivadas de condiciones crónicas generan una carga sustancial en términos de recursos de atención médica y plantean limitaciones a la capacidad de los sistemas de salud para proporcionar atención adecuada en entornos de cuidados paliativos. Dentro de este marco, es importante elaborar medidas efectivas para prevenir y gestionar estos fenómenos, asegurando la seguridad del paciente y restringiendo la exposición a riesgos innecesarios.

En cuanto a los Cuidados específicos que requieren los pacientes con diabetes en etapa terminal, los autores Holloway, Maslen y Modlinska coinciden en que se debe tener en cuenta la calidad de vida por encima de lograr un control glucémico estricto. Reducir la gestión clínica disminuye el enfoque principal que intenta resaltar la necesidad de un tratamiento menos intensivo de la diabetes, evitando complicaciones graves, como la hipoglucemia y la hiperglucemia, al proporcionar rangos seguros y cómodos para el paciente. Estas estrategias se ven aún más reforzadas por lo que se ha llegado a conocer como el enfoque de paciente integral, que aborda no solo la salud física sino también las necesidades emocionales y sociales. ^(9,36,41)

Otra característica clave de los resultados es la integración interdisciplinaria, particularmente la colaboración entre enfermeros, médicos y cuidadores en la modificación de los planes de atención a medida que la condición del paciente se deteriora. Según Dunning y Maslen, la comunicación requiere mejoras porque no solo permite una mejor atención, sino que también aumenta la confianza y el compromiso del paciente y su familia en las decisiones de tratamiento. Los autores destacan además que hay una necesidad de incorporar a los cuidadores en estas actividades educativas y de capacitación para garantizar una atención paliativa efectiva y sostenida. ^(36, 40)

Dicho esto, hay enfoques que marcan diferencias significativas. Por un lado, Modlińska ⁽⁴¹⁾ se ocupa de la ejecución de cuidados de enfermería tales como el monitoreo individualizado de la glucosa y la prevención de complicaciones particulares, mientras que Holloway ⁽⁹⁾ pone más peso en la parte psicoemocional. Este autor indica que el bienestar emocional puede llegar a ser incluso más importante que el cumplimiento estricto de las políticas clínicas, debido a que se asocia directamente con la calidad de vida del paciente en esta fase. Globalmente, los resultados resaltan la necesidad de una atención sistémica y sugieren que el balance entre lo clínico y lo emocional permite ofrecer cuidadores de calidad a estos pacientes.

En los estudios revisados, los autores coinciden en la preferencia por mejorar la calidad de vida de los pacientes diabéticos en fase terminal en lugar de un estricto control de la glucosa. Tomando en cuenta la relajación del régimen terapéutico como una forma de promover menos estrés asociado con el manejo intensivo de la enfermedad y un cuidado más amigable y centrado en el paciente. Este acuerdo refuerza la noción de que un enfoque clínico personalizado debe centrarse en el bienestar general del paciente y no solo en objetivos clínicos estrictos.

Otro punto de convergencia entre los autores es la necesidad de un enfoque interdisciplinario en el cuidado paliativo. Dunning y Maslen señalan que la colaboración de enfermeras, médicos y asistentes es crucial para proporcionar atención continua que se ajuste a la condición en constante cambio del paciente. ^(36, 39) Junto con Holloway, otros autores también subrayan la importancia de la comunicación basada en la confianza dentro de los equipos de atención para promover relaciones de trabajo entre los profesionales, el paciente y la familia. Este enfoque colaborativo mejora principalmente la calidad de la atención, pero también ayuda a fomentar la toma de decisiones compartida, lo que a su vez incrementa la participación del paciente y de los cuidadores en el proceso. ^(9, 36)

El área de enfoque y los aspectos considerados por los autores difieren. Modlińska ⁽⁴¹⁾ destaca las habilidades de cuidado de enfermería especializadas, como el control estricto de los niveles de azúcar en la sangre, la administración adecuada de medicamentos y otras medidas específicas detalladas ante complicaciones en un paciente con compromiso cognitivo. Por otro lado, Holloway ⁽⁹⁾ enfatiza los aspectos emocionales y psicológicos de la atención paliativa, afirmando que el aspecto emocional puede mejorar significativamente la calidad de vida del paciente incluso más que las intervenciones clínicas específicas. Esta divergencia presenta un enfoque más amplio en el que algunos tienden a dar un enfoque significativo a las complejidades clínicas mientras que otros lo abordan desde un ángulo emocional y psicológico más integral.

Otro aspecto diferente es cómo los autores abordan el aspecto personal del cuidado. Mientras Modlińska se centra en protocolos más estructurados para la gestión clínica, como el uso de sistemas estandarizados para prevenir complicaciones, Holloway apoya la idea de más flexibilidad en la realización de las intervenciones, modificándolas constantemente para adaptarse a las preferencias y necesidades del paciente. Este contraste destaca los diferentes enfoques que se requieren para cuidar a personas que tienen atributos distintivos y necesidades cambiantes, e ilustra que tanto la estandarización como la personalización son importantes, pero para diferentes situaciones clínicas.

Todos los expertos enfatizan en estas contribuciones a la gestión de la diabetes en el cuidado paliativo. Mientras que Modlińska y Vasconcelos se centran en medidas prácticas para evitar complicaciones graves y administrar medicamentos en situaciones difíciles, mientras que, por otro lado, Holloway ofrece una perspectiva más humana que, en medio de la humanidad y el cuidado, se centra en las necesidades emocionales del paciente y la familia. Al mismo tiempo, Dunning y Maslen han puesto énfasis en la formación de cuidadores, así como en el cambio cultural y la cooperación interdisciplinaria, y bajo ese marco, el enfoque es amplio y fluido. Estas contribuciones complementarias muestran que la combinación de aspectos clínicos, emocionales y educativos es esencial para proporcionar una respuesta efectiva y dirigida a las necesidades del paciente. ^(9, 36, 39, 41, 42)

La diversidad de enfoques también refleja la necesidad de combinar elementos clínicos y emocionales en la atención al final de la vida. Algunos autores indican la priorización de nuevas técnicas, como el control de la glucosa y la eliminación de complicaciones, y otros dan relevancia a las demandas emocionales y sociales de los pacientes y sus familias. Este contraste pone de manifiesto que la atención paliativa no puede ser reducida a intervenciones estandarizadas, sino que debe incorporar la complejidad de cada paciente. Los resultados efectivos y humanos en el cuidado se obtienen cuando se combinan la estructura y la personalización.

Con respecto a las estrategias para mejorar la calidad de vida, los autores están de acuerdo en la necesidad de dar prioridad a la comodidad del paciente sobre los estrictos objetivos de control glucémico. Por estas razones, enfatizamos la necesidad de simplificar los regímenes terapéuticos para aliviar el esfuerzo excesivo necesario en el manejo de la diabetes y evitar complicaciones graves como la hipoglucemia y la hiperglucemia.

Además, enfatizan la necesidad de fomentar la colaboración de enfermeras, médicos y otros cuidadores en la planificación e implementación de la atención interdisciplinaria. Este enfoque integral asegura un tratamiento más efectivo y refuerza la fe del paciente y su familia en el sistema de salud. Estas estrategias señalan un cambio del enfoque tradicional de cuidado, que siempre se ha centrado en los objetivos clínicos, a uno que abraza los problemas de calidad de vida.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Las vivencias de las personas con diabetes mellitus en el proceso final de la vida son complejas y multifactoriales, ya que abarcan tanto aspectos físicos como emocionales. Los pacientes experimentan complicaciones graves tales como neuropatías, nefropatías, afecciones cardiovasculares, hipoglucemia, hiperglucemia, entre otras, dando como resultado un proceso final de la vida debilitante ya que limitan la dependencia física. La salud emocional se ve también afectada, tomando en cuenta que los pacientes frecuentemente experimentan: ansiedad, depresión y estrés, por el deterioro progresivo de su salud y la proximidad a la muerte.

En la parte emocional, la incapacidad para preservar la autonomía, agrava los problemas emocionales y se evidencian sentimientos de culpa, frustración y miedo por la percepción de no haber logrado un manejo correcto de la enfermedad. La familia desempeña un papel fundamental en la gestión de las emociones y la toma de decisiones en el proceso final de la vida, así como en el cuidado del paciente, siendo fundamental ofrecer educación sobre la enfermedad, los cuidados paliativos y el apoyo emocional necesario para brindar un final digno y tranquilo.

El personal de enfermería cumple una función esencial en la provisión de cuidados integrales y personalizados, desempeñando un papel de educadores, cuidadores y mediadores en las interacciones entre el paciente y la familia. Para lo cual se deben integrar intervenciones de enfermería basándose en un enfoque flexible, priorizando la mejora de la calidad de vida del paciente, a través de la mitigación del dolor, la regulación de los niveles glucémicos sin la necesidad de intervenciones invasivas. De este modo, una correcta planificación de la atención facilita la alineación de las decisiones con las aspiraciones del paciente, priorizando el confort.

5.2. Recomendaciones

- Se recomienda al Ministerio de Salud Pública (MSP) la implementación de protocolos de enfermería específicos en la atención paliativa para pacientes en fase terminal de diabetes mellitus, que comprendan una gestión apropiada de las complicaciones físicas, tales como neuropatías, nefropatías y patologías cardiovasculares. Estos protocolos deben otorgar prioridad al confort del paciente a través de la minimización de intervenciones invasivas y la mejora del control glucémico.
- Se sugiere al Ministerio de Salud Pública (MSP) la implementación de programas de apoyo psicológico y terapias de acompañamiento emocional para pacientes terminales con diabetes mellitus, incorporando estrategias como la psicoterapia y la asistencia espiritual. Es imperativo incorporar sesiones de asesoramiento para los familiares, facilitándoles la gestión de su función como cuidadores y la gestión del proceso de duelo.
- Se plantea establecer y poner en práctica un enfoque de atención interdisciplinaria que incorpore a profesionales de la salud como médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales y nutricionistas. El propósito es abordar de forma integral los aspectos físicos, emocionales y sociales de los pacientes, este equipo multidisciplinario debería reunirse con regularidad para analizar y ajustar las estrategias de cuidado, tomando en cuenta la evolución y prioridades de cada caso. La recomendación está dirigida a todos los profesionales de la salud, asimismo, se sugiere que el Ministerio de Salud Pública (MSP) evalúe la posibilidad de implementarlo a nivel institucional en el sistema sanitario.
- Se recomienda a la carrera de Enfermería fomentar la planificación anticipada en el cuidado paliativo a través de la formación del personal sanitario en comunicación empática y en la formulación de directrices previamente establecidas. Esta medida facilitará que las decisiones se adopten respetando los valores, aspiraciones y autonomía del paciente, reduciendo así la incertidumbre para la familia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Idrees T, Castro-Revoredo IA, Migdal AL, et al. Update on the management of diabetes in long-term care facilities. *BMJ Open Diab Res Care* [Internet]. 2022 [citado 12 Nov 2024];39(2). Disponible en: <https://drc.bmj.com/content/10/4/e002705>.
2. Russo MP, Grande-Ratti MF, Burgos MA, Molaro AA, Bonella MB. Prevalence of diabetes, epidemiological characteristics and vascular complications. *Arch Cardiol Mex* [Internet]. 2023 [citado 12 Nov 2024];93(1). Disponible en: <https://doi.org/10.24875/ACM.21000410>
3. Instituto Nacional de estadísticas y censos. Estadísticas Vitales Registro Estadístico de Defunciones Generales de 2020. Ecuador. [Internet]. 2020 [citado 12 Nov 2024] Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Defunciones_Generales_2020/2021-06-10_Principales_resultados_EDG_2020_final.pdf
4. Ministerio de Salud Pública. Guía de Práctica Clínica (GPC) de Diabetes mellitus tipo 2. Primera Edición Quito: Dirección Nacional de Normatización. [Internet]. 2017 [citado 19 Nov 2024] Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/05/Diabetes-mellitus_GPC.pdf
5. Sola, T., Sola, FM. & Jehkonen, M. The Effects of Type 2 Diabetes on Cognitive Performance: A Review of Reviews. *Int.J. Behav. Med.* [Internet]. 2024 [citado 19 Nov 2024] 31(1)944–958. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s12529-024-10274-6>
6. Dunning T. Cuidados paliativos y al final de la vida: Aspectos vitales del cuidado holístico de la diabetes en personas mayores con diabetes. *Diabetes Spectr.* [Internet] 2020 [citado 19 Nov 2024] 33(3). Disponible en: <https://doi.org/10.2337/ds20-0014>.
7. Mary E. Lacy, Paola Gilsanz, Chloe Eng, Michal S. Beerl, Andrew J. Karter, Rachel A. Whitmer; Severe Hypoglycemia and Cognitive Function in Older Adults With Type 1 Diabetes: The Study of Longevity in Diabetes (SOLID). *Diabetes Care* [Internet] 2020 [citado 19 Nov 2024] 43(3). Disponible en: <https://doi.org/10.2337/dc19-0906>

8. Chowdhury S, Alam S, Chowdhury R, Barua S. Manejo de la diabetes al final de la vida. [Internet] 2021 [citado 19 Nov 2024] 3(1) Disponible en: <https://doi.org/10.24018/ejmed.2021.3.1.706>.
9. Holloway K, Toye C. End-of-life care for older adults with type 2 diabetes: A systematic review. BMC Palliative Care [Internet] 2021 [citado 19 Nov 2024] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34154579/>.
10. Dunning TL. Palliative and End-of-Life Care: Vital Aspects of Holistic Diabetes Care of Older People With Diabetes. Diabetes Spectr. [Internet] 2020 [citado 28 Nov 2024] 33(3). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7428665/>.
11. Tietjen A, Ghandour R, Mikki N, Jerdén L, Eriksson J, Husseini A. Quality of life of type 2 diabetes mellitus patients in Ramallah and al-Bireh Governorate–Palestine: a part of the Palestinian diabetes complications and control study. Quality of life research [Internet] 2021 [citado 28 Nov 2024] 30(5). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33651277/>.
12. Katsarou A, Gudbjörnsdóttir S, Rawshani A, Dabelea D, Bonifacio E, Anderson B, et al. Type 1 diabetes mellitus. Nature reviews. Disease primers [Internet] 2017 [citado 28 Nov 2024]30(3). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28358037/>.
13. Bettencourt-Silva R, Aguiar B, Sá-Araújo V, Barreira R, Guedes V, Ribeiro M, et al. Diabetes-related symptoms, acute complications and management of diabetes mellitus of patients who are receiving palliative care: a protocol for a systematic review. BMJ Open [Internet] 2019 [citado 30 Nov 2024] 9(6). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31203247/>.
14. Ghandour R, Mikki N, Rmeileh A, Jerdén L, Norberg M, Eriksson J, et al. Complications of type 2 diabetes mellitus in Ramallah and al-Bireh: The Palestinian Diabetes Complications and Control Study. Primary care diabetes. [Internet] 2020 [citado 30 Nov 2024] (12)6 . Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2018.07.002>.
15. Reina-Bueno M, Palomo-Toucedo I, Medina-Núñez M, Munuera-Martínez P, Castro-Méndez A, Vázquez-Bautista M. Impact on the Quality of Life and Physiological Parameters in Patients with Diabetes Mellitus. Applied Sciences. [Internet] 2021

- [citado 30 Nov 2024] 11(15). Disponible en: <https://doi.org/10.3390/app11156829>.
16. Mitratza M, Kunst A, Harteloh P, Nielen M, Klijs B. Prevalence of diabetes mellitus at the end of life: an investigation using individually linked cause-of-death and medical register data. *Diabetes research and clinical practice*. [Internet] 2020 [citado 30 Nov 2024] 160. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31911247/>.
 17. McCoy M, Theeke L. A systematic review of the relationships among psychosocial factors and coping in adults with type 2 diabetes mellitus. *International journal of nursing sciences*. [Internet] 2019 [citado 30 Nov 2024] 6(4). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31728402/>.
 18. Jeffreys E, Rosielle D. Diabetes Management at the End-of-Life. *PC Now* [Internet] 2019 [citado 30 Nov 2024] Disponible en: <https://www.mypcnow.org/fast-fact/diabetes-management-at-the-end-of-life/>.
 19. Barnard K, Gonder L, Weissberg J. Psychosocial Aspects of Diabetes Technologies: Commentary on the Current Status of the Evidence and Suggestions for Future Directions. *J Diabetes Sci Technol*. [Internet] 2024 [citado 30 Nov 2024] 19(1). Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11571636/>.
 20. Gómez E, González T, Fresan A, Juárez I, Martínez M, Barjau H, Ramírez I, Martínez E, Rodríguez E, Villar M, et al. Decreased Quality of Life in Individuals with Type 2 Diabetes Mellitus Is Associated with Emotional Distress. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. [Internet] 2019 [citado 2 Dic 2024] 16(15). Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph16152652>.
 21. Romano P, Moura L, Mucci L, Malta T, Gonzalez A, Salzedas N, Rangel E, Lopes G, Silva H. The quality of life in type I diabetic patients with end-stage kidney disease before and after simultaneous pancreas-kidney transplantation: a single-center prospective study. *Transplant International* [Internet] 2020 [citado 2 Dic 2024] 33(3). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31794062/>
 22. Alshammari M, Windle R, Bowskill D, Adams G. The Role of Nurses in Diabetes Care: A Qualitative Study. *Open Journal of Nursing* [Internet] 2021 [citado 2 Dic 2024] 11(8). Disponible en: <https://www.scirp.org/journal/paperinformation?paperid=111409>.

23. Young-Hyman D, de Groot M, Hill-Briggs F, Gonzalez JS, Hood K, Peyrot M. Psychosocial Care for People With Diabetes. *Psychosocial Research and Care in Diabetes*. [Internet] 2016 [citado 2 Dic 2024] 39 (12) Disponible en: <https://doi.org/10.2337/dc16-2053>.
24. Dunning T, Martin P. Palliative and end of life care of people with diabetes: Issues, challenges and strategies. *Diabetes Res Clin Pract*. [Internet] 2018 [citado 2 Dic 2024] 143(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29097287/>.
25. Pavlović B. Nurses' role in the multidisciplinary care of the patient with diabetes. *International Journal of Integrate Care*. [Internet] 2021 [citado 2 Dic 2024] 21. Disponible en: <https://ijic.org/articles/10.5334/ijic.ICIC20249>.
26. Yaros V. US Nurses' Perceptions of Their Role in Diabetes Care. *Nursing & Health Sciences Research Journal*. [Internet] 2021. [citado 2 Dic 2024] 4(1). Disponible en: <https://scholarlycommons.baptisthealth.net/cgi/viewcontent.cgi?article=1107&context=nhsrj>.
27. Hu L, Jiang W. Assessing perceptions of nursing knowledge, attitudes, and practices in diabetes management within Chinese healthcare settings. *Public Health*. [Internet] 2024 [citado 2 Dic 2024] 12(12). Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1426339>.
28. Jeffreys E, Drew A . Diabetes Management at the End-of-Life. *Paliative Care*. [Internet] 2019 [citado 5 Dic 2024] Disponible en: <https://www.mypcnow.org/fastfact/diabetes-management-at-the-end-of-life/>.
29. Figueredo Borda Natalie, Ramírez-Pereira Mirliana, Nurczyk Selene, Diaz-Videla Valeria. Modelos y Teorías de Enfermería: Sustento Para los Cuidados Paliativos. *Enfermería (Montevideo)* [Internet] 2019 [citado 5 Dic 2024] 8(2). Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062019000200022&lng=es. Epub 01-Dic-2019. <https://doi.org/10.22235/ech.v8i2.1846>.
30. Ferrer AC. Importancia de la enfermera en el paciente con diabetes - Asociación Diabetes Madrid. [Internet] 2019. Disponible en: <https://diabetesmadrid.org/importancia-de-la-enfermera-en-elpaciente-con->.
31. Chero Tapullima V, Curo Vasquez D, Huanca Esquivel J, Lázaro Lizano C, Gonzales Saldaña S, Molina Torres J. Proceso de cuidado enfermero aplicado en un paciente

- con diabetes mellitus tipo 2. [Internet] 2023 [citado 5 Dic 2024] 3(1) Disponible en: <https://doi.org/10.33326/27905543.2023.1.1836>.
32. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Monitoreo continuo de glucosa. [Internet] 2023 [citado 5 Dic 2024] Disponible en: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/diabetes/informacion-general/manejo/monitoreo-continuo-de-glucosa>.
33. Angelo M, Ruchalski C, Sproge BJ. Diabetes Care. [Internet] 2022 [citado 5 Dic 2024] 45(1). Disponible en: <https://doi.org/10.2337/dc22-S013>.
34. Akdeniz M, Yardımcı B, Kavukcu E. Ethical considerations at the end-of-life care. SAGE Open Medicine [Internet] 2021 [citado 5 Dic 2024] 12(9). Disponible en: [10.1177/20503121211000918](https://doi.org/10.1177/20503121211000918).
35. Cortázar C. Implicancias éticas y jurídicas de la maternidad subrogada en el proyecto de reforma al Código Orgánico de Salud del Ecuador. [Internet] 2018 [citado 18 Dic 2024] 7(3). Disponible en: <http://repositorio.ulvr.edu.ec/handle/44000/3683>.
36. Maslen A. Diabetes in end of life care. Innovait. [Internet] 2019 [citado 18 Dic 2024] 12(7). Disponible en: [10.1177/1755738019842896](https://doi.org/10.1177/1755738019842896).
37. Neoh S. Case Commentary: a Reflection on Ethical Dilemma in End-of-Life Care. [Internet] 2017 [citado 18 Dic 2024] 9. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s41649-017-0013-0>.
38. Dunning T, Martin P, Savage S. The experiences and care preferences of people with diabetes at the end of life: A qualitative study. Journal of Hospice & Palliative Nursing [Internet] 2020 [citado 18 Dic 2024] 14(4). Disponible en: https://journals.lww.com/jhpn/abstract/2012/06000/the_experiences_and_care_preferences_of_people.10.aspx.
39. Organización Mundial de la Salud (OMS). Cuidados Paliativos: Informe sobre la importancia de los cuidados paliativos en la salud pública. Ginebra: OMS; 2018. Disponible en: <https://www.who.int>
40. Dunning T. Palliative and End-of-Life Care: Vital Aspects of Holistic Diabetes Care of Older People With Diabetes. Diabetes Spectr [Internet] 2020 [citado 18 Dic 2024] 33(3) Disponible en:

<https://diabetesjournals.org/spectrum/article/33/3/246/32281/Palliative-and-End-of-Life-Care-Vital-Aspects-of>.

41. Kalra S, Jena B, Yeravdekar R. Emotional and Psychological Needs of People with Diabetes. Indian journal of endocrinology and metabolism [Internet] 2018 [citado 18 Dic 2024] 22(5). Disponible en: [10.4103/ijem.IJEM_579_17](https://doi.org/10.4103/ijem.IJEM_579_17).
42. Modlińska A, Wolnik B. Diabetic Patient in Palliative Care. ICI World of Journals [Internet] 2018 [citado 18 Dic 2024] 1(12). Disponible en: <https://journals.indexcopernicus.com/search/article?articleId=3038217>.
43. Vasconcelos A, Oliveira B, Soares J, Ferraz G. Controlo e Tratamento da Diabetes Mellitus em Fim de Vida: Revisão. Medicină internă [Internet] 2020 [citado 18 Dic 2024] 27(3). Disponible en: doi: 10.24950/R/109/20/3/2020
44. June, James. Dying well with diabetes. Annals of palliative medicine [Internet] 2019 [citado 18 Dic 2024] 8(2) Disponible en: doi: 10.21037/APM.2018.12.10
45. Frota , Lopes , Onofre , Dodou , Guedes . Aplicabilidade do modelo de adaptação de Roy no cuidado ao paciente diabético. Braz. J. Hea. Rev. [Internet]. 2020 [citado 18 Dic 2024];3(4):10699-70. Disponible: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/15712>

ANEXOS

ALGORITMO DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

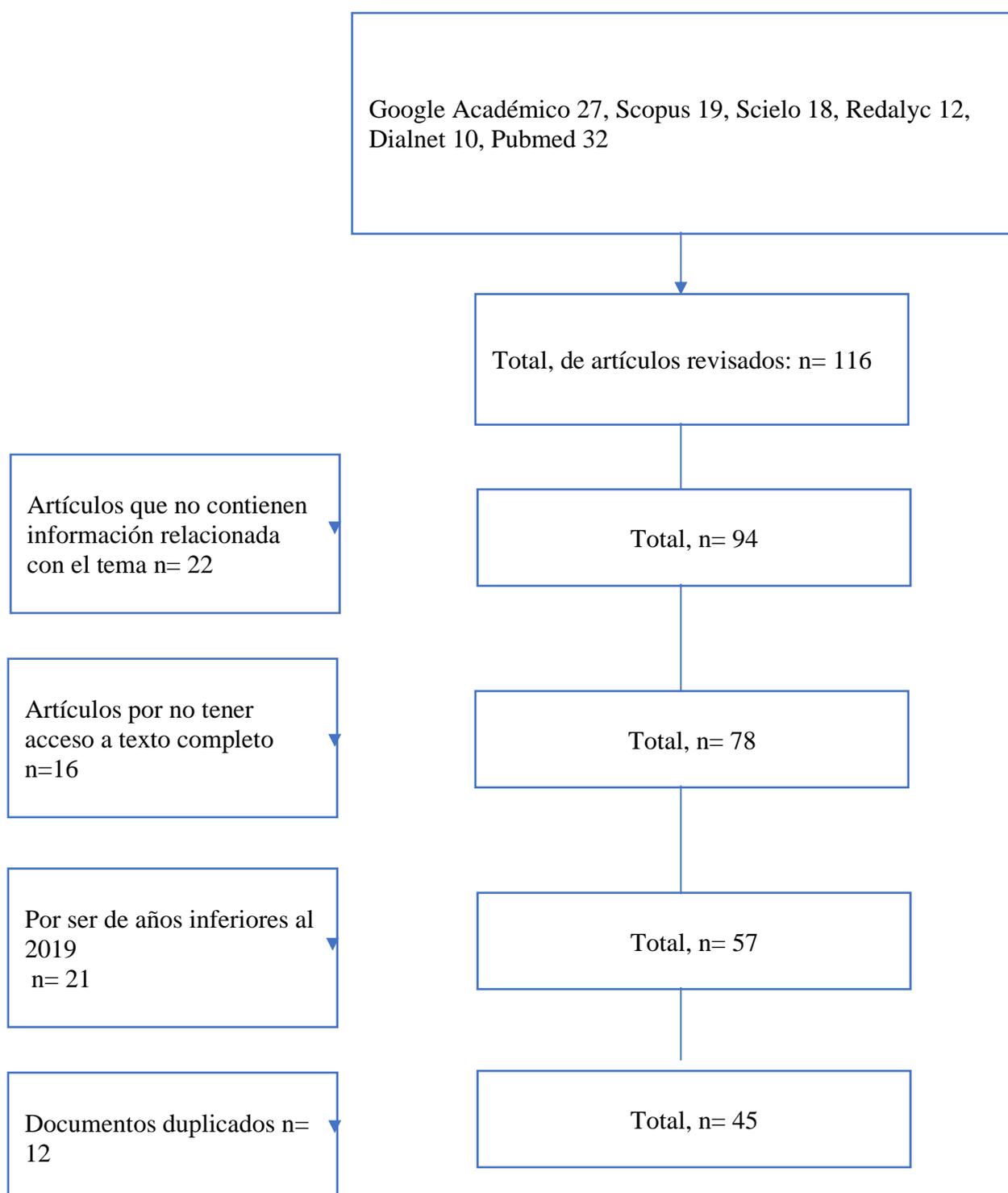


Ilustración 1. Flujograma

Tabla 1. Triangulación de la información

Título Autor/es Año	Metodología	Categoría	Semejanzas	Diferencias	Aporte
Diabetes in end of life care Maslen, A. 2019	Se basa en una revisión de la literatura existente y en las directrices clínicas actuales para proporcionar recomendaciones prácticas.	Vivencias de los pacientes con diabetes mellitus al final de la vida	Maslen, Dunning, Neoh y McCoy coinciden en destacar que los pacientes con diabetes al final de la vida enfrentan importantes desafíos emocionales, como ansiedad, depresión o dificultad para adaptarse a los cambios en la atención médica.	Maslen Destaca la atención fragmentada y la falta de guías estandarizadas como barreras principales para brindar comodidad y dignidad al paciente. Dunning se enfoca más en los desafíos físicos, como la disminución del apetito y la regulación glucémica, además del impacto emocional para pacientes y familias. McCoy agrega que los estilos de afrontamiento negativos, como el	En la mayoría de estudios existe consenso en que los pacientes con diabetes al final de la vida enfrentan retos significativos tanto físicos como emocionales y en la importancia de brindar un enfoque holístico y personalizado que priorice la calidad de vida y el confort. Es importante plantear estrategias que ayuden a sobrellevar la experiencia de estos pacientes, las mismas deben estar
Diabetes, Palliative and End-of-Life Care Dunning, T. 2020	Aunque el artículo no detalla una metodología de investigación específica, se basa en la		Tanto Anghelo M. como Dunning y Neoh subrayan que es fundamental adaptar las estrategias de tratamiento a las necesidades, preferencias y objetivos individuales de		

	<p>experiencia clínica y en la revisión de la literatura existente para proporcionar estrategias que integren los cuidados paliativos en la atención holística y personalizada de la diabetes en personas mayores. Se enfatiza la importancia de la toma de decisiones compartida</p>		<p>cada paciente para equilibrar la calidad de vida y el confort.</p> <p>Maslen y Anghelo M. coinciden en señalar que los dilemas éticos y la comunicación deficiente pueden dificultar el enfoque personalizado.</p> <p>Dunning y Maslen coinciden en que la participación de la familia puede ser complicada debido a dificultades en la comunicación, dilemas éticos y la adaptación a nuevas prioridades de salud y esto hace sentir a los pacientes culpables de causar molestias, lo cual</p>	<p>aislamiento y la resignación, están asociados con una menor calidad de vida.</p> <p>Neoh pone énfasis en la autonomía del paciente y en los dilemas éticos que surgen cuando sus decisiones difieren de las expectativas médicas o familiares.</p> <p>Anghelo M. enfatiza la necesidad de equilibrar el control glucémico con la calidad de vida, considerando experiencias variadas y la adherencia al tratamiento</p> <p>McCoy Profundiza en los estilos de afrontamiento negativos, su relación con</p>	<p>enfocadas en proveer un enfoque centrado, adaptando las intervenciones a las necesidades y preferencias del paciente, aunque estas representen un desafío y vayan en contra de los deseos de la familia o el personal de salud.</p> <p>Es fundamental brindar apoyo constante al paciente y a la familia para reducir el impacto de la depresión, ansiedad y estrés que se presentan ante la incertidumbre de la enfermedad, para lo cual se puede desarrollar</p>
--	---	--	---	---	---

	entre los pacientes, sus familias y los profesionales de la salud.		aumenta el nivel de estrés en esta etapa del final de la vida.	síntomas depresivos y cómo estos afectan la calidad de vida. Neoh menciona explícitamente la importancia de respetar la autonomía del paciente, aunque en la mayoría de casos se evidencian decisiones que no coinciden con las expectativas familiares.	estrategias de afrontamiento positivas a través de técnicas como la escucha activa, la terapia psicológica breve y la meditación guiada. Se debe promover la comunicación efectiva entre el equipo de salud, el paciente y la familia evitando de esta manera malentendidos y fortaleciendo la toma de decisiones compartida sobre los objetivos del cuidado y la planificación anticipada, de este modo educar al paciente y a la familia sobre los cambios en el manejo de la
Case Commentary: a Reflection on Ethical Dilemma in End-of-Life Care Neoh, S. 2017	El estudio utiliza una metodología de revisión narrativa para compilar y presentar recomendaciones prácticas sobre el manejo de la diabetes en el contexto de cuidados paliativos y al final de la vida.				

<p>An approach to diabetes mellitus in hospice and palliative medicine. Angelo M, Ruchalski C, Sproge BJ. 2011</p>	<p>La metodología de este estudio se basa en la experiencia clínica de los autores y en la revisión de la literatura.</p>				<p>diabetes y las modificaciones que se van a realizar. La empatía y la sensibilidad en este proceso son esenciales para aliviar el sufrimiento y mejorar la experiencia de los pacientes con diabetes en sus últimos días.</p>
<p>Systematic review of the relationships among psychosocial factors and coping in adults with type 2 diabetes mellitus. McCoy, M; Theeke, L. 2019</p>	<p>En este artículo se empleó una metodología de revisión sistemática para analizar cómo diversos factores psicosociales se relacionan con los mecanismos de</p>				

	afrontamiento en adultos con diabetes mellitus tipo 2.				
Management of Diabetes at the End of Life Chowdhury, Sumon Rahman Chowdhury, Sultana Ruma Alam, Rezaul Haider Chowdhury, Shangkar Barua 2021	Revisión de literatura sobre los retos en el manejo de la diabetes al final de la vida, incluyendo factores éticos, clínicos y psicosociales. Examina protocolos recomendados para ajustar el control glucémico y la	Complicaciones físicas	Los autores concuerdan en que entre las complicaciones de la diabetes mellitus en el proceso final de la vida se encuentran las, enfermedades cardiovasculares, retinopatía, nefropatía, neuropatía, hipoglucemia e hiperglucemia, cetoacidosis diabética, estado hiperosmolar hiperglucémico y pie diabético, Estas complicaciones convierten	Vasconcelos menciona que los pacientes terminales a menudo experimentan anorexia y pérdida de peso, lo que puede complicar aún más el manejo de la diabetes y afectar la eficacia de los tratamientos La presencia de enfermedades concomitantes, como la insuficiencia renal o hepática, puede complicar el manejo de la	Las complicaciones vinculadas a la diabetes constituyen un reto crítico en el ámbito de la salud pública, debido a su influencia directa en la morbilidad y mortalidad, así como en los costos de atención sanitaria. La diabetes incrementa notablemente la susceptibilidad a patologías cardiovasculares, siendo las principales causas de complicaciones en los

	frecuencia de monitoreo en pacientes terminales.		a la diabetes mellitus en una de las enfermedades con mayor impacto ya que pueden agravar el estado de salud del paciente.	diabetes y requerir ajustes en la medicación	pacientes diabéticos. Adicionalmente, las complicaciones microvasculares, tales como la retinopatía y la nefropatía diabética, constituyen un riesgo considerable, impactando severamente en la calidad de vida de los pacientes. La correcta prevención y gestión de factores de riesgo tales como la hipertensión, la dislipemia y la regulación de la glucosa son esenciales para disminuir la prevalencia de dichas complicaciones. Es imperativo instaurar políticas de salud pública
Palliative and End-of-Life Care: Vital Aspects of Holistic Diabetes Care of Older People With Diabetes Dunning, T. 2020	Revisión teórica sobre los cuidados paliativos en diabetes.				
Controlo e Tratamento da Diabetes Mellitus em Fim de Vida: Revisão Vasconcelos, Soares, Ferraz. 2020	El estudio consistió en una revisión narrativa basada en la búsqueda de artículos de revisión, estudios				

	observacionales, artículos de opinión y directrices.				que otorguen prioridad al control holístico de la diabetes y sus complicaciones vasculares para atenuar su repercusión económica y optimizar los resultados en la salud de la población.
Diabetes in end of life care Maslen, A. 2019	Se basa en una revisión de la literatura existente y en las directrices clínicas actuales para proporcionar recomendaciones prácticas	Cuidados específicos	A partir de los enfoques presentados todos los autores enfatizan la importancia de ajustar la atención según las necesidades específicas del paciente, priorizando la calidad de vida sobre objetivos estrictos de control glucémico.	Holloway pone mayor énfasis en el impacto emocional y psicológico de los cuidados paliativos, mencionando que en este punto de la enfermedad es mucho más importante que la aplicación de estrategias clínicas específicas como el monitoreo glucémico, el ajuste de medicamentos y	Todos los autores coinciden en que los cuidados de enfermería en pacientes con diabetes mellitus al final de la vida deben centrarse en un enfoque holístico y personalizado, integrando elementos clínicos, emocionales y educativos. Sin embargo, las diferencias radican en el

		<p>Maslen, Dunning, y Chowdury coinciden en que los regímenes terapéuticos deben simplificarse para minimizar el estrés y los riesgos asociados al manejo intensivo de la diabetes. Los autores concuerdan en la necesidad de alejarse del control riguroso de la glucosa en sangre, favoreciendo rangos que prevengan síntomas molestos y complicaciones graves.</p> <p>Dunning, y Chowdury destacan que el control glucémico debe centrarse en evitar hipoglucemia e</p>	<p>la prevención de complicaciones.</p> <p>Modlińska menciona la importancia de ejecutar cuidados de enfermería específicos para pacientes con diabetes mellitus en el proceso del final de la vida, estos incluyen la monitorización y el manejo individualizado y estricto de la glucosa para mantener la calidad de vida. Además menciona que es crucial prevenir complicaciones como la hipoglucemia y la hiperglucemia, especialmente en pacientes con deterioro</p>	<p>grado de énfasis puesto en la planificación anticipada, la estandarización de protocolos y la integración de cuidados emocionales versus clínicos. Estas perspectivas complementarias pueden enriquecer los enfoques para mejorar la calidad de vida de estos pacientes. La adaptación de los cuidados paliativos a las necesidades específicas del paciente es esencial para asegurar una atención holística y humanizada en fases terminales, dado que</p>
--	--	--	---	---

			<p>hiperglucemia severa, con un enfoque flexible basado en la comodidad del paciente.</p> <p>La colaboración entre enfermeras, médicos y cuidadores es una constante en todos los enfoques. Holloway subraya la necesidad de una comunicación efectiva entre los equipos para adaptar continuamente los planes de atención. Dunning y Maslen también enfatizan la importancia de involucrar a la familia en el proceso de toma de decisiones.</p>	<p>cognitivo. Además, garantizar la administración adecuada de los medicamentos, incluida la insulina y los agentes orales, y brindar educación a los cuidadores es esencial para un control eficaz de la diabetes.</p> <p>Vasconcelos en su artículo sugiere que los valores objetivo para el control metabólico deben ajustarse en función de la esperanza de vida del paciente. Los pacientes con una esperanza de vida media de meses deben tolerar niveles de glucosa</p>	<p>facilita el tratamiento de los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales del paciente, respetando sus valores y preferencias. Este enfoque demanda una evaluación constante y modificaciones dinámicas en las intervenciones clínicas, garantizando la mitigación del dolor, la gestión de síntomas y el respaldo emocional tanto al paciente como a su familia. Adicionalmente, potencia la gestión clínica a través de la cooperación interdisciplinaria, la instrucción sobre el proceso de la enfermedad</p>
--	--	--	---	--	--

			<p>Todos los autores resaltan el componente emocional en los cuidados paliativos. Holloway D en particular, destaca la atención emocional como un pilar central, mientras que Maslen y Modlińska mencionan la educación tanto del paciente como de sus cuidadores como esencial para un manejo efectivo.</p>	<p>en sangre de entre 108 y 270 mg/dL.</p> <p>Para aquellos a los que solo les quedan semanas o días de vida, los niveles entre 180 y 360 mg/dL pueden ser aceptables</p> <p>June menciona que, en el manejo de la glucemia, es importante que la relajación de cualquier objetivo clínico se discuta con la persona, sus familias o cuidadores, ya que algunos pueden percibir este cambio como una demostración de que el profesional de la salud está "dando por</p>	<p>y la toma de decisiones colectivas, fomentando de este modo una atención digna, personalizada y ética que mejora la calidad de vida en los momentos finales.</p> <p>La atención a pacientes con diabetes en entidades sanitarias demanda directrices prácticas que fomenten estándares uniformes, con el objetivo de optimizar tanto la calidad como la seguridad de los servicios proporcionados. Entre estas se incluyen: establecer objetivos glucémicos</p>
--	--	--	--	---	--

				<p>vencido". También es posible que deseen continuar con sus objetivos de glucosa habituales, por lo que cualquier plan de atención tendría que ser una decisión conjunta.</p>	<p>individualizados, priorizando el bienestar general sobre metas estrictas, especialmente en pacientes con comorbilidades o limitaciones funcionales; implementar protocolos estandarizados para el monitoreo de glucosa, con frecuencia adaptada a la condición clínica del paciente, asegurando la detección temprana de descompensaciones; diseñar planes de tratamiento simplificados, favoreciendo regímenes terapéuticos de bajo riesgo como insulina basal o agentes orales seguros, y</p>
--	--	--	--	--	--

					<p>minimizando esquemas complejos que puedan aumentar el riesgo de errores o complicaciones; capacitar al personal sobre el manejo integral de la diabetes, incluyendo el reconocimiento de emergencias metabólicas, la prevención de complicaciones crónicas y el uso adecuado de dispositivos médicos; y fomentar la comunicación efectiva entre equipos interdisciplinarios para evaluar regularmente el estado de los pacientes y ajustar los cuidados conforme a sus necesidades cambiantes.</p>
--	--	--	--	--	---

