

ORIGINAL

Efectos secundarios y prácticas para mejorar la gestión de la diabetes tipo 2 desde el punto de vista de la vivencia del individuo y de la gestión de la atención sanitaria. Revisión narrativa



Nuria Nombela Manzaneque^{a,b,*}, Diana Pérez-Arechaederra^c
y José Manuel Caperos Montalbán^{a,b}

^a Fundación San Juan de Dios, Madrid, España

^b Centro de Ciencias de la Salud San Rafael, Universidad Antonio de Nebrija, Madrid, España

^c Management Department, ESCP Europe Business School, Madrid, España

Recibido el 16 de agosto de 2018; aceptado el 28 de mayo de 2019

Disponible en Internet el 10 de agosto de 2019

PALABRAS CLAVE

Pacientes;
Diabetes mellitus
tipo 2;
Estudio cualitativo;
Diagnóstico;
Tratamiento;
Conocimientos
del paciente;
Preguntas;
Dudas;
Consultas;
Preocupaciones

Resumen

Introducción: El número de enfermos de diabetes tipo 2 está creciendo de forma alarmante. Este aumento está causando problemas personales, familiares, sociales, económicos y políticos. El objetivo de este artículo es revisar los efectos secundarios de los tratamientos, complicaciones que experimentan los pacientes y prácticas para mejorar la gestión de esta enfermedad desde el punto de vista de la vivencia del individuo y de la gestión de la atención sanitaria.

Material y métodos: Se realizó una revisión narrativa de los estudios sobre la diabetes tipo 2 publicados en inglés y en español indexados en PubMed, Science Direct, Cinahl, MedLine, Psychology and Behavioral Sciences Collection y Google Académico. Se identificaron 1.118 artículos, de los cuales 42 se referían a los objetivos de la revisión y cumplían los criterios de inclusión.

Resultados: Los efectos secundarios y complicaciones que experimentan los pacientes y la percepción de recibir escasa información repercuten en una falta de adherencia al tratamiento. Esto implica una disminución de la salud de los pacientes y un aumento de los costes sanitarios. Las propuestas de los estudios revisados encaminan las acciones para mejorar la adherencia al tratamiento y así mejorar la calidad de vida del paciente, disminuir los efectos secundarios, la mortalidad y, por tanto, los costes asociados a esta enfermedad a través de: 1) tener un acceso a la atención médica rápido y fácil, 2) una educación de calidad y 3) permitir que el paciente participe en las decisiones de su tratamiento y autogestione su enfermedad para realizar los mínimos cambios en su estilo de vida.

© 2019 SEEN y SED. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nurianom@gmail.com (N. Nombela Manzaneque).

KEYWORDS

Patients;
 Type 2 diabetes
 mellitus;
 Qualitative research;
 Diagnosis;
 Treatment;
 Patient knowledge;
 Questions;
 Doubts;
 Queries;
 Worries

Side effects and practices to improve management of type 2 diabetes mellitus from the viewpoint of patient experience and health care management. A narrative review
Abstract

Introduction: There is an alarming increase in the number of patients with type 2 diabetes mellitus. This increase is causing personal, family, social, economic, and political problems. The aim of this article is to review the side effects of treatments, the complications suffered by patients, and the practices to improve management of this disease from the viewpoint of the experience of patients and health care management.

Material and methods: A narrative review was conducted of studies on type 2 diabetes mellitus published in English and Spanish indexed in PubMed, Science Direct, Cinahl, MedLine, Psychology and Behavioral Sciences Collection, and Google academic. A total of 1,118 articles were found, 42 of which referred to the objectives of the review and met the inclusion criteria.

Results: The side effects and complications experienced by patients and their perception that they do not receive adequate information, together with poor satisfaction, lead to non-adherence to treatment, which impairs patient health and increases health care costs. The proposals in the reviewed studies guide the actions to improve treatment adherence and, thus, quality of life of patients, to decrease side effects and mortality and, therefore, the costs associated to type 2 diabetes mellitus through: 1) quick and easy access to medical care, 2) quality health education, and 3) participation of patients in the decisions about their treatment and in self-management of their disease to make minimum changes in their lifestyles.

© 2019 SEEN y SED. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2014, el 9% de los adultos de la población mundial tenían diabetes. Lejos de disminuir, esta patología está aumentando preocupantemente¹. La OMS pronostica que será la 7.^a causa de mortalidad en 2030². En 2012 fallecieron 1,5 millones de personas por esta enfermedad². Dentro de los países más desarrollados, España es uno de los que presenta un incremento mayor³. En España, un 13,8% de la población presenta diabetes tipo 2, es decir, 5,3 millones de españoles mayores de 18 años. En las últimas décadas se ha observado un aumento de esta enfermedad por el incremento de la población obesa, sedentaria y con una dieta rica en hidratos de carbono^{4,5}.

Por tanto, esta enfermedad se considera uno de los principales problemas de salud mundial^{6,7}. Manejar esta enfermedad a nivel personal, familiar, social, económico y político se ha convertido en un verdadero reto para las personas y los gobiernos⁸. A nivel personal, requiere un esfuerzo constante físico y emocional que parece ser uno de los grandes impedimentos para el seguimiento del tratamiento por parte del paciente^{9,10}. A nivel económico, en Estados Unidos, en 2007, la diabetes tipo 2 supuso más del 10% del total del gasto sanitario. Por otro lado, la pérdida de productividad por baja médica o disminución del rendimiento laboral, accidentes o incapacidades supone un coste financiero añadido al coste sanitario^{6,7,11}.

Para poder proponer medidas que palién las consecuencias y mejoren la gestión de esta enfermedad, necesitamos saber cómo afectan los tratamientos a las personas, qué complicaciones son las más habituales y qué prácticas de mejora se están implementando. Hasta la fecha no contamos con una revisión que abarque estos puntos. El objetivo

de este estudio es obtener la información con relación a la diabetes tipo 2 sobre: a) las consecuencias derivadas de la gestión actual de la diabetes y b) las prácticas llevadas a cabo actualmente para mejorar la gestión de la situación actual.

Material y métodos

Se realizó una revisión narrativa de la literatura científica siguiendo los criterios de la declaración PRISMA¹² en cuanto a criterios de elegibilidad, fuentes de información, búsqueda, selección de los estudios, proceso de recopilación de datos y lista de datos. Se realizaron búsquedas en las bases de datos: PubMed, Science Direct, Cinahl, MedLine, Psychology and Behavioral Sciences Collection y en Google Académico. Se procedió a realizar las búsquedas con los mismos términos, aunque adaptados a los requisitos concretos de cada base de datos (tabla 1). Adicionalmente, se obtuvieron publicaciones mediante búsqueda inversa considerando los artículos recuperados.

Para ser incluidos en el estudio, los trabajos debían: a) tratar sobre las temáticas planteadas en los objetivos de este trabajo, b) estar publicados en lengua inglesa o española, c) estar desarrollados en contextos culturales occidentales y d) referirse a pacientes adultos con diabetes tipo 2.

De los 1.059 artículos recuperados, se realizó un primer cribado mediante el título y el resumen para hacer una selección de los artículos que se relacionaban con los objetivos del trabajo. Complementariamente se revisaron las listas de referencias de los artículos seleccionados recogiendo aquellos trabajos que se ajustaran a la temática escogida, añadiendo 59 trabajos. Del total de referencias

Tabla 1 Estrategias de búsqueda en las distintas bases de datos de acuerdo con la declaración PRISMA

PubMed	(“Patients”[Mesh] AND “Diabetes Mellitus, Type 2”[Mesh] OR “Diabetes Mellitus”[Mesh]) AND “qualitative research”[All Fields] AND “diagnosis”[Mesh]
Science Direct	(TITLE-ABSTR-KEY(“diabetes”) and TITLE-ABSTR-KEY(“patient knowledge”)) (TITLE-ABSTR-KEY(“diabetes”) and TITLE-ABSTR-KEY(“patient”) and TITLE-ABSTR-KEY(“doubts”)) (TITLE-ABSTR-KEY(“diabetes”) and TITLE-ABSTR-KEY(“patient”) and TITLE-ABSTR-KEY(“queries”)) (TITLE-ABSTR-KEY(“diabetes”) and TITLE-ABSTR-KEY(“patient”) and TITLE-ABSTR-KEY(“worries”)) (TITLE-ABSTR-KEY(“diabetes”) and TITLE-ABSTR-KEY(“patient”) and TITLE-ABSTR-KEY(“question”)) (TITLE-ABSTR-KEY(“diabetes”) and TITLE-ABSTR-KEY(“patient”) and TITLE-ABSTR-KEY(“concern”))
Cinahl, MedLine, Psychology and Behavioral Sciences Collection	patient AND diabetes AND diagnosis AND treatment AND (doubt OR query OR patient knowledge OR worries and concerns and fears OR questions)
Google académico	inquietud; duda; preguntas; preocupaciones “Diabetes” + “tipo 2” + “paciente” + “diagnóstico” + “tratamiento”

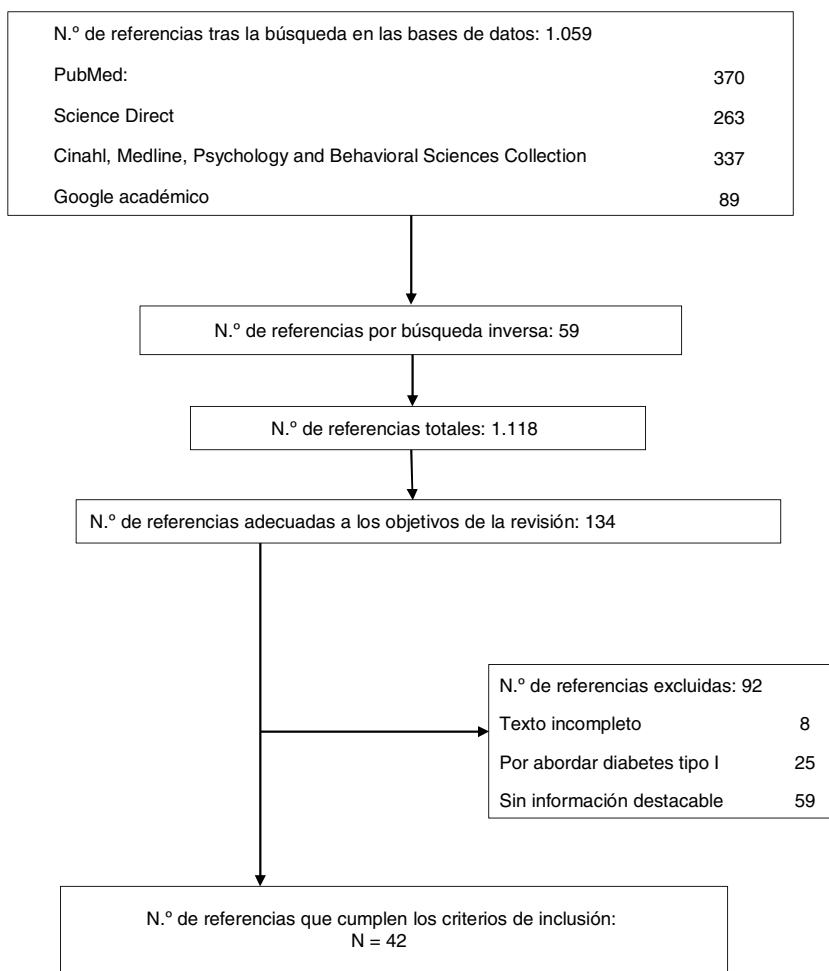


Figura 1 Diagrama de flujo del proceso de selección de artículos.

Tabla 2 Resumen de los trabajos revisados (n = 42)

Autores	Objetivo	Diseño metodológico	Ámbito de estudio	Tipo de participante	Tamaño muestral	Edad	Validez/fiabilidad
Barlow et al., 2002	Proporcionar descripción general de los enfoques de autocontrol para personas con enfermedades crónicas	Estudio cualitativo observacional	Reino Unido	Pacientes con enfermedades crónicas	N/A	> 75 a	Sin información
Beverly et al., 2011	Explorar la conciencia de los médicos y las respuestas a las dificultades sociales y emocionales de los pacientes DM2	Estudio cualitativo fenomenológico Entrevistas semiestructuradas aplicando análisis temático	Boston <i>primary and specialized care</i>	Muestreo intencional de endocrinólogos y médicos de AP con al menos el 5% de su práctica consistente en pacientes DM2	n = 19	N/A	Triangulación fuentes de datos, métodos e investigadores Rastreo proceso de toma de decisiones
Bolaños y Sarria-Santamera, 2003	Investigar la percepción que personas con DM2 tienen sobre la enfermedad y sobre la relación con los profesionales sanitarios de AP	Estudio cualitativo fenomenológico Entrevistas abiertas	Centro de salud barrio del Pilar (Madrid)	Personas adultas con DM2	n = 15	De 45 a 65 a	Sin información
Bonal y Cascaret, 2009	Revisión del concepto de automanejo como piedra angular en atención a pacientes con enfermedades crónicas por la confusión y traducción indistintamente como autocuidado, autocontrol, autogestión, autotratamiento o autoayuda. Valorar aspectos relacionados con las frases intercambiables: educación al paciente crónico, educación de automanejo y apoyo al automanejo	Revisión bibliográfica descriptiva	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Cabrera et al., 2009	Conocer el estilo de vida de personas diabéticas en Canarias y su adherencia al tratamiento, así como la prevalencia de DM2 desconocida	Estudio cuantitativo observacional analítico transversal	Islas Canarias	Población general seleccionados en la cohorte CDC (Cardiovascular, DM, Cáncer)	n = 6.729	De 18 a 75 a	Sin información
Cano et al., 2013	Describir la prevalencia de automonitorización de glucemia en sujetos con DM2 no tratados con insulina. Analizar factores asociados a su uso	Estudio cuantitativo observacional analítico transversal	83 consultas de AP en la Comunidad Valenciana	Diagnosticadas de DM2 antes de 2009, que acudieron por cualquier motivo a consulta de medicina general	n = 573	> 30 a	Sin información
Cervantes-Villagrana y Presno-Bernal, 2013	Revisar procesos fisiológicos que se alteran durante la DM	Revisión bibliográfica descriptiva	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Tabla 2 (continuación)

Autores	Objetivo	Diseño metodológico	Ámbito de estudio	Tipo de participante	Tamaño muestral	Edad	Validez/fiabilidad
D'Eramo-Melkus y Demas, 1989	Examinar percepciones de pacientes y médicos sobre metas de tratamiento de la DM establecidas entre ellos	Estudio cuantitativo descriptivo transversal Encuesta	Sistema de salud en EE. UU.	Pacientes con obesidad, que no reciben terapia con insulina y están bajo control médico	n = 54	De 21 a 65 a	Sin información
Diego y Amado Guirado, 2015	Revisión del papel del paciente y de los sanitarios respecto a cómo abordar la enfermedad y sus tratamientos	Revisión bibliográfica narrativa	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Dilla et al., 2009	Analizar consecuencias clínicas y económicas del incumplimiento y motivos por los que se origina Identificar estrategias para su mejora	Revisión bibliográfica narrativa	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Durand et al., 2016	Desarrollar y poner a prueba la utilidad, aceptabilidad y accesibilidad de una ayuda de toma de decisiones con material pictórico/gráfico dirigida a mujeres de bajo nivel socioeconómico diagnosticadas de cáncer de mama en estadio temprano	Estudio cualitativo de muestreo teórico Fases 1 y 2: investigación participativa con protocolos de «pensamiento en alto» Fase 3: entrevistas semiestructuradas	Fases 1 y 2: Upper Valley en New Hampshire (EE. UU.), zona rural y urbana Fase 3: Chelsea (Massachusetts, EE. UU.), zona rural	Fase 1: clínicos y académicos Fase 2: mujeres de bajo nivel económico sin tener en cuenta si tenían historial de cáncer de mama Fase 3: mujeres con bajo nivel económico y diagnóstico reciente de cáncer de mama	Fase 1: 18 académicos Fase 2: 23 Fase 3: 10	Fase 2: > 40 a F 3: media de 56,8 a	Fiabilidad: 2 investigadores codificaron independientes transcripciones y discutieron discrepancias entre los evaluadores
Eborall et al., 2007	Estudiar los factores que contribuyen a la ansiedad durante el proceso de detección de la diabetes y estudiar las expectativas y reacciones al proceso de detección de los pacientes con resultados positivos, negativos e intermedios	Estudio cualitativo: prospectivo longitudinal Entrevista	7 centros de atención primaria incluidos en el ensayo ADDITION (Cambridge) en el este de Inglaterra	Pacientes que participan en diferentes estadios de un programa de detección de DM2	n = 23	De 50 a 69 a	Sin información
Elwyn et al., 2013	Describir el uso exploratorio de herramientas de soporte de decisiones de corto plazo para los pacientes, llamada «Mallas de opciones»	Estudio cualitativo observacional descriptivo transversal Estudio uso de mallas de opción en proyecto y entrevistas con equipos clínicos	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Tabla 2 (continuación)

Autores	Objetivo	Diseño metodológico	Ámbito de estudio	Tipo de participante	Tamaño muestral	Edad	Validez/fiabilidad
Eroğlu et al., 2014	Definir la respuesta adaptativa de pacientes de DM a su condición e identificar los temas en los que se necesita intervención educativa según los pacientes	Estudio cuantitativo descriptivo transversal Cuestionario aplicado en entrevistas cara a cara	Hospitales estatales, policlinicas con consultas de endocrinología y medicina interna en Turquía	Pacientes voluntarios con DM que atendieron un programa educativo en DM. La mayoría: mujeres, casadas, estudios primarios, amas de casa	n = 170	De 53 a 70 a	Sin información
Formosa et al., 2012	Cuestionar enfoques actuales de la educación sobre la DM y destacar cómo la educación podría ampliarse para producir resultados más efectivos	Revisión bibliográfica evaluativa	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Funnell, 2006	Identificar actitudes, deseos y necesidades de personas diabéticas y médicos para mejorar la atención a la enfermedad	Revisión bibliográfica descriptiva	13 países	250 médicos generalistas, especialistas y enfermeras 500 pacientes con DM	n = 750		Sin información
Gil-Guillén et al., 2012	Analizar estrategias para mejorar el cumplimiento de los regímenes prescritos en DM	Revisión bibliográfica descriptiva	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Gil-Velázquez et al., 2013	Unificar el proceso de atención que se otorga en las unidades médicas a la DM2	Revisión bibliográfica descriptiva	Sistema de salud de México	N/A	N/A	N/A	N/A
Hart y Collazo, 1998	Revisar y analizar información de costos del diagnóstico y tratamiento de DM en el mundo	Estudio cuantitativo observacional descriptivo transversal	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Heisler et al., 2003	Evaluar si la colaboración médico-paciente mejora el autocuidado promoviendo un mayor acuerdo respecto a tratamientos y metas	Estudio cuantitativo observacional descriptivo transversal Encuesta	Centro médico militar y hospital universitario en Michigan	127 pares de pacientes con DM2 y sus médicos de AP. Personas con medicación y con una hospitalización o 2 visitas al ambulatorio relacionadas con la DM código	n = 127	> 30 a	Afirman validez

Tabla 2 (continuación)

Autores	Objetivo	Diseño metodológico	Ámbito de estudio	Tipo de participante	Tamaño muestral	Edad	Validez/fiabilidad
Hewitt et al., 2011	Examinar conocimiento y gestión de la DM por parte de las personas mayores	Estudio cuantitativo observacional correlacional	Atención primaria en Reino Unido	Personas en la lista de usuarios de los centros diagnosticados de DM2, que no residían en residencias de ancianos	n = 1.047	> 75 a	Índice Carts validado y muy utilizado
Jadad et al., 2010	Entendimiento general sobre múltiples enfermedades crónicas	Estudio cualitativo observacional descriptivo transversal	España	Pacientes crónicos	N/A	N/A	N/A
Lawton et al., 2003	Determinar el impacto del control intensivo de glucosa en sangre en el desarrollo de complicaciones en pacientes DM2	Estudio cualitativo exploratorio longitudinal	Northampton General Hospital, Inglaterra	Pacientes con DM2	n = 10	De 25 a 65 a	Sin información
Lecube et al., 2016	Consolidar la obesidad como enfermedad	Estudio cualitativo de investigación clínica	España	Personas con obesidad	Epidemiológico: 21,6% de la población	N/A	N/A
Ledón Llanes, 2011	Explorar dinámicas de vida de personas con enfermedades crónicas y comprender cómo sus actores participan en sus procesos de salud en los diferentes espacios de expresión social	Revisión sistemática	Procesos institucionalizados de salud, fundamentalmente de zonas urbanas	Con enfermedades crónicas no transmisibles: endocrinas, oncológicas, cardiovasculares y renales	N/A	N/A	N/A
Marante et al., 2011	Identificar el nivel de conocimiento de pacientes de aspectos de la educación diabetológica: nivel de escolaridad, antecedentes familiares de DM y tiempo de evolución de la enfermedad Identificar complicaciones de la enfermedad más frecuentes en los pacientes encuestados	Estudio cualitativo descriptivo transversal	3 consultorios en el barrio San Felipe III (parroquia de San Francisco), La Habana (Cuba)	Pacientes diagnosticados de DM	n = 88	> 35 a	Sin información
Marrin et al., 2013	Descripción de principios subyacentes y presentación de protocolo para el desarrollo de herramientas breves de apoyo: «Option Grid»	Estudio cualitativo observacional explicativo	Consultas médicas	Pacientes en consulta	N/A	N/A	N/A
Meng et al., 2017	Estimar efectos de factores relacionados con tratamiento de la enfermedad para los pacientes con DM2	Estudio cualitativo observacional retrospectivo	Base de datos de reclamaciones de pacientes	Pacientes con DM2 con medicación	n = 141.409	≤ 18 a	Validez: análisis de bondad de ajuste, replicación del ajuste del modelo en muestra de validación

Tabla 2 (continuación)

Autores	Objetivo	Diseño metodológico	Ámbito de estudio	Tipo de participante	Tamaño muestral	Edad	Validez/fiabilidad
Mestre, 2014	Explicar funcionamiento, características, estrategias, resultados y finalidad del Programa Paciente Experto Cataluña	Estudio cualitativo explicativo: exposición de programa	Cataluña	Pacientes crónicos	N/A	N/A	Afirman validez
Montori et al., 2006	Analizar la aplicabilidad de la metodología de Charles et al. Modelo de STDM (<i>shared treatment decision-making</i>) en contexto de atención crónica, que depende en gran medida de la autogestión del paciente	Revisión sistemática y discusión	N/A	Pacientes con enfermedades crónicas	N/A	N/A	N/A
Mosnier-Pudar et al., 2009	Describir la DM2 desde el punto de vista del paciente	Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo, transversal	Instituto de sondeo, TNS Healthcare-Sofres	Población francesa de ≥ 45 a	n = 14.201 (1.092 pacientes con DM2)	> 45 a	Afirman validez y fiabilidad
Mullan et al., 2009	Ensayo piloto aleatorizado de elección de medicación	Estudio cuantitativo-observacional: encuestas y análisis de video	11 centros de AP y medicina familiar dentro del Sistema de Salud de la Clínica Mayo y el Centro Médico Olmsted (sureste de Minnesota)	Médicos elegibles: médicos, asistentes médicos y enfermeras que manejan DM. Pacientes elegibles: adultos con diagnóstico de DM2 > 1 año y con cita programada	n = 40 clínicos y 85 pacientes		Afirman validez
Noda Milla et al., 2008	Medir el nivel de conocimiento sobre de la DM2 en pacientes	Estudio cualitativo observacional: entrevistas individuales	Perú (Lima): Hospital Nacional Arzobispo Loayza y Hospital Nacional Cayetano Heredia	Pacientes con DM y edad > 35 a y con hospitalización por descompensación de la enfermedad	n = 31	> 35 a. Media = 59	Sin información
Nicolucci et al., 2013	Evaluar resultados psicosociales en personas con diabetes en distintos países para su evaluación comparativa	Estudio cuantitativo descriptivo transversal por encuesta	17 países	Diabéticos. Población diabética tipos 1 y 2	n = 8.596 (1.368 tipo 1 y 7.228 tipo 2)	≥ 30 a	Validez y fiabilidad: con prueba experimental y Cronbach

Tabla 2 (continuación)

Autores	Objetivo	Diseño metodológico	Ámbito de estudio	Tipo de participante	Tamaño muestral	Edad	Validez/fiabilidad
Ollero-Baturone et al., 2014	Revisar el impacto de enfermedades crónicas en determinantes sociales, manera de enfermar, modelos de gestión de enfermedades crónicas y propuestas para afrontar el futuro	Artículo de revisión/reflexión	Andalucía	N/A	N/A		
Parry et al., 2004	Examinar cómo el diagnóstico es percibido por una muestra de pacientes DM2 recién diagnosticados	Estudio cualitativo fenomenológico: entrevistas	Lothian (Escocia). Áreas rurales y urbanas pobres y prósperas	Pacientes DM2 recién diagnosticados: 19 mujeres, 21 hombres	n = 40	Media = 48 a	Sin información
Peel et al., 2004	Explorar reacciones emocionales de pacientes sobre el diagnóstico, y sus puntos de vista sobre la información de suministro en el momento del diagnóstico	Estudio cualitativo fenomenológico: entrevistas	Lothian (Escocia). Áreas rurales y urbanas pobres y prósperas	Pacientes DM2 recién diagnosticados: 19 mujeres, 21 hombres Edad media: 48 a	n = 40	De 21 a 77 a. Media = 48	Sin información
Pérez y Prados, 2014	Analizar las cargas económicas de las enfermedades crónicas	Estudio cualitativo descriptivo transversal	N/A	Enfermo crónico	N/A	N/A	N/A
Powell et al., 2015	Evaluar el nuevo papel de los profesionales de la salud como colaboradores de los pacientes y sus familiares en el manejo de la diabetes	Revisión bibliográfica descriptiva	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Ritholz et al., 2014	Explorar percepciones de barreras y facilitadores de la comunicación del autocuidado de la DM durante citas médicas	Estudio cualitativo fenomenológico: entrevistas con guía de entrevista semiestructurada	Boston	1) Endocrinólogos y médicos de AP con al menos el 5% de pacientes con DM2 2) Pacientes con DM2 sin psicopatología grave ni deterioro cognitivo o visual y HbA1c < 130 mmol/mol (14,0%)	n = 19 médicos y 34 pacientes	De 30 a 70 a	Validez: triangulación fuentes de datos, métodos e investigadores Fiabilidad: uso de pista de auditoría, que registró decisiones y procesos de investigación Sin información
Velázquez-Mendoza y Balcázar Nava, 2012	Analizar vivencias personales e impacto de la enfermedad en diferentes esferas de la vida en personas diagnosticadas con DM2	Estudio cualitativo fenomenológico: entrevistas	Domicilio personal	Pacientes DM2	n = 6	≥ 18 a	Sin información
Zeballos-Palacios et al., 2014	Describir el rol de la toma de decisiones compartidas para el manejo de enfermedades crónicas	Revisión bibliográfica descriptiva	Perú	N/A	N/A	N/A	N/A

iniciales (n=1.118), se revisó qué artículos se referían a los objetivos de la revisión y además cumplían los criterios de inclusión, siendo estos finalmente 42. Estos artículos se encuentran archivados en el dispositivo electrónico que se empleó para su gestión. La [figura 1](#) muestra un diagrama de flujo del proceso seguido. En la [tabla 2](#) se detallan las características de los artículos incluidos en el estudio, como son el diseño, el tipo de paciente, el ámbito del estudio y el tamaño muestral.

Se recogió la información contenida en cada artículo respecto a los dos objetivos. Se fue registrando la información relativa a cada uno de los objetivos para luego centrarse en la elaboración y organización de la información en cada uno de ellos. Se organizó la información según temas comunes que permitieran desarrollar y dar coherencia a los datos rescatados.

Específicamente se registró información sobre a) las reacciones al diagnóstico: cómo perciben los pacientes su calidad de vida con respecto a la enfermedad, tanto física como emocionalmente; qué tipo de preocupaciones mantienen a lo largo de su enfermedad; nivel de satisfacción que presentan los pacientes después de su diagnóstico; b) las prácticas llevadas a cabo para mejorar la situación actual: tipos de intervenciones, procedimientos y resultados obtenidos.

Resultados

Consecuencias derivadas de la gestión actual de la diabetes

Dentro de esta sección, se destacan los resultados obtenidos de la revisión de los estudios sobre cómo perciben y gestionan los pacientes su calidad de vida con respecto a la enfermedad, tanto física como emocionalmente. Por tanto, destacamos como puntos a resaltar los siguientes 6 apartados.

Reacciones al diagnóstico

De los estudios revisados, gran parte de ellos revelan que los pacientes viven la confirmación del diagnóstico con ansiedad¹³⁻¹⁷. Aparecen también sentimientos de shock, culpa, ira, frustración, depresión, impotencia y rechazo^{9,15}. Estas reacciones son debidas a que la enfermedad crónica se percibe como algo grave, catastrófico, conflictivo y amenazador^{9,17}. Algunos pacientes manifiestan una preocupación por morir de una manera desagradable y dramática¹⁸. Estos sentimientos se acompañan de sensaciones de malestar físico y emocional, preocupación y sensación de carencia de control⁹. Esta sensación de falta de control se incrementa cuando existe un patrón de sobreprotección familiar que aumenta su deficiencia y limita su autonomía y, consiguientemente, coarta las posibilidades de llevar una vida normal⁹. Por último, se aprecia en los artículos revisados un fuerte temor y rechazo hacia la posibilidad de tener que ser tratado con insulina. Esta se percibe como el escalón último y de mayor gravedad en el proceso de la enfermedad¹⁹.

En otros estudios revisados, las reacciones más comunes encontradas son las de minimizar su importancia²⁰. La negación es otra manera de enfrentarse, actuando como si la enfermedad no existiera, pensando que desaparecerá, que

no tendrá consecuencias o que no es tan grave por la ausencia de síntomas⁹.

El estrés y la culpabilidad asociados a las dificultades o resistencias para cambiar se relacionan con un peor afrontamiento de la enfermedad. La confianza, la ayuda al cambio y la atención a los factores psicosociales facilitarían el proceso de afrontamiento de la enfermedad²⁰.

Satisfacción con el tratamiento

Mosnier-Pudar et al. encontraron una satisfacción alta con el tratamiento (8 sobre 10)¹³, aunque no se refleje tan claramente en los relatos de los pacientes cuando se profundiza en sus opiniones^{9,17,21}. Un factor relatado que aumenta la satisfacción es que el médico explique las consecuencias y tratamientos posibles de forma rápida, sencilla y clara y asertiva para que los enfermos entiendan mejor los cambios a realizar en sus vidas¹⁷. Por el contrario, la espera para una cita fue algo problemático, en mayor medida para los que vieron la diabetes como grave¹⁷. En el estudio de Nicolucci et al.²¹, aproximadamente el 40% de los participantes informaron que su medicación interfirió con su capacidad para llevar una vida normal. Por otro lado, Velázquez-Mendoza y Balcázar Nava encontraron que la mayoría de los participantes mencionaron que no siguen la dieta en su totalidad, es más, algunos de ellos ven la dieta como algo que más que ayudarlos, puede perjudicarlos⁹.

En cuanto a la satisfacción por la información recibida, se observa en la revisión que los pacientes consideran problemática la escasez de información y apoyo por parte de los profesionales de la salud en el momento de su diagnóstico¹⁴. Destacan como importante que, el plan de acción para manejar la diabetes sea coherente y realista con su escenario personal, circunstancias vitales y capacidades para encontrar un equilibrio entre las limitaciones impuestas por su enfermedad y su deseo para mantener la motivación. Las quejas más destacadas encontradas en el estudio fueron por no tener suficientes explicaciones detalladas sobre al menos un aspecto de la enfermedad (85%), las consecuencias potenciales de la diabetes en la salud (43%), el origen de la enfermedad (40%) y las modificaciones del estilo de vida (33% en general, 26% de información sobre dieta y 14% sobre ejercicio)¹⁴. Además, los estudios reflejan que el tiempo dedicado y la continuidad con el médico son clave para promover la satisfacción del paciente^{17,22,23}.

Coste y adherencia al tratamiento

La diabetes es una de las enfermedades más caras por su alto índice de incapacidad temporal, mortalidad y los costes generados debido a que las complicaciones y tratamientos son muy elevados^{4,7,24}. Los costes emocionales y sociales son difíciles de cuantificar, pero los costes económicos suponen una partida muy importante dentro de los gastos de los países²⁴. Los enfermos utilizan de 2 a 5 veces más recursos sanitarios que la población no diabética²⁵. Existe una relación directa entre el incumplimiento de los objetivos con el empeoramiento de la salud de estos pacientes²⁴. Este hecho generará más visitas a los centros ambulatorios y de urgencias además de un aumento de las hospitalizaciones. En Estados Unidos se calcula que la toma incorrecta de la medicación supone a la sanidad unos 100 billones de dólares al año²⁴.

En cuanto a la adherencia, los estudios reflejan que aproximadamente el 50% de los pacientes declararon cumplir con el tratamiento prescrito^{26,27}. El estrés y la culpabilidad están relacionados con las dificultades o resistencias, y, por tanto, con una menor adherencia²⁰. Funnell halló que solamente el 16% de los pacientes informaron de haber realizado completamente todas las recomendaciones que les habían facilitado los profesionales¹⁵. Los médicos fueron más allá afirmando que solo el 3% seguía completamente sus recomendaciones¹⁵. La falta de adherencia lleva asociadas multitud de consecuencias, especialmente clínicas y económicas²⁰. En estudios realizados con jóvenes, en los que utilizaban insulina, la adherencia al tratamiento fue superior^{19,28}. El 39% de los jóvenes realizaron pruebas diarias de glucosa en sangre y el 56%, semanales o menos. Entre los que tomaron insulina, la proporción y frecuencia de la prueba de glucosa fue mayor: el 70% de personas comprobaron su glucosa en la sangre, el 64% lo hicieron aproximadamente una vez al día y el 36%, semanalmente o menos²⁸.

La adherencia al tratamiento también se relaciona con una buena comunicación médico-paciente^{17,29,30}. La falta de comunicación tanto sobre aspectos emocionales como de gestión práctica de la enfermedad afecta negativamente al cumplimiento del tratamiento. Este incumplimiento está muy relacionado con que el médico no comunique el propósito del tratamiento^{29,30}. Para un aumento de la adherencia y cumplimiento de los tratamientos, Dilla et al. y Gil-Guillén et al. enumeraron diferentes estrategias como son, por parte de los profesionales, la mejora del conocimiento de la enfermedad y la simplificación del tratamiento para minimizar los efectos negativos y costes para el paciente, y fomentar así los cambios de creencias^{24,31}. Por parte del paciente, esta adherencia mejoraría si asocia su tratamiento a otras actividades cotidianas para aumentar su sensación de bienestar emocional^{24,31}. Por último, el apoyo familiar y social será imprescindible para conseguir esta adherencia^{24,31}.

Complicaciones frecuentes

Las complicaciones se dividen en inmediatas (agudas), como las infecciones recurrentes, depresión e hipoglucemia grave, o las que son a largo plazo (crónicas)⁹, como son las macrovasculares (11%), microvasculares (10%), neuropáticas (33%), infecciosas (36%) y otras (9%)³². La complicación aguda más frecuente encontrada en la revisión realizada es la hipoglucemia en un 56% de los pacientes²¹. Del 29% de los pacientes que habían sido hospitalizados por hipoglucemia, solo el 13% conocía que era una complicación del tratamiento³³. Las personas que manejaron su diabetes con insulina identificaron correctamente los pasos a seguir ante una hipoglucemia²⁸. El *UK Prospective Diabetes Study* (UKPDS) confirmó que el control mejorado de la glucosa y de la presión arterial reduce las complicaciones diabéticas¹⁸.

En cuanto a las revisiones anuales para evitar posibles complicaciones, los estudios reflejan que, en general, estas se llevan a cabo con bastante regularidad^{15,21,28}. El 78% de los diabéticos informaron haberse sometido a un examen ocular durante el último año²⁸, entre un 80%¹⁵ y un 50%²¹ tuvieron un examen podológico, un 31% había visto a un dietista²⁸,

pero solo 1/3 fueron evaluados en relación con su bienestar psicológico²¹.

Consecuencias de la enfermedad

Se han recogido en los estudios preocupaciones potenciales de los pacientes por su salud y las modificaciones que puede suponer en su estilo de vida, principalmente en la dieta y actividad física, y el perjuicio en las relaciones sociales^{9,16,21}. Tener hábitos alimenticios diferentes conlleva que la relación con otros cambie al no poder ir a los mismos lugares sin dañar la salud y poder llevar a perder incluso amistades⁹. Un 39% relató que su tratamiento interfería con su vida normal²¹. El 23% se quejó de aumento de peso desde el inicio de la terapia actual con una ganancia media de 7,3 kg¹³.

En cuanto a las barreras mencionadas con las que tropiezan los pacientes, se encuentran el lenguaje técnico, el número y combinaciones de medicamentos prescritos, los médicos sin las habilidades adecuadas, sin el tiempo o herramientas (por ejemplo, las ayudas para la toma de decisiones) para atenderles de manera eficaz y eficiente, además de carecer de incentivos para invertir tiempo y esfuerzo para involucrar a los pacientes en la elección del tratamiento más adecuado^{23,34}. Las complicaciones laborales más frecuentes encontradas son el absentismo laboral para acudir al servicio de atención primaria por algún problema agudo o por efecto de las complicaciones de la diabetes⁹. Estas complicaciones pueden derivar en la imposibilidad de realizar su trabajo con el consiguiente posible cambio de empleo o una jubilación anticipada por incapacidad^{9,27}.

Calidad de vida: inquietudes y problemas emocionales

Los estudios revisados muestran que los pacientes se preocupan en gran medida por cómo afectará la enfermedad a su calidad de vida (tabla 3) y sus consecuencias emocionales. Los problemas que más destacan los autores son la preocupación por el posible desarrollo de complicaciones serias, sentimientos de culpa y ansiedad con respecto al régimen alimenticio^{15,20,30}, y temores al desarrollo de su enfermedad en el futuro^{9,18}. Estas preocupaciones se mantienen a lo largo de la enfermedad, especialmente en los tratados con insulina y los más involucrados en el manejo de la enfermedad^{9,15,29}. El 41% de los enfermos siguen mostrando un alto grado de malestar, aunque solamente el 10% recibía tratamiento psicológico específico para este malestar¹⁵. Estas inquietudes aparecen también en aquellos estudios que recaban información de la opinión de los profesionales médicos^{16,29}.

Prácticas llevadas a cabo actualmente para mejorar la gestión de la enfermedad

En esta sección nos hemos centrado en las prácticas llevadas a cabo en la actualidad para mejorar la gestión de la enfermedad, especialmente del enfermo y de los profesionales sanitarios. Los aspectos más importantes que destacar son tres: 1) el fomento de la autogestión del paciente, 2) la educación del paciente y 3) la relación con los profesionales de la salud.

Tabla 3 Problemas más relevantes de pérdida de calidad de vida en el área personal

- Malestar físico y emocional
- Pérdida de independencia, de alguna función o parte del cuerpo
- Cambios en patrones sexuales
- Modificaciones o pérdidas en escala de valores y filosofía de la vida
- Alteraciones del autoconcepto o autoimagen
- Sentimientos de impotencia o desesperanza
- Miedo a lo desconocido
- Miedo a la pérdida de control propio
- Respuestas depresivas, de negación o agresividad
- Cambios de humor frecuentes y sin causa aparente
- Pérdida del rol y/o cambios en el rol que deben asumir los demás miembros de la familia. Cambios de responsabilidades
- Separación del entorno familiar cuando hay una hospitalización
- Distorsiones en las rutinas familiares. Pérdida de relaciones y lazos afectivos
- Problemas de comunicación entre miembros
- Pérdida de estatus cuando:
 - Conlleva pérdida o cambio de empleo o cambios de nivel económico
 - Aislamiento social por las limitaciones y vivencias de la propia enfermedad
 - Cambios en el tiempo libre y en calidad o cantidad de interacciones sociales

Fuente: Velázquez-Mendoza y Balcázar Nava⁹.

Fomento de la autogestión (*auto-management*) del paciente

La autogestión (*auto-management*) se define como la competencia individual que desarrolla el paciente a través de un mayor conocimiento sobre su enfermedad y el asesoramiento de su médico para la mejora de la gestión de los síntomas, del tratamiento, las consecuencias físicas y psicosociales y sus cambios en el estilo de vida inherentes a una enfermedad crónica con el objetivo de minimizar los efectos de su enfermedad³⁵.

Se han encontrado resultados en que la autogestión por parte del enfermo ha sido baja, especialmente para la dieta y el ejercicio, en parte debido a los problemas psicosociales que causa esta enfermedad¹⁵, aunque estos índices aumentan cuando el paciente cambia la medicación a la insulina al acrecentarse la consciencia de la gravedad de la enfermedad¹³. Los médicos reconocen que los pacientes estaban preocupados y que estos problemas interfieren con sus esfuerzos de autogestión^{15,22}.

Los estudios recogen los siguientes elementos a cuidar para la optimización de la autogestión de la diabetes: dieta, ejercicio físico, automedicación, monitorización de la glucosa en la sangre, revisión anual y regular de pies y ojos^{28,36,37}. Las intervenciones dirigidas al paciente (*coaching* para empoderar al paciente, para hacer preguntas y participar en decisiones), mejoras en la calidad de vida y en los marcadores fisiológicos del control de la enfermedad, el intercambio de información en la consulta sobre el

contexto personal y social, y sobre los valores y preferencias del paciente pueden ser de vital importancia para los pacientes y clínicos implicados en afrontar la enfermedad^{36,37}. Entre los pacientes que más utilizan la autogestión están los más jóvenes y con mayor nivel educativo^{16,20,23}.

El autocuidado (*self-care*) es otro elemento destacado en las investigaciones. Consiste en acciones que realizan los pacientes en beneficio de su propia salud, sin supervisión médica formal³⁸. El grado en que los individuos siguen comportamientos de autocuidado apropiados está determinado por sus creencias de salud³⁷. En los estudios recogidos, los pacientes valoraron específicamente la comunicación directa y no acusatoria de sus médicos al abordar su pobre autocuidado^{22,30}. El 30% de los pacientes reportaron ser reacios a discutir sus comportamientos de autocuidado con sus médicos por el miedo a ser juzgados, no queriendo defraudarlos o sentir culpa y vergüenza³⁰. De hecho, los médicos informaron que discutir sobre el autocuidado se asocia con un mayor acuerdo sobre las estrategias y objetivos del tratamiento redundando en un mejor autocuidado y mayor autogestión de la diabetes^{15,21,22,37}.

Educación

En los artículos analizados encontramos que los pacientes aquejan falta de información y educación. La educación es esencial para controlar la enfermedad y disminuir las complicaciones, especialmente en cambiar el estilo de vida con dieta hipocalórica baja en grasas y ejercicio físico al menos durante 150 minutos a la semana³⁹. Por orden de importancia destacan: la información sobre la prevención de complicaciones, las complicaciones crónicas a largo plazo, la relación entre la diabetes y el ejercicio, la hipo- y la hiperglucemia, la dieta, el propósito y los métodos de tratamiento, la monitorización del azúcar en sangre, las actividades sexuales durante la diabetes, los efectos secundarios de los medicamentos, la vida laboral, las formas de protección contra la diabetes, los cambios recientes en el tratamiento, las bombas de insulina y las maneras de mejorar la calidad de vida²⁷.

Las tasas de participación en programas educativos se mueven entre el 68%²⁷ y el 49%²¹. Las sesiones de educación hospitalaria fueron apreciadas porque cubrieron aspectos del manejo de la diabetes que antes los pacientes no habían pensado¹⁷. Los estudios encuentran que existe una mayor demanda de educación diabética cuanto mayor es el tiempo de evolución de la enfermedad^{23,32,36,39} y si existen antecedentes familiares de enfermedad de primera línea³². Las intervenciones educativas más activas y participativas (entrevistas cognitivo-conductuales y de modificación de conducta) que implican mayor colaboración por parte del paciente han demostrado ser más eficaces que el suministro de información de forma pasiva, mejorando el control glucémico^{36,37,39}. Un dato significativo es que, cuanto más larga es la duración de la educación, mayor es el deseo de incrementarla²⁷. Por tanto, a las personas con diabetes se les debe ofrecer educación continua, ordenada y sistematizada con objetivos claros en el momento del diagnóstico y durante su evolución^{22,31,39}. Los programas de enseñanza de pacientes más exitosos tienden a involucrar contacto frecuente y refuerzo^{17,31,36}.

Relación con los profesionales de la salud

En casi la totalidad de los artículos recogidos los pacientes califican como buena la calidad de sus relaciones con los profesionales de la salud, valorándolo positivamente hasta en un 89%¹⁵. Paralelamente enfatizan la falta de atención específica e individualizada, comunicación cercana y la falta de apoyo para la participación de su tratamiento. Es decir, describen intervenciones unidireccionales donde el profesional es una figura autoritaria, que penaliza el comportamiento que se desvíe de sus directrices, especialmente señalado por los jóvenes y las personas con mayor nivel educativo^{19,20}. Aparecen discursos de queja y malestar³⁰. El paciente siente que se le culpabiliza de su situación y le puede llevar a mentir, no reconocer las dificultades o abandonar al profesional o al sistema sanitario^{20,30}. En otro estudio se encontró un cierto sesgo negativo de los médicos hacia pacientes con sobrepeso, considerándolos como «no cumplidores» y con la consiguiente reacción de vergüenza de algunos pacientes por su sobrepeso³⁰. Un cambio del modelo biomédico tradicional de atención en un modelo biopsicosocial de atención, promovería un cambio positivo³⁷. Este modelo bidireccional es muy reclamado por los pacientes^{20,36,40}. A pesar de la confirmación del éxito de este modelo, es difícil ponerlo en marcha en las consultas. La *National Patient Safety Foundation* refirió que había bastantes barreras para poner en marcha este tipo de iniciativa. Entre ellas se destaca el deseo de autonomía, la falta de experiencia y de liderazgo de los médicos^{23,41} o el escaso tiempo de consulta⁴².

La confianza es otro de los pilares encontrados en los estudios en la relación profesional-paciente^{20,30,36}. Los aspectos valorados como imprescindibles y motivadores en la interacción con los profesionales sanitarios son los aspectos humanos: sentirse escuchados, atendidos, comprensión, aceptación y poder expresar su malestar³⁰. Los pacientes demandan conocer la realidad sobre su estado de salud y las posibles terapias o recomendaciones e incluir su punto de vista y sus necesidades^{14,17,20}. Se expresa la necesidad de que la relación profesional-paciente se base en una alianza terapéutica, un pacto de colaboración entre ambos²⁰. Se resalta en las investigaciones que la comprensión y exploración de la comunicación médico-paciente debe incluir abordar el desempeño de tareas y comportamientos específicos de comunicación, habilidades interpersonales/relacionales involucradas en el establecimiento de una relación de confianza^{17,30}. Los pacientes también reconocen que sin la ayuda médica sobre la modificación del estilo de vida, esta pudiera resultar perjudicial en lugar de beneficiosa^{14,17}.

Por su parte, se refleja en las publicaciones que los médicos reconocen las dificultades emocionales de los pacientes: la gran carga emocional en el trabajo, limitaciones percibidas en su vida, temor por las consecuencias de la enfermedad, dificultades sociales, prioridades mayores como son cónyuges enfermos, trabajo, escuela o, simplemente, no poder comprobar su glucosa¹⁶. Se recoge también que los médicos, por su parte, comentaron tener estrés y ansiedad por la exigencia de adherirse a las limitaciones de tiempo de una visita médica estándar, y sentir que carecen de la experiencia para apoyar mejor a sus pacientes. Algunos médicos también informan de sus problemas para detectar las dificultades emocionales de sus pacientes^{16,30}. De hecho, los enfermeros percibieron mejor los problemas psicosociales de los enfermos y usaron estrategias psicológicas con

mayor frecuencia que los médicos a los que clasificaron sus habilidades como más bajas³⁰.

Discusión

Las consecuencias que más inquietan a los pacientes son las que suponen un cambio en su salud y estilo de vida, sobre todo en la dieta, el ejercicio y en sus relaciones sociales^{16,21,26}. El malestar físico y la posible dependencia les pueden suponer un alejamiento laboral, social y familiar y, consecuentemente, un cambio de escala de valores y sentimientos de impotencia, ansiedad, culpa, temor y depresión^{9,15,18,20,29,30}. Para los profesionales, son relevantes las mismas inquietudes que para los pacientes^{16,29}. Además, los estudios confirman que los costes de la diabetes son los más caros dentro de las enfermedades crónicas por su alto índice de incapacidad temporal, mortalidad, complicaciones y tratamientos con un coste elevado^{6,7,25}. Estos costes se deben, en gran medida, al incumplimiento del tratamiento, aumentando así el número de visitas a los centros ambulatorios, urgencias y hospitalizaciones^{3,24,26}. Otro ámbito donde se puede reducir costes a nivel sanitario es apostando por un equipo multidisciplinar con mayor coordinación y eficacia, incluyendo recursos de salud mental⁴¹.

La baja adherencia está muy relacionada con los costes de la enfermedad. Numerosos estudios confirman los beneficios en las consultas de la comunicación, información y negociación de los tratamientos que más se ajuste a las condiciones físicas y emocionales de los pacientes para conseguir la máxima adhesión al tratamiento, empoderarles y generarles confianza. Es importante también el refuerzo por los logros conseguidos y no juzgar por los fracasos, minimizar los costes y efectos negativos para el paciente y aumentar la sensación de bienestar emocional^{31,34}. Muchos de estos estudios revelan áreas de mejora, como un pobre apoyo e información sobre consecuencias y tratamientos posibles o el tiempo que se les dedica a los pacientes y su continuidad con el médico^{17,22,23}.

Para la mejora de la gestión del tratamiento se han encontrado 3 bases importantes en la literatura: la autogestión, la educación y la relación médico-paciente.

Referente a la autogestión, los aspectos más destacados son la automedicación, monitorizar la glucosa^{23,28}, cuidar la dieta y el ejercicio físico y hacer revisiones regulares²⁸. Los pacientes que más la utilizan son los más jóvenes y con mayor nivel educativo^{20,23}. Los médicos opinan que, con mayor discusión sobre áreas de autocuidado, con mayor acuerdo sobre los objetivos que empoderen al paciente y mejoren su calidad de vida, se alcanzará mayor autoeficacia en el cuidado de la diabetes y una mayor implicación del paciente es su autogestión^{22,36,37}.

Sobre la educación, en los artículos hay unanimidad en destacar que la información es esencial para controlar la enfermedad y disminuir las complicaciones³⁹. La demanda de educación es continua en los pacientes^{31,39}, especialmente los que más tiempo llevan enfermos^{32,39} y más educación hayan recibido²⁷. La más aceptada es la educación activa y participativa^{37,39}. Los temas más demandados son la prevención de complicaciones, relación diabetes y ejercicio, hipo- e hiperglucemia, dieta, propósito y métodos de tratamiento, monitorización de azúcar en sangre,

actividades sexuales, efectos secundarios de la medicación, vida laboral, formas de protección contra la diabetes y maneras de mejorar la calidad de vida²⁷.

En la relación médico-paciente, la confianza y la alianza terapéutica son los pilares básicos^{20,30,36}. Los aspectos valorados más positivamente son: sentirse escuchados, atendidos, comprensión, aceptación y poder expresar su malestar³⁰. Por tanto, se deriva hacia un modelo más biopsicosocial donde el papel del paciente es más activo, se centra en la atención de las necesidades del paciente y no exclusivamente en la cura de la enfermedad aislada del individuo^{8,20,36,37,40}. Muchos estudios muestran que consensuar el tratamiento disminuye la ansiedad en el paciente, hace que se sienta más seguro y sienta mayor control de su enfermedad⁴³⁻⁴⁵. A pesar de estas ventajas, es difícil poner en marcha este tipo de iniciativas en las consultas por el escaso tiempo de dedicación por cada paciente^{23,42}.

Como limitación de esta investigación destacamos que, en los artículos seleccionados para esta revisión, puede haber sesgos de selección (no aleatoriedad), de realización (diferencias de atención) y de detección (diferencias en la evaluación de resultados) debido al tipo de diseño, diversidad poblacional y metodología utilizada. Esto supone una importante limitación del estudio puesto que, si hay muchos artículos primarios con deficiencias metodológicas o con diseños débiles, las conclusiones serán cuestionables, incluso cuando los resultados sean comparables. Sin embargo, en este trabajo se ha revisado la mejor evidencia disponible hasta el momento sobre el tema en cuestión, por lo que la aportación se basa en recopilar y organizar dicha información con la intención de mejorar las líneas de investigación futuras, así como hacer una llamada a la necesidad de desarrollar diseños sólidos de investigación que aborden los temas que la presente revisión ha mostrado como relevantes.

Otra limitación encontrada sería que dado que los estudios incluidos en la revisión tienen principalmente diseños cualitativos, y muestras pequeñas, estas podrían estar sesgadas respecto a su capacidad de representación de sus poblaciones. Sin embargo, en esta revisión narrativa no se pretende concluir a nivel poblacional, sino organizar la información con la que se cuenta a día de hoy y señalar los puntos de mejora en la investigación respecto al tema de nuestra investigación. A pesar de que los tamaños muestrales de los trabajos son pequeños, dada la cantidad de trabajos incluidos (n=42) creemos que es útil y valiosa la información que se deriva de su análisis. En todo caso se informa de los posibles sesgos a través del análisis para facilitar su consideración a los lectores de este trabajo.

Conclusiones

El diagnóstico de diabetes se vive con una gran reactividad emocional. El tratamiento implica esfuerzos y sacrificios sin un beneficio visible de forma inmediata. Los pacientes encuentran barreras en su estilo de vida, psicológicas y ambientales que dificultan su adherencia al tratamiento. La falta de adherencia al tratamiento implica una disminución de la salud de los pacientes y un aumento de los costes sanitarios.

Para conseguir esta adherencia deberemos centrarnos en conseguir la máxima autogestión de la enfermedad. Los pacientes mejorarían en gran medida su calidad de vida y los costes sanitarios, económicos y sociales disminuirían considerablemente. Una rápida y eficaz relación con los servicios sanitarios y una educación de calidad facilitarían la gestión de la enfermedad.

Un acceso a la atención médica rápido y fácil, que exista un diálogo médico-paciente cercano, abierto y fluido, es decir, un cambio a un modelo más biopsicosocial de atención promovería un cambio positivo hacia una relación basada en una alianza terapéutica, colaboración entre ambos, un estilo de consulta abierto y centrado en los pacientes.

El otro pilar en el que sustentar la autogestión es la educación. Una educación activa y participativa ofrecería la información necesaria a los pacientes para un buen conocimiento de la enfermedad, y así poder gestionarla autónomamente y tomar decisiones adecuadas sobre los recursos.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Meng J, Casciano R, Lee YC, Stern L, Gultyaev D, Tong L, et al. Effect of diabetes treatment-related attributes on costs to type 2 diabetes patients in a real-world population. *J Manag Care Spec Pharm.* 2017;23:446-52.
2. OMS. Organización Mundial de la Salud [consultado 6 May 2016]. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
3. Fundación para la Diabetes [consultado 6 May 2016]. Disponible en <http://www.fundaciondiabetes.org>
4. Cervantes-Villagrana RD, Presno-Bernal JM. Fisiopatología de la diabetes y los mecanismos de muerte de las células β pancreáticas. *Rev Endocrinol Nutr.* 2013;21:98-106.
5. Lecube A, Monereo S, Rubio MA, Martínez-de-Icaya P, Marti A, Salvador J, et al. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la obesidad. Posicionamiento de la Sociedad Española para el estudio de la Obesidad de 2016. *Endocrinol Nutr.* 2016;64 Supl. 1:15-22.
6. Pérez F, Prados, DG. OPIMEC (Observatorio de Prácticas Innovadoras en el Manejo de Enfermedades Crónicas Complejas). La carga económica de las enfermedades crónicas ¿Cuánto cuestan las enfermedades crónicas más prevalentes? [consultado 23 Abr 2017]. Disponible en <http://www.opimec.org/documentos/430/la-carga-economica-de-las-enfermedades-cronicas/3414/comentarios/>
7. Ollero-Baturone M, Nieto MD, Ortiz-Camuñez MA, Pérez-Mairen AM, Pérez-Romero C. OPIMEC (Observatorio de Prácticas Innovadoras en el Manejo de Enfermedades Crónicas Complejas). Unidad 1 El impacto de las enfermedades crónicas y la necesidad de una respuesta integrada sanitaria y social. Weblog [consultado 25 Abr 2017]. Disponible en <http://www.opimec.org/comunidades-de-practica/3a-edicion-curso-virtual-basico-de-atencion-integrada-a-pacientes-con-enfermedades-cronicas/documentos/4987/>
8. Ledón Llanes L. Enfermedades crónicas y vida cotidiana. *Rev Cubana Salud Pública.* 2011;37:488-99.
9. Velázquez Mendoza MJ, Balcázar Nava P. Vivencia personal de pacientes diagnosticados con mellitus tipo 2. 13.º Congreso

- Virtual de Psiquiatría. *Interpsiquis* 2012. Facultad de Ciencias de la Conducta. Universidad Autónoma del Estado de México.
10. Zeballos-Palacios C, Morey-Vargas OL, Brito JP, Montori VM. Toma de decisiones compartidas y medicina mínimamente impertinente en el manejo de las enfermedades crónicas. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2014;31:111-7.
 11. Jadad AR, Cabrera A, Martos F, Smith R, Lyons RF. When people live with multiple chronic diseases: a collaborative approach to an emerging global challenge. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010.
 12. Urrútia G, Bonfill X. Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Med Clin (Barc)*. 2010;135:507-11.
 13. Mosnier-Pudar H, Hochberg G, Eschwege E, Virally ML, Halimi S, Guillausseau PJ, et al. How do patients with type 2 diabetes perceive their disease? Insights from the French DIABASIS survey. *Diabetes Metab*. 2009;35:220-7.
 14. Peel E, Parry O, Douglas M, Lawton J. Diagnosis of type 2 diabetes: a qualitative analysis of patients' emotional reactions and views about information provision. *Patient Educ Couns*. 2004;53:269-75.
 15. Funnell MM. The diabetes attitudes, wishes, and needs (DAWN) study. *Clin Diabetes*. 2006;24:154-5.
 16. Beverly EA, Hultgren BA, Brooks KM, Ritholz MD, Abrahamson MJ, Weinger K. Understanding physicians' challenges when treating type 2 diabetic patients' social and emotional difficulties. *Diabetes Care*. 2011;34:1086-8.
 17. Parry O, Peel E, Douglas M, Lawton J. Patients in waiting: a qualitative study of type 2 diabetes patients' perceptions of diagnosis. *Fam Pract*. 2004;21:131-6.
 18. Lawton J, Fox A, Fox C, Kinmonth AL. Participating in the United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS): a qualitative study of patients' experiences. *Br J Gen Pract*. 2003;53:394-8.
 19. Bolaños E, Sarria-Santamera A. Perspectiva de los pacientes sobre la diabetes tipo 2 y relación con los profesionales sanitarios de atención primaria: un estudio cualitativo. *Aten Primaria*. 2003;32:195-202.
 20. Eborall H, Davies R, Kinmonth AL, Griffin S, Lawton J. Patients' experiences of screening for type 2 diabetes: prospective qualitative study embedded in the ADDITION (Cambridge) randomised controlled trial. *BMJ*. 2007;335:490.
 21. Nicolucci A, Kovacs Burns K, Holt RIG, Comaschi M, Hermanns N, Ishii H, et al. Diabetes Attitudes, Wishes and Needs second study (DAWN2™): Cross-national benchmarking of diabetes-related psychosocial outcomes for people with diabetes. *Diabet Med*. 2013;30:767-77.
 22. Heisler M, Vijan S, Anderson RM, Ubel PA, Bernstein SJ, Hofer TP. When do patients and their physicians agree on diabetes treatment goals and strategies, and what difference does it make? *J Gen Intern Med*. 2003;18:893-902.
 23. Cano Blanquer D, Cervera Casino P, Peiró Moreno S, Mateu García M, Barreda-Aznar A, et al. Prevalencia y factores asociados de la auto monitorización glucémica en pacientes diabéticos tipo 2 no tratados con insulina en la Comunidad Valenciana. *Rev Esp Salud Pública*. 2013;87:149-63.
 24. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Aten Primaria*. 2009;41:342-8.
 25. Hart W, Collazo M. Costos del diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus en diferentes países del mundo. *Rev Cuba Endocrinol*. 1998;9:212-20.
 26. Cabrera de León A, del Castillo Rodríguez JC, Domínguez Coello S, Rodríguez Pérez MC, Brito Díaz B, Borges Álamo C, et al. Estilo de vida y adherencia al tratamiento de la población canaria con diabetes mellitus tipo 2. *Rev Esp Salud Pública*. 2009;83:567-75.
 27. Eroğlu SÇ, Şensoy F, Beydağ KD, Kiyak M. Compliance with diabetic patients with diabetes and requirements of taking education. *Procedia Soc Behav Sci*. 2014;152:1457-64.
 28. Hewitt J, Smeeth L, Chaturvedi N, Bulpitt CJ, Fletcher AE. Self-management and patient understanding of diabetes in the older person. *Diabet Med*. 2011;28:117-22.
 29. D'Eramo-Melkus G, Demas P. Patient perceptions of diabetes treatment goals. *Diabetes Educ*. 1989;15:440-3.
 30. Ritholz MD, Beverly EA, Brooks KM, Abrahamson MJ, Weinger K. Barriers and facilitators to self-care communication during medical appointments in the United States for adults with type 2 diabetes. *Chronic Illn*. 2014;10:303-13.
 31. Gil-Guillén VF, Palazón-Bru A, Pereira-Expósito A, Perseguer-Torregrosa Z. Estrategias para mejorar el cumplimiento en la práctica clínica diaria. *Hipertens Riesgo Vasc*. 2012;29:20-7.
 32. Marante CAG, Chapman SB, Alonso JV, Quesada JF. Conocimientos del diabético tipo 2 acerca de su enfermedad: estudio en un centro de salud. *Med Gen y Fam*. 2011;4:10-5.
 33. Noda Milla JR, Pérez Lu JE, Málaga Rodríguez G, Lam A, Rosa M. Conocimientos sobre su enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a hospitales generales. *Revi Med Hered*. 2008;19:46-7.
 34. Mullan RJ, Montori VM, Shah ND, Christianson TJ, Bryant SC, Guyatt GH, et al. The diabetes mellitus medication choice decision aid: a randomized trial. *Arch Intern Med*. 2009;169:1560-8.
 35. Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, Hainsworth J. Self-management approaches for people with chronic conditions: A review. *Patient Educ Couns*. 2002;48:177-87.
 36. Montori VM, Gafni A, Charles C. A shared treatment decision-making approach between patients with chronic conditions and their clinicians: the case of diabetes. *Health Expect*. 2006;9:25-36.
 37. Formosa C, McInnes A, Mandy A. Rethinking diabetes education. *J Diabet Nurs*. 2012;16:234-8.
 38. Bonal Ruiz R, Cascaret soto X. ¿Automanejo, autocuidado o autocontrol en enfermedades crónicas? Acercamiento a su análisis e interpretación. *Medisan*. 2009;13.
 39. Gil-Velázquez LE, Sil-Acosta MJ, Domínguez-Sánchez E, Torres-Arreola L, Medina-Chávez JH. Diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2013;51:104-19.
 40. Mestre AG. La autonomía del paciente con enfermedades crónicas: De paciente pasivo a paciente activo. *Enferm Clin*. 2014;24:67-73.
 41. Powell PW, Corathers SD, Raymond J, Streisand R. New approaches to providing individualized diabetes care in the 21st Century. *Curr Diabetes Rev*. 2015;11:222-30.
 42. Diego L, Amado Guirado E. Información de medicamentos a pacientes: necesaria pero insuficiente. *FMC Form Méd Contin Aten Prim*. 2015;22:90-7.
 43. Marrin K, Brain K, Durand MA, Edwards A, Lloyd A, Thomas V, et al. Fast and frugal tools for shared decision-making: how to develop Option Grids. *Eur J Pers Cent Healthc*. 2013;1:240-5.
 44. Durand MA, Alam S, Grande SW, Elwyn G. 'Much clearer with pictures': using community-based participatory research to design and test a Picture Option Grid for underserved patients with breast cancer. *BMJ Open*. 2016;6:e010008, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010008>.
 45. Elwyn G, Lloyd A, Joseph-Williams N, Cording E, Thomson R, Durand MA, et al. Option Grids: shared decision making made easier. *Patient Educ Couns*. 2013;90:207-12.