

Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



EL RETO DEL MANEJO DIARIO DE LA DIABETES TIPO 2 EN ATENCIÓN PRIMARIA

Importancia de la implicación del paciente en el autocontrol de su enfermedad: paciente experto. Importancia de las nuevas tecnologías como soporte al paciente autónomo

José Manuel Millaruelo Trillo

Centro de Salud Torrero Este, Zaragoza, España

PALABRAS CLAVE

Diabetes;
Enfermedad crónica;
Paciente experto;
Toma de decisiones;
Autocontrol;
Nuevas tecnologías

Resumen

El envejecimiento de las sociedades de nuestro ámbito geográfico y social y el progreso en los cuidados médicos evitando muertes prematuras, han ocasionado una prevalencia cada vez mayor de las enfermedades crónicas, en este caso de la diabetes. Además, en este caso concreto, se une el cambio de hábitos alimentarios y el sedentarismo, que nos han llevado a un incremento espectacular de la obesidad y, en consecuencia, de la prevalencia de diabetes. Nuestro sistema sanitario está razonablemente bien preparado para el manejo de la enfermedad aguda, pero ni los profesionales ni los circuitos de derivación ni, probablemente, los pacientes estamos preparados para este nuevo escenario. Por ello, deberemos formarnos en el manejo de la enfermedad crónica, potenciar la participación del paciente en la toma de decisiones y animar el resurgimiento de una nueva manera de relación médico-paciente menos paternalista. Las experiencias promovidas desde la Universidad de Stanford o, en nuestro medio, por el Foro Nacional de Pacientes pueden ser modelos a seguir. La figura del paciente experto será, sin duda, en los próximos años de gran ayuda. En general, médicos y pacientes confiamos mucho en la aportación de nuevos tratamientos y tecnologías en el alivio o manejo de la enfermedad. Negar esa posibilidad sería ridículo en pleno siglo xxi , pero todas las posibilidades que nos aportan sólo muestran resultados positivos en pacientes debidamente formados. Y esa es una tarea que nunca debemos descuidar.

© 2010 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Diabetes;
Chronic disease;
Expert patient;
Decision-making;
Self-management;
New technologies

Importance of patient involvement in disease self-management: the expert patient. Role of new technologies to support patient autonomy

Abstract

Because of population aging in our geographical and social setting and progress in preventing premature death, there is an ever-increasing prevalence of chronic diseases, in this case diabetes. In our environment, the dietary changes and sedentariness that have led to the spectacular rise in obesity have increased the prevalence of diabetes. Our health system is reasonably well prepared to manage acute disease but neither health professionals nor referral circuits—nor probably patients—are prepared for the new scenario. Consequently, we should prepare ourselves for the management of chronic disease, encourage patient participation in decision-making and promote a new, less paternalistic, paradigm of the doctor-patient relationship. The experiences initiated by the University of Stanford, or in Spain by the National Patients' Forum, could serve as models. In the next few years, the figure of the expert patient will undoubtedly be highly useful. In general, physicians and patients place a great deal of faith in the contribution of new treatments and technologies to the relief or management of disease. To deny this in the XXI century would be ridiculous, but all the possibilities of these treatments and technologies only show positive results in suitably educated patients. This is a task that should never be forgotten.

© 2010 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Dos de los hechos más singulares en la atención a los pacientes acaecidos en los últimos años, han sido la prevalencia cada vez mayor de las enfermedades crónicas y la mayor participación del paciente en la toma de decisiones referentes a su situación clínica. Ello exige cambios estructurales por parte de las administraciones sanitarias y un cambio de mentalidad en los profesionales sanitarios, más acostumbrados a una relación médico-paciente de tipo más paternalista (fig. 1). Poco podemos influir en el primer punto, excepto con nuestras opiniones o cuando ocupamos puestos con cierta responsabilidad en la gestión, pero no hay excusas para no conocer más, valorar y asimilar los puntos positivos de este nuevo modelo, que no es, como es lógico, una panacea. Es imprescindible describir someramente procesos como la toma compartida de decisiones, el *empowerment* y la autoeficiencia como métodos de apoyo para el paciente que lleve a una nueva figura emergente, el paciente experto.

Toma compartida de decisiones

El “boom” del concepto ha llevado a que se establezcan varios mitos que deberíamos desterrar.

- Todo el mundo habla de lo mismo si dice “toma de decisiones compartida”*. Realmente se ha comprobado que hay diferencias sustanciales en el concepto¹.
- Sólo hay un enfoque para las decisiones compartidas*. Las características personales de médico y pacientes hacen que los resultados puedan ser muy variables.
- Los médicos son los que pilotan el proceso de decisiones*

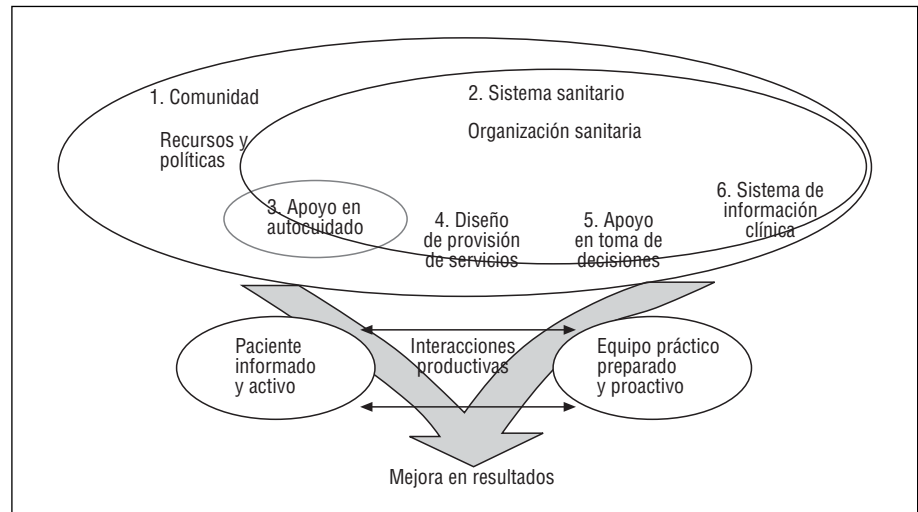
compartidas. Si fuese así se perpetuaría una relación asimétrica, que además puede desarrollarse fuera de la propia entrevista y, en todo caso, es el paciente quien decide lo que desea compartir

- La mayoría de médicos acoge favorablemente este modelo*. Por falta de tiempo (que casi siempre es una excusa) o causas más profundas, lo cierto es que la asunción del modelo no es generalizada.
- La mayoría de pacientes acoge favorablemente este modelo*. Los pacientes mayores, con menor capacidad intelectual, con locus de control externo no suelen ser favorables, aunque ello depende mucho del tipo de planteamiento de la pregunta: ¿quién debe tomar las decisiones, usted o el médico?, conllevará casi siempre una respuesta: el médico. Pero si preguntamos: cuando el médico tome alguna decisión acerca de su tratamiento, ¿le gustaría que tuviera en cuenta sus opiniones?, probablemente adoptará una postura más activa y comprometida².

Evolución del modelo de consulta con el paciente: del paternalismo a la toma conjunta de decisiones. ¿Cómo podemos ayudar al paciente a participar en la toma de decisiones?

Aunque algunos pacientes tienen la capacidad suficiente para tomar sus propias decisiones, en otras ocasiones precisan de nuestro apoyo³. El papel del “*health coaching*” fue descubierto y promovido desde hace varios años en países anglosajones. Proporciona a los pacientes herramientas para preparar una consulta, saber distinguir entre varias opciones y conseguir cambios. Ese papel puede ser desem-

Figura 1 Modelo de cuidados crónicos. Modelo de Cuidados Crónicos del Programa ICIC (Improving Illness Chronic Care) del Instituto Mac Coll de Estados Unidos, en el que se basa el perfil innovador de la atención a las condiciones crónicas de la OMS (2003). Tomado de www.improvingchroniccare.org



peñado por médicos o enfermeras y desarrollado en presencia física del paciente o por teléfono, correo electrónico o internet. Su efectividad ha sido demostrada en distintos estudios^{4,5}.

Diabetes como paradigma de enfermedad crónica: un modelo ideal para las decisiones compartidas

Recientes revisiones sistemáticas de estudios, que promueven la participación activa del paciente diabético en la toma de decisiones, han demostrado que ésta mejora la calidad de vida y el control metabólico, sobre todo en los primeros meses^{6,7}. Los tratamientos de las enfermedades crónicas requieren una participación más activa por parte del paciente que en las enfermedades agudas, aunque el enfoque es similar al propuesto por Charles et al^{8,9} para las enfermedades agudas. Debe incluir un intercambio bidireccional de información, participación por ambas partes en la deliberación y acuerdo en la decisión a tomar. Difiere de la decisión informada en la que el clínico da toda la información y el paciente toma la decisión. Este modelo asume que el paciente entiende toda la información técnica y es capaz de hacer su elección teniendo en cuenta aspectos globales de su vida. Por el contrario, en el enfoque paternalista, el médico proporciona una información escueta al paciente y toma la decisión sin la participación del paciente, o si ésta se produce es simplemente testimonial.

Este enfoque ha ayudado a mejorar la entrevista clínica entendiendo las preferencias de médico y paciente, y desarrollando herramientas que permitan al paciente entender las consideraciones técnicas (p. ej., riesgo absoluto y relativo), las ventajas e inconvenientes de un tratamiento (p. ej., número necesario de pacientes a tratar y número necesario para perjudicar), convirtiéndolo en una persona informada y capaz de participar en sus decisiones. El paciente y su familia conocen, indudablemente, mejor que el profesional sus actitudes, creencias, objetivos y expectativas respecto a la enfermedad.

Una circunstancia habitual en los pacientes con diabetes es que sus decisiones se toman habitualmente “en su terreno” y no en la consulta clínica. Además de los temas específicos del tratamiento, se debe encontrar tiempo y espacio para valorar cómo le afecta esta enfermedad crónica, su autoeficacia, su apoyo social y familiar, su acceso a una información precisa y veraz, y las barreras que percibe para conseguir los objetivos.

Podríamos distinguir 4 fases en el proceso de la toma compartida de decisiones:

- Establecer una relación de confianza.
- Intercambiar información.
- Deliberar acerca de las distintas opciones.
- Decidir una actuación y llevarla a cabo.

La relación de confianza debe establecerse entre el paciente y su entorno (familiares, cuidadores) y el equipo sanitario (médico, enfermera, especialistas). Es importante sobre todo en los primeros encuentros y debe basarse en la sinceridad, la empatía y el respeto. Todos deben estar preparados para los fallos e incumplimientos. Los pacientes para comunicarlos sin miedo y los clínicos para comprenderlo.

El intercambio de información debe incluir, lógicamente, los beneficios y riesgos de la intervención propuesta, los resultados esperados basados en las mejores evidencias, pero aún más importante es la información sobre los propios pacientes, sus circunstancias sociales, su estilo de vida y las estrategias que utilizará para conseguir los objetivos. Lógicamente, conocer sus valores, preferencias, objetivos, temores y expectativas es también fundamental. El paciente también debe conocer nuestros valores y expectativas y así se producirá un entendimiento mutuo que enriquece la relación.

Debemos deliberar respecto de las distintas opciones sin imponer la nuestra, hablando de riesgos y beneficios terapéuticos de una manera que el paciente pueda entender fácilmente (gráficos, ejemplos, etc.). Una vez decidida la opción, lógicamente es imprescindible llevarla a cabo y asumir las consecuencias por ambas partes.

Autoeficacia

Es la convicción que posee una persona de que es capaz de realizar con éxito una acción concreta¹⁰. Conociendo:

- Esfuerzo que sea necesario aplicar.
- Durante cuánto tiempo.
- Obstáculos previsibles.
- Posibles consecuencias negativas de participar o de no lograrlo.

Empowerment

Es un proceso que busca una relación con el paciente en el que le otorgamos más confianza para que aumente la responsabilidad, la autoridad y el compromiso para tomar las decisiones relacionadas con su enfermedad. El *empowerment* es una filosofía que reconoce el derecho fundamental de las personas a ser los primeros en la toma de decisiones para el control de su afección. Representa un modelo más compatible para el cuidado y la educación necesarios en una enfermedad crónica, como es la diabetes¹¹.

El paciente experto

El término “paciente experto”, al ser escuchado por un profesional sanitario, es razonable que inicialmente produzca rechazo¹². Se teme que el paciente tome una posición de exigencia ante su médico, que acuda a la consulta con la lección aprendida por haber revisado en internet toda la información acerca de su enfermedad, etc. Sin embargo, en realidad, la denominación es aceptada en todo el mundo como “aquel paciente que se sabe el principal responsable de su salud, decide cuidarse, y tiene las habilidades, la motivación y la confianza para hacerlo, siempre en colaboración con el profesional sanitario”¹³. Hasta ahora, el médico estaba acostumbrado a una relación en las consultas que se sustentaba en una diferencia de conocimientos y en la que el paciente no cuestionaba nada. Sin embargo, asistimos a una transición entre un paciente más pasivo a otro más activo. Se produce un cambio del principio de beneficencia al principio de autonomía. La cuestión es: ¿está el médico preparado para esta nueva relación?

Frente a la información sanitaria tradicional, la educación en el autocuidado —recomendada por la Organización Mundial de la Salud en el Nuevo Modelo de Cuidados Crónicos— hace al paciente capaz de tomar decisiones respecto a su salud, favoreciendo los cambios conductuales necesarios para la prevención y tratamiento de las enfermedades crónicas. Desde los años ochenta, se han ido desarrollando en todo el mundo programas de autocuidado de la salud. El más importante, y extendido actualmente en más de 30 países, es el Chronic Disease Self-Management Programme (CDSMP) (Programa de Autocuidado para Enfermedades Crónicas de la Universidad de Stanford)¹⁴. Este programa ha sido objeto de más de 50 ensayos clínicos e incluso una revisión sistemática de la Colaboración Cochrane, que ha valorado su eficacia.

Definimos *autocuidado* como la capacidad del individuo de manejarse en el día a día con las consecuencias físicas,

psíquicas, de cambios sociales y en su estilo de vida, consecuencia de vivir con su enfermedad crónica y de adherirse a un tratamiento médico. El apoyo al autocuidado son las acciones realizadas desde el profesional sanitario para promover el autocuidado del paciente, el aumento de su motivación y responsabilidad en el manejo de su enfermedad, como la entrevista motivacional (más información en www.autocuidado.org).

Es en este proceso de autocuidado del paciente donde situamos el Programa Paciente Experto Instituto Catalán de la Salud¹⁵ con 8 objetivos específicos, que son:

- Conseguir la implicación de los propios pacientes.
- Conocer el grado de satisfacción de los pacientes.
- Mejorar la calidad de vida percibida de los pacientes.
- Mejorar los conocimientos del paciente acerca de la enfermedad.
- Mejorar el grado de autocuidado para adquirir un correcto manejo de la enfermedad.
- Mejorar el cumplimiento terapéutico.
- Disminuir el número de visitas al médico/ enfermera de familia.
- Disminuir los ingresos hospitalarios y las visitas a urgencias.

También van apareciendo experiencias educativas individuales y, a título de ejemplo, referenciamos la desarrollada en Albacete con un paciente-experto obeso, que tras una breve preparación por parte del personal sanitario del centro de salud, adoptó, con éxito, el papel docente en un programa educativo¹⁶.

El CDSMP se basa en que la condición de enfermo crónico produce en el paciente unas consecuencias comunes en todos ellos, como son: dificultad en la toma de decisiones; alteraciones en el estado de ánimo; problemas en la relación médico-paciente; problemas en el ámbito familiar o laboral; falta de adherencia a tratamientos o consejos médicos; problemas en la alimentación; falta de ejercicio físico; dificultades en el manejo del dolor, etc. Estas consecuencias en la persona, comunes en todas las enfermedades crónicas, son las que se tratan en el programa CDSMP; no los aspectos técnicos sobre cada enfermedad, cuya información al paciente es responsabilidad del profesional sanitario. Este enfoque lleva a que puedan ser los pacientes, convenientemente formados, los que impartan el programa a otros pacientes en sesiones grupales de hasta 15-20 pacientes. También pueden participar como educadores, si lo desean, profesionales sanitarios, siempre que al hacerlo no lo hagan desde su posición técnica sino como facilitadores o promotores del autocuidado, o por su propia experiencia de padecer una enfermedad crónica.

El apoyo en el autocuidado mejora la relación médico-paciente. Mediante la recomendación o prescripción, en 30 s, de acudir a un programa de autocuidado de la salud, el médico es percibido como alguien que se preocupa no sólo por la enfermedad del paciente, sino también por su persona. Por ello, el programa en Reino Unido, y también en España, ha elegido el lema “*Moving from patient to person*” (“Del paciente a la persona”). Se han realizado ensayos clínicos que muestran cómo estos programas mejoran la percepción del profesional sanitario por parte de los pacientes, la adhe-

rencia al tratamiento, las mejoras en la calidad de vida relacionada con la salud, la disminución de la hiperfrecuentación en los servicios de urgencias, y el número y la duración de las estancias hospitalarias de los enfermos crónicos.

A modo de resumen, se exponen las conclusiones de un reciente congreso¹⁷ sobre el tema, que puede ser una “hoja de ruta” para administraciones y profesionales sanitarios:

- A. Es necesario introducir una “agenda del paciente” como instrumento de revisión de estrategias sanitarias a nivel político, administrativo y sanitario.
- B. Tenemos pacientes con más cultura, más exigentes y mejor informados, aunque con un gran déficit de participación en el sistema sanitario.
- C. Urgen planes de transformación operativos y evaluables, tanto a nivel de política como de organización y gestión sanitarias.
- D. Es necesario un sistema sanitario centrado en el paciente, en sus necesidades, vivencias, valores y expectativas, pero también de acuerdo a su contexto social y psicoemocional. Debe estar volcado en la transparencia y en la rendición de cuentas de sus actuaciones ante la sociedad.
- E. Es necesario activar iniciativas tendentes a la mejora de la orientación, información y participación del usuario en el sistema sanitario. El programa del paciente experto del National Health Service y la activación del foro de pacientes británico como órgano operativo y consultivo en materia de política sanitaria, son modelos claves de reflexión.
- F. Urge profesionalizar las unidades de admisión y atención al usuario, y desarrollar e implementar las habilidades comunicativas profesional sanitario-paciente desde el ámbito académico, formativo y docente.
- G. Hay que redimensionar el sistema sanitario para encontrar acomodo en la vida profesional del médico, y tiempo para reflexionar sobre las necesidades y expectativas emergentes de este nuevo modelo de paciente y, muy especialmente, a la luz del progresivo incremento del nivel de cronicidad de las patologías.
- H. Es necesario definir la terapia, no ya desde el punto de vista preventivo sino en términos de objetivos vitales del paciente.
- I. Urge evitar retrasos en el diagnóstico y abogar por la promoción de un modelo sanitario basado en la atención global e integral del usuario sanitario.
- J. Es necesario integrar al paciente en la organización de la asistencia y de acuerdo a una mayor y mejor coordinación entre servicios, niveles y unidades asistenciales y sanitarias y agentes sanitarios.
- K. El paciente es sujeto de su salud pero también de unos derechos contemplados en las diversas cartas de derechos y deberes del paciente que hay que respetar, garantizar, y conocer y difundir por parte del profesional sanitario.
- L. Es necesario que las decisiones clínicas estén centradas en el paciente, con el fin de mejorar la comprensión de su patología y de incrementar el nivel de confianza en el profesional y en el sistema sanitario.
- M. Urge concebir los centros sanitarios no ya como espacios neutros sino como referentes del territorio emocional

del paciente y su contexto. Por tanto, un sistema sanitario volcado en la sensibilidad y sensibilización de sus gestores, más democrático, equitativo y menos paternalista, volcado en la cultura de valorización del paciente, de su dignidad como persona enferma y basado en la seguridad, eficacia y competencia, y capaz de responder a las expectativas del paciente.

- N. El sistema sanitario, y cada uno de sus agentes, debe responder a las peticiones del paciente:
 - Reducción de los tiempos de espera.
 - Credibilidad y confianza en el profesional sanitario.
 - Ser escuchado, participar activamente en las decisiones clínicas y ser tratado con respeto y dignidad.
 - Una mayor empatía médico-paciente.
- O. Impulsar el papel de las asociaciones de pacientes como agentes nucleares de intermediación en la relación entre el sistema sanitario público y privado y el paciente como individuo.
- P. Incentivar la cooperación entre los usuarios, profesionales, administración y organizaciones sanitarias para conseguir recursos.
- Q. Fomento de un consentimiento informado (CI) desvinculado de criterios fundamentados en la:
 - Coerción.
 - Persuasión.
 - Manipulación.
- R. Es necesario apostar por una información “adecuada” y “a medida” del usuario sanitario.
- S. Sería necesario incluir el trato al paciente como indicador en las encuestas de satisfacción del usuario sanitario así como la elaboración de encuestas de insatisfacción generadas a partir de los resultados de las hojas de reclamación y quejas del propio usuario sanitario.
- T. Los aspectos éticos de la asistencia del usuario sanitario deben basarse en los criterios morales de:
 - Igualdad de acceso médico-sanitario.
 - Justicia deliberativa basada en la decisión participativa del propio ciudadano en el ciclo salud-enfermedad.
- U. Fomento de la formación del profesional médico y asistencial en bioética como elemento nuclear del abordaje integral del paciente de acuerdo al respeto de los valores éticos básicos de la calidad asistencial.
- V. Es fundamental ejercer un seguimiento del enfermo no sólo desde el punto de vista de la curación, sino enfocado hacia los cuidados paliativos y de acuerdo a la máxima de E.J. Cassell: “Los que sufren no son los cuerpos; son las personas”.

La importancia de las nuevas tecnologías

En los últimos años, se ha producido un desarrollo tecnológico impensable hasta hace muy poco tiempo, y que debe ayudarnos a conseguir una mejor comunicación y un mejor

control en los pacientes diabéticos. Dentro de este amplio abanico de posibilidades terapéuticas y diagnósticas están incluidos todos los sistemas de perfusión de insulina, más conocidos como bombas de insulina, cuya aplicación en el tratamiento de la diabetes se remonta a los años ochenta, aunque su verdadero protagonismo no se manifiesta hasta mediados de la década de los noventa. Su implementación se ha ido incrementando de manera importante hasta la actualidad.

También contamos con los sistemas de monitorización continua de glucosa en sangre, que permiten ver en tiempo real la película de cómo evolucionan los valores de azúcar en el líquido intersticial y, por tanto, esta información permite al paciente actuar para prevenir incrementos o disminuciones de la glucosa. Como inconveniente está el hecho de que las determinaciones se llevan a cabo en el tejido subcutáneo, donde la concentración de glucosa es igual a la de la sangre, aunque retrasada con relación a ésta (es decir, un valor determinado por estos sistemas representa el valor de la glucosa en sangre de 15 min antes). Otro inconveniente es que la duración de la actividad de los sensores es de 3 días y, por tanto, si alguien requiere una información continua necesita unos 10 sensores al mes, con el coste sanitario que ello representa. Hay estudios que se están llevando a cabo con los "sistemas inteligentes". Estos sistemas pretenden interpretar la información recogida por los sistemas de monitorización continua de la glucosa y dar orden al sistema de perfusión de proporcionar la cantidad de insulina que debe administrar en cada momento para poder mantener los valores de glucosa en sangre dentro de la normalidad. Estamos hablando de un páncreas artificial. Pero estos avances sólo son utilizados en pacientes diabéticos de tipo 1.

Para la mayoría de los pacientes diabéticos de tipo 2, un avance ya consolidado, pero cuya utilidad está bien contrastada, son los medidores de la glucemia capilar. Las novedades en su *software* permiten memorizar los datos e incluso hacer gráficas que hacen al paciente mayor conocedor de su situación glucémica en todos los momentos del día. Lógicamente, su utilización eficiente está relacionada con su inclusión dentro de una educación sanitaria global que permita al paciente tomar la decisión más adecuada de acuerdo al control glucémico y que le permita, de alguna manera, ver cuáles pueden ser las causas de determinadas variaciones¹⁸.

El otro es el uso de internet. Sería imposible siquiera enumerar la cantidad de recursos que ofrece a nivel informativo, desde las sociedades científicas, proveedores de servicios —fármacos y tecnología—, foros de pacientes, etc. Las novedades en este campo serían la posibilidad de la llamada "telemedicina", que consiste en enviar determinados datos para que los llamados "gestores informáticos de ayuda al seguimiento de la diabetes" devuelvan una información comprensible y útil para el paciente. En un concepto más amplio, las tecnologías de la información y de la comunicación nos muestran una enorme gama de posibilidades (fig. 2).

El principal problema es que pocos pacientes están capacitados para beneficiarse de este tipo de ayuda, aunque, sin duda, con la cada vez mayor prevalencia de la diabetes a edades más tempranas, podría ser útil en el futuro. Por otra parte, dada la accesibilidad al sistema sanitario en nuestro país, los pacientes prefieren el contacto "en vivo" con el

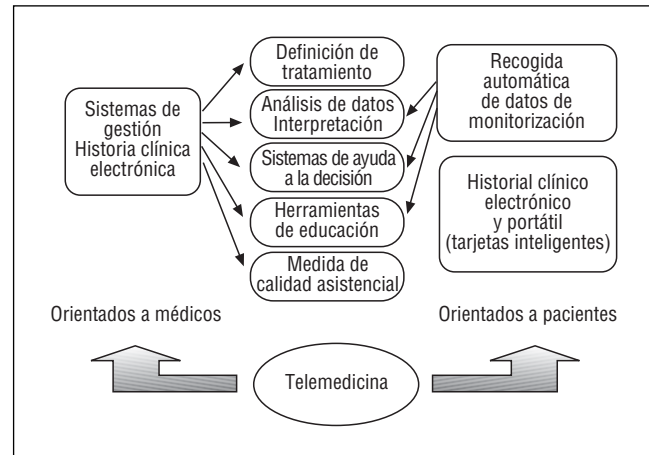


Figura 2 Aplicación de las tecnologías de la información y de la comunicación al manejo de la diabetes.

personal sanitario, obviando el esfuerzo de recurrir a unas tecnologías con las que no están familiarizados.

Una información exhaustiva y actualizada de este tema, que no es posible desarrollar aquí con mayor extensión, puede encontrarse en la monografía de la SED titulada "Nuevas tecnologías en el seguimiento y control del paciente diabético"¹⁹.

Conclusiones

La presencia de la enfermedad crónica, en este caso diabetes, hace necesaria la participación activa del paciente en el manejo de la enfermedad. Es necesario potenciarla desde el ámbito sanitario a través de técnicas de ayuda a la autoeficacia y *empowerment*. Estamos ante un nuevo tipo de paciente, más informado y exigente, el llamado paciente experto, que también puede ser un recurso educativo para enseñar a otros pacientes. Compartir decisiones con el paciente no es delegar nuestra responsabilidad como sanitarios sino dar al paciente el papel que tiene y garantizarlos un mayor cumplimiento terapéutico. Las nuevas tecnologías, sobre todo las derivadas del uso de internet, y los sistemas de autocontrol glucémico permiten una mejor información, comunicación y, por lo tanto, mejor control glucémico.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Moumjid N, Gafni A, Bremond A, Carrere M. Shared decision making in the medical encounter: are we all talking about the same thing? *Med Decis Making*. 2007;27:539-46.
2. Janson J. Shared decision making have we missed the obvious. *Arch Int Med*. 2008;168:1368-70.

3. Taylor K. Paternalism, participation and partnership. The evolution of patient centredness in the consultation. *Patient Education and Counseling*. 2009;74:150-5.
4. Coulter A, Ellins J. Effectiveness of strategies for informing, educating and involving patients. *BMJ*. 2007;335:24-7.
5. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract*. 2005;55:305-12.
6. Montori V, Gafni A, Charles C. A shared treatment decision-making approach between patients with chronic conditions and their clinicians: the case of diabetes. *Health Expectations*. 2006;9:25-36.
7. Van Dam H, Van der Horst F, Van den Borne B, Ryckman R, Crebolder H. Provider-patient interaction in diabetes care: effects on patient self-care and outcomes. A systematic review. *Patient Education and Counseling*. 2003;51:17-28.
8. Charles C, Gafni A, Whelan T. Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Social Science in Medicine*. 1999;49:651-61.
9. Charles C, Whelan T, Gafni A. What do we mean by partnership in making decisions about treatment? *BMJ*. 1999;319:780-2.
10. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioural change. *Psychological Review*. 1977;84:191-215.
11. Funnell M, Nwankwo R, Gillard M, Anderson R, Tang T. Implementing an empowerment-based diabetes self-management education program. *Diabetes Educ*. 2005;31:53-61.
12. Shaw J, Backer M. "Expert patient"—dream or nightmare? *BMJ*. 2004;328:723-4.
13. Jovell A, Navarro Rubio M, Fernández Maldonado L, Blancafort S. Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario. *Aten Primaria*. 2006;38:234-7.
14. The Expert Patient A New Approach to Chronic Disease Management for the 21st Century. Disponible en: <http://www.doh.gov.uk/healthinequalities>
15. González Mestre A. Gestión en Atención Primaria. 'El Programa Paciente Experto ICS'. *Medical Economics*. 2009;108:16-7.
16. Molina F, Castaño E, Massó J. Experiencia educativa con un paciente experto. *Rev Clin Med Fam*. 2008;2:178-80.
17. El nuevo modelo de paciente y su participación en las decisiones sanitarias. *CUIMPB*. Octubre 2005.
18. Klonoff D. New evidence demonstrates that self-monitoring of blood glucose does not improve outcomes in type 2 diabetes when this practice is not applied properly. *J Diabetes Sci Technol*. 2008;2:342-8.
19. Disponible en: <http://www.sediabetes.org/apartado.asp?seccion=10&apartado=38&idRegistro=72&iMenu=7>