

**Margarida Jansà i Morato**

Enfermera experta en Diabetes y Educación Terapéutica.
Unidad de Diabetes. Hospital Clínic de Barcelona



El equipo de diabetes interdisciplinar

Su papel en la educación, motivación y adherencia al tratamiento

El presente artículo pretende describir las tendencias actuales sobre las características de los equipos de atención, los modelos de atención centrados en la persona, la educación terapéutica para la autogestión del tratamiento, la toma de decisiones compartidas, la motivación y la adherencia al tratamiento.

EQUIPOS DE ATENCIÓN MULTIDISCIPLINARIOS VS INTERDISCIPLINARIOS

A modo de introducción, es importante matizar las diferencias entre los equipos de atención multidisciplinarios y los interdisciplinarios. Aunque estos dos términos se utilizan simultáneamente tienen sus diferencias.

La **multidisciplinariedad** se refiere a la suma de las competencias de múltiples profesionales que se mantienen dentro de los límites de sus campos de conocimiento. Ello implica que los miembros del equipo trabajen de forma independiente para crear planes de atención específicos de la disciplina que se implementen simultáneamente, pero sin tener en cuenta su interacción.

La **interdisciplinariedad** denota que las diversas disciplinas se coordinan hacia un enfoque común y coherente centrado en el paciente/persona. Un enfoque interdisciplinario involucra a los miembros del equipo de diferentes disciplinas que trabajan de manera coordinada y colaborativa.

Por ejemplo, en el caso de un enfoque multidisciplinar una persona con diabetes puede recibir atención del médico endocrinólogo, la enfermera experta, el oftalmólogo, el nefrólogo, el cardiólogo, el podólogo, el nutricionista, el médico y la enfermera de Atención primaria, entre otros. Cada uno de estos profesionales puede tener sus propios objetivos para el paciente y aplicar tratamientos sin consultar/colaborar con los demás.

En el caso de un equipo interdisciplinar estos mismos profesionales trabajan de manera coordinada y colaborativa con un propósito común, para establecer metas,

tomar decisiones y compartir recursos y responsabilidades. En este caso la persona con diabetes toma decisiones compartidas con su equipo.

MODELO DE ATENCIÓN A LA CRONICIDAD

Como bien defienden los Estándares de atención 2023 de la Asociación Americana de diabetes¹ se han implementado numerosas modelos de atención para promover los estándares de atención recomendados. Sin embargo, una barrera importante para una atención óptima a la diabetes es un sistema de salud que a menudo está fragmentado, carece de capacidades de información clínica, duplica servicios y está mal diseñado para la prestación coordinada de la atención crónica.

Por ello abogan por el Modelo de Atención Crónica (Chronic Care Model-MCC en sus siglas en inglés) que tiene en cuenta estos factores y es un marco eficaz para mejorar la calidad de la atención de la diabetes. Los 6 elementos centrales de este modelo son:

1. Diseño del sistema de prestación (pasar de un sistema de prestación de atención reactivo a uno proactivo donde las visitas planificadas se coordinan a través de un enfoque basado en el equipo interdisciplinar).
2. Apoyo a la educación para la autogestión del tratamiento.
3. Apoyo a la decisión (basar la atención en guías basadas en la evidencia)
4. Sistemas de información clínica (utilizando registros individuales y poblacionales que pueden dar apoyo específico al equipo de atención)
5. Recursos y políticas comunitarias (identificar o desarrollar recursos para apoyar estilos de vida saludables)

6. Sistemas de salud con una cultura orientada a la calidad.

Los estudios que han evaluado la eficacia de este modelo de atención han dado buenos resultados como:

- Reducción de la incidencia acumulada de complicaciones relacionadas con la diabetes y la mortalidad por todas las causas.
- Reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular
- Reducción del gasto sanitario.

Para la implementación con éxito de este modelo de atención a la cronicidad son fundamentales:

- La redefinición de las funciones del equipo de atención.
- La educación para el empoderamiento de las personas con diabetes en la autogestión del tratamiento.
- Los equipos de atención colaborativos son los más adecuados para la atención a las personas con enfermedades crónicas como la diabetes.

Estas características fundamentales pueden adaptarse a las necesidades de diferentes sistemas de salud.

El control óptimo de la diabetes requiere un enfoque organizado y sistemático y la participación de un equipo de profesionales de la salud coordinado que trabajen en un entorno donde la atención de alta calidad y centrada en el paciente sea una prioridad.

ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA Y TOMA DE DECISIONES COMPARTIDA

La atención centrada en la persona/paciente es una filosofía de atención que tiene como principios la dignidad y la au- ➤

UNA BARRERA IMPORTANTE PARA UNA ATENCIÓN ÓPTIMA A LA DIABETES ES UN SISTEMA DE SALUD QUE A MENUDO ESTÁ FRAGMENTADO, CARECE DE CAPACIDADES DE INFORMACIÓN CLÍNICA, DUPLICA SERVICIOS Y ESTÁ MAL DISEÑADO PARA LA PRESTACIÓN COORDINADA DE LA ATENCIÓN CRÓNICA



» tonomía, así como la educación para el empoderamiento de la persona. En ella, sitúa a la persona en el centro de la actividad asistencial, donde las capacidades de las personas atendidas son más importantes que los déficits, y donde los derechos de estas personas y la ética son la principal guía a seguir.

La Asociación Americana de Diabetes y la Asociación Europea para el Estudio de la Diabetes abogan por un enfoque centrado en la persona², enfatizando que este enfoque debería ser el principio organizativo del modelo de atención para los pacientes con enfermedades crónicas y de manera especial en la diabetes.

La participación del paciente en la toma de decisiones compartidas constituye uno de los principios básicos de la medicina basada en la evidencia, que exige la síntesis de la mejor evidencia disponible con la experiencia del profesional de la salud y las propias preferencias del paciente. Durante la visita clínica, se debe medir el nivel de participación preferido del paciente y explorar las opciones terapéuticas, potencialmente con la utilización de ayudas para la toma de decisiones. En un enfoque de toma de decisiones compartida, el profesional de la salud y el paciente actúan como socios, intercambian información y deliberan sobre las opciones para llegar a un consenso/pacto sobre las acciones terapéuticas. Existe sólida evidencia que apoya la efectividad de este enfoque. Es importante destacar que involucrar a los pacientes en la toma de decisiones compartida puede mejorar la motivación y adherencia/seguimiento a la terapia.

IMPORTANCIA DEL LENGUAJE EN LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

Un aspecto muy importante para una atención centrada en la persona y la toma de decisiones compartidas es la utilización de un lenguaje inclusivo³. El lenguaje es una herramienta poderosa y tiene un gran impacto tanto en la percepción como en el comportamiento de las personas. En los últimos años se ha dado mucha importancia a su uso ya que se pretende realizar una aproximación basadas en el respeto, lenguaje inclusivo y en especial “centrado” en la persona.

Se busca establecer un lenguaje de proximidad, enfatizando los conceptos que debe conocer y hacer la persona con diabetes, »

LA PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE EN LA TOMA DE DECISIONES COMPARTIDAS CONSTITUYE UNO DE LOS PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA, QUE EXIGE LA SÍNTESIS DE LA MEJOR EVIDENCIA DISPONIBLE CON LA EXPERIENCIA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD Y LAS PROPIAS PREFERENCIAS DEL PACIENTE

» afrontar los retos desde la autoconfianza, actitud positiva y el sentido de la dignidad. Evitar realizar interacciones con connotaciones negativas en el uso de palabras y frases que puedan producir sensación de vergüenza o provocar mayor ansiedad de la diabetes.

El uso del lenguaje debe de ser neutral, sin juicios de valor y basados en hechos, acciones basadas en los aspectos sociales y psicológicos, también fuera de los estigmas (estereotipos) que pueden provocar palabras como “no controlado”, “diabético”, “no cumplidor”, que hacen sentir a la persona como no capacitada, “vaga” o no motivada para controlar su enfermedad.

RECOMENDACIONES ACTUALES EN RELACIÓN CON LA EDUCACIÓN TERAPÉUTICA Y APOYO PARA LA AUTOGESTIÓN DE LAS DIABETES BASADAS EN LA EVIDENCIA⁴

- Todas las personas con diabetes deben participar en la educación terapéutica (ET) y el apoyo para la autogestión de la diabetes a fin de que puedan adquirir los conocimientos, la toma de decisiones y el dominio de habilidades para el autocuidado de la diabetes.
- Los 4 momentos críticos para evaluar la necesidad de ET a fin de promover la adquisición de habilidades que ayuden en la implementación del plan de tratamiento, la terapia nutricional y el bienestar emocional son:

- Al diagnóstico
- Anualmente y/o cuando no se cumplen los objetivos del tratamiento.
- Cuando se desarrollan complicaciones (médicas, físicas, psicosociales)
- Cuando ocurren transiciones en la vida y la atención.
- Los resultados clínicos, el estado de salud y el bienestar emocional son objetivos clave de la ET que deben medirse periódicamente como parte de la atención.
- La ET deben centrarse en la persona, pueden ofrecerse en entornos grupales o individuales y deben comunicarse con todo el equipo de atención de la diabetes.
- El asesoramiento digital y las intervenciones de autogestión digital pueden ser métodos eficaces para facilitar la ET
- Se recomienda el reembolso por parte de terceros pagadores porque la ET puede mejorar los resultados y reducir los costes (esta recomendación tiene sentido en el modelo de atención sanitaria en USA).
- Identificar y abordar las barreras a la ET puedan existir en el sistema de salud, el profesional de la salud o a nivel individual.
- Incluir los determinantes sociales de la salud de la población objetivo en el diseño y la implementación de la ET con el objetivo final de la equidad en salud en todas las poblaciones.
- Considerar abordar las barreras al acceso a la ET a través de la prestación de atención de telemedicina y otras propuestas de salud digital.

RESULTADOS DE LOS PRINCIPALES ESTUDIOS DE EDUCACIÓN TERAPÉUTICA PARA LA AUTOGESTIÓN DEL TRATAMIENTO⁴

En los últimos años múltiples estudios han demostrado que la ET se asocia con:

- Un mejor conocimiento de la diabetes y conductas de autocuidado.
- Mejoría de la A1C y peso auto-informado.
- Mejor calidad de vida.
- Reducción del riesgo de mortalidad por todas las causas.
- Conductas de afrontamiento positivas.
- Reducción de los costos de atención médica.
- Un mayor uso de los servicios preventivos y de atención primaria y un uso menos frecuente de los servicios hospitalarios.
- Mayor probabilidad de seguir las recomendaciones de tratamiento.
- Mejores resultados cuanto mayor duración de la ET y con soporte continuado, adaptado a las diferencias culturales, edad, necesidades y preferencias individuales, y que incorporan aspectos psicosociales y estrategias de cambio de comportamiento.
- Mayor efectividad si asocian intervenciones individuales y grupales.
- Existe evidencia sólida sobre los beneficios de los servicios de ET virtuales, de telemedicina o basados en Internet para la prevención y el control de la diabetes en una amplia variedad de poblaciones.
- Las tecnologías como las aplicaciones móviles, las herramientas de si-»



- » mulación, el asesoramiento digital y las intervenciones de autogestión digital también se pueden utilizar para ofrecer ET. Estos métodos proporcionan resultados comparables o incluso mejores en comparación con la atención tradicional en persona. Se demuestran mayores reducciones de la A1C con mayor participación de los pacientes, aunque los datos de los ensayos son considerablemente heterogéneos.
- Las soluciones de autogestión de la diabetes con soporte de la tecnología mejoran la A1C de manera más efectiva cuando existe una comunicación bidireccional entre la persona con diabetes y el equipo de atención médica, retroalimentación individualizada, uso de datos de salud generados por la persona y educación.
 - La monitorización continua de la glucosa, cuando se combina con la ET individualizada o intervenciones conductuales, ha demostrado una mayor mejora en los resultados glucémicos y psicosociales en comparación con la monitorización continua de la glucosa sola.
 - La incorporación de un enfoque sistemático para la evaluación, adopción e integración de tecnología en el plan de atención puede ayudar a garantizar la equidad en el acceso y la aplicación estandarizada de soluciones basadas en tecnología.
 - Por otro lado, la investigación apoya a los especialistas en la atención y educación de la diabetes (enfermeras, nutricionistas-dietistas, farmacéuticos, médicos, y otros profesionales de la salud) Los miembros del equipo de ET deben tener conocimientos clínicos especializados en diabetes y principios de cambio de comportamiento. Además, deben tener amplios conocimientos sobre la tecnología aplicada a la diabetes.
 - En relación con el soporte continuado existe también evidencia creciente del papel de los recursos comunitarios, así como el que pueden ofrecer las propias personas con diabetes y familiares.
 - Existe además una evidencia creciente del papel de los trabajadores de salud comunitarios, así como, de los propios pacientes en la prestación de apoyo continuado en el seguimiento.
 - Los centros deben ofrecer una variedad de programas de ET culturalmente adaptados en diferentes entornos, dada la diversidad de necesidades individuales y de acceso a los recursos. El uso de la tecnología puede facilitar el acceso a los servicios de ET, respaldar las decisiones de autocuidado y disminuir la inercia terapéutica.
 - Para guiar el diseño y la implementación de la ET, se enfatiza la importancia de incluir los determinantes sociales de la salud (SDOH)⁵, por sus siglas en inglés, de la población objetivo. Se han de valorar las características demográficas como la raza, el origen étnico»

» nico/cultural, el sexo/género, la edad, la ubicación geográfica, el acceso a la tecnología, la educación, el nivel de alfabetización en salud. Los SDOH a menudo fuera del control directo del individuo y que potencialmente representan un riesgo de por vida, influyen sobre los resultados médicos y psicosociales y deben abordarse para mejorar todos los resultados de salud.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

La adherencia al tratamiento se ha estudiado desde diferentes disciplinas científicas porque tiene una influencia clave en la efectividad del tratamiento. El mejor tratamiento puede perder su eficacia si el paciente no lo sigue adecuadamente. En el caso de la diabetes, la adherencia adquiere gran relevancia ya que básicamente el tratamiento es autoadministrado.

La Organización Mundial de la Salud⁶ define la adherencia como “el grado en que el comportamiento de una persona para: tomar la medicación, seguir un plan dietético, y realizar cambios en el estilo de vida se corresponde con las recomendaciones pactadas con un profesional de la salud”.

Se ha de considerar que la adherencia es una conducta y por tanto una persona puede ser adherente, no adherente o parcialmente adherente a las diferentes conductas de autogestión del tratamiento. Además, es importante considerar la adherencia voluntaria (la persona decide no seguir el tratamiento) o la adherencia no voluntaria asociada a olvidos involuntarios o problemas cognitivos especialmente en personas mayores

En la actualidad el término adherencia⁷ también está cuestionado por algunos

autores y se deriva hacia el término “empoderamiento” o rol activo del paciente en la toma de decisiones diarias. El papel del equipo profesional es apoyar al paciente que es el encargado de la toma de decisiones a través de la experiencia continua en la diabetes, educación, y apoyo psicosocial. El *empoderamiento* enfatiza la importancia de que los objetivos sean personales, elegidos libremente. A través del empoderamiento podemos establecer una relación menos jerárquica entre el profesional y el paciente y un enfoque colaborativo para las “decisiones compartidas”. A pesar de esta tendencia, en la práctica clínica se sigue hablando de adherencia. **D**

**Importante leer el reciente artículo de la Dra. Sharona Azriel en el n° de agosto 2022 la revista Diabetes de la SED, donde profundiza sobre la importancia de la adherencia en el tratamiento de la diabetes.*

RESUMEN

Convivir con una enfermedad crónica no es fácil, y menos cuando el tratamiento autoadministrado es de tan alta complejidad farmacológica, de estilo de vida, de auto-monitorización de la glucosa y autogestión del tratamiento, como en el caso de la diabetes. Este hecho, junto con la propia cronicidad, puede repercutir en la persona en diferentes aspectos de orden psicológico, familiar, sociolaboral y económico, que pueden interferir de manera importante en la adherencia al tratamiento y en la percepción de cali-

dad de vida. De ahí la importancia de un modelo de atención crónica centrado en la persona, interdisciplinar que valore los determinantes sociales, los problemas psicológicos, que utilice un lenguaje inclusivo e integre la educación terapéutica para la autogestión del tratamiento dirigida tanto a las personas con diabetes, familiares o cuidadores. Todo ello facilita la toma de decisiones compartida entre el profesional y la persona con diabetes que puede llevar a mejores resultados en el control de la diabetes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Diabetes Association. Improving Care and Promoting Health in Populations: Standards of Care in Diabetes—2023. *Diabetes Care*. 2023;46(Suppl. 1):S10–S18.
2. Inzucchi SE, Bergenstal RM, Buse JB, Diamant M, Ferrannini E, Nauck M, et al. Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes: A patient centered approach. Position statement of the American diabetes association (ADA) and the European Association for the study of diabetes (EASD). *Diabetologia* 2012; 55:1577–96.
3. Dickinson JK, et al. The Use of Language in Diabetes Care and Education. *Diabetes Care*. 2017 Dec;40(12):1790–1799. Review
- * Artículo comentado por Jansà M. El uso del lenguaje en el cuidado y educación de la diabetes. *Revista Diabetes. Ciencia al día. Sociedad Española de Diabetes (SED)*. www.sediabetes.org
4. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes—2023. Facilitating Positive Behavior Change and Well-being to Improve Health Outcomes: Standards of Care in Diabetes. *Diabetes Care* 2023;46(Suppl. 1): S68–S96
5. Hill-Briggs F, Adler NE, Berkowitz SA, et al. Social determinants of health and diabetes: a scientific review. *Diabetes Care* 2020; 44:258–279
6. World Health Organization. Adherence to long term therapies. Evidence for Action. World Health Organization 2003. Disponible en <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf;jsessionid=7735BA838E5A28B9B5862AFDD270B281?sequence=1> (Accesible 10-01-2023).
7. Marrero DG, Ard J, Delamater AM, Peragallo-Dittko V, Mayer-Davis J, Nwankwo R, Fisher EB, et al. Twenty first century behavioural medicine: context for empowering clinicians and patients with diabetes: a consensus report. *Diabetes Care* 2013 Feb;36(2):463–70.
8. Azriel Sh, La importancia de la adherencia terapéutica en la diabetes. *Revista Diabetes (SED) n° 76: agosto 2022.*