

**DESARROLLO DE UN PROYECTO
DE INVESTIGACIÓN, SOBRE LA
ADHERENCIA EN EL TRATAMIENTO
DE LA DIABETES TIPO 2, EN
PACIENTES QUE ACUDEN A UN
SERVICIO PÚBLICO DE SALUD
(CMS)**

Alumna: María Puerto Ortuño
Universidad Europea de Madrid-Madrid Salud
Master Universitario en Salud Pública Municipal

Directores
Aitor Ugarte Iturrizaga
Miguel Costa Cabanillas
Susana Granado de la Orden

INDICE

- 1. Resumen.**
- 2. Introducción y justificación.**
 - 2.1 Marco teórico**
 - 2.1.1 Concepto de adherencia**
 - 2.1.2 Variables implicadas en la adherencia**
 - 2.1.3 Relación medico-paciente**
 - 2.2 La adherencia al tratamiento**
 - 2.2.1 La adherencia, un problema de Salud Pública**
 - 2.2.1 La adherencia al tratamiento en la DM tipo 2.**
- 3. Hipótesis**
- 4. Objetivos**
- 5. Material y método**
 - 5.1 Diseño del estudio**
 - 5.2 Ámbito de estudio**
 - 5.3 Participantes**
 - 5.4 Criterios de inclusión y exclusión**
 - 5.5 Variables**
 - 5.6 Grupos de intervención**
- 6. Beneficios del proyecto**
- 7. Anexos.**
- 8. Bibliografía.**

1. RESUMEN

Introducción: La Diabetes Mellitus (DM), es una enfermedad metabólica que se manifiesta por unos niveles de azúcar (glucosa) en sangre, por encima de los límites normales. Es un problema de salud grave, siendo una de las primeras causas de mortalidad, El tratamiento de esta DM, está basado en cinco pilares, siendo estos la dieta alimenticia, el ejercicio físico, el autocontrol de los niveles de azúcar, una educación para la salud en diabetes, y el tratamiento medicamentoso a base de antidiabéticos orales, o insulina. La adherencia a las prescripciones, es la capacidad y disposición del paciente para seguir las practicas de salud recomendadas. Una buena comunicación medico-paciente, aumenta considerablemente, la adherencia a las prescripciones medicas.

Hipótesis: Aquellos pacientes que comprenden mejor en lo que consiste su enfermedad y el tratamiento que van a llevar a cabo, y se implican en la toma de decisiones, en relación con la intervención, recuerdan mejor el tratamiento, están más satisfechos, y tienen mejor adherencia al mismo (Grupo A). Si además cuentan con el apoyo familiar, tienen mejor adherencia que los anteriores (Grupo B) y en ambos casos, la adherencia será mayor que aquellos pacientes en los que no se dan ninguna de estas condiciones (Grupo C).

Objetivos: El objetivo principal del estudio, es comparar la efectividad de tres procedimientos diferentes orientados a promover la adherencia en pacientes con DM tipo 2. Los objetivos secundarios son tres: Entrenar a médicos y profesionales de enfermería en habilidades de comunicación, Definir los protocolos de intervención para promover la adherencia en pacientes con DM tipo 2 ,y Desarrollar un único protocolo de intervención que resulte efectivo para promover la adherencia en pacientes con DM tipo 2.

Metodología: Se trata de realizar un ensayo clínico aleatorizado controlado,. Se llevará a cabo, con pacientes diagnosticados de diabetes tipo 2, incluidos en el grupo etario de adultos (entre 45 y 64 años) que acuden a consulta de un CMS, para recibir recomendaciones terapéuticas, y que serán incluidos, si cumplen las condiciones para su inclusión, aleatoriamente en cualquiera de los tres grupos,. Previamente, firmaran un consentimiento informado

Beneficios del proyecto: Los resultados del trabajo contribuirían a mejorar el protocolo de atención existente en los CMSs así como otros protocolos desarrollados en otros dispositivos de atención de salud en la medida que en los resultados identificara componentes efectivos para la adherencia. Se daría difusión de los resultados en revistas científicas y en Jornadas nacionales e internacionales sobre diabetes, si resultara pertinente, y se propondrían unidades de formación en el marco de la atención primaria orientadas a mejorar el proceso de comunicación entre proveedores de servicios y pacientes. Por último, se elaboraría un guía clínica que contemplara los componentes efectivos encontrados.

Palabras clave: Diabetes, Compromiso con el tratamiento, Adherencia, Compliance, Cumplimiento terapéutico, Satisfacción.

2. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La Diabetes Mellitus (DM), es una enfermedad metabólica que se manifiesta por unos niveles de azúcar (glucosa) en sangre, por encima de los límites normales. La hormona encargada de hacer entrar la glucosa en las células, se llama insulina, y es segregada por el páncreas. Cuando no existe insulina hablamos de DM tipo 1 y ocurre generalmente en pacientes jóvenes. En este estudio, trataremos de la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), más frecuente en los adultos, y que ocurre cuando la insulina segregada por el páncreas no funciona correctamente, dándose la mayoría de las veces cuando existe un exceso de peso. Comprende un grupo de trastornos metabólicos caracterizados por hiperglucemia crónica, que se acompaña de alteraciones secundarias en muchos órganos, con una elevada morbi-mortalidad.

La Diabetes Mellitus, es un problema de salud grave, siendo una de las primeras causas de mortalidad, y ocupando en las mujeres el tercer lugar. Los diabéticos tienen una mayor mortalidad que los no diabéticos, siendo sus complicaciones las principales causas de la misma, y dentro de ellas la principal, la enfermedad isquémica del corazón. Las estimaciones de prevalencia de DM tipo 2 en España, varían entre el 4,8 y el 18%. En cuanto a la incidencia anual, se estima entre 146 y 820 por 100.000 personas, siendo los costes entre 381 y 2.560 euros/ persona/ año, habiéndose demostrado, que a peor nivel socioeconómico, peor es el control de la enfermedad y mayor es su frecuencia y los factores de riesgo¹.

La mortalidad por DM en España por Comunidades Autónomas, observa, que tanto para varones como para mujeres, Canarias, Ceuta y Melilla, y Andalucía, presentaron la mayor mortalidad, si bien la evolución de la mortalidad, en todas las CC.AA, fue descendente a lo largo de los años².

La OMS, en 2002, estimó que existen en el mundo, por cada 100.000 habitantes, 3.000 personas con DM, y que se producirán 190 nuevos casos al año. Estima también, que para 2036, habrá 366 millones de diabéticos en todo el mundo³. Dado que su incidencia aumenta en todo el mundo, seguirá siendo una de las causas de morbilidad y mortalidad en el futuro próximo.

El tratamiento de este tipo de diabetes, está basado en cinco pilares, siendo estos la dieta alimenticia, el ejercicio físico, el autocontrol de los niveles de azúcar, una educación para la salud en diabetes, y el tratamiento medicamentoso a base de antidiabéticos orales, o insulina.

Sabemos que para que las prescripciones médicas sean beneficiosas, hay que tener en cuenta dos puntos esenciales: que el consejo sea preciso, y que el

¹ Informe SESPAS .Ruiz-Ramos M, Escolar-Pujolar A, et all. La diabetes Mellitus en España: mortalidad, prevalencia, incidencia, costes económicos y desigualdades (Vivir enfermar y morir en una sociedad opulenta).Gaceta Sanitaria.2006; 20(1):15-24.

² Informe del Instituto Nacional de Estadística. Tendencias demográficas durante el siglo XX en España. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2003.

³ Informe OMS, y la FAO a equipo Internacional de Expertos Independientes sobre dieta nutricional y prevención de enfermedades crónicas.2003.

paciente siga el consejo, sabiendo además, que la adherencia a las prescripciones es por definición, aun siendo un término muy complejo, la capacidad y disposición del paciente para seguir las practicas de salud recomendadas⁴.

Este proyecto se plantea, además como una continuación en la línea de investigación, iniciada con el trabajo “La satisfacción de los usuarios en un servicio publico de salud (CMS) es variable, en función del trato que reciben por parte del médico”⁵. La calidad de la comunicación interpersonal es especialmente relevante en las consultas sanitarias y principalmente entre los médicos y sus pacientes. Conscientes de la importancia de este objeto de estudio, nuestra hipótesis sostiene que “si se introducen cambios pequeños pero relevantes en el comportamiento verbal y no verbal del proveedor de servicios médicos, mejora la satisfacción de los usuarios con el servicio recibido”^{6 7 8}

Este estudio plantea perspectivas de interés para mejorar la satisfacción de los usuarios de servicios de salud⁹, así como la adherencia a las recomendaciones y prescripciones de salud, más aún, cuando los cambios que se plantean resultan sencillos de adoptar. Por último, el estudio plantea la importancia de mejorar la competencia de los médicos y proveedores de servicios de salud en general en habilidades de comunicación¹⁰.

En este nuevo proyecto, se analizaran las variables de comunicación y relación terapéutica medico-paciente que están implicadas con la adherencia al tratamiento y en particular con la prevención para la diabetes tipo 2, en usuarios de las consultas que acuden a consultas de un Servicio Público de Salud (CMS).

2.1 Marco teórico

2.1.1 Concepto de adherencia

Entendemos por adherencia la capacidad y disposición del proveedor de servicios y del paciente para llegar a un acuerdo y compromiso en relación con las recomendaciones de salud pertinentes. Es un concepto que implica de manera activa a ambos y se aleja de la concepción pasiva del paciente en relación con su enfermedad. Históricamente esta concepción pasiva ha sido

⁴ Brandon L y Feist, J.). Adherencia a las prescripciones médicas. Psicología de la Salud Madrid. 2001.; 107-138 Editorial Paraninfo. Madrid.

⁵ Puerto M, Costa Cabanillas M, Ugarte Iturrizaga A. La satisfacción de los usuarios en un servicio publico de salud (CMS) es variable, en función del trato que reciben por parte del medico. Trabajo de Especialista Sanidad Pública Municipal.2007

⁶ Yosuku Takemura, Jia Liu, Reiko Atsumi and Tsakasa Tsuda. Development of a Questionnaire to evaluate Patient Satisfaction with Medical Encounters. Tohoku Exp Med 2006;210:373-381.

⁷ Dulmen S., Finset a., Langewitz W., et al. Five years of EACH (European Association for Communication in Healthcare). Patient Education and Counseling, 2006; 62: 379-384.

⁸ Cléries X, Borrell f, Epstein RM, Kronfly E, Escoda JJ, Martínez JM, Aspectos comunicacionales: el reto de la competencia de la profesión médica. Atención Primaria 2003; 2:110-7.

⁹ Eveline F. De Wilde, Vicent M. Hendriks. The Client Satisfaction Questionnaire: Psychometric Properties in a Dutch Addict Population. Eur Addict Res 2005; 11:157-162.

¹⁰ Griffit C.H., Wilson F.F., Langer S y Haist S.A. Houese Staff Nonverbal Communication Skills and Standardized Patient Satisfaction. J Gen Intern Med, 2003; 18:170-174.

muy prevalente en los dispositivos de atención de salud y se han utilizado términos tales como “seguimiento terapéutico” y “cumplimiento terapéutico” que reflejaban la pasividad del paciente¹¹. El médico, como proveedor más significativo, se limitaba a decir lo que el paciente tenía que hacer y el único papel de éste era seguir fielmente lo que se le decía que hiciera.

En la actualidad esta concepción pasiva ha cambiado. Por una parte, un contexto social, cultural y sanitario más democrático, y, por otra parte, la especial complejidad de las recomendaciones de salud para afectar a una morbimortalidad muy vinculada a los estilos de vida, han facilitado que las miradas se vuelvan al papel activo que los pacientes tienen en relación con su cuidado y con su salud. Aparece así el *modelo de colaboración*¹², entre proveedor de servicios y pacientes como un medio de lograr una adherencia al tratamiento más efectiva. Entendida así la adherencia, se requiere que el paciente tenga autonomía para decidir si seguir o no las recomendaciones médicas y, además esté motivado para ello^{13 14 15 16}.

Así pues, preveemos que habrá una mejor adherencia cuando haya un mayor compromiso del paciente (una de nuestras hipótesis). En particular, este compromiso se orienta a promover las conductas de auto cuidado y, entendemos, que el compromiso se acrecienta en la medida en que el proveedor de servicios reconoce esta responsabilidad del paciente en su cuidado y facilita un contexto para que se sienta libre de adoptar las decisiones que corresponda.

2.1.2 Variables implicadas en la adherencia

En el cuadro 1 se resumen los factores más relevantes que se han aducido como componentes o variables que afectan a la adherencia a los tratamientos.

Cuadro 1. Variables implicadas en la adherencia

<ol style="list-style-type: none">1. Características de la enfermedad y del tratamiento<ul style="list-style-type: none">• Gravedad• Duración del tratamiento• Efectos secundarios del tratamiento• Sencillez-complejidad del tratamiento o recomendaciones2. Características personales del paciente<ul style="list-style-type: none">• Nivel intelectual• Gravedad percibida• Niveles de estrés

¹¹ Jáuregui JT, de la Torre A, Gómez G. Control del padecimiento en pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial: Impacto de un programa multidisciplinario. Revista Médica del IMSS, 2002; 40 (4): 307-318.

¹² Funnell, M.M. y Anderson, R.M. Empowerment and Self-Management of Diabetes. Clinical Practice. 2004. 22, 3: 123-127

¹³ Ortiz M, Ortiz E, Psicología de la salud: una clave para comprender la adherencia terapéutica. Rev. Médica de Chile.2007; 135: 647-652.

¹⁴ Martín L, Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Rev. Cubana de Salud Pública.2004: 30.

¹⁵ Martín L, Repercusiones para la Salud Pública, de una adherencia terapéutica deficiente. Rev. Cubana de Salud Pública. 2006; 32

¹⁶ Martín L, Aplicaciones de la Psicología en el proceso salud enfermedad. Rev. Cubana Salud Pública.2003; 29 (3):275-281.

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">3. Factores sociales:<ul style="list-style-type: none">• Relaciones familiares• Altos niveles de cohesión y apoyo social4. Características de la relación médico-paciente<ul style="list-style-type: none">• Comunicación• Grado de empoderamiento del paciente• Relación de confianza |
|--|

Fuente: Elaboración propia a partir de Brandon y Feist (2001) y Delamater (2006)

La evidencia de estas variables resulta compleja. Así por ejemplo, las características de la enfermedad, que incluyen a su vez, la gravedad de la misma, que aunque pudiera parecer ilógico, no plantea relación directa con la adherencia al tratamiento, aunque si existe relación entre el grado de dolor y el cumplimiento de las prescripciones. Otro punto a tener en cuenta con respecto a las características de la enfermedad, sería el carácter desagradable de los efectos secundarios de la medicación, que no sería un factor importante que tuvieran en cuenta las personas no cumplidoras. La duración del tratamiento, es un factor a tener en cuenta para el incumplimiento, a mayor duración, menor cumplimiento. Esto es particularmente importante para el caso de la diabetes, objeto de nuestro trabajo, o para las enfermedades crónicas que conllevan seguimientos a largo plazo. La complejidad del tratamiento es otro componente relevante, cuanto mayor es la variedad de medicación que una persona debe tomar, mayor es la posibilidad de que no la tome de la forma prescrita. Las características personales y sociales son otras variables relevantes. La edad, a mayor edad mayor adhesión; el género, inclinándose la balanza hacia el lado de las mujeres; el apoyo social por parte de familia y amigos, que hace aumentar la adherencia, el apoyo emocional por parte de esposos o esposas, los rasgos de personalidad, dándose el caso de mayor cumplimiento en obsesivos-compulsivos, e incluso las creencias personales.

Por nuestra parte, en nuestro trabajo nos vamos a detener especialmente en la relación médico paciente como variable crítica que influye en la adherencia.

2.1.3 Relación médico-paciente

Un componente clave de la relación que se establece entre médico y paciente es la comunicación. Resultan ya clásicos los trabajos de Ley¹⁷, que abundan sobre las variables que intervienen en una adecuada comunicación de las recomendaciones de salud y su efecto en la adherencia. En la figura 2 se describen los componentes relevantes de la comunicación de información que intervienen en la adherencia. Una información que resulta sencilla, se comprende bien y se recuerda es más probable que facilite la adherencia que si, por el contrario, no es sencilla, se comprende mal o no se recuerda. Si además, existe una relación satisfactoria entre proveedor de servicios y paciente, la adherencia se acrecienta.

¹⁷ Ley P. Communicating with patients. Improving communication, satisfaction and compliance. 1998. Londres: Croom Helm.

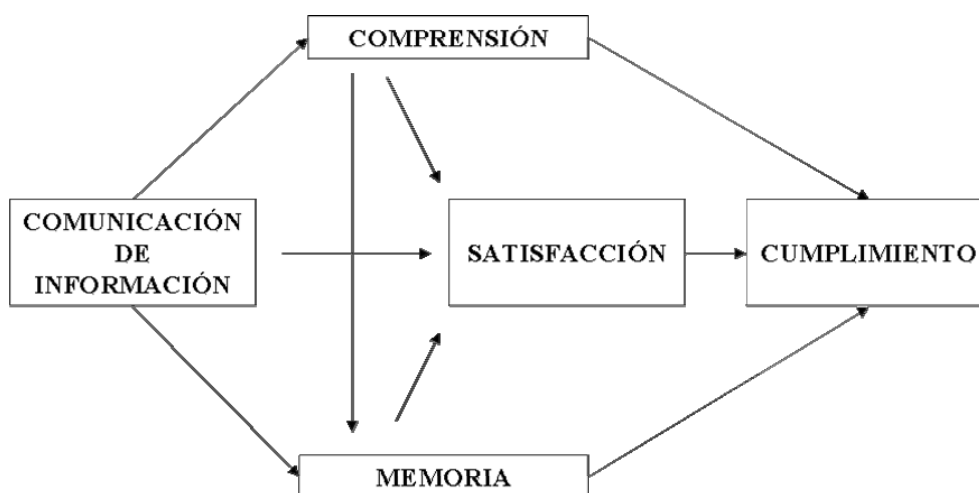


Figura 1. Relaciones entre comprensión, memoria, satisfacción y adherencia

En nuestro trabajo (Puerto, 2007) para la suficiencia del curso de Especialista en Salud Pública Municipal, identificamos variables de la relación que estaban fuertemente asociadas con la satisfacción del paciente. Entre ellas, destacamos aspectos tales como personalización del contacto (llamar al paciente por su nombre), sonreír y mantener contacto visual, escuchar las objeciones y ser empático con las mismas así como responder a las preguntas de una manera sencilla e inteligible. Todo ello, junto con otros componentes relevantes de una educación efectiva para la diabetes¹⁸, definen uno de los niveles de la variable independiente de nuestro programa de intervención.

2.2 La adherencia al tratamiento:

2.2.1 La adherencia, un problema de Salud Pública

La adherencia o cumplimiento terapéutico, es verdaderamente un problema de salud pública, y juega un papel crucial en el desarrollo de la morbimortalidad y en los procesos de prevención. Es también, sin embargo, un objetivo difícil de alcanzar. Se ha considerado que el cumplimiento terapéutico es una cuestión importante que compromete tanto a los proveedores de servicios de salud como a los usuarios de los mismos. Por el contrario, el incumplimiento acarrea graves riesgos para la salud además de un enorme coste sanitario. ¿De qué sirve gastarse enormes cantidades de dinero para hacer evaluaciones y exámenes de salud costosísimos cuando en un alto porcentaje de casos no existen garantías de que las recomendaciones médicas y de cambios de estilos de vida se lleven a la práctica? En algunas revisiones relativamente recientes, se llega a concluir que tan solo uno de cada dos pacientes cumple fielmente con las recomendaciones de tratamiento¹⁹.

El bajo cumplimiento de las prescripciones médicas es un problema complejo y de patente actualidad y es considerado como uno de los principales problemas

¹⁸ Travaline M, Ruchinskas R, and D Alonzo G. Patient-Physician Communication: Why and How. JAOA . Clinical Practice. 2005;105 (1):13-17

¹⁹ Vermeire E, Hearnshaw H, Van Royen P y Denekens J. (2001). Patient adherence to treatment: tree decades of research. A comprehensive review. Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics. 2001; 26: 331-42.

de salud pública con que se enfrenta el sistema sanitario. Un problema que acarrea enormes gastos sanitarios además de constituir un riesgo importante para la salud. El seguimiento o adherencia a los tratamientos es considerado como un eslabón clave entre los procesos y resultados de la atención médica (ver figura 2).

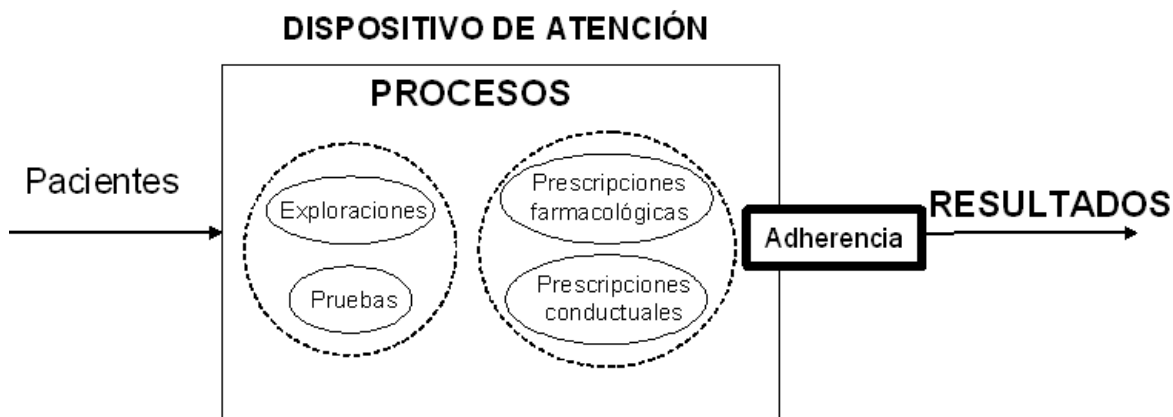


Figura 2. La adherencia, eslabón relevante en la atención de salud

Por una parte, los procesos necesarios para planificar y preparar la intervención conllevan exploraciones, pruebas diagnósticas y prescripciones farmacológicas y conductuales. Todos estos procesos, especialmente aquellos que se refieren a las pruebas diagnósticas y prescripciones farmacológicas, conllevan enormes gastos sanitarios. Estos gastos, se justifican por los resultados de salud esperados. Y es aquí donde la adherencia se alza como el eslabón clave para la rentabilidad en salud de los procesos y gastos que el sistema sanitario conlleva.

La pobre adherencia es también un motivo de frustración de los proveedores de servicios de salud cuando comprueban que muchos de sus esfuerzos resultan baldíos. Frustración que da paso a especiales preocupaciones en el caso de pacientes crónicos y en el de enfermedades que requieren un seguimiento estricto de las prescripciones como es el caso de la hipertensión, problemas cardiovasculares y la diabetes.

Por último, la adherencia juega un papel crucial en aquellas personas que presentan condiciones de riesgo para desarrollar en un futuro procesos de morbilidad. Es el caso de las recomendaciones conductuales o de cambio de hábitos de vida orientadas a abandonar hábitos de riesgo como el tabaco, alcohol, la ingesta de grasas saturadas o el sedentarismo que se hacen desde los dispositivos de atención de salud por razones preventivas.

2.2.2 La adherencia al tratamiento en la Diabetes tipo 2

La diabetes mellitus tipo 2 es una de las enfermedades crónicas más frecuentes. La propia Organización Mundial de la Salud estimó que 135 millones de personas estaban afectadas por la diabetes en 1995²⁰. Se calcula que el 6% de la población mundial padece esta enfermedad y su número

²⁰ King H, Aubert RE y Herman WH (1998). Global burden of diabetes, 1995-2005:prevalencenumerical estimates, and projections. Diabetes Care.1998; 21 (9) 1414-1431.

aumenta de forma continua como consecuencia de la obesidad y de un estilo de vida sedentario. Son muchas y graves las complicaciones que esta enfermedad tiene (retinopatía, neuropatía, aumento del riesgo cardiovascular) por lo que su control cobra una importancia inusitada en salud pública

Sin embargo, la diabetes es una de esas enfermedades crónicas que resultan difíciles de manejar con éxito. Muchos pacientes tienen dificultades para controlar bien sus niveles de glucosa, con los consiguientes efectos adversos para su salud, así como controlar sus hábitos de riesgo asociados: el sedentarismo y la dieta inadecuada. La adherencia al tratamiento y a las recomendaciones aparece como un problema relevante en el manejo de la diabetes²¹.

Las tasas de no adherencia para los cambios de vida vinculados a enfermedades crónicas están alrededor de un 50%. En particular, los pacientes con diabetes tipo 2 son especialmente propensos a presentar problemas de adherencia. Esta no resulta uniforme y la investigación ha mostrado mejor adherencia para el uso de la medicación que para el cambio del estilo de vida. En diferentes estudios, se han informado tasas de adherencia de un 65% para la dieta y 19% para el ejercicio. En general, uno de los aspectos más acuciantes del control de la diabetes tipo 2 es el de garantizar que tanto las recomendaciones terapéuticas como el de cambios de estilo de vida se observen con especial cuidado.

En una reciente revisión Cochrane de 21 estudios sobre la adherencia en el tratamiento de la diabetes^{22 23 24 25}, se concluye que los esfuerzos actuales por mejorar la adherencia no muestran resultados significativos y, por tanto, no se puede mostrar aún ningún método satisfactorio que mejore el cumplimiento de las recomendaciones para el tratamiento de la diabetes. La ausencia de respuesta se debe también a problemas metodológicos que permita comparar unos estudios con otros. De especial relevancia parecen ser el concepto de adherencia o cumplimiento terapéutico y sus instrumentos de medida que resulten fiables. El cumplimiento debe definirse de manera explícita y los instrumentos de medición deben ser lo más directos posibles. Estos criterios deberían ser reglas importantes para orientar futuros proyectos de investigación. Por otra parte, los componentes de las intervenciones no se justifican teórica o empíricamente y son paquetes multicomponentes que abren enormes incertidumbres acerca de qué aspectos o qué componentes de estos programas son los que realmente resultan efectivos. Por último, cabe preguntarse también si los componentes utilizados tienen efecto a corto o largo plazo. En los últimos años, se ha prestado especial importancia a la concordancia o decisión compartida entre proveedores y pacientes.

²¹ Delamater A.M. (). Improving Patient Adherence. *Clinical Diabetes*. 2006; 24 (2): 71-75.

²² Vermeire E, Wens J, Van Royen P. Et col. Intervenciones para mejorar el cumplimiento de las recomendaciones en personas con diabetes mellitus tipo 2. Revisión Cochrane, nº 1. John Wiley & Sons. 2008.

²³ Gucciardi E, A Systematic of Attrition from Diabetes Education Services: Strategies to Improve Attrition and Retention Research. *Canadian journal of diabetes*.2008; 32 (1):53-65.

²⁴ Thomas DE, Elliott EJ, Naughton GA. Ejercicios para la diabetes mellitus tipo 2 (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008.

²⁵ Deakin T, McShane CE, Cade JE, Williams RDRR. Entrenamiento grupal de estrategias de autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo 2 (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008; 1.

3. HIPOTESIS

- Aquellos pacientes que comprenden mejor en lo que consiste su enfermedad y el tratamiento que van a llevar a cabo, y se implican en la toma de decisiones, en relación con la intervención, recuerdan mejor el tratamiento, están más satisfechos, y tienen mejor adherencia al mismo.
- Aquellos pacientes que pasan por una condición (Condición A) en la que se facilitan una mejor satisfacción, comprensión, recuerdo y compromiso tendrán mejor adherencia que aquellos que pasan por condiciones en las que no se facilitan (Condición C).
- Aquellos pacientes que además de pasar por la Condición A tienen el apoyo de la familia (Condición B) tendrán mejor adherencia que los pacientes que no tienen este apoyo.

4. OBJETIVO DEL ESTUDIO

Objetivo principal: Comparar la efectividad de tres procedimientos diferentes orientados a promover la adherencia al tratamiento, en pacientes con DM tipo 2.

Objetivos secundarios:

- Entrenar a médicos y profesionales de enfermería en habilidades de comunicación.
- Definir los protocolos de intervención para promover la adherencia en pacientes con DM tipo 2
- Desarrollar un único protocolo de intervención que resulte efectivo para promover la adherencia en pacientes con DM tipo 2.

5. MATERIAL Y METODO

5.1 Diseño del Estudio

En la figura 1, se describe el diseño del estudio, que sería un ensayo clínico aleatorizado controlado, siendo el grupo control, los pacientes pertenecientes al grupo C.

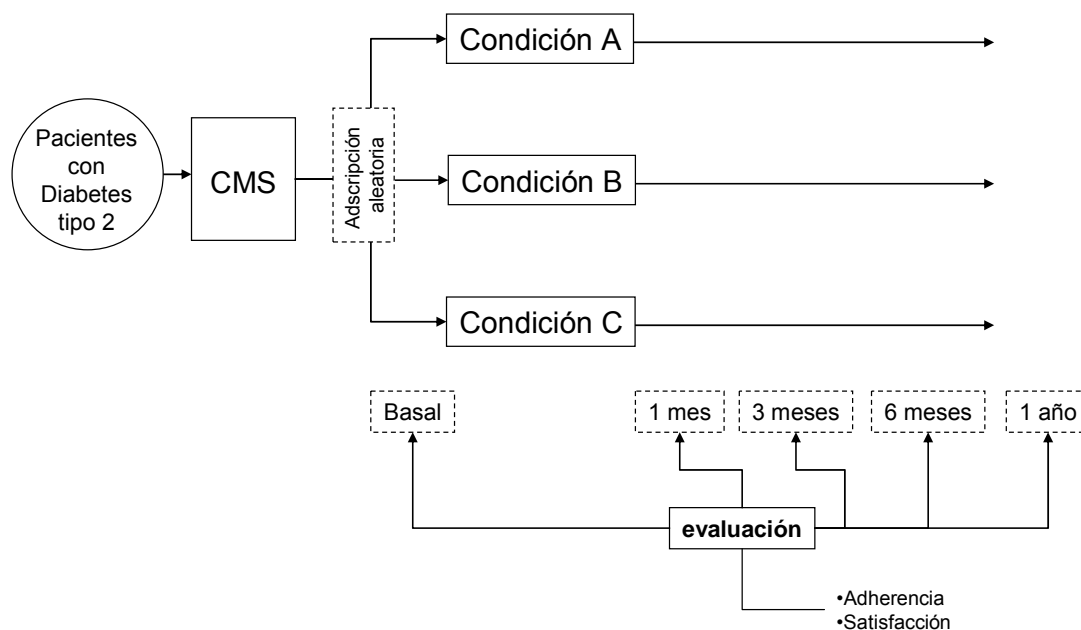


Figura 3. Diseño del estudio

5.2 Ámbito de estudio

Este estudio se realizará en el CMS de Ciudad Lineal, dependiente de la Unidad Técnica de Centros Madrid Salud, de la ciudad de Madrid. Durante el año 2009- 2010.

5.3 Participantes

Pacientes con diabetes tipo II, que acuden a consultas de un CMS, y que se incluyen aleatoriamente en cualquiera de los tres grupos de intervención.

A estos pacientes, se les realiza un Protocolo de evaluación (ver Anexo 1), y se les aplica el test de Goldberg (ver Anexo 2)

Antes de la inclusión de los pacientes en el estudio se les dará una hoja de información para que sepan en lo que consiste el estudio (ver Anexo 3), y también se les requerirá la firma de un consentimiento informado (ver Anexo 4)

5.4 Criterios de inclusión y exclusión

5.4.1 Criterios de inclusión

Los pacientes que forman parte de este estudio, serán los incluidos en los grupos etarios de adultos, es decir, desde los 45 a los 64 años, con diagnóstico previo de diabetes tipo II, que acuden a consulta para recibir recomendaciones terapéuticas.

5.4.2 Criterios de exclusión

De los pacientes que cumplan el criterio anterior de inclusión serán excluidos aquellos que en el test de Goldberg tengan una puntuación mayor de 3 y/o están en tratamiento psicológico o psiquiátrico. De esta manera, eliminamos el efecto perturbador que puede tener este tipo de variable en los resultados.

5.5 Variables

5.5.1 Sociodemográficas

- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Nivel de estudios
- Situación laboral

5.5.2 Variables resultados

- Satisfacción (ver Anexo 9)

Los niveles de satisfacción se miden mediante un cuestionario de satisfacción que se pasa a los usuarios, después haber asistido a la primera consulta.

La persona que hace el cuestionario, desconoce a la condición a que se ha asignado a cada usuario.

Las encuestas irán identificadas adecuadamente de manera que resulte fácil discriminar que personas están adscritas a una condición u otra y poder analizarlas correctamente.

- Adherencia indirecta: pérdida de peso, IMC, niveles de glucosa, TA
La adherencia indirecta al tratamiento, se medirá al mes, a los tres meses, a los seis meses y al año, mediante los protocolos de evaluación(Ver anexo 1), que se hacen con esa periodicidad.

- Adherencia directa:
 - Actividad física recogida por autorregistros y podómetro. Esta actividad física, se recoge mediante hojas de registro que se proporciona a los usuarios para que cumplimenten semanalmente (Ver anexo 7). También se proporciona al usuario, un podómetro, para contar el número de pasos que realiza el usuario cuando realiza la actividad diaria cuando camina.

- Ingesta recogida por autorregistros. La ingesta diaria , se recoge en hojas de registro que se proporciona a los usuarios, para que cumplimenten semanalmente , (ver Anexo 6).
- Contar la medicación. Se realiza contaje de la medicación pautada a cada usuario, con hojas de autorregistro semanal, y teniendo en cuenta la cantidad de medicación presente en cada caja de medicinas y la pauta asignada a cada usuario. Deben aportarla en cada consulta de revisión.

5.6 Grupos de intervención

CONDICIÓN A

El grupo correspondiente a la Condición A queda definido según los siguientes criterios:

- Pacientes que son atendidos por los médicos que han sido objeto de **entrenamiento** según los contenidos que se describen en el Anexo 5. En este Anexo se incluyen las condiciones que han mostrado tener relación con la satisfacción según nuestro estudio anterior (Puerto, 2007).
- Pacientes que se les entrega dos **hojas de recomendaciones específicas**, una para la ingesta (ver Anexo 6) y otra para la actividad física. Ambas hojas contienen apartados para el **registro periódico** (ver Anexo 7).

CONDICIÓN B

Pacientes de la Condición A que además acceden a recibir un apoyo de sus familiares. De manera aleatoria a los pacientes de la Condición A se les dice: *“En estos casos, el apoyo de su familia puede ser de gran utilidad. ¿Tiene usted algún inconveniente en que su familia le apoye en este proceso?”* En caso afirmativo, pasaría a formar parte de la Condición B (ver Anexo 8).

CONDICIÓN C

Pacientes con diabetes tipo II, que van a ser atendidos por Médicos que no han recibido un entrenamiento específico en Habilidades de Comunicación. Serían los pertenecientes al grupo control.

5.6.1 Asignación a las diferentes condiciones

La asignación a las diferentes condiciones se establecerá según un criterio aleatorio. El primer paciente que llegue se asignará a la condición A, el segundo a la condición B y el tercero a la condición C, y así sucesivamente.

5.7 Plan de análisis

Se procederá a comparar las diferencias en la adherencia al tratamiento, entre los tres grupos de intervención.

Se realizará un estudio que es un ensayo clínico aleatorizado controlado.

7. BENEFICIOS DEL PROYECTO, DIFUSIÓN Y EXPLOTACIÓN, EN SU CASO, DE LOS RESULTADOS

Según este proyecto, una vez estudiados los resultados obtenidos en cada uno de los grupos de pacientes con diabetes tipo 2 que acudieran a un CMS, respetando los criterios de inclusión y exclusión, se trataría de realizar un estudio comparativo entre los resultados de los mismos, comparando los niveles de adherencia, los de comprensión, los de implicación del usuario y de la familia, y los niveles de satisfacción, de forma que pudiéramos demostrar la hipótesis de este trabajo que proyectamos.

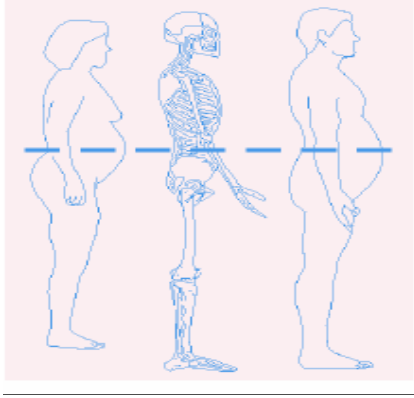
Los resultados del trabajo contribuirían a mejorar el protocolo de atención existente en los CMSs así como otros protocolos desarrollados en otros dispositivos de atención de salud en la medida que en los resultados identificara componentes efectivos para la adherencia. Se daría difusión de los resultados en revistas científicas y en Jornadas nacionales e internacionales sobre diabetes, si resultara pertinente, y se propondrían unidades de formación en el marco de la atención primaria orientadas a mejorar el proceso de comunicación entre proveedores de servicios y pacientes. Por último, se elaboraría un guía clínica que contemplara los componentes efectivos encontrados.

7. ANEXOS

ANEXO 1. PROTOCOLO DE EVALUACIÓN

A Evaluación basal

Fecha: _____ / _____ / _____

1. Datos sociodemográficos:	
Fecha nacimiento:	Edad: _____ Sexo: <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer
Nacionalidad: _____	Estudios: <input type="checkbox"/> Sin estudios <input type="checkbox"/> Primarios <input type="checkbox"/> Secundarios <input type="checkbox"/> Universitarios
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Pareja de hecho <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a	
Situación laboral: <input type="checkbox"/> Directivos <input type="checkbox"/> Comerciantes, vendedores, hostelería, industria, construcción, transporte <input type="checkbox"/> Personal Servicios y Administrativos <input type="checkbox"/> Técnicos y profesionales <input type="checkbox"/> Ocupaciones Sin cualificar	
2. Datos clínicos:	
Peso: _____ Kg.	Talla: _____ cm
Perímetro de cintura: _____ cm	IMC: _____
	Criterios para medir el perímetro de cintura: Localizar la parte más alta de la cresta ilíaca. Colocar la cinta de medir en un plano horizontal alrededor del abdomen justo por encima del nivel de la cresta ilíaca. Antes de leer la cinta de medir asegurarse de que la cinta está ceñida pero sin comprimir la piel y está paralela al suelo. Se hace la medida al final de una espiración normal (NIH, 2000). Preferentemente debe ser en ayunas pero en caso de no ser posible la medición de la visita basal y de la visita final deben realizarse en las mismas condiciones
TA sistólica:	TA diastólica:
Cuestionario Goldberg	
Comorbilidad: <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus tipo 2 <input type="checkbox"/> Dislipemia <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial <input type="checkbox"/> Síndrome de apneas del sueño <input type="checkbox"/> Artrosis en articulaciones de carga <input type="checkbox"/> Apnea de sueño <input type="checkbox"/> Falta de sueño <input type="checkbox"/> Otros _____	Identificación de personas con síndrome metabólico: <input type="checkbox"/> col-HDL < 40 mg/dl en el hombre o < 50 mg/dl en la mujer <input type="checkbox"/> Triglicéridos ≥ 150 mg/dl (1,7 mmol/L) o tratamiento específico para esta alteración. <input type="checkbox"/> Glucosa alterada en ayunas: > 100 mg/dl (5,6 mmol/L) o diagnóstico previo de diabetes tipo 2. <input type="checkbox"/> Presión arterial sistólica ≥ 135 mm Hg y/o PAD ≥ 85 mm Hg o tratamiento de <input type="checkbox"/> Hhipertensión arterial previamente diagnosticada.
3. Antecedentes:	
Edad de comienzo sobrepeso/obesidad/diabetes	_____ años
Circunstancia desencadenante:	<input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Menopausia <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Dejar de fumar <input type="checkbox"/> Abandono del deporte <input type="checkbox"/> Eventos vitales estresantes (separación, muerte)

	familiar, etc.)
Antecedentes familiares de sobrepeso/diabetes	<input type="checkbox"/> Ambos padres <input type="checkbox"/> Uno de los padres <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Otros familiares
Nº de tratamientos anteriores para el sobrepeso/diabetes:	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> >3 (indicar):
Peso razonable que desearía perder:	_____ Kg.

4. Exploración complementaria:	
Analítica completa glucemia basal, perfil lipídico, HbA1c, Microalbuminuria..)	
Doppler arterial completo de MMII	
Valoración del fondo de ojo	
Valoración riesgo cardiovascular (escala de Store)	
Valoración renal	
ECG	

B. Evaluación 6 meses

Fecha: ____ / ____ / ____

1. Datos clínicos:	
Peso: _____ Kg.	Talla: _____ cm
Perímetro de cintura: _____ cm	IMC: _____
TA sistólica: _____	TA diastólica: _____
2. Exploración complementaria:	
Analítica completa glucemia basal, perfil lipídico, HbA1c, Microalbuminuria..)	

Observaciones:

C. Evaluación 1 año

Fecha: ____ / ____ / ____

1. Datos clínicos:	
Peso: _____ Kg.	Talla: _____ cm
Perímetro de cintura: _____ cm	IMC: _____
TA sistólica: _____	TA diastólica: _____
2. Exploración complementaria:	
Analítica completa glucemia basal, perfil lipídico, HbA1c, Microalbuminuria..)	

Observaciones:

D. Evaluación Postratamiento

Fecha: ____/____/____

Datos clínicos:	
Peso: _____ Kg.	Talla: _____ cm
Perímetro de cintura: _____ cm	IMC: _____
TA sistólica: _____	TA diastólica: _____
Comorbilidad: <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus tipo 2 <input type="checkbox"/> Dislipemia <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial <input type="checkbox"/> Síndrome de apneas del sueño <input type="checkbox"/> Artrosis en articulaciones de carga <input type="checkbox"/> Apnea de sueño <input type="checkbox"/> Falta de sueño <input type="checkbox"/> Otro _____	.
2. Exploración complementaria:	
Analítica completa (glucemia basal, perfil lipídico, HbA1c, Microalbuminuria..)	
Doppler arterial completo de MMII	
Valoración del fondo de ojo	
Valoración riesgo cardiovascular (escala de Store)	
Valoración renal	
EKG	

Observaciones:

ANEXO 2. TEST DE GOLDBERG



CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG

Apellidos..... Nombre.....
 Sexo H M Edad.....
 N° de Historia..... Fecha.....

Por favor, lea esto cuidadosamente:

Nos gustaría saber si tiene algún problema médico y como ha estado de salud, en general, *durante las últimas semanas*. Por favor, conteste a **TODAS** las preguntas subrayando simplemente la respuesta que, a su juicio, mejor puede aplicarse a usted. Recuerde que sólo debe responder sobre los problemas recientes y los que tiene ahora, no sobre los que tuvo en el pasado.
 Es importante que intente contestar **TODAS** las preguntas.
 Muchas gracias por su colaboración.

ULTIMAMENTE:

1. ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hacía?			
Mejor que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
2. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?			
No, en absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
3. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?			
Más útil que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos útil que lo habitual	Mucho menos útil que lo habitual
4. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?			
Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
5. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?			
No, en absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
6. ¿Ha tenido la sensación de que no puede superar sus dificultades?			
No, en absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
7. ¿Ha sido capaz de sus actividades normales de cada día?			
Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos útil que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
8. ¿Ha sido capaz de hacer frente adecuadamente a sus problemas?			
Más capaz que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos capaz que lo habitual	Mucho menos capaz que lo habitual
9. ¿Se ha sentido poco feliz o deprimido?			
No, en absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
10. ¿Ha perdido confianza en si mismo?			
No, en absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
11. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?			
No, en absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
12. ¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?			
Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual

ANEXO 3. HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

Título del estudio: Adherencia en el tratamiento de la diabetes tipo 2, en pacientes que acuden a un Servicio Público de Salud (CMS)

Por favor, lea atentamente este documento en el cual le proponemos participar en un estudio para pacientes que inician un programa de pérdida y de mantenimiento de peso como parte de su tratamiento de la diabetes que usted padece. El objetivo de este estudio es valorar la efectividad de este programa.

Participación voluntaria

Su decisión de participar en el programa es voluntaria y debe ser tomada libremente. Si decide aceptar, usted podrá retirar su consentimiento en cualquier momento del programa. La decisión que tome no afectará a la relación con su médico, y seguirá recibiendo la mejor atención médica y tratamiento posible. Asimismo, su médico podrá retirarle del programa en cualquier momento, si considera que ello es lo más apropiado para usted, o en caso de que no siga los procedimientos del programa.

Número de visitas y pruebas que se van a realizar

Su participación en el estudio no exige la realización de pruebas clínicas adicionales de tipo diagnóstico o funcional (analíticas, o cualquier tipo de prueba complementaria) que no sean las necesarias para el control del trastorno.

Beneficios y riesgos esperados

Su participación en el estudio permitirá un mayor conocimiento de los factores que influyen en el éxito o fracaso de los programas de pérdida de peso, como parte de su tratamiento para el control de su diabetes. Si decide participar en el programa se le proporcionará cualquier información adicional que se obtenga de los resultados del mismo.

Confidencialidad de los datos

Los datos recogidos en el estudio se introducirán en una base de datos, para realizar el análisis estadístico. Su nombre no aparecerá en ningún documento del estudio, sólo se le asignará un número de participante al inicio del mismo para garantizar la confidencialidad de la información. En el supuesto de que los resultados de la evaluación del programa pudieran ser objeto de presentación en eventos científicos, en ningún caso será identificado siendo visibles únicamente los datos numéricos de la evaluación junto con los de otras personas.

Al firmar este consentimiento, usted concede permiso a....., y a las Autoridades Sanitarias en caso de inspección,

para que tengan acceso a los documentos clínicos que le identifican, así como al Consentimiento Informado firmado por usted. Todas las partes citadas guardarán la más estricta confidencialidad acerca de sus datos, de forma que no se violen sus derechos. Así queda registrado, en el caso del monitor y personal del promotor, en un documento de compromiso de confidencialidad guardado en los archivos de este.....
Por favor, no dude en preguntar a su médico en el estudio acerca de cualquier duda que tenga, o si desea disponer de mayor información.

Dr. _____
Teléfono _____

ANEXO 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, (*nombre y apellidos*):

.....

He leído esta hoja de información que se me ha entregado.
He podido hacer preguntas sobre el estudio.
He recibido suficiente información sobre el estudio.
He hablado con el Dr. (*nombre y apellidos*)

.....

Comprendo que mi participación es voluntaria
Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1. Cuando quiera
2. Sin tener que dar explicaciones
3. Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Firma del participante.....

Fecha:...../...../.....

Firma del Evaluador.....

Fecha:...../...../.....

(Persona que solicita el consentimiento)

ANEXO 5. CONTENIDOS DEL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES DE COMUNICACIÓN

5.1. Condiciones generales que mejoran la satisfacción, comprensión y recuerdo del usuario

1. El médico se levanta para recibir al paciente, se presenta, y le da la mano.
2. El médico mantiene habitualmente contacto visual con el paciente
3. El médico sonríe a lo largo de la consulta.
4. El médico se dirige al paciente utilizando habitualmente su nombre.
5. El médico evita la jerga técnica y explica de manera sencilla e inteligible los términos médicos. Si fuera necesario se ayuda de metáforas.
6. El médico utiliza información específica y concreta evitando términos vagos e inespecíficos (Ej. es mejor decir *"es recomendable que camino usted todos los días 1 hora"* o *"para este mes es recomendable que usted pierda 2 kilos"* que decir *"es recomendable que usted camine más"* o *"es recomendable que usted pierda más peso"*).
7. El médico estimula al paciente a preguntar y aclarar dudas. El médico evita expresiones del tipo *"Cómo usted muy bien sabe..."* porque si el paciente no lo sabe no se atreverá a desvelarlo. Son expresiones que inhiben al paciente a aclarar dudas. En cambio, utiliza expresiones del tipo *"Es mucha información la que le hemos transmitido y es habitual y normal que no se retenga toda... Siéntase con absoluta libertad de exponer sus dudas o pedirme que le repita aquella información que no le haya quedado clara..."*
8. El médico escucha activamente de manera habitual.
9. Si el paciente le interrumpe, el médico se calla y escucha lo que el paciente le dice. Si el paciente le pone objeciones, el médico las valida.
10. El médico comprueba que el paciente ha comprendido las recomendaciones que se le ha dicho facilitando que el paciente lo repita (Ej. *"No sé si habré sido capaz de explicárselo con detalle... a ver, entonces habíamos quedado en que usted... -instiga a que el paciente lo repita-*). Evitar las preguntas del tipo (*"¿Le queda claro lo que tiene que hacer?"*
11. El médico entrega ayudas para el recuerdo

5.2. Proceso de la Entrevista

A. **Evaluar lo que la persona sabe y lo que quiere saber.-** Antes de proveer de información, identificar lo que la persona ya conoce sobre su condición de salud en relación con los riesgos de la diabetes, sus complicaciones, tales como la retinopatía diabética, la neuropatía diabética... etc.

- *¿Le ha informado su médico sobre.....? ¿Qué sabe sobre los riesgos de tener sobrepeso u obesidad? ¿qué sabe sobre los riesgos de tener hipertensión? ¿que sabe sobre los riesgos de tener hiperglucemia?*
- *¿Qué sabe sobre la diabetes tipo 2? Qué sabe sobre los riesgos de tener diabetes tipo 2?*
- *¿Hay alguna otra cosa que le preocupe o que desea conocer sobre su sobrepeso? ¿sobre su hiperglucemia??*

- *¿Cómo le ha ido con las experiencias que ha tenido para perder peso? ¿A qué atribuye usted el que volviera a ganar peso?*
- Escuchar con suma atención haciendo resúmenes breves de lo que dice para informar que se le está escuchando (“O sea, me dice que para usted....”)
- “Ser empático/a” con las preocupaciones que manifieste. Si se percibe desánimo porque ya lleva muchos intentos, no intentar animarla. Sería mejor decir algo como: *“es normal que se sienta así, hay muchas personas que como usted llevan muchos intentos y tienen deseos de tirar ‘la toalla’, sin embargo usted, al venir aquí demuestra que no la tirado. Pues bien, déjeme decirle que esto es un ingrediente fundamental para que al final tenga éxito...”*

B. Devolver la información.- Proveer de la información resultante de la evaluación enfatizando en primer lugar la información positiva (haber venido, la claridad de los objetivos que se plantea y cualquier otro aspecto que se haya detectado en la evaluación) e informando de los riesgos y de aquellos aspectos que convendría mejorar (caminar más, mejorar su alimentación, etc.). Todo ello, de acuerdo con los siguientes criterios:

- Anticipar que cualquier duda que tenga pida aclaración y pregunte (“No se corte y si algo no entiende no tenga reparos en preguntarlo”)
- Hablar despacio y de manera inteligible evitando jerga técnica (si se utiliza, aclararla).
- Comprobar que va entiendo lo que se le dice.
- Permitir que pregunte por más información: *“¿Hay alguna otra cosa que desea saber? ¿Alguna duda?”*

C. Identificar y Clarificar discrepancias si las hubiere.- :

- **Si las expectativas de pérdida de peso son excesivas en relación con las previstas o recomendables:** Moderar expectativas aludiendo a los inconvenientes de pérdidas bruscas de peso y que lo recomendable es cambiar hábitos en las rutinas diarias (aludir a la metáfora del “corredor de fondo”). Aludir también que metas modestas (5% de pérdida) pueden contribuir a reducir muchos riesgos para su salud así como resultan más fáciles de lograr.
- **Si las expectativas son las de perder peso de manera rápida y con una “píldora milagrosa”:** Aludir que no se le puede ayudar porque carecemos de fórmulas mágicas y enfatizar los costes que ello tiene recordando su historia, si procede, o la de otras personas (“efecto Yo-Yo”). Referir que el programa se denomina “comer bien y moverse más” y no de “tratamiento” de la obesidad y que, por tanto, está orientado al cambio y al **mantenimiento** de los hábitos.
- **Si existen discrepancias entre lo que viene haciendo y lo que desea obtener:** Confrontar (“Por una parte usted desea reducir peso y por otra parte, usted parece que no se plantea mejorar algunos hábitos como los de.... ¿no es así?”).

- **Si existen discrepancias en relación con los papeles del profesional y de la persona que accede al programa:** Clarificar enfatizando el compromiso y el papel activo que se requiere para el éxito del programa y cuál sería el rol del profesional: la de ayudar (*“Puedo decirle que un criterio de éxito para lograr el objetivo de pérdida peso es que haya una firme decisión.....”*)

D. Facilitar la toma de decisiones con arreglo a los siguientes criterios:

- Facilitar que tome una decisión (*“bien, pues llegados a este punto ¿qué es lo que usted decide? ¿Me pregunto hasta qué punto le preocupa.... (sobrepeso, obesidad, hipertensión, diabetes y sus complicaciones,..) como para plantearse introducir cambios en su estilo de vida de una manera clara y firme)?*).
- Evitar decir lo que tiene que hacer (*“Usted debería....”*)
- Aceptar y no enfadarse por los obstáculos o excusas que ponga

ANEXO 6. HOJA DE RECOMENDACIONES DIETÉTICAS

Debe enfatizarse los beneficios de los cambios diarios que se proponen. Las recomendaciones deben establecerse de manera personalizada y acordadas o elegidas por el paciente. Deben ser muy concretas de manera que describan con precisión qué ha de hacerse y deben ser fáciles de cumplir. El paciente debe registrar el cumplimiento en las columnas de la derecha, según el día de la semana. El médico o enfermero debe entregar tantos autorregistros como semanas se prevén.

Semana 1 ^a _____							
Recomendaciones dietéticas (ejemplos)	L	M	X	J	V	S	D
1. Beber 2 vasos de agua antes de cada comida		X		X		X	
2. Beber leche desnatada			X	X	X	X	X
3. Comer verdura a diario al horno a la plancha	X	X	X	X		X	
4. Utilizar platos pequeños		X		X			
5. Levantarse de la mesa con un poco de hambre							
6. Etc.							

Semana 2 ^a _____							
Recomendaciones dietéticas (ejemplos)	L	M	X	J	V	S	D
1. Beber 2 vasos de agua antes de cada comida							
2. Beber leche desnatada							
3. Comer verdura a diario al horno a la plancha							
4. Utilizar platos pequeños							
5. Levantarse de la mesa con un poco de hambre							
6. Etc.							

Semana 3 ^a _____							
Recomendaciones dietéticas (ejemplos)	L	M	X	J	V	S	D
1. Beber 2 vasos de agua antes de cada comida							
2. Beber leche desnatada							
3. Comer verdura a diario al horno a la plancha							
4. Utilizar platos pequeños							
5. Levantarse de la mesa con un poco de hambre							
6. Etc.							

ANEXO 7. HOJA DE RECOMENDACIONES PARA LA ACTIVIDAD FÍSICA

Debe enfatizarse los beneficios de la actividad física y su efecto acumulativo. Las recomendaciones deben establecerse de manera personalizada y acordadas o elegidas por el paciente. Deben ser muy concretas de manera que describan con precisión qué ha de hacerse y deben ser fáciles de cumplir. Deben resultar agradables y deben realizarse siempre que sea posible en compañía. El paciente debe registrar el cumplimiento en las columnas de la derecha, según el día de la semana. El médico o enfermero debe entregar tantos autorregistros como semanas se prevén.

Semana 1 ^a _____							
Recomendaciones dietéticas (ejemplos)	L	M	X	J	V	S	D
1. Caminar 1 hora diaria a paso ligero a las 7 de la tarde con un amigo		X		X		X	
2. Siempre que no transporte peso subir a casa por las escaleras			X	X	X	X	X
3. Bajarse 2 paradas de autobús anteriores al destino y caminar	X	X	X	X		X	
4. Ir a bailar 1 vez por semana						X	
6. Etc.							

Semana 2 ^a _____							
Recomendaciones dietéticas (ejemplos)	L	M	X	J	V	S	D
1. Caminar 1 hora diaria a paso ligero a las 7 de la tarde con un amigo		X		X		X	
2. Siempre que no transporte peso subir a casa por las escaleras			X	X	X	X	X
3. Bajarse 2 paradas de autobús anteriores al destino y caminar	X	X	X	X		X	
4. Ir a bailar 1 vez por semana						X	
6. Etc.							

Semana 2 ^a _____							
Recomendaciones dietéticas (ejemplos)	L	M	X	J	V	S	D
1. Caminar 1 hora diaria a paso ligero a las 7 de la tarde con un amigo		X		X		X	
2. Siempre que no transporte peso subir a casa por las escaleras			X	X	X	X	X
3. Bajarse 2 paradas de autobús anteriores al destino y caminar	X	X	X	X		X	
4. Ir a bailar 1 vez por semana						X	
6. Etc.							

ANEXO 8. CONDICIÓN B

El Apoyo de la familia requiere las siguientes condiciones

1. Deseo explícito del paciente
2. Conformidad explícita de la familia
3. Hacer cosas que faciliten:
 - Disponibilidad de alimentos saludables en casa
 - No accesibilidad de alimentos restringidos lo que implica que no se contemplen en la cesta de la compra o, de no ser posible, que estén ocultos e inaccesibles.
 - Facilitar contextos que estimulen la actividad física: planificar paseos, visitas al campo o actividades deportivas, facilitar responsabilidades o actividades que impliquen actividad física.
 - Establecer señales discriminativas de manera que resulte fácil recordar la toma de medicación.
4. Iniciar procesos de solución de problemas de manera que la familia contribuya a que el paciente coma mejor y se mueva más (Ej. *Me pregunto qué podría hacerse para facilitar que su.... esté más activo todos los días. ¿Qué se les ocurre?*).

ANEXO 9. CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN

Estamos haciendo un estudio anónimo sobre la satisfacción de nuestros servicios. Nos gustaría pasarle una breve encuesta sobre el servicio recibido. Le llevará unos minutos. Sus respuestas nos ayudarán a mejorar nuestros servicios. Gracias.

	Muy de acuerdo	De acuerdo	No Sabría decir	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. Estoy muy satisfecho/a con esta consulta					
2. Esta consulta ha sido mejor que la mantenida con otros médicos de cabecera					
3. Este médico ha puesto atención al problema que me traía a esta consulta.					
4. Este médico, al final de esta consulta, conoce mi historia clínica.					
5. Creo que este médico me ha comprendido perfectamente.					
6. El tiempo que me ha dedicado no fue suficiente como para tratar todo lo que yo quería					
7. Me pregunto si este médico me podría haber dedicado un poco más de tiempo.					
8. El tiempo que me ha dedicado este médico ha sido demasiado breve.					
9. Este médico escuchó lo que yo le decía.					
10. Creo que este médico es muy buen profesional.					
11. Creo que este médico es muy amable.					
12. La consulta en la que se me ha atendido me ha resultado un lugar muy agradable.					
13. He sido atendido/a con especial puntualidad.					
14. Si pudiera elegir, me gustaría seguir siendo atendido/a por este médico.					

Si desea hacer alguna sugerencia, por favor díganoslo

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Informe SESPAS .Ruiz-Ramos M, Escolar-Pujolar A, et all. La diabetes Mellitus en España: mortalidad, prevalencia, incidencia, costes económicos y desigualdades (Vivir enfermar y morir en una sociedad opulenta).Gaceta Sanitaria.2006; 20(1):15-24.
2. Informe del Instituto Nacional de Estadística. Tendencias demográficas durante el siglo XX en España. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2003.
3. Informe OMS, y la FAO a equipo Internacional de Expertos Independientes sobre dieta nutricional y prevención de enfermedades crónicas.2003.
- 4 .Brandon L y Feist, J.). Adherencia a las prescripciones médicas. Psicología de la Salud Madrid. 2001.; 107-138 Editorial Paraninfo. Madrid.
5. Puerto M, Costa Cabanillas M, Ugarte Iturrizaga A. La satisfacción de los usuarios en un servicio publico de salud (CMS) es variable, en función del trato que reciben por parte del medico. Trabajo de Especialista Sanidad Pública Municipal.2007.
6. Yosuku Takemura, Jia Liu, Reiko Atsumi and Tsakasa Tsuda.Development of a Questionnaire to evaluate Patient Satisfaction with Medical Encounters.Tohokut Exp Med 2006;210:373-381.
7. Dulmen S.,Finset a.,Langewitz W.,et al.Five years of EACH (European Association for Communication in Healthcare). Patient Education and Counseling, 2006; 62: 379-384.
8. Cléries X, Borrell f, Epstein RM, Kronfly E, Escoda JJ, Martínez JM, Aspectos comunicacionales: el reto de la competencia de la profesión médica. Atención Primaria 2003; 2:110-7.
9. Eveline F. De Wilde, Vicent M. Hendriks.The Client Satisfaction Questionnaire: Psychometric Properties in a Dutch Addict Population..Eur Addict Res 2005; 11:157-162.
10. Griffit C.H., Wilson F.F., Langer S y Haist S.A. Houese Staff Nonverbal Communication Skills and Standardized Patient Satisfaction. J Gen Intern Med, 2003; 18:170-174.
11. Jáuregui JT, de la Torre A, Gómez G. Control del padecimiento en pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial: Impacto de un programa multidisciplinario. Revista Médica del IMSS, 2002; 40 (4): 307-318.
12. Funnell, M.M. y Anderson, R.M. Empowerment and Self-Management of Diabetes. Clinical Practice. 2004. 22, 3: 123-127

13. Ortiz M, Ortiz E, Psicología de la salud: una clave para comprender la adherencia terapéutica. Rev. Médica de Chile.2007; 135: 647-652.
14. Martín L, Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Rev. Cubana de Salud Pública.2004: 30.
15. Martín L, Repercusiones para la Salud Pública, de una adherencia terapéutica deficiente. Rev. Cubana de Salud Pública. 2006; 32
16. Martín L, Aplicaciones de la Psicología en el proceso salud enfermedad. Rev. Cubana Salud Pública.2003; 29 (3):275-281.
17. Ley P.Communicating with patients. Improving communication, satisfaction and compliance. 1998. Londres: Croom Helm.
18. Travaline M, Ruchinskas R, and D Alonzo G.Patient-Physician Communication: Why and How.JAOA . Clinical Practice.2005;105 (1):13-17
19. Vermeire E, Hearnshaw H, Van Royen P y Denekens J. (2001). Patient adherence to treatment tree decades of research. A comprehensive review. Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics.2001; 26: 331-42.
20. King H, Aubert RE y Herman WH (1998). Global burden of diabetes, 1995-2005:prevalencenumerical estimates, and projections. Diabetes Care.1998; 21 (9) 1414-1431.
21. Delamater A.M. (). Improving Patient Adherence. Clinical Diabetes. 2006; 24 (2): 71-75.
22. Vermeire E, Wens J, Van Royen P. Et col . Intervenciones para mejorar el cumplimiento de las recomendaciones en personas con diabetes mellitus tipo 2. Revisión Cochrane, nº 1. John Wiley & Sons. 2008.
23. Gucciardi E, A Systematic of Attrition from Diabetes Education Services: Strategies to Improve Atrition and Retention Research. Canadian journal of diabetes.2008; 32 (1):53-65.
24. Thomas DE, Elliott EJ, Naughton GA. Ejercicios para la diabetes mellitus tipo 2 (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008;
25. Deakin T, McShane CE, Cade JE, Williams RDRR. Entrenamiento grupal de estrategias de autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo 2 (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008; 1.