



UNIVERSIDAD DE MURCIA

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIO SANITARIAS

**Percepción y cumplimiento del derecho de información a
pacientes diabéticos en Atención Primaria: su relación con la
adherencia y la satisfacción del usuario**

Antonia del Amor Cantero Sandoval

MURCIA, 2015

A M^a Dolores Pérez Cárceles, directora de esta tesis doctoral, por su paciencia infinita y su titánico esfuerzo de última hora.

A Aurelio Luna Maldonado, por sus valiosas aportaciones.

A Juan Enrique Pereñíguez, por su inicial empuje a embarcarme en este proyecto.

A Domingo Pérez Flores, Catedrático de Bioestadística, por su apoyo en el análisis de los datos.

A mis padres, por ser.

A mi hermana, por estar.

A mis tíos, por existir.

A mis “imprescindibles”, por todo.

A los amigos que saben lo que ha supuesto este trabajo para mí, por su ánimo.

Al apoyo “logístico” e “informático” de mis amigos y colaboradores.

A los pacientes, por brindarme su tiempo.

A los facultativos de Atención Primaria, por colaborar y apoyarme.

GRACIAS

Este proyecto de investigación ha sido financiado parcialmente por el Instituto de Salud Carlos III. PROYECTO PI08/90655: *Cumplimiento del derecho de información en Atención Primaria y su relación con la adherencia al tratamiento en patologías crónicas*

RESUMEN

Introducción

Aunque la adherencia al tratamiento es un modelo complejo influido por múltiples factores, probablemente los más importantes son el suministro de una información detallada, realista e individualizada por parte del profesional y la toma de decisiones conjuntas. Estos factores son también derechos del paciente reconocidos en España por la Ley 41/2002. Para mejorar la baja adherencia al tratamiento documentada en Atención Primaria en patologías crónicas como la Diabetes Mellitus tipo 2 se postula, siendo además responsabilidad del profesional, el proporcionar información apropiada al paciente acerca de su enfermedad. Aunque a menudo no se adoptan los mecanismos adecuados para valorar la comprensión de los pacientes de esa información, su satisfacción con la misma y su relación con la adherencia al tratamiento.

Objetivos

Objetivo principal

Conocer la gestión de la información sanitaria a pacientes diabéticos en Atención Primaria, así como analizar su impacto en la satisfacción y en la adherencia al tratamiento de los pacientes.

Objetivos secundarios

Evaluar la influencia de las características socio-demográficas y clínicas de los pacientes y los médicos en la percepción y la proporción de información en Atención Primaria, respectivamente.

Analizar la concordancia entre la información que el médico refiere proporcionar y la información percibida por el paciente.

Estudiar la adherencia al tratamiento en los pacientes diabéticos, valorando su relación con los factores socio-demográficos y clínicos, con la información que recibe el paciente por parte de su médico de Atención Primaria y la satisfacción de los pacientes con dicha información.

Pacientes y método

Estudio multicéntrico observacional descriptivo transversal prospectivo, con muestreo probabilístico aleatorio simple de los médicos de Atención Primaria y los pacientes diabéticos, incluyendo a todos aquellos usuarios con diagnóstico de DM2 y en tratamiento farmacológico durante al menos 6 meses. Se administran dos encuestas distintas para pacientes y médicos, diseñadas específicamente para este

estudio, que incluyen variables socio-demográficas y de información, y en el caso de los pacientes también de adherencia al tratamiento, satisfacción con la información recibida y de registro de datos en la historia clínica informática.

Resultados

Se obtiene una muestra de 481 pacientes diabéticos y 60 médicos de Atención Primaria. El paciente tiene una edad media de 63,3 años \pm 11,04, hombre (57,6%), español (96,3%), estudios primarios (48,4%) y que vive en pareja (73,2%); 70% tratados con antidiabéticos orales, durante 44 meses \pm 44,4. El médico de Atención Primaria es hombre (55%), mayor de 46 años (58,2%), con formación vía MIR, 18 años de experiencia profesional e importante sobrecarga asistencial (>1500 tarjetas sanitarias: 52,9%; 41-50 pacientes/día: 43,3%).

Los pacientes *nunca* reciben de su médico información sobre efectos secundarios (38,7%) y contraindicaciones (49,3%) de la medicación ni sobre tratamientos alternativos (38,9%). No han sido informados sobre el impacto personal, familiar, social y laboral en el 60%, 70,9%, 75,3% y 70,7%, respectivamente.

No existe concordancia entre la información que los médicos de Atención Primaria dicen que proporcionan a sus pacientes diabéticos y la información que éstos refieren haber recibido de su médico: impacto personal (56,3% de no concordancia), tiempo suficiente para informar (53,4% de no concordancia) y sobre efectos secundarios (52,6%) y contraindicaciones de la medicación (49,1%).

La adherencia al tratamiento es del 60,9% según el Test de Morisky-Green-Levine, 74,6% según el cuestionario SMAQ y 92,5% según el Test de Haynes-Sackett. Relación moderada entre el Test de Morisky-Green-Levine y SMAQ (índice de Kappa=0,581).

Existe relación estadísticamente significativa entre ser más adherente y recibir información con lenguaje comprensible y tiempo suficiente, así como haber recibido información sobre las horas de las tomas de la medicación y la relación con la dieta (61,3%, $p=0,033$), la posología (61,3%), el impacto familiar (55%) y social (57,1%) y haber pedido la opinión de los pacientes para tomar decisiones sobre su enfermedad (62,3%).

La satisfacción general de los pacientes diabéticos con la información proporcionada por su médico de familia es alta (4,08 \pm 0,82), siendo todas las medias de satisfacción significativamente superiores si han sido informados de forma general y específica sobre las distintas fases del proceso asistencial. La media de satisfacción de los diabéticos que dicen haber sido informados sobre los riesgos y las

complicaciones de su enfermedad es superior en los pacientes adherentes ($4,01 \pm 0,934$; $p=0,04$).

Conclusiones

Los pacientes refieren estar significativamente peor informados sobre las connotaciones negativas del tratamiento farmacológico, las pruebas complementarias y el impacto de la enfermedad.

El 60% de los médicos asegura que no tiene tiempo para informar adecuadamente a los pacientes.

No existe concordancia entre la información que los médicos dicen que proporcionan a sus pacientes y la información que éstos refieren haber recibido de su médico.

Los pacientes que refieren haber percibido información de su médico con un lenguaje comprensible y con tiempo suficiente en la consulta, son significativamente más adherentes.

Los pacientes que perciben una mejor información de su médico de Atención Primaria presentan mayores niveles de satisfacción y un mejor cumplimiento terapéutico.

ABSTRACT

Background

Although treatment adherence is a complex model influenced by multiple factors, the most important are probably providing a detailed, realistic and individualized by the professional information and making-shared decisions. These factors are also patient rights recognized in Spain by Law 41/2002. To improve documented poor adherence to treatment in primary care in chronic diseases such as Type 2 Diabetes Mellitus is postulated, and is also the responsibility of the professional to provide appropriate information to the patient about his illness. Although often not appropriate mechanisms adopted to evaluate patient understanding of that information, their satisfaction with it and its relation to treatment adherence.

Objectives

Knowing the management of health information to diabetic patients in Primary Care, and to analyze its impact on satisfaction and adherence to treatment of patients.

To evaluate the influence of socio-demographic and clinical characteristics of patients and doctors in perception and the proportion of information in Primary Care features respectively.

Analyze the correlation between the information relates to provide medical information and perceived by the patient.

Investigate adherence in diabetic patients, assessing their relationship with socio-demographic and clinical factors with the information received by the patients by their Primary Care physician and patient satisfaction with this information.

Patients and method

Prospective observational multicenter descriptive cross, with simple random probability sampling of primary care physicians and diabetic patients, including those diagnosed with DM2 users and drug treatment for at least 6 months. Two separate surveys for patients and physicians, designed specifically for this study, including socio-demographic information and, in the case of patients also adherence, satisfaction with information received and data logging variables are administered medical history information.

Results

A sample of 481 diabetic patients and 60 primary care physicians is obtained. The patient has an average age of 11.04 ± 63.3 years, men (57.6%), Spanish (96.3%), primary education (48.4%) and living with a partner (73.2%); 70% treated with oral antidiabetic during $44 \text{ months} \pm 44.4$. The primary care physician is male (55%), older than 46 years (58.2%) with MIR training, 18 years of professional experience and important assistance overload (> 1500 health cards: 52.9%; 41- 50 patients / day: 43.3%).

Patients never receive your doctor about side effects (38.7%) and contraindications (49.3%) of medication or alternative treatments (38.9%). They have not been informed about the personal impact, family, social and labor at 60%, 70.9%, 75.3% and 70.7%, respectively.

There is no correlation between information that primary care physicians say they provide their diabetic patients and refer the information they have received from your doctor: personal impact (56.3% of non-matching), sufficient to inform (53 time 4% mismatch) and side effects (52.6%) and contraindications of the medication (49.1%).

Adherence to treatment is 60.9% according to the Morisky-Green-Levine, 74.6% according to the SMAQ questionnaire and 92.5% according to the Haynes-Sackett test. Moderate relationship between Morisky-Green-Levine and SMAQ ($\text{Kappa} = 0.581$).

Statistically significant relationship exists between being more adherent and receive information with understandable language and enough time and have received information on hours of taking the medication and the relationship to diet (61.3%, $p = 0.033$), the dosage (61.3%), family (55%) and social (57.1%) impact and have asked the opinion of patients to make decisions about their disease (62.3%).

The overall satisfaction of diabetes patients with the information provided by your family doctor is high (4.08 ± 0.82), with all the means of satisfaction significantly higher if they have been informed of general and specifically on the different phases of care process. The average satisfaction of diabetics who say they were informed about the risks and complications of the disease is higher among adherent patients (4.01 ± 0.934 ; $p = 0.04$).

Conclusions

Patients report being significantly less informed about the negative connotations of drug treatment, tests, and the impact of the disease.

60% of doctors said he had no time to properly inform patients.

There is no correlation between information that doctors say they provide their patients and refer the information they have received from their doctor.

Patients who report having received information from your doctor with understandable language and in good time in the consultation, are significantly more adherent.

Patients who receive better information from your primary care physician have higher levels of satisfaction and better compliance.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN -----	25
1. DIABETES MELLITUS: MARCO TEÓRICO -----	27
1.1. CONCEPTO -----	27
1.2. EPIDEMIOLOGÍA -----	28
1.3. COMPLICACIONES -----	32
1.3.1. Complicaciones agudas -----	32
1.3.1.1. Cetoacidosis diabética: -----	32
1.3.1.2. Coma hiperosmolar -----	32
1.3.1.3. Hipoglucemias: -----	32
1.3.2. Complicaciones crónicas -----	32
1.3.2.1. Enfermedad cardiovascular -----	32
1.3.2.2. Retinopatía diabética -----	32
1.3.2.3. Nefropatía diabética -----	32
1.3.2.4. Neuropatía diabética -----	33
1.4. DIAGNÓSTICO -----	33
1.5. TRATAMIENTO -----	34
1.5.1. Pautas generales -----	34
1.5.2. Comorbilidades -----	35
1.5.3. Farmacoterapia -----	36
1.6. PREVENCIÓN -----	39
2. DERECHO A LA INFORMACIÓN -----	41
2.1. LEGISLACIÓN ACTUAL -----	41
2.1.1. Introducción -----	41
2.1.2. DERECHO DE INFORMACIÓN -----	42
2.1.2.1. Relación «contractual» médico-paciente -----	42
2.1.2.2. Ley 41/2002 -----	43
2.2. INFORMACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA -----	50
2.2.1. Generalidades -----	50
2.2.2. Repercusión de la Ley 41/2002 en Atención Primaria -----	50
2.2.3. Perspectiva de los profesionales de Atención Primaria del derecho de información de los pacientes -----	51
2.2.4. Perspectiva de los pacientes de Atención Primaria del derecho de información -----	52
3. COMUNICACIÓN ASISTENCIAL EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA ---	53
3.1. RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE -----	53
3.1.1. Definición -----	53
3.1.2. Relación médico-paciente en Atención Primaria -----	53
3.1.2.1. Atención Primaria en el siglo XXI -----	53
3.1.2.2. «CONSULTA CENTRADA EN EL PACIENTE» -----	53
3.2. COMUNICACIÓN EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA -----	56
3.2.1. Generalidades -----	56
3.2.2. Entrevista clínica -----	57
3.2.3. Necesidad de formación en comunicación entre profesionales -----	58
4. ATENCIÓN SANITARIA DE CALIDAD: SATISFACCIÓN DEL PACIENTE -----	59
4.1. Introducción: calidad. Satisfacción -----	59
4.2. Perspectivas de pacientes y profesionales -----	60
4.3. Calidad en Atención Primaria -----	61

4.4. Calidad en Diabetes -----	61
4.5. Satisfacción de los pacientes diabéticos con su tratamiento -----	62
5.ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN DIABETES MELLITUS TIPO 2 -----	64
5.1.CONCEPTO-----	64
5.2.IMPORTANCIA DEL INCUMPLIMIENTO -----	65
5.2.1.Magnitud del problema-----	65
5.2.2.Consecuencias de no-adherencia -----	65
5.3.ETIOPATOGENIA: factores implicados/asociados a la no-adherencia -----	67
5.4.PATRONES DE NO-ADHERENCIA-----	69
5.5.MÉTODOS DE MEDIDA DEL CUMPLIMIENTO EN LA DM2-----	69
5.5.1.Métodos directos-----	70
5.5.2.Métodos indirectos -----	70
5.6.ESTRATEGIAS PARA MEJORAR ADHERENCIA EN DM2 -----	72
5.6.1.Principios fundamentales para crear una buena relación médico-paciente -----	72
5.6.2.Estrategias fundamentales para mejorar cumplimiento-----	73
5.6.3.Alfabetización en Salud (AES) en DM2-----	74
5.6.4.Educación diabetológica. Plan Diabetológico de la Región de Murcia -----	78
6. RELACIÓN ENTRE INFORMACIÓN EN DM2, ADHERENCIA Y SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA-----	81
II. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS-----	85
1.JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO -----	87
2.OBJETIVOS-----	88
2.1. Objetivo general-----	88
2.2. Objetivos específicos-----	88
III. PACIENTES Y MÉTODO -----	89
1.ÁMBITO Y PERÍODO DEL ESTUDIO -----	91
2.DISEÑO DEL ESTUDIO -----	91
2.1. TIPO DE DISEÑO-----	91
2.2. FASES DEL ESTUDIO -----	92
2.3. EXPLICACIÓN DEL DISEÑO -----	92
3.POBLACIÓN DE ESTUDIO -----	93
3.1. NÚMERO DE SUJETOS. POBLACIONES DIANA Y DE ESTUDIO -----	93
3.2. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE PACIENTES-----	93
3.2.1. De inclusión-----	93
3.2.2. De exclusión-----	94
3.2.3. De retirada y sustitución de pacientes-----	94
3.3. TAMAÑO DE LA MUESTRA-----	94
3.4. TIPO DE MUESTREO. IDENTIFICACIÓN Y ALEATORIZACIÓN DE LOS PACIENTES -----	94
4.VARIABLES DEL ESTUDIO-----	95
4.1. PACIENTES -----	95
4.2. MÉDICOS DE FAMILIA-----	98
5.RECOGIDA DE DATOS -----	100
5.1. FUENTES DE DATOS -----	100
5.1.1. Entrevista clínica -----	100

5.1.2. Historia clínica-----	100
5.2. INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE DATOS-----	100
5.3. DESCRIPCIÓN DE INTERVENCIÓN Y SEGUIMIENTO-----	101
6. CONTROLES DE CALIDAD DE LOS DATOS RECOGIDOS-----	102
6.1. CRITERIOS DE VALORACIÓN DE LA EFICACIA-----	102
6.2. CRITERIOS DE VALORACIÓN DE LA CALIDAD-----	102
6.3. CUADERNOS DE RECOGIDA DE DATOS Y FUENTES DE DOCUMENTACIÓN-----	102
6.4. SEGURIDAD-----	103
7. ANÁLISIS DE LOS DATOS Y CONSIDERACIONES ESTADÍSTICAS-----	103
7.1. Responsabilidad de gestión y análisis de los datos-----	103
7.2. Métodos estadísticos generales-----	103
7.2.1. Análisis descriptivo univariante o distribución simple de frecuencias-----	103
7.2.2. Análisis bivariante o asociación entre variables-----	104
7.2.3. Índice Kappa-----	104
8. ASPECTOS ÉTICOS, LEGALES Y ADMINISTRATIVOS-----	105
8.1. MARCO LEGAL-----	105
8.2. CONSENTIMIENTO INFORMADO-----	106
8.3. EVALUACIÓN DE BENEFICIO-RIESGO. PÓLIZA DE SEGURO-----	106
8.4. CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS DEL PACIENTE-----	107
8.5. POLÍTICA DE PUBLICACIÓN Y DIFUSIÓN DE RESULTADOS-----	107
IV. RESULTADOS-----	109
1. Análisis de las características socio-demográficas y clínicas de los pacientes diabéticos-----	111
1.1. Datos socio-demográficos-----	111
1.2. Datos sobre el tratamiento-----	113
2. Análisis de las características socio-demográficas y laborales de los médicos de Atención Primaria-----	115
3. Análisis de la información que los pacientes diabéticos refieren haber recibido de su médico de Atención Primaria-----	119
3.1. Características generales de la información-----	119
3.2. Características específicas de la información-----	123
3.2.1. Información del diagnóstico-----	123
3.2.2. Información del tratamiento-----	124
3.2.3. Información del pronóstico-----	129
3.2.4. Información de las exploraciones complementarias-----	131
3.2.5. Información sobre el impacto de la enfermedad-----	133
4. Análisis de la información que el médico de Atención Primaria refiere proporcionar a los pacientes diabéticos-----	135
4.1. Características generales de la información-----	135
4.2. Características específicas de la información-----	139
4.2.1. Información del diagnóstico-----	139
4.2.2. Información del tratamiento-----	141
4.2.3. Información del pronóstico-----	145
4.2.4. Información de las exploraciones complementarias-----	147
4.2.5. Información del impacto de la enfermedad-----	149

5. Análisis de la relación entre las características socio-demográficas y clínicas de los pacientes diabéticos y la información que refieren haber recibido de su médico de Atención Primaria-----	151
5.1. Variables socio-demográficas-----	151
5.2. Variables clínicas -----	153
6. Análisis de la relación entre las características socio-demográficas y laborales de los médicos de Atención Primaria y la información que proporcionan -----	155
6.1. Variables socio-demográficas -----	155
6.2. Variables laborales -----	157
7. Análisis de la concordancia entre la información que el médico de Atención Primaria refiere proporcionar con la información que el paciente diabético percibe haber recibido de su médico	160
8. Análisis de la satisfacción del paciente con la información proporcionada por su médico de Atención Primaria-----	162
8.1. Satisfacción con la información sobre la enfermedad -----	162
8.2. Satisfacción con la información sobre el tratamiento -----	163
8.3. Satisfacción con la información sobre los riesgos y las complicaciones-----	163
8.4. Satisfacción con la información sobre las pruebas complementarias -----	164
8.5. Influencia de las variables socio-demográficas y clínicas de los pacientes diabéticos en la satisfacción con la información -----	164
8.6. Relación de la satisfacción del paciente con la información recibida de su médico y las características generales y específicas de esa información -----	166
9. Análisis de la adherencia al tratamiento de los pacientes diabéticos -----	169
9.1. Cuestionarios de adherencia al tratamiento -----	169
9.1.1. Test de Morisky-Green-Levine -----	169
9.1.2. Test del cumplimiento auto-comunicado o test de Haynes-Sackett-----	170
9.1.3. Cuestionario de adherencia SMAQ (Tabla 37) -----	171
9.2. Concordancia entre tests indirectos de medida de adherencia: Morisky-Green-Levine, Haynes-Sackett y SMAQ -----	173
9.3. Información obtenida de la historia clínica -----	174
9.4. Influencia de las variables socio-demográficas y clínicas de los pacientes diabéticos en la adherencia al tratamiento según el test de Morisky-Green-Levine-----	177
9.5. Relación entre adherencia al tratamiento (según MGL) y las características generales de la información -----	180
9.6. Relación entre adherencia al tratamiento (según MGL) y las características específicas de la información -----	182
9.7. Relación de la adherencia al tratamiento de los pacientes diabéticos (MGL) y la satisfacción con la información recibida-----	183
V. DISCUSIÓN -----	185
1. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN -----	188
1.1. Información que los pacientes diabéticos refieren haber recibido de su médico de Atención Primaria -----	188
1.2. Información que el médico de Atención Primaria refiere proporcionar a los pacientes diabéticos -----	191
1.3. Relación entre las características socio-demográficas y clínicas de los pacientes diabéticos y la información que refieren haber recibido de su médico de Atención Primaria-----	194
1.4. Relación entre las características socio-demográficas y laborales de los médicos de Atención Primaria y la información que proporcionan -----	197

1.5. Concordancia entre la información que el médico de Atención Primaria refiere proporcionar con la información que el paciente diabético refiere haber recibido de su médico -----	199
2. ANÁLISIS DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE CON LA INFORMACIÓN RECIBIDA -----	202
2.1. Relación de la satisfacción del paciente con la información proporcionada por su médico de Atención Primaria y las variables socio-demográficas y clínicas -----	203
2.2. Relación entre la satisfacción del paciente con la información proporcionada por su médico de Atención Primaria y las características generales de la información -----	204
2.3. Relación entre la satisfacción del paciente con la información proporcionada por su médico de Atención Primaria y las características específicas de la información -----	207
3. ANÁLISIS DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DEL PACIENTE -----	208
3.1. Cuestionarios de adherencia -----	209
3.2. Relación entre adherencia al tratamiento (según el test de Morisky-Green) y las variables socio-demográficas y clínicas de los pacientes -----	211
3.3. Relación entre la adherencia al tratamiento (según el test de Morisky-Green) y las características generales de la información -----	214
3.4. Relación entre la adherencia al tratamiento (según el test de Morisky-Green) y las características específicas de la información -----	215
3.5. Relación entre la adherencia al tratamiento y la satisfacción con la información recibida por el paciente de su médico de Atención Primaria -----	216
VI. LIMITACIONES -----	219
VIII. CONCLUSIONES -----	223
VIII. BIBLIOGRAFÍA -----	229

ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1. Factores de riesgo para la DM2</i>	33
<i>Tabla 2. Pautas generales de tratamiento de DM2 (ADA 2015)</i>	35
<i>Tabla 3. Tratamiento de comorbilidades de DM2 (ADA 2015)</i>	35
<i>Tabla 4. Variables que definen el tratamiento farmacológico en la DM2</i>	37
<i>Tabla 5. Características principales de los Antidiabéticos comercializados en España.</i>	38
<i>Tabla 6. Indicadores de calidad en DM2. Tabla de diseño propio</i>	62
<i>Tabla 7. Estrategias de mejora del cumplimiento</i>	74
<i>Tabla 8. Valores de K de índice de Kappa</i>	105
<i>Tabla 9. Datos socio-demográficos de los pacientes diabéticos</i>	111
<i>Tabla 10. Datos clínicos de pacientes diabéticos (según el propio paciente)</i>	113
<i>Tabla 11. Datos socio-demográficos y laborales de los médicos de Atención Primaria</i>	115
<i>Tabla 12. Distribución de la frecuencia de las características generales de la información recibida según los pacientes</i>	119
<i>Tabla 13. Distribución de la frecuencia según la información de los pacientes recibida sobre el diagnóstico</i>	123
<i>Tabla 14. Distribución de la frecuencia de proporcionar información del tratamiento según el paciente</i>	124
<i>Tabla 15. Distribución de la frecuencia de proporcionar información del pronóstico según los pacientes</i>	129
<i>Tabla 16. Distribución de la frecuencia de proporcionar información de exploraciones complementarias según el paciente</i>	131
<i>Tabla 17. Distribución de la frecuencia de proporcionar información sobre el impacto de la enfermedad según los pacientes</i>	133
<i>Tabla 18. Distribución de la frecuencia de las características generales de la información según el médico de atención primaria (MAP)</i>	135
<i>Tabla 19. Distribución de la frecuencia de proporcionar información del diagnóstico según MAP</i>	139
<i>Tabla 20. Distribución de la frecuencia de proporcionar información del tratamiento según MAP</i>	141
<i>Tabla 21. Distribución de la frecuencia de proporcionar información del pronóstico según MAP</i>	145
<i>Tabla 22. Distribución de la frecuencia de proporcionar información sobre exploraciones complementarias según médico de Atención Primaria</i>	147
<i>Tabla 23. Distribución de la frecuencia de proporcionar información del impacto de la enfermedad según médico de Atención Primaria</i>	149
<i>Tabla 24. Relación entre las variables socio-demográficas (I) de los pacientes diabéticos y las características generales y específicas de la información que dicen haber recibido de su médico de Atención Primaria</i>	152
<i>Tabla 25. Relación entre las variables socio-demográficas (II) de los pacientes diabéticos y las características generales y específicas de la información que dicen haber recibido de su médico de Atención Primaria</i>	153
<i>Tabla 26. Relación entre las variables clínicas de los pacientes diabéticos y las características generales y específicas de la información que dicen haber recibido de su médico de Atención Primaria</i>	154
<i>Tabla 27. Relación entre las características socio-demográficas de los médicos de Atención de Primaria y proporcionar información general y específica</i>	156
<i>Tabla 28. Relación entre proporcionar información general y específica y variables laborales de los médicos de Atención Primaria (I)</i>	158
<i>Tabla 29. Relación entre proporcionar información general y específica y variables laborales de los médicos de Atención Primaria (II)</i>	159

<i>Tabla 30. Concordancia entre la información que el médico dice proporcionar con la información que el paciente dice haber recibido</i> -----	161
<i>Tabla 31. Distribución del grado de satisfacción general y específica de los pacientes diabéticos sobre la información proporcionada por su médico de Atención Primaria</i> -----	162
<i>Tabla 32. Distribución de la satisfacción general y específica respecto a las variables socio-demográficas y clínicas del paciente</i> -----	165
<i>Tabla 33. Relación de los 4 aspectos de la satisfacción estudiados y las características generales de la información sanitaria</i> -----	167
<i>Tabla 34. Distribución de la satisfacción con la información en las distintas fases del proceso asistencial</i> -----	168
<i>Tabla 35. Resultados del Test de Morisky-Green-Levine</i> -----	169
<i>Tabla 36. Resultados del Test de cumplimiento auto-comunicado o de Haynes-Sackett</i> -----	170
<i>Tabla 37. Resultados del Cuestionario de Adherencia SMAQ</i> -----	172
<i>Tabla 38. Distribución de la adherencia según los tres métodos de medida</i> -----	173
<i>Tabla 39. Índice de Kappa entre los tres cuestionarios de adherencia</i> -----	173
<i>Tabla 40. Datos clínicos recogidos en la historia clínica</i> -----	174
<i>Tabla 41. Datos de registro en historia clínica de adherencia al tratamiento</i> -----	176
<i>Tabla 42. Distribución de la adherencia (MGL) según variables socio-demográficas</i> -----	177
<i>Tabla 43. Distribución de la adherencia medida por MGL según el tipo de tratamiento (según el paciente)</i> -----	178
<i>Tabla 44. Relación del nivel de estudios con el conocimiento del tratamiento por parte del paciente</i> --	179
<i>Tabla 45. Distribución de la adherencia medida por MGL según variables clínicas que aparecen en la historia clínica</i> -----	179
<i>Tabla 46. Distribución de la adherencia según el Test MGL en función de las características generales de la información</i> -----	181
<i>Tabla 47. Distribución de la adherencia (MGL) según las características específicas de la información</i>	182
<i>Tabla 48. Distribución de la satisfacción general respecto a la adherencia al tratamiento</i> -----	183
<i>Tabla 49. Relación entre la adherencia (MGL) y la satisfacción del paciente con la información sobre 4 aspectos de su patología.</i> -----	184

LISTADO DE FIGURAS

<i>Figura 1. Algoritmo diagnóstico de DM2. Adaptado de Guías de práctica clínica del Ministerio de Sanidad y Consumo (2008), National Institute for Health and Clinical Excellence (2009) y de la Sociedad Española de Diabetes (2010)</i>	34
<i>Figura 2. Algoritmo terapéutico de DM2 (ADA 2015)</i>	39
<i>Figura 3. Algoritmo de las fases del estudio</i>	92
<i>Figura 4. Distribución de la muestra de pacientes por edad</i>	111
<i>Figura 5. Distribución de la muestra de pacientes por género</i>	112
<i>Figura 6. Distribución de la muestra de pacientes por estado civil</i>	112
<i>Figura 7. Distribución de la muestra de pacientes según el nivel de estudios</i>	113
<i>Figura 8. Distribución de la muestra de pacientes según el grupo de tratamiento que refiere el paciente</i>	114
<i>Figura 9. Histograma de frecuencias de tiempo de tratamiento según refieren los pacientes</i>	114
<i>Figura 10. Distribución de la muestra de médicos por edades</i>	115
<i>Figura 11. Distribución de la muestra de médicos por género</i>	116
<i>Figura 12. Distribución de la muestra de médicos por estado civil</i>	116
<i>Figura 13. Distribución de la muestra de médicos por años de ejercicio profesional</i>	116
<i>Figura 14. Distribución de la muestra de médicos por medio laboral</i>	117
<i>Figura 15. Distribución de la muestra de médicos por docencia en el centro de salud</i>	117
<i>Figura 16. Histograma del número de tarjetas sanitarias</i>	117
<i>Figura 17. Distribución de la muestra de médicos por demanda asistencial media diaria</i>	118
<i>Figura 18. Histograma del tiempo que ocupa la plaza</i>	118
<i>Figura 19. Distribución de la muestra de pacientes según información verdadera proporcionada por su médico</i>	119
<i>Figura 20. Distribución de la muestra de pacientes según lenguaje comprensible</i>	120
<i>Figura 21. Distribución de la muestra de pacientes según reciba información adecuada proporcionada por su médico</i>	120
<i>Figura 22. Distribución de la muestra de pacientes según entiende la información proporcionada por su médico</i>	120
<i>Figura 23. Distribución de la muestra de pacientes según reciban información oral</i>	121
<i>Figura 24. Distribución de la muestra de pacientes según reciban información escrita</i>	121
<i>Figura 25. Distribución de la muestra de pacientes según creen que la información proporcionada hace que cumpla tratamiento</i>	122
<i>Figura 26. Distribución de la muestra de pacientes según tiempo para informar</i>	122
<i>Figura 27. Distribución de la muestra de pacientes según médico resuelva sus dudas</i>	122
<i>Figura 28. Distribución de la muestra de pacientes según la información de pruebas complementarias para diagnóstico precoz de DM2</i>	123
<i>Figura 29. Distribución de la muestra de pacientes según la información de confirmación de DM2 y pruebas complementarias para el diagnóstico</i>	124
<i>Figura 30. Distribución de la muestra de pacientes según la información de características de la DM2</i>	124
<i>Figura 31. Distribución de la muestra de pacientes según información de medidas higiénicas</i>	125
<i>Figura 32. Distribución de la muestra de pacientes según información de medidas dietéticas</i>	125
<i>Figura 33. Distribución de la muestra de pacientes según información de actividad física</i>	126
<i>Figura 34. Distribución de la muestra de pacientes según información de finalidad de fármacos</i>	126
<i>Figura 35. Distribución de la muestra de pacientes según información de hora de tomar fármacos y relación con la dieta</i>	126
<i>Figura 36. Distribución de la muestra de pacientes según información de posología</i>	127
<i>Figura 37. Distribución de la muestra de pacientes según la información de la vía de administración del tratamiento</i>	127

<i>Figura 38. Distribución de la muestra de pacientes según la información de los efectos secundarios</i>	127
<i>Figura 39. Distribución de la muestra de pacientes según información de contraindicaciones de fármacos</i>	128
<i>Figura 40. Distribución de la muestra de pacientes según información de revisiones</i>	128
<i>Figura 41. Distribución de la muestra de pacientes según la información recibida de tratamientos alternativos</i>	129
<i>Figura 42. Distribución de la muestra de pacientes según si su médico le pide opinión para tomar decisiones</i>	129
<i>Figura 43. Distribución de la muestra de pacientes según información de pronóstico sin tratamiento</i>	130
<i>Figura 44. Distribución de la muestra de pacientes según información de pronóstico con tratamiento actual</i>	130
<i>Figura 45. Distribución de la muestra de pacientes según información de riesgos y complicaciones de la DM2</i>	131
<i>Figura 46. Distribución de la muestra de pacientes según la información recibida del motivo de solicitud de pruebas complementarias</i>	131
<i>Figura 47. Distribución de la muestra de pacientes según información de molestias que pueden producir las exploraciones complementarias</i>	132
<i>Figura 48. Distribución de la muestra de pacientes según información de posibles complicaciones de exploraciones complementarias</i>	132
<i>Figura 49. Distribución de la muestra de pacientes según la información recibida de los resultados de exploraciones complementarias</i>	132
<i>Figura 50. Distribución de la muestra de pacientes según la información recibida sobre impacto personal de su enfermedad</i>	133
<i>Figura 51. Distribución de la muestra de pacientes según la información recibida sobre el impacto laboral de su enfermedad</i>	133
<i>Figura 52. Distribución de la muestra de pacientes según la información recibida sobre el impacto familiar de su enfermedad</i>	134
<i>Figura 53. Distribución de la muestra de pacientes según la información recibida sobre el impacto social de su enfermedad</i>	134
<i>Figura 54. Distribución de la muestra de médicos según información verdadera</i>	135
<i>Figura 55. Distribución de la muestra de médicos según la utilización de lenguaje comprensible</i>	136
<i>Figura 56. Distribución de la muestra de médicos según esté recogido en historia clínica la proporción de información</i>	136
<i>Figura 57. Distribución de la muestra de médicos según su percepción de proporcionar información adecuada</i>	136
<i>Figura 58. Distribución de la muestra de médicos si el paciente entiende la información</i>	137
<i>Figura 59. Distribución de la muestra de médicos según proporcione información oral</i>	137
<i>Figura 60. Distribución de la muestra de médicos según proporcione información escrita</i>	137
<i>Figura 61. Distribución de la muestra de médicos según creen que su información hace que cumpla tratamiento</i>	138
<i>Figura 62. Distribución de la muestra de médicos según su percepción del tiempo para informar a los pacientes</i>	138
<i>Figura 63. Distribución de la muestra de médicos según resuelva dudas</i>	139
<i>Figura 64. Distribución de la muestra de médicos según información de pruebas complementarias para diagnóstico precoz de DM2</i>	139
<i>Figura 65. Distribución de la muestra de médicos según información de confirmación de DM2 y pruebas complementarias para diagnóstico</i>	140
<i>Figura 66. Distribución de la muestra de médicos según información de características de la DM2</i>	140
<i>Figura 67. Distribución de la muestra de médicos según información de medidas higiénicas</i>	141
<i>Figura 68. Distribución de la muestra de médicos según información de medidas dietéticas</i>	142

<i>Figura 69. Distribución de la muestra de médicos según información de actividad física</i>	142
<i>Figura 70. Distribución de la muestra de médicos según información de finalidad de fármacos</i>	142
<i>Figura 71. Distribución de la muestra de médicos según información de hora de tomar fármacos y relación con la dieta</i>	143
<i>Figura 72. Distribución de la muestra de médicos según información de posología</i>	143
<i>Figura 73. Distribución de la muestra de médicos según información de vía de administración del tratamiento</i>	143
<i>Figura 74. Distribución de la muestra de médicos según información de efectos secundarios</i>	144
<i>Figura 75. Distribución de la muestra de médicos según información de contraindicaciones de fármacos</i>	144
<i>Figura 76. Distribución de la muestra de médicos según información de revisiones médicas</i>	144
<i>Figura 77. Distribución de la muestra de médicos según información de tratamientos alternativos</i>	145
<i>Figura 78. Distribución de la muestra de médicos según cuenta con opinión de pacientes</i>	145
<i>Figura 79. Distribución de la muestra de médicos según información de pronóstico sin tratamiento</i>	146
<i>Figura 80. Distribución de la muestra de médicos según información del pronóstico con el tratamiento actual</i>	146
<i>Figura 81. Distribución de la muestra de médicos según información de riesgos y complicaciones de la DM2</i>	147
<i>Figura 82. Distribución de la muestra de médicos según la información que proporciona sobre el motivo de solicitud de pruebas complementarias</i>	147
<i>Figura 83. Distribución de la muestra de médicos según la información de proporciona sobre las molestias que pueden producir las exploraciones complementarias</i>	148
<i>Figura 84. Distribución de la muestra de médicos según información de posibles complicaciones de exploraciones complementarias</i>	148
<i>Figura 85. Distribución de la muestra de médicos según información del resultado de exploraciones complementarias</i>	149
<i>Figura 86. Distribución de la muestra de médicos según la información que proporciona sobre impacto personal</i>	149
<i>Figura 87. Distribución de la muestra de médicos según la información que proporciona sobre impacto laboral</i>	150
<i>Figura 88. Distribución de la muestra de médicos según la información que proporciona sobre impacto familiar</i>	150
<i>Figura 89. Distribución de médicos según la información que proporcionan sobre impacto social</i>	150
<i>Figura 90. Histograma de distribución de la media de la satisfacción de los pacientes con la información recibida de sus médicos</i>	162
<i>Figura 91. Distribución de la muestra de pacientes según la satisfacción con la información de su enfermedad</i>	163
<i>Figura 92. Distribución de la muestra de pacientes según la satisfacción con la información sobre el tratamiento</i>	163
<i>Figura 93. Distribución de la muestra de pacientes según la satisfacción con la información sobre los riesgos y complicaciones</i>	164
<i>Figura 94. Distribución de la muestra de pacientes según la satisfacción con la información sobre las pruebas complementarias</i>	164
<i>Figura 95. Adherencia según Test Morisky-Green-Levine</i>	169
<i>Figura 96. Distribución de la muestra de pacientes diabéticos según Test de Morisky-Green-Levine</i>	170
<i>Figura 97. Histograma de frecuencias del número de comprimidos tomados en el último mes</i>	171
<i>Figura 98. Adherencia según Test de Haynes-Sackett</i>	171
<i>Figura 99. Distribución de la muestra de pacientes según Cuestionario de Adherencia SMAQ</i>	172
<i>Figura 100. Adherencia según Cuestionario SMAQ</i>	173
<i>Figura 101. Distribución de la muestra según tratamiento registrado en la historia clínica</i>	175

<i>Figura 102. Distribución de la muestra según la duración del tratamiento registrado en la historia clínica</i>	175
<i>Figura 103. Distribución de la muestra según datos que informen de la continuidad/abandono del tratamiento en la historia clínica</i>	176
<i>Figura 104. Distribución de la muestra según los datos de continuidad registrados en la historia clínica</i>	177

ABREVIATURAS

ADA: Asociación Americana de Diabetes
AES: Alfabetización en Salud
AETS: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias
AP: Atención Primaria
CC.AA.: Comunidades Autónomas
CI: Consentimiento informado
DE: Desviación estándar
DM2: Diabetes Mellitus tipo 2
EAD: Educación en Automanejo de Diabetes
EASD: *European Association for the Study of Diabetes*
EC: Enfermedad Coronaria
ECV: Enfermedad Cardiovascular
GA: Glucemia Basal en Ayunas
GB: Glucemia Basal
GP: Glucemia postprandial
Hb A1C: Hemoglobina glucosilada
HC: Historia Clínica
HDL: High Density Lipoprotein (Lipoproteína de alta densidad)
HTA: Hipertensión Arterial
IMC: Índice de Masa Corporal
ISPOR: Sociedad Internacional de Fármaco-economía e Investigación de Resultados Sanitarios
LDL: Low Density Lipoprotein (Lipoproteína de baja densidad)
M: Media
MAP: Médico de Atención Primaria
MGL: Test de adherencia Morisky-Green-Levine
MIR: Médico Interno Residente
N: Número de pacientes
OMS: Organización Mundial de la Salud
PTOG: Prueba de Tolerancia Oral a la Glucosa
UNESCO: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
VS: *Versus*

I. INTRODUCCIÓN

1. DIABETES MELLITUS: MARCO TEÓRICO

1.1. CONCEPTO

La Diabetes Mellitus (DM) constituye un grupo genética y clínicamente heterogéneo de alteraciones que tienen en común la intolerancia a los hidratos de carbono debido a un deterioro de la secreción y/o de la efectividad de la insulina para metabolizar la glucosa. En consecuencia, los niveles de glucosa en sangre permanecen elevados (hiperglucemia crónica), lo que conlleva a complicaciones tardías en la salud, entre las que se resaltan la retinopatía, nefropatía, arteriopatía aterosclerótica periférica y coronaria y las neuropatías del sistema autónomo y periférico (Organización Mundial de la Salud, 1999; Brannon y Feist, 2001).

El fallo progresivo de la secreción de insulina pancreática aconseja adoptar una actitud precoz y activa, pues puede mejorar con modificaciones en el estilo de vida (terapia nutricional y ejercicio), con la consecución de unas características antropométricas más favorables y con algunos fármacos, de los cuales puede ser preciso incrementar progresivamente la dosis y/o el número para mantener los objetivos de control (Menéndez y cols, 2010).

Según apunta la Asociación Americana de Diabetes (ADA) es una «enfermedad compleja y crónica que requiere atención médica continua con estrategias de control para el resto de factores de riesgo cardiovascular. La educación para el autocuidado del paciente y el apoyo son fundamentales para la prevención complicaciones de agudas y a largo plazo».

Es obvio pensar que, para abordar este problema bajo el punto de vista asistencial, hay que utilizar todos los recursos sanitarios disponibles; así, los equipos de Atención Primaria han ido asumiendo progresivamente las funciones de detección, tratamiento y educación sanitaria de los pacientes con Diabetes. Es más, por tratarse de pacientes con pluripatología y factores de riesgo asociados que requieren un abordaje continuo, integral e integrado, los diabéticos representan uno de los objetivos principales de Atención Primaria.

Podemos **clasificar** la DM en dos entidades principales: DM tipo 1, en la que la destrucción de las células β del páncreas lleva a una deficiencia total en la secreción de insulina y la DM tipo 2 (“no insulino-dependiente” o “de la edad adulta”). Ésta última constituye el 90-95% de los diagnósticos, con una etiología desconocida, aunque

parece existir una predisposición genética de resistencia a la insulina y de una relativa deficiencia o una utilización ineficaz de esta hormona (Devlin, 2004). Se caracteriza por un comienzo insidioso en la vida adulta (después de los 40 años), estando la obesidad está presente en el 80 % de los pacientes (el riesgo de padecer diabetes en el individuo adulto con un índice de masa corporal - IMC- superior a 30 es cinco veces superior a cuando este índice es inferior a 25, ya que la obesidad es “per sé” una causa de resistencia a la insulina). Puede diagnosticarse sólo cuando ya tiene varios años de evolución y han aparecido complicaciones, por lo que el diagnóstico precoz es beneficioso, ya que suele responder bastante bien con un cambio de hábitos higiénico-dietéticos que evitan, en algunos casos, la necesidad de tratamiento farmacológico y la rápida evolución de la enfermedad.

1.2. EPIDEMIOLOGÍA

La diabetes, aunque se trata de la alteración metabólica más común entre los seres humanos, es, según la OMS, una de las causas de muerte menos reconocida. Por tanto, debería catalogarse en la actualidad como una de las principales causas de morbi-mortalidad en el mundo occidental, cuya evolución es preocupante, pues sus proporciones son de carácter cuasi-epidémico (Abubakari y cols, 2013).

La OMS señala en el «Informe de la Salud en el Mundo» de 1997 que el número de personas afectadas por la diabetes, estimadas actualmente en unos 246 millones, puede alcanzar cifras de 380 millones en 2025, con un aumento del 40% en los países desarrollados y de casi el 170% en los que están en vías de desarrollo. Así, los costes que se derivan de su prevención y tratamiento se convierten en una de las principales partidas presupuestarias a asumir por parte de las sanidades públicas.

Entre las causas que originan este aumento “explosivo” de la DM2, la OMS apunta como principales el envejecimiento paulatino de la población, el incremento de la obesidad, hábitos erróneos de la alimentación y modos de vida sedentarios.

En España, aunque según la Encuesta Nacional de Salud de 2011-2012, el 75,3% de la población percibe su estado de salud como bueno o muy bueno (mayor satisfacción entre los hombres y menor según aumenta la edad), las patologías crónicas (hipertensión arterial, colesterol elevado, obesidad y diabetes) siguen su tendencia ascendente. En el caso concreto de la diabetes, se ha pasado del 4,1% de 2006 al 7,0% actual.

De los factores que influyen en el desarrollo de la DM2, destacamos que la obesidad ha aumentado al 17,0% en los últimos 25 años (siendo más frecuente a mayor edad y a menor escala social) y que el 41,3% de la población se declara sedentaria, algo menos de la mitad de las mujeres (46,6%) y más de un tercio de los hombres (35,9%).

El Estudio di@bet.es (Soriguer y cols, 2012) constituye el primer registro epidemiológico de ámbito nacional de **prevalencia** de diabetes, obesidad y otros problemas metabólicos y factores de riesgo asociados. Sitúa la prevalencia total de la DM2 en el 13,8% de la población española, siendo la prevalencia de DM desconocida del 6,0%. En cuanto a la relación entre DM2 y el resto de factores de riesgo, el estudio confirma la asociación entre diabetes y obesidad e hipertensión arterial (ambas duplican el riesgo de diabetes), así como el papel determinante del nivel de estudios (Karter y cols, 2007), tanto para el riesgo de ser obeso (no tener estudios cuadruplica el riesgo frente a tener estudios universitarios), como diabético o hipertenso (no tener estudios duplica el riesgo en ambos casos) y la importancia de la actividad física (las personas que no hacen ejercicio en su tiempo libre tienen un 50% más de posibilidades de ser obesas y las personas obesas y con diabetes hacen la mitad de ejercicio que las personas delgadas o sin diabetes).

El estudio ha aportado también información sobre el *grado de adherencia* de los pacientes a los programas de salud, pues, a pesar de que los programas de educación sanitaria en las personas con diabetes persiguen que hagan ejercicio, que pierdan peso o que dejen de fumar, la investigación señala que la mayoría de diabéticos no modifican sus hábitos de salud en proporción diferente a los que no lo son.

Prevalencia de DM en función de las características de la población: el desarrollo de la enfermedad se explica por una combinación de factores genéticos y una serie de factores ambientales desencadenantes que explicarían las marcadas diferencias que existen entre las tasas de prevalencia de las distintas regiones del mundo y los distintos grupos étnicos.

1. Sexo: no hay diferencias estadísticamente significativas.
2. Edad: progresión lineal de la prevalencia, alcanzando cifras entre el 10-15 % en la población mayor de 65 años y el 20 % en mayores de 80 años. Este hecho tiene consecuencias en términos de asistencia y previsión, por lo que la administración se ve abocada a invertir más recursos a medida que la población envejece.

3. Estudios: existe una relación inversa entre la prevalencia y el nivel de estudios (Karter y cols, 2007; Soriguer y cols, 2011), de forma que la primera disminuye a medida que aumenta el segundo. Es necesario tener en cuenta que una parte notable de las personas con niveles bajos de estudios se corresponde con aquellas que tienen más edad y una parte notable de las personas con estudios de bachillerato o ciclos formativos son muy jóvenes y seguramente los actuales estudiantes. También es conveniente tener presente el fenómeno de la inmigración.
4. Situación laboral: la prevalencia de la DM muestra su máximo entre los jubilados y pensionistas.
5. Estatus socioeconómico: según Ruiz-Ramos y cols (2006) y Link y cols (2009) es un factor modificable mucho más relacionado con la prevalencia de diabetes y sus complicaciones que la raza (Osborn y cols, 2013), pues según descende el estatus aumenta la probabilidad de asociar otros factores de riesgo (índice de masa corporal, actividad física, hipertensión y diabetes gestacional).

Según el estudio de Ruiz-Ramos y cols (2006) se estima una **incidencia** en España en torno a 146-820 casos nuevos/100000 habitantes/año.

La proporción estimada de casos de **DM2 por Comunidades Autónomas** (CC.AA.) de 2009 sitúa a Murcia en cuarto lugar a nivel nacional, con una prevalencia del 11,3% (por detrás de Ceuta, Melilla y Castilla y León, con 13,6%, 13,5% y 12,3%, respectivamente).

Entre las **enfermedades concomitantes** que se asocian a la DM2 encontramos como más frecuente la hipertensión (ratificado en Estudio di@bet.es), seguida del dolor de espalda (cervicalgia y lumbalgia) y la artritis reumatoide. La cardiopatía isquémica aparece en un 10,5% y el ictus en un 6,4%. También destacan: incontinencia urinaria, migrañas, depresión, ansiedad y alergias.

Respecto a la influencia de la DM2 en la **actividad laboral** habría que señalar que la diabetes en sí ya constituye un problema que afecta al rendimiento laboral de un 31,5% de los que están en situación activa. La media de días de ausencia por causa de la enfermedad se sitúa en 82 días con una desviación típica de 104 días. La mediana y la moda son de 30 días, por lo que éste es el caso más típico de absentismo laboral en un año.

En cuanto a la tasa de **mortalidad** total por causa de diabetes en la población española es de 21,26 personas por cada 100000 habitantes. Existe mayor proporción femenina (3ª causa de muerte entre mujeres, 7ª entre hombres, según Ruiz-Ramos y cols, 2006) pero, especialmente, a partir de los 85 años. En el 2009, la tasa de mortalidad total ajustada por edad por DM por 100000 habitantes era de 11,7 personas.

En lo referente al **coste** asociado, a finales del año 2011, los sanitarios alertaban de que el tratamiento de DM le costaba ya al sistema sanitario español entre el 4 y el 14% del gasto global, oscilando entre 381 y 2560 euros/paciente/año (Ruiz-Ramos y cols, 2006).

Atención Primaria y DM2

La DM2 es diagnosticada y atendida mayoritariamente por los médicos de Atención Primaria (casi el 59% de los diabéticos realiza una visita al médico de familia de forma mensual) y por los endocrinólogos de área (visitado una vez al trimestre o al año), según su gravedad y complejidad.

El 89,5% de las CC.AA. cuenta con un programa de atención al diabético en Atención Primaria, y en el 84,2% existen protocolos consensuados para el seguimiento de la diabetes en los distintos niveles de atención.

En el 80% de las CC.AA. la mayoría de las actuaciones que se están llevando a cabo en relación con la prevención primaria de la diabetes están integradas en programas de prevención de riesgo cardiovascular, obesidad y educación para la salud sobre nutrición y hábitos saludables. Las actividades de detección precoz están implantadas en el 84,2% y en el 52,6% disponen de algún mecanismo para detectar y registrar a la población de riesgo. Asimismo, el 94,7% de las CC.AA. cuenta con programas de educación diabetológica.

Líneas de actuación recientes en España

Las autoridades sanitarias españolas han incorporado a su agenda el desarrollo de líneas de actuación y políticas públicas tendentes a lograr la mejora de la situación de la población diabética de nuestro país.

En este ámbito, destaca la implantación de la “Estrategia en Diabetes del Sistema nacional de Salud” (aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema nacional de

Salud el 11 de octubre de 2006) como parte del plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud y que viene representando un esfuerzo consensuado entre el Ministerio de Sanidad, sociedades científicas, asociaciones de pacientes y CC.AA. para conseguir una atención basada en la excelencia clínica en condiciones de igualdad en todo el territorio.

1.3. COMPLICACIONES

Dentro de las complicaciones que puede presentar la DM2 diferenciamos entre las agudas (cetoacidosis, coma hiperosmolar e hipoglucemias) y las crónicas (enfermedad cardiovascular, retinopatía, nefropatía y neuropatía). Destacamos de ellas:

1.3.1. Complicaciones agudas

1.3.1.1. Cetoacidosis diabética: está sujeta a una hiperglucemia extrema (que conlleva diuresis osmótica y deshidratación) y a la formación masiva de cuerpos cetónicos producidos por un aumento de la razón glucagón/insulina.

1.3.1.2. Coma hiperosmolar: suelen padecerlo los diabéticos tipo 2 que, al tener una actividad insulínica residual, no padecen lipólisis y, por tanto, no se produce cetoacidosis, pudiendo ocurrir tras una ingesta exagerada de hidratos de carbono, la suspensión del tratamiento o una situación de estrés.

1.3.1.3. Hipoglucemias: glucemia menor de 50mg/dL (sintomática < 40 mg/dL y <20 mg/dL se suele asociar a coma).

1.3.2. Complicaciones crónicas

1.3.2.1. Enfermedad cardiovascular (ECV): constituye la primera causa de enfermedad en España (Banegas, 2012), pues los diabéticos tienen entre 2 y 4 veces más riesgo que la población general y un 50-80% muere por dicha causa (Valdés y cols, 2007). Distinguimos: dislipemia (elevación de los triglicéridos y disminución de HDL), sobrepeso y obesidad, hipertensión arterial (en 30-50% de los pacientes diabéticos tipo 2), estrés oxidativo (la DM2 aumenta la producción de anión superóxido que inactiva al óxido nítrico, el principal factor comprometido con las propiedades antiateroscleróticas del endotelio) y problemas de coagulación (la agregación plaquetaria está aumentada y la capacidad fibrinolítica disminuida, por ello se recomienda el uso de ácido acetil salicílico).

1.3.2.2. Retinopatía diabética: su prevalencia está directamente relacionada con los años de evolución de la DM2, por lo que es la complicación más frecuente (tras 20 años de enfermedad, el 60% de los diabéticos tienen algún grado de retinopatía).

1.3.2.3. Nefropatía diabética: el que bastantes diabéticos tipo 2 sean diagnosticados después de muchos años de desarrollo de la enfermedad podría

explicar por qué la prevalencia es de 20-40%, de los que el 20% necesitará ser dializado.

1.3.2.4. *Neuropatía diabética*: deterioro del sistema neurológico por exposición prolongada a valores altos de glucemia. Clínica de dolor, quemazón, hormigueo o calambres, incluyendo “pie diabético”.

1.4. **DIAGNÓSTICO**

Según los criterios de diagnóstico establecidos por la ADA en 2015, decimos que un paciente tiene DM2 si presenta una Hemoglobina glucosilada (Hb A1C) $\geq 6,5\%$, una glucemia basal en ayunas (GA) ≥ 126 mg/dl (7 mmol/L), una glucemia 2 horas postprandial (GP) ≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/L) durante la prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG) con una sobrecarga de 75 gramos de glucosa, una glucemia al azar ≥ 200 mg/dL (11,1 mmol/L) en un paciente con síntomas clásicos de hiperglucemia o crisis de hiperglucemia y/o, en ausencia de hiperglucemia inequívoca, el resultado debe ser confirmado por repetición de la prueba.

Para el **diagnóstico precoz** la ADA recomienda en 2015 considerar la realización de pruebas para detectar DM2 en adultos asintomáticos con sobrepeso u obesidad (IMC ≥ 25 kg/m²) y que tienen uno o más factores de riesgo adicional (Tabla 1). En las personas sin estos factores de riesgo, los análisis deben comenzar a hacerse a partir de los 45 años. Si las pruebas son normales se repiten cada 3 años.

Factores de riesgo para diabetes:

1. Adultos con IMC mayor a 25 kg/m² y factores de riesgo adicionales.
2. Inactividad física.
3. Parientes en primer grado con diabetes.
4. Alto riesgo por raza.
5. Mujeres que han tenido hijos con alto peso o con diagnóstico de diabetes gestacional.
6. Hipertensión arterial.
7. Colesterol HDL bajo (<35 mg/dl) o Triglicéridos >250 mg/dl.
8. Mujeres con síndrome de ovario poliquístico.
9. HbA1C >5,7%-6,4%.
10. Glucemia basal en ayunas entre 100 y 125 mg/dl.
11. Glucemia postprandial a las 2 horas entre 144-199 mg/dl.
12. Otras condiciones clínicas asociadas con resistencia a la insulina (obesidad severa, acantosis nigricans).

Tabla 1. Factores de riesgo para la DM2

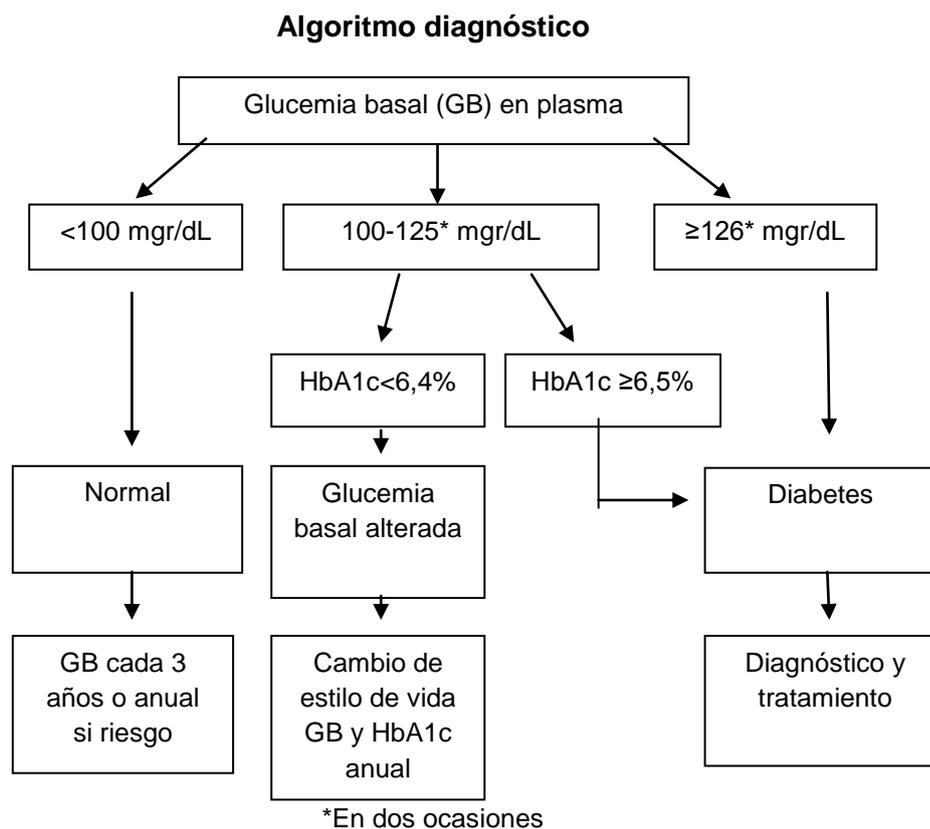


Figura 1. Algoritmo diagnóstico de DM2. Adaptado de *Guías de práctica clínica del Ministerio de Sanidad y Consumo (2008)*, *National Institute for Health and Clinical Excellence (2009)* y de *la Sociedad Española de Diabetes (2010)*

1.5. TRATAMIENTO:

1.5.1. Pautas generales

Según las **pautas generales** establecidas por la ADA en 2015 se recomienda conseguir un control muy estricto en las primeras fases del tratamiento (HbA1c <6,5%), siempre y cuando el paciente no sea mayor de 70 años, presente complicaciones avanzadas micro o macrovasculares o padezca alguna patología asociada que haga aconsejable evitar las hipoglucemias (Menéndez y cols, 2010). En este caso, se recomendaría un objetivo de control de HbA1c <7,5%, o el mejor posible primando la seguridad del tratamiento, adaptado a la situación del paciente y a la compatibilidad con los fármacos asociados.

<i>Tratamiento médico nutricional</i>	Componente efectivo del tratamiento global. Individualizado (considerando preferencias tradicionales, culturales, religiosas y económicas). Indicada por un profesional en nutrición.
<i>Actividad física</i>	Al menos 150 minutos por semana de ejercicio aeróbico moderado (50-70% de la frecuencia cardíaca máxima). Al menos 3 días por semana, con no más de 2 días consecutivos sin ejercicio.
<i>Evaluación y atención psicosocial</i>	Detectar actitudes/expectativas acerca de la enfermedad y del tratamiento. Antecedentes psiquiátricos. Calidad de vida en general y la relacionada con DM. Recursos (financieros, sociales y emocionales).
<i>Inmunizaciones</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Influenza: diabéticos ≥ 6 meses de edad. - Antineumocócica conjugada (PCV13) y por polisacáridos (PPSV23): diabéticos ≥ 65 años. - Hepatitis B: adultos no vacunados con diabetes entre 19 a 59 años (considerarla en edad ≥ 60).

Tabla 2. Pautas generales de tratamiento de DM2 (ADA 2015)

1.5.2. Comorbilidades

La ADA recomienda como el tratamiento asociado de las **comorbilidades**, entre las que destacan:

<i>Hipertensión/control de la presión arterial</i>	<ul style="list-style-type: none"> • TA $>120/80$: modificar estilo de vida. • TA $\geq 140/90$: cambios en estilo de vida + terapia farmacológica (IECA/ARA II).
<i>Dislipemia/manejo de los lípidos</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Modificación del estilo de vida. • Tratamiento con estatinas si evento cardiovascular previo (colesterol LDL < 70 mg/dl) y > 40 años con 1 o más factores de riesgo cardiovascular (colesterol LDL < 100 mg/dl).
<i>Antiagregantes plaquetarios (aspirina o clopidrogel en alérgicos)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • En DM2 con riesgo cardiovascular alto: Aspirina (75-162 mg/día). • Con antecedente de ECV: Aspirina (75-162 mg/día).
<i>Cese del tabaquismo</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo a todos los diabéticos. • Cigarrillos electrónicos no suponen una alternativa ni ayuda a evitar este hábito.
<i>Enfermedad coronaria (EC)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento con IECA, aspirina y estatinas.
<i>Detección y tratamiento de la nefropatía</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar albuminuria en el diagnóstico y anualmente la creatinina sérica. • Si micro (30-299 mg/día) o macroalbuminuria (>300 mg/día): tratamiento con IECA/ARA-II.
<i>Detección y tratamiento de la retinopatía</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Examen completo tras el diagnóstico y controles anuales (cada 2-3 años si primeros son normales).
<i>Detección y tratamiento de la neuropatía</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Examen en el diagnóstico y por lo menos una vez al año, con pruebas clínicas simples. • Tratamiento sintomático.
<i>Cuidado de los pies</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Exhaustivo examen anual, identificando factores de riesgo de úlceras y amputaciones.

Tabla 3. Tratamiento de comorbilidades de DM2 (ADA 2015)

Como **estrategias para mejorar la atención** aparecen:

- Para la elección del fármaco se recomienda un enfoque centrado en el paciente, considerar la eficacia, el costo, los efectos adversos, efectos sobre el peso, las comorbilidades, el riesgo de hipoglucemia y las preferencias del paciente.
- La atención debe estar en sintonía con el modelo de atención crónica para asegurar la interacción productiva entre un *equipo* práctico, proactivo, preparado y un *paciente* informado activo.
- Cuando sea posible, se debe apoyar la atención en equipo, la participación de la comunidad y las herramientas integradas para el soporte de las decisiones, para satisfacer las necesidades del paciente.
- Las decisiones terapéuticas deben ser oportunas y seguir las guías basadas en la evidencia, adaptadas a las preferencias de cada paciente, al pronóstico y las comorbilidades.
- Se debe emplear un estilo de comunicación centrado en el paciente, que incorpore sus preferencias, evalúe el grado de alfabetización y manejo de la aritmética y tenga en cuenta las barreras culturales.

1.5.3. Farmacoterapia:

Una vez instaurados los cambios en el estilo de vida, el tratamiento se divide en 3 escalones terapéuticos:

1. Si no existe contraindicación y es tolerada, y la hiperglucemia no es excesiva (HbA1c: 6,5- 8,5%), la metformina es el tratamiento de elección inicial. Si la hiperglucemia es elevada (HbA1c >8,5%), el tratamiento inicial debe realizarse de entrada con varios fármacos orales en combinación o bien iniciar la insulinización.
2. Adición de un segundo fármaco de acción sinérgica, que debe individualizarse en función de las características de cada paciente.
3. Implica la introducción de insulina basal como opción preferente frente a la triple terapia oral, reservada sólo para resistencia a la insulinización.

Variables que definen el tratamiento farmacológico:

- *Edad*: en ancianos la eliminación de fármacos está disminuida (riesgo de mayores efectos adversos).
- *Peso*: en obesos el tratamiento de elección es la metformina.
- *Insuficiencia renal*: contraindicados metformina e inhibidores de la alfa-glucosidasa. Las sulfonilureas de semivida corta pueden utilizarse. Con creatinina >1,5 mg/dL o aclaramientos <60 ml/min: insulina.
- *Co-morbilidades cardiopulmonares*: apnea obstructiva del sueño, hipoxia crónica e insuficiencia cardíaca aumentan riesgo de acidosis láctica: contraindicada metformina y tiazolidindionas con precaución. Se recomienda sulfonilureas de acción corta o repaglinida.
- *Insuficiencia hepática*: potencia el riesgo de hipoglucemia y de acidosis láctica. Contraindicadas metformina y tiazolidindionas si los valores de la Alanina-aminotransferasa es 2,5-3 veces los valores normales.

Tabla 4. Variables que definen el tratamiento farmacológico en la DM2

Entre las **características principales de los antidiabéticos** comercializados en España, destacamos las ventajas e inconvenientes de cada grupo, así como su mecanismo de acción:

FAMILIA	PRINCIPIOS ACTIVOS	MECANISMO DE ACCIÓN	VENTAJAS	INCONVENIENTES
BIGUANIDAS	<i>Metformina</i> (Dianben®)	Disminuyen producción hepática de glucosa	Amplia experiencia No hipoglucemias ↓ Eventos CV	Efectos adversos GI Acidosis láctica (rara) Déficit vitamina B12 Contraindicaciones: insuficiencia renal, hepática, cardíaca y respiratoria, embarazo, cirugía o enfermedad grave, acidosis, hipoxia, deshidratación
SULFONILUREAS	<i>Glibenclamida</i> (Daonil®, Euglucon®, Glucolon®, Norglicem®) <i>Glipizida</i> (Glibenese®, Minodiab®) <i>Glisentida</i> (Staticum®) <i>Gliclazida</i> (Diamicon®) <i>Glimepirida</i> (Amaryl®, Roname®)	Aumentan la secreción de insulina	Amplia experiencia ↓ Complicaciones microvasc	Hipoglucemia Aumento de peso Dudosa alteración del pre-condicionamiento isquémico miocárdico Escasa durabilidad. Contraindicaciones: insuficiencia hepática y renal, DM1, embarazo, cirugía mayor o enfermedad grave.
MEGLITINIDAS (GLINIDAS)	<i>Repaglinida</i> (Novonorm®, Prandin®) <i>Nateglinida</i> (Starlix®)	Aumentan secreción de insulina	↓ Hiperglucemia postprandial Dosificación flexible	Hipoglucemia Aumento de peso Dudosa alteración del pre-condicionamiento isquémico miocárdico Precisa múltiples dosis

TIAZOLIDIN-DIONAS (GLITAZONAS)	<i>Pioglitazona</i> (Actos®, Glustin®)	Aumentan la sensibilidad a la insulina	No hipoglucemias Durabilidad ↑HDL; ↓TG ↓ Eventos CV	Aumento de peso Edemas / ICC Aumento riesgo fracturas
	<i>Combinación con metformina</i> (Competact®, Blubrava®)			
	<i>Asociación con Glimepirida</i> (Tandemact®)			
INHIBIDORES ALFA GLUCOSIDASA	<i>Acarbosa</i> (Glucobay®, Glumida®) <i>Miglitol</i> (Diastabol®, Plumarol®)	Enlentece digestión y absorción intestinal de carbohidratos	No hipoglucemia ↓ Hiperglucemia postprandial Posible ↓ eventos CV Acción local	Eficacia moderada (HbA1c) Efectos adversos GI Precisa múltiples dosis
INHIBIDORES ENZIMA DPP-IV (GLIPTINAS)*	<i>Sitagliptina</i> (Januvia®, Tesavel®, Xelevia®) <i>Vildagliptina</i> (Galvus®, Jalra®) <i>Saxagliptina</i> (Onglyza®) <i>Linagliptina</i>	↑ Secreción insulina (glucosa-dependiente) ↓ Secreción de glucagón (glucosa-dependiente)	No hipoglucemia Bien tolerados	Urticaria/ Angioedema Dudoso ↑ pancreatitis Dudoso aumento ingresos hospitalarios por ICC
AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-1	<i>Exenatida</i> (Byetta®) <i>Exenatida LAR</i> (Bydureon®) <i>Liraglutida</i> (Victoza®) <i>Lixisenatida</i> (Lyxumia®)	↑ Secreción de insulina (glucosa-dependiente) ↓ Secreción de glucagón (glucosa-dependiente) ↓ Vaciamiento gástrico Aumentan saciedad	No hipoglucemia Disminución peso ↓ Hiperglucemia postprandial ↓ Algunos factores de riesgo cardiovascular	Efectos adversos GI ↑ Frecuencia cardiaca Dudoso ↑ pancreatitis Hiperplasia células C /carcinoma medular de tiroides en animales Inyectable Requiere ajustes de dosis
INHIBIDORES DEL COTRANSPORTADOR SODIO-GLUCOSA SGLT2	<i>Dapagliflozina</i> (Forxiga®)	Disminuye la reabsorción de glucosa por el riñón, aumentando la glucosuria	No hipoglucemia Disminución peso ↓ Presión arterial Efectivo en cualquier estadio de la DM Tipo 2	Infecciones genitourinarias Poliuria Depleción de volumen/ hipotensión /mareo Aumento de LDL ↑ Creatinina (transitorio)
INSULINAS ANÁLOGOS Y DE INSULINA	<i>Análogos acción rápida:</i> Lispro, Aspart, Glulisina <i>Insulina rápida:</i> Regular Humana <i>Intermedia:</i> NPH, Lispro-protamina <i>Análogos basales:</i> Glargina, Detemir <i>Premezcladas</i>	Aumentan la utilización y eliminación de glucosa Disminuyen la producción hepática de glucosa	Eficaces para todos los individuos Eficacia teóricamente ilimitada ↓ Complicaciones microvasculares	Hipoglucemia Aumento de peso Dudoso efecto mitogénico Inyectable Requiere ajustes de dosis Reticencias por parte de los pacientes

Tabla 5. Características principales de los Antidiabéticos comercializados en España.

*Menéndez y cols, 2011 y Nadal y cols, 2013: el perfil de seguridad a largo plazo es desconocido, por lo que es imprescindible asociarlos a Metformina.

Adaptado de Inzucchi SE y cols. *Diabetes Care* 2015; 38: 140-49.

Para el tratamiento de la hiperglucemia, la ADA y la EASD han realizado un consenso en 2015 que se resume en el siguiente **algoritmo de manejo terapéutico**:

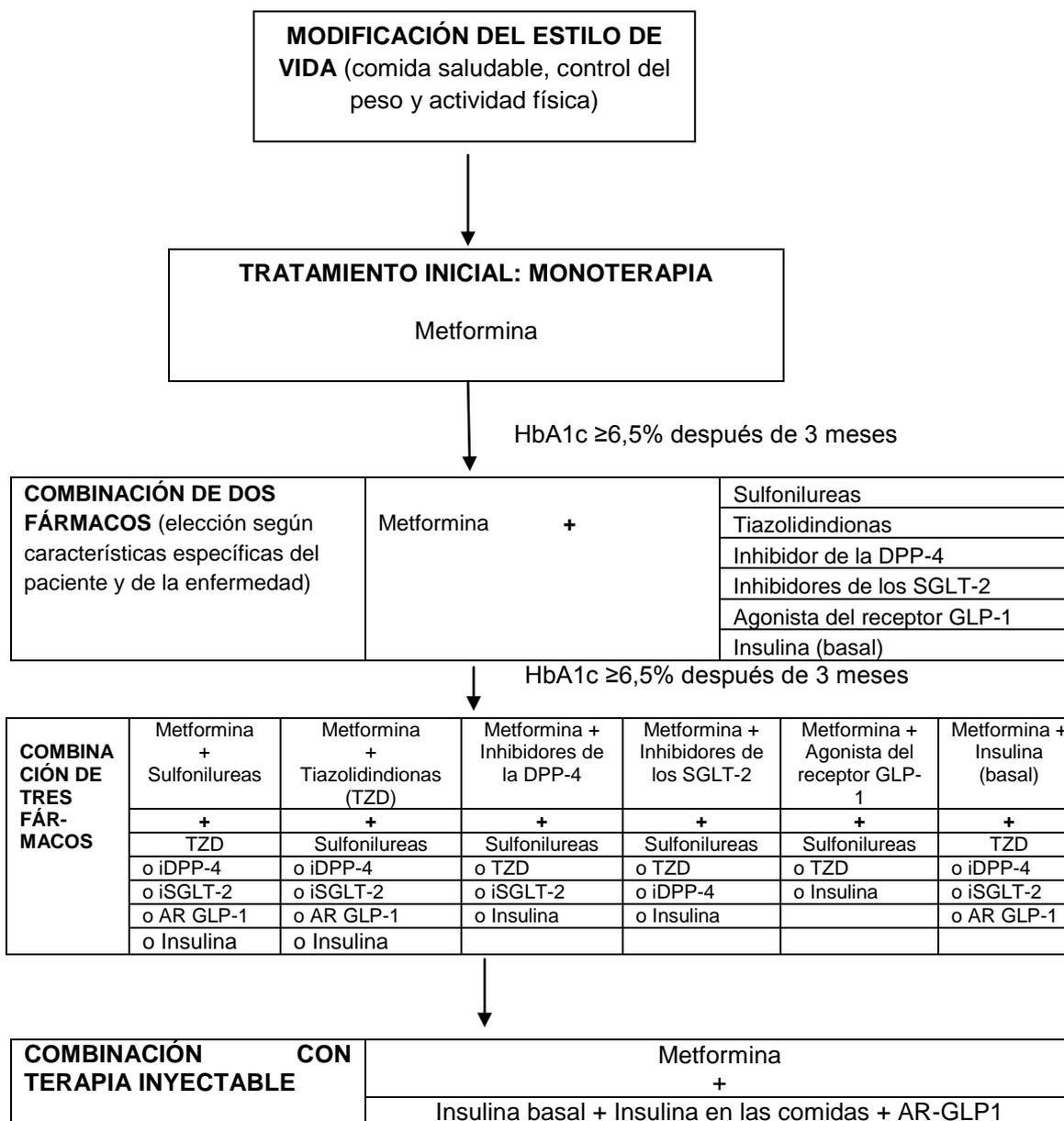


Figura 2. Algoritmo terapéutico de DM2 (ADA 2015)

1.6. PREVENCIÓN

En 1921, Joslin fue el primero en llamar la atención sobre la importancia de prevenir la DM2, considerando su alta y progresiva prevalencia, así como su elevada morbi-mortalidad, con los costes personales y familiares, para la sociedad y los sistemas de salud. Hoy en día, la DM2 supone un problema sanitario y socioeconómico de primera magnitud que exige la máxima atención para establecer programas de prevención y control.

En el año 2007 la *International Diabetes Federation* publicó un consenso sobre prevención de la DM2 y separó los **factores de riesgo** en *no modificables* (genéticos, edad, diabetes gestacional previa, niños con bajo peso al nacer y raza/etnia) y *modificables* (obesidad, sedentarismo, colesterol HDL, presión arterial alta).

Para la realización de una adecuada **prevención primaria** la ADA recomienda en 2015 programas estructurados que insisten en los cambios del estilo de vida y que incluyen la pérdida de peso moderada (7% del peso corporal) y la actividad física regular (150 minutos/semana), además de dietas hipocalóricas e hipograsas.

En cuanto a la **prevención secundaria** de la DM2, recomiendan remitir a los pacientes con intolerancia a la glucosa, intolerancia a la glucosa en ayunas o una HbA1c de 5,7 a 6,4% a un programa de apoyo permanente (para perder el 7% del peso corporal y aumentar la actividad física), así como considerar el tratamiento con metformina, especialmente para los que tienen un IMC ≥ 35 kg/m² o son menores de 60 años.

Si se indica Cuando se indica **auto-monitoreo** de la glucosa se debe asegurar que los pacientes han recibido instrucciones, así como su capacidad de usar los resultados para ajustar el tratamiento.

Igualmente se establece que se ha de realizar la determinación de **Hemoglobina A1C** por lo menos 2 veces al año en los pacientes que están cumpliendo con el objetivo terapéutico; trimestralmente cuando hay cambio de terapia o no cumplen objetivos.

2. DERECHO A LA INFORMACIÓN

2.1. LEGISLACIÓN ACTUAL

2.1.1. Introducción

El ejercicio del derecho a la información por parte de los pacientes, según Vall Casas y cols (2008), se basa en un triple marco fundamental:

- *Marco psicológico*: la cantidad y la calidad de la información facilitada mitigan las repercusiones negativas que el paciente tiene sobre su enfermedad. Si queremos que esta información sea efectiva y consiga los objetivos previstos hay que tener en cuenta el desarrollo cognitivo y emocional, la experiencia vital previa y la actitud que presenta el paciente ante la enfermedad.
- *Marco legal y normativo*: derecho reconocido por diversos organismos internacionales (Organización Mundial de la Salud, Unesco, IFLA), así como por la propia Unión Europea.
- *Marco ético*: los códigos deontológicos de la profesión médica reconocen el derecho a la información de los pacientes y se consideran los únicos responsables de darla.

En general, los derechos de los pacientes suponen una respuesta a la necesidad del individuo de ser protegido por el propio sistema sanitario (frente a consecuencias del desarrollo informático, genético y de investigación), a través de su propia implicación activa.

Todas las organizaciones internacionales con competencia en la materia (Naciones Unidas, UNESCO, OMS, Unión Europea) se han ocupado de realizar documentos y cartas cuya importancia reside no sólo en la definición y demarcación de la defensa y protección de los pacientes en relación con el sistema sanitario, sino también en la formulación de las responsabilidades del propio sistema respecto al paciente. Destacamos como ejemplos el documento consultivo de la Organización Mundial de la Salud (*Declaration of the promotion of patients' rights in Europe*, 1994), que promulga el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de calidad e igual para todos, así como refuerza la relación entre paciente y profesional y promulga la participación activa del enfermo en su proceso de curación; la Declaración Universal del Genoma Humano y Derechos Humanos de la UNESCO de 1997 y el Convenio del Consejo de Europa sobre los Derechos del Hombre y la Biomedicina

(Convenio de Oviedo, 1997), que se convirtió en el primer instrumento con carácter jurídico vinculante para los países que lo ratifican (García y cols, 2004) y que incluía entre los derechos y libertades fundamentales de la persona el derecho de información de los pacientes (Vall Casas y cols, 2008). Posteriormente, en el año 2000, la Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional para Europa (WHO/Europe), en la *Ottawa Charter for Health Promotion* incorpora simultáneamente los conceptos de *información a los pacientes* y *educación para la salud*. El derecho a recibir información se recoge en la Ley 16/2003 de Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (artículo 7.2) y en la Ley 44/2003 de ordenación de las profesiones sanitarias (artículo 5.1 f) en las cuales se hace referencia a que las personas que reciban las prestaciones de dicho sistema tienen derecho a la información y documentación sanitaria y asistencial.

2.1.2. DERECHO DE INFORMACIÓN:

De forma general, podemos definir el Derecho de Información como “un específico y complejo entramado de principios generales, normas jurídicas, tratamiento de técnicas sofisticadas y relaciones jurídicas de todo orden establecidas entre los ciudadanos, las empresas especializadas y la propia comunidad política en la que se insertan, que obligaría a considerarlo como ordenamiento jurídico especial sin vinculación a territorio alguno, aunque necesariamente aplicado en cada Estado de conformidad con el ordenamiento jurídico estatal” (Bel y cols, 2003).

2.1.2.1. Relación «contractual» médico-paciente:

Se considera la relación médico-paciente como una relación contractual desde el punto de vista jurídico, en la que intervienen dos sujetos, paciente y médico, vinculados por una causa particular de búsqueda de atención sanitaria, y de la que se derivan derechos y deberes para ambas partes (Del Valle, 2011). La relación se genera verbalmente, de manera tácita, pero si el paciente precisa un procedimiento, cirugía o medicación, se requiere el consentimiento informado por escrito.

Confluyen en esta vinculación varios derechos humanos: el principal sería el deber de procurar la salud, seguido del derecho a la información sanitaria (proceso, diagnóstico, tratamientos, riesgos, pronósticos, etc.), del consentimiento informado (uno de los máximos exponentes de exaltación de la autonomía del paciente), de la titularidad de la documentación clínica, derecho a la intimidad y a la protección de datos personales. Destacar que el derecho a la información, aun cuando aparece vinculado como requisito previo al otorgamiento del consentimiento informado, es un derecho autónomo e independiente (Osuna, 2006).

Así expuesto, es obvio que la información constituye uno de los pilares básicos en los que se sustenta la relación entre un profesional sanitario y el paciente, con lo que surge la necesidad de articular una ley que incluya los distintos aspectos sobre el proceso de información y consentimiento informado de los pacientes.

2.1.2.2. Ley 41/2002:

Con el objetivo de aclarar esta situación jurídica y los derechos y obligaciones de los profesionales sanitarios, de los ciudadanos y de las instituciones sanitarias en España, así como de reforzar el principio de autonomía y apostar por la “atención centrada en el paciente” (Pérez-Jover, 2010) el 16 de mayo del 2003 entró en vigor en España la *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica*. Se trata de ofrecer en el terreno de la información y la documentación clínicas las mismas garantías a todos los ciudadanos del Estado, fortaleciendo con ello el derecho a la protección de la salud que reconoce la Constitución.

En líneas generales, esta ley contiene un total de 23 artículos, organizados en 6 capítulos:

CAPÍTULO I (artículos 1-3): PRINCIPIOS GENERALES.

CAPÍTULO II (artículos 4-6): EL DERECHO DE INFORMACIÓN SANITARIA.

- Derecho a la información asistencial.
- Titular del derecho a la información asistencial.
- Derecho a la información epidemiológica.

CAPÍTULO III (artículo 7): DERECHO A LA INTIMIDAD.

CAPÍTULO IV (artículos 8-13): EL RESPETO DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE.

- Consentimiento informado (límites y condiciones).
- Instrucciones previas.
- Información en el Sistema Nacional de Salud.
- Derecho a información para elección de médico y de centro.

CAPÍTULO V (artículos 14-19): LA HISTORIA CLÍNICA.

- Definición y archivo. Contenido.
- Usos. Conservación.
- Derechos de acceso. Derechos relacionados con la custodia.

CAPÍTULO VI (artículos 20-23): INFORME DE ALTA Y OTRA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA.

- Informe de alta.
- Alta del paciente.
- Emisión de certificados médicos.
- Obligaciones profesionales de información técnica, estadística y administrativa.

CAPÍTULO I: PRINCIPIOS GENERALES

La ley habla de unos principios básicos que orienten toda la actividad sanitaria encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica y que servirán como pilares de Derechos y Obligaciones.

Dichos principios serían: dignidad e intimidad de la persona humana y el respeto a la autonomía de su voluntad.

Toda actuación sanitaria requiere el previo consentimiento del paciente, después de recibir información adecuada. Lo que nos lleva a una obligación del profesional de, además de prestar sus técnicas correcta y adecuadamente, cumplir los deberes de información y documentación clínica y respetar las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente. Esta obligación se corresponde con dos de los deberes específicos del personal estatutario recogido en la Ley 55/2003, de 16 de Diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, que determinan informar debidamente a los usuarios del proceso asistencial y de los servicios disponibles y respetar la intimidad, dignidad y la libre disposición de los usuarios, sobre las decisiones que les conciernen.

Correlativamente a los derechos, la ley también establece unos deberes de los pacientes, que incluyen facilitar los datos sobre su estado físico o sobre su salud, de manera leal y verdadera y colaborar con el médico en su obtención.

Finalmente se constituye como principio básico la obligación de confidencialidad respecto a la información y documentación clínica de los pacientes (deber específico del personal estatutario recogido en la Ley 55/2003, de 16 de Diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud).

CAPÍTULO II: EL DERECHO DE INFORMACIÓN SANITARIA

La ley reconoce una doble vertiente, positiva y negativa, de este derecho: por un lado, se reconoce el derecho de los pacientes a conocer toda la información disponible sobre su salud; por otro, se reconoce el derecho de los pacientes a no conocer, respetando su voluntad de no ser informados, si bien esta renuncia a la información deberá estar documentada (Serrano, 2006).

El derecho a ser informado se estructura no sólo desde la perspectiva de la necesidad de «conocer» como alternativa previa a otorgar un consentimiento para la actuación médica, sino desde la necesidad de asumir un papel activo en el seguimiento del proceso asistencial y, sobre todo, por el derecho que nace del concepto de persona que nos atribuye el derecho a conocer lo que nos afecta a nosotros mismos y que se articula sobre los derechos de la personalidad (Osuna, 2006).

- Artículo 3: definición de información

Se define la información clínica como “todo dato, cualquiera que sea su forma, clase o tipo, que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla y recuperarla”.

Establece como “responsable” a aquél que tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria del paciente, con el carácter de interlocutor principal en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial.

“Al ser difícil determinar quién asume el papel de médico responsable en equipos multidisciplinares con distintos niveles asistenciales, la Ley traslada lo recogido en otras normas como el Código Ético de la Organización Médica Colegial (artículo 10) o la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, que establece el principio de cooperación multidisciplinar, el cual se traduce en que se apliquen criterios de distribución de funciones y tareas entre los miembros de los equipos, así como la necesaria cooperación y colaboración. Desde esta perspectiva, las propias instituciones sanitarias son quienes, en el ejercicio del poder de dirección, asumen a su vez una responsabilidad directa, debiendo velar por la implementación y utilización de protocolos y guías que identifiquen a los responsables de proporcionar información asistencial” (García Milán, 2009).

- Artículo 4: derecho a la información asistencial

La información al paciente (derecho autónomo e independiente), como parte integrante de un nuevo modelo de relación clínica que se basa en un proceso interactivo y comunicativo, contribuye, como cualquier otro acto en la actividad asistencial, a una mejora en los niveles de calidad en la práctica asistencial (Osuna, 2006).

Si la Ley General de Sanidad de 1986 exigía información completa y continuada, verbal y escrita, en el Convenio de Oviedo se suavizó la norma al hablar de “información adecuada”, en relación a información suficiente y adaptada a la persona que la recibe, pues la última finalidad de este derecho es ayudar al paciente a tomar decisiones libremente. Por su parte, la Ley 41/2002 fija unos mínimos de calidad para la información proporcionada: como regla general es verbal, comprende la naturaleza de la intervención (en qué consiste), la finalidad, los riesgos (los denominados “típicos” por ocurrir con mayor frecuencia e, incluso, los derivados de la no actuación), las consecuencias y las alternativas posibles a la intervención propuesta. Y se ha de dejar constancia en la historia clínica de que se ha informado.

Respecto a la información, es recomendable tener en cuenta las características y necesidades de cada enfermo concreto. Estas necesidades marcan la pauta en cantidad, ritmo, límites y manera de informar, siendo entendida la información como un proceso evolutivo y no como un acto aislado, mediante el cual podemos madurar la capacidad del enfermo de ser informado (Broggi, 1995). Según Galán Cortés y cols (2001), en muchas ocasiones a la complejidad en la toma de decisiones se unen dificultades en la reflexión previa a la toma de tales decisiones.

En opinión de Osuna (2006) una información correcta ha de ser útil, por tanto comprensible, utilizando un lenguaje claro y simple, explicando lo esencial y evitando excesivos detalles. Por tanto, ha de adaptarse a la capacidad de comprender y al estado psicológico del paciente o de la persona que recibe la información. Debe proporcionarse de forma tranquila y en el lugar adecuado, preservando la intimidad del sujeto. Finalmente, debe adecuarse, ampliando o reduciendo el contenido, en función de lo que el paciente o sus familiares deseen saber.

El enfermo debe recibir del profesional sanitario la información necesaria para tomar una decisión razonada, con un conocimiento adecuado de la situación en que se

encuentra, sin que sea suficiente la autorización formal para una determinada intervención si no va precedida de la cumplida y adecuada información.

Por tanto, la información al paciente se basaría en el derecho a la protección de la salud y en la libertad del enfermo, con la finalidad de garantizar el éxito del tratamiento proporcionando al paciente los datos que le permitan aceptar y conocer su enfermedad, organizar y adecuar su conducta durante el tratamiento. Por otra parte, permite al médico ofrecer explicaciones coherentes a lo largo de éste, así como justificar sus consejos y decisiones durante el proceso patológico.

Galán Cortés (1999) argumenta que el derecho a la información sanitaria suficiente corresponde también a la persona sana como corolario lógico de su derecho a la protección de la salud, lo que le permitirá adoptar medidas de carácter preventivo o actitudes de vida que redunden en un mejor estado de salud, así como acciones dirigidas a la consecución o ablación de determinadas funciones biológicas.

La ley establece que sea el médico responsable del paciente el que le garantice a éste el cumplimiento de su derecho a una información veraz, comprensible y adecuada. No se ha de considerar adecuada como un sinónimo de completa, y serán las normas propias de la *lex artis* del profesional sanitario y la propia curiosidad del paciente las que determinen cuándo la información es adecuada (Osuna, 2006). Así, García Milán (2009) establece que, aunque la responsabilidad de la información incumbe al médico encargado del paciente, también debería promulgarse entre los profesionales que lo atiendan o le apliquen una técnica (artículo 4.3).

- Artículo 5: titular del derecho a la información asistencial

La titularidad del derecho a la información es única y recae en el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida en el que el paciente lo permita, de manera expresa o tácita. La Ley hace una apuesta decidida a favor de la autonomía de las personas, de forma que es el propio paciente quien decide si hace partícipe a sus familiares de los datos relativos a su estado de salud.

Hasta tal punto resulta esencial este derecho que la Ley establece que el paciente será informado incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, aunque en este supuesto se cumplirá realmente este Derecho cuando además se informe a su representante legal (artículo 5.2). Así mismo,

se establece que, cuando a criterio médico, el paciente carezca de la capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información asistencial se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

En el artículo 5.4 y de acuerdo con el Código de Ética y Deontología Médica y con el Convenio de Oviedo, se recoge la limitación de la información en caso de “derecho a no conocer” denominado «necesidad terapéutica» o también llamado «privilegio terapéutico» (González-Moro, 2002) mediante el que no se informa previamente al paciente acerca de un pronóstico muy grave, con el fin de no causar daño psicológico superior al estrictamente necesario y que impida al enfermo cumplir con su deber de colaboración. Si esto ocurre, se ha de dejar constancia razonada en la historia clínica y se habría de comunicar a las personas vinculadas con el paciente. No debe confundirse la necesidad terapéutica con el pronóstico fatal, pues en este segundo caso nos encontramos, desde un punto de vista ético y legal, en la obligación de informar (BOE de 14/12/1999).

Hemos de tener presente que la renuncia del paciente a ser informado deberá respetarse salvo cuando se ponga en peligro a terceras personas.

- Artículo 6: derecho a la información epidemiológica.

Los ciudadanos (no ya pacientes sino toda la sociedad) tienen derecho a conocer los problemas sanitarios de la colectividad «cuando impliquen un riesgo para la salud pública o para su salud individual».

CAPÍTULO III: DERECHO A LA INTIMIDAD

Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización. Corresponde a los centros sanitarios garantizar esos derechos. Conviene recordar a este respecto que la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal califica los datos relativos a la salud de los ciudadanos como especialmente protegidos, estableciendo un régimen riguroso para su obtención, custodia y especial cesión.

CAPÍTULO IV: EL RESPETO DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE

Constituye el núcleo fundamental de esta norma, mediante el cual se reconoce la autonomía de la voluntad del paciente, cuyo máximo exponente lo hallamos en el derecho al *consentimiento informado* y en el derecho a manifestar anticipadamente su voluntad sobre los cuidados y tratamiento de su salud así como el destino de su cuerpo y/o sus órganos llegado su fallecimiento (*instrucciones previas*).

- Artículos 8-10: Consentimiento informado

La misma ley define el consentimiento informado como «la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud».

El derecho a consentir por parte del paciente se concreta en la obligación del profesional sanitario de informar. Éste debe informar al paciente para que cuente con los suficientes elementos de juicio como para decidir libremente si desea o no la realización de una determinada prueba diagnóstica o terapéutica (Ataz, 1985).

El artículo 10 se refiere al contenido de la información como requisito previo a la prestación del consentimiento escrito e incluye: 1) las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad, 2) los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente, 3) los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención y 4) las contraindicaciones.

Se debe registrar por escrito en la historia clínica la información facilitada al paciente con carácter previo a la obtención de su consentimiento.

En un meta-análisis llevado a cabo por Kinnersley y cols (2013) se encuentra estadísticamente significativa la mejoría del conocimiento y la satisfacción de los pacientes tras la información previa y constante requerida para el consentimiento, sin poder concluir cuál es la intervención informativa más eficaz.

2.2. INFORMACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

2.2.1. Generalidades

Es un hecho que la mayor parte del peso de nuestro sistema sanitario recae en las consultas de Atención Primaria, donde según Jovell (1999) “la comunicación es la mejor de las tecnologías disponibles en el proceso diagnóstico y terapéutico”. Indefectiblemente, el médico de familia ha de asumir la función de informador que la sociedad le exige (Barca y cols, 2004), al desarrollar una relación con sus pacientes sostenida en el tiempo. En este ámbito, se trata de un *proceso continuo y continuado*, construido por la acumulación de pequeñas porciones de la vida de los pacientes y de la suma de un conjunto de decisiones que hay que adoptar en cada momento y que la diferencian del proceso de información en el ámbito hospitalario (Pérez-Cárceles y cols, 2006).

Estos profesionales sanitarios desarrollan su trabajo en estrecho contacto con los usuarios y, en muchos casos, constituyen la principal referencia en el sistema sanitario. El lugar que ocupan en la organización les permite conocer de primera mano las inquietudes, las necesidades y los anhelos de los usuarios (Maderuelo-Fernández y cols, 2009).

En 1985, Tuckett y cols pincelaron las condiciones de una comunicación efectiva entre médico y paciente, en la que el profesional debería indagar sobre creencias del paciente, negociar el modelo explicativo y ofrecer la información con claridad.

Estudios posteriores ratifican esta teoría (Ruiz, 2004; Barca y cols, 2004; González y cols, 2008) y establecen las expectativas/necesidades del paciente actual (tendente a convertirse en “experto”): recibir una información de calidad, clara y comprensible principalmente del personal facultativo (Maderuelo-Fernández y cols, 2009) y complementada con Internet, publicaciones y asociaciones, que resuelva sus dudas sobre el proceso de salud-enfermedad-atención y que les facilite el conocimiento de su enfermedad. Respecto al último aspecto, Barca y cols (2004) apuntan como principales causas del peor conocimiento de la enfermedad (y, por tanto, mayor probabilidad de incumplimiento) que la información proporcionada es vaga e incompleta y que el paciente pregunta poco al médico, se queda con ganas de preguntar o no comprende totalmente la información.

2.2.2. Repercusión de la Ley 41/2002 en Atención Primaria

En la Ley 41/2002 el término “Atención Primaria” aparece expresamente en dos ocasiones y, dado que es una ley básica que prevalece sobre otras disposiciones de

menor rango, los profesionales de dicho sector también deben regirse por sus preceptos.

El garante del derecho de información en el ámbito de la Atención Primaria se concreta en la figura del Médico de Familia a cuyo cupo está asignado el usuario, que informará al paciente durante todo el proceso. Aunque, en ocasiones, el médico de familia se ve abocado a mantener al paciente en la ignorancia cuando viene desinformado del hospital, por no quebrar su confianza en los especialistas y en su familia, y probablemente en contra de su propio criterio y del de la propia Ley (León-Vázquez, 2003).

Al igual que en ámbito de especializada, el médico de familia debe informar en todos los casos y con las excepciones concretas en la ley. El que deba quedar constancia en la historia clínica de que se informó, obliga a que los pacientes tengan una historia abierta en el centro antes de realizar cualquier asistencia no urgente.

2.2.3. Perspectiva de los profesionales de Atención Primaria del derecho de información de los pacientes

En contexto del desarrollo de la ciencia y la tecnología sanitaria, la burocratización, el trabajo en equipo, la masificación y el incremento de patologías crónicas que priman actualmente en nuestro sistema sanitario, se genera la necesidad de afianzar los derechos de los pacientes como eje básico de las relaciones clínico-asistenciales. Una asistencia de excelencia precisa, además del rigor científico, el cumplimiento de las normas dirigidas a la protección de los derechos de los pacientes, siendo evidente que una atención de calidad requiere el respeto a la autonomía del paciente y eso implica escucharlo, informarlo, recabar su consentimiento y registrar el proceso.

Atendiendo a esta visión general, Pérez-Cárceles y cols (2007) establecen que la valoración global de la importancia que conceden los médicos de familia a los derechos de los pacientes es muy alta, siendo mayor entre los médicos de más edad, trabajadores de ámbito urbano y docente, con un cupo menos numeroso y con alta satisfacción profesional. La actual tendencia a reconocer la importancia de los valores de la persona podría erigirse como justificación principal al hecho de que los derechos más valorados y respetados por los profesionales son los relacionados con la asistencia adecuada en el plano humano y el derecho a la intimidad.

También desde la perspectiva de los profesionales sanitarios, Maderuelo-Fernández y cols (2009) consideran como necesidades de información de los usuarios la información sobre su enfermedad, los aspectos relacionados con la responsabilidad sobre su salud y los consejos preventivos, seguidos de aspectos relativos a la accesibilidad, urgencias, oferta de servicios de médico/a y enfermera/o y sitios donde dirigirse para obtener información. La falta de coordinación entre niveles y la burocratización se consideraron barreras en la comunicación y la información.

Respecto al derecho de información del paciente, se considera que su cumplimiento no alcanza niveles de eficacia suficientes, pues, según la apreciación de los mismos profesionales, Pérez-Cárceles y cols (2006) concluyen que, aunque la mayoría de los facultativos informa oralmente sobre tratamiento, diagnóstico y pruebas complementarias, la insatisfacción profesional y la sobrecarga asistencial son las causantes de una menor proporción de información.

Para mejorar los resultados de la atención médica García (2013) propone, basándose en Tambo-Lizalde y cols (2013), orientar la investigación clínica tradicional a métodos originados en las ciencias sociales, con el fin de escuchar la voz del paciente y de los profesionales sanitarios para identificar algunas de las soluciones.

2.2.4. Perspectiva de los pacientes de Atención Primaria del derecho de información

Cualitativamente, Bolaños y cols (2003) se acercan a la impresión subjetiva de los pacientes respecto al estilo de entrevista (consulta abierta y centrada en ellos) y tipo de relación con los profesionales sanitarios de Atención Primaria. Según la perspectiva del paciente, son 4 los aspectos más valorados en relación con los profesionales sanitarios para facilitar el proceso de afrontamiento de la enfermedad: 1) información clara y adaptada; 2) contexto de confianza; 3) ayuda para el cambio; y 4) que se consideren los factores psicosociales de cada paciente. Así, expresan la necesidad de empatía de los profesionales, de sentirse escuchados, atendidos, confiados, respetados y poder expresar su malestar, reivindicando de esta forma un papel activo, participativo y protagonista de su enfermedad (“*empoderamiento*”).

3. COMUNICACIÓN ASISTENCIAL EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA

3.1. RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

3.1.1. Definición

Podríamos definir la “relación médico-paciente” como la interacción que se establece entre el médico y el paciente durante el curso de la enfermedad, ya sea aguda o crónica. Es una vinculación de tipo profesional, que sirve de base a la gestión de la salud y que puede influir en el curso de la enfermedad y en la eficacia del tratamiento.

3.1.2. Relación médico-paciente en Atención Primaria

3.1.2.1. Atención Primaria en el siglo XXI

Como apuntaba Borrell Carrió (2008) “es innegable que hemos pasado de ambulatorios desvencijados a Centros de Salud donde existe vida inteligente. Sin embargo esta vida inteligente reclama condiciones de subsistencia”.

Es un hecho que en el siglo XXI la sanidad está viviendo un cambio social sin precedentes promovido por las transiciones sanitarias asociadas con los cambios demográficos (el envejecimiento de la población conlleva mayor número de enfermedades crónicas; Hoskins y cols, 2005), epidemiológicos, económicos, tecnológicos, educativos y laborales.

El modelo de asistencia sanitaria se apoya en tres principios constituidos por la *continuidad de los cuidados*, la *accesibilidad* y la *disponibilidad*, con un equipo de profesionales encargados de la *asistencia*, la *promoción* y *cuidado de la salud* de una población determinada (Roger, 2011). Y el máximo paradigma de dicha características es la Atención Primaria, erigiéndose actualmente como la responsable de la gestión integral de la salud, principalmente de los pacientes crónicos que requieren un contacto regular con su médico de familia (Kurpas y cols, 2013). Así, los propios pacientes definen este nivel asistencial como la primera línea de atención y como una especialidad que trata la patología considerando el contexto personal y familiar (“*no somos seres aislados*”: Girón y cols, 2002).

3.1.2.2. «CONSULTA CENTRADA EN EL PACIENTE»:

Como indica Meneu (2002) “compartir información no es lo mismo que compartir la toma de decisiones, pero lo primero es un requisito para lo segundo”. Así, y ante las

perspectivas de “emancipación del paciente” (*principio de autonomía*) en la relación médico-paciente, éste recibe más información, participa en las decisiones en mayor medida, condiciona con sus preferencias las opciones terapéuticas y organizativas de los recursos sanitarios y es ahora más probable que busque activamente esa información médica que cree necesitar para tomar sus propias decisiones (Mira y cols, 2001).

a) CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA

Jovell y cols (2006) perfilan el nuevo rol del paciente en nuestro sistema sanitario:

- La mayor educación de los ciudadanos condiciona la aparición de un nuevo modelo de *paciente más activo* en el cuidado de su salud y la de los familiares más vulnerables. Se hace responsable de obtener la mejor asistencia sanitaria, controlar la evolución de su enfermedad, colaborar con sus médicos, gestionar más eficientemente el tratamiento clínico, ayudar a otros pacientes a ejercer sus derechos (*paciente experto*) y, además, presenta un mayor cumplimiento terapéutico. Vinculado al concepto de *empoderamiento* (del inglés «*empowerment*») de los pacientes (tienen el conocimiento y las habilidades necesarias para hacerse responsables de su salud, deliberar con los profesionales, definir objetivos terapéuticos y decidir de forma compartida).
- La transición de la condición de enfermo o paciente a la de consumidor o cliente de los servicios sanitarios caracteriza la salud como un bien del que el usuario tiene libertad de elección sobre cuándo, qué, dónde, cómo y quién debe proveérselo.
- Dicha transformación también se ve motivada por el aumento de las expectativas en torno a las posibilidades curativas de las nuevas tecnologías sanitarias y a la promoción de los avances científicos.
- La cobertura mediática del progreso científico y tecnológico es un condicionante más en la relación entre pacientes y sistema sanitario, pues contribuye a crear estados de opinión y a condicionar actitudes en los usuarios de la sanidad.

Y apuntan como *consecuencias* de la aparición del *paciente activo*:

- Demanda de una atención global que respete sus valores y preferencias.
- Demanda de una atención continuada y longitudinal.
- Aumento del grado de exigencia a los profesionales y a las instituciones.

- Introducción de elementos contractuales en la relación médico-paciente.
- Incremento de las segundas opiniones médicas y del acceso a medicinas alternativas.
- Desarrollo de sistemas de medición de la calidad de los servicios sanitarios.
- Incorporación de los pacientes a los órganos de gobierno de las instituciones sanitarias y a los consejos sociales de las comunidades autónomas.
- Establecimiento de auditorías de medida del grado de cumplimiento de los derechos de los pacientes.
- Petición de una mayor democratización de los procesos de decisiones sanitarias, con exigencia de transparencia y rendición de cuentas.
- Promoción del asociacionismo y mayor protagonismo público de las asociaciones de pacientes.

Así como asumen como *riesgos* de dicho modelo:

- Paso de un modelo de relación médico-paciente paternalista a otro científico, por el que la profesión médica transfiere toda la capacidad de decisión al paciente. Sería una situación irregular, pues no se produce la transferencia de autoridad y conocimiento. En condiciones de asimetría de conocimiento, corresponde al profesional valorar hasta qué punto el paciente quiere y puede tomar decisiones informadas, además de ayudarle en ese proceso mediante la utilización de un modelo de relación más deliberativo o consensuado.
- Se ha de valorar que el hecho de acceder a más información por parte de pacientes y sus familiares facilita una disminución de la asimetría de conocimiento entre profesionales y pacientes, pero el acceso a artículos de calidad dispar (Jovell, 1999) no se asocia siempre con una mayor calidad de la decisión que se va a tomar.
- La rendición de cuentas en la administración de los sistemas sanitarios puede promover una cultura de la sospecha y mermar la confianza de los pacientes en las instituciones y los profesionales.

b) CARACTERÍSTICAS DEL TRABAJO ASISTENCIAL DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

En 1972, el *Royal College of General Practitioners* dio la definición de médico de familia, médico general o médico de cabecera que ha influido en todas las posteriores: "El médico general presta atención médica primaria, personal y continua a individuos y familias. Puede atender a los pacientes en sus domicilios, en la consulta y,

ocasionalmente, en el hospital. El médico general acepta la responsabilidad de tomar las decisiones iniciales en todos los problemas (...). Tiene en cuenta los aspectos psíquicos, psicológicos y sociales en los diagnósticos y establece planes educativos, preventivos y terapéuticos para mejorar la salud de sus pacientes.”

Basándose en tal definición, Gervás y cols (1995) afirman que los médicos de cabecera se caracterizan por: a) centrar su interés en la persona y su entorno cercano (familiar y social); b) utilizar en la resolución de problemas tanto información blanda (sociológica, antropológica, psicológica) como información dura (análisis, radiografías, electrocardiogramas y otras pruebas objetivas); c) desenvolverse en condiciones de gran incertidumbre (está preparado para, muchas veces, no hacer nada, simplemente “esperar y ver”); y d) *continuidad* (seguimiento de problemas concretos de salud) y *longitudinalidad* (seguimiento de la persona con el conjunto de los problemas de salud que le afectarán a lo largo de su vida). Recientemente, Delbanco y cols (2014) proponen como solución al problema de la falta de tiempo en la consulta de Atención Primaria dicha longitudinalidad, pues se establece una relación interpersonal con el paciente y con su familia *a lo largo del tiempo*, que se fortalece en cada encuentro y se basa en un lenguaje común para una comunicación abierta.

Por tanto, los profesionales tienen que adaptarse a los diferentes modelos de pacientes, los cuales adoptan desde comportamientos pasivos (modelo tradicional o paternalista), a otros más activos, que pueden incluir la decisión de participar en el proceso de toma de decisiones clínicas, la petición de segundas opiniones médicas y el acceso universal sin restricciones a todo tipo de información sobre temas de salud, principalmente mediante Internet (Jovell y cols, 2006). Así, deben incluirse entre las tareas de los profesionales dominar el conocimiento pertinente a su campo de la medicina y desarrollar estrategias personales para manejar la cantidad de información que le permite evolucionar a lo largo de su carrera (Fletcher y cols, 2011).

3.2. COMUNICACIÓN EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA

3.2.1. Generalidades

Trabajos clásicos como los de Balint (1961), Kosrch (1968) y Davis (1968) valoran el comportamiento de médicos y enfermos en el proceso de comunicación, estableciendo dicha comunicación como la pieza básica en la relación médico-paciente y relacionando tal proceso con los resultados de la consulta de satisfacción y cumplimiento. En esta línea, Ley (1983) propone su conocido modelo según el cual el

aumento en el grado de comprensión del paciente incrementaría su recuerdo y satisfacción con el acto asistencial, lo que favorecería un mejor cumplimiento (también reflejado por DiMatteo, 1993) y por ende una mejor salud.

El desarrollo progresivo del llamado *modelo informativo* (basado en la interactividad y en la comunicación efectiva de Bolaños y cols (2003), ambos pilares del *principio de autonomía*) activa al paciente para conseguir mejoras en la calidad asistencial y provoca la formulación de un conjunto de principios para materializar un eficaz ejercicio del derecho a la información y del resto de derechos implícitos en la relación asistencial (información, intimidad y protección de datos personales).

Como reflejo de este cambio, se cita textualmente un fragmento de la *Revisión de Intervenciones en Atención Primaria para mejorar el control de las Enfermedades Crónicas* de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) del Instituto de Salud Carlos III (2003):

“Existe, además, un consenso generalizado sobre el papel de los enfermos crónicos como gestores activos en el control de su enfermedad. Hay consistente evidencia que demuestra que los pacientes que participan activamente en su autocontrol experimentan mejoras significativas en su estado de salud, presentan una mayor confianza en su capacidad de control de sus enfermedades, tienen una mayor satisfacción y su calidad de vida es mejor”.

3.2.2. Entrevista clínica

De acuerdo a sus impulsores, el mencionado *modelo de consulta centrada en el paciente* es el que parece adecuarse mejor a las características, peculiaridades y objetivos de la práctica que desarrolla el médico de familia en el ámbito de la Atención Primaria, siendo la entrevista clínica el elemento fundamental de la relación médico-paciente (Beck y cols, 2002).

Como funciones de la entrevista clínica, Cole y cols (2013), apuntan: *recopilación de datos* (permite al clínico establecer un diagnóstico, sugerir tratamientos y predecir pronóstico, así como adquirir los conocimientos de problemas psicosociales subyacentes a la patología. Mediante habilidades verbales como preguntas abiertas, escucha activa y verificación de la comprensión, así como habilidades no verbales, como lenguaje corporal y cualidades de la voz); *construcción de relaciones* (al usar un lenguaje apropiado y al proporcionar información verbal y no verbal, permitiendo

asegurarse de que el paciente acepta el plan de tratamiento y garantizando, así, la satisfacción tanto del paciente como del profesional, Roter y cols, 2006); y *educación del paciente* (busca asegurar la comprensión del paciente de la enfermedad, según Shorey y cols en 2014, para sugerir procedimientos diagnósticos y posibilidades de tratamiento, incluidos cambios del estilo de vida; fomentar el consenso entre médico y paciente mediante la negociación y crear una base firme de consentimiento informado).

3.2.3. Necesidad de formación en comunicación entre profesionales

La *comunicación eficaz* (Bolaños y cols, 2003) entre médico y paciente es una función clínica central, que incluye no sólo interrogar e informar, sino también escuchar sus preocupaciones. Clásicamente se considera que muchos problemas de la relación asistencial, como el incumplimiento o la insatisfacción pudieran ser debidos a un mal desarrollo de la entrevista clínica, al no situar los problemas del paciente en su contexto biopsicosocial (Korsch, 1968).

Dados los numerosos estudios que ponen de manifiesto que la comunicación clínica afecta positivamente al proceso diagnóstico-terapéutico, se ha reconocido la necesidad de enseñar y valorar las habilidades comunicacionales durante el proceso de especialización y formación médica continuada. Así, actualmente, el Programa de la Especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria contempla la *entrevista clínica* como una tarea a desarrollar durante dicha época de formación, según las recomendaciones concretas sobre objetivos, contenidos y metodologías docentes establecidas por el Grupo-Programa Comunicación y Salud de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria y la European Association for Communication in Health Care (Ruiz, 2003).

4. ATENCIÓN SANITARIA DE CALIDAD: SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

4.1. Introducción: calidad. Satisfacción

Partimos de la dificultad de definir el concepto de *calidad* en el ámbito sanitario, pues el usuario tendrá en cuenta la competencia y el comportamiento del profesional, los facultativos la medirán en base a sus conocimientos y la tecnología y el gestor la definirá con la eficiencia del personal y de las instalaciones.

Revisando la literatura, los estudios de calidad se basan en tres dimensiones básicas: estructura, proceso y resultados, manifestando de forma unánime que, para que el estudio se considere completo, se deben analizar las diferencias entre las expectativas de los ciudadanos y la perspectiva real del servicio (Vinagre y Neves, 2008).

Respecto a la *satisfacción*, la consideramos el resultado de un proceso de comparación, de manera que cuando el servicio percibido iguala o supera las expectativas del mismo, el servicio se considera conforme (Giese y Cote, 2000).

La OMS, siguiendo las actuales tendencias de cambio en la relación médico-paciente enfocada en los “consumidores”, establece como componentes básicos de los cuidados de salud de calidad: excelencia profesional, eficiencia en la utilización de recursos, riesgos mínimos para los pacientes respetando su autonomía, satisfacción para los usuarios y obtención de resultados de salud. Entre estos componentes, la evaluación de la satisfacción de los pacientes constituye la base de la llamada “calidad percibida” y supone una oportunidad de mejora innegable, tanto para la administración como para el servicio en sí.

Mira y Aranaz (2000) defienden que los pacientes son coproductores de los cuidados de salud y los clínicos empiezan a preocuparse por satisfacer, además de sus necesidades, sus expectativas.

Inicialmente, se identificó dicha satisfacción con la cantidad y calidad de la información que el paciente recibía del médico, pero en 1986 Feletti y cols lo convierten en un modelo multidimensional en el que consideran como dimensiones más importantes: comunicación (claras explicaciones, intimidad en la conversación, escuchar con interés); actitudes profesionales (no adoptar un rol dominante); competencia técnica (conocimientos propios de su especialidad); clima de confianza

(paciente capaz de discutir con el médico problemas personales) y percepción del paciente de su individualidad (respeto mutuo).

Fornell (1995) clarifica la diferencia entre calidad y satisfacción indicando que “debe entenderse la calidad como la percepción actual del cliente sobre el rendimiento de un bien o servicio, mientras que la satisfacción se basa no solamente en la experiencia actual, sino también en experiencias pasadas y en experiencias futuras, anticipadas por el juicio del cliente en virtud de sus experiencias acumuladas junto a la proyección de sus propias expectativas”.

4.2. Perspectivas de pacientes y profesionales

Del estudio que hacen Girón y cols (2002) de la Calidad de la Relación Médico-Paciente y los resultados de los encuentros clínicos en Atención Primaria se obtienen diferencias según la perspectiva tenida en cuenta:

- Los *profesionales* perciben relación entre pobres recursos sanitarios (escaso tiempo de consulta, exceso de carga asistencial, ausencia de recursos específicos, ausencia de formación), pacientes «difíciles» y la influencia de los factores psicosociales con el error, el desgaste, la medicina defensiva y la baja calidad de los servicios. Esta relación está mediada por problemas de comunicación/exploración en la entrevista clínica y por sentimientos negativos (concretados por Borrell en 2008 en irritación y frustración, consecuencia de las *patologías de la prisa*).
- Los *pacientes* perciben relación entre consultas masificadas y breves y dificultades de comunicación con el error y el conflicto. Valoran de forma positiva en la relación con el médico: motivación, interés (Torío y cols, 1997), calidad humana (Beck y cols, 2002), que conozca y tome en cuenta el contexto personal y familiar, que realice un seguimiento del tratamiento (Gervás y cols, 1995), empatía (Beck y cols, 2002; Hojat y cols, 2011), que inspire confianza, que establezca una relación y un trato personal, que pida la opinión, que escuche, que tenga conocimientos científicos (Pérez-Jover, 2010) y sea eficiente sobre los problemas de salud, que explore, que informe (de forma comprensible, Torío y cols, 1997; Pérez-Jover, 2010) y que sea accesible (Torío y cols, 1997; Borrell, 2008; Pérez-Jover, 2010).

Podemos, por tanto, concluir que los usuarios están mayoritariamente satisfechos con su médico por la ocurrencia de buenas prácticas, consideran importante proporcionar información comprensible y mostrar interés y que una *consulta centrada*

en el paciente supone mayor satisfacción (sin implicar aumento del tiempo de consulta, sino la mayor participación verbal del paciente) y, como consecuencia, mayor cumplimiento. Respecto a la opinión de los médicos, el 78% se encuentra satisfecho con la comunicación mantenida con sus enfermos y valoran sobre todo, la información proporcionada para aumentar el cumplimiento (respecto a tratamiento, aclaración de dudas y resumen al final de lo más importante).

4.3. Calidad en Atención Primaria

Numerosos estudios (Pérez-Cárceles y cols, 2006; Fernández-López y cols, 2007) describen algunos factores que limitan los cuidados al paciente en Atención Primaria y disminuyen la calidad asistencial, influyendo negativamente en el cumplimiento terapéutico. Entre ellos destacamos la insatisfacción profesional, la sobrecarga asistencial y la incapacidad para mantener una relación continua con los pacientes.

Dado que la sensibilidad sobre la seguridad de los pacientes está en plena expansión y que todas las administraciones quieren incorporar activamente a los ciudadanos en la gestión de sus riesgos, la Atención Primaria ha de desarrollar, según Palacio y cols (2007) algunas líneas de actuación como la difusión, formación e implicación de los profesionales y la implicación de los pacientes tras recibir información adecuada sobre su enfermedad (bien directamente o proporcionándoles enlaces de calidad donde puedan complementar su conocimiento).

Y aunque en la literatura académica sobre la satisfacción en el campo de la sanidad se observa una clara tendencia a medirla justo al finalizar la asistencia (Correia y Miranda, 2010), al aplicarlo en Atención Primaria, con su intrínseca continuidad, se podría establecer una comparación entre las expectativas del paciente previas a la asistencia y sus percepciones finales.

4.4. Calidad en Diabetes

La diabetes tiene importancia como problema de salud por el desarrollo y la progresión de complicaciones crónicas si existe un mal control de la enfermedad, lo que conllevaría una peor calidad de vida del paciente, una menor satisfacción con el tratamiento y un mayor gasto sanitario.

Para un manejo de calidad de la Diabetes hay que tener en cuenta que el abordaje preventivo, diagnóstico, terapéutico y de seguimiento de los pacientes con DM2 es clara competencia de los médicos y profesionales de enfermería de los equipos de Atención Primaria (incluidos los diabéticos del cupo seguidos por atención

especializada; Shani y cols, 2010), que, por su accesibilidad, continuidad e integración de sus cuidados, tienen un papel estratégico esencial para mejorar el control de la persona con DM, realizar la detección precoz de las complicaciones y promover la enseñanza del autocuidado (Gallego, 2002). Kurpas y cols (2013) afirman que si se trata la DM2 con calidad en Atención Primaria se convierte en la tercera enfermedad cuyos resultados mejoran, precedida por el infarto agudo de miocardio y la hipertensión arterial.

El Grupo de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de Salud (GEDAPS) establece en 2010 unas recomendaciones clínicas que mediante el estudio de unos indicadores de calidad pretenden detectar los déficits en la atención al diabético (Franch Nadal y cols, 2010; Mata-Cases y cols, 2012).

Como indicadores para priorizar las intervenciones de mejora se incluyen los siguientes:

Indicadores de proceso (%)	Indicadores de resultados intermedios (%)	Indicadores de resultados finales (%)
<ul style="list-style-type: none"> • Tres intervenciones educativas/año (registradas y de contenido diferente) • Insulinizados que realizan autoanálisis • HbA1c dos veces/año • Fondo de ojo en el último año • Revisión de los pies en el último año • Albuminuria en el último año 	<ul style="list-style-type: none"> • Control glucémico aceptable: HbA1c<7 (indicador principal de control diabético, según Royo-Bordonado y cols, 2013). • Control muy deficiente: HbA1c>10 • Hábito tabáquico. • Control TA deficiente TA>140/90 	<ul style="list-style-type: none"> • Úlceras/lesiones de pie • Ingresos hospitalarios por lesión/amputación del pie, descompensaciones agudas o cualquier otro motivo con glucemia>500

Tabla 6. Indicadores de calidad en DM2. Tabla de diseño propio

4.5. Satisfacción de los pacientes diabéticos con su tratamiento

La importancia de estudiar la satisfacción con el tratamiento antidiabético está bien documentada y numerosas organizaciones de salud han implementado alguna medida en los proyectos de mejora de la calidad asistencial.

Podríamos destacar, respecto a los instrumentos de medida de calidad de vida en diabéticos disponibles en España, los 5 cuestionarios incluidos en el análisis de Sánchez-Lora y cols (2010), que incluirían el ADDQoL (Audit of Diabetes Dependent Quality of Life), el DQOL (Diabetes Quality of Life Measure), el DTSQ (Diabetes

Treatment Satisfaction Questionnaire), Diabetes Attitude Scale-third version y Miedo a la inyección y al autotest de glucosa en los pacientes con diabetes.

Distintos estudios (Gallego, 2002; Biderman y cols, 2009; Shani y cols, 2010; DePablos y cols, 2013; Tambo-Lizalde y cols, 2013) reflejan que, aunque la satisfacción de los diabéticos con su tratamiento en general es buena, es mayor en aquéllos que tienen mayor nivel de educación/socio-económico, pautas de tratamiento simples, no presentan complicaciones y son tratados sólo en Atención Primaria.

Beverly y cols (2012), Tambo-Lizalde y cols (2013) y DePablos y cols (2013) muestran el camino y la importancia de profundizar en el conocimiento de las motivaciones y valores desde los que actúan pacientes y profesionales sanitarios, permitiendo identificar posibles barreras para alcanzar metas comunes.

Según la opinión de los médicos de Atención Primaria los motivos para no conseguir buen control glucémico se resumirían en la baja adherencia a recomendaciones de cambio de estilo de vida y fármacos y a la reticencia a cambiar medicación (*inercia terapéutica*: Benford, 2012).

Según la opinión de los pacientes la ausencia de síntomas, los tratamientos complejos que incluyen cambios en el estilo de vida, la experiencia de hipoglucemias y los sentimientos de frustración y rechazo son los factores que se relacionan con peor afrontamiento y menor adherencia (Bolaños y cols, 2003).

5.ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN DIABETES MELLITUS TIPO 2

5.1. CONCEPTO

La definición más comúnmente aceptada es la propuesta por Haynes y Sackett (1979) y avalada en 2003 por un grupo de expertos de la Organización Mundial de la Salud, que define el *cumplimiento* como «la medida en que la conducta del paciente en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de su estilo de vida coinciden con las indicaciones dadas por su médico». Más recientemente, sobre esta base, Blackburn y cols (2013) definen la adherencia como “el grado en que los individuos toman la medicación cuyos beneficios en la salud son extensamente conocidos”, obviando toda referencia a la etiología de la no adherencia y enmarcando como una epidemia de salud pública la infrautilización de medicamentos que potencialmente salvan la vida.

Aunque tradicionalmente se ha utilizado «cumplimiento», actualmente se prefiere el término «adherencia», el cual resalta tanto la participación activa del paciente (consentimiento con las recomendaciones recibidas), como la responsabilidad del médico para crear un contexto en el que el paciente entienda mejor su problema de salud (información sobre la enfermedad), las consecuencias de seguir un tratamiento (incluidos la importancia y los objetivos de esa terapia), se facilite la toma de decisiones compartidas y, en última instancia, mejore la efectividad de los tratamientos farmacológicos.

Otra definición sería la planteada en 2009 por la Sociedad Internacional de Fármaco-economía e Investigación de Resultados Sanitarios (ISPOR), la cual definió *cumplimiento terapéutico* como el grado en que un paciente actúa de acuerdo con la dosis, la pauta posológica y el plazo prescritos. Sin embargo, los resultados clínicos de un tratamiento se ven afectados no sólo por cómo tomen los pacientes su medicación, sino por cuánto tiempo lo hagan. Por eso, en los últimos años se ha comenzado a utilizar el término «persistencia» para definir el tiempo durante el cual el paciente continúa con el tratamiento (Dilla y cols, 2009). Ya Donis y cols (1997) y la OMS (2003) afirmaban que el 50% de pacientes crónicos dejarían de consumir por lo menos el 80% de las dosis prescritas en el primer año. Posteriormente, en 2004, Cramer indicaba que entre el 16 y el 80% de los pacientes mantenían su tratamiento de 6 a 24 meses y que los pacientes que abandonaban la medicación en ese lapso ya no la retomaban.

Es preciso apuntar que, aunque en la mayoría de la literatura científica se hace referencia a la adherencia a tratamientos farmacológicos, también se considera incumplimiento a la falta de asistencia a citas y a la no realización de actividades preventivas programadas (Orueta y cols, 2008).

5.2. IMPORTANCIA DEL INCUMPLIMIENTO

5.2.1. Magnitud del problema

En su amplia revisión sistemática, Márquez-Contreras (2012) sitúa las cifras de incumplimiento del tratamiento antidiabético oral en España entre el 45 y el 51,5%, y un incumplimiento con insulina del 25,2%, siendo cumplidores el 82,5% en los 6 primeros meses y el 71,8% en los últimos 6 meses.

García-Pérez y cols (2013) estiman la adherencia a largo plazo a programas de ejercicio entre 10 % y 80 %.

La gran variabilidad en las tasas de cumplimiento estaría justificada, según Blackburn y cols (2013): en primer lugar, porque los pacientes que inician una terapia tendrían una adherencia menor que los usuarios “experimentados” (“índice de deserción”); en segundo lugar, los porcentajes pueden variar en función de que expresen categorías (% de la población que consigue 80% de adherencia) o porcentajes medios. Otra fuente importante de variabilidad sería el método de evaluación, siendo en la terapia antidiabética los métodos cuantitativos los más usados.

5.2.2. Consecuencias de no-adherencia

Es un hecho recientemente comprobado que la adherencia a medicación en los pacientes con DM2 sigue siendo insatisfactoria en Atención Primaria (Ahmad y cols, 2013).

Jansá y cols (2009) afirman que “los problemas de cumplimiento terapéutico se observan siempre que se requiere autoadministrar el tratamiento, independientemente del tipo, la gravedad de la enfermedad y la accesibilidad a los recursos sanitarios. La complejidad del tratamiento es una variable asociada a un peor cumplimiento, y la diabetes es el ejemplo paradigmático de tratamiento autoadministrado complejo. Se requiere tratamiento farmacológico con tabletas o insulina, y no farmacológico con terapia nutricional, ejercicio físico, abandono del tabaco, cuidado profiláctico de las lesiones en el pie y técnicas de autoanálisis y autocontrol, entre otras”.

Por tanto, clasificamos las consecuencias en clínicas y económicas, destacando a continuación algunos aspectos de cada una:

Consecuencias clínicas:

- a. Al ser una enfermedad crónica y frecuente, la diabetes presenta una importante comorbilidad y mortalidad asociadas (Dilla y cols, 2009; Márquez-Contreras, 2012; Blackburn y cols, 2013), por lo que precisa de mayor disciplina para la adherencia a estilos de vida (Orueta y cols, 2008: >75% de incumplimiento cuando el tratamiento prescrito es una dieta) y terapias de régimen potencialmente complejo (Wild y cols, 2012).
- b. La no-adherencia a medicación antidiabética se asocia a mayores tasas de complicaciones diabéticas (amputaciones, úlceras o retinopatía), más visitas a urgencias y más tiempo de incapacidad temporal (Rigueira García, 2001; Márquez-Contreras, 2012; An y cols, 2013; An y cols, 2014).
- c. Los diabéticos tienen entre 2 y 4 veces más posibilidades de desarrollar una cardiopatía isquémica o un accidente vascular cerebral y hasta 35 veces una arteriopatía periférica. Aunque estas complicaciones disminuyen si existe un adecuado control metabólico (Cramer, 2008; Martell y cols, 2012), lo que incluye una adecuada adherencia al tratamiento prescrito, el promedio de incumplimiento recogido en el metaanálisis de Fuster (2012) gira en torno al 40%.
- d. Una menor adherencia al tratamiento supone un peor control glucémico (Asche y cols, 2011).
- e. Por cada 25% de aumento en adherencia a la medicación, la hemoglobina glucosilada (HbA1c) se reduce en 0,34% (Wild y cols, 2012).
- f. Los ancianos pluripatológicos y polimedicados presentan diferentes prevalencias, según los distintos estudios: 33,7% según Garrido y cols (2011) y 48,3 % según Núñez Montenegro y cols (2013). Gutiérrez-Angulo y cols (2011) establecen como factores que favorecen el incumplimiento en estos ancianos el que presentan una menor capacidad cognitiva, una mayor dificultad para recordar (sobre todo complejas pautas posológicas) y un mayor deterioro funcional.

Consecuencias económicas:

- a. El aumento en el coste de la medicación antidiabética supone una menor adherencia. Así lo demuestran en un estudio realizado en Estados Unidos, en

- el que se demuestra que un incremento de 10 dólares en la medicación supone un 5,4% menos de cumplimiento terapéutico (Gibson y cols, 2010).
- b. An y cols (2014) afirman que los gastos relacionados con la medicación son superiores en los pacientes adherentes, pero los costos de atención de la salud en general, incluyendo los costos de hospitalización, son similares en ambas poblaciones. Tampoco Asche y cols (2011) encuentran asociación clara entre una mayor adhesión y la disminución de los costes de atención de salud.
 - c. Blackburn y cols (2013) identifican la diabetes como la segunda causa principal de ingresos relacionados con la falta de adherencia en cuatro hospitales de Estados Unidos, con una estimación de coste total de no-adherencia de 100 mil millones de dólares al año. Aumentando la adherencia a la medicación en un 20%, se podría reducir el gasto total en salud en 1074 dólares por cada persona con diabetes (Sokol y cols, 2005).

5.3. ETIOPATOGENIA: factores implicados/asociados a la no-adherencia

Algunos autores (García-Pérez y cols, 2012; Blackburn y cols, 2013) establecen que las razones de la falta de adherencia son multifactoriales y difíciles de identificar, siendo una posible explicación la aplicación de los métodos convencionales de registro de la no-adherencia, así como la relacionan con otras condiciones crónicas (aunque la insulina pueda relacionarse independientemente con la barrera que supone su administración subcutánea; Blackburn y cols, 2013).

La clasificación de los factores que influyen en el incumplimiento en la DM2 es distinta en los diferentes trabajos (Donis y cols, 1997; Jansá y cols, 2009; Mann y cols, 2009; Rustveld y cols, 2009; Borgsteede y cols, 2011; Bailey y cols, 2011; Mayberry y cols, 2012; García-Pérez y cols, 2013; Blackburn y cols, 2013; Miller y cols, 2013), pudiendo compilarse en:

1. Factores que influyen en el incumplimiento de la *dieta*. Según los pacientes se incluyen el desagrado con los alimentos incluidos en dietas, la falta de conocimientos sobre cómo incorporar tanto la dieta como la actividad física regular en la vida diaria, la falta de fuerza de voluntad y la renuncia a cambiar los comportamientos con base cultural previa. Según los educadores son determinantes las influencias sociales.
2. De entre los factores que influyen en la falta de *ejercicio* distinguimos, según los pacientes, lesiones por uso excesivo, falta de tiempo y dificultad de

integración en la actividad rutinaria. Según los educadores sería por falta de motivación.

3. Entre los factores que influyen en el incumplimiento del *tratamiento farmacológico* debemos diferenciar los que corresponden al paciente, a la enfermedad, al profesional, al tratamiento y al ámbito clínico:
 - a. *Características del paciente*: edad; factores psicológicos (falta de autoconfianza y motivación); percepción de la enfermedad (percepción de que no es necesario tomar la medicación cuando uno se encuentra bien); falta de apoyo familiar o social, pues estos apoyos fomentan el optimismo y la autoestima; falta de conocimientos o habilidades sobre el tratamiento; falta de esquemas de tratamiento fáciles de entender; duración de la enfermedad; dificultades cognitivas o de memoria (en especial la asociación al anciano y a la depresión); miedo a las hipoglucemias (preferir mantener niveles elevados); miedo al aumento el peso (sobre todo en mujeres); olvidos involuntarios; falta de información verbal y escrita sobre la medicación. Los autores demuestran que no existe una “personalidad de tipo no-adherente”.
 - b. *Características de la enfermedad*: ausencia de clínica aguda, estigmatización social, cronicidad de la patología.
 - c. *Características del profesional*: relación médico-paciente (la comunicación entre pacientes y profesionales resuelven la angustia del paciente al estar más informado sobre las opciones de tratamiento y las decisiones); falta de tiempo; escasa información; diferencias de criterios entre los distintos profesionales de la salud; tratamientos no individualizados a las necesidades de cada paciente; comunicación deficiente con el equipo de salud; intervenciones no pactadas; poca coordinación entre pruebas, visitas de seguimiento y distintos niveles asistenciales; falta de formación y acceso a la información.
 - d. *Características del tratamiento*: incluyen los cambios de estilos de vida (dieta, ejercicio...), los cuales tienen peor aceptación y requerirían incorporar a la familia como partícipe necesario; la complejidad y la frecuencia de la posología, pues la naturaleza progresiva de la DM2 hace que los pacientes asuman mayor complejidad en la terapia con el tiempo, incluyendo la inyección de insulina subcutánea, que se percibe como un fracaso de gestión de la enfermedad; la seguridad y tolerabilidad de la medicación, como el aumento de peso, las hipoglucemias o las alteraciones gastrointestinales; polimedicación,

normalmente relacionada con mayores efectos adversos, interacciones medicamentosas y duplicaciones de la terapia, así como tratamientos adicionales para hacer frente a los efectos secundarios; y, finalmente, el coste.

- e. *Características del ámbito clínico:* falta de acceso a los medicamentos y a la atención sanitaria; falta de acceso a la atención cuando el paciente lo necesita. Krupats y cols (2002) defienden que los pacientes que eligieron libremente médico de Atención Primaria presentan mayor adherencia a tratamientos que los pacientes a los que se les asignó un profesional.

5.4. PATRONES DE NO-ADHERENCIA

En la terapia antidiabética existen 3 tipos de no-adherencia, según el patrón de utilización de los medicamentos que defienden Blackburn y cols (2013), entre los que distinguimos la *no adherencia primaria*, en la que los pacientes no retiran de la farmacia la receta prescrita (en DM2 se establecen unas tasas entre el 4% y el 31%); la *falta de persistencia*, caracterizada porque, aunque inicialmente los pacientes toman su medicación, después la abandonan por completo, y el *incumplimiento*, en el que los pacientes toman su medicación, pero en dosis inferiores a las prescritas.

5.5. MÉTODOS DE MEDIDA DEL CUMPLIMIENTO EN LA DM2

Como se viene defendiendo, el cumplimiento terapéutico en la DM2 es crucial para alcanzar los objetivos terapéuticos. Pero medir dicho cumplimiento presenta dificultades porque no existe un método exclusivo, lo que, junto con los múltiples factores que lo condicionan (incluida la conducta parcialmente metódica de fines de semana y/o vacaciones), explica las diferencias observadas entre los distintos estudios e incide en la extremada prudencia que hay que tener a la hora de comparar los resultados.

Aunque actualmente no existe ningún método de referencia para medir la adherencia y lo aconsejable es la combinación de varios con el fin de paliar las insuficiencias que todos poseen, en líneas generales, la literatura defiende los métodos indirectos como los más adecuados en la práctica clínica, destacando el cumplimiento auto-comunicado por parte del paciente y el recuento simple de comprimidos en la consulta.

Siguiendo las revisiones de Jansá y cols (2009) y De la Figuera (2012) podemos diferenciar distintos sistemas de medida de adherencia en DM2:

5.5.1. Métodos directos:

Se consideran más exactos, objetivos y fiables, pero tienen limitaciones, como su complejidad, elevado coste y falsos positivos o negativos.

- a. *Registros de farmacia/aplicaciones informáticas.*
- b. *Recuento de pastillas (GOLD ESTÁNDAR).*
- c. *Contadores de fármacos. Sistemas de monitorización electrónica tipo MEMS.* El paciente, al sentirse más observado y controlado por el médico, presenta mayor adherencia al tratamiento, lo que se conoce como *efecto Hawthorne* y suele observarse mientras dure el estudio. Es transitorio y no garantiza el cumplimiento a largo plazo, por lo que quedan relegados a la investigación.
- d. *Índices biológicos.*
- e. *Dosis supervisadas por un familiar o profesional.*
- f. *Observación técnica de la insulina y volumen de insulina de los viales y/o plumas.*

5.5.2. Métodos indirectos:

Evalúan el cumplimiento en base a la información facilitada por el paciente, los familiares o el personal sanitario, así que son subjetivos y con baja sensibilidad, pues tienden a sobreestimar el resultado.

Son sencillos y económicos, por lo que son los más utilizados no solo en la práctica clínica, sino también en la investigación y en los ensayos clínicos.

- a. *Auto-monitorización de la glucemia y cumplimiento.*
- b. *Métodos basados en el control de la enfermedad:* como en otras patologías crónicas, las Guías de Práctica Clínica establecen unos objetivos de control.
- c. *Asistencia a visitas programadas:* se considera incumplidor al paciente que no acude de manera reiterada a las visitas programadas pues, con frecuencia, coincide con el abandono de la medicación (“incumplidor absoluto”).
- d. *Método basado en el juicio clínico del médico:* se basa en la experiencia práctica del profesional y en el conocimiento sobre los pacientes asignados a su consulta. Fiabilidad diagnóstica baja.

- e. *Métodos basados en la presencia de efectos adversos del fármaco:* en la DM2 son relativamente frecuentes las alteraciones gastrointestinales (habitualmente diarrea) provocadas por la Metformina.
- f. *Técnica de la comprobación fingida:* excepcionalmente, se pide al paciente una muestra de orina en la que valorar la presencia del fármaco y se le pregunta qué resultado cabe esperar.
- g. **Cuestionarios: información facilitada por el propio paciente.** Son simples y económicos. Su fiabilidad aumenta cuando el paciente dice que no se toma la medicación (alto valor predictivo positivo). Los más utilizados son:
- *Métodos basados en el conocimiento sobre la enfermedad o test de Batalla:* se asume que el enfermo conoce su enfermedad (causas, consecuencias, tratamiento...) es mejor cumplidor. Se usan cuestionarios sencillos, como la adaptación del test de Batalla a la DM2 (Sensibilidad=85%, Especificidad=33%, Valor Predictivo Positivo (VPP)= 70% y Valor Predictivo Negativo (VPN)=54%).

- ¿La DM2 es una enfermedad para toda la vida?
- ¿La DM2 se puede controlar con dieta y medicación?
- Cite 2 ó más órganos que se vean afectados por la DM2

- *Cuestionario de Haynes y Sackett o del cumplimiento autocomunicado:* muy apropiado para Atención Primaria. El valor predictivo positivo es muy alto, aunque tiende a sobrevalorar el cumplimiento. Para minimizar este riesgo, se plantea la pregunta evitando emitir juicios e intentando transmitir que una posible respuesta de incumplimiento es socialmente aceptable.

Haynes y Sackett proponen: *“La mayoría de los pacientes tienen dificultad para tomar todos los comprimidos, ¿ha tenido usted dificultad en tomar sus comprimidos todos los días?* En caso de respuesta afirmativa se interroga sobre los comprimidos tomados en el último mes. Se considera cumplidor el que tenga un porcentaje entre el 80% y el 110%.

- El *cuestionario de Morisky-Green* consiste en realizar 4 preguntas durante una conversación cordial con el paciente y que, adaptadas a la DM2, podrían ser las siguientes: *¿Se olvida alguna vez de tomar los*

medicamentos para la diabetes? ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas? Cuándo se encuentra mejor ¿deja de tomar la medicación? Si alguna vez le sientan mal los medicamentos ¿los deja de tomar? El cumplidor responde correctamente las 4 preguntas (no, sí, no, no) y una sola respuesta incorrecta lo califica como incumplidor. Según García-Pérez y cols (2000) presenta una sensibilidad del 32%, una especificidad del 94%, un Valor Predictivo Positivo (VPP) de 91.6% y un valor Predictivo Negativo (VPN) del 42%.

García-Pérez y cols (2000) concluyen que “al estudiar la correlación existente entre el recuento de comprimidos y los tests de Batalla y Morisky-Green, se obtiene que el de Batalla presenta una alta sensibilidad y el de Morisky-Green una alta especificidad; son dos métodos indirectos, fáciles de realizar por el breve tiempo que necesitan para ello, por lo que podrían aplicarse en consulta médica. Además como ningún método por sí solo es capaz de valorar todos los aspectos del cumplimiento, es aconsejable combinarlos (uno de alta sensibilidad y otro de alta especificidad)”.

5.6. ESTRATEGIAS PARA MEJORAR ADHERENCIA EN DM2

Blackburn y cols (2013) explican la forma de interpretar la literatura existente acerca de la adherencia en diabéticos, advirtiendo que no existe una intervención única o combinada que resulte definitiva, pues por cada estrategia exitosa publicada, es posible identificar un estudio donde una estrategia similar falla. Así, como se viene apuntando, se sugiere una intervención multifactorial y multidisciplinar centrada en el paciente.

5.6.1. Principios fundamentales para crear una buena relación médico-paciente

Gil-Guillén y cols (2012) y Del Duca y cols (2013) coinciden en potenciar las siguientes características de la comunicación para fomentar una buena relación médico-paciente:

- *Comunicación eficaz.* Usar lenguaje que el paciente entienda; saber escuchar y comprobar que el paciente ha entendido cómo tiene que tomar el tratamiento (*teach-back*) y, sobre todo, por qué y los objetivos a conseguir.
- *Entrevista clínica motivacional.* Motivar a los pacientes es fundamental para que cumplan con los regímenes terapéuticos prescritos. En este sentido, habría que modificar las creencias erróneas del paciente (considerar, por ejemplo, que la medicación no es necesaria todos los días).

- *Empatía*. Es la capacidad de un profesional sanitario de ponerse en el lugar del paciente y entender su problemática, sin culpabilizarlo e individualizando cada intervención.
- *Toma de decisiones*. Tienen que ser compartidas entre los profesionales sanitarios y el paciente, pues el cumplimiento es un acto voluntario del paciente tras recibir información de sus profesionales (sobre enfermedad y pronóstico). Habría que explorar bien las percepciones subjetivas del paciente sobre la gravedad de su enfermedad y las complicaciones que se quieren evitar con el tratamiento. Es un hecho importante a tener en cuenta que la mayoría de diabéticos están asintomáticos, por lo que incumplen al pensar que han mejorado clínicamente o por circunstancias socio-laborales.
- *Integración de actuaciones preventivas y de detección de incumplimiento* en la práctica diaria de la Atención Primaria.

5.6.2. Estrategias fundamentales para mejorar cumplimiento

Podemos destacar como estrategias fundamentales de mejora del cumplimiento (Jansá y cols, 2009; Gutiérrez-Angulo y cols, 2011; Rosland y cols, 2011; Bailey y cols, 2011; Gil-Guillén y cols, 2012; Márquez-Contreras, 2012; Nau, 2012; García-Pérez y cols, 2013; Blackburn y cols, 2013):

<i>Preguntar por cumplimiento (higiénico-dietético y farmacológico)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - A todo diabético mal controlado. - Usar test del cumplimiento autocomunicado para detección de no-adherencia.
<i>Evitar la inercia clínica</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Mediante formación para establecer objetivos y formas de conseguirlos. - Saber que en DM2 cumplir con medidas higiénico-dietéticas reduce la HbA1c 1,5 - 2,5% y los fármacos hipoglucemiantes 0,5 - 2%. - Conocer los objetivos de control del resto de factores de riesgo cardiovascular.
<i>Indagar acerca de los motivos de no-adherencia</i>	
<i>Mejorar el conocimiento sobre la enfermedad y el tratamiento</i>	<ul style="list-style-type: none"> - De forma oral o escrita, periódicamente.
<i>Simplificar el régimen terapéutico</i>	<ul style="list-style-type: none"> - "Menos pastillas" y "menos tomas" ("polipíldora" o combinaciones fijas de distintos principios activos).
<i>Revisar sistemáticamente el tratamiento</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Reducción del número de días de recogida de tratamientos crónicos.
<i>Consejo estructurado</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Valoración de creencias, circunstancias personales, percepciones y preocupaciones. - Explicación específica de régimen terapéutico, objetivos y efectos esperables con la intervención.
<i>Educación diabetológica grupal</i>	
<i>Estrategias basadas en recuerdos periódicos de la toma correcta</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Mensajes (escritos/teléfono/nuevas tecnologías) - Medicación por correo (Curkendall y cols, 2013)
<i>Asociar las tomas de la medicación a actuaciones diarias</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Evita olvidos

<i>Apoyos familiares y sociales</i>	- Pacientes que acuden a consulta con un familiar/amigo están más satisfechos, entienden mejor los consejos y discuten mejor temas difíciles con los profesionales Rosland y cols (2011)
<i>Favorecer la percepción de los beneficios terapéuticos</i>	
<i>Favorecer la comprensión del régimen terapéutico</i>	- 50-60% pacientes no entienden/entienden mal las indicaciones recibidas
<i>Minimizar efectos adversos</i>	- Informar sobre posibles efectos (gastro-intestinales y/o aumento de peso) - aconsejar consultar de nuevo antes de abandonar el tratamiento
<i>Minimizar costes</i>	
<i>Aumentar la sensación de bienestar emocional</i>	- Evita ansiedad y depresión
<i>Evitar el etiquetado</i>	- Dar información suficiente sobre el cribado y el verdadero significado del diagnóstico - Evita demandas continuas de asistencia médica y empeoramiento de su calidad de vida.
<i>Crear una relación de “confianza”</i>	- Fomentar “decisiones compartidas” con unas metas realistas en un diálogo constructivo
<i>Cambios de las creencias</i>	
<i>Promover continuidad asistencial y uso de recursos comunitarios</i>	
<i>Unificación de criterios y trabajo en equipo</i>	
<i>Formación de profesionales</i>	

Tabla 7. Estrategias de mejora del cumplimiento

Como conclusiones generales podemos inferir que la adherencia al tratamiento en la DM2, al estar influenciada por distintos factores, precisa de estrategias relacionadas con el *médico* (formación como profesional, alfabetizar en la salud al paciente y trabajo en equipo multidisciplinar), con el *paciente* (preferencias y prioridades, con una atención “centrada en el paciente”) y con el *tratamiento* (simplificación, efectividad, efectos secundarios, coste).

5.6.3. Alfabetización en Salud (AES) en DM2

Sorensen y cols (2012) defienden como **definición** de la AES que es básicamente el re-embalaje de conceptos centrales de la teoría, ideología y práctica de la promoción de salud, creando una “definición global” que captura la esencia de las 17 definiciones identificadas en la literatura: «la AES está vinculada a la alfabetización general e implica el conocimiento, la motivación y las competencias para acceder, comprender, evaluar y aplicar la información de salud con el fin de hacer juicios y tomar decisiones en la vida cotidiana en relación con la salud, prevención de enfermedades y promoción de la salud para mantener o mejorar la calidad de vida durante el curso de la vida».

Como componente importante de dicha AES en el caso concreto de la DM2 hallamos la llamada *aritmética* (del término inglés de “*numeracy*”), que hace referencia a la buena aplicación de las habilidades matemáticas del paciente para resolver problemas (Reyna y Brainerd, 2007).

Para ratificar la **importancia** de la AES, en el informe de Falcón y Luna de 2012 se documenta que tiene un impacto directo y significativo sobre la salud individual y pública que queda patente especialmente en los colectivos más vulnerables (ancianos, polimedicados, enfermos crónicos...) y que se ha relacionado con un entendimiento problemático de información de salud e instrucciones médicas (Davis y cols, 2004; Gazmararian y cols, 2003; Parker y cols, 2003), una inadecuada autogestión de la enfermedad (Gazmararian y cols, 2003), un uso limitado de los recursos preventivos (Baker y cols, 2004; Lindau y cols, 2006; von Wagner y cols, 2007), un aumento de las hospitalizaciones y de los costes sanitarios (Baker y cols, 2002; Howard y cols, 2006), un mal uso de los recursos sanitarios (Baker y cols, 2004) y con un incremento de las tasas de mortalidad (Sudore y cols, 2006).

Son muy numerosos los estudios que detallan los **factores** que determinan el nivel de AES en la población diabética, debiendo distinguirse entre los que son propios del paciente, del profesional y del sistema sanitario.

Entre los que son propios del paciente podemos destacar: escasa "conciencia de enfermos" (Caliskan y cols, 2006); problemas de comunicación oral (Schillinger y cols, 2004); baja habilidad numérica (Cavanaugh y cols, 2008); falta de motivación (Osborn y cols, 2010); bajo conocimiento de su enfermedad (Guler y cols, 2011; Elliot y cols, 2013); uso y acceso a Internet (Mayberry y cols, 2011); aumento de ingresos hospitalarios; autocuidado ineficaz; falta de adherencia a tratamientos; cuidador de enfermedad crónica (Wallace y cols, 2010); características demográficas: mayor edad, comorbilidad y capacidad cognitiva disminuida (Mount y cols, 2009), bajo nivel de educación (Karter y cols, 2007), escaso apoyo social y familiar (Rosland y cols, 2010; Rosland y cols, 2011; Mayberry y cols, 2011; Hinder y cols, 2012) e inmigración (Ho y cols, 2012; López y cols, 2013).

Entre los que dependen del profesional diferenciamos: transmisión de información médico-paciente durante la visita médica (Ishikawa y cols, 2009); única fuente de información usada por pacientes con AES limitada; claridad de la explicación (Inoue y cols, 2013); información, motivación y modificación de comportamientos (Osborn y cols, 2010; Osborn y cols, 2011). Derksen y cols, en su revisión de 2013, vertebran la comunicación médico-paciente en la empatía, cuya efectividad es poco discutida y cuya aplicación en la práctica clínica supone un aumento de la satisfacción y adherencia, mejoría de ansiedad y estrés, habilitación de los pacientes e incremento de resultados sanitarios positivos (Hojat y cols concretaron dicha relación en diabéticos con mejor control de su hemoglobina glucosilada).

Entre las características del sistema sanitario destacan: tiempo limitado en las visitas y dificultad de acceso al educador.

Hasta la fecha, los estudios sobre la relación entre **AES y control clínico de la DM2** han dado resultados mixtos, pues, aunque la tendencia mayoritaria es encontrar asociación entre una AES limitada y peor control glucémico (más hipoglucemias y mayor tasa de complicaciones), los distintos autores no hallan diferencias estadísticamente significativas.

En los distintos estudios revisados se encuentra un amplio catálogo de las múltiples **herramientas de medida** de AES, todas aplicables a la AES en DM2. Las más utilizadas para evaluar las habilidades en diabéticos varían en su desarrollo, estructura, medición, tiempo de administración y modo, idiomas disponibles, ámbito de aplicación y propiedades psicométricas, lo que conlleva una serie de limitaciones en investigación y ajustes clínicos a la hora de poder comparar resultados.

Por la complejidad de las tareas y habilidades requeridas en el automanejo de la diabetes, su utilidad y aplicabilidad en esta población sigue siendo un reto (Al Sayah y cols, 2013).

Para desarrollar **estrategias de mejora** de AES, partimos de la idea de Ho y cols (2014) de que es fundamental determinar el nivel de cultura de cada paciente para crear materiales de AES y estrategias apropiadas.

Habría que tener en cuenta que para que resulten efectivas, se tendrán que aplicar intervenciones complicadas y combinadas, sin existir ningún gold estándar que garantice el éxito indudable (Adams, 2010).

Analizando numerosas publicaciones que proponen estrategias (con adaptación continua a las situaciones cambiantes de individuos o grupos) para mejorar la AES (Guibert y cols, 1999; Oates y cols, 2000; Parker y cols, 2003; Davis y cols, 2004; Adams, 2010; Osborn y cols, 2011; Manafo y cols, 2012; Rudd y cols, 2013; Manafo y cols, 2013; Roett y cols, 2013; Bonal y cols, 2013; Pérez-Jarauta y cols, 2013), podemos enfocar las intervenciones desde tres perspectivas:

- *Intervenciones sobre el paciente*: educar desde edades tempranas en lectura y aritmética; fortalecer habilidades y aumentar sus competencias (*empoderamiento*); promoción de toma de decisiones compartidas (Millaruelo-Trillo, 2010).

- *Intervenciones sobre el profesional:* a) *A nivel individual:* concienciación del impacto de AES en la salud individual y colectiva; suministro de información adecuada; simplificar el material escrito con soporte audiovisual: adecuados pictogramas (Negarandeh y cols, 2013), gráficas de HbA1c (Ricci-Cabello y cols, 2013); comprobar la comprensión mediante “*teach-back*” (Negarandeh y cols, 2013); propiciar un ambiente cómodo para el diálogo y el planteamiento de dudas; utilizar métodos educativos bidireccionales, que enfatizan el carácter de diálogo y acuerdo; entrevista motivacional; desarrollar cualidades favorecedoras de comunicación (Ricci-Cabello y cols, 2013), como empatía (Hojat y cols, 2011; Del Canale y cols, 2012), cordialidad, expresión oral clara (evitar jerga técnica) y al nivel del interlocutor. Habilidad comunicativa para inspirar confianza y credibilidad; mejorar la caligrafía en todo escrito dirigido al paciente. b) *A nivel grupal:* impulsar activamente los grupos educativos de pacientes con enfermedades crónicas y ancianos, incluyendo terapias psicológicas y de apoyo familiar (Adams, 2010). c) *A nivel comunitario y social:* informar, educar y comunicar a la población a través de sus líderes formales e informales. d) *A nivel organizacional:* el médico de Atención Primaria debe también estimular a otros profesionales de salud que interactúen con él (farmacéuticos, fisioterapeutas, enfermeras, otros especialistas).
- *Intervenciones sobre el sistema de salud:* simplificar accesibilidad del entorno físico; mejorar tiempos disponibles de asistencia; promover cumplimiento. *Políticas de salud:* incidir en ámbito sanitario (especialmente en Atención Primaria) y escolar; cierta “coerción educativa”; utilizar las nuevas tecnologías para informar, especialmente en enfermos crónicos que, junto con el apoyo social, ayuda a cambiar comportamientos: ejemplificado en que los pacientes con AES limitada prefieren apoyo telefónico (Sarkar y cols, 2008; Adams, 2010; Ricci-Cabello y cols, 2013) y en que el diseño de materiales interactivos y/o páginas web hacen más eficiente y satisfactoria la relación médico-paciente (Wolff y cols, 2009; Kaufman, 2010; Longo y cols, 2010; Cavanaugh, 2011; Weymann y cols, 2013; Wade-Vuturo y cols, 2013). Impulsar la investigación y detección de AES inadecuada; establecer protocolos de salud; reducir las disparidades de salud; mejorar la práctica médica, estimulando la formación de los profesionales en materia específica de educación en diabetes (Drewelow y cols, 2012) y hábitos de vida saludables (Sicardo-Pinilla y cols, 2013).

González-Mestre (2013), Bonal y cols (2013) y Ruiz-Azarola y cols (2013) concretan la **AES en el ámbito de la Atención Primaria** debido a que ésta supone el

primer contacto de la población con el sistema de salud y presenta unas funciones específicas que permiten promulgar intervenciones educativas/formativas. Estas funciones incluyen:

- Promover la coordinación con los diferentes niveles asistenciales.
- Formar en cuidados paliativos, cuidados a personas dependientes, seguridad del paciente o hábitos de vida saludables.
- Mejorar el cumplimiento terapéutico.
- Manejar y seguir al paciente crónico.
- Implementar programas de alfabetización sanitaria para los pacientes y familiares, facilitando un mayor conocimiento de sus enfermedades y, por tanto, la autogestión de la misma (promocionar *empoderamiento* y figura del “paciente experto”).
- Identificar los pacientes con baja o limitada AES: la mayor parte de los atendidos en Atención Primaria son adultos mayores con habilidades cognitivas, auditivas y visuales mermadas y comorbilidades asociadas (por polimedicación precisarían asociar habilidad numérica).

5.6.4. Educación diabetológica. Plan Diabetológico de la Región de Murcia

La ADA **define** en sus recomendaciones de 2014 la Educación en Automanejo de Diabetes (EAD) como “el proceso de facilitar el conocimiento, la habilidad y la capacidad necesaria para la prediabetes y autocuidado de la diabetes”, y marcan como objetivos generales apoyar la toma de decisiones compartidas, conductas de autocuidado, resolución de problemas y la colaboración activa con el equipo de atención de la salud. Del mismo modo, White y cols (2012) enuncian que los diabéticos “empoderados” con conocimiento sobre su enfermedad y tratamiento tienen mejor autocuidado (mejor HbA1c y menos complicaciones); así, el médico debe educar/aconsejar (más que dirigir o prescribir).

Numerosos estudios corroboran que la educación es un componente esencial para alcanzar los objetivos terapéuticos de control metabólico en la DM2 (Schillinger y cols, 2002; Osborn y cols, 2008; Sarkar y cols, 2009; Boren, 2009; Ross, 2013) explicitando, algunos, la necesidad de un programa de educación especializada (Jurado y cols, 2009)

Es importante para el diabético ser instruido acerca de su régimen de medicación, el propósito de cada medicamento, interacción con otras medicaciones y cambios de

estilo de vida (Ross, 2013). Pero, desde el punto de vista de los pacientes, no existe una estrategia de apoyo a la autogestión universal para todos los diabéticos, sino que la forma elegida depende de la raza, etnia y nivel de AES (Sarkar y cols, 2008).

Como **normas básicas** dentro de la educación diabetológica encontramos:

- *Estructura interna* organizada, con metas concretas y compromiso.
- *Entrada externa*: el educador buscará información proporcionada por expertos, manteniendo al paciente en el centro del proceso.
- *Accesibilidad*.
- *Coordinación del programa*.
- *Instrucción del personal*: al menos un instructor debe tener conocimientos específicos en EAD para capacitar al resto de equipo multidisciplinar (Appiah y cols, 2013).
- *Plan de estudios*: informe dinámico.
- *Individualización*: participante e instructor desarrollan juntos un plan individualizado (según creencias, conocimiento, habilidades, conductas, disposición, nivel cultural, apoyo familiar y nivel económico) y centrado en el cambio del comportamiento (Appiah y cols, 2013).
- *Apoyo continuo* a largo plazo (apoyo psíquico, psicosocial o clínico).
- *El progreso del paciente*: supervisado en intervalos.
- *Mejora de la calidad*: medición/mejoría de la eficacia de la educación.

Dadas estas normas básicas, Peek y cols (2009) y Boren (2009) determinan como **barreras** para la educación diabetológica:

- *Factores relacionados con el paciente*: conocimiento de la salud/habilidades (no entender tecnicismos médicos, miedo a preguntar...), negación, experiencias familiares, autoeficacia, creencias, participación en la toma de decisiones y motivación.
- *Factores relacionados con el profesional*: educación, validación de las experiencias de los pacientes, conocimiento científico, accesibilidad, disponibilidad, habilidades de comunicación (usar tecnicismos).
- *Factores que implican a profesional y paciente*: problemas de comunicación, falta de confianza.

El Grupo de Trabajo Guías Clínicas y Consensos de la Sociedad Española de Diabetes (2012) da las directrices del **perfil del educador en DM2**, que en el caso particular del médico de Atención Primaria requiere:

- Garantizar la educación terapéutica, especialmente en el diagnóstico.
- Conocer el programa educativo y participar en su actualización.
- Trabajo en equipo: según posibilidades de cada centro.
- Informar al paciente y a su familia de la historia natural de DM2 y sus complicaciones.
- Hacer partícipe al paciente de la enfermedad (*empowerment*).
- Promocionar cambios en el estilo de vida.
- Evaluar la eficacia de las intervenciones.

El **Plan diabetológico de la Región de Murcia** (2010-2015) parte de la limitada eficacia de las terapias antidiabéticas si no se tiene en cuenta la necesidad de la implicación del paciente.

Como *objetivos* destaca controlar DM, potenciar el autocuidado y la autonomía (participación activa) y promocionar hábitos y conocimientos saludables.

Las *estrategias* de ámbito social y comunitario incluyen el diseño y puesta en marcha de un plan regional para promocionar la salud entre diabéticos, formar a profesionales y potenciar la cartera de servicios de Atención Primaria.

Se establecen estrategias de intervenciones individuales y grupales sobre pacientes diabéticos (tras una valoración educativa y contextual inicial).

Respecto a la *formación* del profesional asistencial considera que debe ser continuada, previo diseño de un programa concreto, en entrevista clínica y manejo terapéutico del paciente diabético.

Indican, finalmente, la importancia de los grupos de apoyo de pacientes, también defendidos por Ockleford y cols (2008).

6. RELACIÓN ENTRE INFORMACIÓN EN DM2, ADHERENCIA Y SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA

Según se viene desarrollando en esta introducción, en el caso concreto de la DM2, los pacientes requieren de cuidado médico continuo junto con una adecuada educación para manejar la enfermedad, prevenir complicaciones agudas, reducir el riesgo de complicaciones crónicas y, finalmente, aumentar la calidad de vida (*American Diabetes Association*, 2015). Pese a las rigurosas recomendaciones para el control de la glucemia, la baja adherencia terapéutica observada en los pacientes diabéticos es bastante frecuente (más del 60%) y se explica, en parte, por la complejidad del régimen de tratamiento, por las creencias erróneas sobre la salud y enfermedad que los pacientes tienen (García-Fernández y Peraldo-Uzquiano, 1999) y por el estilo pasivo y paternalista de la atención médica tradicional, que en conjunto le impiden al paciente tomar control sobre su conducta (Beléndez y Xavier, 1999). Esta falta de adherencia incluye no tomar la dosis adecuada de un medicamento o no tomarlo en el momento correcto, abandonarlo por completo o no recogerlo tras haber sido prescrito.

Aspectos como la invisibilidad de la sintomatología subclínica de la DM2 y la desinformación por parte del paciente han sido propuestos como factores precipitantes de crisis mayores de salud. Al respecto, Villalobos y Araya (2001) y Roselló-Araya, Arúz-Hernández, Padilla-Vargas y Morice-Trejos (2004) han informado que la DM2 suele ser advertida por los pacientes después de los 40 a 45 años, y casi la mitad de ellos desconocen la situación de salud por la que están pasando (Fisher y cols, 2002).

Este característico desarrollo silente de la DM2 dificulta el reconocimiento de los síntomas y, cuando éstos aparecen, no se les concede la importancia suficiente como para acudir al médico. Esto deriva en complicaciones de salud previas al diagnóstico que posteriormente empeorarán el curso y pronóstico de la enfermedad y aumentarán el riesgo de muerte (Jiménez-Navarrete, 2000; Plotnikoff, Brez, y Hotz, 2000).

Una serie de factores, tanto ambientales como conductuales, han sido evaluados y propuestos como determinantes para la adecuada adherencia al tratamiento en DM2, entre los que figuran el sistema de salud y el practicante, el ambiente de trabajo comunitario, la familia del paciente (Wen, Shepherd y Parchman, 2004; *World Health Organization*, 2003), la actividad física (Tudor-Locke, Myers y Rodger, 2001), la dieta (Sacco y cols, 2005), el autocuidado (Aikens, Bingham y Piette, 2005) y los factores psicológicos (Delamater y cols, 2001).

En relación con la evaluación de la adherencia al tratamiento, es importante resaltar la idea que plantean Plavedall y cols (2004), al indicar que, si bien una pobre adherencia a los medicamentos puede contribuir a un control inadecuado de la diabetes, aún no se han establecido formas viables mediante las que se pueda medir la adherencia en la práctica clínica. Las consecuencias de hacer disponible la información sobre la adherencia para los pacientes y médicos son desconocidas.

Probablemente el problema más importante es que todos los factores de riesgo de incumplimiento dependen de la totalidad de los agentes implicados en el momento de proponer un tratamiento, como son el equipo sanitario y el paciente. El bajo conocimiento sobre la enfermedad manifestada, la ausencia o la mala información sobre el tratamiento establecido, la falta de confianza en el prescriptor, las pautas incómodas que no se adaptan al estilo de vida o a las características personales del paciente no dependen exclusivamente del paciente. Es importante, por lo tanto, establecer un pacto que se adapte a la realidad del enfermo y a sus expectativas personales, por lo que consideraremos la *alianza terapéutica*, definida por Fuertes y cols (2008) como el “acuerdo explícito en los objetivos del tratamiento, las tareas del paciente para lograr esos objetivos y el vínculo emocional de confianza entre paciente y proveedor de salud igualmente”, como el único camino para asegurar la adherencia al tratamiento establecido (Golin y cols, 2002). Los investigadores médicos han examinado también los efectos positivos de la empatía en la comunicación y atención al paciente (Hojat y cols, 2011).

La confianza, continuidad, accesibilidad, flexibilidad y confidencialidad son factores determinantes que influyen de manera favorable, siendo probablemente los más importantes el suministro de una información detallada y realista y la toma de decisiones conjuntas en un marco de confianza mutuo.

Estos dos factores no son solamente claves en la adherencia a los tratamientos sino también derechos del paciente y por lo tanto obligación de los profesionales. Los derechos a la información sobre la salud y la autonomía del paciente son los pilares básicos de la relación médico-paciente y, como hemos desarrollado previamente, derechos reconocidos nacional (Ley 41/2002) e internacionalmente.

Una de las razones que pueden ocasionar la falta de adherencia al tratamiento médico en la diabetes es que con frecuencia las indicaciones no se consideran como indicaciones médicas, sino sólo como recomendaciones y entonces las personas con la enfermedad no logran seguir estos regímenes o los modifican de acuerdo a sus

propias teorías y deseos. Influyen también los conocimientos y las creencias sobre la salud. Muchas de las personas con la enfermedad de diabetes simplemente no tienen información suficiente acerca de la utilización de la glucosa y el control metabólico de la insulina.

El incumplimiento es un problema de gran trascendencia para la práctica clínica y debe ser abordado tanto desde el punto de vista preventivo, como de intervención una vez detectado, siendo la Atención Primaria el marco idóneo para su investigación y aplicación práctica de los resultados, especialmente en patologías asociadas al riesgo cardiovascular (HTA, DM y dislipemias).

II. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La adherencia al tratamiento es uno de los factores más importantes de éxito en la terapia antidiabética. Sin embargo, el promedio de la adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas en países desarrollados alcanza solamente el 50%. El incumplimiento es un problema de gran trascendencia para la práctica clínica y debe ser abordado tanto desde el punto de vista preventivo como de intervención una vez detectado, siendo la Atención Primaria el marco idóneo para su investigación y aplicación práctica de los resultados.

Aunque la adherencia al tratamiento es un modelo complejo influido por múltiples factores, probablemente los más importantes son el suministro de una información detallada, realista e individualizada en el contexto de una adecuada Alfabetización en Salud y la toma de decisiones conjuntas. Estos factores no son solamente claves en la adherencia al tratamiento sino también derechos del paciente, reconocidos en España por la Ley 41/2002.

Aunque es la responsabilidad del profesional del sistema de salud el proporcionar información apropiada al paciente acerca de su medicación, a menudo no se adoptan los mecanismos adecuados para valorar la comprensión de los pacientes de esa información y su satisfacción con la misma.

Existen hasta la fecha pocos estudios que valoren la cantidad y calidad de información proporcionada por los profesionales sanitarios a sus pacientes o usuarios de la sanidad; igualmente, en la mayoría de los estudios consultados se incluyen como sujetos de estudio a los pacientes, o en algún caso se centra en la observación directa en la consulta de esta situación. En algunos estudios mencionados se comprueba cómo el cumplimiento del deber de información de los médicos no alcanza niveles de eficacia suficientes ni en el ámbito de la Atención Primaria (Pérez-Cárceles y cols, 2005; Pérez-Cárceles y cols, 2006) ni en el hospitalario (Pérez-Cárceles y cols, 2007). Sin embargo, apenas existen estudios que analicen si existe concordancia entre la información proporcionada por el médico y la que el paciente dice haber recibido, siendo la fuente de recogida de datos directamente el profesional y el usuario. Además de dicha concordancia analizaremos si existe relación entre el nivel de satisfacción del paciente con la información percibida de su médico de Atención Primaria. Así como con la adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos tipo 2 atendidos en el ámbito de la Atención Primaria.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

Conocer la gestión de la información sanitaria en la asistencia a pacientes diabéticos en el marco de Atención Primaria, así como analizar su impacto en la satisfacción y en la adherencia al tratamiento de los pacientes.

2.2. Objetivos específicos

1. Describir el perfil socio-demográfico y clínico de los pacientes diabéticos tipo 2 atendidos en Atención Primaria, así como los factores socio-demográficos y laborales de los médicos de Atención Primaria que los atienden.
2. Evaluar si existen diferencias socio-demográficas y clínicas de los pacientes que modulen la percepción de la información recibida de su médico de Atención Primaria.
3. Determinar si las características socio-demográficas y laborales de los médicos modifican la proporción de información a los pacientes.
4. Analizar la concordancia entre la información que el médico refiere proporcionar y la información percibida por el paciente.
5. Estimar la adherencia al tratamiento en los pacientes diabéticos y si existe concordancia utilizando distintos cuestionarios. Valorar la influencia de los factores socio-demográficos y clínicos del paciente con la adherencia al tratamiento.
6. Establecer si la información general y específica de la enfermedad percibida por el paciente influye en la adherencia al tratamiento farmacológico prescrito.
7. Estudiar el grado de satisfacción del paciente con la información recibida y su asociación con factores socio-demográficos y clínicos del paciente.
8. Valorar si el nivel de satisfacción del paciente con la información percibida se asocia con la adherencia al tratamiento farmacológico prescrito.

III. PACIENTES Y MÉTODO

1. ÁMBITO Y PERÍODO DEL ESTUDIO

El estudio se desarrolla en los Centros de Salud y Consultorios de las Áreas de Salud I (Murcia/Oeste), VI (Vega Media del Segura), VII (Murcia/Este) y VIII (Mar Menor) integrados en la Red del Servicio Murciano de Salud, dado que queremos referenciar la población atendida en Atención Primaria, al ser éste el nivel sanitario que atiende a la mayor parte de los pacientes diabéticos en su condición de crónicos.

El marco temporal del estudio incluye el diseño general del mismo, así como la recogida de datos, siendo aproximadamente de unos 24 meses, que abarcan desde Septiembre de 2010 a Septiembre de 2012.

2. DISEÑO DEL ESTUDIO

(Fontcuberta y García; Pita Fernández, 2001; Schoenbach y cols, 2004)

2.1. TIPO DE DISEÑO

- *Multicéntrico*: según el Real Decreto 561/1993 "el realizado en dos o más centros con un mismo protocolo y un coordinador que se encarga del procesamiento de todos los datos y del análisis de los resultados".
- *Observacional*: el investigador observa, mide y analiza las variables de interés, sin controlar el factor. Valora y analiza lo que ocurre en su realidad, sin intervenir en ella.
- *Descriptivo*: permite estimar frecuencia, tendencia temporal en una población particular y elaborar o generar hipótesis etiológicas más específicas de un problema de salud.
- *Transversal o de prevalencia*: examina la relación entre diferentes variables en una población definida en un momento de tiempo determinado. Los datos de cada sujeto pueden corresponder a la presencia, ausencia o diferentes grados de una característica. Requiere definir claramente: población de referencia sobre la que se desea extrapolar los resultados, población susceptible de ser incluida, selección y definición de variables por las que se va a caracterizar el proceso y las escalas de medida a utilizar.
- *Prospectivo*: los pacientes son incluidos a partir del momento en que se decide su comienzo.

2.2. FASES DEL ESTUDIO

A continuación se muestra un algoritmo con las distintas fases del proceso y las actividades llevadas a cabo en cada una.

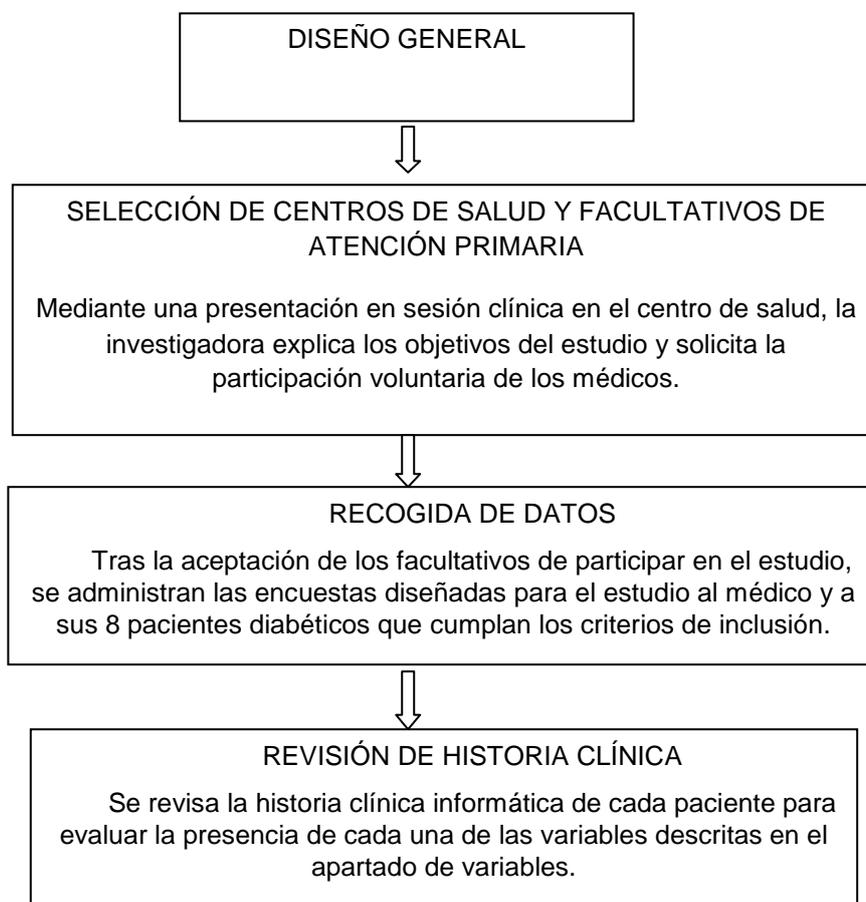


Figura 3. Algoritmo de las fases del estudio

2.3. EXPLICACIÓN DEL DISEÑO

Dada la amplitud de la población diabética atendida por los facultativos en Atención Primaria y los posibles sesgos de información y selección, se decide realizar el estudio con carácter multicéntrico con el fin de mitigar tales límites.

El hecho de que se investigue la relación causal entre las variables en un momento concreto del tiempo permite desarrollar un estudio descriptivo transversal, que constituye un diseño experimental adecuado para caracterizar la distribución y prevalencia de la enfermedad respecto a diferentes variables, con las ventajas añadidas de que son fáciles de ejecutar, son relativamente poco costosos y precisan poco tiempo, pudiendo estudiarse varias características a la vez.

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, el estudio de la concordancia entre la información que el médico de Atención Primaria dice proporcionar y la que el

paciente diabético dice haber recibido, así como la relación entre dicha información y la adherencia al tratamiento y la satisfacción del usuario con la misma, queda justificado en el diseño establecido.

3. POBLACIÓN DE ESTUDIO

3.1. NÚMERO DE SUJETOS. POBLACIONES DIANA Y DE ESTUDIO

Tomamos como *población de referencia o diana* (entendida como conjunto de elementos sobre los que se desea realizar inferencias y generalizar los resultados) a los facultativos adjuntos especialistas de Medicina Familiar y Comunitaria que desarrollan su actividad asistencial en Centros de Atención Primaria de la Red de Salud de la Región de Murcia y usuarios de dichos centros con cartillas adscritas a esos médicos y diagnosticados de Diabetes Mellitus tipo 2.

Como *población accesible o de estudio* (entendida como el conjunto de la población diana accesible al estudio definida en base a criterios geográficos y temporales):

- Los médicos de familia son seleccionados aleatoriamente entre los facultativos de los Centros de Salud mencionados de la Comunidad Autónoma de Murcia.
- Los pacientes son seleccionados aleatoriamente entre los diagnosticados de Diabetes Mellitus tipo 2 adscritos al cupo de cada uno de los médicos.

3.2. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE PACIENTES

3.2.1. De inclusión

- a. Pacientes mayores de 18 años adscritos al cupo de un facultativo de Atención Primaria que acepta participar en el estudio.
- b. Pacientes diagnosticados de DM2 y en tratamiento farmacológico.
- c. Pacientes que llevan al menos 6 meses de tratamiento.
- d. Pacientes que aceptan participar en el estudio y nos confirman verbalmente el consentimiento informado.
- e. Pacientes que tienen capacidad de comprensión para seguir las instrucciones dadas por los facultativos.

3.2.2. De exclusión

- a. Pacientes menores de 18 años.
- b. Pacientes con problemas somáticos o psiquiátricos o problemas sociales graves que sean incapacitantes para una correcta toma del tratamiento.
- c. Pacientes que rechazan participar en el estudio tras explicarlo.
- d. Pacientes con barrera idiomática que impide una correcta comunicación y respuesta a la entrevista.

3.2.3. De retirada y sustitución de pacientes

Todo paciente incluido en el estudio tuvo el derecho de abandonar la entrevista en cualquier momento y por cualquier razón, estando prevista la sustitución por otro paciente que cumpliera criterios de inclusión.

En cualquier caso, ningún paciente que aceptara previamente la participación en el estudio rehusó después asistir a la entrevista con la investigadora.

3.3. TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño de la muestra necesario para estimar el porcentaje de adherencia al tratamiento en los pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus 2, con un error previsible de un 3% ($e=0,03$), un nivel de confianza del 95% y suponiendo una prevalencia previsible del 50% de adherencia al tratamiento en DM2 y una prevalencia de DM2 en la población española de 14%, es de 480 pacientes: número total de pacientes que se incluye en el estudio.

Para tener una suficiente variabilidad en la información de los pacientes de cada médico, asignamos 8 diabéticos por facultativo, con lo que el número de médicos de Atención Primaria encuestados es de 60.

3.4. TIPO DE MUESTREO. IDENTIFICACIÓN Y ALEATORIZACIÓN DE LOS PACIENTES

El sistema de muestreo utilizado es un muestreo probabilístico aleatorio simple.

Para conseguir la muestra se acude a los centros de salud en los que los facultativos han aceptado participar y se realiza entrevista con cada paciente diabético seleccionado que cumple los criterios de inclusión, seleccionados aleatoriamente hasta completar la muestra final.

Todos los pacientes reclutados fueron identificables a lo largo del estudio mediante su número de historia clínica en el sistema informático de Atención Primaria (OMI-AP®), manteniendo la investigadora una lista debidamente custodiada de dichos números, que permiten identificar y comprobar posteriormente los registros, en caso necesario.

4. VARIABLES DEL ESTUDIO

4.1. PACIENTES

Mediante encuesta estructurada y diseñada a tal efecto se recoge de cada uno de los pacientes las siguientes variables:

1. *Variables SOCIODEMOGRÁFICAS:*

- a) Edad: expresada en años. Variable cuantitativa.
- b) Sexo: variable independiente dicotómica nominal.
- c) Estado civil: dividida en 4 categorías «casado», «soltero», «separado/divorciado», «viudo». Variable nominal policotómica.
- d) Estudios: categorizada en «sin estudios», «estudios primarios», «estudios secundarios», «estudios universitarios». Variable nominal policotómica.

2. *Variables relacionados con el TRATAMIENTO DE SU PATOLOGÍA:*

- a) Tratamiento: nombres de antidiabéticos orales e insulina. Variable nominal policotómica.
- b) Duración del tratamiento: expresada en meses. Variable cuantitativa.

3. *Variables sobre la INFORMACIÓN RECIBIDA DE SU MÉDICO DE FAMILIA.* Mediante escala de Likert de frecuencia (1 - nunca, 4 -siempre) valoramos la frecuencia con la que el paciente nos dice que es o ha sido informado por su médico de familia en todas las fases del proceso asistencial:

- a. Información sobre el DIAGNÓSTICO de la enfermedad: exploraciones para el diagnóstico precoz, confirmación de su enfermedad, características de su enfermedad.
- b. Información sobre el TRATAMIENTO de su enfermedad: medidas higiénicas, dietéticas, actividad física, utilidad del tratamiento farmacológico, utilidad del tratamiento, horario de las tomas y su relación con la dieta, dosis, vía de administración, efectos secundarios, contraindicaciones, revisiones, tratamientos alternativos y solicitud de la opinión del paciente para la elección del tratamiento.

- c. Información sobre el PRONÓSTICO de la enfermedad: evolución de la enfermedad sin tratamiento, pronóstico de la enfermedad con tratamiento, riesgos y complicaciones de la enfermedad.
 - d. Información sobre las EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS: motivo de solicitud, molestias que pueden producir, posibles complicaciones y resultados de las exploraciones complementarias.
 - e. Información sobre el IMPACTO de la enfermedad: impacto personal, laboral, familiar y social.
4. *CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA INFORMACIÓN*: información verdadera, utilización de un lenguaje comprensible, adecuada a las necesidades personales del paciente, entendimiento por parte del paciente de dicha información, proporcionarla de forma oral y/o escrita, creencia del paciente de que la información que le proporciona su médico hace que cumpla con el tratamiento prescrito, tiempo suficiente para la información y resolución de las dudas planteadas.
5. *GRADO DE SATISFACCIÓN CON LA INFORMACIÓN RECIBIDA*. Mediante una escala de Likert (1 - nada satisfecho, 5 - muy satisfecho). Valoración que realiza el paciente sobre la información recibida acerca de la enfermedad que tiene, sobre el tratamiento, sobre los riesgos y las complicaciones y sobre las pruebas complementarias, es decir, de forma global y de cada una de las fases del proceso asistencial.
6. *CUESTIONARIOS PARA VALORAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO*:
- a) *TEST DE MORISKY-GREEN-LEVINE*: método indirecto de valoración del cumplimiento terapéutico, validado para la población española y empleado con frecuencia en enfermedades crónicas. Consta de 4 preguntas con respuesta dicotómica que pretende valorar si el paciente adopta actitudes correctas en relación con el tratamiento (se considera cumplidor si responde de forma correcta a las 4 preguntas). Es un test que subestima al buen cumplidor y sobrestima el no cumplimiento en un 7,9%. Es un método sencillo que permite realizar las preguntas entremezcladas con la conversación y de forma cordial, permitiendo obtener información sobre las causas del incumplimiento en función de las respuestas. Las preguntas son: «¿Se olvida de tomar alguna vez los medicamentos para su diabetes?»; «¿Es descuidado con la hora en que debe tomar la medicación?»; «Cuando se encuentra bien,

¿deja de tomar la medicación?»; «Si alguna vez le sienta mal, ¿deja de tomar la medicación?». Según los autores y las validaciones por ellos publicadas, se consideran adherentes a quienes contestan NO a las 4 preguntas y no-adherentes a quienes contestan SÍ a una o más.

- b) *TEST DE CUMPLIMIENTO AUTOCOMUNICADO O TEST DE HAYNES-SACKETT*: consta de dos partes. La primera consiste en evitar una pregunta directa al paciente sobre la toma de medicación, por lo que, en el entorno de una amable conversación, le haríamos ver la dificultad que los pacientes tienen para tomar su medicación introduciendo la frase: «la mayoría de pacientes tienen dificultades para tomar todos sus comprimidos». Como segunda parte del test se le haría la siguiente pregunta: «¿Tiene usted dificultad para tomar todos los suyos?». Como respuestas posibles encontramos «SÍ», «NO» (variable nominal dicotómica). En caso de respuesta afirmativa, se pregunta sobre los comprimidos tomados en el último mes. Se considera cumplidor aquel diabético cuyo porcentaje de cumplimiento autocomunicado se sitúa en el 80-110%.
- c) *CUESTIONARIO DE ADHERENCIA SMAQ (Simplified Medication Adherence Questionnaire*; Knobel y cols, 2002): adaptación del cuestionario validado en la población española para medir adherencia al tratamiento antirretroviral. Incluye 6 preguntas, de las cuales 4 tienen tres posibles respuestas «sí», «no», «no sabe/no contesta». Las preguntas son: «Alguna vez ¿olvida tomar la medicación?»; «¿Toma siempre los fármacos a la hora indicada?»; «¿Olvidó tomar la medicación durante el fin de semana?»; «En la última semana, ¿cuántas veces no tomó alguna dosis?»; «Desde la última visita, ¿cuántos días completos no tomó la medicación?». Se usa la pregunta 5 como semicuantitativa con las respuestas A (ninguna ó 95-100% de adhesión), B (1-2 ó 85-94%), C (3-5 ó 65-84%), D (6-10 ó 30-64%) y E (más de 10 ó <30%). Se considera no-adherente con las respuestas 1: sí, 2: no, 3: sí, 4: sí, 5: C, D o E, 6: más de dos días.
7. *HISTORIA CLÍNICA*: analizamos las historias clínicas informáticas en OMI-AP® de cada uno de los pacientes que han participado en el estudio, valorando las siguientes cuestiones:

- a) Confirmar tratamiento aportado por el paciente (nombre de antidiabéticos y/o principio activo) y la duración del mismo, expresada en meses.
- b) Si queda recogido en la historia clínica que el paciente ha sido informado. Se busca algún dato que informe sobre la persistencia (continuidad) o no al tratamiento. Variable nominal dicotómica, con respuestas «Sí» o «NO».
- c) La existencia o no de datos que nos permitan conocer si el paciente es adherente o no al tratamiento prescrito: control del efecto clínico, con la medida de parámetros bioquímicos, control de efectos adversos, recogido por enfermería, no existencia en la historia clínica de ningún dato sobre la adherencia al tratamiento.

4.2. MÉDICOS DE FAMILIA

Mediante encuesta estructurada y diseñada a tal efecto se recogen de cada uno de los médicos de familia las siguientes variables:

1. *Variables SOCIO-LABORALES:*
 - a) Edad: variable cuantitativa expresada en años.
 - b) Sexo: variable nominal dicotómica «hombre» o «mujer».
 - c) Estado civil: «casado», «soltero», «separado/divorciado», «viudo». Variable nominal policotómica.
 - d) Formación previa: «vía MIR», «otras vías», «otras especialidades». Variable nominal policotómica.
 - e) Años de ejercicio profesional: variable cuantitativa.
 - f) Demanda asistencial media diaria (pacientes/día): codificada en 5 sub-categorías: «<30», «30-40», «41-50», «51-60», «>60». Variable cualitativa ordinal.
 - g) Número de tarjetas sanitarias asignadas: variable cuantitativa discreta.
 - h) Medio laboral: «urbano», «rural», «semiurbano». Variable nominal policotómica.
 - i) Centro de salud docente: «sí», «no». Variable nominal dicotómica.
 - j) Tiempo que ocupa la plaza: expresada en meses. Variable cuantitativa.
2. *INFORMACIÓN PROPORCIONADA AL PACIENTE.* Mediante escala de Likert de frecuencia (1 - nunca, 4 -siempre) valoramos la frecuencia con la

que el profesional dice que informa a sus pacientes diagnosticados de diabetes en todas las fases del proceso asistencial:

- a) Información sobre el **DIAGNÓSTICO** de la enfermedad: exploraciones para el diagnóstico precoz, confirmación de su enfermedad y exploraciones complementarias y características de su enfermedad.
 - b) Información sobre el **TRATAMIENTO** de la enfermedad: medidas higiénicas, dietéticas, actividad física, finalidad del tratamiento farmacológico, horario de las tomas y su relación con la dieta, posología, vía de administración, efectos secundarios, contraindicaciones, revisiones y su periodicidad, tratamientos alternativos y solicitud de la opinión del paciente para tomar decisiones sobre su enfermedad.
 - c) Información sobre el **PRONÓSTICO** de la enfermedad: evolución de la enfermedad sin tratamiento higiénico, dietético y farmacológico, pronóstico de la enfermedad con los tratamientos actuales y riesgos y complicaciones de la enfermedad.
 - d) Información sobre las **EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS**: motivo de solicitud, posibles molestias, posibles complicaciones y resultados de las exploraciones complementarias.
 - e) Información sobre el **IMPACTO** de la enfermedad: impacto personal, laboral, familiar y social.
3. **CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA INFORMACIÓN**: información verdadera, utilización de un lenguaje comprensible, registro en la historia clínica de que el paciente ha sido informado, información adecuada a las necesidades y características personales del paciente, si creen que los pacientes entienden la información proporcionada, forma de proporcionarla (oral y/o escrita), si cree que la información proporcionada hace que sus pacientes cumplan con los tratamientos prescritos, tiempo suficiente para informar y resolución de las dudas planteadas por los pacientes.

5. RECOGIDA DE DATOS

5.1. FUENTES DE DATOS

Como consecuencia de la sesión informativa de la investigadora en los distintos de centros de salud se identifican los facultativos participantes y, tras su aceptación, se obtiene un listado de los números de historia clínica de los pacientes diagnosticados de DM2 adscritos a su cupo mediante el programa informático OMI-ESTADÍSTICO®. Se selecciona posteriormente a los pacientes diabéticos que cumplen los criterios de inclusión en el estudio y se les cita mediante llamada telefónica para la entrevista clínica o se les solicita la participación en el estudio según acuden a la consulta a demanda o programada de Atención Primaria.

Por tanto, los datos necesarios para la evaluación de la adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos, según la información que les proporciona su médico de Atención Primaria, se extraen de las siguientes fuentes:

5.1.1. Entrevista clínica: fuente que se utiliza como referencia en primer lugar ya que resulta imprescindible para conocer la opinión del paciente sobre la información proporcionada por su médico. Consiste en una entrevista personal con el paciente para recoger su adherencia al tratamiento mediante los cuestionarios explícitamente diseñados para este estudio.

5.1.2. Historia clínica: fundamental para comprobar medicación prescrita, duración del tratamiento y datos objetivos reflejados informáticamente en relación con la adherencia del paciente al tratamiento prescrito.

5.2. INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE DATOS

Se diseñan dos encuestas (una para médicos y otra para pacientes) que recogen todas las variables del estudio, diferenciando:

- En las *encuestas para pacientes*: variables socio-demográficas, relacionadas con la patología, sobre la información proporcionada (diagnóstico, tratamiento, pronóstico, exploraciones complementarias e impacto), características generales de información, grado de satisfacción con la información recibida y cuestionarios para valorar cumplimiento terapéutico.
- En las *encuestas para médicos*: variables socio-laborales, información proporcionada al paciente (diagnóstico, tratamiento, pronóstico, exploraciones

complementarias, impacto) y características generales y específicas de la información proporcionada.

Como apoyo básico de datos objetivos, se utiliza la HISTORIA CLÍNICA informática del paciente recogida en el programa OMI-AP®.

5.3. DESCRIPCIÓN DE INTERVENCIÓN Y SEGUIMIENTO

Tras la presentación inicial del proyecto mediante sesión clínica en los centros de salud y la aceptación de los facultativos de participar en el estudio, se divide la recogida de datos en tres períodos:

- a) Con las encuestas diseñadas para pacientes y médicos de familia realizamos un pilotaje de las mismas en 40 pacientes y 6 médicos para detectar posibles errores o deficiencias y realizar sugerencias de mejora antes de comenzar la realización de las encuestas definitivas (*validación de la encuesta*).
- b) Tras dicha validación, los médicos realizan la encuesta diseñada exclusivamente para el estudio, de forma auto-administrada y que cumplimentan voluntaria y confidencialmente.
- c) Los pacientes seleccionados son citados para la realización de una encuesta diseñada, de forma anónima y confidencial; administrada por la investigadora tras ser informados de los objetivos del estudio, la necesidad de su aceptación para formar parte en él, el destino final de la información (asegurándoles la confidencialidad sobre la misma y la no utilización de sus datos personales, con las garantías de la ley 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos). Una vez obtenido el consentimiento informado y firmado el documento exigido por la Comisión de Bioética de la Universidad de Murcia, se realiza la encuesta.
- d) Se accede a la historia clínica informática en OMI-AP® para constatar prescripciones activas, duración del tratamiento y datos escritos directos y/o indirectos que sugieran si el paciente es o no adherente.

6. CONTROLES DE CALIDAD DE LOS DATOS RECOGIDOS

6.1. CRITERIOS DE VALORACIÓN DE LA EFICACIA

Los objetivos de eficacia primaria de este estudio serían dos:

- La demostración de la concordancia que existe entre la información que los médicos de Atención Primaria dicen proporcionar a sus pacientes diabéticos y la información que estos últimos dicen haber recibido de los primeros.
- La demostración de que los pacientes con mayor nivel de adherencia al tratamiento antidiabético prescrito son aquéllos a los que su médico de Atención Primaria les proporciona mayor cantidad de información comprensible y adecuada a sus características en todas las fases del proceso asistencial.

Se considera como parámetro principal de la proporción de información la valoración del facultativo de Atención Primaria y la del propio paciente y como parámetro principal de adherencia el cumplimiento auto-comunicado por el paciente y medido por las distintas escalas validadas de adherencia terapéutica.

6.2. CRITERIOS DE VALORACIÓN DE LA CALIDAD

La calidad de la información recogida depende de los distintos errores que pueden establecerse en la historia clínica y la entrevista clínica por lo que se lleva a cabo un control previo al tratamiento estadístico de los datos que implica cinco fases:

1. Introducción de datos en el ordenador.
2. Depuración de los datos.
3. Transformación de los datos.
4. Análisis exploratorio o preliminar de los datos.
5. Análisis estadístico de los datos propiamente dicho.

Todos los controles metodológicos y de calidad, previos a los análisis principales y a la fase de interpretación de los datos, se realizan utilizando las técnicas habituales de detección y corrección de errores.

6.3. CUADERNOS DE RECOGIDA DE DATOS Y FUENTES DE DOCUMENTACIÓN

Los datos recogidos durante el estudio en las encuestas diseñadas a tal efecto son escritos de forma legible por la investigadora usando un bolígrafo. Los errores se tachan y se escribe claramente al lado del error.

Los datos son introducidos en una base de datos informática que permite el aseguramiento de la calidad.

6.4. SEGURIDAD

En referencia a los parámetros de seguridad, la naturaleza del diseño del presente trabajo hace que no se registren efectos adversos, complicaciones y/o abandonos del estudio entre los facultativos ni en la población de pacientes diabéticos incluidos, por lo que no es preciso incluir dicha notificación.

7. ANÁLISIS DE LOS DATOS Y CONSIDERACIONES ESTADÍSTICAS

En este estudio, los datos se recogen en los cuestionarios específicos diseñados, se introducen en una base de datos generada por el programa estadístico SPSSv19 de la forma codificada preestablecida.

La gestión de los datos se lleva a cabo según las normas y los procedimientos de depuración de datos que proceden para garantizar la integridad de los mismos, por ejemplo, eliminando los posibles errores e incongruencias.

7.1. Responsabilidad de gestión y análisis de los datos

El análisis estadístico de los datos obtenidos es responsabilidad de un asesor estadístico que coordina el análisis y redacta un plan de análisis estadístico en el que constan los detalles del análisis.

Los datos registrados por el investigador son revisados por el analista del estudio con el objetivo de detectar información ausente e inconsistencias en los datos. Siempre que es posible, la investigadora recupera dicha información. Tras la pertinente corrección de la base de datos, su validación para asegurar la calidad de la misma y su cierre, el asesor estadístico externo puede iniciar el análisis de datos.

7.2. Métodos estadísticos generales

7.2.1. Análisis descriptivo univariante o distribución simple de frecuencias

Se calculan las frecuencias y los porcentajes para las variables cualitativas, y las medias, desviaciones estándar o típicas, valores máximos y mínimos para las mediciones cuantitativas. Cuando las variables analizadas tienen desviaciones elevadas, se incluye el cálculo de otras medidas de tendencia central, como medianas o modas y estimadores robustos. Se realiza el cálculo de intervalos de confianza del 95% tanto para medias como para proporciones.

El análisis de los datos se realiza tanto de forma agrupada como de forma desagregada (por grupos de edad, sexo, etc.). Se utiliza el análisis gráfico que es la forma más rápida y eficiente de visualizar los resultados. Todo ello acompañado de las correspondientes tablas de frecuencia que proporcionan una descripción cuantitativa detallada.

7.2.2. Análisis bivariante o asociación entre variables

Se comparan las puntuaciones de cada variable dependiente con las variables independientes mediante métodos estadísticos paramétricos:

- Si una variable es de tipo cuantitativo y la otra cualitativa, para la comparación de las medias con una variable dicotómica se utiliza la prueba estadística t de Student. En los casos en que la variable cualitativa tiene más de 2 categorías, se utiliza el análisis de la varianza de una vía (ANOVA) tras comprobar que se cumplen los supuestos del modelo (independencia, normalidad e igualdad de varianzas).
- Cuando no se cumplen los criterios de aplicación de dichos análisis se emplean pruebas no paramétricas (test de la U de Mann-Whitney cuando la variable cualitativa tiene 2 niveles y el test de Kruskal-Wallis si la medición cualitativa está formada por 3 niveles o más).
- Si ambas variables son de tipo cualitativo se realiza una tabulación cruzada (tablas de contingencia) empleando el estadístico chi-cuadrado de Pearson para contrastar la hipótesis de independencia (en tablas $r \times s$) o el test de Fisher (en tablas 2×2). Todos los resultados se consideran significativos estadísticamente si $p < 0,05$.

7.2.3. Índice Kappa (de Ullibbarri y Pita, 1999)

Utilizamos como medida de concordancia entre dos observadores (pacientes y médicos) el índice Kappa, dado que contrastamos datos cualitativos o de tipo categórico.

Como resultados, podemos encontrar que la máxima concordancia posible corresponde con $K=1$. El valor $K=0$ se obtiene cuando la concordancia observada es la se espera exclusivamente al azar.

Para interpretar los resultados obtenidos, usamos la tabla que se muestra a continuación de valoración del Índice Kappa:

Valor de K	Fuerza de la concordancia
<0,20	Pobre
0,21-0,40	Débil
0,41-0,60	Moderada
0,61-0,80	Buena
0,81-1,00	Muy buena

Tabla 8. Valores de K de índice de Kappa

8. ASPECTOS ÉTICOS, LEGALES Y ADMINISTRATIVOS

La presente investigación se realiza bajo el compromiso del cumplimiento de las normas éticas de investigación y de los requerimientos legales necesarios para poder llevar a cabo este tipo de estudio.

8.1. MARCO LEGAL

El marco legal que recoge las normas éticas de aplicación en investigación biomédica es el siguiente:

- Principios de la Declaración de Helsinki (Seúl, Octubre 2008) y normas de Buena Práctica Clínica (BPC) emitidas por el Grupo de Trabajo sobre Eficacia de Sustancias Medicinales de la Comunidad Económica Europea (1990).
- Convenio de Oviedo para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respeto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina, hecho en Oviedo el 4 de Abril de 1997, ratificado con su publicación en el BOE el 20 de Octubre de 1999.
- Ley 14/2007, de 3 de Julio, de Investigación Biomédica.
- Decreto nº 58/1998, de 8 de Octubre de 1998, por el que se regulan los Comités Éticos de Investigación Clínica en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.
- Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de datos de carácter personal.
- Real Decreto 1720/2007, de 21 de Diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

8.2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente estudio fue aprobado por el Comité de Bioética de la Universidad de Murcia. La investigadora se responsabilizó de explicar a facultativos y pacientes la naturaleza y propósito del estudio (incluido soporte informático formato PowerPoint® para los médicos) con el fin de recibir el consentimiento de participación en el trabajo. Una vez conseguido, tanto médicos como pacientes firmaron un documento de consentimiento informado.

Cuando la investigadora obtiene el consentimiento de los pacientes, tiene en cuenta lo siguiente:

- Ningún paciente es sometido a una influencia indebida, como puede ser la obligación de participar en el estudio.
- El lenguaje y las expresiones utilizadas en la información son lo más claras y comprensibles posible. Se ofrece a los pacientes la posibilidad de hacer preguntas y recibir respuestas satisfactorias a sus dudas, así como el tiempo suficiente para decidir si desean o no participar en el estudio.

8.3. EVALUACIÓN DE BENEFICIO-RIESGO. PÓLIZA DE SEGURO

Dado el carácter observacional del estudio, la implicación del paciente en el mismo no implica un riesgo adicional ya que la recogida de datos mediante entrevista clínica y de su historia clínica no conlleva un cambio en la práctica diagnóstica, evaluadora o terapéutica adicional a la que de por sí estima oportuna su médico responsable.

Por otra parte, la Orden SAS/3470/2009, de 16 de Diciembre, por la que se publican las directrices sobre estudios post-autorización de tipo observacional para medicamentos de uso humano, aclara que *“las entrevistas, los cuestionarios y las muestras de sangre se pueden considerar como práctica clínica habitual”*.

Por lo anteriormente expuesto, y en vista de que no se trata de un ensayo clínico con medicamentos y que la intervención realizada a causa del estudio no supuso ningún riesgo para el paciente, no se contrata ninguna póliza de seguro específica para este estudio.

8.4. CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS DEL PACIENTE

La información de cada uno de los pacientes obtenida a partir de este estudio se considera confidencial a todos los efectos y se prohíbe su difusión a terceras personas. Esta información puede facilitarse al médico del paciente sólo después de que el paciente lo haya aprobado.

La información de la base de datos que genera el estudio está anonimizada y no contiene identificación alguna del paciente, más que un código numérico con el que no es posible desvelar su identidad.

El almacenaje de los cuadernos de recogida de datos se realiza en un lugar seguro impidiendo que ninguna persona que no pertenezca al equipo investigador pueda tener acceso a los mismos.

La investigadora garantiza que la utilización y divulgación de la información sanitaria protegida obtenida durante el estudio de investigación cumple la legislación relacionada con la privacidad y protección de los datos personales.

8.5. POLÍTICA DE PUBLICACIÓN Y DIFUSIÓN DE RESULTADOS

La investigadora principal del estudio se compromete a publicar los resultados, tanto positivos como negativos, de este trabajo en revistas científicas. Se mantendrá en todo momento el anonimato de los sujetos participantes.

Los resultados o conclusiones del ensayo clínico se comunicarán preferentemente en publicaciones científicas antes de ser divulgados al público no sanitario. No se darán a conocer de modo prematuro o sensacionalista procedimientos de eficacia todavía no determinada o exagerar ésta.

IV. RESULTADOS

1. Análisis de las características socio-demográficas y clínicas de los pacientes diabéticos

Se recogen datos de un total de 481 pacientes diabéticos tipo 2 que aceptan participar en el estudio.

1.1. Datos socio-demográficos:

En la Tabla 9 encontramos los datos socio-demográficos de los pacientes diabéticos de nuestra muestra.

		n (%)
Edad (años)	≤55	111 (23,1)
	56-64	148 (30,7)
	64-74	143 (29,8)
	≥75	79 (16,4)
Género	Hombre	277 (57,6)
	Mujer	204 (42,4)
Estado civil	Solo	129 (26,8)
	En pareja	352 (73,2)
Nacionalidad	Española	463 (96,3)
	Otros	18 (3,7)
Nivel de estudios	Sin estudios	123 (25,6)
	Estudios primarios	233 (48,4)
	Estudios secundarios	89 (18,5)
	Estudios universitarios	36 (7,5)

Tabla 9. Datos socio-demográficos de los pacientes diabéticos

Edad

Según nos muestra la Figura 4, la media de edad de la muestra es de 63,3 años, con una desviación típica de 11,04. La edad mínima es 31 y la máxima 89.

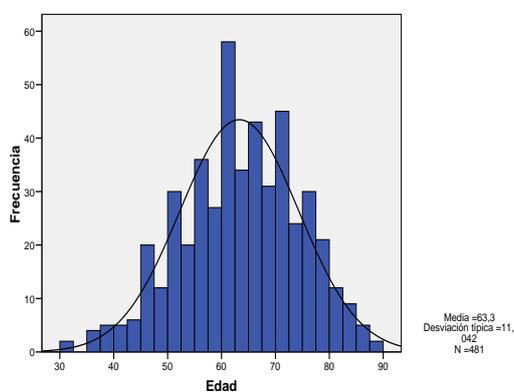


Figura 4 .Distribución de la muestra de pacientes por edad

Sexo

Respecto al género (Figura 5) encontramos un ligero predominio masculino, siendo 277 los hombres (que representan el 57,6%) y 204 las mujeres (que suponen el 42,4% restante).

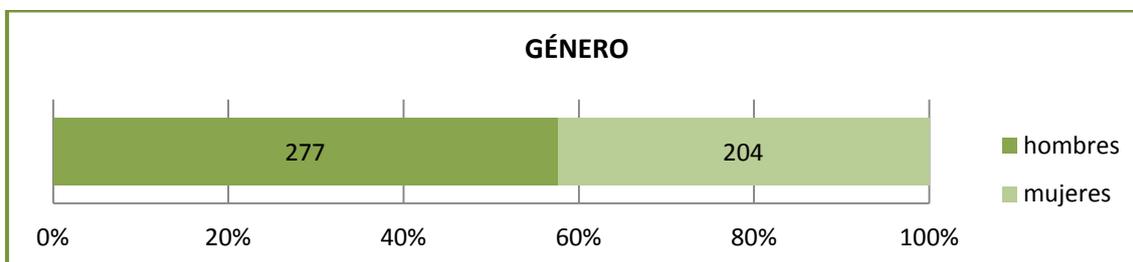


Figura 5. Distribución de la muestra de pacientes por género

Estado civil

Si agrupamos en 2 las 4 categorías analizadas (Figura 6) en *casado/en pareja o solo*, encontramos que tres de cada cuatro pacientes (73,2%) vive en pareja.

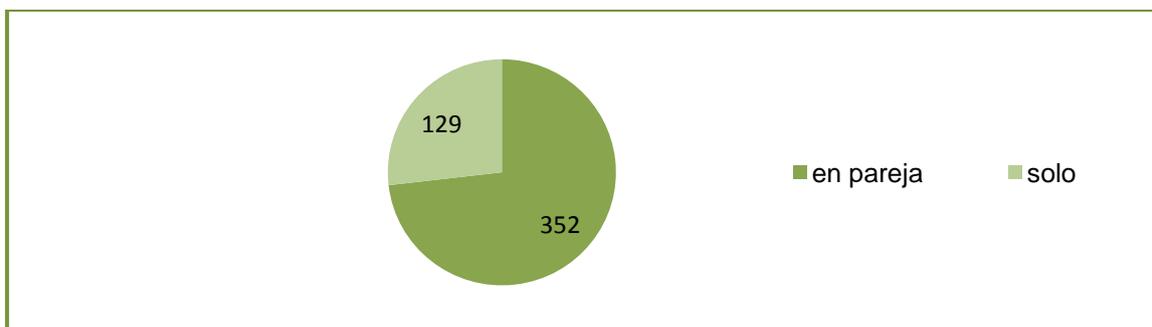


Figura 6. Distribución de la muestra de pacientes por estado civil

País de nacimiento. Tiempo viviendo en España

El 96,3% de los pacientes son de nacionalidad española, distribuyéndose los extranjeros entre Sudamérica (66,7%), otro país europeo (5,6%) y África (27,8%).

De estos 18 extranjeros la media de tiempo viviendo en España es de 10,39 meses, con una desviación típica de 10,3. El mínimo de estancia en este país es de 3 meses y el máximo de 47 meses.

Nivel de estudios

Según la Figura 7, casi la mitad de la muestra de los pacientes (48,4%) tiene nivel de *estudios primarios*, seguido del 25,6% *sin estudios* y del 18,5% que tienen *estudios secundarios*. Sólo el 7,5% de ellos cursó *estudios universitarios*.

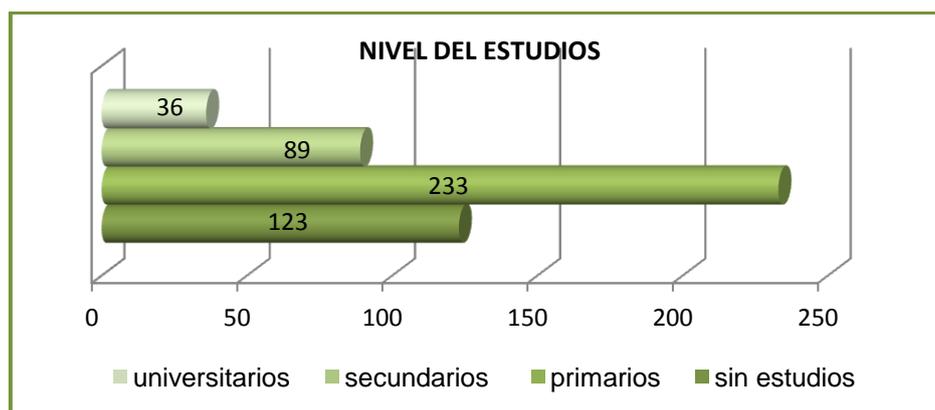


Figura 7. Distribución de la muestra de pacientes según el nivel de estudios

1.2. Datos sobre el tratamiento

En la Tabla 10 se muestran los datos sobre el tratamiento antidiabético que refieren los pacientes de nuestra muestra.

		n (%)
Tipo de tratamiento	ADO	197 (41)
	Combinaciones de ADOS	135 (28,1)
	Insulina	34 (7,1)
	ADO + Insulina	46 (9,6)
	NS/NC	69 (14,3)
Tiempo de tratamiento (meses)	>11	100 (20,7)
	12-24	135 (28)
	25-48	94 (19,5)
	≥49	152 (31,8)

Tabla 10. Datos clínicos de pacientes diabéticos (según el propio paciente)

Tratamiento (Figura 8)

De los 481 pacientes, 197 (41%) están tratados con un Antidiabético oral (ADO), 135 con combinaciones de ADOs (28,1%), 46 con ADO + insulina (9,6%) y finalmente 34 sólo con insulina (7,1%).

De los pacientes tratados con ADO destaca el uso de la Metformina en el 32,6% de los casos (157 diabéticos), seguido de la combinación Metformina + Incretinas en un 10% (48 pacientes) y finalmente de la Insulina en 34 pacientes (7,1%). Los tres grupos siguientes en frecuencia serían, en orden decreciente: Metformina + Insulina en 32 pacientes (6,7%), Metformina + Metiglinida en 28 diabéticos (5,8%) y Metformina + Sulfonilureas en 26 casos (5,4%). El hecho de que existan múltiples combinaciones de ADO refleja la amplia dispersión que supone la individualización del tratamiento.

El 14,3% de los pacientes (69) desconoce el tratamiento que toma para su DM2.

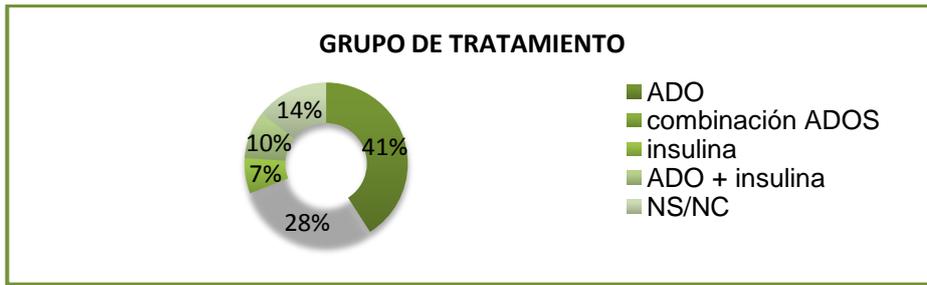


Figura 8. Distribución de la muestra de pacientes según el grupo de tratamiento que refiere el paciente

Tiempo de tratamiento

El tiempo de tratamiento, según lo que refieren los propios pacientes presenta una media de 44,12 meses con una desviación típica de 44,4 (Figura 9), un mínimo de 3 meses y un máximo de 240.

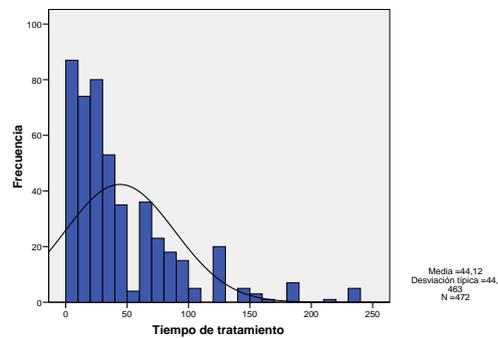


Figura 9. Histograma de frecuencias de tiempo de tratamiento según refieren los pacientes

2. Análisis de las características socio-demográficas y laborales de los médicos de Atención Primaria

Se recogen datos de un total de 60 médicos de Atención Primaria, con los datos socio-demográficos y laborales reflejados en la Tabla 11.

		n (%)
Edad (años)	≤45	25 (41,8)
	≥46	35 (58,2)
Género	Hombre	33 (55)
	Mujer	27 (45)
Estado civil	Solo	18 (30)
	En pareja	42 (70)
Años de ejercicio Profesional	≤20	29 (48,5)
	≥21	31 (51,5)
Formación profesional	MIR	44 (73,3)
	Otras	16 (26,7)
Medio laboral	Urbano	33 (55)
	Semiurbano	8 (13,3)
	Rural	19 (31,7)
Centro docente	Sí	47 (78)
	No	13 (22)
Número de tarjetas sanitarias	≤1500	28 (47,1)
	>1500	32 (52,9)
Demanda asistencial media diaria (pacientes/día)	<30	4 (6,7)
	30-40	23 (38,3)
	41-50	26 (43,3)
	51-60	7 (11,7)
Tiempo que ocupa la plaza (meses)	≤36	31 (51,9)
	≥37	29 (48,1)

Tabla 11. Datos socio-demográficos y laborales de los médicos de Atención Primaria

Edad

La media de edad de la muestra es de 45,2 años con una desviación típica de 10,274. La edad mínima registrada fue de 28 años y la máxima de 63. Podemos observar en la distribución de edades que nos muestra el histograma (Figura 10) que existe una mayor concentración de médicos con edades comprendidas entre los 42 y los 57 años.

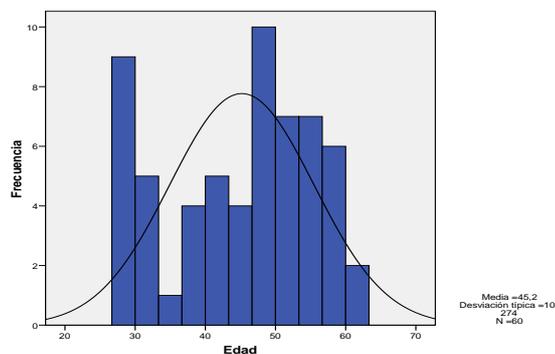


Figura 10. Distribución de la muestra de médicos por edades

Sexo

Respecto al género, la muestra es prácticamente homogénea, con 33 hombres (55%), frente a 27 mujeres, que suponen el 45% restante (Figura 11).

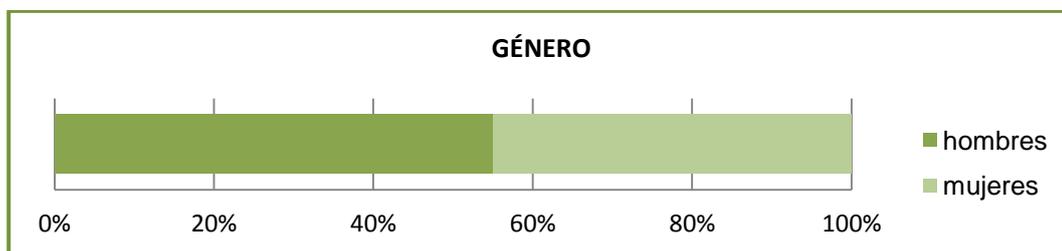


Figura 11. Distribución de la muestra de médicos por género

Estado civil

Si reducimos a dos las 4 categorías analizadas (Figura 12) y agrupamos en *casado/en pareja o solo* encontramos que el 70% de los médicos pertenecen a la primera categoría, con tan sólo 18 *solteros o separados/divorciados*.

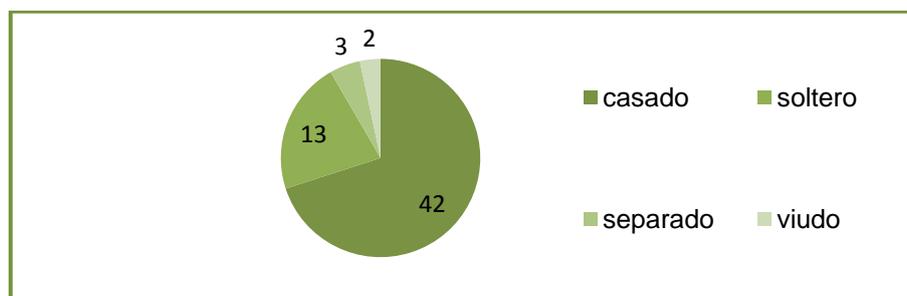


Figura 12. Distribución de la muestra de médicos por estado civil

Años de ejercicio profesional

Según observamos en la Figura 13, la media de los años ejercidos de los 60 médicos es de 18,63 con una desviación típica de 10,32 y con un registro mínimo de 1 año y un máximo de 37.

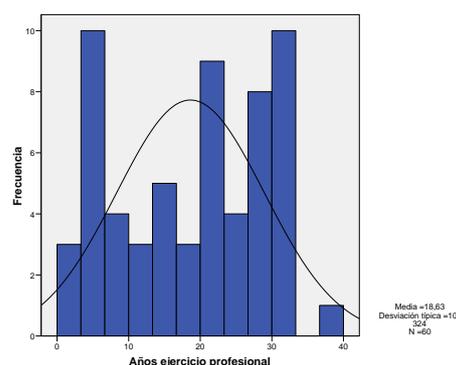


Figura 13. Distribución de la muestra de médicos por años de ejercicio profesional

Formación profesional previa

La mayoría de los profesionales analizados presenta como vía de formación el MIR: 44 de los 60 médicos, que constituyen el 73,3%.

Medio laboral

Más de la mitad de los médicos, concretamente el 55%, ejercen su asistencia en centros de salud urbanos, mientras que el 31,7% lo hacen en medio rural y el 13,3% en semiurbano (Figura 14).

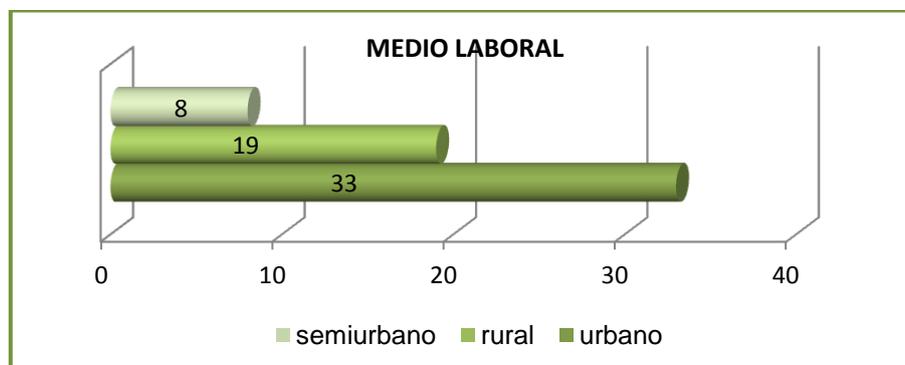


Figura 14. Distribución de la muestra de médicos por medio laboral

Centro docente

Como refleja la Figura 15, de los 60 médicos encuestados aproximadamente una cuarta parte (21,7%) desarrolla su labor asistencial en un centro de salud no docente, siendo 47 los profesionales que sí compaginan la atención al paciente con la docencia (78,3%).

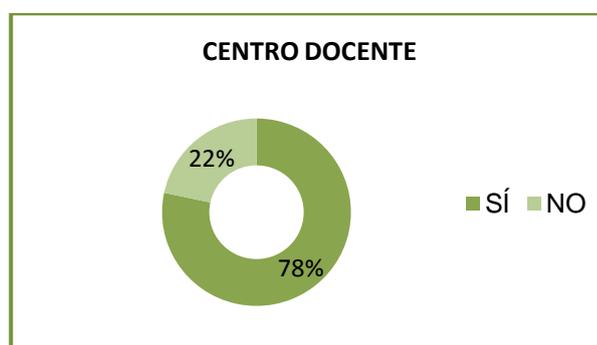


Figura 15. Distribución de la muestra de médicos por docencia en el centro de salud

Número de tarjetas sanitarias (Figura 16)

La media de tarjetas sanitarias adscritas a cada médico de Atención Primaria encuestado es de 1517,27 con una desviación típica de 166,393, un mínimo de 949 y un máximo de 1800.

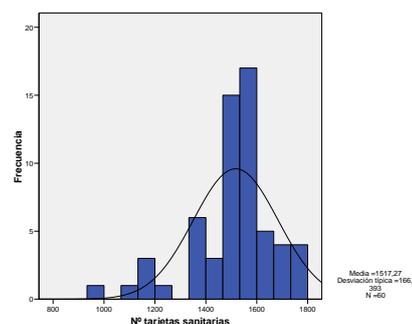


Figura 16. Histograma del número de tarjetas sanitarias

Demanda asistencial media diaria

Casi la mitad de los médicos encuestados (43,3%) atiende diariamente a una media de 41-50 pacientes. El 38,3% refiere atender entre 30 y 40 pacientes/día, el 6,7% menos de 30 pacientes y el 11,7% entre 50 y 60 (Figura 17).

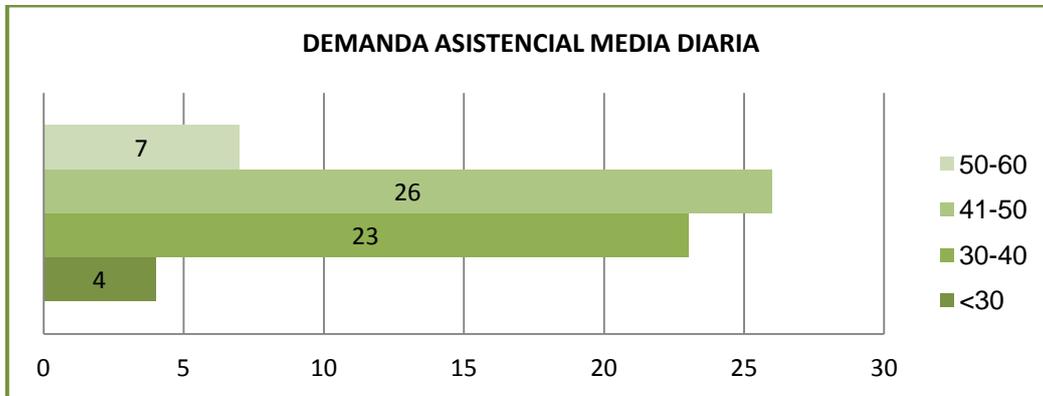


Figura 17. Distribución de la muestra de médicos por demanda asistencial media diaria

Tiempo que ocupa la plaza

Los facultativos tienen asignada la plaza en el centro de salud en el que se realiza este estudio una media de 72,75 meses, con una desviación típica de 80,6, un mínimo de 2 meses y un máximo de 350 (Figura 18).

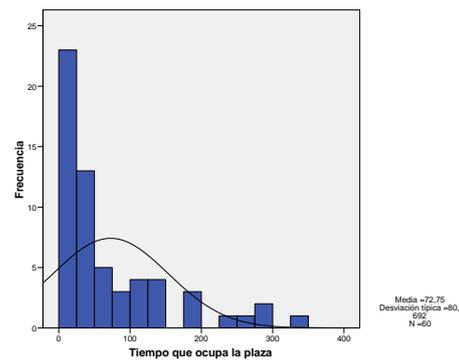


Figura 18. Histograma del tiempo que ocupa la plaza

3. Análisis de la información que los pacientes diabéticos refieren haber recibido de su médico de Atención Primaria

3.1. Características generales de la información

En la Tabla 12 encontramos las características generales de la información que los pacientes diabéticos dicen haber recibido de su médico de Atención Primaria.

	Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
<i>Información verdadera</i>	3 (0,6)	15 (3,1)	85 (17,7)	378 (78,6)
<i>Lenguaje comprensible</i>	5 (1)	23 (4,8)	109 (22,7)	344 (71,5)
<i>Información adecuada</i>	5 (1)	39 (8,1)	124 (25,8)	313 (65,1)
<i>Entiende información</i>	3 (0,6)	20 (4,2)	122 (25,4)	336 (69,9)
<i>Información oral</i>	3 (0,6)	17 (3,5)	82 (17)	379 (78,8)
<i>Información escrita</i>	119 (24,7)	225 (46,8)	88 (18,3)	49 (10,2)
<i>Información hace que el paciente cumpla el tratamiento</i>	5 (1)	83 (17,3)	208 (43,2)	185 (38,5)
<i>Tiempo suficiente</i>	22 (4,6)	57 (11,9)	177 (36,8)	225 (46,8)
<i>Resuelve dudas</i>	9 (1,9)	46 (9,6)	153 (31,8)	273 (56,8)

Tabla 12. Distribución de la frecuencia de las características generales de la información recibida según los pacientes

Información verdadera

El 96,3% de los pacientes cree que su médico le proporciona información verdadera, de los cuales el 78,6% cree que *siempre* y el 17,7% que *casi siempre* (Figura 19).

Hay 15 pacientes que creen que esta información proporcionada es verdadera a veces (3,1%) y 3 consideran que *nunca*.

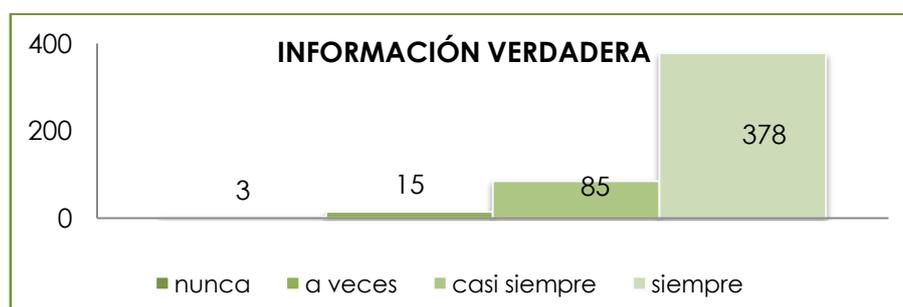


Figura 19. Distribución de la muestra de pacientes según información verdadera proporcionada por su médico

Lenguaje comprensible

Tal y como muestra la Figura 20, 453 de los 481 pacientes (94,2%) consideran que su médico utiliza un lenguaje comprensible para informarlo, de los que el 71,5% consideran que lo hacen *siempre* y el 22,7% *casi siempre*.

Sólo un 1% de la muestra dice que su médico *nunca* utiliza un lenguaje comprensible.

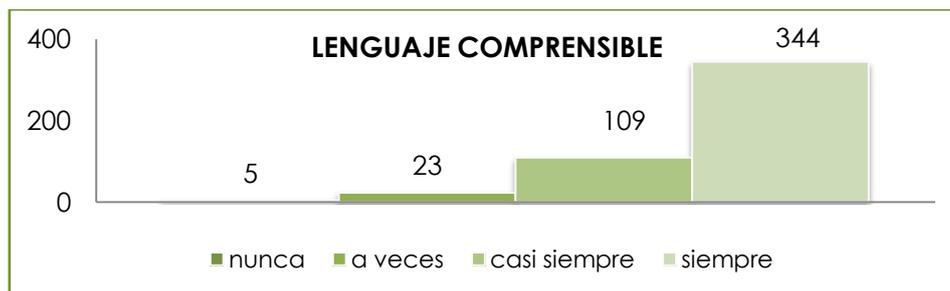


Figura 20. Distribución de la muestra de pacientes según lenguaje comprensible

Información adecuada a sus necesidades y características

El 90,9% de los pacientes cree que la información que le da su médico es adecuada a sus necesidades y características (Figura 21), de los cuales el 65,1% dice que *siempre* es así (313/481) y el 25,8% *casi siempre* (124/481).

De los 44 diabéticos que no consideran que dicha información sea adecuada, el 8,1% creen que es *a veces*.



Figura 21. Distribución de la muestra de pacientes según reciba información adecuada proporcionada por su médico

Entiende la información proporcionada

En la Figura 22 se observa que el 95,2% de los pacientes entiende la información que le proporciona el médico, el 25,4% *casi siempre* y el 69,9% *siempre*.

De los 23 pacientes que dicen no entenderla, el 4,2% es *a veces*.



Figura 22. Distribución de la muestra de pacientes según entiende la información proporcionada por su médico

Información oral / escrita (Figuras 23-25)

El 95,8% de los pacientes son informados exclusivamente de forma oral por su médico (461 de los 481), con una frecuencia de *siempre* en un 78,8% y de *casi siempre* en el 17%. De los 17 diabéticos que dicen no ser informados, el 3,5% lo es a veces

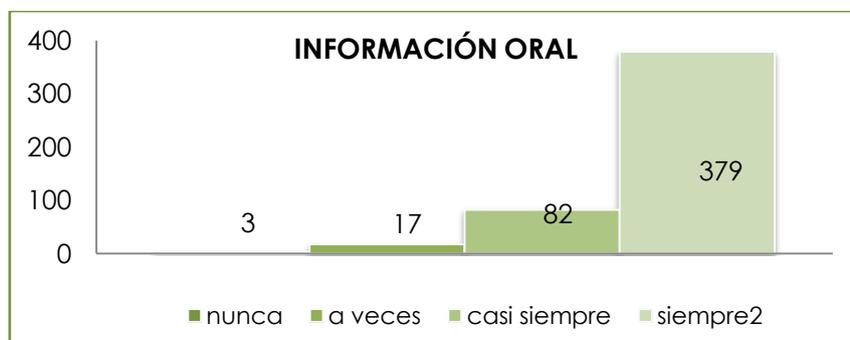


Figura 23. Distribución de la muestra de pacientes según reciban información oral

El 71,5% de los pacientes (344 de 481) refiere que su médico no le proporciona información escrita, siendo en el 24,7% de los casos *nunca* y en el 46,8% *a veces*.

Casi siempre reciben información escrita el 18,3% de los diabéticos y *siempre* el 10,2%.

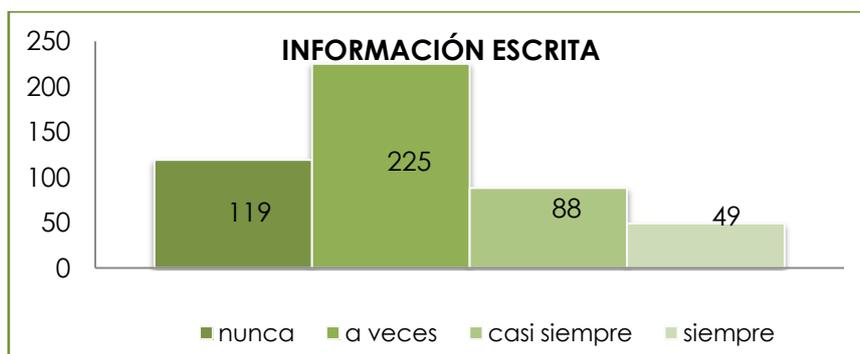


Figura 24. Distribución de la muestra de pacientes según reciban información escrita

Información proporcionada por el médico hace que cumpla con el tratamiento

Tal y como muestra la Figura 25, 393 de los 481 pacientes entrevistados creen que la información que les proporciona su médico hace que cumplan con los tratamientos que les prescriben (*casi siempre* el 43,2% y *siempre* el 38,5%).

De los que no creen que influya, un 18,3%, el 17,3% cree que lo hace a veces.

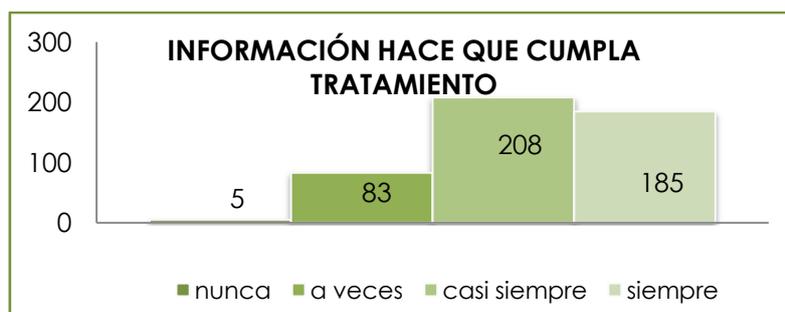


Figura 25. Distribución de la muestra de pacientes según creen que la información proporcionada hace que cumpla tratamiento

El médico tiene tiempo suficiente para informarlo

Hay un 83,6% de los pacientes (402) que creen que el médico tiene el tiempo suficiente para informarlo: *casi siempre* el 36,8%, *siempre* el 46,8%.

El 11,9% de los pacientes (57) cree que tiene tiempo suficiente *a veces*, frente al 4,6% (22 pacientes) que opina que no tiene tiempo *nunca*.

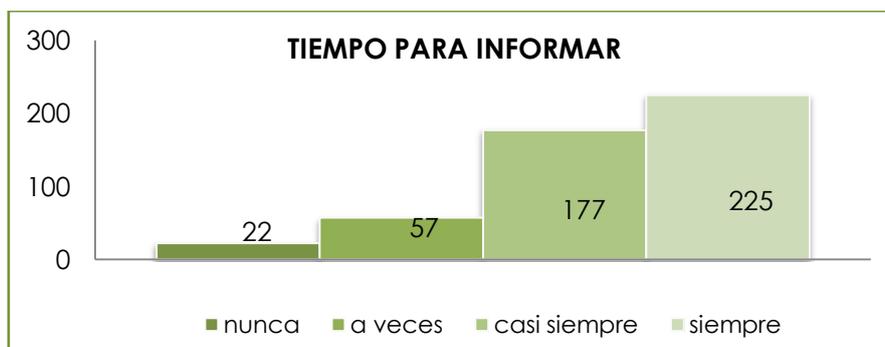


Figura 26. Distribución de la muestra de pacientes según tiempo para informar

El médico resuelve las dudas que le plantea

De los 55 pacientes que consideran que su médico no resuelve sus dudas, el 1,9% refiere que *nunca* (9) y el 9,6% que *a veces* (Figura 27).

Existe una mayoría (88,6%) que sí cree que el médico resuelve las dudas que le plantea, con más de la mitad de los pacientes diabéticos que dice que lo hace *siempre* (56,8%).

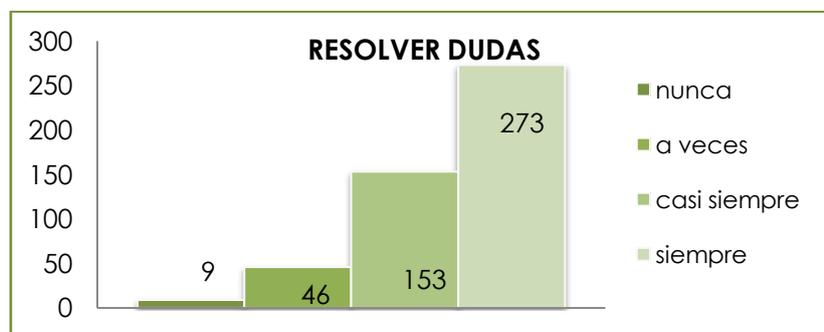


Figura 27. Distribución de la muestra de pacientes según médico resuelva sus dudas

3.2. Características específicas de la información

3.2.1. Información del diagnóstico

En la Tabla 13 encontramos las características de la información que el paciente diabético refiere haber recibido de su médico de Atención Primaria sobre el diagnóstico de su enfermedad.

	Nunca n (%)	A veces n (%)	Casi siempre n (%)	Siempre n (%)
Diagnóstico precoz	40 (8,3)	121 (25,2)	223 (46,4)	97 (20,2)
Confirmación y pruebas complementarias	27 (5,6)	124 (25,8)	203 (42,2)	127 (26,4)
Características de la enfermedad	9 (1,9)	69 (14,3)	232 (48,2)	171 (35,6)

Tabla 13. Distribución de la frecuencia según la información de los pacientes recibida sobre el diagnóstico

Información sobre pruebas para diagnóstico precoz (Figura 28)

El 66,5% de los pacientes (320) dice que su médico le ha informado sobre las pruebas que tenía que poner en marcha para hacer el diagnóstico precoz de su enfermedad, *casi siempre* en un 46,4% y *siempre* en un 20,2%.

El 25,2% considera que solamente han sido informados *a veces*.



Figura 28. Distribución de la muestra de pacientes según la información de pruebas complementarias para diagnóstico precoz de DM2

Información sobre pruebas para confirmar DM2 (Figura 29)

Respecto a si su médico le ha informado cuando confirmó su enfermedad y las exploraciones complementarias que le debería realizar para ello, 203 pacientes dicen que *casi siempre* (42,2%) y 127 que *siempre* (26,4%).

Hay un 31,4% que considera que no han sido informados, el 5,6% *nunca*.



Figura 29. Distribución de la muestra de pacientes según la información de confirmación de DM2 y pruebas complementarias para el diagnóstico

Información sobre características de su enfermedad (Figura 30)

Sólo el 16,2% de los pacientes dicen que no han sido informados por su médico de las características de su DM2, aunque de los mismos el 14,3% considera que ha sido *a veces*.

Casi la mitad de los pacientes de la muestra (48,2%) considera que *casi siempre* ha recibido dicha información.



Figura 30. Distribución de la muestra de pacientes según la información de características de la DM2

3.2.2. Información del tratamiento

En la Tabla 14 encontramos las características de la información que el paciente diabético refiere haber recibido de su médico de Atención Primaria sobre el tratamiento de su enfermedad.

	Nunca n (%)	A veces n (%)	Casi siempre n (%)	Siempre n (%)
Medidas higiénicas	9 (1,9)	30 (6,2)	107 (22,2)	335 (69,6)
Medidas dietéticas	7 (1,5)	25 (5,2)	81 (16,8)	368 (76,5)
Actividad física	7 (1,5)	24 (5)	89 (18,5)	361 (75,1)
Finalidad del tratamiento	7 (1,5)	41 (8,5)	130 (27)	303 (63)
Hora de toma y relación con dieta	6 (1,2)	28 (5,8)	108 (22,5)	339 (70,5)
Posología	4 (0,8)	15 (3,1)	80 (16,6)	382 (79,4)
Vía de administración	7 (1,5)	23 (4,8)	71 (14,8)	380 (79)
Efectos secundarios	186 (38,7)	123 (25,6)	119 (24,7)	53 (11)
Contraindicaciones	237 (49,3)	131 (27,2)	70 (14,6)	43 (8,9)
Revisiones	9 (1,9)	57 (11,9)	156 (32,4)	259 (53,8)
Tratamientos alternativos	187 (38,9)	152 (31,6)	98 (20,4)	44 (9,1)
Opinión de pacientes	41 (8,5)	130 (27)	182 (37,8)	128 (26,6)

Tabla 14. Distribución de la frecuencia de proporcionar información del tratamiento según el paciente

Información sobre medidas higiénicas / dietéticas / actividad física (Figuras 31 - 33)

El 91,9% de los pacientes es informado de las medidas higiénicas que debe realizar para mejorar su enfermedad, siendo informados *casi siempre* el 22,2% y *siempre* el 69,6%.

De los 39 pacientes que dicen no ser informados, hay 30 (6,2%) que reconoce que a veces.

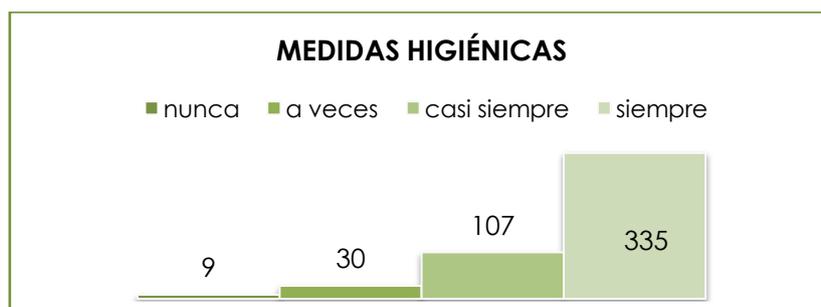


Figura 31. Distribución de la muestra de pacientes según información de medidas higiénicas

Respecto a las medidas dietéticas, el 93,3% está informado, siendo sólo el 1,5% el que *nunca* ha recibido dicha información.

De la mayoría que ha sido informado, el 16,8% ha sido *casi siempre* y el 76,5% *siempre*.

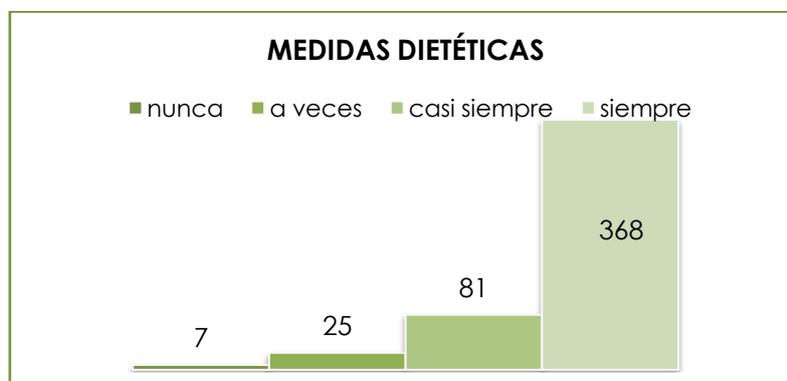


Figura 32. Distribución de la muestra de pacientes según información de medidas dietéticas

De los 450 pacientes que dicen haber sido informados de la conveniencia de la realización de ejercicio físico para mejorar la DM2, 89 lo han sido *casi siempre* (18,5%) y 361 *siempre* (75,1%).

Sólo el 6,5% dice no haber sido informado, predominando el 5% que dice haberlo sido a veces.

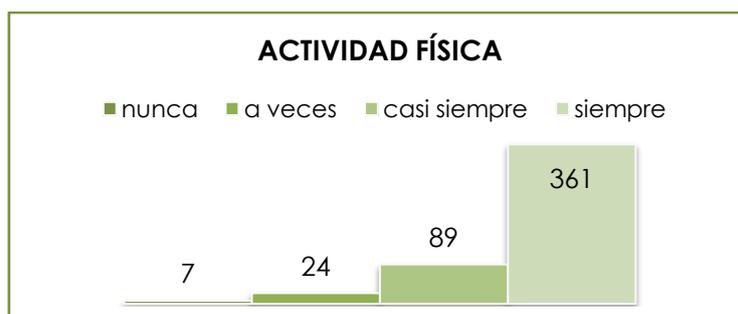


Figura 33. Distribución de la muestra de pacientes según información de actividad física

Información sobre finalidad del tratamiento farmacológico (Figura 34)

Del 90% de los pacientes que dicen haber sido informados sobre la finalidad del tratamiento farmacológico (433 de 481), el 27% dicen que *casi siempre* y el 63% que *siempre*. Sólo 7 pacientes dicen que nunca han sido informados (1,5%) y 41 a veces (8,5%).

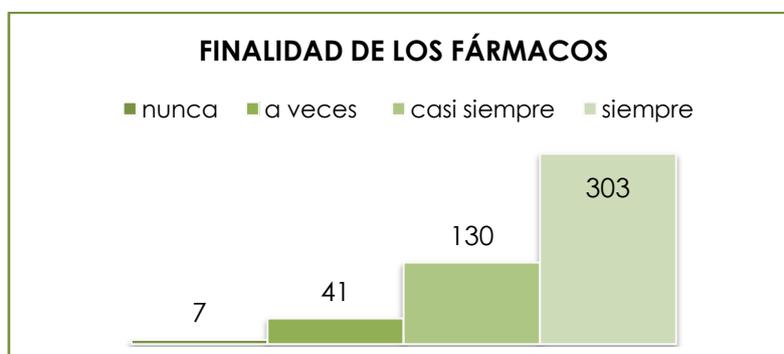


Figura 34. Distribución de la muestra de pacientes según información de finalidad de fármacos

Información sobre hora de tomar tratamiento y relación con la dieta (Figura 35)

El 1,2% de los pacientes (6) dicen no haber sido informados *nunca* sobre el horario de la toma de la medicación y de la relación con la dieta, mientras que 28 (5,8%) lo han sido *a veces*; el resto lo ha sido *casi siempre* en un 22,5% y *siempre* en un 70,5%.

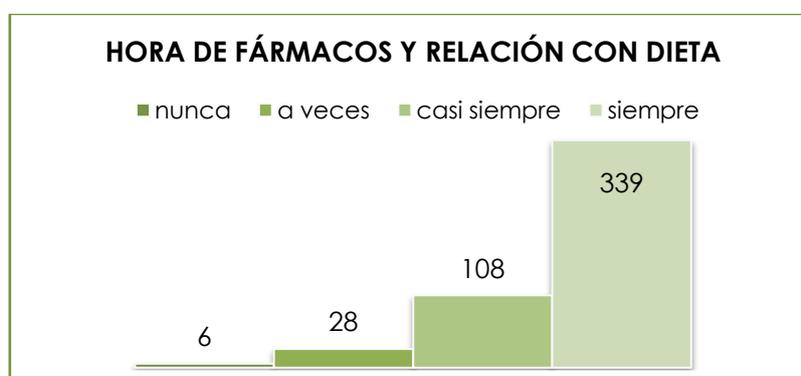


Figura 35. Distribución de la muestra de pacientes según información de hora de tomar fármacos y relación con la dieta

Información sobre posología (Figura 36)

Hay 19 pacientes que no han sido informados sobre la dosis que tienen que administrarse, aunque el 3,1% lo es *a veces*.

Del 96% que dice ser informado, el 79,4% lo es *siempre*.

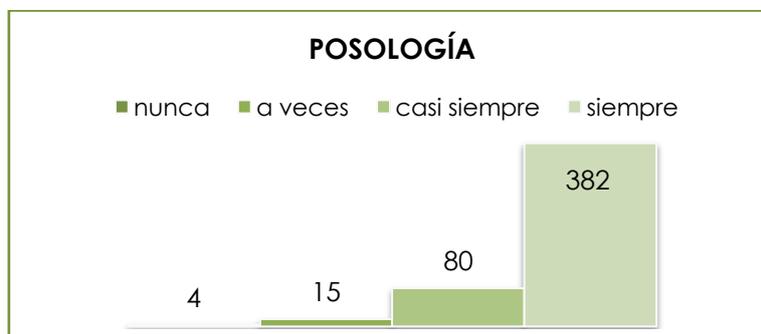


Figura 36. Distribución de la muestra de pacientes según información de posología

Información sobre vía de administración (Figura 37)

El 6,2% de los pacientes refieren que no se les ha dado información sobre la vía de administración del tratamiento farmacológico, de los cuales *a veces* la reciben el 4,8%, mientras que del 93,8% restante, el 79% la recibe *siempre*.



Figura 37. Distribución de la muestra de pacientes según la información de la vía de administración del tratamiento

Información sobre efectos secundarios (Figura 38)

El 64,2% de los pacientes (309 de 481) dice no haber sido informado sobre los efectos secundarios del tratamiento farmacológico: 38,7% *nunca* y 25,6% *a veces*.

De los 172 pacientes que sí han sido informados, el 24,7% lo son *casi siempre*.



Figura 38. Distribución de la muestra de pacientes según la información de los efectos secundarios

Información sobre contraindicaciones (Figura 39)

Aproximadamente tres cuartas partes de los diabéticos encuestados (368/481 que son el 76,5%) dice no haber sido informado sobre las contraindicaciones del tratamiento farmacológico con una frecuencia de *nunca* el 49,3% (237/481) y *a veces* 27,2% (131/481).

De los que han recibido esta información, sólo el 8,9% afirma que *siempre*.



Figura 39. Distribución de la muestra de pacientes según información de contraindicaciones de fármacos

Información sobre revisiones (Figura 40)

Un 86,3% de la muestra de pacientes ha obtenido información sobre las revisiones que debe hacerse y su periodicidad: *casi siempre* el 32,4% y *siempre* el 53,8%.

Dentro del 13,7% no informado, un 11,9% lo ha sido *a veces*.

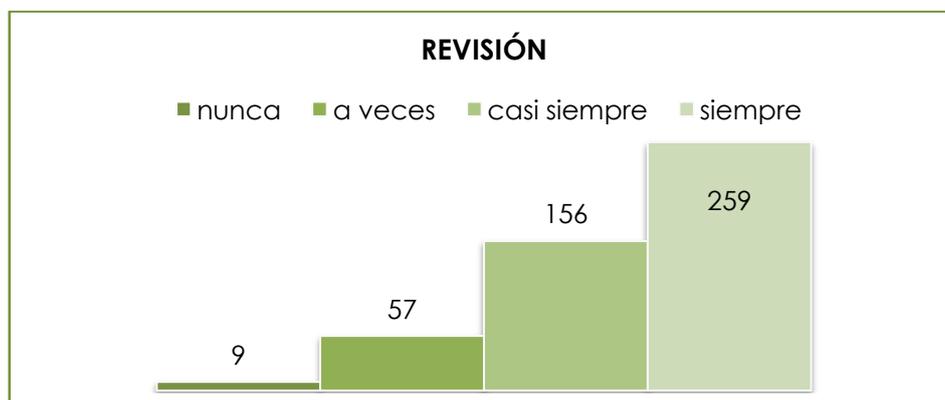


Figura 40. Distribución de la muestra de pacientes según información de revisiones

Información sobre tratamientos alternativos (Figura 41)

Respecto a la información sobre otros tratamientos alternativos al que el paciente está realizando no es informado el 70,5% de la muestra (38,9% *nunca* y 31,6% *a veces*).

Del 29,5% que dice estar informado, en 98 casos (20,4%) es *casi siempre* y en 44 (9,1%) *siempre*.



Figura 41. Distribución de la muestra de pacientes según la información recibida de tratamientos alternativos

Información sobre si su médico le pide opinión a la hora de tomar decisiones sobre su enfermedad (Figura 42)

El 64,4% de los pacientes dice que su médico le pide su opinión a la hora de tomar decisiones sobre su enfermedad: el 37,8% *casi siempre* y el 26,6% *siempre*.

El 8,5% de los pacientes (41) dicen que *nunca* se cuenta con su opinión y a 130 encuestados se la piden *a veces* (27%).



Figura 42. Distribución de la muestra de pacientes según si su médico le pide opinión para tomar decisiones

3.2.3. Información del pronóstico

En la Tabla 15 se describen las características de la información que el paciente diabético refiere haber recibido de su médico de Atención Primaria sobre el pronóstico de su enfermedad.

	Nunca n (%)	A veces n (%)	Casi siempre n (%)	Siempre n (%)
<i>Pronóstico sin tratamiento</i>	34 (7,1)	108 (22,5)	174 (36,2)	165 (34,3)
<i>Pronóstico con tratamiento actual</i>	32 (6,7)	109 (22,7)	176 (36,6)	164 (34,1)
<i>Riesgos y complicaciones de la enfermedad</i>	22 (4,6)	90 (18,7)	153 (31,8)	216 (44,9)

Tabla 15. Distribución de la frecuencia de proporcionar información del pronóstico según los pacientes

Información sobre pronóstico sin tratamiento

Como comprobamos en la Figura 43, la mayoría de los pacientes (70,5%) es informada por su médico sobre el pronóstico de la DM2 si no se realiza tratamiento higiénico, dietético y/o farmacológico, con una distribución del 36,2% *casi siempre* y 34,3% *siempre*.

El 7,1% *nunca* ha recibido dicha información y el 22,5% la ha recibido *a veces*.



Figura 43. Distribución de la muestra de pacientes según información de pronóstico sin tratamiento

Información sobre pronóstico con el tratamiento actual

De los 481 diabéticos, 340 (70,7%) reciben de sus médicos información sobre el pronóstico de la DM2 con el tratamiento actual, *casi siempre* el 36,6% y *siempre* el 34,1%.

El 6,7% de los diabéticos (32) *nunca* ha recibido tal información (6,7%) y el 22,7% *a veces* (Figura 44).



Figura 44. Distribución de la muestra de pacientes según información de pronóstico con tratamiento actual

Información sobre riesgos y complicaciones de su DM2

Como refleja la Figura 45, de los 112 pacientes que no reciben información sobre los riesgos y las complicaciones de la DM2, 22 no la han recibido *nunca* (4,6%) y 18,7% *a veces*.

El 76,7% de los pacientes han sido informados, el 31,8% *casi siempre* y el 44,9% *siempre*.



Figura 45. Distribución de la muestra de pacientes según información de riesgos y complicaciones de la DM2

3.2.4. Información de las exploraciones complementarias

En la Tabla 16 encontramos las características de la información que el paciente diabético refiere haber recibido de su médico de Atención Primaria sobre el tratamiento de su enfermedad.

	Nunca n (%)	A veces n (%)	Casi siempre n (%)	Siempre n (%)
<i>Motivo de solicitud</i>	87 (18,1)	122 (25,4)	170 (35,3)	102 (21,2)
<i>Molestias que pueden producir</i>	249 (51,8)	141 (29,3)	59 (12,3)	32 (6,7)
<i>Posibles complicaciones</i>	283 (58,8)	117 (24,3)	43 (8,9)	38 (7,9)
<i>Resultados</i>	12 (2,5)	23 (4,8)	79 (16,4)	367 (76,3)

Tabla 16. Distribución de la frecuencia de proporcionar información de exploraciones complementarias según el paciente

Información sobre motivo de solicitud (Figura 46)

Más de la mitad de los pacientes de la muestra (56,5%) ha sido informado sobre el motivo de la solicitud de exploraciones complementarias: *casi siempre* el 35,3% y *siempre* el 21,2%.

El 18,1% no han sido informados *nunca* (87) y 25,4% *a veces* (122).

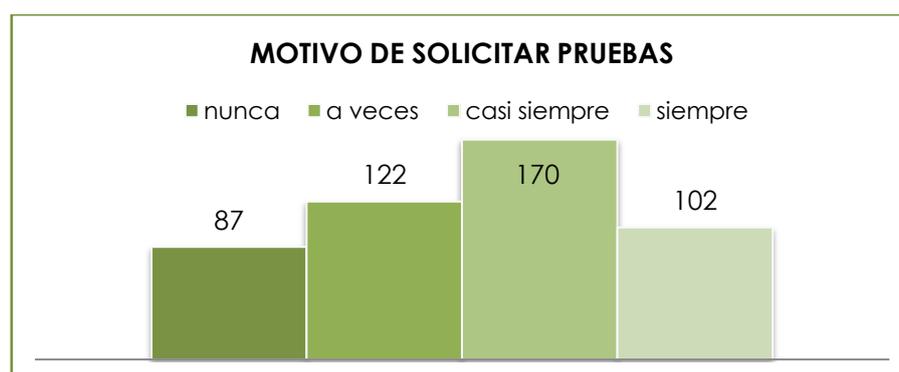


Figura 46. Distribución de la muestra de pacientes según la información recibida del motivo de solicitud de pruebas complementarias

Información sobre molestias que pueden producir (Figura 47)

Sólo 91 pacientes (18,9%) han sido informado por su médico sobre las molestias que pueden producir las exploraciones complementarias: nunca lo han hecho en el 51,8% y a veces en el 29,3%

De los pacientes diabéticos informados, sólo el 6,7% recibe *siempre* información.

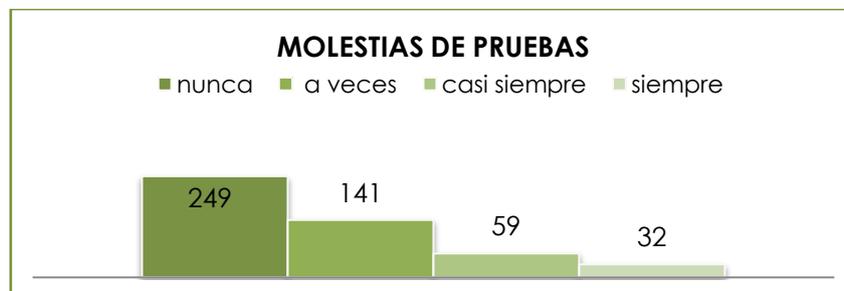


Figura 47. Distribución de la muestra de pacientes según información de molestias que pueden producir las exploraciones complementarias

Información sobre posibles complicaciones (Figura 48)

El 83,2% de los pacientes (400) no ha sido informado sobre las posibles complicaciones de las exploraciones complementarias: 58,8% *nunca* y 24,3% *a veces*.

Hay 81 casos que sí han recibido dicha información, *casi siempre* en el 8,9%.



Figura 48. Distribución de la muestra de pacientes según información de posibles complicaciones de las exploraciones complementarias

Información sobre resultados (Figura 49)

Sólo 34 diabéticos (7,1%) dicen que su médico no les ha informado sobre los resultados obtenidos de las exploraciones complementarias: 2,5% *nunca* y 4,8% *a veces*. *Siempre* han sido informados el 76,3% de la muestra.

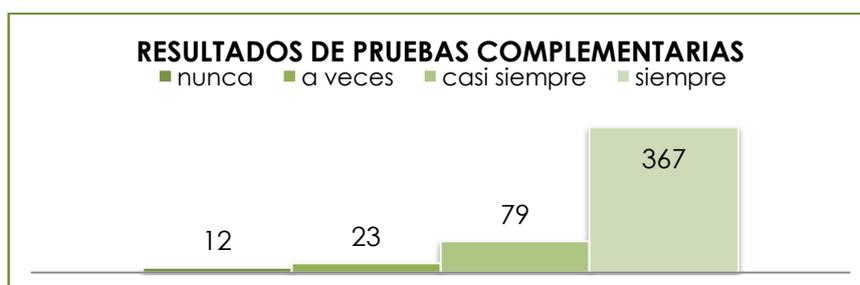


Figura 49. Distribución de la muestra de pacientes según la información recibida de los resultados de las exploraciones complementarias

3.2.5. Información sobre el impacto de la enfermedad

En la Tabla 17 se describen las características de la información que el paciente diabético refiere haber recibido de su médico de Atención Primaria sobre el impacto de su enfermedad.

	Nunca n (%)	A veces n (%)	Casi siempre n (%)	Siempre n (%)
<i>Impacto personal</i>	148 (30,8)	141 (29,3)	135 (28,1)	57 (11,9)
<i>Impacto laboral</i>	200 (41,6)	140 (29,1)	94 (19,5)	47 (9,8)
<i>Impacto familiar</i>	180 (37,4)	161 (33,5)	98 (20,4)	42 (8,7)
<i>Impacto social</i>	216 (44,9)	146 (30,4)	75 (15,6)	44 (9,1)

Tabla 17. Distribución de la frecuencia de proporcionar información sobre el impacto de la enfermedad según los pacientes

Información sobre impacto personal

En la Figura 50 vemos la distribución de la muestra según la información que el paciente dice haber recibido de su médico sobre el impacto personal de su DM2: aunque predomina la tendencia de no informar (*nunca* 30,8% y *a veces* 29,3%), casi el 40% de los pacientes están informados (28,1% *casi siempre* y 11,9% *siempre*).

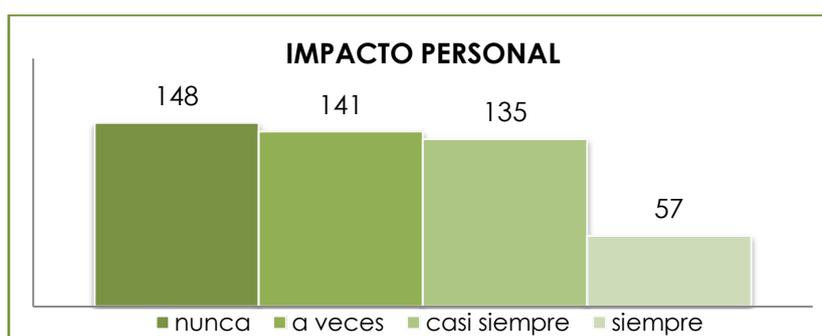


Figura 50. Distribución de la muestra de pacientes según la información recibida sobre impacto personal de su enfermedad

Información sobre impacto laboral

La mayoría de los pacientes, el 70,7%, no es informado sobre el impacto laboral de su diabetes, haciéndolo *nunca* en el 41,6% y *a veces* en el 29,1% (Figura 51).

Del casi 30% informado, sólo el 9,8% lo es *siempre*.



Figura 51. Distribución de la muestra de pacientes según la información recibida sobre el impacto laboral de su enfermedad

Información sobre impacto familiar

De los 341 pacientes que no son informados sobre el impacto familiar de su enfermedad (70,9%) el 37,4% lo es *a veces*.

Reflejado en la Figura 52, vemos que de los 140 pacientes informados (29,1%) el 20,4% lo son *casi siempre*.

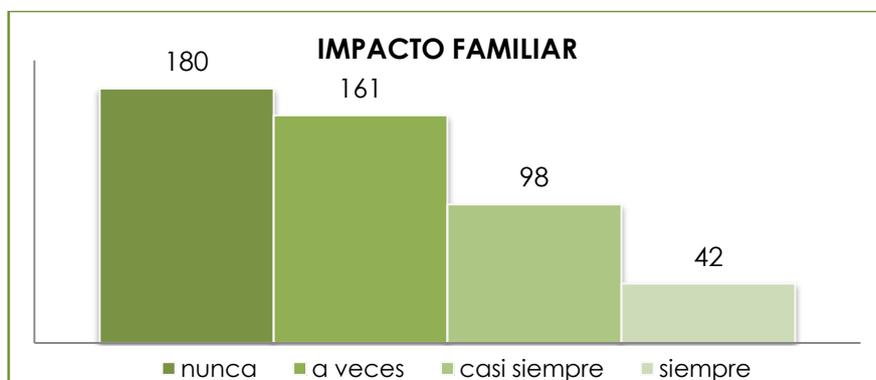


Figura 52. Distribución de la muestra de pacientes según la información recibida sobre el impacto familiar de su enfermedad

Información sobre impacto social

La Figura 53 nos muestra que sólo 119 pacientes (24,7%) dicen haber sido informados sobre cómo puede afectar en su vida social su enfermedad, siendo el 9,1% *siempre*.

De los que no han sido informados, no lo han sido *nunca* el 44,9%.

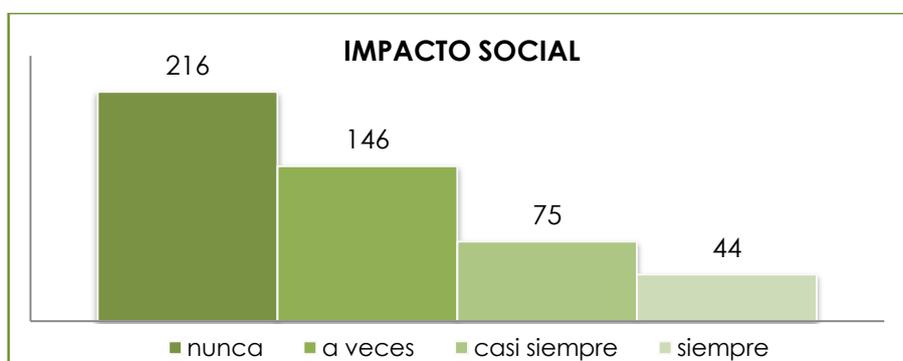


Figura 53. Distribución de la muestra de pacientes según la información recibida sobre el impacto social de su enfermedad

4. Análisis de la información que el médico de Atención Primaria refiere proporcionar a los pacientes diabéticos

4.1. Características generales de la información

Se describen en la Tabla 18 las características generales de la información proporcionada por el médico de Atención Primaria.

	Nunca n (%)	A veces n (%)	Casi siempre n (%)	Siempre n (%)
<i>Información verdadera</i>	0 (0)	0 (0)	12 (20)	48 (80)
<i>Lenguaje comprensible</i>	0 (0)	2 (3,3)	31 (51,7)	27 (45)
<i>Recogida en historia clínica</i>	5 (8,3)	33 (55)	18 (30)	4 (6,7)
<i>Información adecuada</i>	0 (0)	8 (13,3)	38 (63,3)	14 (23,3)
<i>Paciente entiende información</i>	1 (1,7)	18 (30)	33 (55)	8 (13,3)
<i>Información oral</i>	0 (0)	4 (6,7)	24 (40)	32 (53,3)
<i>Información escrita</i>	6 (10)	36 (60)	12 (20)	6 (10)
<i>Información hace que el paciente cumpla tratamiento</i>	0 (0)	21 (35)	36 (60)	3 (5)
<i>Tiempo suficiente</i>	10 (16,7)	27 (45)	19 (31,7)	4 (6,7)
<i>Resuelve dudas</i>	0 (0)	16 (26,7)	37 (61,7)	7 (11,7)

Tabla 18. Distribución de la frecuencia de las características generales de la información según el médico de atención primaria (MAP)

Información verdadera

El 100% de los médicos encuestados afirma proporcionar información verdadera a sus pacientes diabéticos, siendo en el 80% de los casos *siempre* (Figura 54).

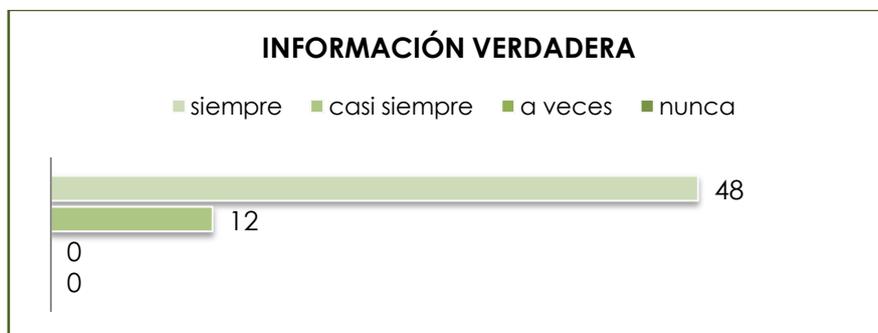


Figura 54. Distribución de la muestra de médicos según información verdadera

Lenguaje comprensible

Tal y como muestra la Figura 55, 58 de los 60 médicos, que representan 96,7%, dicen usar un lenguaje comprensible para informar a sus pacientes, siendo *casi siempre* en el 51,7% de los casos y *siempre* en un 45%.

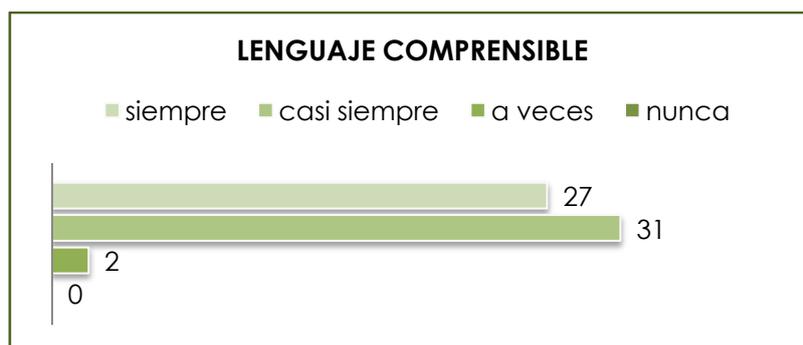


Figura 55. Distribución de la muestra de médicos según la utilización de lenguaje comprensible

Recogida en historia clínica de información proporcionada (Figura 56)

El 63,3% de los médicos reconoce no recoger en la historia clínica que el paciente ha sido informado, afirmando 5 que *nunca* (8,3%) y 33 que *a veces* (55%).

De los 22 médicos que dicen recogerlo en la historia (36,7%), sólo el 6,7% dice hacerlo *siempre*.

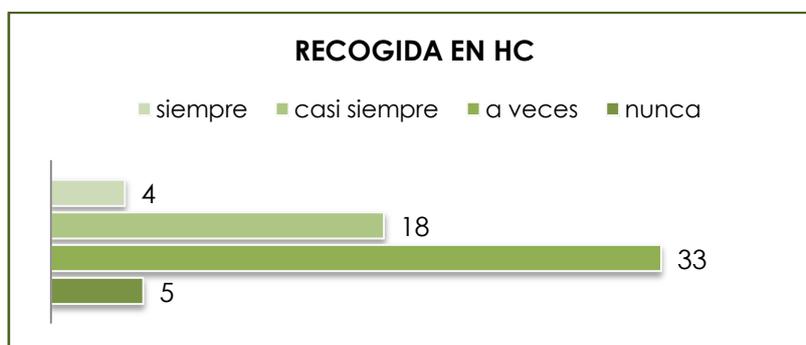


Figura 56. Distribución de la muestra de médicos según esté recogido en historia clínica la proporción de información

Información adecuada a necesidades y características del paciente

El 86,7% del total de médicos (52 de 60) cree que la información que proporciona a sus pacientes es adecuada a las necesidades y características de cada uno, siendo el 63,3% el que cree *hacerlo casi siempre* y el 23,3% *siempre*.

Ninguno cree aportar información inadecuada (Figura 57).

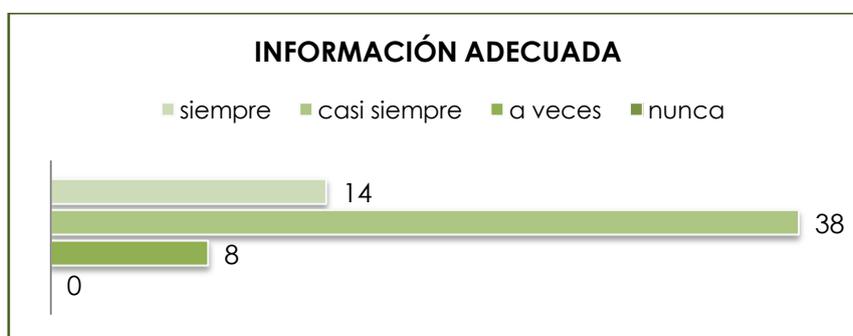


Figura 57. Distribución de la muestra de médicos según su percepción de proporcionar información adecuada

Cree que el paciente entiende la información

Como refleja la Figura 58, el 31,7% de los médicos (19 de 60) cree que los pacientes no entienden la información que les proporciona (1,7% *nunca* y 30% *a veces*); del 68,3% que cree que los pacientes sí entienden esa información, el 55% cree que *casi siempre* (33 de 60), frente al 13,3% que cree que *siempre* (8 de 60).

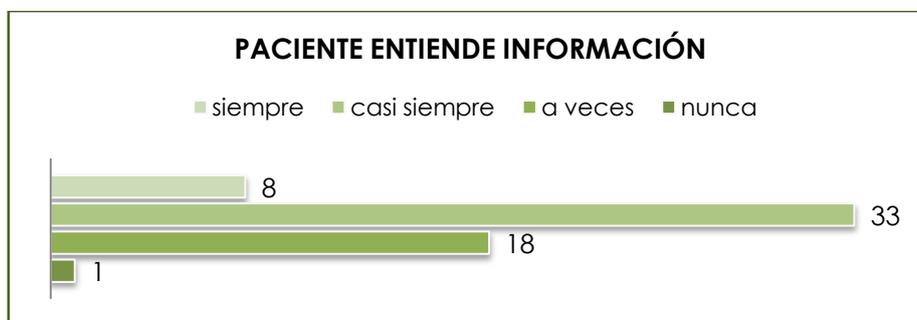


Figura 58. Distribución de la muestra de médicos si el paciente entiende la información

Información oral /escrita (Figuras 59-61)

Un 93,3% de los encuestados informa exclusivamente de forma oral a sus pacientes (56 de 60), *casi siempre* en el 40% de los casos y *siempre* en el 53,3%.

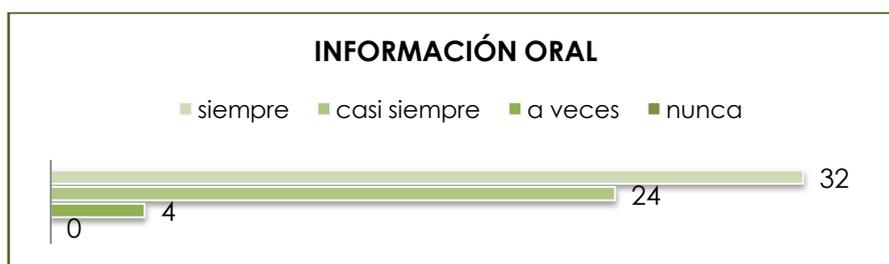


Figura 59. Distribución de la muestra de médicos según proporcione información oral

Del 30% de los médicos que proporciona información a sus pacientes también por escrito (18 de 60), el 20% lo hace *casi siempre*, mientras que del 70% que no les da información escrita, más de la mitad (un 60%) lo hace a veces (36 de 60).

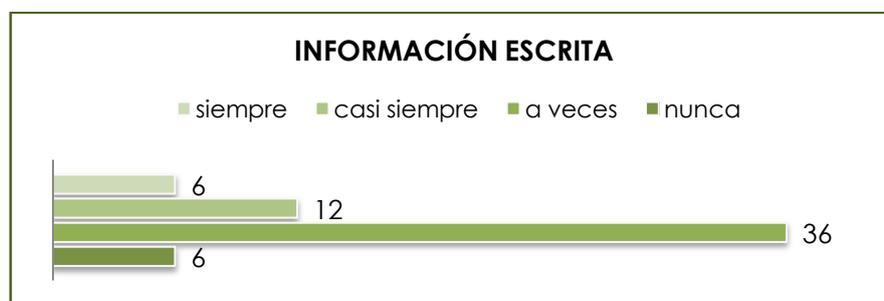


Figura 60. Distribución de la muestra de médicos según proporcione información escrita

Información proporcionada hace que el paciente cumpla el tratamiento

De los 60 médicos de nuestra muestra, 39, lo que supone el 65% del total, creen que la información que proporcionan a sus pacientes hace que cumplan con los tratamientos que les prescriben; dentro de este grupo encontramos que el 60% (36 de 60) lo cree *casi siempre* y el 5% (3 de 60) lo cree *siempre* (Figura 61).

Del 35% que no cree que su información influya en el cumplimiento, ninguno cree que *nunca*.



Figura 61. Distribución de la muestra de médicos según creen que su información hace que cumpla tratamiento

Tiempo suficiente para informar

Según la Figura 62, el 61,7% de los médicos (37 de los 60) creen no tener tiempo suficiente para informar a sus pacientes (36,7% *nunca* y 45% *a veces*), mientras que del 38,3% restante el 31,7% *casi siempre* tiene tiempo suficiente y sólo el 6,7% (4 de 60) *siempre* lo tienen.

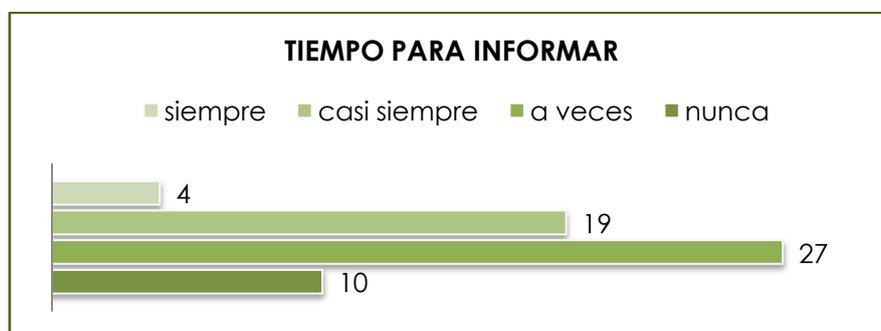


Figura 62. Distribución de la muestra de médicos según su percepción del tiempo para informar a los pacientes

Resuelve las dudas del paciente

Respecto a resolver las dudas de sus pacientes, la Figura 63 muestra que 44 médicos (73,3%) creen que sí lo hacen; de los cuales 61,7% cree que *casi siempre* y 11,7% cree que *siempre*.

Del 26,7% que cree no resolver dichas dudas, ninguno cree que *nunca* lo hace.

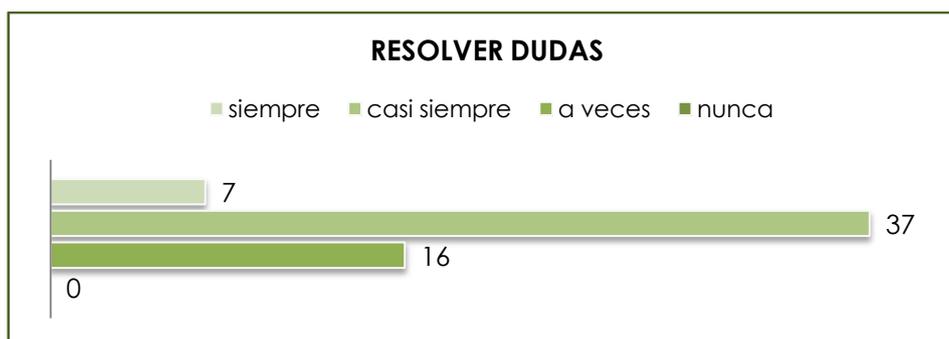


Figura 63. Distribución de la muestra de médicos según resuelva dudas

4.2. Características específicas de la información

4.2.1. Información del diagnóstico

Se describen en la Tabla 19 las características de la información proporcionada por el médico de Atención Primaria sobre el diagnóstico de la enfermedad.

	Nunca n (%)	A veces n (%)	Casi siempre n (%)	Siempre n (%)
Diagnóstico precoz	0 (0)	5 (8,3)	23 (38,3)	32 (53,3)
Confirmación y pruebas complementarias	0 (0)	1 (1,7)	18 (30)	41 (68,3)
Características de la enfermedad	0 (0)	5 (8,3)	28 (46,7)	27 (45)

Tabla 19. Distribución de la frecuencia de proporcionar información del diagnóstico según MAP

Información sobre diagnóstico precoz (Figura 64)

Un 91,7% de los médicos (55 de 60) dice que informa a sus pacientes sobre las pruebas que ha de poner en marcha para hacer el diagnóstico precoz en diabetes, siendo en el 38,3% (23 casos) *casi siempre* y en el 53,3% (32 encuestados) *siempre*. De los 5 que reconocen no informar (8,3%), todos lo hacen *a veces*.

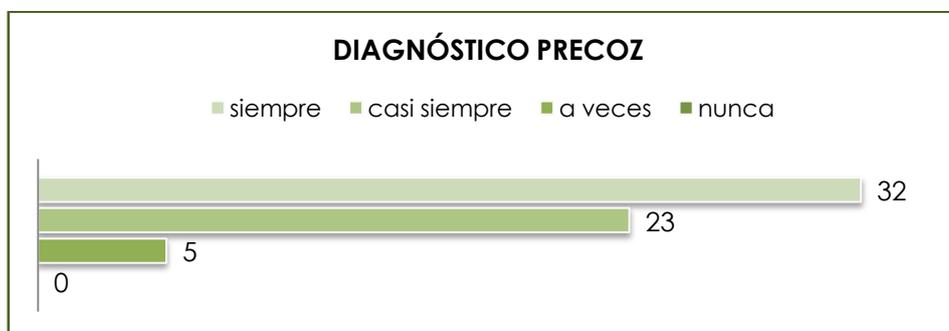


Figura 64. Distribución de la muestra de médicos según información de pruebas complementarias para diagnóstico precoz de DM2

Información sobre confirmación y pruebas complementarias (Figura 65)

El 98,3% de los médicos dice informar a sus pacientes de la confirmación de la Diabetes Mellitus y exploraciones complementarias que debe realizar para ello, siendo *casi siempre* en el 30% (18/60) y *siempre* en el 68,3% (41/60).



Figura 65. Distribución de la muestra de médicos según información de confirmación de DM2 y pruebas complementarias para diagnóstico

Información sobre características de la enfermedad (Figura 66)

Una gran mayoría de los médicos que constituyen la muestra, aproximadamente el 91,7% (55 de 60), dice informar a sus pacientes de las características de la DM2, siendo en el 46,7% *casi siempre* y en el 45% *siempre*.

Ninguno dice no proporcionar *nunca* dicha información y sólo el 8,3% reconoce hacerlo *a veces*.

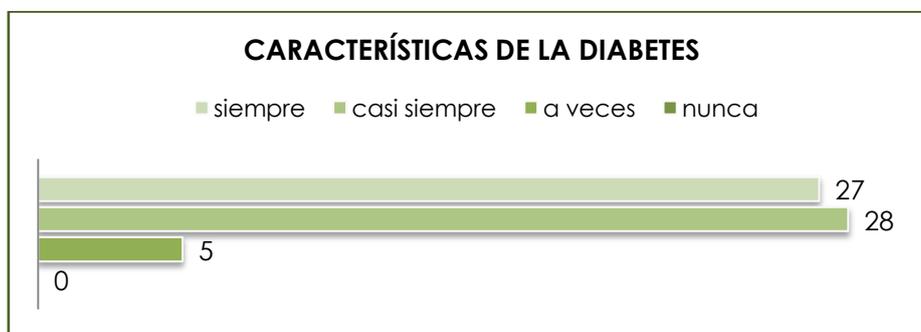


Figura 66. Distribución de la muestra de médicos según información de características de la DM2

4.2.2. Información del tratamiento

Se describen en la Tabla 20 las características de la información proporcionada por el médico de Atención Primaria sobre el tratamiento antidiabético.

	Nunca n (%)	A veces n (%)	Casi siempre n (%)	Siempre n (%)
Medidas higiénicas	1 (1,7)	1 (1,7)	19 (31,7)	39 (65)
Medidas dietéticas	0 (0)	1 (1,7)	16 (26,7)	43 (71,7)
Actividad física	0 (0)	0 (0)	19 (31,7)	41 (68,3)
Finalidad del tratamiento	0 (0)	4 (6,7)	24 (40)	32 (53,3)
Hora de toma y relación con dieta	0 (0)	1 (1,7)	26 (43,3)	33 (55)
Posología	0 (0)	0 (0)	6 (10)	54 (90)
Vía de administración	0 (0)	1 (1,7)	4 (6,7)	55 (91,7)
Efectos secundarios	0 (0)	21 (35)	30 (50)	9 (15)
Contraindicaciones	2 (3,3)	27 (45)	20 (33,3)	11 (18,3)
Revisiones	0 (0)	3 (5)	29 (48,3)	28 (46,7)
Tratamientos alternativos	7 (11,7)	32 (53,3)	10 (16,7)	11 (18,3)
Opinión de pacientes	0 (0)	9 (15)	36 (60)	15 (25)

Tabla 20. Distribución de la frecuencia de proporcionar información del tratamiento según MAP

Información sobre medidas higiénicas / dietéticas / actividad física (Figuras 67-69)

Sólo 2 médicos (3,3%) reconocen no informar de medidas higiénicas a sus pacientes como forma de mejorar su diabetes, afirmando 1 que no lo hace *nunca* y otro que *a veces*.

Del 96,7% que dicen informar, el 31,7% lo hace *casi siempre* y el 65% (39 de 60) *siempre*.

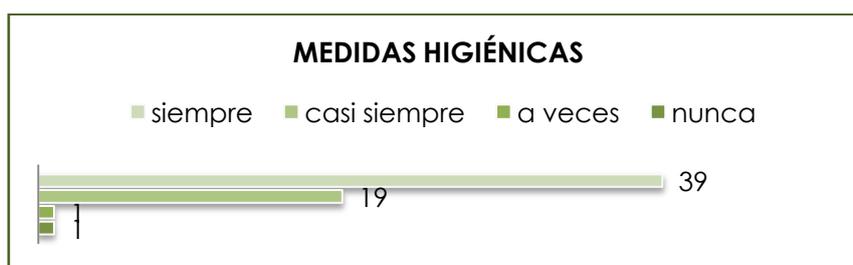


Figura 67. Distribución de la muestra de médicos según información de medidas higiénicas

Respecto a las medidas dietéticas, el 98,3% informa, siendo sólo un médico el que dice informar *a veces* (1,7%).

De la mayoría que informa, 16 lo hacen *casi siempre* (26,7%) y 43 lo hace *siempre* (71,7%).

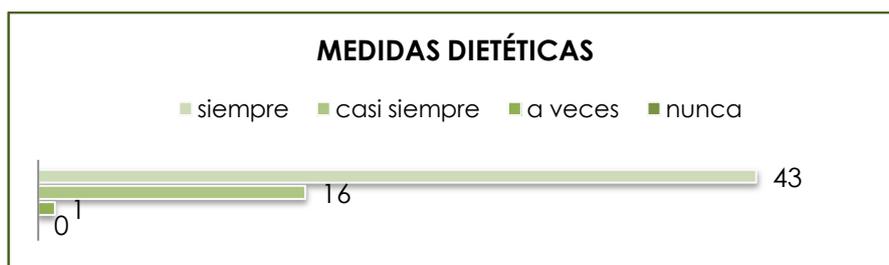


Figura 68. Distribución de la muestra de médicos según información de medidas dietéticas

Todos los médicos encuestados dicen informar de la conveniencia de la realización de ejercicio físico para mejorar la DM2, diferenciándose en que 19 lo hacen *casi siempre* y 41 *siempre* (68,3%).

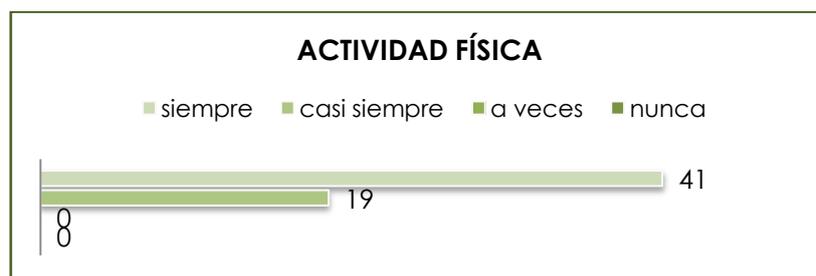


Figura 69. Distribución de la muestra de médicos según información de actividad física

Información sobre finalidad del tratamiento farmacológico (Figura 70)

Del 63,3% de médicos que dice informar a sus pacientes sobre la finalidad del tratamiento farmacológico (56 de 60), el 40% dicen hacerlo *casi siempre* y el 53,3% *siempre*. Sólo 4 médicos reconocen que lo hacen *a veces* (6,7).

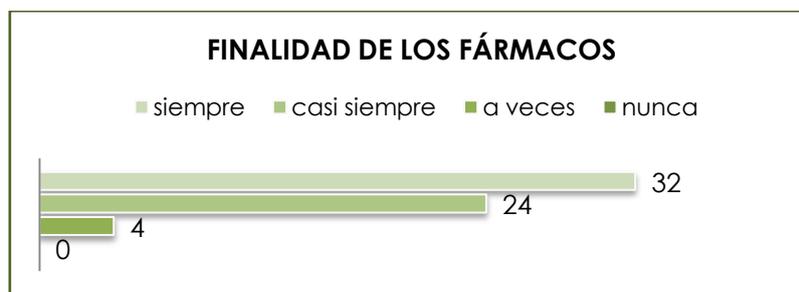


Figura 70. Distribución de la muestra de médicos según información de finalidad de fármacos

Información sobre hora de tomar tratamiento y relación con la dieta (Figura 71)

Sólo un médico dice informar del horario de la toma de la medicación y de la relación con la dieta *a veces*; el resto (98,3%) lo hace *casi siempre* en un 43,3% y *siempre* en un 55%.



Figura 71. Distribución de la muestra de médicos según información de hora de tomar fármacos y relación con la dieta

Información sobre posología (Figura 72)

Todos los médicos informan sobre la posología de la medicación prescrita, siendo en el 90% de los casos *siempre*.

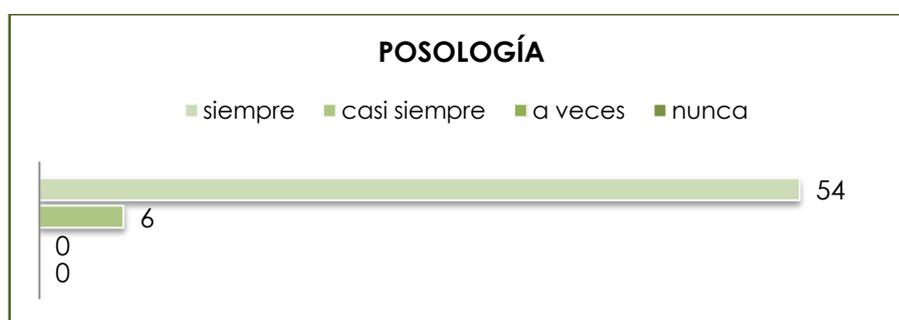


Figura 72. Distribución de la muestra de médicos según información de posología

Información sobre vía de administración (Figura 73)

El 91,7% de los médicos informa *siempre* sobre la vía de administración del tratamiento farmacológico. Tan sólo un médico dice informar a sus *a veces*.



Figura 73. Distribución de la muestra de médicos según información de vía de administración del tratamiento

Información sobre efectos secundarios (Figura 74)

El 65% de los médicos (39/60) dice informar a sus pacientes sobre los efectos secundarios del tratamiento farmacológico, de los cuales el 50% lo hacen *casi siempre* y el 15% *siempre*. Ninguno dice no informar *nunca*.

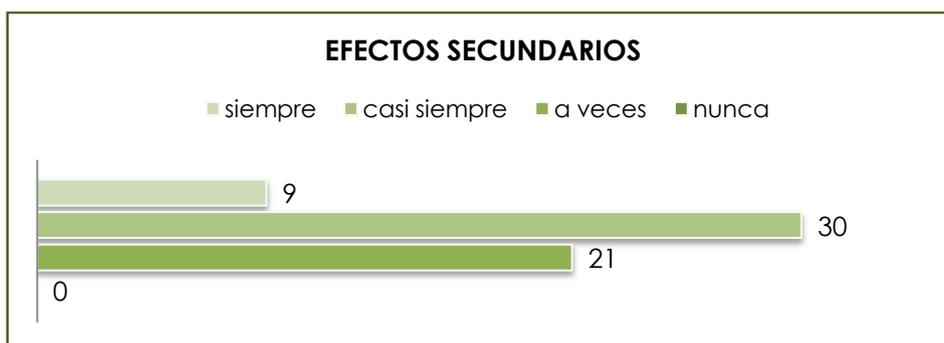


Figura 74. Distribución de la muestra de médicos según información de efectos secundarios

Información sobre contraindicaciones (Figura 75)

Aproximadamente la mitad de los profesionales encuestados (31/60) dice informar a sus pacientes sobre las contraindicaciones del tratamiento farmacológico, siendo el 33,3% *casi siempre* y el 18,3% *siempre*.

De los que dicen no informar, 2 no lo hacen *nunca* (3,3%) y 27 solamente *a veces* (45%).

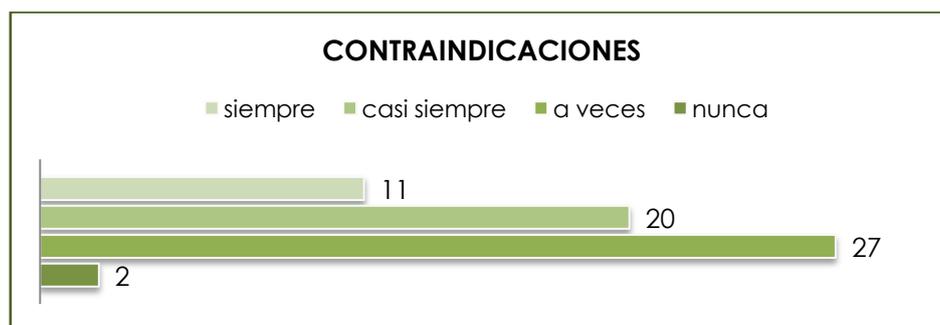


Figura 75. Distribución de la muestra de médicos según información de contraindicaciones de fármacos

Información sobre revisión (Figura 76)

Ningún facultativo dice no informar nunca a sus pacientes sobre las revisiones que debe hacerse y su periodicidad, mientras que 3 (5%) lo hacen *a veces*.

Dentro del 95% que sí informa, el 48,3% lo hace *casi siempre* y el 46,7% *siempre*.

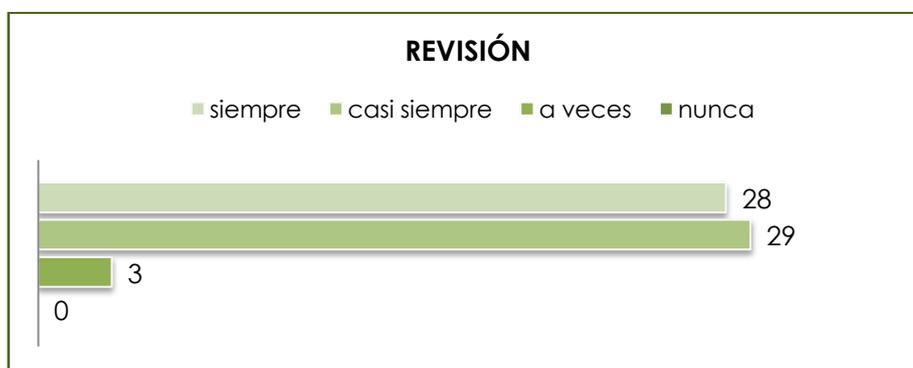


Figura 76. Distribución de la muestra de médicos según información de revisiones médicas

Información sobre tratamientos alternativos (Figura 77)

Respecto a la información a los pacientes sobre otros tratamientos alternativos no los propone el 65% de la muestra, siendo el 11,7% *nunca* y el 53,3 *a veces*.

Del 35% que dice informar, en 10 casos (16,7%) lo hacen *casi siempre* y en 11 (18,3%) *siempre*.



Figura 77. Distribución de la muestra de médicos según información de tratamientos alternativos

Pide opinión al paciente (Figura 78)

El 85% de los médicos dice contar con la opinión de sus pacientes a la hora de tomar decisiones sobre su enfermedad: el 60% *casi siempre* y el 25% *siempre*.

Ninguno dice no contar *nunca* con dicha opinión.

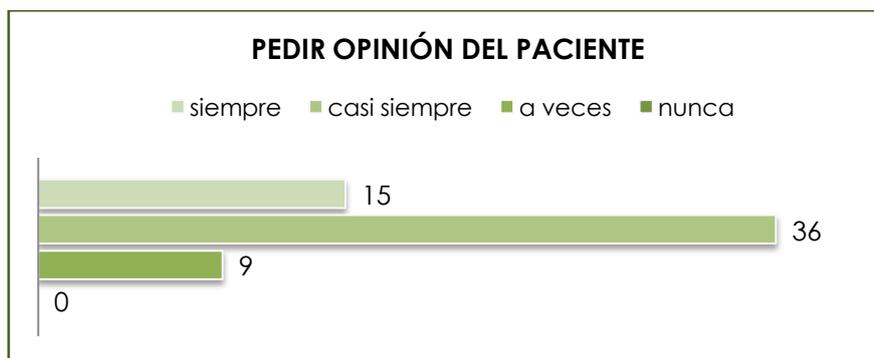


Figura 78. Distribución de la muestra de médicos según cuenta con opinión de pacientes

4.2.3. Información del pronóstico

Se describen en la Tabla 21 las características de la información proporcionada por el médico de Atención Primaria a los pacientes diabéticos sobre el pronóstico de la enfermedad.

	Nunca n (%)	A veces n (%)	Casi siempre n (%)	Siempre n (%)
Pronóstico sin tratamiento	0 (0)	11 (18,3)	32 (53,3)	17 (28,3)
Pronóstico con tratamiento actual	0 (0)	13 (21,7)	34 (56,7)	13 (21,7)
Riesgos y complicaciones de la enfermedad	0 (0)	5 (8,3)	30 (50)	25 (41,7)

Tabla 21. Distribución de la frecuencia de proporcionar información del pronóstico según MAP

Información sobre pronóstico sin tratamiento (Figura 79)

Más de dos tercios de la muestra, el 81,7%, informa a sus pacientes sobre el pronóstico de la DM2 sin tratamiento higiénico, dietético y farmacológico, con una distribución del 53,3% *casi siempre* y 28,3% *siempre*.

Ningún médico dice no informarlos *nunca* y sólo 11 (18,3%) dicen hacerlo *a veces*.



Figura 79. Distribución de la muestra de médicos según información de pronóstico sin tratamiento

Información sobre pronóstico con el tratamiento actual (Figura 80)

El 78,3% de los médicos (47 del total) informan a sus pacientes sobre el pronóstico de la DM2 con el tratamiento actual, *casi siempre* el 56,7% y *siempre* el 21,7%.

Ninguno dice no informar *nunca*.

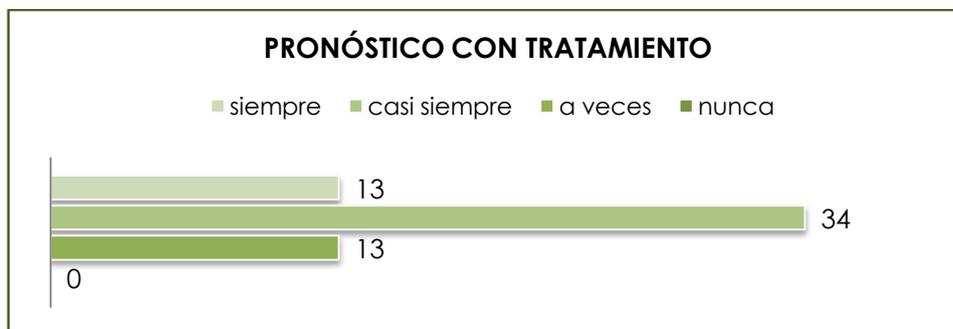


Figura 80. Distribución de la muestra de médicos según información del pronóstico con el tratamiento actual

Información sobre riesgos y complicaciones de la enfermedad (Figura 81)

El 8,3% de los 60 médicos (5) no informan a sus pacientes sobre los riesgos y las complicaciones de la DM2; ninguno *nunca*.

El 91,7% que informa, la mitad lo hace *casi siempre* y el 41,7% *siempre*.



Figura 81. Distribución de la muestra de médicos según información de riesgos y complicaciones de la DM2

4.2.4. Información de las exploraciones complementarias

Se describen en la Tabla 22 las características de la información proporcionada por el médico de Atención Primaria a los pacientes diabéticos sobre las exploraciones complementarias.

	Nunca n (%)	A veces n (%)	Casi siempre n (%)	Siempre n (%)
<i>Motivo de solicitud</i>	0 (0)	11 (18,3)	31 (51,7)	18 (30)
<i>Molestias que pueden producir</i>	8 (13,3)	27 (45)	15 (25)	10 (16,7)
<i>Posibles complicaciones</i>	14 (23,3)	27 (45)	13 (21,7)	6 (10)
<i>Resultados</i>	0 (0)	0 (0)	8 (13,3)	52 (86,7)

Tabla 22. Distribución de la frecuencia de proporcionar información sobre exploraciones complementarias según médico de Atención Primaria

Información sobre motivo de solicitud (Figura 82)

El 81,7% de los médicos informa a sus pacientes sobre el motivo de la solicitud de exploraciones complementarias (49 de 60): *casi siempre* el 51,7% y *siempre* el 30%.

Ninguno dice no informar *nunca* y sólo 11 (18,3%) lo hace *a veces*.

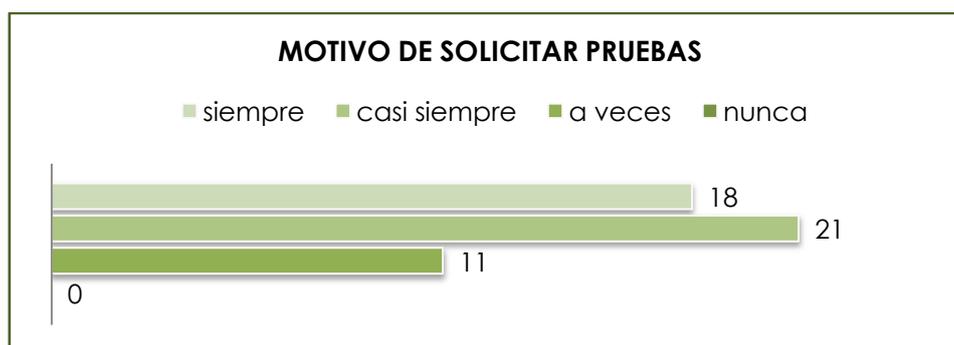


Figura 82. Distribución de la muestra de médicos según la información que proporciona sobre el motivo de solicitud de pruebas complementarias

Información sobre molestias que pueden producir (Figura 83)

De los 35 médicos (58,3%) que no informan a sus pacientes sobre las molestias que pueden producir las exploraciones complementarias, 27 lo hacen *a veces* (45%), mientras que de los sí informan una cuarta parte lo hace *casi siempre* y el 16,7% *siempre*.

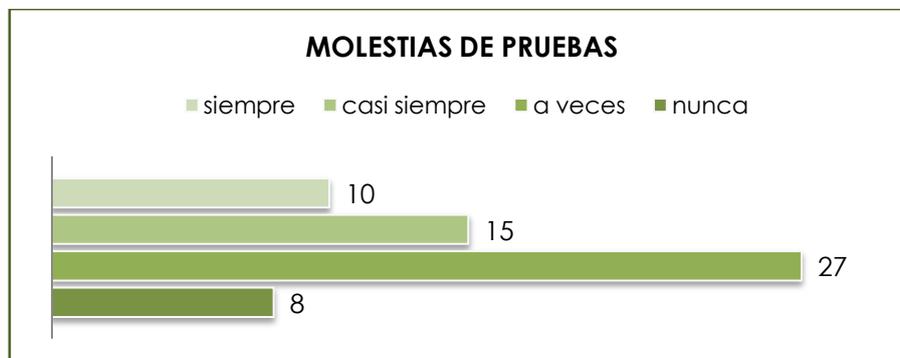


Figura 83. Distribución de la muestra de médicos según la información que proporcionan sobre las molestias que pueden producir las exploraciones complementarias

Información sobre posibles complicaciones (Figura 84)

El 68,3% dice no informar a sus pacientes sobre las posibles complicaciones de las exploraciones complementarias, siendo el 45% el que informa *a veces*, seguido del 23,3% que no informa *nunca*.

Hay 19 profesionales que sí proporcionan dicha información, siendo el 21,7% el que informa *casi siempre*.



Figura 84. Distribución de la muestra de médicos según la información que proporcionan sobre las posibles complicaciones de las exploraciones complementarias

Información sobre resultados (Figura 85)

Ningún médico dice no informar a sus pacientes sobre los resultados obtenidos de las exploraciones complementarias, realizándolo *siempre* el 86,7%.

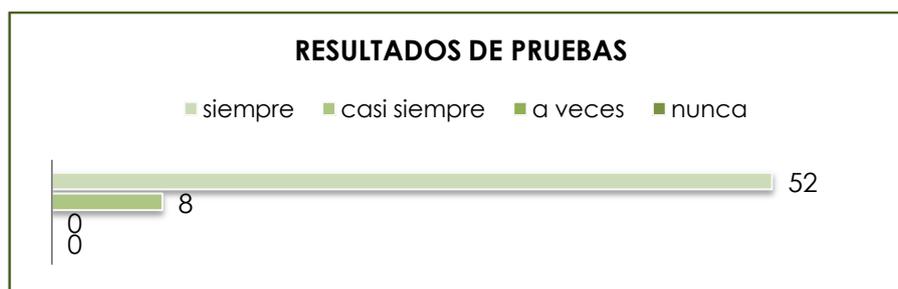


Figura 85. Distribución de la muestra de médicos según información del resultado de exploraciones complementarias

4.2.5. Información del impacto de la enfermedad

Se describen en la Tabla 23 las características de la información proporcionada por el médico de Atención Primaria a los pacientes diabéticos sobre el impacto de su enfermedad.

	Nunca n (%)	A veces n (%)	Casi siempre n (%)	Siempre n (%)
<i>Impacto personal</i>	2 (3,3)	12 (20)	30 (50)	16 (26,7)
<i>Impacto laboral</i>	7 (11,7)	28 (46,7)	16 (26,7)	9 (15)
<i>Impacto familiar</i>	6 (10)	29 (48,3)	16 (26,7)	9 (15)
<i>Impacto social</i>	9 (15)	36 (60)	9 (15)	6 (10)

Tabla 23. Distribución de la frecuencia de proporcionar información del impacto de la enfermedad según médico de Atención Primaria

Información sobre impacto personal (Figura 86)

El 76,6% de los facultativos (46 de 60) informan a sus pacientes sobre el impacto personal de su DM2, suponiendo el 50% los 30 médicos que informan *casi siempre* y 26,7% los 16 que informan *siempre*.

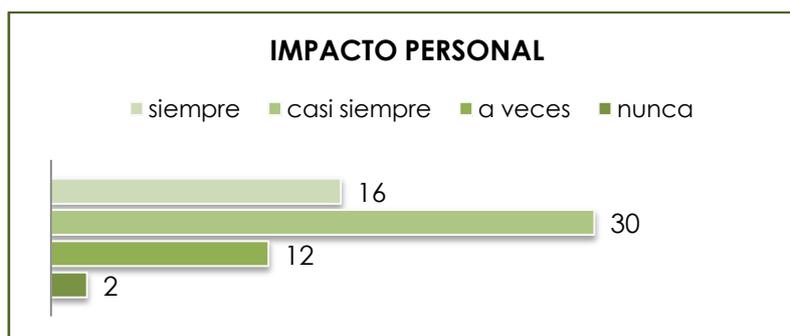


Figura 86. Distribución de la muestra de médicos según la información que proporciona sobre impacto personal

Información sobre impacto laboral (Figura 87)

El 58,3% de los médicos no informa a sus pacientes sobre el impacto laboral de su diabetes, haciéndolo *nunca* el 11,7% y *a veces* el 46,7%.

Del 41,7% que sí informa, sólo el 15% lo hace *siempre*.



Figura 87. Distribución de la muestra de médicos según la información que proporciona sobre impacto laboral

Información sobre impacto familiar (Figura 88)

De los 35 médicos que dicen no informar a sus pacientes sobre el impacto familiar de su enfermedad (lo que constituye el 58,3%) el 48,3% informa *a veces*.

Del 41,7% que sí informa, el 26,7% lo hace *casi siempre*.

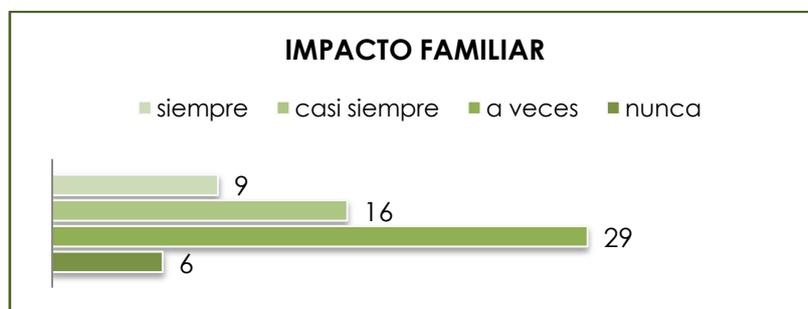


Figura 88. Distribución de la muestra de médicos según la información que proporciona sobre impacto familiar

Información sobre impacto social (Figura 89)

Hay sólo 15 médicos que informan a sus pacientes sobre el impacto social de su diabetes: 9 lo hacen *casi siempre* (15%), 6 *siempre* (10%).

Del resto, hay un 60% que informa *a veces*.



Figura 89. Distribución de médicos según la información que proporcionan sobre impacto social

5. Análisis de la relación entre las características socio-demográficas y clínicas de los pacientes diabéticos y la información que refieren haber recibido de su médico de Atención Primaria

5.1. Variables socio-demográficas

Tras dicotomizar las respuestas de la información en SÍ (*siempre/casi siempre*) y NO (*a veces/nunca*) encontramos en las Tablas 24 y 25 la relación entre las características generales y específicas de dicha información y las variables socio-demográficas de los pacientes diabéticos; es decir, los pacientes diabéticos que, según las variables socio-demográficas, refieren que SÍ han sido informados por su médico de Atención Primaria sobre las características de la información detalladas en las tablas.

Respecto a la variable “edad”, hallamos diferencias estadísticamente significativamente: los pacientes menores de 55 años refieren en mayor proporción haber sido informados sobre las *pruebas que el médico debe poner en marcha para hacer el diagnóstico precoz de su enfermedad* (74,8%), solicitud de las pruebas complementarias (64,2%) y sobre el *impacto personal* que supone la DM2 (39,6%), mientras que los menores de 65 años son los que afirman en mayor proporción entender la información que les proporciona su médico.

En cuanto a la variable “sexo”, no existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a haber recibido información.

Sin embargo, el mayor número de diferencias significativas lo encontramos en la variable “estado civil” pues el 97,4% de los pacientes diabéticos que viven *en pareja* refieren haber recibido información verdadera, con lenguaje comprensible (96,3%) y adecuado (92,6%), resolviendo las dudas que le plantea en el 90,9% de los casos y entendiendo dicha información el 96,9% de los pacientes. El 84,1% de los pacientes consideran que la información que les proporciona su médico hace que cumplan con el tratamiento prescrito. En cuanto a las características específicas de la información, los pacientes diabéticos que viven “en pareja” afirman haber recibido en mayor proporción información sobre las pruebas complementarias que debe realizar para confirmar la DM2 en el 71,3% y sobre las medidas higiénicas, dietéticas y de ejercicio incluidas en el tratamiento de la enfermedad en el 94,3%, 95,2% y 96,6%, respectivamente.

Según la variable “nacionalidad” de los pacientes encontramos relaciones estadísticamente significativas con haber recibido información, pues el 95,7% de los españoles refieren entender la información que les proporciona su médico frente al 83,3% de extranjeros, así como el 67,4% y el 69,5% de los primeros dicen haber recibido información sobre las pruebas para realizar el diagnóstico precoz y para

confirmar la enfermedad. El 92,4% de los españoles ha recibido información sobre las medidas higiénicas, frente al 77,8% de extranjeros.

En lo referente al “nivel de estudios” hallamos que los pacientes con estudios universitarios afirman, de forma estadísticamente significativa, haber recibido más información sobre las pruebas complementarias para confirmar la enfermedad (88,9%), las contraindicaciones del tratamiento (38,9%), el motivo de solicitud, las molestias y las posibles complicaciones de las pruebas complementarias (66,7%, 27,8%, 25%, respectivamente), así como sobre el impacto personal de la enfermedad (47,2%). Son los pacientes con estudios primarios los que refieren que el médico de Atención Primaria tiene tiempo suficiente para informar en la consulta (87,6%).

VARIABLES DE INFORMACIÓN	Edad (años)				p*	Sexo		p*	Estado civil		p*
	≤55	56-64	65-74	≥75		Hombre	Mujer		En pareja	Solo	
	(%)	(%)	(%)	(%)		(%)	(%)		(%)	(%)	
<i>Información verdadera</i>	96	95,3	96,5	99	0,58	96,8	95,6	0,51	97,4	93	0,02
<i>Lenguaje comprensible</i>	91	95,3	95,7	94	0,65	95,3	92,6	0,81	96,3	88	<0,001
<i>Información adecuada</i>	87	93,9	92,3	89	0,17	90,6	91,2	0,83	92,6	86	0,03
<i>Entiende la información</i>	97	97,3	94,9	90	0,03	96	94,1	0,33	96,9	91	0,01
<i>Información oral</i>	94	95,9	96,5	98	0,58	96,4	95,1	0,48	96,3	95	0,4
<i>Información escrita</i>	34	27,7	26,6	25	0,48	28,9	27,9	0,82	29,8	25	0,28
<i>Información de su médico hace que cumpla tratamiento</i>	81	86,5	81,8	73	0,12	81,2	82,4	0,75	84,1	75	0,03
<i>Tiempo suficiente para informar</i>	80	85,1	83,9	85	0,73	84,1	82,8	0,71	85,2	79	0,11
<i>Médico resuelve sus dudas</i>	84	91,2	90,2	87	0,26	89,2	87,7	0,63	90,9	82	0,01
<i>Diagnóstico precoz</i>	75	69,6	58	65	0,03	64,6	69,1	0,3	68,8	61	0,09
<i>Confirmación y PC</i>	75	69,6	64,3	66	0,32	68,2	69,1	0,84	71,3	61	0,04
<i>Características de enfermedad</i>	87	83,8	81,1	84	0,61	83	84,8	0,6	84,9	81	0,25
<i>Medidas higiénicas</i>	90	92,6	93	91	0,83	91,7	92,2	0,86	94,3	85	<0,001
<i>Medidas dietéticas</i>	92	92,6	95,8	92	0,57	92,8	94,1	0,56	95,2	88	0,01
<i>Actividad física</i>	95	91,9	95,8	91	0,42	94,6	92,2	0,28	96,6	85	<0,01
<i>Finalidad del tratamiento</i>	92	88,5	88,1	94	0,47	91	88,7	0,42	90,9	88	0,28
<i>Hora toma y relación con dieta</i>	91	95,9	89,5	96	0,09	93,5	92,2	0,57	93,8	91	0,25
<i>Posología</i>	96	96,6	95,1	96	0,92	94,9	97,5	0,15	96,9	94	0,13
<i>Vía de administración</i>	95	93,9	91,6	96	0,56	93,1	94,6	0,51	94,9	91	0,09
<i>Efectos secundarios</i>	40	35,8	28	44	0,07	34,3	37,7	0,44	35,2	37	0,69
<i>Contraindicaciones</i>	32	24,3	17,5	22	0,07	22,4	25	0,5	21,6	29	0,1
<i>Revisiones</i>	86	89,9	81,8	89	0,22	85,2	87,7	0,42	87,8	82	0,11
<i>Tratamientos alternativos</i>	32	30,4	28	28	0,91	28,9	30,4	0,72	27,6	35	0,12
<i>Su médico le pide opinión</i>	24	65,5	65	58	0,64	67,9	59,8	0,07	65,1	63	0,65
<i>Pronóstico sin tratamiento</i>	75	68,2	71,3	67	0,61	71,5	69,1	0,58	71,3	68	0,51
<i>Pronóstico con tratamiento</i>	74	70,3	71,3	66	0,69	71,8	69,1	0,52	71,9	67	0,34
<i>Riesgos y complicaciones</i>	76	78,4	75,5	77	0,94	78,3	74,5	0,33	77,6	74	0,47
<i>Motivo solicitud PC</i>	64	62,2	49,7	47	0,01	53,4	60,8	0,11	58,8	50	0,1
<i>Molestias de PC</i>	24	22,3	12,6	17	0,06	17	21,6	0,2	20,5	15	0,16
<i>Complicaciones de PC</i>	20	20,9	11,9	14	0,14	14,8	19,6	0,16	17	16	0,84
<i>Resultados de PC</i>	93	91,2	93	96	0,58	92,1	94,1	0,38	94	90	0,12
<i>Impacto personal</i>	40	30,4	22,4	25	0,02	30	28,4	0,72	29	30	0,79
<i>Impacto laboral</i>	47	38,5	32,2	47	0,06	40,4	39,2	0,79	39,8	40	0,92
<i>Impacto familiar</i>	39	28,4	25,2	24	0,07	28,5	29,9	0,74	27,8	33	0,31
<i>Impacto social</i>	30	27,7	21	19	0,2	24,2	25,5	0,74	23,9	27	0,46

*Chi-Cuadrado de Pearson

PC: pruebas complementarias

Tabla 24. Relación entre las variables socio-demográficas (I) de los pacientes diabéticos y las características generales y específicas de la información que dicen haber recibido de su médico de Atención Primaria

Tabla 25. Relación entre las variables socio-demográficas (II) de los pacientes diabéticos y las características generales y específicas de la información que dicen haber recibido de su médico de Atención Primaria

VARIABLES DE INFORMACIÓN	Nacionalidad		p*	Nivel de estudios				p*
	Española	Otra		Sin estudios	Primarios	Secundarios	Universitarios	
	(%)	(%)		(%)	(%)	(%)	(%)	
<i>Información verdadera</i>	96,3	94,4	0,679	98,4	95,7	95,5	94,4	0,533
<i>Lenguaje comprensible</i>	94,4	89	0,33	95,9	94	92,1	94,4	0,71
<i>Información adecuada</i>	91,1	83	0,26	91,1	92,7	87,6	86,1	0,39
<i>Entiende la información</i>	95,7	83	0,02	96,7	96,1	91	94,4	0,21
<i>Información oral</i>	96,1	89	0,13	96,7	96,6	92,1	97,2	0,28
<i>Información escrita</i>	28,5	28	0,95	25,2	27,9	30,3	38,9	0,43
<i>Información de su médico hace que cumpla el tratamiento</i>	81,6	83	0,86	79,7	82,8	79,8	86,1	0,75
<i>Tiempo suficiente para informar</i>	84	72	0,19	84,6	87,6	75,3	75	0,03
<i>Médico resuelve sus dudas</i>	88,8	83	0,48	87	89,7	87,6	88,9	0,88
<i>Diagnóstico precoz</i>	67,4	44	0,04	62,6	63,9	74,2	77,8	0,12
<i>Confirmación y PC</i>	39,5	44	0,02	57,7	67,8	77,5	88,9	0,01
<i>Características de enfermedad</i>	84,2	72	0,18	76,4	85,8	88,8	83,3	0,06
<i>Medidas higiénicas</i>	92,4	78	0,03	91,1	91,8	93,3	91,7	0,95
<i>Medidas dietéticas</i>	93,5	89	0,44	91,9	94,8	92,1	91,7	0,65
<i>Actividad física</i>	93,5	94	0,88	91,9	93,6	94,4	97,2	0,69
<i>Finalidad del tratamiento</i>	89,8	94	0,52	86,2	96,1	93,3	94,4	0,28
<i>Hora toma y relación con dieta</i>	93,1	89	0,5	91,1	94	93,3	91,7	0,76
<i>Posología</i>	95,9	100	0,38	97,6	95,7	94,4	97,2	0,66
<i>Vía de administración</i>	93,7	94	0,9	95,9	92,7	93,3	94,4	0,68
<i>Efectos secundarios</i>	36,3	22	0,22	30,9	34,8	40,4	47,2	0,23
<i>Contraindicaciones</i>	23,3	28	0,66	17,9	21,5	30,3	38,9	0,02
<i>Revisiones</i>	86,2	89	0,74	85,4	85,8	87,6	88,9	0,93
<i>Tratamientos alternativos</i>	30	17	0,22	27,6	28,3	32,6	36,1	0,68
<i>Su médico le pide opinión</i>	63,7	83	0,09	65,9	61,8	66,3	72,2	0,59
<i>Pronóstico sin tratamiento</i>	70,6	67	0,72	67,5	98,7	75,3	80,6	0,3
<i>Pronóstico con tratamiento</i>	70,6	72	0,88	65,9	70,4	73	83,3	0,22
<i>Riesgos y complicaciones</i>	76,7	78	0,91	72,4	77,3	77,5	86,1	0,37
<i>Motivo solicitud PC</i>	56,4	61	0,69	43,1	59,2	64	66,7	0,04
<i>Molestias de PC</i>	18,8	22	0,72	14,6	22,3	12,4	27,8	0,05
<i>Complicaciones de PC</i>	16,4	28	0,21	13	20,2	10,1	25	0,04
<i>Resultados de PC</i>	92,9	94	0,8	95,9	92,7	91	88,9	0,38
<i>Impacto personal</i>	28,7	44	0,15	23,6	28,3	32,6	47,2	0,04
<i>Impacto laboral</i>	40	39	0,93	31,7	40,8	42,7	55,6	0,06
<i>Impacto familiar</i>	28,9	33	0,69	24,4	27,5	30,3	52,8	0,01
<i>Impacto social</i>	24,6	28	0,76	21,1	24	24,7	41,7	0,09

*Chi-Cuadrado de Pearson

PC: pruebas complementarias

5.2. Variables clínicas

Habiendo dicotomizado igualmente las respuestas de la información en SÍ (*siempre/casi siempre*) y NO (*a veces/nunca*), en la Tabla 26 se muestran los pacientes diabéticos que, según las variables clínicas, refieren que SÍ han sido informados por su médico sobre las características de la información generales y específicas.

VARIABLES DE INFORMACIÓN	Tipo de tratamiento				p*	Tiempo de tratamiento (mese):				p*	
	ADO	Combinaciones de ADOs	Insulina	Insulina + NS/NC		<11	dic-24	25-48	≥49		
	(%)	(%)	(%)	(%)		(%)	(%)	(%)	(%)		
Información verdadera	97	97	94,1	93,5	95,7	0,739	98	96,2	95,3	96	0,843
Lenguaje comprensible	95	95,6	85,3	91,3	95,7	0,163	99	93,9	90,7	93,1	0,036
Información adecuada	90	90,4	88,2	89,1	95,7	0,653	95	91,6	88,4	88,1	0,218
Entiende la información	95	97,8	88,2	93,5	95,7	0,202	98	96,2	93	94,1	0,347
Información oral	96	95,6	94,1	93,5	95,8	0,847	95	98,5	96,1	93,1	0,216
Información escrita	32	28,1	32,4	47,8	4,3	<0,01	25	39,7	25,6	21,8	0,009
Información de su médico hace cumplir tratamiento	80	83,7	85,3	76,1	85,5	0,588	79	89,3	77,5	80,2	0,064
Tiempo para informar	86	83	76,5	87	78,3	0,386	89	81,7	79,8	84,2	0,221
Médico resuelve sus dudas	89	93,3	82,4	91,3	78,3	0,017	93	88,5	84,5	89,1	0,264
Diagnóstico precoz	69	63	73,5	73,9	58	0,242	63	69,5	67,4	65,3	0,76
Confirmación y pruebas complementarias	70	68,1	82,4	76,1	53,6	0,021	76	60	71,3	66,3	0,031
Características de la enfermedad	80	81,5	88,2	95,7	88,4	0,068	81	86,3	86,8	80,2	0,363
Medidas higiénicas	91	91,1	97,1	93,5	91,3	0,811	95	87,8	92,2	93,1	0,193
Medidas dietéticas	93	94,1	94,1	93,5	91,3	0,962	95	92,4	94,6	91,1	0,599
Actividad física	95	94,1	91,2	93,5	89,9	0,634	96	93,1	92,2	93,1	0,688
Finalidad del tratamiento	91	87,4	82,4	91,3	94,2	0,279	95	87,8	92,2	84,2	0,035
Hora toma y relación con dieta	92	92,6	88,2	100	92,8	0,313	98	89,3	93	92,1	0,088
Posología	96	97	91,2	97,8	94,2	0,469	98	94,7	96,1	96	0,72
Vía de administración	95	91,9	91,2	95,7	94,2	0,738	93	93,1	94,6	94,1	0,962
Efectos secundarios	41	34,8	44,1	58,7	4,3	<0,001	35	38,2	31,8	38,6	0,659
Contraindicaciones	28	17,8	38,2	41,3	2,9	<0,001	18	29	19,4	27,7	0,102
Revisiones	86	83,7	91,2	84,8	89,9	0,685	87	90,8	84,5	82,2	0,252
Tratamientos alternativos	33	30,4	41,2	34,8	10,1	0,003	27	35,1	29,5	25,7	0,372
Su médico le pide opinión	56	61,5	73,5	71,7	84,1	<0,001	69	69,5	58,1	60,4	0,135
Pronóstico sin tratamiento	69	64,4	76,5	76,1	79,7	0,155	73	71	71,3	65,3	0,613
Pronóstico con tratamiento	69	65,9	70,6	80,4	79,7	0,15	74	71,8	71,3	64,4	0,432
Riesgos y complicaciones	76	70,4	73,5	91,3	82,6	0,039	79	77,9	72,1	78,2	0,538
Motivo solicitud PC	60	57	70,6	63	34,8	0,001	74	47,5	49,6	53,5	<0,001
Molestias de PC	23	20	20,6	19,6	4,3	0,02	11	24,4	16,3	24,8	0,015
Complicaciones de PC	19	14,8	23,5	17,4	4,3	0,046	11	19,1	17,1	20,8	0,196
Resultados de PC	94	90,4	91,2	95,7	94,2	0,648	93	93,9	89,9	95	0,443
Impacto personal	33	28,9	38,2	39,1	29,3	0,001	27	36,6	23,3	30,7	0,103
Impacto laboral	45	40,7	44,1	58,7	8,7	<0,001	42	44,3	34,1	39,6	0,39
Impacto familiar	32	28,1	41,2	41,3	8,7	<0,001	27	36,6	25,6	26,7	0,172
Impacto social	27	24,4	38,2	28,3	8,7	0,008	16	31,3	26,4	24,8	0,04

*Chi-Cuadrado de Pearson

PC: pruebas complementarias

Tabla 26. Relación entre las variables clínicas de los pacientes diabéticos y las características generales y específicas de la información que dicen haber recibido de su médico de Atención Primaria

Respecto a las variables clínicas encontramos que los pacientes en cuyo tratamiento se incluye la insulina son los que perciben estar más informados, el 82,4% dice haber recibido información sobre las pruebas complementarias necesarias para confirmar la enfermedad, así como el motivo de solicitarlas (70,6%) y las complicaciones que pueden ocasionar (23,5%). Dicen haber sido informados sobre tratamientos alternativos el 41,2% y sobre el impacto social de su enfermedad el 38,2%. De forma igualmente significativa, el 73,5% refiere que su médico les ha pedido opinión para tomar decisiones sobre su Diabetes Mellitus.

En lo referente a los otros grupos de tratamientos, destacar que el 93,3% de los pacientes tratados con combinaciones de ADOS afirma de forma estadísticamente significativa que su médico resuelve sus dudas. Los pacientes tratados con insulina y ADOs dicen haber sido informados sobre las contraindicaciones en el 41,3%, sobre los efectos secundarios de la medicación en el 58,7%, sobre los riesgos y complicaciones de la enfermedad en el 91,3% y sobre el impacto personal, laboral y familiar de la misma en el 39,1%, 41,3% y 28,3%, respectivamente. El 14,3% de los pacientes desconoce el tratamiento antidiabético que toma, por lo que, en muchos casos, suponen el menor porcentaje de pacientes informados.

Existen diferencias estadísticamente significativas a distintos niveles con las diferentes características de la información respecto a la variable “tiempo de tratamiento”, pues los pacientes que siguen el tratamiento menos de 11 meses son los que dicen haber sido en una proporción mayor informados, de forma comprensible, sobre la finalidad del tratamiento (95%), las pruebas complementarias para confirmar la enfermedad (75,6%) y el motivo de solicitud de dichas pruebas complementarias (74%). Del grupo de los pacientes tratados de 12 a 24 meses, el 39,7% percibe haber recibido información escrita y el 31,3% información sobre el impacto social de la DM2.

6. Análisis de la relación entre las características socio-demográficas y laborales de los médicos de Atención Primaria y la información que proporcionan

6.1. Variables socio-demográficas

Analizando la relación entre proporcionar información a los pacientes con las características socio-demográficas de los médicos de Atención Primaria de nuestra muestra, no encontramos diferencias estadísticamente significativas de ninguna de esas variables (edad, género, estado civil) respecto a ninguna de las características generales y específicas de la información planteadas (Tabla 27).

A pesar de no ser significativo, cabría destacar que todos los médicos dicen proporcionar a sus pacientes información verdadera, así como todos refieren informar sobre actividad física, posología de la medicación y resultados de pruebas complementarias.

Tabla 27. Relación entre las características socio-demográficas de los médicos de Atención de Primaria y proporcionar información general y específica

VARIABLES DE INFORMACIÓN	Edad (años)		p*	Sexo		p*	Estado civil		p*
	<45	>45		Hombre	Mujer		En pareja	Solo	
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)		
Información verdadera	100	100	-	100	100	-	100	100	-
Lenguaje comprensible	100	94,3	0,22	97	96,3	0,89	95,2	100	0,35
Recoge en HC que informa	40	34,3	0,65	39,4	33,3	0,63	42,9	22	0,13
Información adecuada	88	85,7	0,8	87,9	85,2	0,76	90,5	78	0,19
Paciente entiende información	76	62,9	0,28	63,6	74,1	0,39	64,3	78	0,3
Información oral	100	88,6	0,08	96,3	90,9	0,41	90,5	100	0,18
Información escrita	20	37,1	0,15	33,3	25,9	0,53	31	28	0,81
Su información hace que paciente cumpla el tratamiento	68	62,9	0,68	66,7	63	0,77	61,9	72	0,44
Tiempo suficiente para informar	36	40	0,75	36,4	40,7	0,73	33,3	50	0,22
Resuelve dudas de pacientes	76	71,4	0,69	72,7	74,1	0,91	69	83	0,25
Diagnóstico precoz	96	88,6	0,31	90,9	92,6	0,81	88,1	100	0,13
Confirmación y PC	96	100	0,23	100	96,3	0,27	97,6	100	0,51
Características de enfermedad	88	94,3	0,39	90,9	92,6	0,81	90,5	94	0,61
Medidas higiénicas	100	94,3	0,22	93,9	100	0,16	95,2	100	0,35
Medidas dietéticas	96	100	0,23	97	100	0,36	100	94	0,12
Actividad física	100	100	-	100	100	-	100	100	-
Finalidad del tratamiento	96	91,4	0,48	90,9	96,3	0,41	92,9	94	0,82
Hora toma y relación con dieta	96	100	0,23	100	96,3	0,27	97,6	100	0,51
Posología	100	100	-	100	100	-	100	100	-
Vía de administración	100	97,1	0,39	97	100	0,36	97,6	100	0,51
Efectos secundarios	60	68,6	0,49	63,6	66,7	0,81	69	56	0,32
Contraindicaciones	52	51,4	0,97	54,5	48,1	0,62	57,1	39	0,2
Revisiones	92	97,1	0,37	97	92,6	0,44	95,2	94	0,9
Tratamientos alternativos	32	37,1	0,68	33,3	37	0,77	33,3	39	0,68
Pide opinión a paciente	84	85,7	0,86	87,9	81,5	0,49	81	94	0,18
Pronóstico sin tratamiento	80	82,9	0,78	84,8	77,8	0,48	81	83	0,83
Pronóstico con tratamiento	76	80	0,71	75,8	81,5	0,53	76,2	83	0,54
Riesgos y complicaciones	84	61,8	0,07	97	85,2	0,1	90,5	94	0,61
Motivo solicitud PC	76	85,7	0,34	81,8	81,5	0,97	81	83	0,83
Molestias de PC	44	40	0,76	39,4	44,4	0,69	42,9	39	0,78
Complicaciones de PC	32	31,4	0,96	27,3	37	0,42	31	33	0,86
Resultados de PC	100	100	-	100	100	-	100	100	-
Impacto personal	68	82,9	0,18	78,8	74,1	0,67	71,4	89	0,14
Impacto laboral	28	51,4	0,07	42,4	40,7	0,9	38,1	36	0,39
Impacto familiar	36	45,7	0,45	45,5	37	0,51	38,1	50	0,39
Impacto social	28	22,9	0,65	21,2	29,6	0,45	21,4	33	0,33

*Chi-Cuadrado de Pearson

PC: pruebas complementarias

HC: historia clínica

6.2. Variables laborales

En función de las variables laborales de los médicos de Atención Primaria analizadas en las Tablas 28 y 29 no existe ninguna asociación estadísticamente significativa entre proporcionar información y trabajar en un centro de salud que sea o no docente ni en ambiente rural o urbano, así como tampoco respecto al número de pacientes de demanda diaria o al tiempo que ocupa la plaza.

Como relaciones estadísticamente significativas con la información proporcionada a sus pacientes encontramos:

Formación previa: los médicos formados por otra vía diferente del MIR son los que más informan sobre impacto laboral (68,8%) y familiar (75%) de la DM2, así como sobre el pronóstico de la enfermedad con el tratamiento actual del paciente (93,8%).

Número de tarjetas sanitarias: el 50% de los profesionales que tienen adscritas a su cupo <1500 tarjetas sanitarias refieren tener tiempo suficiente para proporcionar información (frente el 25% de los cupos con >1500 tarjetas).

Años de ejercicio profesional: la totalidad de los profesionales que llevan ejerciendo más de 20 años dice proporcionar información sobre los riesgos y complicaciones de la DM2 (frente al 82,8% de los médicos que han trabajado menos de 20 años).

Demanda diaria: los médicos con una demanda diaria inferior a 40 pacientes por día refieren poder resolver las dudas que éstos le plantean, de forma estadísticamente significativa frente a los profesionales que atienden a más de 40 pacientes diariamente.

Tabla 28. Relación entre proporcionar información general y específica y variables laborales de los médicos de Atención Primaria (I)

VARIABLES DE INFORMACIÓN	Formación previa		p*	Medio laboral		p*	Centro docente		p*
	MIR	Otra		Urbano	Rural		Sí	No	
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)		
<i>Información verdadera</i>	100	100	-	100	100	-	100	100	-
<i>Lenguaje comprensible</i>	95,5	100	0,39	97	96,3	0,89	95,7	100	0,45
<i>Recoge en HC que informa</i>	38,6	31,3	0,6	33,3	40,7	0,55	31,9	53,8	0,15
<i>Información adecuada</i>	88,6	81,3	0,46	84,8	88,9	0,65	87,2	84,6	0,81
<i>Paciente entiende información</i>	68,2	68,8	0,97	60,6	77,8	0,16	66	76,9	0,45
<i>Información oral</i>	95,5	87,5	0,45	93,9	92,6	0,84	91,5	100	0,28
<i>Información escrita</i>	27,3	37,5	0,45	33,3	25,9	0,53	27,7	38,5	0,45
<i>Información hace que paciente cumpla el tratamiento</i>	63,6	68,8	0,71	57,6	74,1	0,18	61,7	76,9	0,31
<i>Tiempo suficiente para informar</i>	36,4	43,8	0,6	39,4	37	0,85	38,3	38,5	0,99
<i>Resuelve dudas de pacientes</i>	75	68,8	0,63	69,7	77,8	0,48	72,3	76,9	0,74
<i>Diagnóstico precoz</i>	90,9	93,8	0,73	87,9	96,3	0,24	91,5	92,3	0,93
<i>Confirmación y PC</i>	97,7	100	0,54	87,9	96,3	0,24	100	92,3	0,06
<i>Características de enfermedad</i>	90,9	93,8	0,73	90,9	93,8	0,73	89,4	100	0,22
<i>Medidas higiénicas</i>	97,7	93,8	0,45	93,9	100	0,19	95,7	100	0,45
<i>Medidas dietéticas</i>	97,7	100	0,54	97	100	0,36	97,9	100	0,45
<i>Actividad física</i>	100	100	-	100	100	-	100	100	-
<i>Finalidad del tratamiento</i>	93,2	93,8	0,94	90,9	96,3	0,41	91,5	100	0,28
<i>Hora toma y relación con dieta</i>	97,7	100	0,54	100	96,3	0,27	97,9	100	0,6
<i>Posología</i>	100	100	-	100	100	-	100	100	-
<i>Vía de administración</i>	97,7	100	0,54	100	96,3	0,27	97,9	100	0,6
<i>Efectos secundarios</i>	68,2	56,3	0,39	72,7	55,6	0,17	68,1	53,8	0,34
<i>Contraindicaciones</i>	54,5	43,8	0,46	54,5	48,1	0,62	53,2	46,2	0,65
<i>Revisiones</i>	93,2	100	0,28	93,9	96,3	0,68	93,6	100	0,35
<i>Tratamientos alternativos</i>	34,1	37,5	0,81	39,4	29,6	0,43	31,9	46,2	0,34
<i>Pide opinión a paciente</i>	88,6	75	0,19	87,9	81,5	0,49	83	92,3	0,4
<i>Pronóstico sin tratamiento</i>	77,3	93,8	0,15	81,8	81,5	0,97	78,7	92,3	0,17
<i>Pronóstico con tratamiento</i>	72,7	93,8	0,08	72,7	85,2	0,24	74,5	92,5	0,17
<i>Riesgos y complicaciones</i>	88,6	100	0,16	97	85,2	0,1	89,4	100	0,22
<i>Motivo solicitud PC</i>	79,5	87,5	0,48	81,8	81,5	0,97	80,9	84,6	0,76
<i>Molestias de PC</i>	43,2	37,5	0,69	48,5	33,3	0,24	40,4	46,2	0,71
<i>Complicaciones de PC</i>	29,3	37,3	0,56	33,3	29,6	0,76	31,9	30,8	0,94
<i>Resultados de PC</i>	100	100	-	100	100	-	100	100	-
<i>Impacto personal</i>	72,7	87,5	0,23	39,4	44,4	0,69	72,3	92,3	0,13
<i>Impacto laboral</i>	31,8	68,8	0,01	39,4	44,4	0,69	40,4	46,2	0,71
<i>Impacto familiar</i>	29,5	75	0	36,4	48,1	0,36	36,2	61,5	0,1
<i>Impacto social</i>	25	25	1	18,2	33,3	0,18	23,4	30,8	0,59

*Chi-Cuadrado de Pearson

Tabla 29. Relación entre proporcionar información general y específica y variables laborales de los médicos de Atención Primaria (II)

VARIABLES DE INFORMACIÓN	Número de tarjetas sanitarias		p*	Demanda diaria		p*	Años de profesional		p*	Tiempo en plaza (meses)		p*
	<1500	>1500		<40	>40		<20	>20		<36	>36	
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)				
Información verdadera	100	100	-	100	100	-	100	100	-	100	100	-
Lenguaje comprensible	96,4	96,9	0,92	100	93,9	0,19	96,6	96,8	0,96	100	93,1	0,14
Recoge en HC que informa	35,7	37,5	0,89	40,7	33,3	0,55	37,9	35,5	0,84	38,7	34,5	0,73
Información adecuada	85,7	87,5	0,84	85,2	87,9	0,76	86,2	87,1	0,92	93,5	79,3	0,11
Paciente entiende la información	64,3	71,9	0,53	70,4	66,7	0,76	75,9	61,3	0,23	71	65,5	0,65
Información oral	100	87,5	0,05	92,6	93,9	0,84	96,6	90,3	0,33	100	86,2	0,05
Información escrita	21,4	37,5	0,18	29,6	30,3	0,96	20,7	38,7	0,13	19,4	41,4	0,06
Información hace que paciente cumpla el tratamiento	64,3	65,6	0,91	63	66,7	0,77	69	61,3	0,53	67,7	62,1	0,65
Tiempo suficiente para informar	50	25	0,05	37	39,4	0,85	34,5	41,9	0,55	35,5	41,4	0,64
Resuelve dudas de pacientes	71,4	75	0,76	84,1	72,7	0,02	69	77,4	0,46	77,4	69	0,46
Diagnóstico precoz	92,9	90,6	0,76	85,2	97	0,1	96,6	87,1	0,19	90,3	93,1	0,7
Confirmación y PC	96,4	100	0,28	100	97	0,36	96,6	100	0,3	96,8	100	0,33
Características de enfermedad	85,7	96,9	0,12	96,3	87,9	0,24	89,7	93,5	0,59	90,3	93,1	0,7
Medidas higiénicas	96,4	96,9	0,92	96,3	97	0,89	96,6	96,8	0,96	93,5	100	0,16
Medidas dietéticas	96,4	100	0,28	100	97	0,36	96,6	100	0,3	96,8	100	0,33
Actividad física	100	100	-	100	100	-	100	100	-	100	100	-
Finalidad del tratamiento	92,9	93,8	0,89	92,6	93,9	0,84	96,6	90,3	0,33	96,8	89,7	0,27
Hora toma y relación con dieta	96,4	100	0,28	96,3	100	0,27	96,6	100	0,3	100	96,6	0,3
Posología	100	100	-	100	100	-	100	100	-	100	100	-
Vía de administración	100	96,9	0,35	96,3	100	0,27	100	96,8	0,33	100	96,6	0,3
Efectos secundarios	64,3	65,6	0,91	74,1	57,6	0,18	65,5	64,5	0,94	64,5	65,5	0,94
Contraindicaciones	57,1	46,9	0,43	59,3	45,5	0,29	55,2	48,4	0,6	54,8	48,3	0,61
Revisiones	92,9	96,9	0,48	96,3	93,9	0,68	89,7	100	0,07	93,5	96,6	0,59
Tratamientos alternativos	25	43,8	0,13	40,7	30,3	0,4	34,5	35,5	0,94	41,9	27,6	0,24
Pide opinión a paciente	82,1	87,5	0,56	92,6	78,8	0,14	82,8	87,1	0,64	90,3	79,3	0,23
Pronóstico sin tratamiento	75	87,5	0,21	81,5	81,8	0,97	79,3	83,9	0,65	87,1	75,9	0,26
Pronóstico con tratamiento	37,9	87,5	0,07	70,4	84,8	0,18	79,3	77,4	0,86	80,6	75,9	0,65
Riesgos y complicaciones	85,7	96,9	0,12	92,6	90,9	0,81	82,8	100	0,02	90,3	93,1	0,7
Motivo solicitud PC	71,4	90,6	0,06	88,9	75,8	0,19	75,9	87,1	0,26	83,9	79,3	0,65
Molestias de PC	39,3	43,8	0,73	48,1	36,4	0,36	41,4	41,9	0,97	45,2	37,9	0,57
Complicaciones de PC	28,6	34,4	0,63	37	37,3	0,42	31	32,3	0,92	38,7	24,1	0,23
Resultados de PC	100	100	-	100	100	-	100	100	-	100	100	-
Impacto personal	67,9	84,4	0,13	81,5	72,7	0,43	72,4	80,6	0,45	83,9	69	0,17
Impacto laboral	32,1	50	0,16	37	45,5	0,51	34,5	48,4	0,28	35,5	48,3	0,32
Impacto familiar	39,3	43,8	0,73	40,7	42,4	0,9	34,5	48,4	0,28	41,9	41,4	0,97
Impacto social	21,4	28,1	0,55	22,2	27,3	0,65	27,6	22,6	0,66	32,3	17,2	0,18

*Chi-Cuadrado de Pearson

PC: pruebas complementarias

HC: Historia clínica

7. Análisis de la concordancia entre la información que el médico de Atención Primaria refiere proporcionar con la información que el paciente diabético percibe haber recibido de su médico

Al comparar los resultados de la información que el médico de Atención Primaria dice proporcionar en su consulta con la información que los pacientes diabéticos refieren haber recibido de su médico, medido mediante el índice estadístico Kappa, encontramos que la concordancia es pobre ($Kappa < 0,20$) en todas las variables analizadas, tanto de la información general como de la específica, tal y como se demuestra en la Tabla 30, por lo que podemos concluir que no existe concordancia entre la información que el médico refiere proporcionar con la que el paciente dice haber recibido.

Cabe destacar que hallamos los mayores índices de no concordancia entre médicos y pacientes en las variables información sobre el impacto personal de la enfermedad, seguido de si el médico tiene tiempo suficiente para informar en la consulta y sobre los efectos secundarios y contraindicaciones de la medicación. El acuerdo entre ambos observadores es mayor en las variables de información verdadera, sobre posología y sobre la recomendación de realizar actividad física para la mejora de la enfermedad.

Tabla 30. Concordancia entre la información que el médico dice proporcionar con la información que el paciente dice haber recibido

	Concordancia entre médico y paciente (%)		No concordancia (%)	Kappa
	SÍ	NO		
INFORMACIÓN GENERAL				
<i>Información verdadera</i>	96,3	0	3,7	-
<i>Lenguaje comprensible</i>	90,9	0	9,1	0,044
<i>Información adecuada a sus necesidades</i>	78,4	0,8	20,8	0,039
<i>Entiende la información</i>	65,5	1,9	32,6	0,022
<i>Información oral</i>	89,2	0	10,8	0,054
<i>Información escrita</i>	6,9	48,4	44,7	0,081
<i>Información hace que cumpla con tratamiento</i>	53,4	6,7	39,9	0,013
<i>Médico resuelve dudas</i>	66,7	5	38,3	0,12
<i>Médico tiene tiempo suficiente para informar</i>	34,3	12,3	53,4	0,075
INFORMACIÓN ESPECÍFICA				
<i>Diagnóstico precoz</i>	60,5	2,3	37,2	0,027
<i>Confirmación y PC</i>	66,9	0	33,1	0,033
<i>Características de la enfermedad</i>	78,2	2,7	19,1	0,124
<i>Medidas higiénicas</i>	88,8	0,2	11	0,011
<i>Medidas dietéticas</i>	91,7	0	8,3	0,027
<i>Actividad física</i>	93,6	0	6,4	-
<i>Finalidad del tratamiento</i>	84	0,6	15,4	0,005
<i>Horas de tomas y relación con dieta</i>	91,3	0	8,7	0,028
<i>Posología</i>	96	0	4	-
<i>Vía de administración</i>	92,3	0,2	7,5	0,027
<i>Efectos secundarios</i>	24,1	23,3	52,6	0,031
<i>Contraindicaciones</i>	13,1	37,8	49,1	0,037
<i>Revisiones</i>	83	1,7	15,3	0,113
<i>Tratamientos alternativos</i>	11,6	47	41,4	0,058
<i>Opinión de pacientes</i>	55,9	6,4	37,7	0,056
<i>Pronóstico sin tratamiento</i>	58,8	6,7	34,5	0,068
<i>Pronóstico con tratamiento actual</i>	56,1	7,1	36,8	0,038
<i>Riesgos y complicaciones de la enfermedad</i>	71,1	2,7	26,2	0,055
<i>Motivo de solicitud de PC</i>	48	9,8	42,2	0,079
<i>Molestias de las PC</i>	7,1	46,7	46,2	0,035
<i>Complicaciones de PC</i>	6,7	58,1	35,2	0,07
<i>Resultados de PC</i>	92,9	0	7,1	-
<i>Impacto personal</i>	13,5	30,2	56,3	0,017
<i>Impacto laboral</i>	12,3	41,3	46,4	0,002
<i>Impacto familiar</i>	11	40	49	0,05
<i>Impacto social</i>	7,1	57,3	35,6	0,047

*Chi-Cuadrado de Pearson

PC: exploraciones complementarias

8. Análisis de la satisfacción del paciente con la información proporcionada por su médico de Atención Primaria

En la Tabla 31 encontramos el nivel de satisfacción general y específico de los pacientes diabéticos con la información recibida de su médico de Atención Primaria sobre la enfermedad, el tratamiento, los riesgos y complicaciones y las pruebas complementarias.

	Nivel de satisfacción	Muy satisfecho	Bastante satisfecho	Medianamente satisfecho	Poco satisfecho	Nada satisfecho
	m (DE)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Información de la enfermedad	4,17 (0,841)	197 (41)	190 (39,5)	78 (16,2)	13 (2,7)	3 (0,6)
Información del tratamiento	4,15 (0,839)	190 (39,5)	191 (39,7)	87 (18,1)	9 (1,9)	4 (0,8)
Información de riesgos/ complicaciones	3,95 (0,928)	151 (31,4)	193 (40,1)	103 (21,4)	29 (6)	5 (1)
Información de pruebas complementarias	3,92 (0,975)	156 (32,4)	178 (37)	105 (21,8)	36 (7,5)	6 (1,2)

Escala Likert (1-5): 1 Nada satisfecho, 5 Muy satisfecho

Tabla 31. Distribución del grado de satisfacción general y específica de los pacientes diabéticos sobre la información proporcionada por su médico de Atención Primaria

La puntuación media de la satisfacción de los pacientes diabéticos con la información que le proporciona su médico es de 4,04, con una desviación típica de 0,82 (mínimo 1, máximo 5); Figura 90.

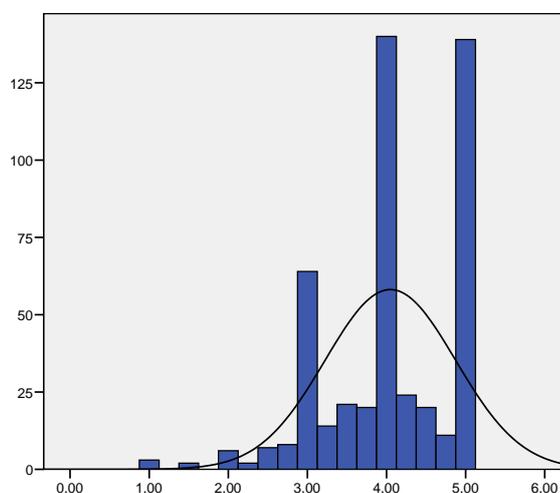


Figura 90. Histograma de distribución de la media de la satisfacción de los pacientes con la información recibida de sus médicos

8.1. Satisfacción con la información sobre la enfermedad

Respecto a la satisfacción del paciente sobre la información que su médico le proporciona sobre la enfermedad que padece, el 41% dice estar *muy satisfecho*, seguido del 39,5% que se considera *bastante satisfecho* y el 16,2% *medianamente satisfecho*, mostrándose el número de pacientes en cada categoría en la Figura 91.

La media de la satisfacción es de 4,17 con una desviación típica de 0,84.

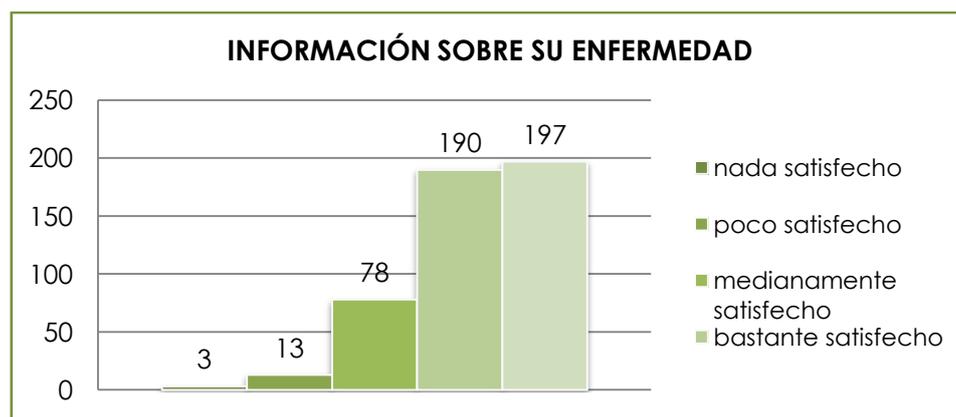


Figura 91. Distribución de la muestra de pacientes según la satisfacción con la información de su enfermedad

8.2. Satisfacción con la información sobre el tratamiento

De los 481 pacientes recogidos en la Figura 92, 190 están muy satisfechos con la información que han recibido sobre el tratamiento de su DM2 (39,5%). Del resto, destacan 191 bastante satisfechos (39,7%) y 87 medianamente satisfechos (18,1%).

Así, la satisfacción con la información sobre el tratamiento obtiene una media de 4,15 con una desviación típica de 0,83 (máximo 5 y mínimo 1).

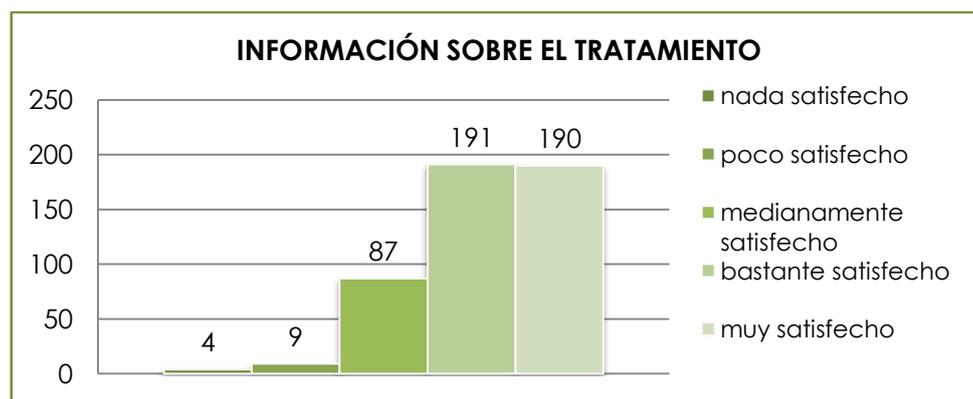


Figura 92. Distribución de la muestra de pacientes según la satisfacción con la información sobre el tratamiento

8.3. Satisfacción con la información sobre los riesgos y las complicaciones

Con una media de 3,95 (desviación típica de 0,928) los pacientes califican la satisfacción con la información sobre los riesgos y las complicaciones de su diabetes (tal y como refleja la Figura 93), predominando los que dicen estar *bastante satisfechos* con un 40,1% respecto al 31,4% que está *muy satisfecho* y el 21,4% que está *medianamente satisfecho*.

El 1% de los pacientes está *nada satisfecho*.

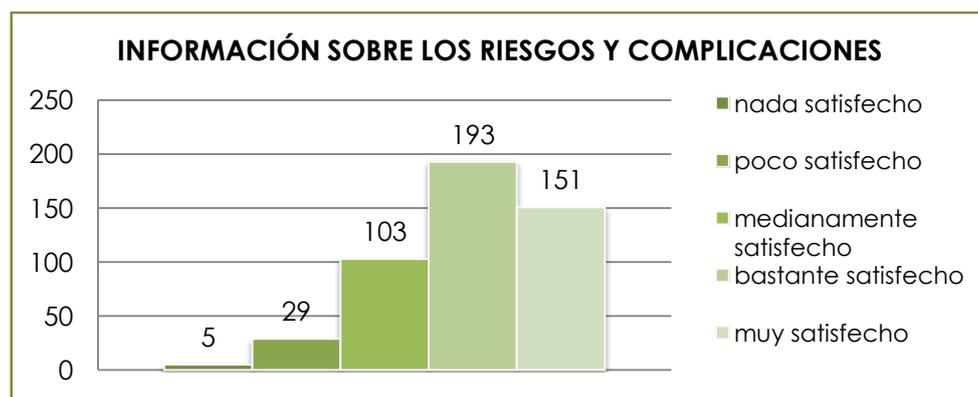


Figura 93. Distribución de la muestra de pacientes según la satisfacción con la información sobre los riesgos y complicaciones

8.4. Satisfacción con la información sobre las pruebas complementarias

La calificación media de la satisfacción de los pacientes en referencia a la información sobre las pruebas complementarias es de 3,92 con una desviación típica de 0,97.

Como vemos en la Figura 94, aunque el 37% de la muestra se encuentra *bastante satisfecho*, existe también un 32,4% *muy satisfecho* y un 21,8% *medianamente satisfecho*.

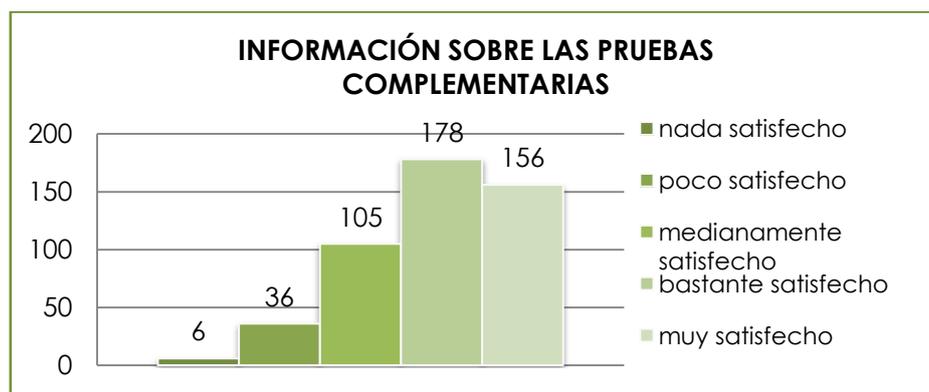


Figura 94. Distribución de la muestra de pacientes según la satisfacción con la información sobre las pruebas complementarias

8.5. Influencia de las variables socio-demográficas y clínicas de los pacientes diabéticos en la satisfacción con la información

Las pruebas de Kruskal-Wallis para edad, nivel de estudios y tipo de tratamiento en la historia clínica y la prueba de U de Mann-Whitney para sexo, estado civil, nacionalidad y si el paciente conoce o no el tratamiento que toma evidencian que no existen diferencias estadísticamente significativas en las medias de satisfacción de los pacientes diabéticos con la información proporcionada por su médico de Atención Primaria en función de sus características socio-demográficas y clínicas.

Tabla 32. Distribución de la satisfacción general y específica respecto a las variables socio-demográficas y clínicas del paciente (N= 481)

	SATISFACCIÓN GENERAL	Satisfacción con información sobre enfermedad	Satisfacción con información sobre tratamiento	Satisfacción con información sobre riesgos y complicaciones	Satisfacción con información sobre pruebas complementarias
	m (DE)	m (DE)	m (DE)	m (DE)	m (DE)
Edad					
≤ 55 (n=111)	4,047 (0,820)	4,14 (0,909)	4,15 (0,855)	3,96 (0,883)	3,94 (0,975)
56-64 (n=148)	4,039 (0,813)	4,18 (0,808)	4,14 (0,822)	3,93 (0,926)	3,91 (0,947)
65-74 (n=143)	4,030 (0,880)	4,13 (0,887)	4,12 (0,900)	3,94 (0,973)	3,94 (1,002)
≥75 (n=79)	4,101 (0,763)	4,30 (0,704)	4,24 (0,738)	3,99 (0,927)	3,87 (0,992)
p*	0,977	0,683	0,872	0,981	0,935
Sexo					
Hombre (n=277)	4,090 (0,779)	4,21 (0,810)	4,19 (0,795)	3,99 (0,889)	3,97 (0,928)
Mujer (n=204)	3,992 (0,883)	4,13 (0,881)	4,10 (0,896)	3,89 (0,979)	3,85 (1,032)
p**	0,333	0,454	0,415	0,309	0,256
Estado civil					
Solo (n=129)	4,004 (0,816)	4,17 (0,849)	4,12 (0,826)	3,91 (0,910)	3,81 (0,966)
En pareja (n=352)	4,064 (0,829)	4,18 (0,839)	4,16 (0,845)	3,96 (0,936)	3,96 (0,976)
p**	0,371	0,961	0,459	0,515	0,097
Nacionalidad					
Española (n=463)	4,050 (0,824)	4,18 (0,838)	4,16 (0,838)	3,95 (0,928)	4,06 (0,974)
Otra (n=18)	4,014 (0,889)	4,06 (0,938)	4,06 (0,837)	3,89 (0,963)	3,91 (0,998)
p**	0,839	0,593	0,616	0,72	0,542
Nivel de estudios					
Sin estudios (n= 123)	4,055 (0,874)	4,20 (0,846)	4,16 (0,862)	3,95 (0,982)	3,91 (1,008)
Primarios (n=233)	4,046 (0,817)	4,18 (0,816)	4,15 (0,833)	3,94 (0,924)	3,91 (0,988)
Secundarios (n=89)	3,994 (0,825)	4,10 (0,892)	4,10 (0,867)	3,89 (0,885)	3,89 (0,935)
Universitarios (n=36)	4,174 (0,717)	4,25 (0,874)	4,28 (0,741)	4,11 (0,887)	4,06 (0,893)
p*	0,835	0,788	0,816	0,662	0,862
Tratamiento según HC					
ADO (n=224)	4,059 (0,803)	4,17 (0,839)	4,16 (0,813)	3,97 (0,893)	3,94 (0,938)
Comb ADO (n=160)	3,991 (0,865)	4,18 (0,853)	4,12 (0,893)	3,85 (1,011)	3,81 (1,059)
Insulina (n=36)	4,097 (0,687)	4,11 (0,747)	4,17 (0,697)	4,03 (0,736)	4,08 (0,732)
ADO + Insulina (n=61)	4,131 (0,881)	4,23 (0,883)	4,21 (0,878)	4,07 (0,929)	4,02 (0,991)
p*	0,619	0,761	0,876	0,507	0,496
Paciente conoce el tratamiento que toma					
Sí (n=412)	4,036 (0,814)	4,18 (0,828)	4,16 (0,831)	3,92 (0,933)	3,89 (0,977)
No (n=69)	4,120 (0,894)	4,12 (0,916)	4,13 (0,890)	4,14 (0,879)	4,09 (0,951)
p**	0,363	0,665	0,899	0,63	0,118
Tratamiento según el paciente					
ADO (n=197)	4,05 (0,785)	4,19 (0,815)	4,17 (0,800)	3,94 (0,899)	3,91 (0,954)
Comb ADOS (n=135)	3,95 (0,863)	4,16 (0,857)	4,10 (0,897)	3,79 (1,016)	3,78 (1,041)
Insulina (n=34)	4,1 (0,663)	4,12 (0,729)	4,18 (0,673)	4,03 (0,717)	4,09 (0,712)
ADO + Insulina (n=46)	4,15 (0,889)	4,28 (0,886)	4,26 (0,880)	4,07 (0,952)	4,00 (1,033)
NS/NC (n=69)	4,11 (0,894)	4,12 (0,916)	4,13 (0,890)	4,14 (0,879)	4,09 (0,951)
p*	0,489	0,75	0,825	0,147	0,257

*Prueba de Kruskal-Wallis
m (DE) = media (Desviación típica)

**Prueba U de Mann-Whitney
n= tamaño muestra

Escala de Likert (1 nada satisfecho – 5 muy satisfecho)

8.6. Relación de la satisfacción del paciente con la información recibida de su médico y las características generales y específicas de esa información

Características generales de la información

Aplicando la Prueba U de Mann-Whitney encontramos que existen diferencias estadísticamente significativas en la satisfacción general y en las distintas fases del proceso asistencial del paciente según reciban información de su médico, encontrando que los pacientes informados tienen significativamente, en todos los aspectos evaluados sobre información general, niveles de satisfacción superiores que aquéllos que no lo han sido (Tabla 33).

Para el cálculo estadístico se han dicotomizado las respuestas a las preguntas anteriores, considerándose NO las respuestas *nunca* y *a veces* y SÍ *siempre* y *casi siempre*.

Características específicas de la información (sobre enfermedad, tratamiento, riesgos y complicaciones y pruebas complementarias)

Tal como se muestra en la Tabla 34, encontramos diferencias estadísticamente significativas entre las medias de satisfacción del paciente con la información proporcionada por su médico sobre el tratamiento, los riesgos y complicaciones y las pruebas complementarias respecto a todas las variables específicas de información analizadas; es decir, los diabéticos con medias de satisfacción más elevadas son los que dicen haber recibido información de su médico sobre estos 3 aspectos del proceso asistencial.

No encontramos una diferencia estadísticamente en las medias de satisfacción del paciente con la información sobre la enfermedad que le proporciona su médico, entre las que se incluyen *características de la DM2*, *pedir su opinión para tomar decisiones* y *la información sobre el impacto personal, laboral, familiar y social de la enfermedad*, aunque en todos los casos los pacientes más informados están más satisfechos.

Tabla 33. Relación de los 4 aspectos de la satisfacción estudiados y las características generales de la información sanitaria

	Satisfacción general	Satisfacción con información sobre enfermedad	Satisfacción con información sobre tratamiento	Satisfacción con información con riesgos y complicaciones	Satisfacción con información con pruebas complementarias	p*
	m (DE)	m (DE)	m (DE)	m (DE)	m (DE)	
Información verdadera						
Sí (n=463)	4,092 (0,789)	4,22 (0,802)	4,20 (0,802)	3,99 (0,898)	3,96 (0,947)	<0,0001
NO (n=18)	2,931 (0,966)	3,06 (1,056)	3,00 (0,970)	2,89 (1,079)	2,78 (1,003)	
Lenguaje comprensible						
Sí (n=453)	4,115 (0,778)	4,24 (0,788)	4,22 (0,795)	4,02 (0,886)	3,99 (0,936)	<0,0001
NO (n=28)	2,964 (0,824)	3,11 (0,956)	3,07 (0,813)	2,86 (0,932)	2,82 (0,945)	
Información adecuada						
Sí (n=437)	4,145 (0,759)	4,27 (0,757)	4,24 (0,779)	4,05 (0,870)	4,03 (0,899)	<0,0001
NO (n=44)	3,085 (0,849)	3,25 (1,059)	3,32 (0,959)	2,95 (0,914)	2,82 (1,018)	
Entiende la información						
Sí (n=458)	4,104 (0,781)	4,24 (0,781)	4,21 (0,791)	4,00 (0,902)	3,98 (0,939)	<0,0001
NO (n=23)	2,935 (0,908)	2,96 (1,065)	3,00 (0,953)	3,00 (0,953)	2,78 (0,998)	
Información oral						
Sí (n=461)	4,086 (0,791)	4,21 (0,805)	4,19 (0,799)	3,98 (0,904)	3,96 (0,948)	<0,0001
NO (n=20)	3,175 (1,104)	3,40 (1,231)	3,20 (1,152)	3,15 (1,137)	2,95 (1,099)	
Información escrita						
Sí (n=137)	4,254 (0,730)	4,31 (0,811)	4,37 (0,718)	4,20 (0,812)	4,13 (0,890)	<0,0001
NO (n=344)	3,967 (0,847)	4,12 (0,847)	4,06 (0,868)	3,85 (0,954)	3,83 (0,995)	
Información hace que cumpla con tratamiento						
Sí (n=393)	4,157 (0,761)	4,26 (0,782)	4,26 (0,765)	4,06 (0,877)	4,05 (0,915)	<0,0001
NO (N=84)	3,565 (0,928)	3,80 (0,984)	3,67 (0,979)	3,45 (0,993)	3,34 (1,027)	
Médico tiene tiempo suficiente para informar						
Sí (n=402)	4,141 (0,755)	4,28 (0,758)	4,24 (0,767)	4,04 (0,861)	4,00 (0,914)	<0,0001
NO (n=79)	3,579 (0,996)	3,66 (1,036)	3,68 (1,020)	3,46 (1,095)	3,52 (1,164)	
Médico resuelve sus dudas						
Sí (n=426)	4,164 (0,733)	4,31 (0,715)	4,27 (0,748)	4,06 (0,860)	4,02 (0,912)	<0,0001
NO (n=55)	3,150 (0,947)	3,13 (1,001)	3,25 (0,966)	3,11 (1,012)	3,11 (1,066)	

p*= Prueba U de Mann-Whitney

Escala de Likert (1 nada satisfecho – 5 muy satisfecho)

Tabla 34. Distribución de la satisfacción con la información en las distintas fases del proceso asistencial

			SATISFACCIÓN		
			Media	DE	p*
Satisfacción con información sobre enfermedad	<i>Características de la enfermedad</i>	SÍ (n=403)	4,20	0,831	0,502
		NO (n=78)	4,03	0,882	
	<i>Opinión del paciente</i>	SÍ (n=310)	4,23	0,844	0,304
		NO (n=171)	4,08	0,829	
	<i>Impacto laboral</i>	SÍ (n=141)	4,44	0,750	0,635
		NO (n=340)	4,06	0,853	
	<i>Impacto personal</i>	SÍ (n=192)	4,41	0,732	0,450
NO (n=289)		4,02	0,874		
<i>Impacto familiar</i>	SÍ (n=140)	4,45	0,733	0,109	
	NO (n=341)	4,06	0,857		
<i>Impacto social</i>	SÍ (n=119)	4,39	0,773	0,203	
	NO (n=362)	4,10	0,851		
Satisfacción con información sobre el tratamiento	<i>Medidas higiénicas</i>	SÍ (n=442)	4,21	0,787	<0,0001
		NO (n=39)	3,49	1,097	
	<i>Medidas dietéticas</i>	SÍ (n=449)	4,19	0,801	0,002
		NO (n=32)	3,59	1,132	
	<i>Actividad física</i>	SÍ (n=450)	4,21	0,795	<0,0001
		NO (n=31)	3,35	1,050	
	<i>Finalidad del tratamiento</i>	SÍ (n=433)	4,18	0,817	0,036
		NO (n=48)	3,88	0,981	
	<i>Hora de toma y relación con dieta</i>	SÍ (n=447)	4,18	0,821	0,011
		NO (n=34)	3,76	0,987	
	<i>Posología</i>	SÍ (n=462)	4,18	0,821	0,009
		NO (n=19)	3,58	1,071	
	<i>Vía de administración</i>	SÍ (n=451)	4,19	0,822	0,001
		NO (n=30)	3,63	0,928	
<i>Efectos secundarios</i>	SÍ (n=172)	4,35	0,738	<0,0001	
	NO (n=309)	4,04	0,872		
<i>Contraindicaciones</i>	SÍ (n=113)	4,38	0,711	0,001	
	NO (n=368)	4,08	0,863		
<i>Tratamientos alternativos</i>	SÍ (n=142)	4,29	0,865	0,031	
	NO (n=339)	4,09	0,759		
Satisfacción con información sobre riesgos y complicaciones	<i>Revisiones y periodicidad</i>	SÍ (n=415)	3,99	0,910	0,021
		NO (n=66)	3,70	1,007	
	<i>Pronóstico sin tratamiento</i>	SÍ (n=339)	4,15	0,819	<0,0001
		NO (n=142)	3,46	1,001	
<i>Pronóstico con tratamiento actual</i>	SÍ (n=141)	4,15	0,830	<0,0001	
	NO (n=340)	3,46	0,975		
<i>Riesgos y complicaciones de la enfermedad</i>	SÍ (n=369)	4,06	0,878	<0,0001	
	NO (n=112)	3,57	0,993		
Satisfacción con información sobre pruebas complementarias	<i>PC para diagnóstico precoz</i>	SÍ (n=320)	4,03	0,931	0,001
		NO (n=161)	3,70	1,024	
	<i>Confirmar enfermedad y PC</i>	SÍ (n=330)	4,01	0,964	0,001
		NO (n=151)	3,73	0,973	
	<i>Motivo de solicitud</i>	SÍ (n=272)	4,13	0,888	<0,0001
		NO (n=209)	3,65	1,018	
	<i>Molestias</i>	SÍ (n=91)	4,25	0,877	<0,0001
		NO (n=390)	3,84	0,981	
	<i>Complicaciones</i>	SÍ (n=81)	4,21	0,904	0,002
		NO (n=400)	3,86	0,979	
<i>Resultados</i>	SÍ (n=447)	3,96	0,950	0,006	
	NO (n=34)	3,41	1,158		

p*= Prueba U de Mann-Whitney

PC: pruebas complementarias

Escala de Likert (1 nada satisfecho – 5 muy satisfecho)

9. Análisis de la adherencia al tratamiento de los pacientes diabéticos

9.1. Cuestionarios de adherencia al tratamiento

9.1.1. Test de Morisky-Green-Levine

Según el test de Morisky-Green-Levine, se consideran *adherentes* a quienes contestan NO a las 4 preguntas y *no-adherentes* a quienes contestan SÍ a una o más (Márquez Contreras, 2004).

En la Tabla 35 encontramos los resultados de este test:

		n (%)
¿Se olvida alguna vez de tomar su medicación antidiabética?	Sí	147 (30,6)
	No	334 (69,4)
¿Es descuidado con la hora en que debe tomar la medicación?	Sí	72 (15)
	No	409 (85)
Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?	Sí	36 (7,5)
	No	445 (92,5)
Si alguna vez le sienta mal la medicación, ¿deja de tomarla?	Sí	64 (13,3)
	No	417 (86,7)
Adherente	Sí	293 (60,9)
	No	188 (39,1)

Tabla 35. Resultados del Test de Morisky-Green-Levine

Según el test de Morisky-Green-Levine 293 *pacientes son adherentes*, lo que supone el 60,9% de la muestra, frente a los 188 no adherentes (39,1%) (Figura 95).

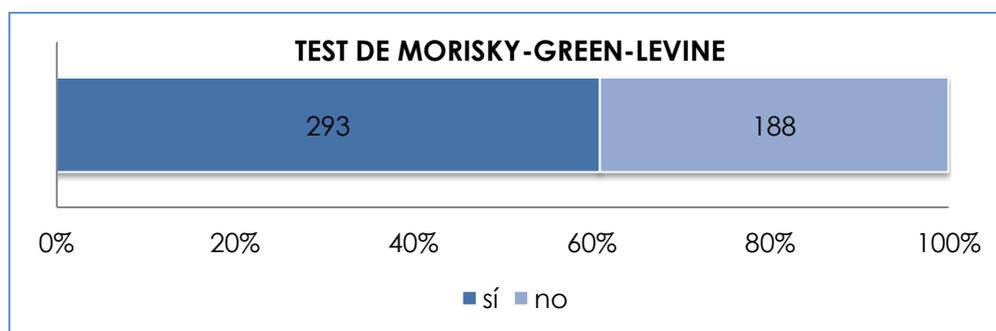


Figura 95. Adherencia según Test Morisky-Green-Levine

Los resultados obtenidos en cada pregunta del test de Morisky-Green se recogen en la Figura 96. El 69,4% dice no olvidarse de tomar alguna vez su medicación antidiabética, el 85% *no es descuidado con la hora en que debe tomar su medicación*, el 92,5% *no deja de tomar la medicación cuando se encuentra bien* y el 86,7% *no deja de tomarla si alguna vez le sienta mal*.

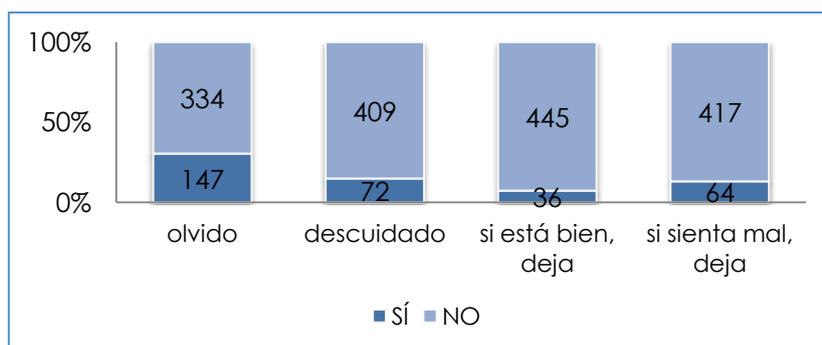


Figura 96. Distribución de la muestra de pacientes diabéticos según Test de Morisky-Green-Levine

9.1.2. Test del cumplimiento auto-comunicado o test de Haynes-Sackett

Según el test del cumplimiento auto-comunicado, se considera *cumplidor* aquel diabético cuyo porcentaje de cumplimiento auto-comunicado se sitúa en el 80-110, es decir, aquél que, aunque refiera haber tenido dificultades para tomar su medicación, haya tomado más del 80% de lo prescrito (Márquez Contreras, 2004; Gil-Guillén y cols, 2012).

En la Tabla 36 se encuentran los resultados de este test:

		n (%)
¿ Tiene usted dificultad para tomar todos sus comprimidos para la diabetes?	Sí	50 (10,4)
	No	431 (89,6)
Adherente	Sí	445 (92,5)
	No	36 (7,5)

Tabla 36. Resultados del Test de cumplimiento auto-comunicado o de Haynes-Sackett

Con la realización del test de cumplimiento auto-comunicado el 89,6% de la muestra (431 pacientes de 481) dicen no tener dificultad para tomar todos sus comprimidos, siendo la media del número de comprimidos tomados en el último mes de 28,36 con una desviación típica de 4,72 y unas frecuencias reflejadas en el histograma de la Figura 97. Los porcentajes se encuentran comprendidos entre los 27 comprimidos mensuales que dicen haber tomado 75 pacientes diabéticos (15,6%) y los 30 comprimidos que han tomado 305 pacientes (63,4%).

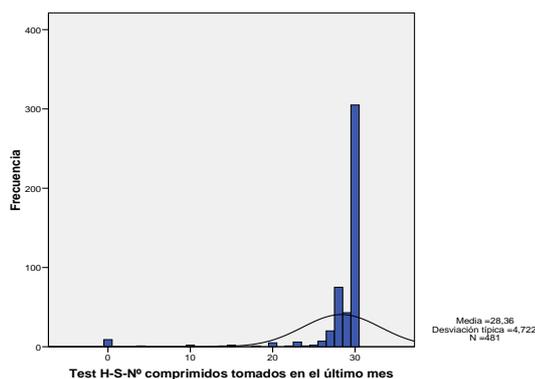


Figura 97. Histograma de frecuencias del número de comprimidos tomados en el último mes

Según el Test del cumplimiento auto-comunicado o test de Haynes-Sackett 445 pacientes son adherentes (92,5%) (Figura 98).

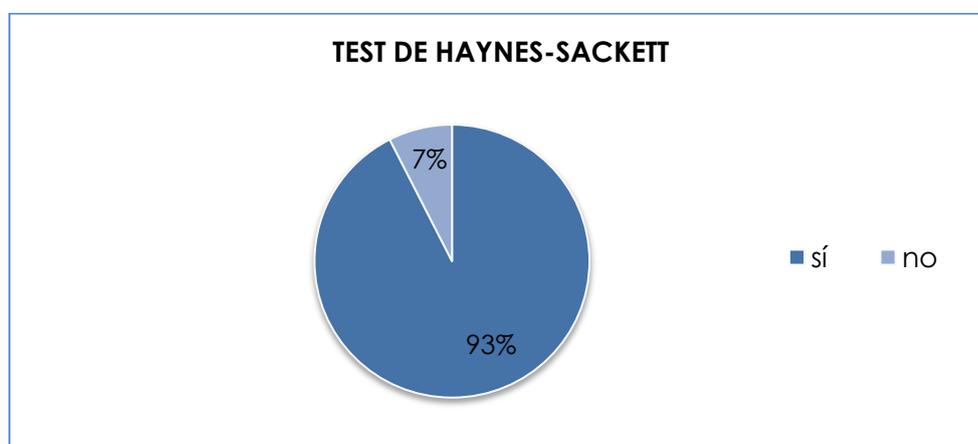


Figura 98. Adherencia según Test de Haynes-Sackett

9.1.3. Cuestionario de adherencia SMAQ (Tabla 37)

Según el test SMAQ, se considera *no-adherente* al paciente diabético que responda a las preguntas 1: sí, 2: no, 3: sí, 4: sí, 5: C, D o E, 6: más de dos días. A veces se usa la pregunta 5 como semi-cuantitativa, siendo entonces los resultados: respuestas A (ninguna ó 95-100% de adhesión), B (1-2 ó 85-94%), C (3-5 ó 65-84%), D (6-10 ó 30-64%) y E (más de 10 ó <30%) (Knobel y cols, 2002).

Según los resultados obtenidos (Figura 99), el 69,9% de los pacientes (336 de 481) *no olvidan tomar la medicación alguna vez*, el 87,5% *siempre toma los fármacos a la hora indicada* (421 de 481), el 86,9% *no deja de tomar los fármacos alguna vez si se siente mal* (418 de 481) y el 89,2% *no olvidó tomar la medicación durante el fin de semana* (429 de 481).

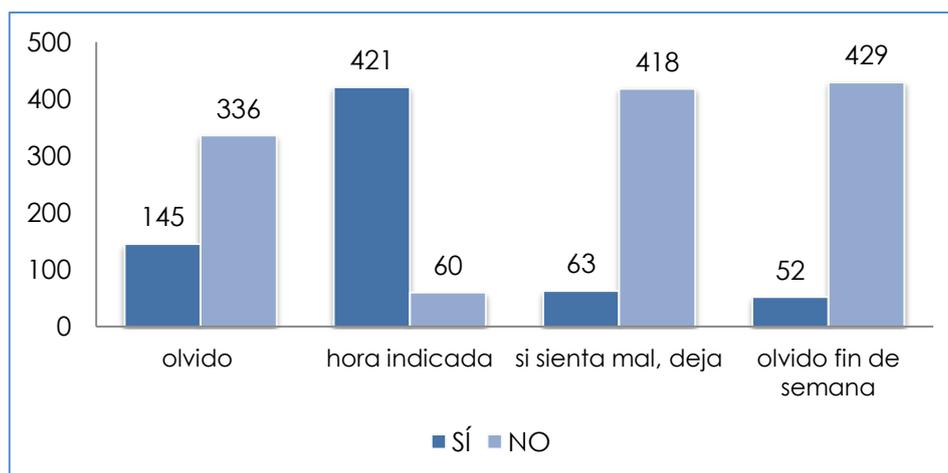


Figura 99. Distribución de la muestra de pacientes según Cuestionario de Adherencia SMAQ

		n (%)
¿Se olvida alguna vez de tomar su medicación antidiabética?	Sí	145 (30,1)
	No	336 (69,9)
¿Toma siempre los fármacos a la hora indicada?	Sí	421 (87,5)
	No	60 (12,5)
¿Alguna vez deja de tomar los fármacos si le sientan mal?	Sí	63 (13,1)
	No	418 (86,9)
¿Olvidó tomar la medicación durante el fin de semana?	Sí	52 (10,8)
	No	429 (89,2)
En la última semana, ¿cuántas veces no tomó alguna dosis?	A: ninguna	370 (79,6)
	B: 1-2	79 (16,4)
	C: 3-5	15 (3,1)
	D 6-10	7 (1,5)
	E: >10	10 (2,1)
Desde la última visita, ¿cuántos días completos no tomó la medicación?	≤2	422 (87,7)
	> 2	23 (12,3)
Adherente	Sí	359 (74,6)
	No	122 (25,4)

Tabla 37. Resultados del Cuestionario de Adherencia SMAQ

El 79,6% de todos los pacientes (370 de 481) dicen *no haber olvidado ninguna dosis en la última semana*. Si atendemos al análisis de la pregunta 5 como semicuantitativa, el 76,5% de los pacientes diabéticos tienen entre el 95 y 100% de adhesión. El 16,4% dice haberse *olvidado 1-2 dosis* (16,8% de 85-94% de adhesión). Sólo el 2,1% de los pacientes dicen haber *olvidado más de 10 dosis* (<30% de adherencia).

Respecto a la última pregunta del cuestionario, hay 267 pacientes (55,5%) que *desde la última visita, ningún día completo no han tomado la medicación*, seguidos por los 129 diabéticos (26,8%) que un día no tomaron la medicación completa y de los 26 (5,4%) que dicen no haberla tomado de forma completa 2 días. Del 12,3% restante de

la muestra destacan los 46 pacientes que en 16 días completos no han tomado la medicación (3,3%), oscilando entre 4 y 5 pacientes el resto de frecuencias.

Como resultado final podemos afirmar que según el cuestionario SMAQ, el 74,6% de los pacientes son adherentes (Figura 100).

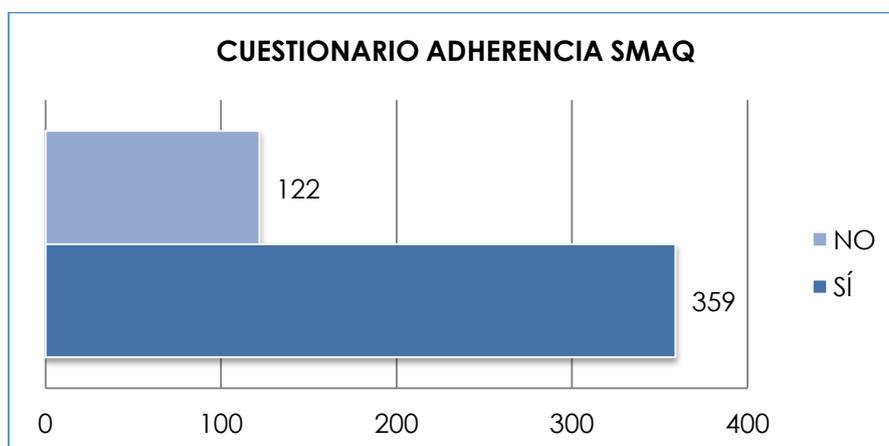


Figura 100. Adherencia según Cuestionario SMAQ

9.2. Concordancia entre tests indirectos de medida de adherencia: Morisky-Green-Levine, Haynes-Sackett y SMAQ

En la Tabla 38 quedan reflejados los datos de adherencia de los tres tests utilizados en este proyecto, el nivel de significación de la comparación de proporciones entre adherentes y no-adherentes según cada test y el índice de concordancia (*Índice de Kappa*) entre ellos.

	Adherente	No adherente	p*
	n (%)	n (%)	
Morisky-Green	293 (60,9)	188 (39,1)	<0,0001
Haynes-Sackett	445 (92,5)	36 (7,5)	<0,0001
SMAQ	359 (74,6)	122 (25,4)	<0,0001

Tabla 38. Distribución de la adherencia según los tres métodos de medida

	Índice Kappa
<i>Morisky-Green vs Haynes-Sackett</i>	0,214
Haynes-Sackett vs SMAQ	0,37
<i>Morisky-Green vs SMAQ</i>	0,581

*Chi-Cuadrado de Pearson

Tabla 39. Índice de Kappa entre los tres cuestionarios de adherencia

Según los resultados obtenidos en los tres test realizados, respecto a los pacientes catalogados como adherentes y no-adherentes, existen diferencias estadísticamente significativas al comparar 2 a 2 los cuestionarios (Tabla 39), observando que:

- Existen diferencias estadísticamente significativas entre los resultados de medir la adherencia de nuestra muestra con el test MGL y el test HS, mostrando, según el índice de concordancia Kappa, una relación débil entre ellos (Kappa= 0,214).
- Encontramos de igual forma diferencias estadísticamente significativas al aplicar el test HS respecto al SMAQ, y en este caso, también el índice de Kappa objetiva una relación débil (Kappa=0,370).
- Sin embargo, a pesar de que también hallamos diferencias estadísticamente significativas entre el test MGL y el SMAQ, el índice de Kappa entre ellos los relaciona de forma moderada (Kappa= 0,581).

Dados los datos previos, y habiendo demostrado que no existe una buena concordancia entre los tests de adherencia usados (sólo una moderada concordancia entre el Test de Morisky-Green y el SMAQ), tomaremos como referencia para el desarrollo de resultados el Test de Morisky-Green-Levine, ampliamente reconocido en la literatura como un método validado en población diabética española para medir adherencia al tratamiento prescrito (Krapek y cols, 2004; Márquez Contreras, 2004; García Pérez y cols, 2000).

9.3. Información obtenida de la historia clínica

En la Tabla 40 encontramos los datos clínicos (tipo y duración del tratamiento antidiabético) recogidos en la historia clínica informática de cada paciente.

		n (%)
Tipo de tratamiento	ADO	224 (46,6)
	Combinaciones de ADOS	160 (33,3)
	Insulina	36 (7,5)
	ADO + Insulina	61 (12,7)
Tiempo de tratamiento (meses)	>11	120 (24,9)
	12-24	131 (27,2)
	25-48	129 (26,8)
	≥49	101 (21)

Tabla 40. Datos clínicos recogidos en la historia clínica

Tratamiento

Son múltiples las combinaciones registradas como tratamiento en las historias clínicas de los pacientes, por lo que seguimos la misma clasificación que la presentada en el *tratamiento según los pacientes* (Figura 101): casi la mitad de nuestros diabéticos (46,6%) está en tratamiento con un solo Antidiabético, el 33,3% con combinación de ADOS orales, el 12,7% se trata tanto con ADOS orales como con insulina y sólo el 7,5% lo hace exclusivamente con insulina.

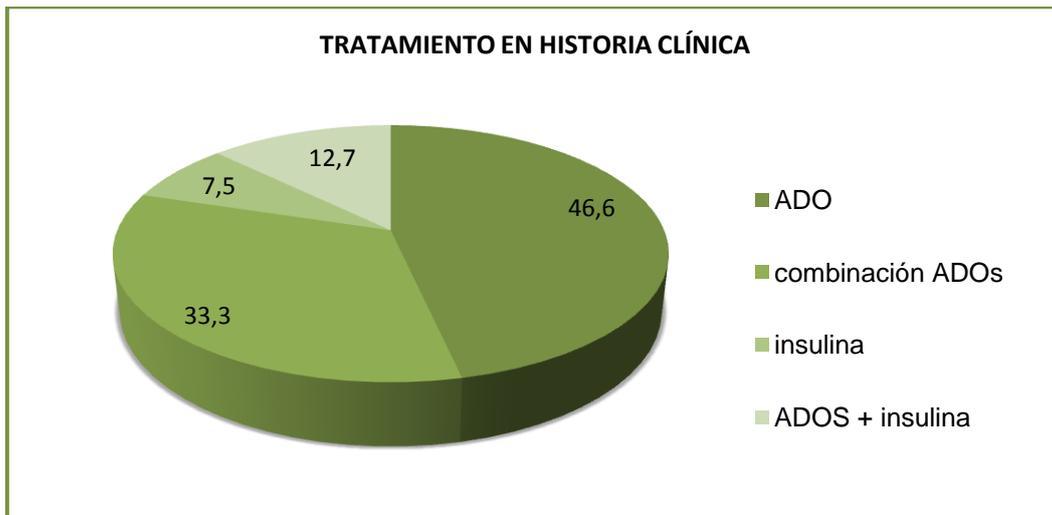


Figura 101. Distribución de la muestra según tratamiento registrado en la historia clínica

Duración del tratamiento (Figura 102)

Según los datos registrados en la historia clínica informática, nuestros diabéticos llevan el tratamiento una media de 35,42 meses con una desviación típica de 33,328, un mínimo de 3 meses y un máximo de 240.

Dividiendo los datos en intervalos temporales, obtenemos:

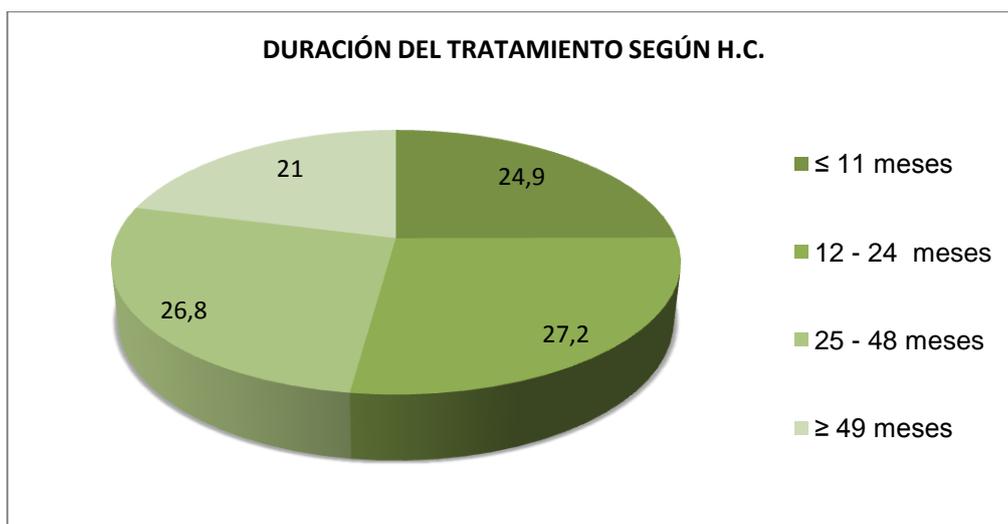


Figura 102. Distribución de la muestra según la duración del tratamiento registrado en la historia clínica

Datos que informen sobre la continuidad del tratamiento

En la Tabla 41 se muestran los datos existentes en las historias clínicas (H.C.) informáticas de los pacientes diabéticos que nos indican la continuidad o no del tratamiento antidiabético prescrito.

		n (%)
Datos	Sí	370 (76,9)
	No	111 (23,1)
Continuidad		356 (74)
Abandono		14 (2,9)
Datos registrados		
	Control del efecto clínico (parámetros bioquímicos)	60 (16,2)
	Control de los efectos adversos	8 (2,2)
	Recogido por control de enfermería	35 (9,5)
	Clínica, bioquímica y enfermería	93 (25,1)
	Clínica, bioquímica, efectos adversos y enfermería	168 (45,4)
	Clínica, bioquímica y efectos adversos	6 (1,6)

Tabla 41. Datos de registro en historia clínica de adherencia al tratamiento

En la historia clínica de 370 pacientes existe *algún dato que informa sobre la persistencia al tratamiento*, lo que corresponde a un 76,9%; del resto, no hay datos registrados.

De los pacientes en los que sí tenemos datos, hay un 74% (356 diabéticos) en los que se informa de *continuidad*, mientras que los 14 restantes (2,9%) señalan *abandono* del tratamiento (Figura 103).

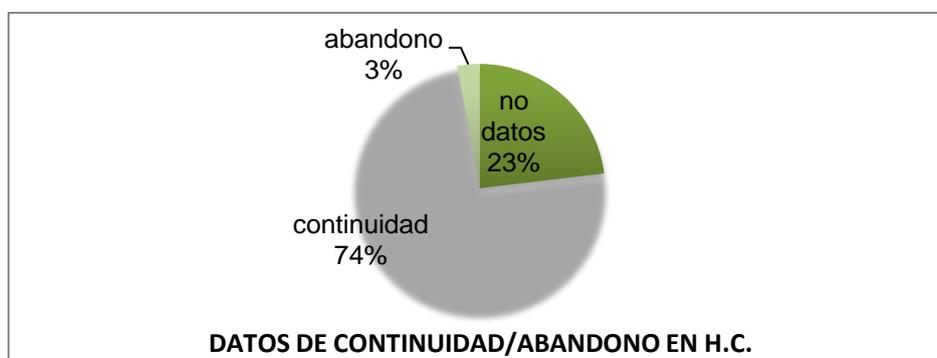


Figura 103. Distribución de la muestra según datos que informen de la continuidad/abandono del tratamiento en la historia clínica

Analizando las historias clínicas de los pacientes diabéticos, existen 111 que *no tienen recogidos ningún dato sobre la adherencia al tratamiento* y 370 en los que sí aparece algún dato (Figura 104), como:

- *Control del efecto clínico, con la medida de parámetros bioquímicos*: en 60 pacientes (16,2%).
- *Control de los efectos adversos*: 8 diabéticos (2,2%).
- *Recogido por control de enfermería*: 35 (9,5%).

En 93 diabéticos (25,1%) encontramos datos del *control del efecto clínico mediante parámetros bioquímicos* así como *datos recogidos por el control de enfermería*.

Sólo 6 pacientes (1,6%) tienen en su historia clínica datos de *control del efecto clínico mediante parámetros bioquímicos y datos de control de los efectos adversos*.

Finalmente, 168 historias clínicas (45,4%) recogen datos de adherencia en las tres primeras modalidades, que incluyen *control del efecto clínico mediante parámetros bioquímicos, recogidos por control de enfermería y con control de efectos adversos*.

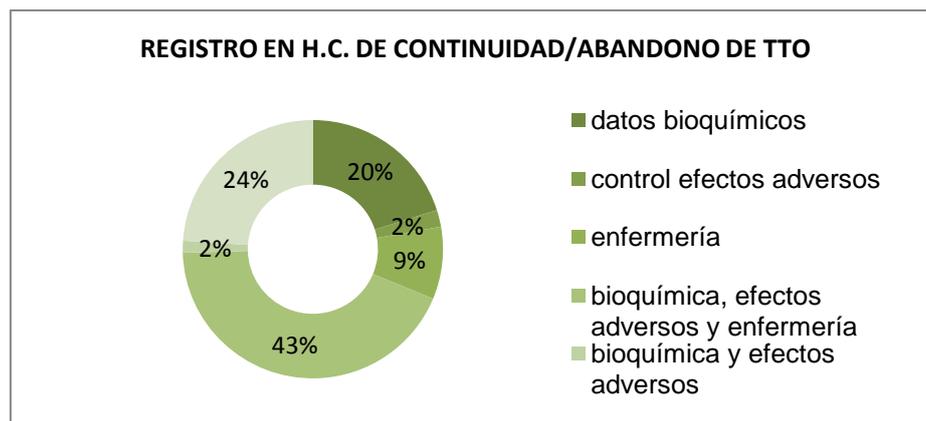


Figura 104. Distribución de la muestra según los datos de continuidad registrados en la historia clínica

9.4. Influencia de las variables socio-demográficas y clínicas de los pacientes diabéticos en la adherencia al tratamiento según el test de Morisky-Green-Levine

En la Tabla 42 se recoge la relación entre las variables socio-demográficas de los pacientes diabéticos y la adherencia al tratamiento:

		Adherente n (%)	No adherente n (%)	p*
Edad (años)	≤ 55	65 (58,6)	46 (41,4)	0,899
	56-64	89 (60,1)	59 (39,9)	
	65-74	89 (62,2)	54 (37,8)	
	≥75	50 (63,3)	29 (36,7)	
Sexo	Hombre	153 (55,2)	124 (39,1)	0,003
	Mujer	140 (68,6)	64 (31,4)	
Estado civil	Solo	69 (53,5)	60 (46,5)	0,043
	En pareja	224 (63,6)	128 (36,4)	
Nacionalidad	Española	282 (60,9)	181 (39,1)	0,986
	Otros	11 (61,1)	7 (38,9)	
Nivel de estudios	Sin estudios	73 (59,3)	50 (40,7)	0,520
	Primarios	149 (63,9)	84 (36,1)	
	Secundarios	52 (58,4)	37 (41,6)	
	Universitarios	19 (52,8)	17 (47,2)	

*Chi-Cuadrado

Tabla 42. Distribución de la adherencia (MGL) según variables socio-demográficas

No encontramos diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las variables edad ($p= 0,899$), nacionalidad ($p=0,986$) y nivel de estudios ($p= 0,520$) con respecto a la adherencia al tratamiento.

La prueba de Chi-cuadrado evidencia que existe una relación estadísticamente significativa entre el género y la adherencia ($p= 0,003$). Así, el 68,6% de las mujeres presentan adherencia, frente al 55,2% de los hombres.

Comprobamos igual relación con diferencias estadísticamente significativas entre el estado civil y la adherencia, pues, el 63,6% de los que viven en pareja son adherentes respecto al 53,5% de los que viven solos.

En la Tabla 43 se recogen los datos relacionados con la adherencia al tratamiento de los pacientes diabéticos según las variables clínicas que el propio paciente conoce (tipo de tratamiento y duración del mismo):

		Adherente n (%)	No adherente n (%)	p
Tipo de tratamiento (según el paciente)	<i>Conoce tratamiento</i>			
	ADO	112 (56,9)	85 (43,1)	0,124*
	Comb de ADOS	78 (57,8)	57 (42,2)	
	Insulina	25 (73,5)	9 (26,5)	
	ADOS + Insulina	29 (63)	17 (37)	
	<i>No conoce tratamiento</i>	49 (71)	20 (29)	
Duración del tratamiento (según el paciente)		45,88 ± 47,018	41,41 ± 40,191	0,738**

* Chi-cuadrado ** U de Mann-Whitney

Tabla 43. Distribución de la adherencia medida por MGL según el tipo de tratamiento (según el paciente)

El 14,3% de los pacientes diabéticos (69 de 481) desconoce el tratamiento antidiabético que toma. Aunque calculando la Chi-cuadrado de Pearson hallamos que no existe una diferencia estadísticamente significativa entre la adherencia y conocer la medicación.

Si analizamos de forma pormenorizada los grupos de tratamiento según el paciente, existe similitud en los porcentajes de la adherencia y no adherencia medida según el MGL en pacientes tratados con ADO y combinaciones de ADOS (adherentes 56,9% vs 57,8%), con un discreto aumento de la adherencia en los pacientes que toman ADOs+ Insulina (63%) y un aumento considerable de los pacientes adherentes tratados con insulina (73,5%). Según la Chi-cuadrado de Pearson, no existe una diferencia estadísticamente significativa entre adherencia y estos grupos de tratamientos.

Relación del nivel de estudios con el conocimiento de la medicación que toman:

Para establecer una posible relación entre el nivel de estudios y el hecho de que el paciente conozca o no el tratamiento que toma (Tabla 44) realizamos el test estadístico de la Chi-cuadrado, existiendo una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,0001$): los diabéticos que no tienen estudios desconocen en mayor medida el tratamiento que toman, disminuyendo tal desconocimiento según aumenta el nivel de estudios.

	Conoce el tratamiento	No conoce el tratamiento	p*
Nivel de estudios			
Sin estudios	90 (73,2)	33 (26,8)	<0,0001
Primarios	82 (88,9)	7 (11,1)	
Secundarios	208 (89,3)	25 (10,7)	
Universitarios	32 (92,1)	4 (7,9)	

*Chi-Cuadrado

Tabla 44. Relación del nivel de estudios con el conocimiento del tratamiento por parte del paciente

En la Tabla 45 hallamos los datos que relacionan las variables clínicas que aparecen en la historia clínica de los pacientes diabéticos con la adherencia al tratamiento:

		Adherente n (%)	No adherente n (%)	p*
Tipo de tratamiento (según la historia clínica)	ADO	131 (58,5)	93 (41,5)	0,180
	Comb ADOS	94 (58,8)	66 (41,2)	
	Insulina	27 (75)	9 (25)	
	ADOS + Insulina	41 (67,2)	20 (32,8)	
Duración de tratamiento según la historia clínica (meses)	≤11	71 (59,2)	49 (40,8)	0,611
	12-24	86 (65,6)	45 (34,4)	
	25-48	75 (58,1)	40 (39,6)	
	≥49	61 (60,4)	54 (41,9)	
Dato en historia clínica que indique adherencia	Nada	75 (67,6)	36 (32,4)	0,016
	Continuidad	214 (60,1)	142 (39,9)	
	Abandono	4 (28,6)	10 (71,4)	
	Clínica + Bq	35 (58,3)	25 (41,7)	
Dato específico en historia clínica	Efectos adversos	2 (25)	6 (75)	0,112
	Enfermería	18 (51,4)	17 (48,6)	
	Clínica + Bq + enfermería	64 (68,8)	29 (31,2)	
	Clínica + Bq + efectos adversos + enfermería	95 (56,5)	73 (43,5)	
	Clínica + Bq + efectos adversos	4 (66,7)	2 (33,3)	

* Chi-cuadrado de Pearson

Bq: datos bioquímicos

Comb ADOS: combinación de antidiabéticos orales

Tabla 45. Distribución de la adherencia medida por MGL según variables clínicas que aparecen en la historia clínica

La prueba de la Chi-cuadrado de Pearson nos muestra que no existe una asociación estadísticamente significativa ($p=0,180$) entre el tipo de tratamiento antidiabético que aparece en la historia clínica y la adherencia al mismo, pero podríamos destacar, como comprobaremos posteriormente al analizar los grupos de tratamiento según el paciente, que los diabéticos tratados con insulina (ya sea el 75% de los adherentes tratados con insulina o el 67,2% de los adherentes que se tratan con ADOS + insulina) son más adherentes que los tratados con ADO.

La media de duración del tratamiento entre los adherentes es de $35,61 \pm 33,729$ meses y en los no adherentes de $35,13 \pm 32,779$, sin existir diferencias significativas.

En cuanto a si la aparición de algún dato en la historia clínica que indique abandono/continuidad/abandono se relaciona con la adherencia al tratamiento, encontramos una asociación estadísticamente significativa ($p=0,016$) por la que podemos afirmar que aparecen más datos de continuidad en los pacientes adherentes (60,1%) y más datos de abandono en los no adherentes (71,4%).

Habría que destacar en este apartado que existen datos de continuidad del tratamiento en la historia clínica de 142 pacientes (39,9%) que, según el Test de Morisky-Green no son adherentes. Y en sentido inverso, encontramos datos de abandono de la medicación en la historia clínica de 4 pacientes (28,6%) que según el Test de Morisky-Green son adherentes.

Sólo en 20 de los 218 pacientes adherentes no se registran datos bioquímicos que objetiven el control de la diabetes, por lo que en el 90,83% de los diabéticos restantes sí encontramos en la historia clínica resultados que refrendan la adherencia al tratamiento. En estos casos, la adherencia no depende sólo del subjetivo registro por parte de enfermería, del propio facultativo u otros registros, sino que se objetiva con la mejoría de los parámetros analíticos.

9.5. Relación entre adherencia al tratamiento (según MGL) y las características generales de la información

En la Tabla 46 encontramos la relación entre la adherencia al tratamiento de los pacientes diabéticos medida con el test de Morisky-Green-Levine (MGL) y las características generales de la información.

Según el análisis estadístico, hallamos diferencias estadísticamente significativas entre el cumplimiento terapéutico y haber recibido información con lenguaje comprensible, que el paciente haya entendido dicha información, haciendo que cumpla con el tratamiento pautado, así como si el paciente considera que el médico tiene tiempo suficiente en la consulta para informar.

INFORMACIÓN GENERAL		TEST DE MORISKY-GREEN		p*
		Adherente n (%)	No adherente n (%)	
<i>Información verdadera</i>	SÍ (n=463)	282 (60,9)	181 (39,1)	0,986
	NO (n=18)	11 (61,1)	7 (38,9)	
<i>Lenguaje comprensible</i>	SÍ (n=453)	277 (61,1)	176 (38,9)	0,043
	NO (n=28)	16 (57,1)	12 (42,9)	
<i>Información adecuada a sus necesidades</i>	SÍ (n=437)	270 (61,8)	167 (38,2)	0,218
	NO (n=44)	23 (52,3)	21 (47,7)	
<i>Entiende la información</i>	SÍ (n=458)	282 (61,6)	176 (38,4)	0,039
	NO (n=23)	11(47,8)	12 (52,2)	
<i>Información oral</i>	SÍ (n=461)	280 (60,7)	181 (39,3)	0,702
	NO (n=20)	13 (65)	7 (35)	
<i>Información escrita</i>	SÍ (n=137)	77 (56,2)	60 (43,8)	0,182
	NO (n=344)	216 (62,8)	128 (37,2)	
<i>Información hace que cumpla con tratamiento</i>	SÍ (n=393)	244 (62,1)	149 (37,9)	0,041
	NO (n=88)	49 (55,7)	39 (44,3)	
<i>Médico resuelve sus dudas</i>	SÍ (n=426)	255 (59,9)	171 (40,1)	0,187
	NO (n=55)	38 (69,1)	17 (30,9)	
<i>Médico tiene tiempo suficiente para informar</i>	SÍ (n=402)	247 (61,4)	155 (38,6)	0,049
	NO (n=79)	46 (58,2)	33 (41,8)	

*Chi-Cuadrado de Pearson

Tabla 46. Distribución de la adherencia según el Test MGL en función de las características generales de la información

9.6. Relación entre adherencia al tratamiento (según MGL) y las características específicas de la información

En la Tabla 47 se muestra la relación entre la adherencia al tratamiento de los pacientes diabéticos y las características específicas de la información que refieren haber recibido de su médico de Atención Primaria (información sobre diagnóstico, tratamiento, pronóstico, pruebas complementarias e impacto de la DM2).

INFORMACIÓN ESPECÍFICA		TEST DE MORISKY- GREEN		p*
		Adherente	No adherente	
		n (%)	n (%)	
<i>Diagnóstico precoz</i>	SÍ (n=320)	194 (60,6)	126 (39,4)	0,854
	NO (n=161)	99 (61,5)	62 (38,5)	
<i>Confirmación y pruebas complementarias</i>	SÍ (n=330)	200 (60,6)	130 (39,4)	0,837
	NO (n=151)	93 (61,6)	56 (38,4)	
<i>Características de la enfermedad</i>	SÍ (n=403)	248 (61,5)	155 (38,5)	0,524
	NO (n=78)	45 (57,7)	33 (42,3)	
<i>Medidas higiénicas</i>	SÍ (n=442)	271 (61,3)	171 (38,5)	0,548
	NO (n=39)	22 (56,4)	17 (43,6)	
<i>Medidas dietéticas</i>	SÍ (n=449)	273 (60,4)	176 (39,2)	0,849
	NO (n=32)	20 (62,5)	12 (37,5)	
<i>Actividad física</i>	SÍ (n=450)	272 (60,4)	178 (39,6)	0,421
	NO (n=31)	21 (67,7)	10 (32,3)	
<i>Finalidad del tratamiento</i>	SÍ (n=433)	264 (61)	169 (39)	0,941
	NO (n=48)	29 (60,4)	19 (39,6)	
<i>Horas de tomas y relación con dieta</i>	SÍ (n=447)	274 (61,3)	173 (38,7)	0,033
	NO (n=34)	19 (55,9)	15 (44,1)	
<i>Posología</i>	SÍ (n=462)	283 (61,3)	179 (38,7)	0,021
	NO (n=19)	10 (52,6)	9 (47,4)	
<i>Vía de administración</i>	SÍ (n=451)	275 (61)	176 (39)	0,916
	NO (n=30)	18 (60)	12 (40)	
<i>Efectos secundarios</i>	SÍ (n=172)	101 (58,7)	71 (41,3)	0,462
	NO (n=309)	192 (62,1)	117 (37,9)	
<i>Contraindicaciones</i>	SÍ (n=113)	68 (60,2)	45 (39,8)	0,854
	NO (n=368)	225 (61,1)	143 (38,9)	
<i>Revisiones</i>	SÍ (n=415)	255 (61,4)	160 (38,6)	0,550
	NO (n=66)	38 (57,6)	28 (42,4)	
<i>Tratamientos alternativos</i>	SÍ (n=142)	83 (58,5)	59 (41,5)	0,473
	NO (n=339)	210 (61,9)	129 (38,1)	
<i>Opinión de pacientes</i>	SÍ (n=310)	193 (62,3)	117 (37,7)	0,041
	NO (n=171)	100 (58,5)	71 (41,5)	
<i>Pronóstico sin tratamiento</i>	SÍ (n=339)	211 (62,2)	128 (37,8)	0,357
	NO (n=142)	82 (57,7)	60 (42,3)	
<i>Pronóstico con tratamiento actual</i>	SÍ (n=340)	215 (63,2)	125 (36,8)	0,105
	NO (n=141)	78 (55,3)	63 (44,7)	
<i>Riesgos y complicaciones de la enfermedad</i>	SÍ (n=369)	227 (61,5)	142 (38,5)	0,623
	NO (n=112)	66 (58,9)	46 (41,1)	
<i>Motivo de solicitud de EC</i>	SÍ (n=272)	167 (61,4)	105 (38,6)	0,805
	NO (n=209)	126 (60,3)	83 (39,7)	
<i>Molestias de las EC</i>	SÍ (n=91)	52 (57,1)	39 (42,9)	0,413
	NO (n=390)	241 (61,8)	149 (38,2)	
<i>Complicaciones de EC</i>	SÍ (n=81)	47 (58)	34 (42)	0,559
	NO (n=400)	246 (61,5)	154 (38,5)	
<i>Resultados de EC</i>	SÍ (n=447)	273 (61,1)	174 (38,9)	0,795
	NO (n=34)	20 (58,8)	14 (41,2)	
<i>Impacto personal</i>	SÍ (n=141)	85 (60,3)	56 (39,7)	0,855
	NO (n=340)	208 (61,2)	132 (38,8)	
<i>Impacto laboral</i>	SÍ (n=192)	107 (55,7)	85 (44,3)	0,053
	NO (n=289)	186 (64,4)	103 (35,6)	
<i>Impacto familiar</i>	SÍ (n=140)	77 (55)	63 (45)	0,048
	NO (n=341)	216 (63,3)	125 (36,7)	
<i>Impacto social</i>	SÍ (n=119)	68 (57,1)	51 (42,9)	0,031
	NO (n=362)	225 (62,2)	137 (37,8)	

*Chi-Cuadrado

Tabla 47. Distribución de la adherencia (MGL) según las características específicas de la información

Tras el análisis estadístico para relacionar la adherencia (medida con MGL) y las características específicas de la información proporcionada por el médico de Atención Primaria, comprobamos que existen diferencias estadísticamente significativas entre ser más adherente y haber recibido información sobre las horas de las tomas de la medicación y la relación con la dieta, la posología, el impacto familiar y social y haber pedido la opinión de los pacientes para tomar decisiones sobre su enfermedad.

9.7. Relación de la adherencia al tratamiento de los pacientes diabéticos (MGL) y la satisfacción con la información recibida

Influencia de la satisfacción *general* con la información recibida en la ADHERENCIA al tratamiento:

No evidenciamos diferencias en las medias de satisfacción general con la información proporcionada por el médico de Atención Primaria y el cumplimiento terapéutico del paciente diabético, con ninguno de los 3 cuestionarios de adherencia usados, aunque en los tres casos las medias de satisfacción son superiores en los pacientes adherentes (Tabla 48).

		Satisfacción general	
		m (DE)	p*
Adherente	MGL (n=293)	4,068 (0,865)	0,26
	HS (n=445)	4,062 (0,821)	0,13
	SMAQ (n=359)	4,05 (0,837)	0,71
No adherente	MGL (n=188)	4,017 (0,759)	0,26
	HS (n=36)	3,875 (0,867)	0,13
	SMAQ (n=122)	4,041 (0,793)	0,71

*Prueba U de Mann-Whitney

Tabla 48. Distribución de la satisfacción general respecto a la adherencia al tratamiento

Influencia de la satisfacción *específica* con la información recibida en la adherencia al tratamiento:

Según la prueba U de Mann-Whitney sólo encontramos diferencias en las medias estadísticamente significativas de la satisfacción cuando el paciente ha recibido información sobre riesgos y complicaciones y la adherencia al tratamiento medida con MGL, aunque los pacientes adherentes presenten, de forma global, mejores medias de

satisfacción si dicen haber recibido información sobre las distintas fases del proceso asistencial (Tabla 49).

TEST DE MORISKY- GREEN-LEVINE	SATISFACCIÓN DEL PACIENTE CON LA INFORMACIÓN SOBRE			
	Enfermedad	Tratamiento	Riesgos y complicaciones	Pruebas complementarias
	<i>m (DE)</i> N	<i>m (DE)</i> N	<i>m (DE)</i> N	<i>m (DE)</i> N
<i>Adherente (n=293)</i>	4,19 (0,889)	4,16 (0,871)	4,01 (0,934)	3,94 (0,996)
<i>No adherente (n=188)</i>	4,17 (0,762)	4,14 (0,789)	3,85 (0,913)	3,89 (0,942)
p*	0,781	0,522	0,040	0,504

m (DE)= media (Desviación estándar)

p*= Prueba U de Mann-Whitney

Tabla 49. Relación entre la adherencia (MGL) y la satisfacción del paciente con la información sobre 4 aspectos de su patología.

V. DISCUSIÓN

Ya en el año 2000, Martín Zurro y cols proponen reconsiderar, contando con la perspectiva del ciudadano que la utiliza, y que es considerado un elemento clave por Nebot y cols (2005), la organización y funcionamiento de la Atención Primaria, al considerarla una organización multidisciplinar con prestigio técnico, científico y docente y con capacidad para resolver, contener o situar en el nivel adecuado un número importante de problemas salud.

Durante la última década se produce de forma progresiva tal reorganización, pudiendo enmarcar este estudio en la transformación actual en la que se encuentra inmersa la Atención Primaria, la cual, según Límón y cols (2015) se basa en las previsiones demográficas que indican que España será uno de los países más envejecidos del planeta, con la cronicidad, multimorbilidad y discapacidad de la población que eso supone. De esta población destacan que las personas con enfermedad crónica avanzada precisan de una “mirada paliativa progresiva”, que incluye opciones curativas, preventivas y la planificación anticipada de decisiones.

De ahí que los equipos de Atención Primaria deban realizar una atención centrada en las personas (la llamada «*Medicina Centrada en el Paciente*»), donde se establece una colaboración médico-paciente efectiva basada en el trabajo, seguridad, metas compartidas, entendimiento mutuo de las respectivas tareas y roles y un vínculo caracterizado por la simpatía y la confianza (Beverly y cols, 2012). En este modelo, los pacientes ejercen una posición de coliderazgo y corresponsabilidad y deben ser atendidos por profesionales que los valoren multidimensionalmente y desarrollen un plan de atención integral y compartido. La Atención Primaria ejercería el liderazgo comunitario desde una actitud colaborativa, co-participativa, generosa, experta y competente en la toma de decisiones complejas.

Con este escenario, debemos entender que dicha relación horizontal se fundamenta en el principio de autonomía del paciente (García Milán, 2009), lo que conlleva, inexorablemente, al derecho de información. Éste implica que el profesional proporcione información de calidad respecto a los procesos diagnósticos y terapéuticos para poder decidir, pues, aunque los pacientes obtengan información de Internet (según Eysenbach y cols, 2002, con una calidad variable, por lo que Mira y cols, 2013, consideran más fiable la que proporciona la Asociación Española del Medicamento) o de publicaciones de asociaciones (González-Pérez y cols, 2008), consideran que la persona que más los ayuda con el tratamiento es su médico de Atención Primaria (Biderman y cols, 2009).

1. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

1.1. Información que los pacientes diabéticos refieren haber recibido de su médico de Atención Primaria

Según la revisión en Uptodate® de Delbanco y cols (2014), el que la experiencia de la enfermedad sólo pueda ser descrita como un fenómeno social y cultural (clase, género, origen étnico) debe hacernos entender que dichos atributos afectan a cómo entienden los pacientes su enfermedad, cómo responden a ella, cómo se comunican al respecto y cómo afecta a sus vidas. Casi todos los pacientes quieren información honesta y precisa sobre su enfermedad, su plan de tratamiento y los resultados esperables.

Atendiendo, por tanto, a los datos socio-demográficos y clínicos de nuestra muestra de pacientes diabéticos encontramos un ligero predominio masculino (57,6%), con una media de 63 años (DE 11,04) y que viven en pareja (73,2%); casi la mitad de ellos tienen estudios primarios (48,4%). Están tratados en su mayoría con antidiabéticos orales (según el propio paciente, 41% tratados con un ADO único y el 28,1% con combinación), durante una media de 3 años.

Para el análisis de los resultados dicotomizamos las respuestas de si el paciente ha recibido información de su médico en SÍ (casi siempre/siempre) y NO (a veces/nunca). Así, en cuanto a las características generales analizadas de dicha información, con amplios porcentajes, es verdadera, comprensible y adecuada en el 96,3%, 94,2% y 90,9% de los casos, respectivamente. García Milán, en 2009, enmarca esta cuestión en la Ley 41/2002, la cual “establece las características que la información asistencial ha de reunir para facilitar la toma de decisiones por parte de los pacientes”. Estos mínimos de calidad se registran en la encuesta realizada explícitamente para esta tesis y se incluyen en el apartado de *características generales de la información*. Tanto en el estudio de la relación médico-paciente y de entrevista clínica desde el punto de vista de los 286 usuarios entrevistados por Torío y cols (1997) como en el trabajo de Mira y cols (2001) sobre las condiciones necesarias para que los pacientes de Atención Primaria tomen decisiones responsables, se defiende que entre los aspectos más valorados de los profesionales por parte de los pacientes se encuentra que proporcionen información clara y adaptada. Bolaños y cols (2003) obtienen la misma conclusión al estudiar, mediante entrevista abierta, la perspectiva de los pacientes diabéticos sobre la relación con los médicos de Atención Primaria. En nuestros resultados hallamos que los pacientes *siempre* dicen haber

recibido información clara y adaptada el 71,5% y el 65,1%, respectivamente, mientras que en el trabajo de Torío y cols (1997) defienden que el 90% de los pacientes creen que su médico de Atención Primaria utiliza palabras comprensibles. Así, descubrimos una clara oportunidad de mejora a tener en cuenta.

Respecto a la forma de proporcionar la información, en nuestros resultados observamos que los pacientes dicen recibirla mayoritariamente de forma oral (95,8%), pero teniendo en cuenta que Mira y cols (2014) establecen como un hecho documentado que se olvida una parte importante de la información verbal recibida, se considera importante acompañarla de información escrita. En nuestra muestra los pacientes refieren que han recibido información escrita sólo el 29,5%, siendo del 18,3% en el trabajo de Badía Llach y cols (2005), tras entrevistar a 1069 personas con el fin de conocer su opinión sobre la información de medicamentos a la que tienen acceso. Estos datos nos indican que, aunque nuestros resultados son discretamente mejores, la entrega de información escrita a los pacientes por parte de los profesionales en una tarea sobre la que incidir.

Incluso con los datos anteriores, la mayoría de los pacientes diabéticos de la población estudiada (95,3%) dice entender la información que se le proporciona y el 81,7% considera que dicha información incide positivamente en que cumpla el tratamiento prescrito. Este hecho refrendaría la importancia de la buena relación médico-paciente, así como la comunicación eficaz, la entrevista clínica motivacional, la empatía y la “toma de decisiones compartidas” como estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento (Gil-Guillén y cols, 2012; Jones, 2015).

Tan sólo el 16,5% de los pacientes diabéticos apuntan como insuficiente el tiempo que se tiene para informar en una consulta de Atención Primaria y el 88,6% refiere que el médico resuelve sus dudas, de lo que se deduce que la sobrecarga de trabajo y la masificación de las consultas de Atención Primaria defendidas por los facultativos en estudios como el de Pérez-Cárceles y cols (2015) no suponen para los pacientes factores influyentes en una atención de calidad.

De la información específica que los pacientes dicen que les ha proporcionado el facultativo, destacamos que el 66,6% han sido informados sobre las pruebas complementarias para conseguir un diagnóstico precoz, el 68,6% sobre las pruebas para confirmar su diabetes y el 83,3% sobre las características de la misma.

En cuanto a la información que han recibido sobre el tratamiento, los pacientes refieren haber sido informados sobre medidas higiénicas, dietéticas y de actividad física en el 91,9%, 93,3% y 93,6%, respectivamente; dichos consejos son considerados fundamentales por Sicardo Pinilla y cols (2013) y siguen la línea de las guías clínicas y los estándares internacionales planteados como tratamiento de la DM2 (ADA 2015).

Con elevados porcentajes, los pacientes dicen que han sido informados sobre la finalidad del tratamiento (90%), las horas de la toma y su relación con la dieta (92,9%), la posología (96%) y la vía de administración (93,8%). Por el contrario, el 38,7% afirma no haber sido informado *nunca* de los efectos secundarios de la medicación, el 49,3% no ha sido informado sobre las contraindicaciones y al 38,9% nunca le ha proporcionado información su médico sobre tratamientos alternativos.

Las conclusiones de Badía Llach y cols (2005) de que el 30,6% de pacientes afirma no haber recibido información sobre los medicamentos prescritos por su médico difieren de nuestros resultados, pues los pacientes diabéticos de nuestro estudio oscilan entre el 3,9% que dice no haber sido informado sobre la posología de dichos medicamentos y el 64,3%, el 76,5% y el 70,5% que niega haber recibido información sobre sus efectos secundarios, contraindicaciones y otros tratamientos alternativos, respectivamente.

Estos datos coinciden con el trabajo de Barca Fernández y cols (2004) en el que se valora la información aportada por el médico en la consulta de Atención Primaria, concluyendo que el 88,3% de la información proporcionada está relacionada con el tratamiento, siendo en nuestro estudio el 96% de los pacientes informados sobre posología, el 93,5% informado sobre actividad física y el 92,6% informados sobre medidas higiénico-dietéticas.

Partiendo de la importancia que los pacientes dan a que los facultativos cuenten con sus perspectivas y sus circunstancias (Bolaños y cols, 2003), destacamos que los pacientes diabéticos de nuestra muestra evidencian el progresivo cambio del pasivo “modelo paternalista” tradicional a la “*Medicina Centrada en el Paciente*” pues del 30,6% de los pacientes del estudio de Barca Fernández y cols (2004) que afirman participar en la toma de decisiones sobre su tratamiento, pasamos al 64,4% de los diabéticos de nuestro estudio que dice haber sido preguntado por su médico a la hora de tomar decisiones sobre su enfermedad, promocionando de esta forma nuestros profesionales el “empoderamiento” del paciente (White, 2012; Rochfort y cols, 2015) y

la participación ciudadana en la salud, con la “toma de decisiones compartida” que establecen Golin y cols (2002) y Ruiz-Azarola y cols (2012) y que es estudiada en la población diabética por Branda y cols (2013).

Según nuestros resultados, han recibido información sobre el pronóstico, con y sin tratamiento, pero de una forma equitativa, alrededor del 35% *casi siempre y siempre*. El 23,3% de los pacientes refiere no haber sido informado sobre los riesgos y complicaciones de la enfermedad.

La información sobre las exploraciones complementarias plantea una doble vertiente pues aunque al 81,1%% no se le informa sobre las molestias ni al 83,2% sobre las posibles complicaciones de las mismas, el 56,5% dice haber sido informado sobre el motivo de solicitud y el 92,9% sobre los resultados.

Finalmente, a pesar de que la literatura demuestra indudable el impacto personal, familiar, social y laboral de la DM2 los pacientes dicen no haber sido informados en el 60,1%, 70,9%, 75,3% y 70,7%, respectivamente. Estos resultados abrirían una nueva línea de trabajo sobre la que sería necesario incidir para mejorar (Peralta y cols, 2003; Mayberry y cols, 2012; Rosland y cols, 2013; Martínez-Hernández y cols, 2008; Miller y cols, 2013; Bolaños y cols, 2003; Lindsay y cols, 2012; Soriguer y cols, 2012; ADA 2014).

1.2. Información que el médico de Atención Primaria refiere proporcionar a los pacientes diabéticos

Partiendo de la base de que tanto en el trabajo de González Pérez y cols (2008) como en el de March Cerdá y cols (2010) y más recientemente en la edición europea del “Libro Mundial de la Medicina de Familia” (editado por la WONCA en 2015), se demuestra que el personal facultativo sanitario es “el principal referente de la información en salud” y teniendo también en cuenta que los médicos de Atención Primaria valoran de forma muy alta la importancia de los derechos de los pacientes (Pérez Cárceles y cols, 2007; Pérez-Cárceles y cols, 2015), analizamos la información que los médicos dicen proporcionar, considerada, según Torío y cols (1997), una de las características de comunicación con sus enfermos más valoradas por el profesional.

Atendiendo a nuestros resultados, la totalidad de los médicos *siempre* dice dar información verdadera y *casi siempre* con lenguaje comprensible, aunque el 63,3% no lo recoge en la historia clínica. Esto nos indica que, a pesar de que mayoritariamente

cumplen con la normativa recogida en los capítulos I y II de la Ley 41/2002 de las características generales que debe tener la información proporcionada, aún habría que mejorar en el registro de dicho acto de comunicación con el paciente en la historia clínica (precepto también exigido legalmente), planteándose el necesario apoyo de las gerencias de Atención Primaria para facilitar herramientas informáticas hábiles.

Los médicos de Atención Primaria refieren que, principalmente, proporcionan la información de forma verbal (93,3%) y sólo el 30% aporta documentación por escrito a sus pacientes. Aunque este hecho no constituye un imperativo legal, se ha demostrado ampliamente la conveniencia de dar folletos y/o soporte escrito para mejorar la adherencia (Freund y cols, 2011; Osborn y cols, 2013) y la satisfacción del paciente (González Pérez y cols, 2008), lo que supondría otra línea de investigación sobre la que trabajar.

También queda reflejado en nuestro estudio que, aunque sin tiempo suficiente según el 61,7% de los médicos de Atención Primaria, el 73,4% de los profesionales cree resolver las dudas planteadas por los pacientes. Estos resultados concuerdan con el trabajo de Tambo-Lizalde y cols (2013), en el que los profesionales destacan como factores que dificultan una asistencia de mayor calidad la presión asistencial (concretada en 41-50 pacientes diarios de nuestros médicos) y el consiguiente escaso tiempo de consulta. Para solventar este problema, surgió en 2002 la llamada "Plataforma 10 minutos", un movimiento llevado a cabo por los propios facultativos de Atención Primaria en todo el ámbito nacional, los cuales, basándose en la evidencia internacional de que como indicativo de calidad asistencial se precisan 10 minutos para cada consulta, solicitan una agenda de 25 pacientes al día y una mayor desburocratización del sistema, de forma que aumente su satisfacción profesional y, por ende, la satisfacción del usuario.

Los médicos de nuestra muestra dicen dar *siempre* más información sobre el diagnóstico que en el trabajo de Pérez Cárceles y cols (2006), 55% frente a 23,3%, sobre el tratamiento, 55% vs 7% y sobre el impacto personal, laboral, familiar y social 16,7% vs 9,7%.

Comparando con dicha investigación, obtendríamos peores resultados en la información proporcionada por los médicos de nuestro estudio sobre el pronóstico 30,5% vs 64,3%. Estos datos son significativamente menor en nuestra muestra, probablemente porque incluimos la información sobre el pronóstico con y sin tratamiento y, sobre todo, los riesgos y complicaciones de la enfermedad, siendo éste

último aspecto sobre el que menos información se da y sobre las pruebas complementarias (35,85% en nuestro trabajo vs 40,5% en el estudio de Pérez-Cárceles).

En referencia a la información concreta que los médicos dicen dar sobre el tratamiento, y como justificación de la significativa diferencia respecto al trabajo de Pérez-Cárceles y cols (2006), tendríamos en cuenta que en nuestro trabajo se pormenorizan los aspectos de la información dada y se incluyen las medidas higiénico-dietéticas y farmacológicas (ambas recomendadas en las guías clínicas internacionales de tratamiento de DM2, como ADA 2015). Así, el 100% de los profesionales de nuestro estudio dice informar sobre ejercicio físico (pilar básico en el tratamiento de la enfermedad demostrado por Umpierre y cols, 2011 y Sicardo-Pinilla y cols, 2013) y posología, el 98,3% sobre la vía de administración del tratamiento, las horas de las tomas y su relación con la dieta y las medidas dietéticas, el 96,7% sobre medidas higiénicas y el 95% sobre revisiones.

El 35% de los médicos dice no informar a sus pacientes sobre efectos secundarios de la medicación, el 6,7% no informa sobre la finalidad del tratamiento, el 48,3% sobre las contraindicaciones y el 65% sobre tratamientos alternativos. El hecho de que mayoritariamente no se recomienden otros tratamientos para la DM2 iría en la línea del seguimiento de guías clínicas por parte del profesional, dada la amplia evidencia científica de las recomendaciones que se precisan para conseguir un control óptimo de la enfermedad, incluyendo la educación diabetológica. Respecto a la escasa información sobre efectos secundarios y contraindicaciones de la medicación, nuestros resultados contradicen las recomendaciones de Delbanco y cols (2014), los cuales indican la conveniencia de informar sobre molestias y efectos secundarios para minimizar los efectos negativos en los pacientes. En este sentido, el médico debería liderar el equipo multidisciplinar que, implicando a enfermeros y farmacéuticos comunitarios, proporcionaran información complementaria sobre el tratamiento y sus efectos.

Por último, destacamos que el 85% de los médicos dicen *contar con la opinión del paciente para tomar decisiones sobre su enfermedad*. Como se ha expuesto en la introducción, la *Medicina Centrada en el Paciente* (Mira y cols, 2001; Ruiz-Azarola y cols, 2012) supone la progresión natural de la asistencia sanitaria de calidad en la Atención Primaria, tendencia que, como queda demostrado, es seguida por la mayoría de los profesionales.

1.3. Relación entre las características socio-demográficas y clínicas de los pacientes diabéticos y la información que refieren haber recibido de su médico de Atención Primaria

Tras dicotomizar las respuestas de la información en SÍ (*siempre/casi siempre*) y NO (*a veces/nunca*) encontramos que el 74,8% de los pacientes menores de 55 años son los que dicen haber sido informados sobre las pruebas que el médico debe poner en marcha para hacer un diagnóstico precoz de la DM2, dato concordante con lo que recomiendan los estándares de las guías clínicas de realizar pruebas para detectar DM2 en adultos sin factores de riesgo a partir de los 45 años (ADA, 2015). También en este rango de edad, los pacientes dicen haber sido significativamente más informados sobre el impacto personal de la enfermedad (39,6%). Esta mayor información sobre la influencia de la enfermedad en la persona podríamos justificarla por ser la etapa de realización de las pruebas de diagnóstico precoz y de debut de la enfermedad, con un desarrollo habitualmente silente, lo que supone inicialmente para el usuario la no aceptación de su condición de enfermo y la necesidad de ser informado sobre posibles complicaciones crónicas futuras.

La mayor proporción de pacientes que dice entender la información que les proporciona su médico son los menores de 65 años, pues los mayores de 65 años constituyen un rango de edad en el que hallamos a los ancianos pluripatológicos y plurimedicados que definen y estudian Núñez-Montenegro y cols en su trabajo de 2013. En este grupo de edad, a la condición de necesitar para su tratamiento complejos esquemas y posologías, se añade el deterioro cognitivo propio de la ancianidad, por lo que, al igual que Leal Hernández (2004) resaltamos la importancia de entender la información para conseguir una buena adherencia al tratamiento. En este sentido, consideramos clave en nuestro estudio el hecho de preguntar al usuario si entiende esa información, incluyendo esta técnica dentro del *teach-back* que describen Kandula y cols (2001) y en el que se comprueba que el usuario ha comprendido de forma correcta las recomendaciones del médico. De igual forma, el contar con la opinión del paciente para el manejo de su enfermedad supone una clara oportunidad de mejora en la asistencia sanitaria de calidad.

Los pacientes que tienen soporte familiar, reflejado en nuestra muestra en que viven en pareja, refieren haber recibido información de su médico de Atención Primaria cumpliendo con los requisitos que establece la Ley 41/2002 (verdadera, comprensible y adecuada), lo que hace que mayoritariamente entiendan esa información y se genere el clima de confianza necesario en la relación médico-paciente que defienden Bolaños y cols (2003) para plantear las dudas. Dentro de nuestros resultados

observamos que el paciente que vive en pareja afirma ver resueltas sus dudas en el 90,9% de los casos, mostrando así de forma generalizada una buena relación médico-paciente. En este contexto de adecuada congruencia entre los intereses del facultativo y del usuario (Jahng y cols, 2005), comprobamos que el 84,1% de los pacientes que viven en pareja de nuestro estudio cree que la información que recibe de su médico influye en que cumpla el tratamiento prescrito, lo que supone una nueva demostración de que la confianza en ambos sentidos mejora el cumplimiento terapéutico de los pacientes (García-Pérez y cols, 2013; Blackburn y cols, 2013).

En relación al tratamiento prescrito, los diabéticos que viven en pareja dicen haber sido informados sobre los cambios necesarios para el control de la enfermedad en su estilo de vida, lo que incluye medidas dietéticas, higiénicas y de actividad física. Dada la modificación de hábitos que esto supone, Rosland y cols (2011) defienden la necesaria implicación de la familia en este escalón terapéutico.

Peek y cols (2009), Osborn y cols (2008, 2010), Ho y cols (2012, 2014, 2015), Hinder y cols (2012) y López y cols (2012) desarrollan en múltiples trabajos la importancia de la individualización de la información por parte del médico y la necesidad de considerar las características culturales, étnicas y personales de los pacientes a la hora de proporcionar información. Nuestro trabajo, en este sentido, demuestra que el 95,7% de los pacientes españoles refiere entender la información que le proporciona su médico frente al 83,3% de los extranjeros, siendo, por tanto, necesario por parte del facultativo, desarrollar habilidades personales y profesionales que ayuden a superar esas barreras idiomáticas y culturales. Existen también diferencias estadísticamente significativas en nuestro estudio entre la proporción de información sobre medidas higiénicas en mayor medida a los españoles (92,4% vs 77,8% de extranjeros); este dato se corrobora en la literatura en los trabajos sobre las diferencias étnicas de Osborn y cols (2013), en las que se tiene en cuenta la procedencia de la población para desarrollar herramientas adecuadas a sus características culturales.

Los pacientes con nivel de estudios universitarios son los que dicen haber recibido más información, de forma estadísticamente significativa, sobre el motivo de solicitud, molestias y complicaciones de las pruebas complementarias (66,7%, 27,8%, 25%, respectivamente), sobre las contraindicaciones del tratamiento (38,9%) y sobre el impacto personal de la enfermedad (47,2%). De estos datos se deduce que los pacientes de nuestra muestra con estudios superiores presentan una mejor Alfabetización en Salud (Sørensen y cols, 2012), conociendo en gran medida el

tratamiento que toman, y perciben más información de su médico probablemente por presentar mejores habilidades de comunicación y de formulación de cuestiones.

Basándonos en la afirmación del trabajo de Hocking y cols (2013) que defiende que una gran proporción de pacientes no es consciente de su patología crónica, se entiende que los usuarios con mayor conciencia de enfermedad por presentar estadios más avanzados sean los que en su tratamiento se incluye la insulina; esto se refleja en que el 82,4% de esos pacientes tratados con insulina ha recibido información sobre las pruebas complementarias, que son más frecuentes y estrictas según las guías clínicas vigentes en esta fase avanzada de la enfermedad para evitar complicaciones agudas y crónicas, tanto sobre el motivo de solicitarlas como sobre las complicaciones que pueden ocasionar.

Otra variable de la información que los pacientes insulinizados han recibido de forma significativamente superior es sobre las contraindicaciones y los efectos secundarios de la medicación, pues forma parte fundamental de todas las guías de educación diabetológica el identificar las posibles complicaciones originadas por la farmacoterapia, como puede ser la hipoglucemia, para el auto-manejo de las mismas por parte del propio paciente (ADA, 2015). También la reticencia de los pacientes a aceptar que con la progresión de la DM2 se precisa iniciar una pauta de insulinización hace que hayan sido más informados sobre tratamientos alternativos.

Al ser indudable la repercusión social que plantea la insulinización del paciente, éstos dicen haber sido informados sobre dicho impacto, que, según Martínez-Hernández y cols (2008) supone una fuente fundamental generadora de apoyo. También los pacientes insulinizados son los que refieren haber sido preguntados por su médico a la hora de tomar decisiones sobre su enfermedad, ejerciendo el principio de autonomía defendido legalmente (Mira y cols, 2001) y generando los profesionales la figura del “paciente experto” que potencia la participación del usuario en la toma de decisiones (Millaruelo-Trillo, 2010; González Mestre, 2013) y la alianza terapéutica necesaria para una correcta adherencia al tratamiento.

El que en la literatura se incluya como factor determinante de no-adherencia una posología compleja (Bailey y cols, 2011) y se promulgue como estrategia para mejorar la simplificación del tratamiento (Orueta, 2005; Orueta y cols, 2008) queda reflejado en nuestros resultados en el hecho de que los pacientes tratados de forma conjunta con insulina y ADOs son los que refieren haber sido informados en una mayor proporción

sobre los riesgos y complicaciones de la enfermedad y sobre la repercusión personal laboral y familiar de la misma.

Los pacientes tratados con combinaciones de ADOS dicen que sus médicos resuelven las dudas que les plantean, por lo que los profesionales de nuestra muestra siguen una línea de “buenas prácticas” en la atención sanitaria y consiguen un indicador de calidad en dicha asistencia al conseguir la satisfacción del paciente, según el trabajo de Pérez-Jover y cols (2010).

Como esquema lógico de comportamiento de los profesionales en lo referente a la información al paciente según el tiempo de tratamiento, los pacientes que llevan con los fármacos menos de 11 meses dicen haber sido informados en mayor proporción sobre la finalidad del tratamiento, con el fin de promover la adherencia (Orueta, 2005). En este sentido, el trabajo de Fuster en 2012 incide sobre el alarmante problema en la prevención secundaria que supone el bajo cumplimiento del estilo de vida y la baja adherencia al tratamiento farmacológico, ya que el cumplimiento en enfermedades crónicas disminuye durante los seis primeros meses.

Las guías clínicas vigentes hablan de la importancia del diagnóstico precoz de la enfermedad y del inicio inmediato de recomendaciones sobre medidas higiénico-dietéticas y de cambio del estilo de vida para el paciente. Estas indicaciones son las que se reflejan en los pacientes tratados entre uno y dos años, pues son los que refieren haber sido informados de forma escrita, pudiendo incluir dietas, planes de ejercicio, correos electrónicos y/o sitios web interactivos (Delbanco y cols, 2014), sobre pruebas complementarias para confirmar la enfermedad (dado que se producen en este período los primeros controles de la HbA1c para establecer mediante marcadores bioquímicos un buen control), el motivo de solicitud de las mismas y el impacto social de la DM2.

1.4. Relación entre las características socio-demográficas y laborales de los médicos de Atención Primaria y la información que proporcionan

Es un hecho demostrado por Pérez-Cárceles y cols (2007) y corroborado recientemente por los mismos autores en su publicación dentro del “World Book of Family Medicine” (editado por la WONCA en Octubre de 2015) que los médicos de Atención Primaria valoran de forma muy alta la importancia de los derechos de los pacientes, entre los que se incluye el de información; esta afirmación queda refrendada por nuestros datos al hallar que todos los médicos proporcionan

información verdadera a sus pacientes, cumpliendo con el precepto legal y promoviendo así el principio de autonomía del propio paciente.

Sin embargo, al estudiar la relación entre proporcionar información con las variables socio-demográficas y laborales de los profesionales de nuestra muestra sólo encontramos diferencias estadísticamente significativas aisladas, ninguna entre las variables de edad, sexo y estado civil. En las características laborales coincidimos con Pérez-Cárceles y cols (2015) en que los profesionales con menos sobrecarga de trabajo, traducido como menos tarjetas sanitarias adscritas a su cupo, tienen más tiempo para informar, así como en que el 100% de los facultativos de nuestra muestra dice informar sobre actividad física y posología de la medicación (frente al 99,6% de Pérez-Cárceles que informa sobre el tratamiento) y sobre el resultado de las pruebas complementarias (100% vs 89,4% de Pérez-Cárceles y cols).

Uno de cada cuatro médicos de nuestro estudio tiene una formación distinta a la vía MIR. Observamos una relación estadísticamente significativa entre la vía de formación y proporcionar información sobre el impacto laboral y familiar de la DM2, así los profesionales con una formación distinta a la vía MIR informan en mayor proporción sobre este extremo. Estos resultados indican la necesidad de actividades formativas en educación diabetológica en la formación MIR, pues “al ser el personal facultativo el principal referente de la información en salud, es aconsejable su formación en habilidades de comunicación” (González Pérez y cols, 2008; March Cerdá y cols, 2010). Según Ruiz-Moral (2003) “para desarrollar programas básicos bien estructurados y adaptados a las condiciones locales en el marco de los principios de una enseñanza de adultos”, al igual que sería conveniente enfocarlas en instruir a profesionales para que supieran construir y mantener relaciones de confianza, con el fin de escuchar y comprender las preocupaciones del paciente, negociar estrategias de diagnóstico y tratamiento, enseñarles acerca de su salud o enfermedad, enfatizar la adhesión a planes de tratamiento y evaluar los resultados de las intervenciones (revisión de Uptodate®, 2014). Estas actividades formativas se encuadrarían en el llamado “modelo explicativo”, el cual representa cómo entiende y explica su enfermedad el paciente, pues una alfabetización en salud limitada, la falta de información o la desconfianza en la medicina pueden llevar al paciente a desarrollar ideas propias acerca de las causas, las consecuencias y el tratamiento adecuado de su enfermedad (ideas a veces erróneas o malos entendidos, como la idea de que la diabetes puede ser controlada si se evita el azúcar en la dieta).

Además de la educación diabetológica para el paciente, una labor fundamental que debe desarrollar el profesional, y para la que también debería formarse, sería para la inclusión de familiares y amigos en el esquema de tratamiento, ya que, como defienden Delbanco y cols (2014), éstos pueden tener un impacto mucho mayor en la experiencia de la enfermedad a largo plazo que los propios profesionales. Durante una enfermedad grave, las familias priorizan la información oportuna, precisa y honesta acerca de la condición del paciente, el progreso diario, los cambios en el estado clínico y el pronóstico. Pero, a menudo, las familias no están preparadas para asumir la responsabilidad de un enfermo crónico, lo que requiere aprender nuevas habilidades y conocer los recursos disponibles.

En esta línea, Kripalani y cols (2011) estudian la utilidad de una intervención de formación de los médicos residentes para la atención del paciente con diabetes, con resultados de presentar mayor confianza en la evaluación y el asesoramiento de pacientes (incluyendo a los de “Alfabetización en Salud” limitada), mayor comprensión por parte del paciente (evaluada mediante *teach-back*) y menores barreras manifestadas por el paciente para la adherencia al tratamiento prescrito.

Finalmente, observamos una relación estadísticamente significativa entre llevar ejerciendo más de 20 años la Medicina de Familia y proporcionar más información sobre los riesgos y complicaciones de la DM2, hecho refrendado por la longitudinalidad y la continuidad de los cuidados y la promoción de la salud de las que se caracteriza la Atención Primaria (Roger, 2011).

1.5. Concordancia entre la información que el médico de Atención Primaria refiere proporcionar con la información que el paciente diabético refiere haber recibido de su médico

Según indican Hernán García y cols (2002), las opiniones de los profesionales y las de los usuarios sobre las dimensiones de la calidad que afectan a la satisfacción de los usuarios se contraponen y se complementan. Aunque los pacientes diabéticos están satisfechos en líneas generales con la información proporcionada por su médico respecto a su enfermedad no existe concordancia entre la información que los médicos dicen proporcionar con la que los pacientes refieren haber recibido. Resultados que coinciden con el estudio, también realizado en población diabética y en Atención Primaria en el Reino Unido por Hawthorne y cols (2012). En su estudio de 2012 sobre el bajo cumplimiento de las recomendaciones sobre el estilo de vida y la baja adherencia farmacológica en la prevención secundaria, Fuster establece como un principio básico de la baja adherencia sobre el que proponer un mecanismo de

corrección el hecho de que existe una falta de comunicación entre los médicos y los enfermos, pues mientras que el 74% de los médicos creen que sus pacientes están tomando la medicación prescrita, el 83% de los pacientes no informan a su médico sobre su adherencia a tratamiento, por lo que existe una escasa concordancia entre la percepción que tienen los médicos sobre la comunicación que mantienen con sus pacientes y la información real que el paciente transmite a su médico.

Cabe destacar que hallamos los mayores índices de no concordancia entre médico y pacientes en las variables información sobre el impacto personal de la enfermedad (56% de no concordancia), seguido de si el médico tiene tiempo suficiente para informar en la consulta (53,4%) y sobre los efectos secundarios de la medicación (52,6%). El acuerdo entre ambos observadores es mayor en las variables de información verdadera, información sobre posología y sobre la recomendación de realizar actividad física.

Las diferencias halladas entre profesionales y pacientes podrían deberse entre otros factores, por ejemplo a problemas de memoria. Por ejemplo, recordar las recomendaciones de cambios en hábitos de vida puede ser más difícil que recordar una posología. Por otro lado, distintas investigaciones han puesto de manifiesto que se asimila un 30% de toda la información que se proporciona, siendo en el caso de la enfermedad crónica más difícil recordar la información a largo plazo si no se le proporciona de forma continua. En cualquier caso, nuestro estudio, al igual que el de Hawthorne y cols (2012), pone de manifiesto que los pacientes necesitan conocer la información sobre su salud y ésta tiene que ser clara y comprensible. Desde la perspectiva de los profesionales de la salud, su mayor respuesta afirmativa podría representar un conveniente sesgo de respuesta, reconociendo comportamientos deseables y creyendo de forma subconsciente que dan mayor información de lo que realmente lo hacen, tratándose además de una patología crónica en la que exista mayor relajación por parte del médico para dar información. Este hecho podría justificar la no concordancia entre las respuestas del paciente y del profesional en cuanto a la información sobre efectos secundarios de la medicación, pues el médico considera que la ha proporcionado de forma adecuada y los pacientes se consideran insuficientemente informados sobre esas connotaciones negativas del tratamiento. En este sentido Delbanco y cols, en su revisión de 2014, afirman que tanto pacientes como familiares sienten que están en manos competentes si la atención que reciben se coordina de manera eficaz, integrada en un sistema coherente de atención y conscientemente de sus necesidades y circunstancias individuales, atribuyendo al

médico la responsabilidad de coordinar ese trabajo multidisciplinar. Igualmente, consideran que los exámenes de diagnóstico y procedimientos terapéuticos deben ser reexaminados con las necesidades del paciente en mente. Cuando retrasos, molestias y otras causas de angustia no pueden ser eliminados o evitados, hay que hacer saber a los pacientes lo que deben esperar, para, así, aminorar sus efectos negativos.

Para concluir, apuntamos que nuestro trabajo demuestra que proporcionar información clínica en los términos expuestos en la Ley 41/2002, además de ser una obligación legal, es un elemento determinante en la prestación de una atención sanitaria de calidad. Para el facultativo supone, además de un proceso esencial de transformación en su trabajo diario, la base para futuras actuaciones teniendo presente la voluntad de los pacientes, pues una de las fortalezas de este estudio es haber considerado la opinión de los usuarios como una oportunidad de mejora.

Contemplamos como otra de las fortalezas de nuestro estudio el que algunos de los comportamientos considerados por la literatura experta como claves para el cuidado de la diabetes no se registran de forma rutinaria, por lo que la fuente de datos más fiable serían directamente los pacientes.

De esta forma se abren distintas líneas de investigación, que incluirían establecer unos indicadores mínimos de información para proporcionar a los pacientes diabéticos, una formación adecuada en comunicación para los facultativos y unos mínimos indicadores medibles de calidad en la atención que se le proporciona al paciente diabético en Atención Primaria, teniendo en cuenta la opinión de los propios usuarios.

2. ANÁLISIS DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE CON LA INFORMACIÓN RECIBIDA

Partiendo del hecho irrefutable de que la Diabetes Mellitus tipo 2 se ha convertido actualmente en una epidemia impulsada por el envejecimiento de la población y la obesidad (Yach y cols, 2006) y de que la mayoría de los diabéticos son tratados por los facultativos especialistas de Atención Primaria, nos encontramos con que, aunque exista una buena atención generalizada a los pacientes diabéticos, se puede mejorar la calidad de la asistencia, centrándose en el paciente y medida en términos de satisfacción del paciente y control óptimo de sus resultados clínicos (Eccles y cols, 2011; Hawthorne y cols, 2012).

En esta línea, Martín Zurro (2005) indica que la satisfacción de los usuarios con la atención recibida es una resultante de múltiples factores con origen en el sistema de salud, los profesionales y los propios pacientes. Hay un amplio acuerdo al considerar que la accesibilidad, continuidad y una relación médico-paciente óptima basada en la confianza y en la participación bilateral (Nebot y cols, 2005) y situada en un contexto de disponibilidad de tiempo suficiente, determinan una gran parte de la satisfacción final (Bustamante y cols, 2013).

En su trabajo de 2011, Parra Hidalgo y cols señalan la importancia que el usuario da a la información proporcionada por el profesional, catalogándola como una de las variables más significativas para predecir la satisfacción del paciente con su asistencia sanitaria.

A pesar de la dificultad manifiesta para medir la satisfacción del paciente, existe un acuerdo generalizado en que el mejor método combina preguntas generales sobre el tratamiento, el proceso asistencial o el resultado alcanzado junto con preguntas más específicas que cuestionan si se ha llevado a cabo una asistencia de buena praxis en general, pautas seguidas en la encuesta diseñada para este trabajo. En ella, como indican Mira y Aranaz (2000), usamos la respuesta tipo Likert (1-5), que permite ordenar los sujetos en base a sus respuestas a lo largo del continuo satisfecho/no satisfecho (1 – nada satisfecho, 5 – muy satisfecho).

A pesar de que existen deficiencias en la información, evidenciamos que la media de la satisfacción general de los pacientes de nuestra muestra con la información recibida por su médico de Atención Primaria es alta ($4,048 \pm 0,82$). Esto refleja, según Mira y Aranaz (2000) y Hojat y cols (2011), una elevada calidad en la asistencia

sanitaria por su relación con la adherencia y con el seguimiento de los consejos médicos, además de demostrar la importancia de una buena relación médico-paciente.

El nivel de satisfacción con la información específica proporcionada sobre la enfermedad, el tratamiento, los riesgos y complicaciones y las pruebas complementarias alcanzan también cifras elevadas, siendo de $4,17 \pm 0,84$, $4,15 \pm 0,83$, $3,95 \pm 0,92$ y $3,92 \pm 0,97$, respectivamente.

2.1. Relación de la satisfacción del paciente con la información proporcionada por su médico de Atención Primaria y las variables socio-demográficas y clínicas

Los resultados de nuestra investigación coinciden con los de Biderman y cols (2009) y Parra Hidalgo y cols (2011) al no encontrar ninguna diferencia estadísticamente significativa en las medias de satisfacción (general y específica) de los pacientes diabéticos con la información recibida por parte del médico de Atención Primaria respecto a las variables socio-demográficas y clínicas de dichos pacientes.

Podríamos destacar que, respecto a la edad, nuestros resultados son similares a los de Hojat y cols (2011) al mostrar una tendencia, aunque sin significación estadística, hacia el hecho de que los pacientes mayores de 75 años son los que presentan las medias de satisfacción más elevadas con la información general ($4,101 \pm 0,76$) y específica (información sobre la enfermedad $4,3 \pm 0,7$, el tratamiento $4,24 \pm 0,73$, los riesgos y las complicaciones $3,99 \pm 0,92$ y las pruebas complementarias $3,87 \pm 0,99$).

También hallamos similitud con el trabajo de Biderman y cols (2009) y Bustamante y cols (2013) en el análisis de la satisfacción de los pacientes según el género, pues los hombres presentan medias de satisfacción más elevadas que las mujeres (hombre $4,090 \pm 0,779$ vs mujer $3,992 \pm 0,883$).

Aunque no encontramos diferencias en la satisfacción según la nacionalidad del paciente, observamos la tendencia expuesta por Betancourt y cols (2014) en la que los extranjeros estarían más insatisfechos con la capacidad de comunicarse con sus médicos, pues las medias de satisfacción de los pacientes españoles son más elevadas, tanto de forma general, como en la satisfacción con la información sobre las 4 fases del proceso asistencial (enfermedad, tratamiento, riesgos y complicaciones y pruebas complementarias).

De forma paralela a los resultados de Biderman y cols (2009) que relacionan menor satisfacción con menor nivel de educación, nuestra muestra evidencia, en lo referente al nivel de estudios, que los pacientes diabéticos con medias de satisfacción más altas son los que tienen estudios universitarios.

En nuestros resultados se establece relación entre una mayor satisfacción del paciente con un esquema de tratamiento menos complejo, pues los pacientes diabéticos con medias de satisfacción menores son los que están tratados con combinaciones de ADOS, los cuales presentan una posología más compleja al llegar a precisar, en ocasiones, hasta 4 fármacos distintos. Estos datos son acordes con los hallados por DePablos y cols (2013), en cuyo estudio PANORAMA realizaron cuestionarios de calidad de vida y satisfacción con el tratamiento a 751 pacientes de Atención Primaria, concluyendo que los pacientes con tratamientos más complejos refieren significativamente menor satisfacción y peor calidad de vida.

Para concluir, podemos afirmar que, tras un análisis multivariado se observa que ninguna de las variables socio-demográficas es significativa para predecir la satisfacción, de forma similar a las conclusiones de Mira y Aranaz (2000). La falta de resultados concluyentes respecto a las variables socio-demográficas y clínicas, tanto en este trabajo como en la bibliografía consultada, aconseja seguir realizando los ajustes apropiados con ellas e invitan a la realización de más estudios.

2.2. Relación entre la satisfacción del paciente con la información proporcionada por su médico de Atención Primaria y las características generales de la información

Aunque Mira (2000) señala que según aumenta la información que recibe el paciente se incrementa la dificultad de comprensión de la misma, en nuestro estudio concluimos que todas las características generales de la información tienen una relación estadísticamente significativa con una mayor satisfacción general y específica del proceso asistencial del paciente. Es decir, las medias de la satisfacción general y específica son más elevadas en los pacientes que han percibido, de su médico de Atención Primaria, información verdadera, comprensible, adecuada, oral/escrita, con tiempo suficiente en la consulta para informar y resolviendo las dudas que le plantea al profesional. Estos datos se aproximan al trabajo de Mira y cols (2001), el cual apunta como exigencia adicional en el trabajo del médico de Atención Primaria que facilite información de forma comprensible, así como nuestros resultados siguen la línea de Pérez-Jover y cols (2010), los cuales estudian las “buenas prácticas” y la satisfacción

del paciente, incluyendo la información al propio paciente y a sus allegados y las habilidades de comunicación del profesional. De esta forma, observamos que un paciente se manifiesta más satisfecho con su asistencia sanitaria si existe una buena relación médico-paciente.

Globalmente, en el trabajo de Torío y cols (1997), el 68% de los pacientes está satisfecho con la comunicación en general, siendo algo superior en nuestro estudio (75%).

De forma casi unánime, la literatura especializada (Bolaños y cols, 2003; Peralta y cols, 2003; Redondo Martín y cols, 2005; González-Pérez y cols, 2008 y Tambo-Lizalde y cols, 2013) destaca entre los factores determinantes de satisfacción del paciente que los profesionales proporcionen información clara y adaptada. Esto se refleja en nuestro estudio en que existe una media superior de satisfacción del paciente si percibe del médico una información verdadera, comprensible y adecuada a sus necesidades. Estas cualidades de la información son consideradas pilares fundamentales para establecer una buena relación médico-paciente con una comunicación eficaz entre ambos. Torío y cols (1997) ya reflejaban como característica más apreciada en la consulta por parte de los usuarios que la información proporcionada fuera comprensible, estando un alto porcentaje de los pacientes satisfechos con su médico de Atención Primaria (lo que se traduce en un mayor cumplimiento). Así, demostramos que una “comunicación efectiva”, como la denominan Bolaños y cols (2003), es una herramienta útil para favorecer la adherencia y mejorar la calidad asistencial.

González Pérez y cols (2008) estudian las perspectivas de la ciudadanía sobre necesidades y expectativas de información sanitaria. Para ello, entrevistan de forma cualitativa y semiestructurada a 48 pacientes con diferentes perfiles teóricos sociosanitarios a partir de una muestra estructural. Estos pacientes afirman recibir información sanitaria de forma reactiva, es decir, el médico responde a las preguntas que el usuario le formula. En nuestros resultados también es estadísticamente significativa la media de satisfacción de los pacientes que refieren que su médico resuelve sus dudas, aunque Barca Fernández y cols (2004) concluyen que los pacientes preguntan escasamente, incluso en el caso de que el facultativo no le haya proporcionado ninguna información. Este modo de informar supone una limitación importante para el paciente que no tiene la habilidad para formular preguntas, es decir una Alfabetización en Salud limitada, lo que conllevaría a un menor grado de satisfacción con la atención recibida. De este modo se justifica que los pacientes

diabéticos con medias de satisfacción más altas sean los que tienen estudios universitarios. Con este mismo argumento, Shorey y cols, en su revisión de 2014 de Uptodate®, establecen que en la relación médico-paciente, éste último debe sentir suficiente seguridad y confianza para revelar sus temores, síntomas, inquietudes y preferencias acerca de su salud, tarea más simple, generalmente, si se tienen estudios superiores.

Respecto a la satisfacción con la información escrita y oral recibidas, en nuestra muestra los pacientes dicen recibir información oral más frecuentemente que información escrita, pues 461 pacientes refieren haber recibido información verbalmente frente a los 137 pacientes que dicen haber recibido también escrita, mostrando cifras más altas de satisfacción los que la reciben por ambos medios (media de satisfacción general con las dos formas de 4,254 vs 4,086 sólo oral). Delbanco y cols (2014) defienden como indicador de satisfacción por parte del paciente el que la información, además de al propio paciente, se proporcione a sus allegados. Además habría que tener en cuenta que, tal y como determinan González Pérez y cols (2008), a pesar de la importancia de que la información escrita acompañe a la información recibida verbalmente, los pacientes valoran más la amabilidad, la escucha activa y la actitud empática del profesional a la hora de transmitir la información que el formato en sí (Hojat y cols, 2011; Derksen y cols, 2013).

En nuestro estudio, los pacientes diabéticos presentan, de forma estadísticamente significativa, medias de satisfacción general y específica más elevadas cuando consideran que el facultativo tiene tiempo suficiente en la consulta para informar. Estos resultados son similares a los de Tambo-Lizalde y cols (2013), los cuales identifican como un factor que dificulta la asistencia de calidad a los pacientes diabéticos en Atención Primaria la falta de tiempo. En este sentido, Mira y Aranaz (2000), Nebot y cols (2005) y González-Pérez y cols (2008) determinan que ciertas condiciones de la interacción médico-paciente influyen de forma decisiva en la satisfacción del paciente, siendo una de ellas la duración de la consulta y los tiempos de espera ajustados a las expectativas del paciente.

Esta relación queda refrendada por las conclusiones de Pérez-Cárceles y cols (2015) en las que se hace “evidente que la asistencia sanitaria de calidad requiere el respeto de la autonomía del paciente, lo que implica tener tiempo para escuchar, informar, obtener el consentimiento y registrar los síntomas en la historia, hecho difícil con las crecientes presiones de los servicios de salud”. Esto obliga a que los poderes públicos competentes adopten medidas para alcanzar los fines perseguidos, con la

consecuente mejora en la satisfacción del profesional y del paciente (García Milán, 2009).

2.3. Relación entre la satisfacción del paciente con la información proporcionada por su médico de Atención Primaria y las características específicas de la información

En nuestros resultados comprobamos que los pacientes con medias de satisfacción más elevadas son los que dicen haber recibido información de su médico en las distintas fases del proceso asistencial respecto al tratamiento, los riesgos y complicaciones y las pruebas complementarias, siendo las medias significativamente superiores en los pacientes informados.

Se ha de señalar el hecho de que, como se refleja en la mayor parte de la literatura revisada, la opinión del paciente (en el contexto de la “*alianza terapéutica*”) se considera un indicador a tener en cuenta para incrementar la calidad de la asistencia sanitaria y los resultados de salud positivos, incluyendo la adherencia al tratamiento (Mira y Aranaz, 2000; Jahng y cols, 2005; Fuertes y cols, 2008). En nuestro estudio observamos que los pacientes a los que se les ha pedido su opinión para tomar decisiones sobre su enfermedad presentan una media de satisfacción superior a lo que dicen que no se les ha preguntado (4,23 vs 4,08).

La literatura (Sánchez-Lora y cols, 2010; DePablos y cols, 2013; Tambo-Lizalde y cols, 2013) defiende como factor relevante subjetivo de calidad de vida para el paciente el impacto de la enfermedad sobre la salud personal y familiar, pues implica un cambio de hábitos y del estilo de vida, así como la necesidad del auto-cuidado y la capacidad funcional. También se debe tener en cuenta el impacto social de la DM2 (“sin libertad para comer y beber”) y laboral, dependiendo éste último del tipo de trabajo y de su actividad. En nuestros resultados se evidencia que las medias de satisfacción de los pacientes son más elevadas si refieren haber sido informados por su médico sobre el impacto de la DM2 en las 4 dimensiones de su vida, de lo que se deduce que el facultativo ha de ser consciente de que debe informar en las patologías crónicas sobre dichos impactos.

Concluimos con las reflexiones de Mira y Aranaz, fundamentalmente en el ámbito de la Atención Primaria, en las que relacionan directamente el estilo de práctica del médico con el nivel de satisfacción de sus pacientes, en el sentido de que los médicos que ponen en práctica estilos de comunicación más próximos hacia el paciente, no enjuician su comportamiento, le ofrecen mayor cantidad de información y adoptan una

postura menos dominante, suelen ser más valorados por sus pacientes. Nuestros resultados nos sugieren, en el sentido que González-Pérez y cols (2008) apuntan en un estudio cualitativo en el que analizan la satisfacción del paciente con la relación médico-paciente, que los comentarios de las personas que manifiestan menor satisfacción con la información o que declaran no haberla recibido, refuerzan la necesidad de recomendar la promoción de salud con el fin de mejorar la calidad de la información clínica y la información sanitaria.

3. ANÁLISIS DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DEL PACIENTE

A pesar de las rigurosas recomendaciones de las guías clínicas actuales, como la ADA de 2015, para el control de la DM2, la baja adherencia terapéutica demostrada para enfermedades crónicas y estimada solamente en el 60% es uno de los principales factores implicados en la aparición de complicaciones agudas y crónicas, mermando la calidad de vida de los pacientes. Este incumplimiento se ve modulado por un desarrollo silente de la enfermedad, un complejo esquema de tratamiento basado en la modificación del estilo de vida y una actitud paternalista por parte de los profesionales que impide al paciente participar en el proceso de su enfermedad.

Dado que la Atención Primaria supone el medio ideal para el manejo de los pacientes diabéticos por las características de longitudinalidad y continuidad en los cuidados que éstos precisan, serían los profesionales de los centros de salud los encargados de proporcionar al paciente la información necesaria para conseguir un mejor auto-manejo de la enfermedad y, por consiguiente, mejores resultados clínicos. Según Heisler y cols (2007), esa educación diabetológica supone informar y “empoderar” al paciente, implicándolo en las decisiones sobre su enfermedad.

La información proporcionada, por tanto, por los equipos multidisciplinares liderados por los médicos de Atención Primaria, debe ser detallada, realista y adecuada a las necesidades del paciente, incluyendo desde características más generales de la información a variables específicas de diagnóstico, tratamiento y demás fases del proceso asistencial. Esta información, además de un derecho del paciente, supone una obligación del profesional y un requisito imprescindible en una atención sanitaria de calidad, medida por la satisfacción del usuario con dicha información.

3.1. Questionarios de adherencia

Según Ahmad y cols (2013) la adherencia a la medicación en los pacientes con DM2 es insatisfactoria en Atención Primaria, Tambo-Lizalde y cols (2013) establecen como un factor de esa no-adherencia la dificultad para asumir la DM2 como una enfermedad crónica por parte de los pacientes. En este sentido, los resultados de nuestra investigación cifran dicha adherencia en el 60,9%, el 92,5% y el 74,6%, según los Test de Morisky-Green-Levine, Haynes-Sackett y SMAQ, respectivamente. Aunque estos datos son superiores al 42% de López-Simarro y cols (2012) y al 51,7% del estudio de Núñez Montenegro y cols (2013), son similares al 56,2% de Lisón y cols (2006). Igualmente, nuestros resultados concuerdan con la revisión de 2012 de Márquez-Contreras, en la que se sitúan las cifras de incumplimiento del tratamiento antidiabético oral en España entre el 45 y el 51,5% (en nuestros resultados el incumplimiento sería del 40,1% según test de Morisky-Green-Levine).

Entre los factores implicados en incumplimiento destaca, como en el resto de trabajos consultados, el *olvido*, siendo del 40% en los estudios de Piñeiro Chousa y cols (1997) y Núñez Montenegro y cols (2013), y discretamente inferior en nuestro trabajo, pues según el test de Morisky-Green el 30,6% olvida tomar su medicación y según el SMAQ lo olvida el 30,1%. Con este último test ciframos el olvido de fin de semana en el 10,8% de los casos.

Otra causa de incumplimiento en la que obtenemos resultados diferentes al 9,3% de Núñez Montenegro, es al preguntar si *se deja de tomar la medicación cuando sienta mal*, siendo en nuestro caso del 13,3% según el test de Morisky-Green y del 13,1% según el SMAQ.

Al analizar el descuido al *tomar la medicación a una hora diferente de la indicada*, obtenemos mejores resultados que Núñez Montenegro, pues éste sitúa dicho error de frecuencia en 62,1%, siendo en nuestra muestra del 12,5%.

Mientras que nuestras cifras de abandono de la medicación cuando el paciente se encuentra bien son del 7,5% según el Morisky-Green, Mann y cols (2009) obtienen que el 28% de los pacientes no son adherentes, al estar influenciados por creencias erróneas como que se encuentran bien cuando tienen las cifras de glucemia normales.

Al contemplar, de forma global, las cifras de adherencia de los pacientes diabéticos de nuestra muestra, hemos de ser conscientes de que pueden ser superiores a las reales, pues el efecto de la deseabilidad social está demostrado en la

mayor proporción de pacientes que se declaran adherentes según el Test auto-comunicado de Haynes-Sackett.

Comparación de los tres test de adherencia

Dado que medir la adherencia al tratamiento presenta grandes dificultades por no existir un cuestionario ideal, resulta complicado comparar los diferentes trabajos con una metodología tan variada, siendo preciso, según Blackburn y cols (2013), interpretar adecuadamente los resultados de no-adherencia.

Comprobamos en nuestros resultados que no existe una férrea concordancia entre los tres cuestionarios usados para medir la adherencia, siendo el Morisky-Green-Levine y el SMAQ los que presentan una relación moderada ($Kappa=0,581$), con una diferencia de casi un 14% de adherencia del primero respecto al segundo (60,9% de adherencia según MGL vs 74,6% de adherencia según SMAQ). Dada dicha concordancia, y como el Test de Morisky-Green-Levine está ampliamente validado en la población diabética española (García-Pérez y cols, 2000; Krapek y cols, 2004; Jansá y cols, 2009; Márquez-Contreras y cols, 2012; de la Figuera, 2012) tomamos este test como referencia para estudiar la posible relación entre adherencia al tratamiento con variables socio-demográficas y clínicas de los pacientes y con la información general y específica recibida de sus médicos, así como para valorar la influencia de la satisfacción con la información recibida en la adherencia terapéutica.

Siguiendo las recomendaciones de Gil-Guillén y cols (2012) y de la Figuera (2012), y dado que es un método sencillo para Atención Primaria, se aplica también el test del cumplimiento auto-comunicado de Haynes-Sackett, pero éste tiene una relación débil con los dos anteriores ($Kappa=0,214$ y $0,370$, respectivamente). Se cumple, por tanto, la premisa de la literatura que afirma que, a pesar del alto valor predictivo positivo, el porcentaje de adherencia auto-comunicada del test de Haynes-Sackett es mayor que la medida por el de Morisky-Green porque tiende a sobrevalorar el cumplimiento.

Dada la moderada concordancia entre los resultados de Morisky-Green y SMAQ sería interesante realizar un estudio para la probable validación del SMAQ como medida de la adherencia en pacientes con factores de riesgo cardiovascular (diabéticos en nuestro caso), como hicieron Ortega Suárez y cols en 2011 para transplantados renales en tratamiento con Tracolimus.

3.2. Relación entre adherencia al tratamiento (según el test de Morisky-Green) y las variables socio-demográficas y clínicas de los pacientes

Variables socio-demográficas

No existen diferencias estadísticamente significativas en la adherencia con relación a la edad, aunque se observa un progresivo aumento de los pacientes diabéticos adherentes según aumenta la misma (del 58,6% de los adherentes ≤ 55 años hasta el 63,3% de los ≥ 75 años), lo que coincide con los trabajos de López-Simarro y cols (2012), Curkendall y cols (2013) y Núñez-Montenegro y cols (2013). Aunque muchos autores defienden como factor de menor adherencia a los tratamientos el hecho de ser anciano, por la polimedicación y la menor capacidad cognitiva que conlleva (Palop y cols, 2004; Fernández Lisón y cols, 2006; Huelgas y cols, 2012; Bailey y cols, 2011; Crespillo-García y cols, 2013; Blackburn y cols, 2013), se ha de tener presente que, en contraposición, son factores documentados de mayor adherencia el apoyo social/familiar (Orueta, 2005; Dilla y cols, 2009; Mayberry y cols, 2012; Miller y cols, 2013) y tener una buena relación médico-paciente (Torío y cols, 1997; Bolaños y cols, 2003; Orueta, 2005; Hojat y cols, 2011; Gil-Guillén y cols, 2012). Estos dos últimos factores predominan en la población más anciana seguida y controlada en su mayoría por su médico de Atención Primaria, lo que justificaría que sean más adherentes los mayores de 75 años (63,3%).

Los resultados respecto a la relación entre el género y la adherencia se acercan a los trabajos de Piñeiro Chousa y cols (1997) y más recientemente al de Núñez Montenegro y cols (2014) en los que, al igual que en nuestra población, son más adherentes las mujeres, con una diferencia estadísticamente significativa. Curkendall y cols (2013) hallan que los más adherentes son los hombres, así como hay trabajos en los que no se encuentran diferencias significativas según el género (López-Simarro y cols, 2012; Gutiérrez Angulo y cols, 2011). En una muestra con ligero predominio masculino y que vive en pareja, basaríamos estos datos en que las mujeres acuden más al médico, estableciendo una mejor relación médico-paciente y ejerciendo de cuidadoras principales, tanto a nivel personal como familiar.

Aunque Shani y cols (2010) encuentran como factor relacionado con una menor adherencia ser nuevo inmigrante y Gazmararian y cols (2006) sugieren que la raza/etnia se relaciona con la adherencia, en nuestra muestra no encontramos una asociación estadísticamente significativa entre la nacionalidad y la adherencia, lo que probablemente ocurre por ser un tamaño muestral de extranjeros insuficiente ($n=18$).

En cuanto al estado civil, nuestra muestra presenta una asociación estadísticamente significativa al medir la adherencia con el Morisky-Green, reflejando que los diabéticos que viven en pareja son más adherentes (63,6%, $p=0,043$), lo que coincide con Núñez Montenegro y cols (2013) y refrenda la relación existente entre una mayor adherencia si se cuenta con apoyo familiar (Mayberry y cols, 2012; Vilaplana Pérez y cols, 2012; Del Duca y cols, 2013; Miller y cols, 2013; Gao y cols, 2013).

Por último, a pesar de que no existe una relación estadísticamente significativa entre la adherencia y el nivel de estudios, cabría destacar que, según el Morisky-Green, los pacientes más adherentes son los de estudios primarios (63,9%), constituyendo también el nivel educativo más prevalente (48,12%) y la mayoría de los no-adherentes son universitarios (47,2%), siendo inversamente proporcional la adherencia al conocimiento del tratamiento; es decir, nuestros datos contradicen a Karter y cols (2007) y Tambo-Lizalde y cols (2013), los cuales asocian una menor educación con peor comportamiento sanitario, particularmente importante en la DM2 y, por tanto, con peor automanejo por la dificultad de desarrollar habilidades personales para cambiar pautas.

El *perfil socio-demográfico del paciente adherente de nuestra muestra* coincide con numerosos estudios (Tuesca-Molina y cols, 2006; Garrido-Garrido y cols, 2011; López-Simarro y cols, 2012): mujer que vive en pareja y tiene un nivel educativo bajo (sin estudios o estudios primarios), aunque nuestra media de edad sea ligeramente inferior a la apuntada por el resto ($63,58 \pm 10,952$ frente a 70 años de media).

Relación entre las variables clínicas del paciente y la adherencia al tratamiento

Aunque Rustveld y cols (2009) afirman que los pacientes parecen tener escasa motivación para cumplir con dietas y con tratamientos largos y la literatura experta defiende como factor predictivo de no-adherencia un esquema posológico complicado, ni el tiempo de tratamiento, ni el tipo de tratamiento antidiabético en nuestro caso tienen una relación estadísticamente significativa con la adherencia al mismo según el test de Morisky-Green. Observamos que los pacientes con mayor tendencia a ser adherentes son el 65,6% que está tratándose entre 12 y 24 meses y los que tienen prescrita la insulina como parte de su tratamiento (75% de adherencia).

Los pacientes de nuestra muestra más adherentes al tratamiento son los que llevan, según la historia clínica, de 12 a 24 meses de tratamiento. Estos resultados coinciden con las conclusiones de Cramer (2004) y Fuster (2012), los cuales defienden que la adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas disminuye durante los 6 primeros meses y que el 36-93% de los pacientes mantienen su tratamiento de 6 a 24 meses.

Si Piñeiro Chousa (1997) ya apuntaba que un factor asociado al incumplimiento sería, entre otros, llevar más de un año de tratamiento regular, Márquez Contreras y cols lo corroboran en su revisión de 2012 de adherencia en diabéticos, al afirmar que la mayor duración del tratamiento implica un mayor incumplimiento, hecho que se confirma en nuestra muestra, pues el 41,9% de los no adherentes son los que llevan más de 49 meses de tratamiento. Sin embargo, la simplificación del tratamiento, ampliamente defendido como estrategia para mejorar la adherencia (Orueta, 2005; Orueta y cols, 2008; García-Pérez y cols, 2013) no es significativa en nuestra población.

Aunque López-Simarro y cols (2012) estiman que el 15% de los diabéticos españoles están tratados con insulina, en nuestra muestra se trata con insulina al 7,5% de los pacientes. Estos pacientes son los más adherentes al tratamiento, cifrándose en el 75% de cumplimiento, valor similar al encontrado en Márquez Contreras y cols (2012), lo que podría relacionarse con que son los más evolucionados, con malos controles y posibles complicaciones macro o microvasculares y, por tanto, con una mayor “conciencia de enfermedad real”.

Al estudiar si en la historia clínica de los pacientes aparece algún dato que indique continuidad o abandono del tratamiento prescrito, encontramos que en los pacientes adherentes se refleja la continuidad (60,1% según el Morisky-Green) y en los no-adherentes aparecen datos de abandono de la medicación (71,4% según el Morisky-Green). Llama la atención en este sentido el hecho de que en el 28,6% de los pacientes adherentes existan datos de abandono en la historia clínica y, de forma inversa, que en el 39,9% de los pacientes clasificados como no-adherentes hay registrados datos de continuidad del tratamiento en su historia clínica. Esta contradicción podría justificarse por la subjetividad por parte del profesional para valorar adherencia, por la diferente metodología al estimar dicha adherencia y por la deseabilidad social manifestada por el paciente cuando se es preguntado directamente por el profesional y después es sometido a un cuestionario más objetivo que mide esa variable.

3.3. Relación entre la adherencia al tratamiento (según el test de Morisky-Green) y las características generales de la información

García-Pérez y cols (2013) y Blackburn y cols (2013) establecen como factor predisponente para mejorar la adherencia del paciente al tratamiento prescrito el que el médico de Atención Primaria proporcione información. En este sentido, el ordenamiento jurídico, concretamente la Ley 41/2002, define la *información clínica* como una obligación de todo facultativo y un derecho fundamental del paciente, y fija como caracteres mínimos de calidad que sea real, comprensible por el destinatario y adecuada a sus circunstancias.

Con esta base normativa, analizamos las consideradas características generales de la información que los pacientes diabéticos refieren haber recibido de sus médicos de Atención Primaria estableciendo una relación estadísticamente significativa entre una mayor adherencia al tratamiento si se ha recibido información con lenguaje comprensible, el paciente ha entendido dicha información, haciendo que cumpla con el tratamiento pautado y si el paciente considera que el médico tiene tiempo suficiente en la consulta para informar.

Gutiérrez-Angulo y cols (2011) afirman que un mejor conocimiento de la enfermedad mejora la adherencia, por lo que como estrategia para mejorar cumplimiento se propone dar mayor información comprensible a los pacientes, con técnicas de “*teach-back*” en las que se comprueba que el paciente ha entendido la información proporcionada (Kandula y cols, 2011; Negarandeh y cols, 2013). Nuestra investigación se aproxima a la utilización de este objetivo al ser el paciente la fuente directa a la que se le pregunta si entiende la información proporcionada.

La utilidad de la información escrita comprensible para la promoción de la adherencia supone una clara mejora de la calidad de vida, de la calidad de cuidado de la enfermedad crónica e incluso de los costes sanitarios, y queda demostrada en 2011 por Freund y cols (diarios de síntomas, planes de acción, plan de medicación), por Martell y Franch en 2012 (mensajes telefónicos) o más recientemente en 2013 por Osborn y cols (portales web a través de Internet). En nuestros resultados se observa un porcentaje más elevado de pacientes adherentes cuando han recibido información escrita.

Comprobamos en nuestro estudio, de forma estadísticamente significativa, la influencia de la información que el médico proporciona al paciente en favor de la adherencia (González-Pérez y cols, 2013). Quedando demostrado en este trabajo que

la falta de tiempo en la consulta de Atención Primaria constituye un motivo de insatisfacción y de incumplimiento (González-Pérez y cols, 2008; Pérez-Cárceles y cols, 2015).

3.4. Relación entre la adherencia al tratamiento (según el test de Morisky-Green) y las características específicas de la información

Tras medir la adherencia al tratamiento con el Test de Morisky-Green-Levine encontramos una asociación estadísticamente significativa entre la adherencia y recibir información por parte de su médico de Atención Primaria sobre las horas de las tomas y su relación con la dieta, así como con la información sobre la posología, el impacto familiar y social de la enfermedad y si se ha contado con la opinión del paciente para tomar decisiones sobre su patología.

Márquez-Hernández y cols (2014) afirman que abordar la falta de adherencia no es únicamente conseguir que los pacientes tomen la medicación o que mejoren su estilo de vida, sino que comprendan las perspectivas sobre los medicamentos y las razones por las que quieren o no quieren tomarlos, lo que supone la implicación de distintos profesionales (trabajo multidisciplinar). Dado que la transmisión de información o indicaciones imperativas al paciente diabético son poco efectivas, se necesita motivar (Grimaldi, 2012), dar estrategias concretas, reforzar, activar al paciente para el autocuidado (Van den Arend y cols, 2000) y acompañar a la persona para que modifique hábitos, lo que requiere un esfuerzo, pero que incidirá en una mejora de su calidad de vida. Son muchos los autores que refrendan con sus estudios el hecho de que un programa estructurado de educación diabetológica que incluya un mayor conocimiento de los pacientes acerca de la diabetes, un mayor apoyo a la autogestión y al empoderamiento está asociado con una mejor adherencia a la medicación y un mejor control de glucemia (Puder y cols, 2003; Knight y cols, 2006; Wens y cols, 2008; Kaissi y cols, 2009; Al-Qazaz y cols, 2011; Reach, 2011; Paasche-Orlow y Wolf, 2011; Ariza-Copado y cols, 2011).

Nuestros resultados son acordes con el estudio de Borgsteede y cols (2011) respecto a dar más información sobre medicación y asociarla con hábitos e información práctica pues encontramos una asociación significativa entre haber recibido información sobre las horas de las tomas del tratamiento y la relación la dieta y una mayor adherencia al tratamiento.

Nosotros encontramos que los pacientes que han recibido información sobre la posología de su medicación son significativamente más adherentes. Estos datos son

acordes con múltiples estudios que afirman que no entender correctamente las órdenes del profesional es la etiología de casi la cuarta parte de los incumplimientos terapéuticos (Spagnoli y cols, 1989; Da Silva y cols, 2000; Leal Hernández y cols, 2004; Sanahuja y cols, 2012).

Los trabajos de Prueksaritanond y cols (2004) y Beverly y cols (2012) demuestran que todos los parámetros, incluido el cumplimiento, mejoran con la atención centrada en el paciente. En nuestro estudio, de forma estadísticamente significativa, los pacientes son más adherentes si se les ha preguntado su opinión y se les ha *empoderado* para tomar decisiones en las distintas fases del proceso asistencial.

Dilla y cols (2009), Martínez-Hernández y cols (2008) y Miller y cols (2013) promulgan que las estrategias de apoyo social (Sander y cols, 2011 y Bailey y cols, 2011; Goa y cols, 2013) y familiar (Del Duca y cols, 2013 y Mayberry y cols, 2012) son fundamentales para mejorar la adherencia, lo que queda demostrado en nuestro estudio.

3.5. Relación entre la adherencia al tratamiento y la satisfacción con la información recibida por el paciente de su médico de Atención Primaria

Encontramos en la literatura trabajos como el de Mira y Aranaz (2000) en el que la entrevista clínica se relaciona de forma directa con la satisfacción y la adherencia, por lo que aquellas entrevistas en las que el profesional transmite suficiente información y en las que los pacientes se sienten cómodos como para preguntar sus dudas o algo que no entienden, se asocian a pacientes diabéticos más satisfechos y adherentes al tratamiento. En nuestro estudio encontramos medias de satisfacción general mayores entre los pacientes adherentes, resultados similares al estudio de Biderman y cols (2009) en población diabética.

También se mantienen cifras superiores de satisfacción general y específica entre los pacientes adherentes cuando se analizan los 4 aspectos concretos de la satisfacción con la información en las distintas fases del proceso asistencial: según la información dada por el médico respecto a la enfermedad, el tratamiento, los riesgos y complicaciones y las pruebas complementarias, apareciendo una diferencia estadísticamente significativa entre la media de satisfacción con la información sobre los riesgos y complicaciones de la enfermedad y la adherencia al tratamiento, pues los pacientes adherentes presentan una media de satisfacción $4,01 \pm 0,934$ frente al $3,85 \pm 0,942$ de los no-adherentes. Ya Bolaños y cols apuntaban en 2003 que los pacientes manifestaban tener escasa información sobre las consecuencias de la DM2, y tanto

Peralta y cols (2003) como nuestros resultados, corroboran la hipótesis de que las personas conscientes de la gravedad de la enfermedad y su vulnerabilidad tienen mejor cumplimiento.

En esta línea de satisfacción del paciente y su relación con la adherencia se encuadra el que el 14,3% de los pacientes diabéticos de nuestra muestra no conozca el tratamiento que toma, pero presentan una asociación estadísticamente significativa con la adherencia al mismo medida por el test de Morisky-Green; es decir, afirmamos que la adherencia está influida por una buena relación médico-paciente: el paciente diabético confía en la prescripción de su médico y aunque no conozca el tratamiento es cumplidor. De igual modo, White y cols (2013) defienden que pacientes con alfabetización en salud limitada tienen mayor confianza en su médico junto con mejor adherencia. Y, como ampliamente corrobora la literatura, la buena relación médico-paciente supone una estrategia eficaz para mejorar el cumplimiento (Torío y cols, 1997; Mira y Aranaz, 2000; Girón y cols, 2002; Barca-Fernández y cols, 2004; Pérez-Jover y cols, 2010; Gil-Guillén y cols, 2012; Kurpas y cols, 2013).

Para concluir este apartado, y siguiendo las indicaciones de las OMS (2003), afirmamos que el cumplimiento terapéutico es un proceso dinámico determinado por el tiempo y los cambios sociales, por lo que queda patente que los profesionales de la salud han de formarse en habilidades de la comunicación, tales como empatía y asertividad, para así poder formar a los pacientes y sus familiares, siendo la familia, la comunidad y las organizaciones de pacientes los factores clave para la mejora de ese cumplimiento.

VI. LIMITACIONES

Tras el desglose e interpretación de los resultados obtenidos, discernimos algunas limitaciones en nuestra investigación que se han ido sugiriendo en cada apartado y se desarrollan a continuación:

1. Hallamos una gran variabilidad en las tasas de cumplimiento, según el método de evaluación y, aunque usamos los cuantitativos más adecuados, las diferencias entre los 3 serían ampliamente dispersas. Resolvemos esta limitación usando los datos del cuestionario más validado, el Morisky-Green-Levine. Esta variabilidad en los resultados, estaría justificada, según Blackburn y cols (2013) en primer lugar, porque los pacientes que inician una terapia tendrían una adherencia menor que los usuarios “experimentados” (según el “índice de deserción” expuesto previamente); en segundo lugar, los porcentajes pueden variar en función de que expresen categorías (% de la población que consigue 80% de adherencia) o porcentajes medios, según la forma de cuantificar adherencia establecida en las bases del cuestionario.
Según García-Pérez y cols (2000), “ningún método de medida de adherencia al tratamiento es capaz de valorar por sí solo todos los aspectos del cumplimiento”.
2. El hecho de que nuestra muestra presente unas características socio-demográficas concretas implica que no se pueda generalizar a otras poblaciones de personas, ambientes, tiempos o investigadores.
3. Al basarse en una encuesta auto-administrada, los resultados están sujetos a los posibles fallos de memoria y/o influencia de otros factores subconscientes en las respuestas y contemplamos la posibilidad de que los sujetos hayan respondido de acuerdo a su percepción de deseabilidad social (limitando también la validez externa).
4. No se han medido otros datos socio-demográficos ampliamente difundidos como importantes por determinar valores, creencias y comportamientos relacionados con la salud, como son el estatus económico, el origen étnico o la raza. Éstos influyen en la prevalencia de DM2 (Link y cols, 2009), en las complicaciones (Osborn y cols, 2013), en el conocimiento de la diabetes (Wallace y cols, 2009), en la comprensión de estrategias de gestión, expectativas de atención (incluyendo preferencias de procedimientos diagnósticos y terapéuticos), en la adherencia al tratamiento y en la prestación de una atención sanitaria de calidad (Betancourt y cols, 2014).
5. Rothenbacher y cols (2006) apuntan, entre otros, como marcador pronóstico de mortalidad de DM2 la evaluación del médico de Atención Primaria de la adherencia. Éste punto constituiría otra limitación, pues se debería haber

preguntado al facultativo su opinión sobre la adherencia de los pacientes evaluados.

6. Una de las limitaciones de este estudio viene delimitada por el hecho de que no se diferencia entre pacientes pluri-patológicos y, por tanto, plurimedicados de los exclusivamente diabéticos. En la literatura encontramos que la adherencia está casi indisolublemente ligada a la condición de pluripatología y plurimedicación (Bailey cols, 2011; Blackburn y cols, 2013), características vinculadas igualmente a la población más anciana. De éstos, Gutiérrez-Angulo y cols (2011) establecen como factores favorecedores del incumplimiento “la menor capacidad cognitiva, mayor dificultad para recordar, mayor deterioro funcional, comorbilidad y fragilidad, sobre todo cuando implican polimedicación y complejidad de la pauta posológica”.
7. En cuestiones relacionadas con la satisfacción, descubrimos algunas limitaciones como:
 - a. No haber medido la satisfacción del médico: se considera que el grado de calidad de los servicios sanitarios está relacionado con el grado de satisfacción de sus profesionales y así la satisfacción en el trabajo se incluye en cualquier evaluación de la calidad global de una organización (Cortés Rubio y cols, 2003). Más aún, Pérez Cárceles y cols (2015) determinan una asociación directa entre satisfacción laboral del médico e información al paciente.
 - b. Se mide la satisfacción del paciente con escala tipo Likert (lo común en el ámbito sanitario son las encuestas de percepción, aunque no existe un consenso de cuál es el mejor instrumento; Bustamante y cols, 2013), sin posibilidad de observaciones ni respuestas abiertas, pero Mira y Aranz (2000), Hernán García y cols (2002) y Tambo-Lizalde y cols (2013) coinciden en que aquellas entrevistas que permiten al paciente expresarse con libertad (metodología cualitativa) buscan una mayor profundización en el fenómeno y en la interpretación de la opinión y se asocian a un mayor nivel de satisfacción y cumplimiento.
 - c. Bustamante y cols (2013) indican que para realizar estudios de satisfacción en salud se debe considerar el origen, la cultura y el sistema de salud de los usuarios para elegir las escalas a usar, detalles que no se pueden prever en nuestro estudio al ser multicéntrico. Las mediciones de satisfacción deben ser parte del programa estratégico de las organizaciones, y elaborarse con la participación de los profesionales de salud.

VIII. CONCLUSIONES

1. El perfil del paciente diabético tipo 2 atendido en Atención Primaria tiene una edad media de 63,3 años, mayoritariamente hombre, de nacionalidad española, que ha alcanzado estudios primarios y vive en pareja. En el 70% de los casos su prescripción farmacológica es con antidiabéticos orales y una duración media de 44 meses de tratamiento. El perfil de su médico de familia es hombre, mayor de 46 años, con formación vía MIR, con una media de 18 años de experiencia profesional e importante sobrecarga asistencial.
2. Los pacientes refieren estar significativamente peor informados sobre las connotaciones negativas de las distintas fases del proceso asistencial, incluyendo los posibles efectos secundarios y las contraindicaciones del tratamiento farmacológico, las molestias y complicaciones de las pruebas complementarias, y el impacto laboral, familiar o social de la enfermedad.
3. Los pacientes más jóvenes, con apoyo familiar y estudios universitarios son los que refieren en mayor porcentaje recibir información comprensible y adecuada a sus necesidades, especialmente sobre el diagnóstico precoz, las pruebas complementarias y el tratamiento, lo que influye positivamente en su mayor cumplimiento terapéutico.
4. Los profesionales refieren que la información que proporcionan sobre tratamientos alternativos, efectos secundarios y contraindicaciones del tratamiento farmacológico, exámenes complementarios e impacto de la enfermedad son los aspectos más deficientes. El 60% señala que no recoge en la historia clínica que el paciente ha sido informado y uno de cada 3 médicos piensa que su información no es útil para aumentar la adherencia al tratamiento, que el paciente no entiende la información y cree no resolver sus dudas.

5. El 60% de los médicos asegura que no tiene tiempo para informar adecuadamente a los pacientes, siendo la sobrecarga asistencial un factor limitante para el facultativo, especialmente en aquellos con un número de tarjetas sanitarias superior a 1500, confirmando que la carga asistencial es un factor que limita los cuidados y disminuye la calidad asistencial.
6. No existe concordancia entre la información que los médicos dicen que proporcionan a sus pacientes y la información que éstos refieren haber recibido de su médico, lo que confirma la brecha existente entre la información proporcionada por el médico y la recibida por el paciente, siendo de gran trascendencia clínica la discordancia en el caso de información adecuada, comprensible y que fomenta una mayor adherencia terapéutica.
7. Los pacientes que refieren haber percibido información de su médico con un lenguaje comprensible, con tiempo suficiente en la consulta, especialmente sobre el tratamiento, asociado a hábitos de rutina y sobre el impacto de la enfermedad son significativamente más adherentes.
8. Los pacientes que perciben una mejor información de su médico de Atención Primaria presentan mayores niveles de satisfacción con el proceso de comunicación asistencial y, a su vez un mejor cumplimiento terapéutico, lo que confirma que aunque la adherencia al tratamiento es un modelo complejo influido por múltiples factores, uno de los más importantes son el suministro de una información detallada, realista e individualizada en el contexto de la toma de decisiones conjuntas entre profesional y paciente.
9. Con el actual *modelo horizontal* de la Atención Primaria, el médico precisa de la complicidad del paciente y su empoderamiento para que éste asuma un papel más proactivo en el proceso de su enfermedad y poder proporcionar una atención sanitaria longitudinal y continua de calidad. Para ello es necesario

incorporar activamente a los ciudadanos a la gestión de sus riesgos mediante la información adecuada sobre su enfermedad.

10. Los profesionales deben asumir la importancia práctica de la información clínica en los pacientes diabéticos, no solamente como cumplimiento de un requisito legal, sino como un elemento fundamental de confianza y de refuerzo terapéutico en la actividad asistencial.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Abubakari, A. R., Jones, M. C., Lauder, W., Kirk, A., Anderson, J., Devendra, D., & Naderali, E. K. (2013). Ethnic differences and socio-demographic predictors of illness perceptions, self-management, and metabolic control of type 2 diabetes. *International journal of general medicine*, 6, 617.
2. Adams RJ. Improving health outcomes with better patient understanding and education. *Risk Management and Healthcare Policy* 2010;3 61–72. DOI: 10.2147/RMHP.S7500
3. Ahmad, N. S., Ramli, A., Islahudin, F., & Paraidathathu, T. (2013). Medication adherence in patients with type 2 diabetes mellitus treated at primary health clinics in Malaysia. *Patient preference and adherence*, 7, 525.
4. Aikens, J. E., Bingham, R., & Piette, J. D. (2005). Patient-provider communication and self-care behavior among type 2 diabetes patients. *The Diabetes Educator*, 31(5), 681-690.
5. Al Sayah, F., Majumdar, S. R., Williams, B., Robertson, S., & Johnson, J. A. (2013). Health literacy and health outcomes in diabetes: a systematic review. *Journal of general internal medicine*, 28(3), 444-452.
6. Al Sayah, F., Williams, B., & Johnson, J. A. (2012). Measuring health literacy in individuals with diabetes: a systematic review and evaluation of available measures. *Health Education & Behavior*, 1090198111436341.
7. AmericanDiabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes 2015: Summary ofRevisions. *Diabetes Care* 2015;38(Suppl. 1):S4 | DOI: 10.2337/dc15-S003
8. An, J., & Nichol, M. B. (2013). Multiple medication adherence and its effect on clinical outcomes among patients with comorbid type 2 diabetes and hypertension. *Medical care*, 51(10), 879-887.
9. Appiah, B., Hong, Y., Ory, M. G., Helduser, J. W., Begaye, D., Bolin, J. N., & Forjuoh, S. N. (2013). Challenges and opportunities for implementing diabetes self-management guidelines. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 26(1), 90-92.
10. Araya, M. R., Hernández, A. G. A., Vargas, G. P., & Trejos, A. M. (2009). Prevalencia de diabetes mellitus auto-reportada en Costa Rica, 1998. *Acta Médica Costarricense ISSN 0001-6012*, 46(4).
11. Ariza Copado, C., Palomar, V. G., Urena, A. M., Mengual, F. A., Martínez, M. S., & Serralta, J. R. L. (2011). Mejora en el control de los diabéticos tipo 2 tras una intervención conjunta: educación diabetológica y ejercicio físico. *Atención primaria*, 43(8), 398-406.
12. Artículo 4.3 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica; en adelante, Ley 41/2002, Básica sobre la Autonomía del Paciente: “El médico responsable del paciente garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle”.
13. Asche, C., LaFleur, J., & Conner, C. (2011). A review of diabetes treatment adherence and the association with clinical and economic outcomes. *Clinical therapeutics*, 33(1), 74-109.
14. Ataz López, J. (1985). *Los médicos y la responsabilidad civil*. Montecorvo.
15. Badía Llach, X., Marquès, S. M., Nicuesa, L. G., & Sardà, M. G. (2005). Información de medicamentos de prescripción: encuesta a la población general española. *Atención primaria*, 36(2), 93-99.
16. Bailey, C. J., & Kodack, M. (2011). Patient adherence to medication requirements for therapy of type 2 diabetes. *International journal of clinical practice*, 65(3), 314-322.
17. Baker, D. W., Gazmararian, J. A., Williams, M. V., Scott, T., Parker, R. M., Green, D., ... & Peel, J. (2002). Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees. *American Journal of Public Health*, 92(8), 1278-1283.

18. Baker, D. W., Gazmararian, J. A., Williams, M. V., Scott, T., Parker, R. M., Green, D., ... & Peel, J. (2004). Health literacy and use of outpatient physician services by Medicare managed care enrollees. *Journal of General Internal Medicine*, 19(3), 215-220.
19. Balint, M. (1961). *El médico, el paciente y la enfermedad*. Libros básicos.
20. Banegas, J. R. (2012). Control de la diabetes mellitus tipo 2 y otros factores de riesgo cardiovascular: un desafío en la prevención de las enfermedades cardiovasculares. *Hipertensión y Riesgo Vascular*, 29, 4-7.
21. Barca Fernández, I., Miguez, R. P., Martín, P. G., Alarcón, F. F., Lázaro, G. A., & de Castro, F. L. (2004). La información al paciente y su participación en la toma de decisiones clínicas. *Atención primaria*, 33(7), 361-365.
22. Beck, R. S., Daughtridge, R., & Sloane, P. D. (2002). Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 15(1), 25-38.
23. Beléndez-Vázquez, M., Méndez, F. J., & Simón, M. A. (1999). Procedimientos conductuales para el control de la diabetes. *Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, Metodología y Aplicaciones*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, 487.
24. Benford, M., Milligan, G., Pike, J., Anderson, P., Piercy, J., & Fermer, S. (2012). Fixed-dose combination antidiabetic therapy: real-world factors associated with prescribing choices and relationship with patient satisfaction and compliance. *Advances in therapy*, 29(1), 26-40.
25. Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., Viera, A., Crotty, K., ... & Viswanathan, M. (2011). Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review.
26. Beverly, E. A., Fitzgerald, S. M., Brooks, K. M., Hultgren, B. A., Ganda, O. P., Munshi, M., & Weinger, K. (2013). Impact of Reinforcement of Diabetes Self-Care on Poorly Controlled Diabetes A Randomized Controlled Trial. *The Diabetes Educator*, 0145721713486837.
27. Beverly, E. A., Ritholz, M. D., Brooks, K. M., Hultgren, B. A., Lee, Y., Abrahamson, M. J., & Weinger, K. (2012). A qualitative study of perceived responsibility and self-blame in type 2 diabetes: reflections of physicians and patients. *Journal of general internal medicine*, 27(9), 1180-1187.
28. Biderman, A., Noff, E., Harris, S. B., Friedman, N., & Levy, A. (2009). Treatment satisfaction of diabetic patients: what are the contributing factors?. *Family practice*, 26(2), 102-108.
29. Blackburn, D. F., Swidrovich, J., & Lemstra, M. (2013). Non-adherence in type 2 diabetes: practical considerations for interpreting the literature. *Patient preference and adherence*, 7, 183.
30. Bolaños, E., & Sarría-Santamera, A. (2003). Perspectiva de los pacientes sobre la diabetes tipo 2 y relación con los profesionales sanitarios de atención primaria: un estudio cualitativo. *Atención primaria*, 32(4), 195-201.
31. Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 15/1999 de 13 de noviembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. BOE de 14/12/1999.
32. Bonal, R. R., Marzán, D. M., Castillo, F. M., & Rubán, A. M. Á. Alfabetización en salud en medicina general integral. Perspectivas en Santiago de Cuba.
33. Boren, S. A. (2009). A review of health literacy and diabetes: opportunities for technology. *Journal of diabetes science and technology*, 3(1), 202-209.
34. Borgsteede, S. D., Westerman, M. J., Kok, I. L., Meeuse, J. C., de Vries, T. P., & Hugtenburg, J. G. (2011). Factors related to high and low levels of drug adherence according to patients with type 2 diabetes. *International journal of clinical pharmacy*, 33(5), 779-787.
35. Borrell Carrió, F., & Badía, J. G. (2008). La Atención Primaria española en los albores del siglo XXI. *Gestión Clínica y Sanitaria*, 10(1), 3-7.

36. Branda, M. E., LeBlanc, A., Shah, N. D., Tiedje, K., Ruud, K., Van Houten, H., ... & Montori, V. M. (2013). Shared decision making for patients with type 2 diabetes: a randomized trial in primary care. *BMC health services research*, *13*(1), 301.
37. Brannon, L., & Feist, J. (2001). *Psicología de la salud*. Thomson-Paraninfo.
38. Broggi Trías, M. A. (1995). La información clínica y el consentimiento informado [Editorial]. *Medicina clínica*, *104*(6), 218-220.
39. Bustamante, P., Cañas, D. A., Martín, B. C., Alvarado, E. O., Alemany, F. X., Asenjo, M., ... & Sánchez, M. S. (2013). Evaluación de la satisfacción del paciente con la atención recibida en un servicio de urgencias hospitalario y sus factores asociados. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, *25*(3), 171-176.
40. Cavanaugh, K. L. (2011). Health literacy in diabetes care: explanation, evidence and equipment. *Diabetes Management*, *1*(2), 191-199.
41. Cavanaugh, K., Huizinga, M. M., Wallston, K. A., Gebretsadik, T., Shintani, A., Davis, D., ... & Rothman, R. L. (2008). Association of numeracy and diabetes control. *Annals of Internal Medicine*, *148*(10), 737-746.
42. Cole, S. A., & Bird, J. (2013). *The medical interview: the three function approach*. Elsevier Health Sciences.
43. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Programa Nacional de la Especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria. Madrid: Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación y Ciencia; 1993.
44. Correia Loureiro, S., & Miranda González, F. (2010). Calidad y satisfacción en el servicio de urgencias hospitalarias: análisis de un hospital de la zona centro de Portugal. *Investigaciones europeas de dirección y economía de la empresa*, *16*(2), 27-41.
45. Cramer, J. A. (2004). A systematic review of adherence with medications for diabetes. *Diabetes care*, *27*(5), 1218-1224.
46. Cramer, J. A., Benedict, A., Muszbek, N., Keskinaslan, A., & Khan, Z. M. (2008). The significance of compliance and persistence in the treatment of diabetes, hypertension and dyslipidaemia: a review. *International journal of clinical practice*, *62*(1), 76-87.
47. Crespillo-García, E., Rivas-Ruiz, F., Fernández, E. C., Muñoz, P. C., Alemán, G. S., & Pérez-Trueba, E. (2013). Conocimientos, percepciones y actitudes que intervienen en la adherencia al tratamiento en pacientes ancianos polimedcados desde una perspectiva cualitativa. *Revista de Calidad Asistencial*, *28*(1), 56-62.
48. Curkendall, S. M., Thomas, N., Bell, K. F., Juneau, P. L., & Weiss, A. J. (2013). Predictors of medication adherence in patients with type 2 diabetes mellitus. *Current Medical Research & Opinion*, *29*(10), 1275-1286.
49. Da Silva, T., Schenkel, E. P., & Mengue, S. S. (2000). Patient knowledge about drugs prescribed in a teaching hospital. *Cadernos de Saúde Pública*, *16*(2), 449-455.
50. Davis, M. S. (1968). Variations in patients' compliance with doctors' advice: an empirical analysis of patterns of communication. *American Journal of Public Health and the Nations Health*, *58*(2), 274-288.
51. Davis, T. C., & Wolf, M. S. (2004). Health literacy: implications for family medicine. *FAMILY MEDICINE-KANSAS CITY*, *36*(8), 595-598.
52. de la Figuera, M. (2012). Métodos de medida del cumplimiento terapéutico en la diabetes tipo 2. *Hipertensión y Riesgo Vascular*, *29*, 14-19.
53. De Sancho, J. L., Sarria, A., Yáñez, D., Hernández, A., Ovalle, M. A., & Perianes, A. (2003). Revisión de intervenciones en atención primaria para mejorar el control de las enfermedades crónicas. Madrid: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo.
54. de Ullibarrí Galparsoro, L., & Pita Fernández, S. (1999). Medidas de concordancia: el índice de Kappa. *Cad Aten Primaria*, *6*, 169-171.
55. Del Canale, S., Louis, D. Z., Maio, V., Wang, X., Rossi, G., Hojat, M., & Gonnella, J. S. (2012). The relationship between physician empathy and disease complications: an

- empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy. *Academic Medicine*, 87(9), 1243-1249.
56. Del Duca, M., Gallegos, Y., Da Col, G., & Trenchi, M. N. (2013). Adherencia al tratamiento desde la perspectiva del médico de familia. *Biomedicina*, 8(1), 6-15.
 57. Del Valle Montoya Santiago, C. (2011). Derecho a la Información en el ámbito sanitario. ISSN: 1988-2629. No. 5. Nueva Época.
 58. Delamater, A. M., Jacobson, A. M., Anderson, B., Cox, D., Fisher, L., Lustman, P., ... & Wysocki, T. (2001). Psychosocial therapies in diabetes report of the psychosocial therapies working group. *Diabetes Care*, 24(7), 1286-1292.
 59. Delbanco T., Gerteis M., Aronson M.D., Park L. (2014). A patient-centered view of the clinician-patient relationship. *UPTODATE*.
 60. DePablos-Velasco, P., Salguero-Chaves, E., Mata-Poyo, J., DeRivas-Otero, B., García-Sánchez, R., & Viguera-Ester, P. (2014). Calidad de vida y satisfacción con el tratamiento de sujetos con diabetes tipo 2: resultados en España del estudio PANORAMA. *Endocrinología y Nutrición*, 61(1), 18-26.
 61. Derksen, F., Bensing, J., & Lagro-Janssen, A. (2013). Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *British Journal of General Practice*, 63(606), e76-e84.
 62. Devlin, T. M. (2004). *Bioquímica: libro de texto con aplicaciones clínicas*. Reverté.
 63. Dilla, T., Valladares, A., Lizán, L., & Sacristán, J. A. (2009). Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Atención primaria*, 41(6), 342-348.
 64. DiMatteo, M. R., Sherbourne, C. D., Hays, R. D., Ordway, L., Kravitz, R. L., McGlynn, E. A., ... & Rogers, W. H. (1993). Physicians' characteristics influence patients' adherence to medical treatment: results from the Medical Outcomes Study. *Health psychology*, 12(2), 93.
 65. Drewelow, E., Wollny, A., Pentzek, M., Immecke, J., Lambrecht, S., Wilm, S., ... & Altiner, A. (2012). Improvement of primary health care of patients with poorly regulated diabetes mellitus type 2 using shared decision-making—the DEBATE trial. *BMC family practice*, 13(1), 88.
 66. Eccles, M. P., Hrisos, S., Francis, J. J., Stamp, E., Johnston, M., Hawthorne, G., ... & Hunter, M. (2011). Instrument development, data collection, and characteristics of practices, staff, and measures in the Improving Quality of Care in Diabetes (iQuaD) Study. *Implementation Science*, 6(1), 61.
 67. Elliott, J. A., Abdulhadi, N. N., Al-Maniri, A. A., Al-Shafae, M. A., & Wahlström, R. (2013). Diabetes self-management and education of people living with diabetes: a survey in primary health care in Muscat Oman. *PloS one*, 8(2), e57400.
 68. Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. INEbase – www.ine.es
 69. Eysenbach, G., Powell, J., Kuss, O., & Sa, E. R. (2002). Empirical studies assessing the quality of health information for consumers on the world wide web: a systematic review. *Jama*, 287(20), 2691-2700.
 70. Falcón Romero, M., & Luna Ruiz-Cabello, A. (2012). Alfabetización en salud; concepto y dimensiones. Proyecto europeo de alfabetización en salud. *Revista de Comunicación y Salud*, 2(2), 91-98.
 71. Fernández Lisón, L., Franco, B. B., Domínguez, B. V., García, T. M., Haro, J. U., & De La Llave, E. P. (2006). Errores de medicación e incumplimiento terapéutico en ancianos polimedicados. *Farmacia hospitalaria*, 30(5), 280-283.
 72. Fernández, M. G., & Peralbo, M. (1999). Desarrollo cognitivo y concepciones sobre la salud y la enfermedad. In *Manual de psicología de la salud: fundamentos, metodología y aplicaciones* (pp. 115-130).

73. Fernández-López, J. A., Fernández-Fidalgo, M., Martín-Payo, R., & Rödel, A. (2007). Estrés laboral y calidad de vida en sanitarios de atención primaria: una prueba de la validez del cuestionario PECVEC. *Atención primaria*, 39(8), 425-431.
74. Fisher, E. B., Walker, E. A., Bostrom, A., Fischhoff, B., Haire-Joshu, D., & Johnson, S. B. (2002). Behavioral Science Research in the Prevention of Diabetes Status and opportunities. *Diabetes Care*, 25(3), 599-606.
75. Fisher, E. B., Walker, E. A., Bostrom, A., Fischhoff, B., Haire-Joshu, D., & Johnson, S. B. (2002). Behavioral Science Research in the Prevention of Diabetes Status and opportunities. *Diabetes Care*, 25(3), 599-606.
76. Fontcuberta Martínez J, García González AL. Lectura crítica de otros tipos de estudios: estudios observacionales. Revisiones narrativas. Paneles de expertos. Documentos de consenso. https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/136633-capitulo_14.pdf
77. Fornell, C. (1995). Productivity, quality, and customer satisfaction as strategic success indicators at firm and national level. *Advances in Strategic Management*, 11, 217-229.
78. Franch Nadal, J., Artola Menéndez, S., Diez Espino, J., & Mata Cases, M. (2010). Evolución de los indicadores de calidad asistencial al diabético tipo 2 en atención primaria (1996-2007). Programa de mejora continua de calidad de la Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de la Salud. *Medicina clínica*, 135(13), 600-607.
79. Freund, T., Peters-Klimm, F., Rochon, J., Mahler, C., Gensichen, J., Erlen, A., ... & Szecsenyi, J. (2011). Primary care practice-based care management for chronically ill patients (PraCMan): study protocol for a cluster randomized controlled trial [ISRCTN56104508]. *Trials*, 12(1), 163.
80. Fuertes, J. N., Boylan, L. S., & Fontanella, J. A. (2009). Behavioral indices in medical care outcome: the working alliance, adherence, and related factors. *Journal of general internal medicine*, 24(1), 80-85.
81. Fuster, V. (2012). Un problema alarmante en prevención secundaria: bajo cumplimiento (estilo de vida) y baja adherencia (farmacológica). *Revista española de cardiología*, 65, 10-16.
82. Galán Cortés J.C. (2001). Responsabilidad médica y consentimiento informado. Civitas, Madrid.
83. Gallego Fuentes, R. J. (2002). Calidad de la asistencia al paciente con diabetes mellitus tipo II en el ámbito de una consulta de Atención Primaria. *Avances en diabetología*, 18(2), 84-93.
84. Gao, J., Wang, J., Zheng, P., Haardörfer, R., Kegler, M. C., Zhu, Y., & Fu, H. (2013). Effects of self-care, self-efficacy, social support on glycemic control in adults with type 2 diabetes. *BMC family practice*, 14(1), 66.
85. García Milán, Á. (2009). La información al Paciente como pieza clave de la Calidad Asistencial. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2(6), 275-279.
86. García Pérez, A. M., Leiva Fernández, F., Martos Crespo, F., García Ruiz, A. J., & Prados Torres, D. (2000). Sánchez de la Cuesta y Alarcón F. ¿Cómo diagnosticar el cumplimiento terapéutico en atención primaria. *Medicina de Familia (And)*, 1(1), 13-19.
87. García Pérez, A., Prados Torres, D., & Sánchez de la Cuesta, F. (2004). Cumplimiento terapéutico en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. *SEMERGEN-Medicina de Familia*, 30(2), 55-59.
88. García-Pérez, L. E., Álvarez, M., Dilla, T., Gil-Guillén, V., & Orozco-Beltrán, D. (2013). Adherence to therapies in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Therapy*, 4(2), 175-194.
89. Garrido-Garrido, E. M., García-Garrido, I., García-López-Durán, J. C., García-Jiménez, F., Ortega-López, I., & Bueno-Cavanillas, A. (2011). Estudio de pacientes polimedicados mayores de 65 años en un centro de asistencia primaria urbano. *Revista de Calidad Asistencial*, 26(2), 90-96.
90. Gazmararian, J. A., Williams, M. V., Peel, J., & Baker, D. W. (2003). Health literacy and knowledge of chronic disease. *Patient education and counseling*, 51(3), 267-275.

91. Gibson, T. B., Song, X., Alemayehu, B., Wang, S. S., Waddell, J. L., Bouchard, J. R., & Forma, F. (2010). Cost sharing, adherence, and health outcomes in patients with diabetes. *The American journal of managed care*, 16(8), 589-600.
92. Giese, J. L., & Cote, J. A. (2000). Defining consumer satisfaction. *Academy of marketing science review*, 1(1), 1-22.
93. Gil-Guillén, V. F., Palazón-Bru, A., Pereira-Expósito, A., & Perseguer-Torregrosa, Z. (2012). Estrategias para mejorar el cumplimiento en la práctica clínica diaria. *Hipertensión y Riesgo Vascular*, 29, 20-27.
94. Girón, M., Beviá, B., Medina, E., & Talero, M. S. (2002). Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: un estudio con grupos focales. *Rev Esp Salud Pública*, 76(5), 561-575.
95. Golin, C., Matteo, M. R., Duan, N., Leake, B., & Gelberg, L. (2002). Impoverished diabetic patients whose doctors facilitate their participation in medical decision making are more satisfied with their care. *Journal of general internal medicine*, 17(11), 866-875.
96. González Mestre, A. (2013). Paciente experto: Fomentando la autorresponsabilidad y el autocuidado en el paciente crónico. *FMC: Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 20(1), 1-3.
97. Gonzalez Moro-Prats, L. (2002). El consentimiento informado. *Medical and Marketing communications. Madrid*.
98. González Pérez, R., Sánchez, M. T. G., Carretero, M. J. E., Rodríguez, M. Á. P., Cerdá, J. C. M., & Azarola, A. R. (2008). Perspectivas de la ciudadanía sobre necesidades y expectativas de información sanitaria. *Revista de Calidad Asistencial*, 23(3), 101-108.
99. Grimaldi, A. (2012). How to help the patient motivate himself?. *Diabetes & metabolism*, 38, S59-S64.
100. Grupo de Diabetes de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC). Diabetes en Medicina de Familia: Guía clínica. Granada, 1997. Actualizada online 2001: <http://www.cica.es/aliens/samfyc>
101. Grupo de trabajo de la Guía, de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2. Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2006/08.
102. Grupo de Trabajo Guías Clínicas y Consensos de la Sociedad Española de Diabetes (2012). Perfil profesional del educador de pacientes con diabetes. *Avances en Diabetología*, 28(2), 38-47.
103. Grupo semFYC Comunicación y Salud. Competencias del Médico de Familia. IA. La comunicación asistencial. La entrevista Clínica. La relación médico-paciente. Madrid, 2002.
104. Guía Clínica de Diabetes Mellitus tipo 2 - Fisterra 2011. <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/diabetes-mellitus-tipo-2/>
105. Guibert Reyes, W., Grau Abalo, J., & Prendes Labrada, M. D. L. C. (1999). Cómo hacer más efectiva la educación en salud en la atención primaria?. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(2), 176-183.
106. Guler, N., & Oguz, S. (2011). The spoken knowledge of low literacy in patients with diabetes. *diabetes research and clinical practice*, 92(2), 238-243.
107. Gutiérrez-Angulo, M. L., Lopetegi-Uranga, P., Sánchez-Martín, I., & Garaigordobil-Landazabal, M. (2012). Cumplimiento terapéutico en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2. *Revista de Calidad Asistencial*, 27(2), 72-77.
108. Hawthorne, G., Hrisos, S., Stamp, E., Elovainio, M., Francis, J. J., Grimshaw, J. M., ... & Eccles, M. P. (2012). Diabetes care provision in UK primary care practices. *PloS one*, 7(7), e41562.
109. Haynes, R. B., & Sackett, D. L. (1979). *Compliance in health care*. Johns Hopkins University Press.
110. Heisler, M., Cole, I., Weir, D., Kerr, E. A., & Hayward, R. A. (2007). Does physician communication influence older patients' diabetes self-management and glycemic control? Results from the Health and Retirement Study (HRS). *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 62(12), 1435-1442.
111. Hernán García, M., Gutiérrez Cuadra, J., Lineros González, C., Ruiz Barbosa, C., & Rabadán Asensio, A. (2002). Los pacientes y la calidad de los servicios de atención primaria de salud. Opinión de los profesionales de los centros de salud de la Bahía de Cádiz y La Janda. *Atención primaria*, 30(7), 425-432.

112. Hinder, S., & Greenhalgh, T. (2012). This does my head in Ethnographic study of self-management by people with diabetes. *BMC Health Serv Res*, 12(1), 83.
113. Ho, E. Y., Chesla, C. A., & Chun, K. M. (2012). Health communication with Chinese Americans about type 2 diabetes. *The Diabetes Educator*, 38(1), 67-76.
114. Ho, E. Y., Tran, H., & Chesla, C. A. (2015). Assessing the Cultural in Culturally Sensitive Printed Patient-education Materials for Chinese Americans with Type 2 Diabetes. *Health communication*, 30(1), 39-49.
115. Hocking, A., Laurence, C., & Lorimer, M. (2013). Patients' knowledge of their chronic disease-the influence of socio-demographic characteristics. *Australian family physician*, 42(6), 411-416.
116. Hojat, M., Louis, D. Z., Markham, F. W., Wender, R., Rabinowitz, C., & Gonnella, J. S. (2011). Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Academic Medicine*, 86(3), 359-364.
117. Hojat, M., Louis, D. Z., Maxwell, K., Markham, F. W., Wender, R. C., & Gonnella, J. S. (2011). A brief instrument to measure patients' overall satisfaction with primary care physicians. *Family Medicine-Kansas City*, 43(6), 412.
118. Hoskins, I., Kalache, A., & Mende, S. (2005). Hacia una atención primaria de salud adaptada a las personas de edad. *Rev Panam Salud Pública*, 17(5-6), 444-51.
119. Howard, D. H., Sentell, T., & Gazmararian, J. A. (2006). Impact of health literacy on socioeconomic and racial differences in health in an elderly population. *Journal of general internal medicine*, 21(8), 857-861.
120. Huelgas, R. G., Díez-Espino, J., Formiga, F., Tejedor, J. L., Mañas, L. R., González-Sarmiento, E., ... & Grupo de Trabajo para el Documento de Consenso sobre el tratamiento de la diabetes tipo 2 en el anciano. (2013). Tratamiento de la diabetes tipo 2 en el paciente anciano. *Medicina Clínica*, 140(3), 134-e1.
121. Inoue, M., Takahashi, M., & Kai, I. (2013). Impact of communicative and critical health literacy on understanding of diabetes care and self-efficacy in diabetes management: a cross-sectional study of primary care in Japan. *BMC family practice*, 14(1), 40.
122. Ishikawa, H., Yano, E., Fujimori, S., Kinoshita, M., Yamanouchi, T., Yoshikawa, M., ... & Teramoto, T. (2009). Patient health literacy and patient-physician information exchange during a visit. *Family practice*, cmp060.
123. Jahng, K. H., Martin, L. R., Golin, C. E., & DiMatteo, M. R. (2005). Preferences for medical collaboration: patient-physician congruence and patient outcomes. *Patient education and counseling*, 57(3), 308-314.
124. Jansà, M., & Vidal, M. (2009). Importancia del cumplimiento terapéutico en la diabetes mellitus. *Av Diabetol*, 25, 55-61.
125. Jiménez Navarrete, M. F. (2000). Diabetes mellitus: actualización. *Acta Méd Costarric*, 42, 53-65.
126. Jing, S., Naliboff, A., Kaufman, M. B., & Choy, M. (2011). Descriptive analysis of mail interventions with physicians and patients to improve adherence with antihypertensive and antidiabetic medications in a mixed-model managed care organization of commercial and Medicare members. *Journal of managed care pharmacy: JMCP*, 17(5), 355-366.
127. Jones M. (2015). *Communicating with Patients*. The World Book of Family Medicine – European Edition 2015. 13-14
128. Joslin, E. P. (1952). *The treatment of diabetes mellitus*. Lea & Febiger.
129. Jovell Fernández, A. J. (1999). Medicina basada en la afectividad [Editorial]. *Medicina clínica*, 113(5), 173-175.
130. Jovell, A. J., Rubio, M. D. N., Maldonado, L. F., & Blancafort, S. (2006). Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario. *Atención primaria*, 38(4), 234-237.
131. Jurado Campos, J., Ros, J. A. C., Anguera, J. M. H., Canal, D. J., & Torelló, J. M. P. (2009). La supresión de la educación especializada empeora el control metabólico en diabetes tipo 2. *Atención primaria*, 41(12), 681-687.
132. Kaissi, A. A., & Parchman, M. (2009). Organizational factors associated with self-management behaviors in diabetes primary care clinics. *The Diabetes Educator*, 35(5), 843-850.
133. Kandula, N. R., Malli, T., Zei, C. P., Larsen, E., & Baker, D. W. (2011). Literacy and retention of information after a multimedia diabetes education program and teach-back. *Journal of health communication*, 16(sup3), 89-102.
134. Karter, A. J., Stevens, M. R., Brown, A. F., Duru, O. K., Gregg, E. W., Gary, T. L., ... & Ettner, S. L. (2007). Educational disparities in health behaviors among patients with

- diabetes: the Translating Research Into Action for Diabetes (TRIAD) Study. *BMC Public Health*, 7(1), 308.
135. Kaufman, N. (2010). Internet and information technology use in treatment of diabetes. *International Journal of Clinical Practice*, 64(s166), 41-46.
 136. Knight, K. M., Dornan, T., & Bundy, C. (2006). The diabetes educator: trying hard, but must concentrate more on behaviour. *Diabetic Medicine*, 23(5), 485-501.
 137. Korsch, B. M., Gozzi, E. K., & Francis, V. (1968). Gaps in doctor-patient communication I. Doctor-patient interaction and patient satisfaction. *Pediatrics*, 42(5), 855-871.
 138. Krapek, K., King, K., Warren, S. S., George, K. G., Caputo, D. A., Mihelich, K., ... & Lubowski, T. J. (2004). Medication adherence and associated hemoglobin A1c in type 2 diabetes. *Annals of Pharmacotherapy*, 38(9), 1357-1362.
 139. Kripalani, S., Osborn, C. Y., Vaccarino, V., & Jacobson, T. A. (2011). Development and evaluation of a medication counseling workshop for physicians: can we improve on 'take two pills and call me in the morning'? *Medical education online*, 16.
 140. Krupat, E., Stein, T., Selby, J. V., Yeager, C. M., & Schmittiel, J. (2002). Choice of a primary care physician and its relationship to adherence among patients with diabetes. *The American journal of managed care*, 8(9), 777-784.
 141. Kurpas, D., Church, J., Mroczek, B., Hans-Wytrychowska, A., Nitsch-Osuch, A., Kassolik, K., ... & Steciwko, A. (2013). The Quality of Primary Health Care for Chronically Ill Patients—a Cross-Sectional Study. *Advances in clinical and experimental medicine: official organ Wroclaw Medical University*, 22(4), 501.
 142. Leal Hernández, M., Abellán Alemán, J., Casa Pina, M., & Martínez Crespo, J. (2004). Paciente polimedcado: ¿conoce la posología de la medicación?, ¿afirma tomarla correctamente?. *Atención primaria*, 33(8), 451-456.
 143. León Vázquez, F., Galán Cortés, J., & Rodrigo, C. S. (2003). Repercusión en atención primaria de la Ley 41/2002 de autonomía del paciente, información y documentación clínica (I). *Atención Primaria*, 32(10), 583-585.
 144. León Vázquez, F., Galán Cortés, J., & Rodrigo, C. S. (2004). Repercusión en atención primaria de la Ley 41/2002 de autonomía del paciente, información y documentación clínica (II). *Atención Primaria*, 33(1), 28-30.
 145. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, B.O.E. 29-04-1986, num. 102.
 146. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE nº 274, viernes 15 noviembre 2002, páginas 40.126-40.132)
 147. Ley, P. (1983). Patients' understanding and recall in clinical communication failure. *Doctor-patient communication*, 89-107.
 148. Ley, P. (1988). *Communicating with patients: Improving communication, satisfaction and compliance*. Croom Helm.
 149. Límón, E., Blay, C., & Ledesma, A. (2015). Las necesidades poblacionales, una llamada a la transformación de la atención primaria. *Atención Primaria*, 47(2), 73-74.
 150. Lindau, S. T., Basu, A., & Leitsch, S. A. (2006). Health Literacy as a Predictor of Follow-Up After an Abnormal Pap Smear: A Prospective Study. *Journal of General Internal Medicine*, 21(8), 829-834.
 151. Link, C. L., & McKinlay, J. B. (2009). Disparities in the prevalence of diabetes: is it race/ethnicity or socioeconomic status? Results from the Boston Area Community Health (BACH) survey. *Ethnicity & disease*, 19(3), 288.
 152. López, L., & Grant, R. W. (2012). Closing the gap: eliminating health care disparities among Latinos with diabetes using health information technology tools and patient navigators. *Journal of diabetes science and technology*, 6(1), 169-176.
 153. López-Simarro, F., Brotons, C., Moral, I., Cols-Sagarra, C., Selva, A., Aguado-Jodar, A., & Miravet-Jiménez, S. (2012). Inercia y cumplimiento terapéutico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en atención primaria. *Medicina Clínica*, 138(9), 377-384.
 154. Maderuelo-Fernández, J. Á., Hernández-García, I., González-Hierro, M., & Velázquez-San Francisco, I. (2009). Necesidades de información de los usuarios de Atención Primaria desde la perspectiva de los profesionales sanitarios. Un estudio Delphi. *Gaceta Sanitaria*, 23(5), 365-372.
 155. Manafo, E., & Wong, S. (2012). Health literacy programs for older adults: A systematic literature review. *Health education research*, cys067.
 156. Manafò, E., & Wong, S. (2013). Promoting eHealth literacy in older adults: key informant perspectives. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 74(1), 37-41.

157. Mann, D. M., Ponieman, D., Leventhal, H., & Halm, E. A. (2009). Predictors of adherence to diabetes medications: the role of disease and medication beliefs. *Journal of behavioral medicine*, 32(3), 278-284.
158. March Cerdá, J. C., Rodríguez, M. Á. P., Azarola, A. R., Lorda, P. S., Cantalejo, I. B., & Danet, A. (2010). Mejora de la información sanitaria contenida en los prospectos de los medicamentos: expectativas de pacientes y de profesionales sanitarios. *Atención primaria*, 42(1), 22-27.
159. Márquez Contreras, E. (2004). Métodos de medida del cumplimiento terapéutico. *Distrito Sanitario Huelva. Centro De Salud La Orden. Huelva. Cumplimiento terapéutico en la HTA. Actualizaciones*, 1, 5-6.
160. Márquez Contreras, E. (2012). El incumplimiento en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en España. *Hipertensión y Riesgo Vascular*, 29, 8-13.
161. Márquez Contreras, E., Martell Claros, N., Gil Guillén, V., Casado Martínez, J. J., Martín de Pablos, J. L., Ferraro García, J., ... & Fernández Ortega, A. (2012). El cumplimiento terapéutico con insulina en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2: estudio CUMINDIAB. *Atención Primaria*, 44(2), 74-81.
162. Márquez, E., Casado, J. J., & Márquez, J. J. (2001). Estrategias para mejorar el cumplimiento terapéutico. *FMC*, 8(8), 558-73.
163. Márquez-Hernández, V. V., Granados Gámez, G., & Gil Roales-Nieto, J. (2015). Aplicación de un programa de mejora de la adherencia en pacientes hipertensos debutantes. *Atención Primaria*, 47(2), 83-89.
164. Martell Claros, N., & Franch, J. (2012). Inercia e incumplimiento a partes iguales. *Hipertensión y Riesgo Vascular*, 29, 1-3.
165. Martín Zurro, A., Ledesma Castelltort, A., & Sans Miret, A. (2000). El modelo de atención primaria de salud: balance y perspectivas. *Atención Primaria*, 25(1), 48-58.
166. Mata-Cases, M., Roura-Olmeda, P., Berengué-Iglesias, M., Birulés-Pons, M., Mundet-Tuduri, X., Franch-Nadal, J. A., ... & Cano-Pérez, J. F. (2012). Fifteen years of continuous improvement of quality care of type 2 diabetes mellitus in primary care in Catalonia, Spain. *International journal of clinical practice*, 66(3), 289-298.
167. Mayberry, L. S., & Osborn, C. Y. (2012). Family support, medication adherence, and glycemic control among adults with type 2 diabetes. *Diabetes care*, 35(6), 1239-1245.
168. Mayberry, L. S., Kripalani, S., Rothman, R. L., & Osborn, C. Y. (2011). Bridging the digital divide in diabetes: family support and implications for health literacy. *Diabetes technology & therapeutics*, 13(10), 1005-1012.
169. Menéndez Torre, E., Tejedor, J. L., Menéndez, S. A., NúñezfiCortés, J. M., García, A. A., Domingo, M. P., ... & González, R. R. (2010). Recomendaciones para el tratamiento farmacológico de la hiperglucemia en la diabetes tipo 2. *Avances en diabetología*, 26(5), 331-338.
170. Meneu, R. (2002). La perspectiva de los pacientes. *Gestión clínica y sanitaria*, 4(1), 3-4.
171. Millaruelo Trillo, J. M. (2010). Importancia de la implicación del paciente en el autocontrol de su enfermedad: paciente experto. Importancia de las nuevas tecnologías como soporte al paciente autónomo. *Atención Primaria*, 42, 41-47.
172. Miller, T. A., & DiMatteo, M. R. (2013). Importance of family/social support and impact on adherence to diabetic therapy. *Diabetes, metabolic syndrome and obesity: targets and therapy*, 6, 421.
173. Mira, J. J., & Aranaz, J. (2000). La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clin (Barc)*, 114(Supl 3), 26-33.
174. Mira, J. J., Lorenzo, S., Pérez-Jover, V., Navarro, I., Martín de Rosales, A. M., & Lara, C. (2013). Assessment of the quality of medication information for patients in Spain. *Expert opinion on drug safety*, 12(1), 9-18.
175. Mira, J. J., Rodríguez-Marín, J., Carbonell, M. Á., Pérez-Jover, V., Blaya, I., García, A., & Aranaz, J. (2001). Causas de satisfacción e insatisfacción en urgencias. *Revista de Calidad Asistencial*, 16(6), 390-396.
176. Murillo, M. D., Fernández-Llinós, F., & Tuneu, L. (2004). Guía de seguimiento farmacoterapéutico sobre diabetes. Grupo de Investigación. *Atención farmacéutica. Universidad de Granada*.
177. Nau, D. P. (2012). Recommendations for improving adherence to type 2 diabetes mellitus therapy--focus on optimizing oral and non-insulin therapies. *The American journal of managed care*, 18(3 Suppl), S49-54.

178. Nebot Adell, C., Baqués Cavallé, T., Crespo García, A., Valverde Caballero, I., & Canela-Soler, J. (2005). La opinión de los usuarios como oportunidad de mejora en atención primaria. *Atención primaria*, 35(6), 290-294.
179. Negarandeh, R., Mahmoodi, H., Noktehdan, H., Heshmat, R., & Shakibazadeh, E. (2013). Teach back and pictorial image educational strategies on knowledge about diabetes and medication/dietary adherence among low health literate patients with type 2 diabetes. *Primary care diabetes*, 7(2), 111-118.
180. Neto, Q. (2000). Qualidade Total e Administração Hospitalar: Explorando Disfunções Conceituais. *Lisboa: Edições Sílabo*.
181. Núñez Montenegro, A. J., Montiel Luque, A., Martín Auriolles, E., Torres Verdú, B., Lara Moreno, C., & González Correa, J. A. (2014). Adherencia al tratamiento en pacientes polimedicados mayores de 65 años con prescripción por principio activo. *Atención Primaria*, 46(5), 238-245.
182. Oates, J., & Jensen, H. B. (Eds.). (2000). *Building regional health care networks in Europe* (Vol. 67). IOS Press.
183. Ockelford, E., Shaw, R. L., Willars, J., & Dixon-Woods, M. (2008). Education and self-management for people newly diagnosed with type 2 diabetes: a qualitative study of patients' views. *Chronic Illness*, 4(1), 28-37.
184. Orueta Sánchez, R. (2005). Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 29(2), 40-48.
185. Orueta, R., Toledano, P., & Gómez-Calcerrada, R. M. (2008). Cumplimiento terapéutico. *SEMERGEN-Medicina de Familia*, 34(5), 235-243.
186. Osborn C.Y., de Groot M., Wagner J.A. (2013). Racial and Ethnic Disparities in Diabetes Complications in the Northeastern United States: The Role of Socioeconomic Status. *J Natl Med Assoc*, 105(1), 51-58.
187. Osborn, C. Y., & Egede, L. E. (2010). Validation of an Information-Motivation-Behavioral Skills model of diabetes self-care (IMB-DSC). *Patient education and counseling*, 79(1), 49-54.
188. Osborn, C. Y., & Fisher, J. D. (2008). Diabetes education: Integrating theory, cultural considerations, and individually tailored content. *Clinical Diabetes*, 26(4), 148-150.
189. Osborn, C. Y., Amico, K. R., Cruz, N., Perez-Escamilla, R., Kalichman, S. C., O'Connell, A. A., ... & Fisher, J. D. (2011). Development and implementation of a culturally tailored diabetes intervention in primary care. *Translational behavioral medicine*, 1(3), 468-479.
190. Osborn, C. Y., Amico, K. R., Fisher, W. A., Egede, L. E., & Fisher, J. D. (2010). An information-motivation-behavioral skills analysis of diet and exercise behavior in Puerto Ricans with diabetes. *Journal of health psychology*, 15(8), 1201-1213.
191. Osborn, C. Y., Bains, S. S., & Egede, L. E. (2010). Health literacy, diabetes self-care, and glycemic control in adults with type 2 diabetes. *Diabetes technology & therapeutics*, 12(11), 913-919.
192. Osborn, C. Y., Cavanaugh, K., Wallston, K. A., & Rothman, R. L. (2010). Self-efficacy links health literacy and numeracy to glycemic control. *Journal of Health Communication*, 15(S2), 146-158.
193. Osborn, C. Y., Cavanaugh, K., Wallston, K. A., Kripalani, S., Elasy, T. A., Rothman, R. L., & White, R. O. (2011). Health literacy explains racial disparities in diabetes medication adherence. *Journal of health communication*, 16(sup3), 268-278.
194. Osborn, C. Y., Cavanaugh, K., Wallston, K. A., White, R. O., & Rothman, R. L. (2009). Diabetes Numeracy An overlooked factor in understanding racial disparities in glycemic control. *Diabetes Care*, 32(9), 1614-1619.
195. Osborn, C. Y., Mayberry, L. S., Mulvaney, S. A., & Hess, R. (2010). Patient web portals to improve diabetes outcomes: a systematic review. *Current diabetes reports*, 10(6), 422-435.
196. Osborn, C. Y., Mayberry, L. S., Wallston, K. A., Johnson, K. B., & Elasy, T. A. (2013). Understanding patient portal use: implications for medication management. *Journal of medical Internet research*, 15(7).
197. Osuna Carrillo-Albornoz, E. J. (2006). El derecho a la información sanitaria en la ley 41/2002. *Cuadernos de bioética*, 17(59), 27-42.
198. Paasche-Orlow, M. K., Parker, R. M., Gazmararian, J. A., Nielsen-Bohlman, L. T., & Rudd, R. R. (2005). The prevalence of limited health literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 20(2), 175-184.

199. Palacio Lapuente, F., & Busto, C. S. (2006). Participación del paciente como estrategia de mejora de calidad. *Atención primaria*, 38(8), 461-464.
200. Palop Larrea, V., & Mir, F. M. (2004). Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. *Información terapéutica del Sistema nacional de Salud*, 28(5), 113-120.
201. Parker, R. M., Ratzan, S. C., & Lurie, N. (2003). Health literacy: a policy challenge for advancing high-quality health care. *Health affairs*, 22(4), 147-153.
202. Parra Hidalgo, P., Bermejo Alegría, R. M., Más Castillo, A., Hidalgo Montesinos, M. D., Gomis Cebrián, R., & Calle Urra, J. E. (2012). Factores relacionados con la satisfacción del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios. *Gaceta Sanitaria*, 26(2), 159-165.
203. Peek, M. E., Wilson, S. C., Gorawara-Bhat, R., Odoms-Young, A., Quinn, M. T., & Chin, M. H. (2009). Barriers and facilitators to shared decision-making among African-Americans with diabetes. *Journal of general internal medicine*, 24(10), 1135-1139.
204. Pérez-Cárceles M. D., Medina M. D., Pereñíguez J.E., Osuna E., Luna A. <http://www.woncaeurope.org/content/bp6-patients%E2%80%99-rights-and-views-family-doctors>. The World Book of Family Medicine – European Edition 2015. 80-83.
205. Pérez-Cárceles, M. D., Pereñíguez-Barranco, J. E., de Albornoz, E. O. C., & Luna-Maldonado, A. (2006). Derecho de información de los pacientes: influencia de las características socioprofesionales en atención primaria. *Atención primaria*, 37(2), 69-74.
206. Pérez-Cárceles, M. D., Pereñíguez-Barranco, J. E., Flores, D. P., de Albornoz, E. O. C., & Maldonado, A. L. (2007). Actitudes de los médicos de familia hacia los derechos de los pacientes. *Atención primaria*, 39(1), 23-28.
207. Pérez-Jover, V., Mira, J. J., Tomás, O., Nebot, C., & Rodríguez-Marín, J. (2010). «Buenas prácticas» y satisfacción del paciente. *Revista de Calidad Asistencial*, 25(6), 348-355.
208. Piñeiro Chousa, F., Gil Guillén, V., Donis Otero, M., Torres Rodríguez, M. T., Orozco Beltrán, D., & Merino Sánchez, J. (1997). Factores implicados en el incumplimiento del tratamiento farmacológico en la diabetes no insulínica. *Atención primaria*, 20(8), 415-420.
209. Pladevall, M., Williams, L. K., Potts, L. A., Divine, G., Xi, H., & Lafata, J. E. (2004). Clinical outcomes and adherence to medications measured by claims data in patients with diabetes. *Diabetes care*, 27(12), 2800-2805.
210. Plan Integral de Atención al Diabético. Consejería de Sanidad (2005). D. L.: MU-1.492-2005. I.S.B.N.: 84-95393-56-5
211. Plotnikoff, R. C., Brez, S., & Hotz, S. B. (2000). Exercise behavior in a community sample with diabetes: understanding the determinants of exercise behavioral change. *The Diabetes Educator*, 26(3), 450-459.
212. Prueksaritanond, S., Tubtimtes, S., Asavanich, K., & Tiewtranon, V. (2004). Type 2 diabetic patient-centered care. *Journal of the Medical Association of Thailand= Chotmaihet thangphaet*, 87(4), 345-352.
213. Puder, J. J., & Keller, U. (2003). Quality of diabetes care: problem of patient or doctor adherence?. *Blood pressure*, 6, 12.
214. Rausch S. (2015). *Motivational Interviewing in Family Medicine*. The World Book of Family Medicine – European Edition 2015. 37-39.
215. Reach, G. (2011). Obedience and motivation as mechanisms for adherence to medication: a study in obese type 2 diabetic patients. *Patient preference and adherence*, 5, 523.
216. Real Decreto 561/1993, de 16 de abril, por el que se establecen los requisitos para la realización de ensayos clínicos con medicamentos.
217. Redondo Martín, S., Bolaños Gallardo, E., Almaraz Gómez, A., & Maderuelo Fernández, J. (2005). Percepciones y expectativas sobre la atención primaria de salud: una nueva forma de identificar mejoras en el sistema de atención. *Atención primaria*, 36(7), 358-364.
218. Ricci-Cabello, I., de Labry-Lima, A. O., Bolívar-Muñoz, J., Pastor-Moreno, G., Bermudez-Tamayo, C., Ruiz-Pérez, I., ... & López-De Hierro, J. A. (2013). Effectiveness of two interventions based on improving patient-practitioner communication on diabetes self-management in patients with low educational level: study protocol of a clustered randomized trial in primary care. *BMC health services research*, 13(1), 433.
219. Rigueira García, A. (2001). Cumplimiento terapéutico: ¿qué conocemos de España?. *Atención primaria*, 27(8), 559-568.

220. Rochfort, A. (2015). *Patient Empowerment for Patient Self-Management Wonca Europe 20th Anniversary Project 2015*. The World Book of Family Medicine – European Edition 2015. 10-12.
221. Roett, M. A., & Coleman, M. T. (2013). Practice improvement, part II: health literacy. *FP essentials*, 414, 19-24.
222. Roger Garzón F. La relación médico-enfermo en el cuadro de las relaciones interpersonales (2011). XVII Semana de Ética y Filosofía. Congreso Internacional de la Asociación Española de Ética y Filosofía Política (AEEFP). Donostia-San Sebastián, 1-2-3 de Junio.
223. Rosland, A. M., Heisler, M., Choi, H. J., Silveira, M. J., & Piette, J. D. (2010). Family influences on self-management among functionally independent adults with diabetes or heart failure: do family members hinder as much as they help?. *Chronic illness*, 6(1), 22-33.
224. Rosland, A. M., Piette, J. D., Choi, H., & Heisler, M. (2011). Family and friend participation in primary care visits of patients with diabetes or heart failure: patient and physician determinants and experiences. *Medical care*, 49(1), 37.
225. Ross, S. A. (2013). Breaking down patient and physician barriers to optimize glycemic control in type 2 diabetes. *The American journal of medicine*, 126(9), S38-S48.
226. Royo-Bordonada, M. A., Lobos, J. M., Brotons, C., Villar, F., de Pablo, C., Armario, P., ... & Comité Español Interdisciplinario de Prevención Cardiovascular (CEIPC). (2014). El estado de la prevención cardiovascular en España. *Medicina Clínica*, 142(1), 7-14.
227. Rudd, R. E., Groene, O. R., & Navarro-Rubio, M. D. (2013). On health literacy and health outcomes: Background, impact, and future directions. *Revista de Calidad Asistencial*, 28(3), 188-192.
228. Ruiz Moral, R. (2003). Programas de formación en comunicación clínica: una revisión de su eficacia en el contexto de la enseñanza médica. *Educ Med*, 6(4), 159-167.
229. Ruiz Moral, R. (2004). El reto de la información a los pacientes. *Atención primaria*, 33(7), 365-367.
230. Ruiz-Azarola, A., & Perestelo-Pérez, L. (2012). Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartida. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26, 158-161.
231. Ruiz-Ramos, M., Escolar-Pujolar, A., Mayoral-Sánchez, E., Corral-San Laureano, F., & Fernández-Fernández, I. (2006). La diabetes mellitus en España: mortalidad, prevalencia, incidencia, costes económicos y desigualdades. *Gaceta Sanitaria*, 20, 15-24.
232. Rustveld, L. O., Pavlik, V. N., Jibaja-Weiss, M. L., Kline, K. N., Gossey, J. T., & Volk, R. J. (2009). Adherence to diabetes self-care behaviors in English-and Spanish-speaking Hispanic men. *Patient preference and adherence*, 3, 123.
233. Sabate, E. (2001). WHO. Adherence Meeting Report. Ginebra. *World Health Organization*.
234. Sacco, W. P., Wells, K. J., Vaughan, C. A., Friedman, A., Perez, S., & Matthew, R. (2005). Depression in adults with type 2 diabetes: the role of adherence, body mass index, and self-efficacy. *Health Psychology*, 24(6), 630.
235. Sanahuja, M. A., Villagrasa, V., & Martínez-Romero, F. (2012). Adherencia terapéutica. *Pharmaceutical Care España*, 14(4), 162.
236. Sánchez Lora, F. J., Téllez Santana, T., & Trigueros, A. G. (2010). Instrumentos específicos de medida de la calidad de vida relacionada con la salud en la diabetes mellitus tipo 2 disponibles en España. *Medicina clínica*, 135(14), 658-664.
237. Sanfélix-Gimeno, G., Peiró, S., & Meneu, R. (2012). La prescripción farmacéutica en atención primaria. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26, 41-45.
238. Sarkar, U., Piette, J. D., Gonzales, R., Lessler, D., Chew, L. D., Reilly, B., ... & Schillinger, D. (2008). Preferences for self-management support: findings from a survey of diabetes patients in safety-net health systems. *Patient education and counseling*, 70(1), 102-110.
239. Schillinger, D., Bindman, A., Wang, F., Stewart, A., & Piette, J. (2004). Functional health literacy and the quality of physician-patient communication among diabetes patients. *Patient education and counseling*, 52(3), 315-323.
240. Schoenbach, V. (2004). Diseños de estudio analítico. *Monografía en internet*. www.epidemiolog.net 1999. rev. 7.10.1999, 17.12.1999, 10.3.2004
241. Serrano Cepas, M. C., Torres Montero, M. D., Aróstegui, M. R., Abella, M. D. B., Cumpián, L. B., & Cumpián, L. (2013). Impacto de una intervención intensiva

- multifactorial con diabéticos tipo 2 en Atención Primaria Impact of an intensive multifactorial intervention in patients with type 2 diabetes at Primary Health Care. *Nure Investigación*, 2(67).
242. Serrano Jiménez M. C. (2006). El derecho a la información sanitaria y el derecho a la intimidad. *Curso sobre el paciente en el sistema sanitario: derechos y obligaciones*. Murcia.
243. Shani, M., Nakar, S., Lustman, A., Baievsky, T., Rosenberg, R., & Vinker, S. (2010). Patient characteristics correlated with quality indicator outcomes in diabetes care. *British Journal of General Practice*, 60(578), 655-659.
244. Shorey J.M., Spollen J.J., Fletcher S.W., Park L. (2014). Approach to the patient. *UPTODATE*.
245. Sicardo Pinilla, E., del Pozo-Cruz, J. T., Alfonso-Rosa, R. M., del Pozo-Cruz, B., Borrero González, J., & del Pozo-Cruz, J. (2013). Estrategias comunicativas sanitario-paciente con diabetes y su relación con actividad física y perfil psicosocial. *Escritos de Psicología (Internet)*, 6(2), 42-52.
246. Sokol, M. C., McGuigan, K. A., Verbrugge, R. R., & Epstein, R. S. (2005). Impact of medication adherence on hospitalization risk and healthcare cost. *Medical care*, 43(6), 521-530.
247. Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, 12(1), 80.
248. Soriguer, F., Goday, A., Bosch-Comas, A., Bordiú, E., Calle-Pascual, A., Carmena, R., ... & Vendrell, J. (2012). Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: the Di@bet.es Study. *Diabetologia*, 55(1), 88-93.
249. Spagnoli, A., Ostino, G., Borga, A. D., D'Ambrosio, R., Maggiorotti, P., Todisco, E., ... & Comelli, M. (1989). Drug compliance and unreported drugs in the elderly. *Journal of the American Geriatrics Society*, 37(7), 619-624.
250. Stewart, M., Brown, J. B., Boon, H., Galajda, J., Meredith, L., & Sangster, M. (1999). Evidence on patient-doctor communication. *Cancer prevention & control: CPC= Prevention & controle en cancerologie: PCC*, 3(1), 25-30.
251. Sudore, R. L., Mehta, K. M., Simonsick, E. M., Harris, T. B., Newman, A. B., Satterfield, S., ... & Yaffe, K. (2006). Limited literacy in older people and disparities in health and healthcare access. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(5), 770-776.
252. Sudore, R. L., Yaffe, K., Satterfield, S., Harris, T. B., Mehta, K. M., Simonsick, E. M., ... & Schillinger, D. (2006). Limited literacy and mortality in the elderly: the health, aging, and body composition study. *Journal of general internal medicine*, 21(8), 806-812.
253. Tambo-Lizalde, E., Carrasco-Gimeno, J. M., Mayoral-Blasco, S., Rabanaque-Hernández, M. J., & Abad-Díez, J. M. (2013). Percepciones de pacientes y profesionales sanitarios sobre la calidad de la atención a personas diabéticas. *Revista de Calidad Asistencial*, 28(2), 124-131.
254. The ACCORD Study Group (2010). Effects of combination lipid therapy in type 2 diabetes mellitus. *The New England journal of medicine*, 362(17), 1563.
255. Torío Durántez, J., & García Tirado, M. C. (1997). Relación médico-paciente y entrevista clínica: opinión y preferencias de los usuarios. *Atención primaria*, 19(1), 27-34.
256. Torío Durántez, J., & García Tirado, M. C. (1997). Valoración de la orientación al paciente en las consultas médicas de atención primaria. *Atención primaria*, 20(1), 17-24.
257. Torío Durántez, J., & Tirado, M. G. (1997). Relación médico-paciente y entrevista clínica (y II): opinión y preferencias de los médicos. *Aten Primaria*, 19, 27-34.
258. Tuckett, D. (1985). *Meetings between experts: an approach to sharing ideas in medical consultations* (Vol. 309). Taylor & Francis.
259. Tudor-Locke, C. E., Myers, A. M., & Rodger, N. W. (2001). Development of a theory-based daily activity intervention for individuals with type 2 diabetes. *The Diabetes Educator*, 27(1), 85-93.
260. Tuesca-Molina, R., Guallar-Castillón, P., Banegas-Banegas, J. R., & Regadera, A. G. P. (2006). Determinantes del cumplimiento terapéutico en personas mayores de 60 años en España. *Gaceta Sanitaria*, 20(3), 220-227.
261. Valdés, S., Rojo-Martínez, G., & Soriguer, F. (2007). Evolución de la prevalencia de la diabetes tipo 2 en población adulta española. *Medicina clínica*, 129(9), 352-355.

262. Van den Arend, I. J. M., Stolk, R. P., Krans, H. M. J., Grobbee, D. E., & Schrijvers, A. J. P. (2000). Management of type 2 diabetes: a challenge for patient and physician. *Patient education and counseling*, 40(2), 187-194.
263. Vall Casas, A., & Rodríguez Parada, C. (2008). El derecho a la información del paciente: una aproximación legal y deontológica. Disponible en <http://www.ub.edu/bid/21/vall2.htm>
264. Villalobos, A., & Araya, C. (2001). Variables que afectan la adherencia al tratamiento en la diabetes mellitus tipo II y características poblacionales de una muestra de la zona norte de Costa Rica. *Revista Costarricense de Psicología*, 33, 19-37.
265. Vinagre, M. H., & Neves, J. G. (2008). The influence of service quality and patients' emotions on satisfaction. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21(1), 87-103.
266. Von Wagner, C., Knight, K., Steptoe, A., & Wardle, J. (2007). Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. *Journal of epidemiology and community health*, 61(12), 1086-1090.
267. Wade-Vuturo, A. E., Mayberry, L. S., & Osborn, C. Y. (2013). Secure messaging and diabetes management: experiences and perspectives of patient portal users. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 20(3), 519-525.
268. Wallace, A. S., Seligman, H. K., Davis, T. C., Schillinger, D., Arnold, C. L., Bryant-Shilliday, B., ... & DeWalt, D. A. (2009). Literacy-appropriate educational materials and brief counseling improve diabetes self-management. *Patient education and counseling*, 75(3), 328-333.
269. Wen, L. K., Shepherd, M. D., & Parchman, M. L. (2003). Family support, diet, and exercise among older Mexican Americans with type 2 diabetes. *The Diabetes Educator*, 30(6), 980-993.
270. Wens, J., Vermeire, E., Hearnshaw, H., Lindenmeyer, A., Biot, Y., & Van Royen, P. (2008). Educational interventions aiming at improving adherence to treatment recommendations in type 2 diabetes: A sub-analysis of a systematic review of randomised controlled trials. *Diabetes research and clinical practice*, 79(3), 377-388.
271. Weymann, N., Härter, M., & Dirmaier, J. (2013). A tailored, interactive health communication application for patients with type 2 diabetes: study protocol of a randomised controlled trial. *BMC medical informatics and decision making*, 13(1), 24.
272. Weymann, N., Härter, M., Petrak, F., & Dirmaier, J. (2013). Health information, behavior change, and decision support for patients with type 2 diabetes: development of a tailored, preference-sensitive health communication application. *Patient preference and adherence*, 7, 1091.
273. White III, R. O., Osborn, C. Y., Gebretsadik, T., Kripalani, S., & Rothman, R. L. (2011). Development and validation of a Spanish diabetes-specific numeracy measure: DNT-15 Latino. *Diabetes technology & therapeutics*, 13(9), 893-898.
274. White, R. D. (2012). Patient empowerment and optimal glycemic control. *Current Medical Research & Opinion*, 28(6), 979-989.
275. White, R. O., Osborn, C. Y., Gebretsadik, T., Kripalani, S., & Rothman, R. L. (2013). Health literacy, physician trust, and diabetes-related self-care activities in Hispanics with limited resources. *Journal of health care for the poor and underserved*, 24(4), 1756.
276. Wild, H. (2012). The economic rationale for adherence in the treatment of type 2 diabetes mellitus. *The American journal of managed care*, 18(3 Suppl), S43-8.
277. Wolff, K., Cavanaugh, K., Malone, R., Hawk, V., Gregory, B. P., Davis, D., ... & Rothman, R. L. (2009). The diabetes literacy and numeracy education toolkit (DLNET) materials to facilitate diabetes education and management in patients with low literacy and numeracy skills. *The Diabetes Educator*, 35(2), 233-245.
278. World Health Organization. (2003). *Informe sobre la salud en el mundo: Forjemos el futuro. 2003*. Organización Mundial de Salud.
279. Yach, D., Stuckler, D., & Brownell, K. D. (2006). Epidemiologic and economic consequences of the global epidemics of obesity and diabetes. *Nature medicine*, 12(1), 62-66.

