



Anexo IV

ESTUDIO

Efectividad Modelo de Autogestión en Pacientes con Diabetes Tipo II



Gobierno del Principado de Asturias

Consejería de Sanidad



Servicio de Salud
del Principado de Asturias

Promueve y Edita: Consejería de Sanidad

Distribuye: Dirección General de Salud Pública

Redacción del documento:
Marta Pisano González

Impresión:
Imprenta Goymar

Depósito Legal: AS 01146-2015

Oviedo, marzo 2015

Índice

Resumen.....	6
Estudio	8
1. Justificación.....	8
2. Hipótesis	9
3. Objetivos	10
4. Material y método	10
5. Consideraciones éticas.....	11
6. Intervención.....	12
7. Variables estudiadas: definición, recogida de datos.....	14
8. Plan de análisis estadístico	15
9. Plan de trabajo: cronograma (calendario del proyecto), distribución de actividades.....	15
10. Bibliografía	17
11. Anexos	19
Anexo 1. Consentimiento Informado	19
Anexo 2. Cuestionario Autocumplimentado	20
Anexo 4. Calidad de Vida relacionada con la Diabetes. ADDQoL19	26

Efectividad de un programa educativo basado en un Modelo de Autoeficacia en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en Atención Primaria de Salud en Asturias

Este proyecto de investigación, se apoya en la Escuela de Pacientes, y en concreto en el Programa Paciente Activo, que se está desarrollando en la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad, cuyo Director General es Julio Bruno Bárcena, y su Jefe de Servicio José Ramón Hevia Fernández, conjuntamente con el servicio de Coordinación Asistencial y Cuidados del SESPA cuya coordinadora es Elvira Muslera Canclini, con la colaboración de Carlos Nuñez Pérez, Catedrático del Área de Psicología Evolutiva y de la Educación del Departamento de Psicología de la Universidad de Oviedo y de Julio Antonio González-Pienda García, Vicerrector de Profesorado, Departamentos y Centros de la Universidad de Oviedo.

Resumen

Título:

Efectividad de un programa educativo basado en un Modelo de Autoeficacia en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en Atención Primaria de Salud en Asturias.

Justificación:

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, recomienda en su Estrategia para el abordaje de Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud del año 2012 (1):

Potenciar la creación y el impulso de iniciativas y experiencias de escuelas de pacientes, programas de paciente activo y programas de paciente experto, escuelas de cuidadores, redes de cuidadores profesionales y no profesionales y otras fórmulas de apoyo al autocuidado.

El abordaje de las enfermedades crónicas es un reto para los actuales sistemas sanitarios. Es por ello, que las actuales estrategias, proponen la reorientación de los modelos de asistencia, con un enfoque holístico, un abordaje multidisciplinar y un diagnóstico integral que, además de describir los procesos clínicos, tenga en cuenta su situación social, psicoafectiva, su vivencia de la enfermedad, su contexto familiar y el abordaje de las respuestas humanas que todo ello genera (2).

En el año 2008, 36 millones de personas murieron por enfermedades no transmisibles, (2/3 de la mortalidad de aquel año), y de ellas un 19% no tenía 60 años. Mortalidad causada por enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades respiratorias crónicas (3). Un alto porcentaje puede prevenirse mediante la reducción de los factores de riesgo del comportamiento más importantes.

La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica, irreversible e incapacitante. Causante del 3% de la mortalidad en nuestro país (OMS, 2010). Es la cuarta causa de muerte prematura en mujeres y la octava en hombres, según la OMS se puede atribuir a la Diabetes la muerte de 1 de cada 10 personas entre 35 y 64 años de edad.

La morbilidad asociada a la Diabetes es también objeto de reflexión. Es la primera causa de inclusión de pacientes en hemodiálisis, de ceguera en adultos, de amputaciones no traumáticas en miembros inferiores. Multiplica entre 2 y 4 veces la cardiopatía isquémica y la trombosis cerebral (3).

Le evolución de la enfermedad en las personas que tienen Diabetes Mellitus, depende en gran medida del control metabólico, del ejercicio físico y de la medicación. Son los pilares de un autocontrol, que evita en un corto, medio y largo plazo las costosas complicaciones personales, sanitarias, sociales y laborales derivadas de la Diabetes (4).

El programa Spanish Diabetes Self-Management Program (SDSMP) (Manejo Personal de la Diabetes), de la Universidad de Stanford, es una propuesta que se ha mostrado eficaz en países diferentes al nuestro para aumentar la responsabilidad sobre la enfermedad a largo plazo, modificar hábitos de vida y aumentar el autocuidado (5).

Objetivo:

Estudiar la eficacia sobre la adherencia a tratamientos y la autoeficacia tras la intervención con el programa Spanish Diabetes Self-Management Program (SDSMP) en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en Atención Primaria de Salud.

Material y Métodos:

Ensayo clínico aleatorio de un año de seguimiento con tres grupos de intervención. Pacientes adultos con Diabetes Mellitus tipo II de cuatro Áreas Sanitarias. Un grupo de intervención recibirá el programa SDSMP de «Manejo personal de su Diabetes», otro grupo acudirá a sesiones formativas grupales con el formato «Mapas de conversación de Diabetes» y el grupo control la intervención habitual en Atención Primaria. Muestreo aleatorio por conglomerados. La intervención estandarizada de Stanford se realizará por Monitores acreditados. La intervención habitual en consulta y los grupos de conversación de Diabetes por enfermeras de Atención Primaria. Se medirán variables sociodemográficas, datos basales de la enfermedad y complicaciones macro y microvasculares, cambios en el estilo de vida, autoeficacia, estado de salud, dolor, calidad de vida, satisfacción y utilización de los servicios de salud. Se contemplarán todos los aspectos de protección de datos y consideraciones éticas de investigación con humanos. Análisis estadístico: análisis descriptivo (frecuencias relativas (%) y absolutas (n) para las variables cualitativas, y la media y desviación estándar (DE) para las cuantitativas. El análisis de la relación entre variables se calculará a través del coeficiente de correlación de Pearson, La diferencia de puntuación entre grupos se realizará mediante análisis de varianza (ANOVA), con prueba post hoc, aplicando la prueba T de Student para variables entre grupos a la hora de estudiar las diferencias. Se tomarán como significativas diferencias de puntuación con un valor de $p < 0,05$.

Aplicabilidad de los resultados esperados:

Este estudio pretende dotar al servicio de salud de un programa que tenga un efecto beneficioso a largo plazo en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II sobre la adherencia a los tratamientos y aspectos físicos y emocionales de la salud relacionados con la calidad de vida, que se concreta en un mayor nivel de energía, reducción de la fatiga, más ejercicio, menos limitaciones en las actividades sociales, mayor bienestar psicológico, mejor estado de salud, mayor autoeficacia y reducción de los síntomas y del dolor.

Palabras clave:

Adulto, Enfermedad crónica, Diabetes Mellitus II, Terapéutica, Cumplimiento de la medicación, Educación, Autogestión, Estilo de Vida, y Atención Primaria.

Estudio

1. Justificación

Antecedentes y situación actual del tema

Alrededor de 1/3 de los ingresos hospitalarios de España se producen por la falta de adherencia al tratamiento, siendo la hipertensión, la insuficiencia cardíaca y la diabetes los principales motivos, teniendo cada ingreso un coste medio de 5.000 euros, según apunta el reciente estudio de 2013 de Pedro Conthe como cifras estratosféricas (6).

Sin embargo, éste cambio del patrón de las enfermedades y de sus necesidades de abordaje, no se ha traducido en una adaptación del modelo de atención sanitaria hacia la prevención, promoción y atención de la cronicidad (3) y están desbordando el sistema sanitario. (Margaret Chan. Directora general de la OMS. 2012)

Los programas de educación de autocuidado a cargo de personas que poseen enfermedades crónicas, son eficaces para promover cambios. Estos programas se diferencian de la educación simple o el entrenamiento de habilidades de los pacientes, en que tienen un diseño que les permite a las personas con afecciones crónicas tomar una función activa en la gestión de su propia enfermedad (7). Se apoya a los pacientes para poder obtener un efecto importante en la gestión de su enfermedad a largo plazo, se interviene para ser eficaces en el autocuidado (5).

El enfoque estructurado más utilizado y que cuenta con mayores evidencias sobre su efectividad es el enfoque Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP) de la Universidad de Stanford, que se ha implementado en 12 países. Entre ellos en el Reino Unido como Expert Patient Programme (Programa Paciente Experto), en Australia denominado Partners in Health (Socios en la Salud) y en Canadá el Canada's Chronic Disease Self-Management Program, Dinamarca, Japón, China, EEUU y Noruega. Lo que demuestra el amplio alcance del programa.

Este programa ha sido desarrollado, testado y evaluado durante 20 años, a través de ensayos clínicos aleatorizados controlados por el Centro de Investigación de la Universidad de Stanford. Los elementos de la intervención incluyen la planificación de la acción regular y retroalimentación, modelaje de conductas y resolución de problemas por los participantes, la reinterpretación de los síntomas, y la capacitación en técnicas específicas de manejo de la enfermedad (8).

En España, son tres las Comunidades autónomas que han aplicado la metodología del Chronic Program: País Vasco, Cataluña y Andalucía.

En Cataluña, se inicia en el 2006 sobre pacientes con Insuficiencia Cardíaca, con muy buenos resultados: «un 20,1% mejoró los hábitos de vida y un 9,2% los conocimientos adquiridos. A los 6 meses se ha observado una mejoría, esta-

dísticamente significativa, de un 25% (5-42,4%) en los hábitos de vida y de un 13,2% (9,4-17%) en los conocimientos, respecto a los resultados obtenidos al inicio de la intervención» (9). En el País Vasco se está realizando un ambicioso ensayo clínico aleatorio cuyos resultados están en proceso en la actualidad (10).

Aplicabilidad y utilidad práctica de los resultados esperados

El método ha demostrado ser eficaz para la mejora del estado de salud, el autocuidado, la autogestión de la enfermedad, la disminución de la demanda sanitaria, la disminución de las urgencias y la utilización de los servicios sanitarios (11-19).

Una revisión sobre los principales estudios publicados sobre la utilización de la asistencia sanitaria y SDSMP concluyen que hay una fuerte evidencia del efecto beneficioso sobre los resultados físicos y emocionales de la salud relacionados con la calidad de vida, que se concreta en un mayor nivel de energía, reducción de la fatiga, más ejercicio, menos limitaciones en las actividades sociales, mayor bienestar psicológico, mejor estado de salud, más autoeficacia, mejor relación con los profesionales sanitarios y (no siempre) reducción de los síntomas y el dolor (20).

Con la implantación de este programa esperamos resultados similares a los encontrados en otros países. En éste estudio, además, se evaluará la eficacia de la intervención realizada simultáneamente en pacientes con distintas afecciones crónicas.

Otra novedad que podría resultar interesante para la práctica es utilizar otros contextos fuera de los servicios sanitarios como son las Escuelas Municipales de Salud, reforzando la figura del paciente experto en su medio y reorganizando la atención a las enfermedades crónicas acordes con la estrategia del Ministerio de Sanidad y Política Social de Atención a la Cronicidad.

Finalmente los resultados más importantes, y que hasta el momento no se han medido específicamente, son los que implican la mejora de la adherencia a los tratamientos y a los consejos sanitarios en los pacientes que poseen una enfermedad crónica.

Con éste estudio se da prioridad al principio rector de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del 2012: **«Las personas, tanto en su esfera individual como social, son el centro del Sistema Nacional de Salud»**

Pregunta de investigación

¿Puede una intervención estandarizada con un programa de autoeficacia (SDSMP) mejorar la adherencia a los tratamientos y la autoeficacia?

2. Hipótesis

La intervención con el programa SDSMP va a mejorar la medida de la adherencia a los tratamientos en enfermos crónicos con Diabetes Mellitus tipo II en Atención Primaria y la autoeficacia en un 10%.

3. Objetivos

3.1. Objetivo principal:

Determinar la efectividad del programa SDSMP en la adherencia a tratamientos en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II.

Evaluar la influencia del SDSMP en la autoeficacia.

3.2. Objetivos secundarios:

Evaluar la efectividad del programa SDSMP en la mejora de la adherencia a tratamientos farmacológicos, realizar ejercicio físico regular y tener una alimentación adecuada a su enfermedad.

Determinar si algunas variables psicológicas influyen en los resultados en salud.

Estudiar la efectividad del programa en el manejo de la Diabetes Mellitus tipo II y calidad de vida.

Analizar la utilización de recursos de sanitarios antes de la intervención, a los 6 meses y al año.

Comparar el impacto de la intervención entre el grupo control y los grupos intervención en: adherencia a tratamientos farmacológicos, realizar ejercicio físico regular, tener una alimentación adecuada a su enfermedad, variables psicológicas de autoeficacia, manejo de la Diabetes Mellitus tipo II, calidad de vida, dolor, actividades sociales y utilización de recursos sanitarios.

4. Material y método

Diseño

Ensayo clínico aleatorio con tres grupos.

Aleatorización: Se realizará una selección aleatoria por conglomerados. El estudio se realizará de forma simultánea en cuatro áreas sanitarias de Asturias: Arriondas, Jarrio, Gijón y Avilés. Partiendo de un listado de tarjetas sanitarias de pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II se seleccionan los que tienen criterios de inclusión y se retiran los que presentan criterios de exclusión. Por cada área se elige dos centros de salud, y partiendo de un listado de números aleatorios se seleccionan 16 pacientes para cada uno de los tres grupos, en cada centro y cada área sanitaria con lo que la población muestral total es de 384 pacientes. De ellos asignarán 128 personas al grupo intervención A (SDSMP), 128 al grupo de intervención B (Conversando con diabéticos) y 128 al grupo control (intervención habitual).

Se contacta telefónicamente con los seleccionados aleatoriamente para ofertarles formar parte del estudio, y si declinan participar en el estudio se llama al próximo en el listado y así consecutivamente.

Pacientes estudiados: muestra, población diana, criterios de inclusión y de exclusión.

Criterios de inclusión:

Personas mayores de 18 años con Diabetes Mellitus tipo II (DM2) que pertenezcan a las Áreas Sanitarias de Arriondas, Jarrío, Gijón o Avilés que acepten voluntariamente participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

No cumplir algún criterio de inclusión, terapia de toxicomanías y terapia oncológica, patología mental y sospecha de deterioro cognitivo, identificada como 3 o más errores en el test de Pfeiffer versión española (cuando las personas sepan leer y escribir, y 4 o más para las que no).

Personas con Diabetes Mellitus tipo I, Diabetes Mellitus secundaria a tratamientos con corticoides, Diabetes Mellitus gestacional, registro erróneos en el sistema informático (OMI-AP).

Personas que no acepten participar en el estudio.

Captación:

La identificación de pacientes elegibles se realizará mediante los registros informáticos de las Áreas seleccionadas de pacientes con diagnóstico de DM2. Tras la selección aleatoria en el listado obtenido, se establecerá contacto telefónico para informar del estudio y ofrecerles participar en él. En el caso de no poder contactar (dos llamadas en el mismo día en horarios diferentes) o negativa, se elegirá el consecutivo en el listado y se procederá de igual forma. Y, así sucesivamente hasta que la persona acepte participar.

Muestra:

Se desarrollarán dos cursos por área, siendo cada grupo de 16 personas, por lo que se necesitan 128 para el grupo intervención A, por lo que para el total de los dos grupos de intervención y el grupo control sería 384 personas.

Este número es superior al calculado para la estimación de parámetros poblacionales en poblaciones finitas, con un nivel de confianza del 95%, para una proporción estimada del 50% y un error relativo máximo del 5%, que sería de 280, por lo que la muestra es ampliamente representativa.

5. Consideraciones éticas

Este proyecto de investigación, será presentado al Comité de Ética Asistencial del Hospital General del Principado de Asturias para su aprobación.

Se informará a los pacientes en lenguaje comprensible de los objetivos del estudio y de los contenidos del programa educativo así como la posibilidad de ser

Anexo IV

asignado de forma aleatoria a un grupo de formación con metodología SDSMP, a un grupo con el programa «Mapas de conversación de Diabetes» o a un grupo de intervención habitual.

También se les informará sobre su compromiso de responder a algunos cuestionarios y de la determinación de datos biológicos, antes y 6 y 12 meses después de terminar el programa educativo.

Tras finalizar los 12 meses postintervención, se ofertará a los participantes de los grupos control y a los asignados a «Mapas de Conversación», que puedan acudir a la formación con el programa SDSMP,

Los participantes firmarán un consentimiento informado en el que conste los objetivos y metodología del proyecto de investigación, su participación voluntaria y la posibilidad de abandonarlo si así lo desearan (Anexo 1).

Los pacientes, puede abandonar el estudio en cualquier momento del mismo sin que suponga para ellos ningún perjuicio. Se considerará como realizada la intervención si la formación es igual o superior a 4 sesiones.

El equipo investigador, asegurará el anonimato y la protección de datos conforme a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de protección de datos de carácter personal. El investigador principal tendrá un código personal de acceso a las bases de datos, y todos los datos que se manejen serán alfanuméricos. El estudio será ciego, desconociendo a cuál de los grupos de intervención pertenece cada persona a estudio.

Asimismo, se tendrán en cuenta todas las consideraciones de investigación en humanos atendiendo a los principios éticos de la declaración de Helsinki.

6. Intervención

Grupo I: Intervención con el programa SDSMP

El SDSMP es un programa educativo que se basa en la teoría de auto-eficacia de Albert Bandura, que desde una perspectiva cognitivo-social predice qué variables pueden conducir a un cambio o modificación de conducta de forma exitosa. Las variables predictivas de cambio exitosas son la auto-eficacia (capacidad para realizar una acción) y la expectativa de resultado (expectativa de lograr una meta particular). Ambas son un primer paso en el cambio de conducta para mejorar el autocuidado, y por ende mejorar el tratamiento de la enfermedad crónica (21).

Esta formación a pacientes se realiza en grupo, y se diferencia de la educación grupal convencional en que al menos uno de los formadores son personas que tienen la misma enfermedad que los componentes del grupo, en este caso DM2, y que son denominados «líderes» o «pacientes expertos».

Cada grupo es conducido por 2 monitores o «líderes», que previamente han recibido la formación en el SDSMP, avalados por la Universidad de Stanford.

El contenido de cada sesión está definido en el «Manual de los instructores», y cubre aspectos como: conocimientos de la Diabetes Mellitus, ejercicio físico, alimentación, técnicas para tratar la frustración, la fatiga o el dolor, comunicación efectiva, cómo valorar nuevos tratamientos, cómo hacer planes de acción, técnicas de resolución de problemas, relajación, pensamiento positivo ... poniendo el énfasis en el desarrollo de herramientas de proactividad.

La intervención consiste en 6 sesiones grupales (entre 8 y 15 personas) de dos horas y media de duración con frecuencia semanal, durante 6 semanas consecutivas.

La metodología de las sesiones es de participación activa, acompañadas de material educativo y de apoyo al curso: Libro «Tomando Control de su Salud» y CDs editados por la Universidad de Stanford para éste curso.

Cada grupo es dirigido por 2 «líderes» que han sido formados en el programa SDSMP. La formación de los líderes, está acreditada por la Universidad de Stanford. Es impartida por dos Máster Trainers con una duración de 27 horas. Los líderes han de superar un curso práctico con pacientes superar la formación.

La formación de los Monitores o Líderes, se realizará con el programa «Manejo Personal de la Diabetes», mediante cuatro sesiones formativas de 6 horas de duración cada una con metodología, contenido y material didáctico original de la Universidad de Stanford. La formación será impartida por los pacientes «expertos» y los profesionales sanitarios estarán presentes como figuras de apoyo.

Grupo II: Intervención con «Mapas de conversación de Diabetes»

Los «mapas de conversación en diabetes» constituyen un método de trabajo en grupo. Partiendo de imágenes de un poster o «mapa», colocado sobre una mesa, los participantes van tratando distintos temas relacionados con la diabetes dirigidos minimamente por el profesional, quien sólo orienta la conversación . La implicación del paciente es muy alta, ya que, no solo ve la representación gráfica , lee los contenidos o escucha al profesional si no que además conversa con otras personas con las que intercambia informaciones y experiencias.

Su objetivo es fomentar la auto-responsabilidad e implicación de los pacientes diabéticos en su enfermedad favoreciendo la ganancia de conocimientos y el cambio de actitudes necesarios para mejorar el auto-control , así cómo, brindarles la posibilidad de hablar de sus sentimientos respecto a la diabetes (22).

Grupo III: Intervención habitual

La intervención habitual es la recogida en el Programa Clave Interdisciplinar (PCAI) de Diabetes Mellitus de la Consejería de Salud del Principado de Asturias (23).

7. Variables estudiadas: definición, recogida de datos

La recogida de datos se realizará en tres momentos temporales, al inicio del estudio, a los 6 meses y al año.

Variables resultado:

Variable Principal:

–Adherencia a los tratamientos medido con el Cuestionario de Adherencia a los tratamientos (CAT, validado y adaptado al contexto español) (24).

–**Autoeficacia** se utilizará el cuestionario Spanish Chronic Disease Self-Efficacy.

Variables de Resultado:

–**Manejo de la Diabetes Mellitus:** Hemoglobina Glicosilada (HbA1c), peso, talla e Índice de Masa Corporal (IMC), perfil lipídico (Colesterol total, HDL y LDL-Colesterol y triglicéridos), cifras de presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD).

–Para medir el **estado de salud** se utilizaran: Actividades de la vida diaria, el cuestionario Stanford Spanish HAQ-8 Item Disability Scale (cuestionario validado y adaptado al contexto español).

–Para medir el **ejercicio físico** se utilizará el Spanish Exercise Behaviors (cuestionario validado y adaptado al contexto español).

–Para medir la **calidad de la dieta** el estudio Predimed.

–Para medir las **actividades sociales** el cuestionario Social/Role Activities Limitations.

–Para medir el **dolor** la escala visual analógica EVA.

–Para medir la calidad de vida: escala adaptada a Diabetes Mellitus validada en España: la escala Es-ADDQoL-19.

–Para medir la **utilización de servicios sanitarios** (n.º de visitas a consulta de médico, enfermería y endocrino, ingresos por descompensaciones metabólicas por diabetes), la encuesta de recogida de datos del Programa Paciente Activo Asturias (PACAS).

–Para medir la **satisfacción**, la encuesta de satisfacción del PACAS.

Variables Independientes:

–Edad, sexo, hábitos tóxicos, años de evolución de diabetes, tratamiento farmacológico (antidiabéticos orales y/o insulina, antiagregantes, hipolipemiantes, antihipertensivos), antecedentes de microangiopatía diabética (retinopatía, nefropatía o neuropatía), antecedentes de macroangiopatía (enfermedad coronaria, arteriopatía periférica o accidente cerebrovascular).

Variables referidas a la intervención grupal:

–Líderes que imparten las sesiones.

Variables referidas a la implementación:

–Porcentaje de pacientes que aceptan participar en el programa sobre el total de población diabética abordada.

–Porcentaje de pacientes que realizan la intervención y que finalizan el programa.

Las variables serán recogidas unas por los pacientes en cuestionarios autoadministrados, y otros por los profesionales que realicen las intervenciones educativas.

Para la recogida de todas las variables se preparará un dossier que comprenda:

1. Cuestionario autoadministrado: consta de recogida de hábitos tóxicos, cuestionario para medir el estado de salud, las actividades de la vida diaria, el ejercicio, la calidad de la dieta, las actividades sociales, el dolor, la autoeficacia, la adherencia a los tratamientos y la utilización de los servicios sanitarios (Anexo 2).

2. Cuestionario para recogida de datos biomédicos en consulta: talla, peso, IMC, colesterol, triglicéridos, hemoglobina glicada...(Anexo 3)

3. Para medir la calidad de vida: escala adaptada a Diabetes Mellitus validada en España: la escala Es-ADDQoL-19 (Anexo 4).

8. Plan de análisis estadístico

Se realizará un análisis descriptivo (frecuencias relativas (%) y absolutas (n) para las variables cualitativas, y la media y desviación estándar (DE) para las cuantitativas. El análisis de la relación entre variables se calculará a través del *coeficiente de correlación de Pearson*, La diferencia de puntuación entre grupos se realizará mediante análisis de varianza (ANOVA), con prueba *post hoc*, aplicando la prueba *T de Student* para variables entre grupos a la hora de estudiar las diferencias. Se tomarán como significativas diferencias de puntuación con un valor de $p < 0,05$.

9. Plan de trabajo: cronograma (calendario del proyecto), distribución de actividades

1. Reunión de coordinación.
2. Revisión documental y de la bibliografía.
3. Reclutamiento de pacientes y colaboradores en los centros de salud del estudio.
4. Contacto con la Universidad de Stanford para la formación y la adquisición de la licencia.
5. Organización de las sesiones formativas.
6. Formación a pacientes expertos y profesionales de apoyo .
7. Elaboración del cuaderno de recogida de datos e instrumentos de medida.
8. Organización del reclutamiento de pacientes en cada área.
9. Aleatorización en grupo control y grupos de intervención.

Anexo IV

10. Realización del trabajo de campo: recogida de los datos (antes de la intervención).
11. Intervención al grupo I «Intervención habitual».
12. Intervención al grupo II «Mapas de conversación con Diabéticos».
13. Intervención al grupo III «Manejo Personal de la Diabetes».
14. Seguimiento de la recogida de datos (6 meses y 12 meses) e incidencias.
15. Elaboración de base de datos.
16. Codificación, informatización de los datos, depuración de los datos, análisis de la información y análisis estadístico.
17. Análisis intermedio y corrección de errores.
18. Análisis de la calidad de los datos obtenidos, discusión de los resultados por parte de los investigadores.
19. Elaboración de informe final.
20. Presentación de resultados a los pacientes participantes.
21. Elaboración de comunicaciones y publicaciones.

Cronograma

De octubre a diciembre de 2014: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 9.

En enero a marzo de 2015: 10, 11, 12, 13 y 14.

De marzo de 2015 a marzo 2016: 15, 16 y 17.

De marzo de 2016 a junio de 2016: 18, 19, 20 y 21.

Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad SSeI. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en España; 2012.
2. Gestión de caso: paciente pluripatológico; gestión de enfermedad: diabetes, EPOC, insuficiencia cardiaca. Plan de intervención poblacional. Osakidetza; Noviembre 2012.
3. Alwan A, Armstrong T, Bettcher D, Branca F, Chisholm D, Ezzati M, et al. Informe sobre la situación mundial de enfermedades no transmisibles. Organización Mundial de la Salud ; 2010.
4. Valderas J, Starfield B, Sibbald B, Salisbury C, Roland M. Defining comorbidity: implications for understanding health and health services. *Ann Fam Med*. 2009 Julio; 357-363.
5. Foster G, Taylor S, Eldridge S, Ramsay J, Griffiths C. Self-management education programmes by lay leaders for people with chronic conditions (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. London; 2007. Report No.: CD005108.
6. Conthe P, Marquez C. Documento de Consenso. Una aproximación multidisciplinar al problema de la adherencia terapéutica en las enfermedades crónicas: estado de la situación y perspectivas de futuro. 2012.
7. Holma H, Lorig K. Patient self-management: a key to effectiveness and efficiency in care of chronic disease. *Public Health Rep*. 2004 May-Jun; 119(3): 239-243.
8. Foster G, Taylor S, Eldridge S, Ramsay J, Griffiths C. Self-management education programmes by lay leaders for people with chronic conditions (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. London; 2007. Report No.: CD005108.
9. González Mestre A, Fabrellas Padrés N, Agramunt Perelló M, Rodríguez Pérez E, and Grifell Martín E. De paciente pasivo a paciente activo. Programa Paciente Experto del Institut Català de la Salut. *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada*; 2008.
10. Gamboa Moreno E, Sanchez Pérez A, Vrotsou K, Arbonies Ortiz JC, Del Campo Peña E, Ochoa de Retana García L et col. Impact of a self-care education programme on patients with type 2 diabetes in primary care in the Basque Country. *BMC Public Health*. 2013. May; 29: 13-21.
11. Kennedy A, Reeves D, Bower P, Lee V, Middleton E, Richardson G, et al. The effectiveness and cost effectiveness of a national lay-led self care support programme for patients with long-term conditions: a pragmatic randomised controlled trial. *J Epidemiol Community Health*. 2007 Marzo; 61(3): 254-261.
12. Yank V, Laurent D, Plant K, Lorig K. Web-based self-management support training for health professionals: a pilot study. *Patient Educ Couns*. 2013 Jan; 90(1): 29-37.

Anexo IV

13. Sinclair A, Morley J, Rodriguez-Mañas L, Paolisso G, Bayer T, Zeyfang A, et al. Diabetes mellitus in older people: position statement on behalf of the International Association of Gerontology and Geriatrics (IAGG), the European Diabetes Working Party for Older People (EDWPOP), and the International Task Force of Experts in Diabetes. *J Am Med Dir Assoc*. 2012 Jul;13(6):497-502. 2012 Jul; 13(6): 497-502.
14. Goldfinger J, Kronish I, Fei K, Graciani A, Rosenfeld P, Lorig K, et al. Peer education for secondary stroke prevention in inner-city minorities: design and methods of the prevent recurrence of all inner-city strokes through education randomized controlled trial. *Contemp Clin Trials*. 2012 Sep; 33(5): 1065-1073.
15. Lorig K, Ritter P, Dost A, Plant K, Laurent D, McNeil I. The Expert Patients Programme online, a 1-year study of an Internet-based self-management programme for people with long-term conditions. *Chronic Illn*. 2008 Dec;4(4):247-56. 2008 Dec; 4(4): 247-256.
16. Horowitz C, Eckhardt S, Talavera S, Goytia C, Lorig K. Effectively translating diabetes prevention: a successful model in a historically underserved community. *Transl Behav Med*. 2011 Sep; 1(3): 443-452.
17. Ritter P, Lee J, Lorig K. Moderators of chronic disease self-management programs: who benefits? *Chronic Illn*. 2011 Jun;7(2):162-72. 2011 Jun; 7(2): 162-72.
18. Medicine So. Stanford Medicine. [Online]. [cited 2013 Febrero 3. Available from: <http://patienteducation.stanford.edu/research/index.html>.
19. Layi G, Albright A, Berenberg J, Plant K, Ritter P, Laurent D, et al. Recruiting Cancer Survivors for an Online Health-Behavior Change Intervention: Are Different Strategies More Beneficial? *Hawaii Med J*. 2011 October; 70(10): 222-223.
20. Lorig K, Ritter P, Villa F, Piette J. Spanish diabetes self-management with and without automated telephone reinforcement: two randomized trials. *Diabetes Care*. 2008 Mar; 31(3): 408-14.
21. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*. 1977;84(2):191-215.
22. Díaz Villamil MI, Rubio Domínguez J. Conversando con Diabéticos. *RqR Enfermería Comunitaria (Revista de Seapa)*. 2013 Sep; 1 (3): 37-45.
23. Programa Clave de Atención Interdisciplinar PCAI Diabetes. Consejería de Salud del Principado de Asturias. 2012. Disponible en: <http://www.asturias.es/portal/site/astursalud/menuitem.2d7ff2df00b62567dbdfb51020688a0c/?vgnextoid=2e22e169bcef331OVgnVCM10000097030a0aRCRD>
24. Pisano M, González-Pisano A. La modificación de hábitos y la adherencia terapéutica, clave para el control de la enfermedad crónica. *Enferm Clín*. 2014; 24: 59-66.

Anexos

Anexo 1. Consentimiento Informado

Invitación a participar. Consentimiento informado

Apreciado/a Señor/a:

Estamos llevando a cabo un estudio sobre el autocuidado en personas que, como usted, tiene una enfermedad crónica. Por este motivo le pedimos su colaboración.

Antes de confirmar su participación en el estudio de investigación, es importante que entienda en qué consiste. Por favor, lea detenidamente este documento y haga todas las preguntas que le puedan surgir.

El estudio trata de comparar la evolución de tres grupos de pacientes. Los pacientes de uno de los grupos serán atendidos en su centro de salud de la forma habitual, otro acudirá a sesiones formativas grupales con el formato «Mapas de conversación de Diabetes», mientras que los del otro recibirán un programa a través de un enfermo entrenado siguiendo el programa «Manejo Personal de su Diabetes» adaptado de la Universidad de Stanford. Esta será la única diferencia entre los dos grupos. Que se le incluya en uno de los tres grupos.

Usted será citado/a para venir a visitarnos en varias ocasiones: al comenzar la intervención, después de la intervención, a los seis meses y al año. En estas visitas, tendrá que responder varios cuestionarios que le serán facilitados ese momento, y se tomarán algunas medidas biológicas como TA, peso y talla. Al ser usted Diabético le pediremos a su médico y/o enfermera que nos facilite los datos de su hemoglobina glicosilada, colesterol y triglicéridos.

El estudio se realizará simultáneamente en Arriondas, Jarrio, Gijón y Avilés, Y colaboran en el mismo las Gerencias de las cuatro Áreas Sanitarias, La universidad de Oviedo (departamento de Psicología) y la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Salud.

Usted podrá abandonar el estudio en cualquier momento, si así lo desea, sin que esto tenga ninguna consecuencia en el trato recibido en adelante.

Yo,, he sido informado por, miembro del equipo investigador., sobre el estudio clínico. Después de haber leído y comprendido la información que se me ha dado, accedo a participar.

Asturias, de de 2014 .

Firma:

Anexo 2. Cuestionario Autocumplimentado

CUESTIONARIO DE RECOGIDA AUTOCUMPLIMENTADA

CODIGO ESTUDIO.....

Nombre y apellidos:

Fecha:

A continuación les haremos varias preguntas. Por favor, **contesten con sinceridad**, a su cuestionario se le asignará un código y el análisis de los datos será totalmente anónimo.

Lea tranquilamente en su domicilio las preguntas, rellene el cuestionario y tráigalo por favor en la siguiente sesión.

Hábitos

Fuma	Si	No
Cuanto fuma	n.º diario	
¿Qué fuma?		
Bebe alcohol	Si	No
Cuanto bebe	n.º vasos/copas diario.....	
Tipo de bebida		

Actividades de la Vida Diaria

¿Actualmente usted podría?	Sin ninguna dificultad	Con alguna dificultad	Con mucha dificultad	NO puedo hacerlo
¿Vestirse, incluyendo amarrarse los zapatos y abrocharse?	0	1	2	3
¿Acostarse y levantarse de la cama?	0	1	2	3
¿Levantar hasta su boca una taza o vaso lleno?	0	1	2	3
¿Caminar al aire libre por terreno llano?	0	1	2	3
¿Bañarse y secarse todo el cuerpo?	0	1	2	3
¿Agacharse para recoger ropa del suelo?	0	1	2	3
¿Abrir y cerrar los grifos del agua?	0	1	2	3
¿Subir y bajar del coche?	0	1	2	3

Ejercicio

Durante la semana pasada (aunque no haya sido una semana normal) ¿Cuánto tiempo en total empleó (en toda la semana) en cada de las siguientes actividades? (Por favor marque una respuesta para cada frase).

	Ninguno	Menos de 30 minutos/semana	30-60 minutos/semana	1-3 Horas/semana	Más de 3 Horas/semana
Hacer ejercicios para estirar y fortalecer los músculos	0	1	2	3	4
Caminar	0	1	2	3	4
Nadar o hacer ejercicios en el agua	0	1	2	3	4
Andar en bicicleta (incluyendo bicicletas estacionarias)	0	1	2	3	4
Usar máquinas para ejercicios (como escaleras, remar, etc.)	0	1	2	3	4
Hacer otro ejercicio aeróbico (Especifique: _____)	0	1	2	3	4

Dieta

1. ¿Usa usted el aceite de oliva como principal grasa para cocinar?	Si No
2. ¿Cuanto aceite de oliva consume en total al día (incluyendo el usado para freír, comidas fuera de casa, ensaladas, etc.)?n.º cucharadas
3. ¿Cuántas raciones de verdura u hortalizas consume al día? (las guarniciones o acompañamientos = 1/2 ración) 1 ración = 200g.	
4. ¿Cuántas piezas de fruta (incluyendo zumo natural) consume al día?	
5. ¿Cuántas raciones de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos consume al día? (ración: 100 - 150 g)	
6. ¿Cuántas raciones de mantequilla, margarina o nata consume al día?(porción individual: 12 g)	
7. ¿Cuántas bebidas carbonatadas y/o azucaradas (refrescos, colas, tónicas, bitter) consume al día?	
8. ¿Bebe usted vino? ¿Cuánto consume a la semana?n.º vasos /día
9. ¿Cuántas raciones de pescado-mariscos consume a la semana? (1 plato pieza o ración: 100 - 150 de pescado o 4-5 piezas o 200 g de marisco)	
10. ¿Cuántas raciones de legumbres consume a la semana? (1 plato o ración de 150 g)	
11. ¿Cuántas veces consume repostería comercial (no casera) como galletas, flanes, dulce o pasteles a la semana?	
12. ¿Cuántas veces consume frutos secos a la semana? (ración 30 g)	
13. ¿Consume usted preferentemente carne de pollo, pavo o conejo en vez de ternera, cerdo, hamburguesas o salchichas? (carne de pollo: 1 pieza o ración de 100 - 150 g)	Si No
14. ¿Cuántas veces a la semana consume vegetales cocinados, pasta, arroz u otros platos con salsa de tomate, ajo, cebolla o puerro elaborada a fuego lento con aceite de oliva (sofrito)?	

Anexo IV

Actividades sociales

	En nada	Un poco	En forma moderada	La mayor parte del tiempo	Todo el tiempo
En sus actividades normales con sus familiares, amigos y vecinos	0	1	2	3	4
En sus actividades recreativas o pasatiempos	0	1	2	3	4
En sus tareas del hogar	0	1	2	3	4
En sus recados y compras	0	1	2	3	4
En sus actividades normales con sus familiares, amigos y vecinos	0	1	2	3	4

Relax

En la última semana (aunque no haya sido una semana normal):

¿Cuántas veces practicó algún tipo de relajación mental?	Ningunan° veces
Describa lo que hace para relajarse		

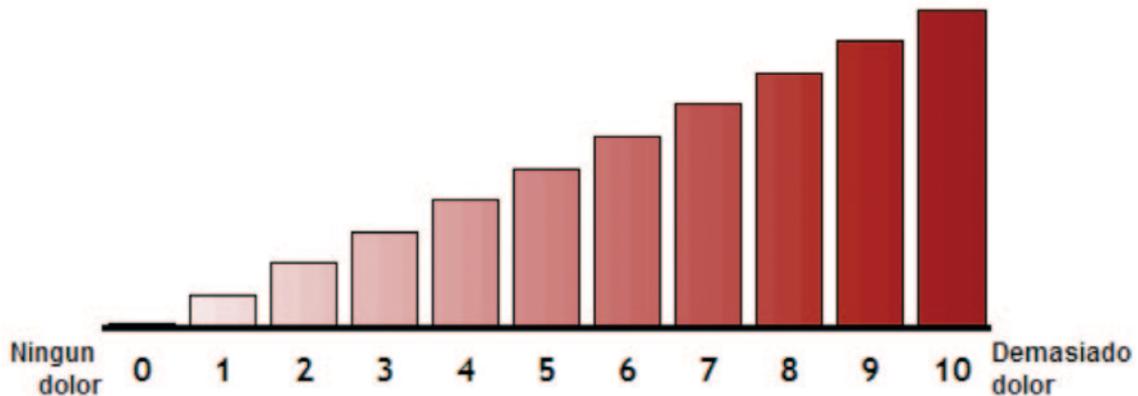
Consulta con su médico

Cuándo tiene consulta con su médico, ¿Con qué frecuencia Ud. hace lo siguiente? (Por favor marque un número para cada frase):

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Con alguna frecuencia	Muy frecuentemente	Siempre
Prepara una lista de preguntas para su médico						
Hace preguntas acerca de las cosas que quiere saber y de las cosas que no entiende acerca de su tratamiento						
Habla sobre algún problema personal que puede estar relacionado con su enfermedad						

Dolor

Por favor marque en la Escala de abajo el número que mejor describa la intensidad de su dolor durante la última semana:



Autoeficacia:

En las siguientes preguntas nos gustaría saber qué piensa Ud. de sus habilidades para controlar su enfermedad. Por favor marque el número que mejor corresponda a su nivel de seguridad de que puede realizar en este momento las siguientes tareas.

1 ¿Qué grado de seguridad tiene de poder evitar que la fatiga o el cansancio debido a su enfermedad interfiera con las cosas que quiere hacer?											
Muy inseguro(a)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muy seguro(a)
2 ¿Qué grado de seguridad tiene de poder evitar que los malestares debido a su enfermedad interfieran con las cosas que quiere hacer?											
Muy inseguro(a)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muy seguro(a)
3 ¿Qué grado de seguridad tiene de poder evitar que el estado emocional debido a su enfermedad interfiera con las cosas que quiere hacer?											
Muy inseguro(a)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muy seguro(a)
4 ¿Qué grado de seguridad tiene de poder evitar que algunos otros síntomas o problemas de salud que tiene interfieran con las cosas que quiere hacer?											
Muy inseguro(a)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muy seguro(a)

Anexo IV

Adherencia a los tratamientos:

Por favor, no deje ninguna respuesta sin contestar. Si no está seguro de qué respuesta elegir, seleccione la que crea que más se aproxima a su situación

	Nunca	Casi	A veces	Casi	Siempre
1. Cuando tengo hambre como lo que encuentro a mano	1	2	3	4	5
2. Hago ejercicio físico 3 o más veces por semana	1	2	3	4	5
3. Si me han recetado muchas pastillas, dejo alguna sin tomar	1	2	3	4	5
4. Tomo medicamentos, aunque no me los recete el médico	1	2	3	4	5
5. Habitualmente pico entre horas	1	2	3	4	5
6. Si me encuentro mejor dejo la medicación	1	2	3	4	5
7. Hago deporte si me lo dice mi médico o enfermero	1	2	3	4	5
8. Si la medicación me sienta mal la dejo de tomar	1	2	3	4	5
9. Fuera de casa como lo que haya aunque no sea lo mas saludable para mi	1	2	3	4	5
10. Utilizo calzado y/o ropa deportiva para hacer ejercicio físico	1	2	3	4	5
11. Si llevo mucho tiempo con un tratamiento dejo de tomarlo	1	2	3	4	5
12. Siempre encuentro tiempo para hacer deporte	1	2	3	4	5
13. Procuo hacer ejercicio físico cuando puedo	1	2	3	4	5

Utilización de los servicios de salud:

	N.º Veces
1. ¿Cuántas veces ha visitado el Centro de Salud durante los últimos 6 meses? (Si estuvo en el hospital, no incluya estas visitas.) Por favor llene con «0» u otro número.	
2. ¿Cuántas veces visitó la sala de urgencias en los últimos 6 meses? Por favor llene con «0» u otro número.	
3. ¿Cuántas veces ha sido hospitalizado , por una noche o más en los últimos 4 meses? Por favor llene con «0» u otro número.	
4. ¿Cuántas noches más o menos estuvo hospitalizado, en los últimos 6 meses? Por favor llene con «0» u otro número.	

Gracias por su colaboración

CUESTIONARIO DE RECOGIDA DE DATOS EN CONSULTA

CODIGO ESTUDIO.....

Nombre y apellidos:.....

Fecha:.....dedel 201

Introducir en este cuestionario valores registrados como máximo un año antes de la fecha actual, **excepto la talla, peso IMC, TA y los datos analíticos** que deberán de ser de un máximo de tres meses previos.

Fecha del diagnóstico	/ /		
Talla			
Peso			
IMC			
T.A			
Colesterol total			
Colesterol HDL			
Colesterol LDL			
Triglicéridos			
HbA1C			
Retinopatía	Si	No	NR
Nefropatía	Si	No	NR
Neuropatía	Si	No	NR
Enfermedad coronaria	Si	No	NR
Arteriopatía periférica	Si	No	NR
ACV	Si	No	NR
Antidiabéticos orales	Si	No	
Insulina	Si	No	
Antiagregantes	Si	No	
Antihipertensivos	Si	No	
Hipolipemiantes	Si	No	

NR= No Recogido

Anexo 4. Calidad de Vida relacionada con la Diabetes. ADDQoL19

ADDQoL

Este cuestionario trata sobre su calidad de vida, en otras palabras, en qué medida le parece que su vida es buena o mala.

Por favor, marque con una "X" la casilla que mejor indique su respuesta a cada pregunta.

Lo que queremos saber es cómo se siente con su vida actualmente.

I) En general, mi calidad de vida actualmente es:						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
excelente	muy buena	buena	ni buena ni mala	mala	muy mala	malísima

Ahora, nos gustaría saber cómo afecta a su calidad de vida la diabetes, su control (incluyendo medicación, visitas al médico, alimentación...) y las complicaciones que usted pudiera tener.

II) Si <u>no</u> tuviera diabetes, mi calidad de vida sería:				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muchísimo mejor	mucho mejor	un poco mejor	igual	peor

En las páginas siguientes encontrará una serie de preguntas más concretas. Por favor, responda a todas ellas. Para cada aspecto de la vida que se describa, encontrará dos apartados:

En el apartado a) marque con una "X" la casilla que indique cómo afecta la diabetes a ese aspecto de su vida;
 En el apartado b) marque con una "X" la casilla que indique hasta qué punto ese aspecto de su vida es importante para su calidad de vida.

1	(a)	Si <u>no</u> tuviera diabetes, podría disfrutar de mis actividades de ocio: <table style="width: 100%; text-align: center; margin-top: 10px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>muchísimo más</td> <td>mucho más</td> <td>un poco más</td> <td>igual</td> <td>menos</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	muchísimo más	mucho más	un poco más	igual	menos					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
muchísimo más	mucho más	un poco más	igual	menos									
	(b)	Mis actividades de ocio son: <table style="width: 100%; text-align: center; margin-top: 10px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>muy importantes</td> <td>importantes</td> <td>un poco importantes</td> <td>nada importantes</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	muy importantes	importantes	un poco importantes	nada importantes			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
muy importantes	importantes	un poco importantes	nada importantes										

2	Actualmente, ¿está usted trabajando, buscando trabajo o le gustaría trabajar? Sí <input type="checkbox"/> En caso afirmativo , conteste (a) y (b). No <input type="checkbox"/> En caso negativo , salte a la pregunta 3a.											
	(a)	Si <u>no</u> tuviera diabetes, mi vida laboral sería: <table style="width: 100%; text-align: center; margin-top: 10px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>muchísimo mejor</td> <td>mucho mejor</td> <td>un poco mejor</td> <td>igual</td> <td>peor</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	muchísimo mejor	mucho mejor	un poco mejor	igual	peor				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
muchísimo mejor	mucho mejor	un poco mejor	igual	peor								
	(b)	Para mí, tener una vida laboral es: <table style="width: 100%; text-align: center; margin-top: 10px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>muy importante</td> <td>importante</td> <td>un poco importante</td> <td>nada importante</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	muy importante	importante	un poco importante	nada importante		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
muy importante	importante	un poco importante	nada importante									

3	(a)	Si <u>no</u> tuviera diabetes, hacer trayectos o viajes (cortos o largos) sería: <table style="width: 100%; text-align: center; margin-top: 10px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>muchísimo más fácil</td> <td>mucho más fácil</td> <td>un poco más fácil</td> <td>igual</td> <td>más difícil</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	muchísimo más fácil	mucho más fácil	un poco más fácil	igual	más difícil					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
muchísimo más fácil	mucho más fácil	un poco más fácil	igual	más difícil									
	(b)	Para mí, hacer trayectos o viajes (cortos o largos) es: <table style="width: 100%; text-align: center; margin-top: 10px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>muy importante</td> <td>importante</td> <td>un poco importante</td> <td>nada importante</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	muy importante	importante	un poco importante	nada importante			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
muy importante	importante	un poco importante	nada importante										

Anexo IV

4	<p>¿Alguna vez se va de vacaciones o quiere irse de vacaciones?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, conteste (a) y (b).</p> <p>No <input type="checkbox"/> En caso negativo, salte a la pregunta 5a.</p>
(a)	<p>Si no tuviera diabetes, mis vacaciones serían:</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>muchísimo mejores mucho mejores un poco mejores iguales peores</p>
(b)	<p>Para mí, las vacaciones son:</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>muy importantes importantes un poco importantes nada importantes</p>

5 (a)	<p>Si no tuviera diabetes, físicamente podría hacer:</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>muchísimo más mucho más un poco más igual menos</p>
(b)	<p>Para mí, lo que puedo hacer físicamente es:</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>muy importante importante un poco importante nada importante</p>

6	<p>¿Tiene usted familia / parientes?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, conteste (a) y (b).</p> <p>No <input type="checkbox"/> En caso negativo, salte a la pregunta 7a.</p>
(a)	<p>Si no tuviera diabetes, mi vida familiar sería:</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>muchísimo mejor mucho mejor un poco mejor igual peor</p>
(b)	<p>Mi vida familiar es:</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>muy importante importante un poco importante nada importante</p>

7 (a)	<p>Si no tuviera diabetes, mis amistades y mi vida social serían:</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>muchísimo mejores mucho mejores un poco mejores iguales peores</p>
(b)	<p>Para mí, mis amistades y mi vida social son:</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>muy importantes importantes un poco importantes nada importantes</p>

8	<p>¿ Tiene usted o le gustaría tener una relación afectiva con alguien que cuente mucho para usted (por ejemplo, cónyuge, pareja)?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, conteste (a) y (b).</p> <p>No <input type="checkbox"/> En caso negativo, salte a la pregunta 9.</p>
(a)	<p>Si no tuviera diabetes, la relación con la persona que más cuenta para mí sería:</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>muchísimo mejor mucho mejor un poco mejor igual peor</p>
(b)	<p>Tener una relación afectiva con alguien que cuente mucho para mí es:</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>muy importante importante un poco importante nada importante</p>

9	<p>¿ Tiene usted o le gustaría tener vida sexual?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, conteste (a) y (b).</p> <p>No <input type="checkbox"/> En caso negativo, salte a la pregunta 10a.</p>
(a)	<p>Si no tuviera diabetes, mi vida sexual sería:</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>muchísimo mejor mucho mejor un poco mejor igual peor</p>
(b)	<p>Para mí, tener vida sexual es:</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>muy importante importante un poco importante nada importante</p>

10 (a)	<p>Si no tuviera diabetes, mi aspecto físico sería:</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>muchísimo mejor mucho mejor un poco mejor igual peor</p>
(b)	<p>Para mí, mi aspecto físico es:</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>muy importante importante un poco importante nada importante</p>

11 (a)	<p>Si no tuviera diabetes, la confianza en mí mismo/a sería:</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>muchísimo mayor mucho mayor un poco mayor igual menor</p>
(b)	<p>La confianza en mí mismo/a es:</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>muy importante importante un poco importante nada importante</p>

Anexo IV

12 (a)	Si <u>no</u> tuviera diabetes, mi motivación para hacer cosas sería:	<input type="checkbox"/>				
		muchísimo mayor	mucho mayor	un poco mayor	igual	menor
(b)	Mi motivación para hacer cosas es:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		muy importante	importante	un poco importante	nada importante	

13 (a)	Si <u>no</u> tuviera diabetes, la forma como la gente me trata sería:	<input type="checkbox"/>				
		muchísimo mejor	mucho mejor	un poco mejor	igual	peor
(b)	Para mí, la forma como la gente me trata es:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		muy importante	importante	un poco importante	nada importante	

14 (a)	Si <u>no</u> tuviera diabetes, mis sentimientos sobre el futuro (por ejemplo, preocupaciones, esperanzas) serían:	<input type="checkbox"/>				
		muchísimo mejores	mucho mejores	un poco mejores	iguales	peores
(b)	Mis sentimientos sobre el futuro son:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		muy importantes	importantes	un poco importantes	nada importantes	

15 (a)	Si <u>no</u> tuviera diabetes, mi situación económica sería:	<input type="checkbox"/>				
		muchísimo mejor	mucho mejor	un poco mejor	igual	peor
(b)	Para mí, mi situación económica es:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		muy importante	importante	un poco importante	nada importante	

16 (a)	Si <u>no</u> tuviera diabetes, las condiciones y situación de mi vivienda serían:	<input type="checkbox"/>				
		muchísimo mejores	mucho mejores	un poco mejores	iguales	peores
(b)	Para mí, las condiciones y situación de mi vivienda son:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		muy importantes	importantes	un poco importantes	nada importantes	

FOR USE by Ministry of Health, Asturias, under licence HPR 1599

ADDQoL © Prof Clare Bradley; 24.2.94. Spanish for Spain 26.11.09 (from standard UK English rev. 1.3.06)

Página 5 de 6

Health Psychology Research, Dept of Psychology, Royal Holloway, University of London, Egham, Surrey, TW20 0EX, UK

17 (a)	Si <u>no</u> tuviera diabetes, mi necesidad de depender de los demás cuando no quiero hacerlo sería:
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> muchísimo menor mucho menor un poco menor igual mayor
(b)	Para mí, no tener que depender de los demás es:
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> muy importante importante un poco importante nada importante

18 (a)	Si <u>no</u> tuviera diabetes, mi libertad para comer lo que quisiera y cuando quisiera sería:
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> muchísimo mayor mucho mayor un poco mayor igual menor
(b)	Mi libertad para comer lo que quiero y cuando quiero es:
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> muy importante importante un poco importante nada importante

19 (a)	Si <u>no</u> tuviera diabetes, mi libertad para beber lo que quisiera (por ej. zumos, alcohol, bebidas dulces frías y calientes) y cuando quisiera sería:
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> muchísimo mayor mucho mayor un poco mayor igual menor
(b)	Mi libertad para beber lo que quiero y cuando quiero es:
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> muy importante importante un poco importante nada importante

Si la diabetes, su control (incluyendo medicación, visitas al médico, alimentación...) y cualquiera de sus complicaciones afectan de algún otro modo a su calidad de vida, por favor indíquelo abajo.

Gracias por haber contestado a este cuestionario.



Escuela Asturiana de Salud



GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS