

TRABAJO FIN DE MÁSTER

**Impacto de un programa estructurado centrado
en la persona en el abordaje de la obesidad en
Atención Primaria: Un estudio piloto**

Alumno: Díaz García, Antonio

Tutor: Colmena Zaragoza, Carlos Manuel

Máster Universitario de Investigación en Atención Primaria

Curso: 2025-2026

Anexo COIR

Estimado CARLOS MANUEL COLMENA ZARAGOZA y ANTONIO DIAZ GARCIA

Una vez revisada su solicitud de evaluación ética le comunicamos que la misma ha sido **AUTORIZADA**:

Nombre del tutor/a:	CARLOS MANUEL COLMENA ZARAGOZA
Nombre del estudiante:	ANTONIO DIAZ GARCIA
Tipo de actividad:	2. Sin implicaciones ético-legales
Título	Impacto de un programa estructurado centrado en la persona en el abordaje de la obesidad en Atención Primaria
Evaluación de riesgos laborales	No solicitado/No procede
Evaluación ética humanos	No solicitado/No procede
Código provisional:	260429053018
Código de autorización COIR	TFM.MPA.CMCZ.ADG.260429
Caducidad	2 años

Pueden imprimir este correo como justificante de autorización ética COIR.

Aprovechamos para recordarle que no necesita realizar ningún trámite adicional con la Oficina de Investigación Responsable.

Un saludo,



1. Resumen y palabras clave

Resumen

La obesidad es una enfermedad crónica, compleja y multifactorial, con elevada prevalencia e impacto sobre la salud, la calidad de vida y el uso de recursos sanitarios. En Atención Primaria, su abordaje continúa limitado por el infradiagnóstico, la inercia terapéutica, el estigma asociado al peso y la falta de programas estructurados aplicables a la práctica clínica habitual. El objetivo de este estudio es evaluar el impacto de un programa estructurado de abordaje de la obesidad en Atención Primaria, basado en herramientas de comunicación clínica centrada en la persona, sobre la calidad de vida relacionada con la salud de adultos con obesidad.

Se propone un estudio cuasiexperimental antes-después, sin grupo control, en un centro de salud del Servicio Murciano de Salud, con una duración estimada de 12 meses. Se incluirán pacientes adultos adscritos al cupo de Medicina de Familia del investigador principal que presenten obesidad o adiposidad abdominal de riesgo, estimándose una muestra pragmática de 50 participantes mediante muestreo consecutivo. La intervención incluirá identificación oportunista, valoración clínica y biopsicosocial, exploración de la experiencia de enfermedad, entrevista motivacional, toma de decisiones compartida, objetivos individualizados y seguimiento programado a los 3 y 6 meses.

La variable principal será la calidad de vida relacionada con la salud, medida mediante el índice de utilidad EQ-5D-5L. También se analizarán hábitos de vida, parámetros antropométricos, indicadores de proceso asistencial y experiencia del paciente. El análisis será descriptivo y comparativo para datos apareados. Este estudio permitirá valorar la viabilidad de incorporar un abordaje estructurado, realista y centrado en la persona en la consulta habitual de Medicina de Familia.

Palabras clave

Obesidad; Atención Primaria de Salud; Calidad de Vida; Atención Centrada en el Paciente; Toma de Decisiones Compartida.

Abstract

Obesity is a chronic, complex and multifactorial disease, with a high prevalence and a significant impact on health, quality of life and healthcare resource use. In Primary Care, its management remains limited by underdiagnosis, therapeutic inertia, weight-related stigma and the lack of structured programmes applicable to routine clinical practice. The aim of this study is to evaluate the impact of a structured obesity management programme in Primary Care, based on person-centred clinical communication strategies, on health-related quality of life in adults with obesity.

A quasi-experimental before-and-after study, without a control group, is proposed in a health centre of the Murcian Health Service, with an estimated duration of 12 months. Adult patients assigned to the principal investigator's Family Medicine practice who present obesity or high-risk abdominal adiposity will be included, with a pragmatic sample of 50 participants estimated through consecutive sampling. The intervention will include opportunistic identification, clinical and biopsychosocial assessment, exploration of the illness experience, motivational interviewing, shared decision-making, individualised goal setting and scheduled follow-up at 3 and 6 months.

The main outcome variable will be health-related quality of life, measured using the EQ-5D-5L utility index. Lifestyle habits, anthropometric parameters, healthcare process indicators and patient experience will also be analysed. The analysis will be descriptive and comparative for paired data. This study will assess the feasibility of incorporating a structured, realistic and person-centred approach into routine Family Medicine consultations.

Keywords

Obesity; Primary Health Care; Quality of Life; Patient-Centered Care; Decision Making, Shared.

2. Índice

3. Pregunta de investigación	1
4. Pregunta en formato PICO	1
5. Antecedentes y estado actual del tema	2
6. Justificación del estudio.....	4
7. Hipótesis.....	5
8. Objetivos.....	5
Objetivo general.....	5
Objetivos específicos	5
9. Material y métodos	6
Diseño del estudio	6
Población diana	6
Población a estudio.....	7
Criterios de inclusión.....	7
Criterios de exclusión.....	7
Tamaño muestral	7
Método de muestreo	8
Método de recogida de datos.....	8
Variables	9
Intervención	12
Identificación oportunista de pacientes.....	12
Consulta de valoración inicial	12
Seguimiento clínico	13
Análisis estadístico	14
Duración del estudio	15
10. Aplicabilidad del estudio	15
11. Estrategia de búsqueda bibliográfica	15

12. Limitaciones y sesgos.....	16
13. Aspectos éticos.....	17
14. Cronograma.....	18
15. Personal del estudio	19
16. Instalaciones.....	19
17. Presupuesto	20
18. Bibliografía.....	21
19. Anexos.....	25



3. Pregunta de investigación

¿Puede la implementación de un programa estructurado de abordaje de la obesidad basado en herramientas de comunicación clínica centrada en la persona en consultas de Atención Primaria mejorar la calidad de vida relacionada con la salud, los hábitos de vida y la experiencia del paciente en comparación con la práctica clínica habitual previa?

4. Pregunta en formato PICO

En pacientes adultos con obesidad atendidos en consultas de Atención Primaria, ¿la implementación de un programa estructurado de abordaje de la obesidad basado en herramientas de comunicación clínica centrada en la persona, en comparación con la práctica clínica habitual previa a su implementación, mejora la calidad de vida relacionada con la salud, el proceso asistencial, los hábitos de vida y la experiencia asistencial del paciente?

P (Población). Pacientes adultos con obesidad atendidos en consultas de Atención Primaria.

I (Intervención). Implementación de un programa estructurado de abordaje de la obesidad basado en herramientas de comunicación clínica centrada en la persona, que incluye exploración de la experiencia de enfermedad, entrevista motivacional, toma de decisiones compartida y establecimiento de objetivos individualizados.

C (Comparación) Práctica clínica habitual previa a la implementación del programa.

O (Resultados / Outcomes)

Resultado principal. Mejora de la calidad de vida relacionada con la salud, medida mediante el índice de utilidad del cuestionario EQ-5D-5L.

Resultados secundarios. Mejora del proceso asistencial relacionado con el abordaje de la obesidad, cambios en los hábitos de vida, evolución de parámetros antropométricos y experiencia asistencial del paciente.

5. Antecedentes y estado actual del tema

La obesidad es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una enfermedad crónica, compleja y multifactorial, caracterizada por un exceso de grasa corporal que supone un riesgo para la salud, siendo clasificada bajo el código 5B81 en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) (1). Se asocia a un deterioro del estado de salud, al desarrollo de múltiples complicaciones médicas y a una reducción de la esperanza de vida (2).

En las últimas décadas, su prevalencia ha aumentado de forma sostenida en todo el mundo, hasta situarse como uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial (2). Se estima que la prevalencia global se ha triplicado en comparación con cifras de hace 50 años (3). En España, afecta aproximadamente a una de cada cuatro personas adultas, con una estimación del 23,8% en estudios internacionales recientes, resultados consistentes con los realizados a nivel nacional (4, 5). En la Región de Murcia, esta situación resulta especialmente relevante, pues con una prevalencia estimada del 26,6%, se encuentra entre las comunidades autónomas con mayor carga de enfermedad (6).

Esta elevada prevalencia, contrasta con la práctica clínica diaria, donde se observa una clara discrepancia entre la magnitud del problema y su registro clínico (7), dando lugar a un importante infradiagnóstico que condiciona una menor posibilidad de intervención precoz y seguimiento adecuado (8).

El propio proceso diagnóstico presenta limitaciones relevantes, siendo una de las principales el uso exclusivo del índice de masa corporal (IMC) como herramienta de referencia diagnóstica (9). Sin embargo, el IMC presenta importantes limitaciones, por lo que las recomendaciones actuales de las guías de práctica clínica sugieren complementar su uso con otras medidas, como la circunferencia abdominal o el índice cintura/altura, que han demostrado una mayor capacidad para predecir el riesgo cardiovascular y metabólico (9).

Además, más allá de las limitaciones diagnósticas, uno de los principales retos en el abordaje de la obesidad en Atención Primaria radica en el modelo asistencial utilizado (10). De forma clásica, el manejo de la obesidad se ha centrado en la recomendación de dieta y ejercicio, situando la responsabilidad del cambio principalmente en el

paciente sin ningún tipo de guía profesional clara, lo que ha contribuido a perpetuar una inercia terapéutica en este ámbito (11).

En los últimos años, la aparición de nuevos tratamientos farmacológicos para la obesidad, como los agonistas del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1 (GLP-1), ha reactivado el interés clínico y social en esta enfermedad (12). Más allá de su efecto terapéutico, estos avances han contribuido a modificar la percepción de la obesidad, favoreciendo su reconocimiento como una enfermedad tratable y reduciendo, en parte, la visión simplista centrada exclusivamente en la responsabilidad individual (13). Este cambio de contexto ha generado una ventana de oportunidad en la práctica clínica, en la que muchos pacientes se muestran más receptivos a abordar su situación de salud y a iniciar conversaciones sobre el peso (14).

Es en este escenario, donde cobra especial relevancia la sistematización del manejo de la obesidad mediante un enfoque estructurado basado en la comunicación clínica centrada en la persona, siendo la Atención Primaria el entorno idóneo para su implementación (15).

En este contexto, el estigma asociado al peso juega un papel especialmente relevante (11,16). La creencia de que la obesidad es consecuencia exclusiva de la falta de disciplina individual no solo afecta a los pacientes, sino que también influye en la práctica clínica (17). La percepción de estigmatización se ha asociado a peores resultados en salud mental, menor adherencia a hábitos saludables y una menor utilización de los servicios sanitarios (11). A su vez, los profesionales sanitarios pueden evitar abordar el peso por temor a generar incomodidad o por falta de herramientas para hacerlo de forma adecuada (18).

A estas dificultades se suman otras barreras relevantes en la práctica clínica, como la limitación de tiempo en consulta, la falta de formación específica en el abordaje de la obesidad y la ausencia de programas estructurados que permitan un seguimiento sistemático de estos pacientes (10).

En los últimos años, se ha planteado la necesidad de un cambio de enfoque en el manejo de la obesidad, pasando de un modelo centrado exclusivamente en el peso a un abordaje más integral orientado a la mejora de la salud y la calidad de vida (19). Las guías clínicas actuales recomiendan incorporar estrategias de comunicación

clínica que permitan abordar el problema del peso de forma respetuosa, empática y adaptada al contexto del paciente, favoreciendo su participación en el proceso terapéutico (20).

Este enfoque se basa en la utilización de herramientas como la exploración de la experiencia de enfermedad, la entrevista motivacional y la toma de decisiones compartida, con el objetivo de establecer intervenciones realistas, sostenibles y alineadas con las prioridades del paciente (21).

El entorno de la Atención Primaria ocupa una posición estratégica clave para la detección, el abordaje inicial y el seguimiento de los pacientes con obesidad, dado su carácter longitudinal y su proximidad al paciente (20). Sin embargo, la implementación de este tipo de abordajes continúa siendo limitada en la práctica clínica habitual (18).

Ante esta situación, resulta necesario desarrollar e implementar intervenciones estructuradas que permitan trasladar las recomendaciones de las guías clínicas a la práctica real, facilitando la identificación sistemática de los pacientes, la realización de una valoración integral y el establecimiento de estrategias terapéuticas adaptadas a cada contexto individual (22). En este sentido, el desarrollo de programas organizados en Atención Primaria puede representar una oportunidad para mejorar tanto la calidad asistencial como los resultados en salud y la experiencia del paciente (23).

Desde esta perspectiva, la evaluación del abordaje de la obesidad no debe limitarse a la evolución del peso corporal, sino incorporar medidas de calidad de vida relacionada con la salud, hábitos de vida, parámetros antropométricos, indicadores del proceso asistencial y experiencia asistencial percibida por el paciente (21,24).

6. Justificación del estudio

A pesar de las recomendaciones actuales, la implementación de este tipo de abordajes en Atención Primaria continúa siendo limitada, en gran parte debido a la falta de programas estructurados que integren estas herramientas en la práctica clínica habitual.

El presente estudio plantea la implementación de un programa estructurado de identificación, valoración, intervención y seguimiento de pacientes con obesidad en consultas de Atención Primaria, sustentado en herramientas de comunicación clínica

centradas en la persona, tales como el establecimiento de objetivos pactados, la entrevista motivacional y el diseño de planes individualizados de cambio de hábitos.

Este estudio se justifica por la necesidad de generar evidencia sobre la factibilidad y el impacto de este tipo de intervenciones en el contexto real de la práctica clínica, evaluando su posible efecto tanto en indicadores del proceso asistencial como en resultados en salud y en la experiencia percibida por el paciente. De este modo, se pretende contribuir al desarrollo de estrategias más efectivas, realistas y alineadas con las necesidades de las personas con obesidad en el primer nivel asistencial.

7. Hipótesis

La implementación de un programa estructurado de abordaje de la obesidad, basado en herramientas de comunicación clínica centrada en la persona en Atención Primaria mejorará la calidad de vida relacionada con la salud, los hábitos de vida y la experiencia asistencial de los pacientes en comparación con la práctica clínica habitual.

8. Objetivos

Objetivo general

Evaluar el impacto de la implementación de un programa estructurado de abordaje de la obesidad en Atención Primaria, basado en herramientas de comunicación clínica centrada en la persona, sobre la calidad de vida relacionada con la salud, el proceso asistencial, los hábitos de vida y la experiencia asistencial de pacientes adultos con obesidad.

Objetivos específicos

1. Analizar los cambios en la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con obesidad incluidos en el programa, comparando la situación basal con los seguimientos a los 3 y 6 meses.

2. Evaluar el impacto del programa sobre el proceso asistencial, mediante el análisis del registro de variables antropométricas, la identificación diagnóstica de la obesidad, la valoración del estilo de vida, la realización de intervenciones individualizadas y la programación de seguimiento clínico.
3. Evaluar la evolución de los hábitos de vida de los participantes, mediante los cambios en la adherencia a la dieta mediterránea y en el nivel de actividad física.
4. Describir la evolución de los parámetros antropométricos, incluyendo peso corporal, índice de masa corporal y perímetro abdominal.
5. Valorar la experiencia asistencial del paciente y su participación en el proceso de atención, incluyendo la percepción de la atención recibida, la toma de decisiones compartida y el establecimiento de objetivos individualizados.

9. Material y métodos

Diseño del estudio

Se propone un estudio cuasiexperimental antes-después, sin grupo control, orientado a evaluar el impacto de la implementación de un programa estructurado de abordaje de la obesidad en consultas de Atención Primaria. El programa se basará en herramientas de comunicación clínica centrada en la persona, como la exploración de la experiencia de enfermedad, la entrevista motivacional, la toma de decisiones compartida y el establecimiento de objetivos individualizados.

El estudio se desarrollará en el ámbito de un centro de salud de Atención Primaria perteneciente al Servicio Murciano de Salud. Se compararán las variables recogidas en la valoración basal con los seguimientos a los 3 y 6 meses. Además, los indicadores de proceso asistencial se analizarán antes y después de la implementación del programa mediante los registros disponibles en la historia clínica electrónica.

Población diana

Pacientes adultos atendidos en consultas de Medicina de Familia en Atención Primaria del Servicio Murciano de Salud.

Población a estudio

Pacientes adultos adscritos al cupo de Medicina de Familia del investigador principal que presenten criterios clínicos de obesidad o adiposidad abdominal de riesgo y que acepten participar en el programa.

Criterios de inclusión

Se incluirán en el estudio aquellos pacientes que cumplan los siguientes criterios:

- Edad igual o superior a 18 años
- Seguimiento habitual en el centro de salud
- Índice de masa corporal $\geq 30 \text{ kg/m}^2$, perímetro abdominal $>102 \text{ cm}$ en hombres o $>88 \text{ cm}$ en mujeres o índice cintura/altura $>0,6$.
- Aceptación para participar mediante consentimiento informado.

Criterios de exclusión

Se excluirán del estudio aquellos pacientes que presenten alguno de los siguientes criterios:

- Embarazo en el momento de la inclusión.
- Enfermedad grave avanzada, situación de cuidados paliativos o cualquier condición clínica que limite de forma significativa la participación en el seguimiento.
- Dificultad para participar en las visitas programadas o para completar los cuestionarios del estudio.
- Antecedente de cirugía bariátrica.
- Tratamiento farmacológico activo dirigido específicamente al abordaje de la obesidad en el momento de la inclusión.

Tamaño muestral

La variable principal será la calidad de vida relacionada con la salud, medida mediante el índice de utilidad del cuestionario EQ-5D-5L. Para un cálculo formal del tamaño muestral, al tratarse de un diseño antes-después con mediciones en los mismos pacientes, se tomaría como referencia la comparación de medias apareadas entre la valoración basal y el seguimiento a los 6 meses.

Como referencia de variabilidad, se utilizarán estudios previos de intervención sobre peso en adultos con exceso de peso u obesidad reclutados desde Atención Primaria, como el ensayo WRAP (25), que incluyó pacientes con IMC ≥ 28 kg/m² y evaluó la calidad de vida mediante EQ-5D. A partir de una desviación estándar del cambio aproximada de 0,17, una diferencia clínicamente relevante de 0,05 puntos, un nivel de confianza del 95% y una potencia del 80%, serían necesarios aproximadamente 91 pacientes evaluables. Considerando un 15% de pérdidas, el tamaño muestral a reclutar sería de aproximadamente 107 pacientes. Para disponer de un margen de seguridad adicional ante posibles pérdidas superiores a las previstas, abandonos durante el seguimiento o cuestionarios incompletos, se plantea aumentar el reclutamiento hasta 120 participantes, lo que permitiría mantener un número suficiente de pacientes evaluables para el análisis principal.

No obstante, dado el carácter preliminar y pragmático del presente estudio, desarrollado en condiciones reales de Atención Primaria y en el cupo del investigador principal, se estima la inclusión de 50 pacientes. Esta muestra se considera adecuada para valorar la viabilidad del programa, la aceptabilidad del seguimiento, la calidad de la recogida de datos y la dirección de los cambios observados, interpretándose los resultados con finalidad exploratoria.

Método de muestreo

Se realizará un muestreo consecutivo, incluyendo a todos los pacientes que cumplan los criterios de inclusión durante el periodo de reclutamiento y acepten participar en el estudio. Este método se considera adecuado por su viabilidad en condiciones de práctica clínica habitual y por la prevalencia de obesidad estimada en la región de Murcia de un 26,6% (6).

Método de recogida de datos

Los datos se obtendrán a partir de la historia clínica electrónica, la valoración clínica realizada durante las consultas y los cuestionarios estandarizados administrados a los pacientes.

Para la evaluación de las variables de resultado se emplearán cuestionarios previamente utilizados en investigación clínica y aplicables al contexto de Atención Primaria. Su selección se fundamenta en la necesidad de realizar una valoración

multidimensional de la obesidad, incorporando no solo parámetros clínicos y antropométricos, sino también medidas comunicadas por el paciente sobre calidad de vida, hábitos de vida y experiencia asistencial. Este planteamiento es coherente con el enfoque práctico e integral propuesto en guías de práctica clínica y concordante con el consenso NAVETA, que recomienda integrar variables clínicas, PROMs y PREMs en la evaluación de las personas con obesidad. (21, 24).

La calidad de vida relacionada con la salud se evaluará mediante el cuestionario EQ-5D-5L, que permite obtener un índice de utilidad y una escala visual analógica de salud autopercebida. La adherencia a la dieta mediterránea se valorará mediante el cuestionario MEDAS, y el nivel de actividad física mediante la versión corta del IPAQ. Finalmente, la experiencia asistencial del paciente se recogerá mediante el cuestionario IEXPAC, instrumento orientado a valorar la experiencia de pacientes con enfermedades crónicas en relación con la atención recibida.

Las variables de resultado en salud se recogerán en la evaluación basal y en los seguimientos a los 3 y 6 meses. Las variables sociodemográficas y clínicas se recogerán en la evaluación basal. Las variables de proceso asistencial se evaluarán antes y después de la implementación del programa, según los registros disponibles en la historia clínica electrónica. Todos los cuestionarios utilizados se incluirán como anexos del presente trabajo.

Variables

Las variables del estudio se organizarán en cinco bloques: variable principal, variables secundarias de resultado, variables de proceso asistencial, variables descriptivas basales y variables complementarias relacionadas con la comunicación clínica centrada en la persona.

La variable principal será la calidad de vida relacionada con la salud, medida mediante el índice de utilidad del cuestionario EQ-5D-5L. Se trata de una variable cuantitativa continua, expresada como puntuación del índice de utilidad del cuestionario. Se recogerá en la valoración basal y en los seguimientos a los 3 y 6 meses.

Dentro de las variables secundarias de resultado, se recogerá el estado de salud autopercebido, medido mediante la escala visual analógica del EQ-5D-5L. Será una variable cuantitativa continua, expresada en una escala de 0 a 100 puntos, donde una

mayor puntuación representa un mejor estado de salud percibido. También se recogerá la adherencia a la dieta mediterránea, evaluada mediante el cuestionario MEDAS. Esta será una variable cuantitativa discreta, expresada en una puntuación de 0 a 14 puntos.

El nivel de actividad física se evaluará mediante la versión corta del cuestionario IPAQ, y se considerará una variable cualitativa ordinal, clasificada en las categorías bajo, moderado o alto.

Asimismo, se recogerán variables antropométricas. El peso corporal será una variable cuantitativa continua, expresada en kilogramos. El índice de masa corporal será una variable cuantitativa continua, calculada a partir del peso y la talla, y expresada en kg/m^2 . El perímetro abdominal será una variable cuantitativa continua, expresada en centímetros.

Estas variables se medirán en la valoración basal y en los seguimientos a los 3 y 6 meses. La experiencia asistencial del paciente se evaluará mediante la puntuación global del cuestionario IEXPAC. Será una variable cuantitativa continua, expresada en una puntuación de 0 a 10 puntos, recogida al finalizar el seguimiento, a los 6 meses.

Las variables de proceso asistencial permitirán valorar si la implementación del programa mejora la sistematización del abordaje de la obesidad en Atención Primaria. El registro antropométrico completo se definirá como la presencia de registro de peso, talla o índice de masa corporal y perímetro abdominal en la historia clínica electrónica. Será una variable cualitativa dicotómica, con categorías sí/no. El diagnóstico de obesidad registrado se definirá como la presencia del diagnóstico de obesidad, o problema clínico equivalente, en la historia clínica electrónica. Será una variable cualitativa dicotómica, con categorías sí/no. La valoración del estilo de vida registrada se definirá como la presencia de registro sobre hábitos alimentarios y/o actividad física. Será una variable cualitativa dicotómica, con categorías sí/no. La intervención individualizada registrada se definirá como la presencia de consejo sanitario, recomendaciones individualizadas, objetivos pactados o plan de cambio de hábitos. Será una variable cualitativa dicotómica, con categorías sí/no. Por último, el seguimiento clínico programado se definirá como la existencia de cita o planificación de seguimiento tras la identificación del paciente. Será una variable cualitativa dicotómica, con categorías sí/no. Todas estas variables se evaluarán antes y después

de la implementación del programa mediante los registros disponibles en la historia clínica electrónica y la hoja de recogida de datos, que se incluye en el anexo.

Como variables descriptivas basales, se recogerán la edad, el sexo y la presencia de comorbilidades cardiometabólicas relevantes. La edad será una variable cuantitativa continua, expresada en años. El sexo será una variable cualitativa dicotómica, registrada como hombre o mujer según conste en la historia clínica electrónica. La presencia de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y dislipemia se recogerá como variables cualitativas dicotómicas, con categorías sí/no, según diagnóstico registrado en la historia clínica electrónica.

Finalmente, se recogerán variables complementarias relacionadas con la comunicación clínica centrada en la persona. La variable objetivos terapéuticos pactados se definirá como la existencia de objetivos acordados entre profesional y paciente durante la intervención. Será una variable cualitativa dicotómica, con categorías sí/no. El tipo de objetivo pactado se considerará una variable cualitativa nominal, clasificada según el área principal del objetivo acordado: alimentación, actividad física, sueño, estrés o bienestar emocional, u otros. Estas variables se recogerán en la valoración basal y en los seguimientos a los 3 y 6 meses, mediante la hoja de recogida de datos y/o el registro en historia clínica.

Durante la fase de selección se registrará la presencia de criterios de exclusión, como embarazo, enfermedad grave avanzada o situación de cuidados paliativos, dificultad para acudir a las visitas o completar cuestionarios, antecedente de cirugía bariátrica o tratamiento farmacológico activo dirigido específicamente al abordaje de la obesidad. Estas variables se utilizarán únicamente para documentar la elegibilidad de los pacientes y no se considerarán variables principales de análisis.

La tabla de variables se encuentra disponible en el Anexo.

Intervención

La intervención consistirá en la implementación de un programa estructurado de abordaje de la obesidad en Atención Primaria, basado en herramientas de comunicación clínica centrada en la persona.

El programa incluirá tres componentes principales: identificación oportunista de pacientes con obesidad, consulta de valoración inicial y seguimiento clínico a los 3 y 6 meses. Durante todo el proceso se priorizará una comunicación clínica respetuosa y no estigmatizante, incorporando herramientas como la exploración de la experiencia de enfermedad, la entrevista motivacional, la toma de decisiones compartida y el establecimiento de objetivos pactados con el paciente.

Identificación oportunista de pacientes

La identificación de pacientes con obesidad o adiposidad abdominal de riesgo se realizará de manera oportunista durante cualquier consulta llevada a cabo por el investigador principal del estudio, independientemente del motivo de consulta. Durante la atención clínica, se registrarán o actualizarán las variables antropométricas básicas del paciente, incluyendo peso, talla y perímetro abdominal y se calcularán el índice de masa corporal e índice cintura/altura.

En aquellos pacientes que cumplan criterios clínicos de obesidad o adiposidad abdominal de riesgo, se registrará el diagnóstico o problema clínico correspondiente en la historia clínica electrónica. Posteriormente, se solicitará permiso para abordar el peso de forma respetuosa y no estigmatizante, utilizando preguntas abiertas que permitan conocer la perspectiva del paciente. Si el paciente muestra disposición a abordar el problema, se explicará brevemente el estudio y entregará la hoja de información al paciente junto con el consentimiento informado, para que pueda leerlo antes de la siguiente visita. En caso de aceptar continuar, se ofrecerá la posibilidad de realizar una consulta específica de valoración inicial. Si el paciente no desea abordarlo en ese momento, se respetará su decisión, se ofrecerá consejo breve orientado a la salud y se dejará abierta la posibilidad de retomararlo en futuras consultas.

Consulta de valoración inicial

Los pacientes incluidos serán citados en una consulta programada de aproximadamente 30 minutos.

Al inicio de la consulta se resolverán las dudas sobre el estudio y, si el paciente confirma su participación, se solicitará la firma del consentimiento informado antes de la recogida de datos y la administración de cuestionarios, asegurando que la participación sea voluntaria e informada antes de la inclusión efectiva en el estudio.

Posteriormente, se verificará el registro de los datos antropométricos básicos y del diagnóstico de obesidad o adiposidad central de riesgo en la historia clínica. La valoración incluirá una exploración clínica y biopsicosocial del paciente, abordando su contexto personal, hábitos de vida, barreras y facilitadores para el cambio, experiencia previa con la obesidad, expectativas y objetivos personales.

A continuación, se administrarán los cuestionarios previstos en el estudio: MEDAS para adherencia a la dieta mediterránea, IPAQ breve para nivel de actividad física y EQ-5D-5L para calidad de vida relacionada con la salud. Además, se recogerán las variables clínicas y antropométricas incluidas en la hoja de recogida de datos.

Posteriormente, se realizará una entrevista motivacional breve, orientada a conocer la disposición al cambio del paciente. Mediante un proceso de toma de decisiones compartida, profesional y paciente acordarán uno o dos objetivos concretos, realistas y adaptados a su contexto. Estos objetivos podrán estar relacionados con la alimentación, la actividad física, el sueño, el estrés o bienestar emocional, u otros aspectos relevantes para el paciente, priorizando la mejora de la salud, la funcionalidad y el bienestar, y evitando centrar la intervención exclusivamente en la pérdida de peso. La consulta finalizará con un resumen de los acuerdos alcanzados y la planificación del seguimiento clínico. De forma complementaria, y según criterio clínico, se solicitará una evaluación analítica complementaria para valorar comorbilidad metabólica.

La distribución temporal de la consulta tendrá un carácter orientativo y flexible, permitiendo adaptarla a las necesidades, prioridades y ritmo de cada paciente, sin perder la estructura básica del programa.

Seguimiento clínico

Los pacientes incluidos serán reevaluados en consultas programadas a los 3 y 6 meses, con una duración aproximada de 10-15 minutos e integradas en la práctica clínica habitual. El objetivo será valorar la evolución clínica, reforzar los cambios

realizados, identificar dificultades y ajustar los objetivos terapéuticos de forma individualizada.

En cada visita de seguimiento se actualizarán las variables antropométricas, se repetirán los cuestionarios previstos (EQ-5D-5L, MEDAS e IPAQ breve) y se revisará el cumplimiento de los objetivos pactados, identificando dificultades, logros y posibles ajustes del plan.

En función de la evolución del paciente, los objetivos podrán reformularse mediante toma de decisiones compartida, priorizando su adecuación al contexto vital y la sostenibilidad de los cambios. Al finalizar el seguimiento, se evaluará la experiencia asistencial del paciente mediante el cuestionario IEXPAC.

Análisis estadístico

Se realizará un análisis descriptivo de todas las variables incluidas en el estudio. Las variables cuantitativas se expresarán como media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico, según su distribución. Las variables cualitativas se presentarán mediante frecuencias absolutas y porcentajes.

El análisis principal evaluará el cambio en la calidad de vida relacionada con la salud, medida mediante el índice de utilidad del EQ-5D-5L, entre la valoración basal y el seguimiento a los 6 meses. Para ello se utilizará la prueba t de Student para muestras relacionadas o la prueba no paramétrica de Wilcoxon, en función de la distribución de los datos.

Para las variables recogidas en tres momentos (basal, 3 meses y 6 meses) se empleará ANOVA de medidas repetidas o la prueba de Friedman, según proceda. Las variables cualitativas dicotómicas de proceso asistencial se compararán antes y después de la intervención mediante la prueba de McNemar. Las variables ordinales se analizarán mediante pruebas no paramétricas para datos apareados.

Se describirán las pérdidas durante el seguimiento, incluyendo el motivo de pérdida o retirada cuando esté disponible, y se realizará un análisis de casos completos. Dado el carácter preliminar del estudio, los resultados se interpretarán con finalidad exploratoria. Se considerará un nivel de significación estadística de $p < 0,05$. El análisis se realizará mediante SPSS, R, jamovi o programa similar.

Duración del estudio

La duración total del estudio se estima en aproximadamente **12 meses**. Este periodo se considera adecuado para desarrollar todas las fases del proyecto sin intervenir de forma relevante en la práctica clínica habitual. El estudio se organizará en cuatro fases: una fase preparatoria, destinada a la revisión del protocolo, elaboración de materiales y organización logística; una fase de reclutamiento e intervención inicial, centrada en la identificación de pacientes, consentimiento informado y valoración basal, una fase de seguimiento clínico, con reevaluaciones a los 3 y 6 meses; y una fase final de análisis y redacción, orientada a la depuración de datos, análisis estadístico e informe final.

10. Aplicabilidad del estudio

La aplicabilidad del estudio radica en que el programa se desarrolla en condiciones reales de Atención Primaria, utilizando recursos disponibles en la consulta habitual y herramientas clínicas de bajo coste, como la identificación oportunista, la comunicación no estigmatizante, la entrevista motivacional y la toma de decisiones compartidas, el establecimiento de objetivos individualizados y el seguimiento programado.

Los resultados permitirán valorar si la implementación de un programa estructurado de abordaje de la obesidad mejora la calidad del proceso asistencial, los resultados en salud y la experiencia del paciente en condiciones reales de práctica clínica. En caso de mostrar un impacto favorable, el programa podría incorporarse de forma sencilla a la organización habitual de las consultas de Medicina de Familia y reproducirse en otros centros de salud, contribuyendo a establecer un abordaje más estructurado, realista y centrado en la persona.

11. Estrategia de búsqueda bibliográfica

Se realizó una búsqueda bibliográfica estructurada entre enero y marzo de 2026 con el objetivo de identificar evidencia relevante sobre la obesidad, su abordaje en Atención Primaria y las intervenciones basadas en comunicación clínica centrada en la persona.

Se consultaron documentos de referencia, guías de práctica clínica, estudios epidemiológicos y bases de datos biomédicas, principalmente PubMed/MEDLINE. La búsqueda combinó términos MeSH y texto libre, entre ellos: “obesity”, “overweight”, “primary health care”, “primary care”, “family practice”, “patient-centered care”, “motivational interviewing”, “shared decision making” e “intervention”, utilizando los operadores booleanos AND y OR.

Se priorizaron artículos publicados en los últimos 5 años, en población adulta y en español o inglés, especialmente revisiones, revisiones sistemáticas, metaanálisis, estudios de intervención y trabajos aplicables al contexto de Atención Primaria. Se incluyeron referencias previas cuando correspondían a documentos metodológicos, estudios de validación de cuestionarios, guías clínicas o trabajos clásicos relacionados con los instrumentos de medida utilizados.

Se excluyeron estudios centrados exclusivamente en población pediátrica, ámbito hospitalario, cirugía bariátrica u otras intervenciones altamente especializadas. La selección de los documentos se realizó mediante revisión de título y resumen, seguida de lectura a texto completo de aquellos considerados potencialmente relevantes, priorizando su calidad metodológica, actualidad y aplicabilidad clínica.

12. Limitaciones y sesgos

El presente estudio presenta limitaciones propias de un diseño cuasiexperimental antes-después sin grupo control, lo que limita la capacidad para establecer relaciones causales firmes entre la intervención y los cambios observados. Para reducir esta limitación, se recogerán las variables en momentos definidos (basal, 3 meses y 6 meses) y se utilizarán los mismos instrumentos de medida durante todo el seguimiento.

El estudio se realizará en un único centro de salud y en el cupo de Medicina de Familia del investigador principal, lo que puede limitar la generalización de los resultados. La identificación de pacientes se realizará de forma oportunista durante la consulta, lo que puede generar un sesgo de selección, incluyendo con mayor probabilidad a pacientes con mayor contacto con el sistema sanitario o mayor predisposición al cambio. Para minimizarlo, se aplicarán criterios de inclusión y exclusión previamente definidos y se utilizará un muestreo consecutivo durante el periodo de reclutamiento.

La recogida de datos mediante historia clínica electrónica puede estar sujeta a sesgos de información por omisiones o variabilidad en el registro. Asimismo, las variables recogidas mediante cuestionarios pueden verse influidas por sesgos de recuerdo o deseabilidad social. Para reducir estos riesgos, se empleará una hoja de recogida de datos estandarizada, cuestionarios validados y momentos de medición homogéneos.

La duración del seguimiento, limitada a 6 meses, puede no ser suficiente para evaluar el mantenimiento a largo plazo de los cambios en hábitos de vida, peso corporal o calidad de vida. Las pérdidas durante el seguimiento también pueden introducir sesgo de desgaste, por lo que serán registradas y descritas en el análisis. Finalmente, la implementación de la intervención en condiciones de práctica clínica real puede introducir cierta variabilidad en su aplicación. Para reducirla, el programa seguirá una estructura previamente definida, basada en identificación oportunista, valoración inicial, establecimiento de objetivos pactados y seguimiento programado.

13. Aspectos éticos

El estudio se desarrollará conforme a los principios éticos de la Declaración de Helsinki, la normativa vigente en materia de investigación biomédica, autonomía del paciente y protección de datos personales.

El proyecto ha sido presentado a la Oficina de Investigación Responsable de la Universidad Miguel Hernández para la obtención de la valoración COIR, cuyo documento se adjuntará en el TFM a continuación de la portada. Antes del inicio del estudio, y en caso de que proceda según la valoración recibida, el protocolo será sometido al Comité de Ética de la Investigación correspondiente, no iniciándose la inclusión de pacientes hasta contar con las autorizaciones necesarias.

Todos los participantes recibirán información verbal y escrita sobre los objetivos del estudio, la intervención propuesta, los cuestionarios utilizados, la duración del seguimiento, la voluntariedad de la participación y el tratamiento de sus datos. La inclusión en el estudio requerirá la firma del consentimiento informado, y la negativa a participar o la retirada del consentimiento en cualquier momento no supondrá ninguna repercusión sobre la atención sanitaria habitual.

La intervención se considera de bajo riesgo, al integrarse en la práctica clínica habitual de Atención Primaria y basarse en valoración clínica, promoción de hábitos saludables, comunicación clínica centrada en la persona y seguimiento programado. El principal riesgo potencial será la posible incomodidad al abordar el peso, los hábitos de vida o la vivencia personal de la obesidad. Para minimizarlo, se utilizará un lenguaje respetuoso, no estigmatizante y adaptado a la disposición del paciente, solicitando permiso para tratar el tema y respetando su decisión si no desea abordarlo.

Los datos serán tratados de forma confidencial conforme al Reglamento General de Protección de Datos y a la Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. La información se pseudonimizará mediante un código identificativo, evitando la inclusión de datos directamente identificativos en la base de análisis. El acceso a la información quedará restringido al equipo investigador y los resultados se presentarán de forma agregada, sin permitir la identificación de los participantes.

14. Cronograma

Fase del estudio	Actividades principales	Meses
Fase preparatoria	Revisión final del protocolo, solicitud de revisión por comité de ética asistencial, elaboración de materiales, hoja de recogida de datos, consentimiento informado y organización logística del estudio.	Meses 1-2
Estandarización de la intervención	Revisión del protocolo de intervención, preparación de los materiales de apoyo y unificación de los criterios de identificación, valoración inicial, establecimiento de objetivos y seguimiento clínico.	Mes 2
Reclutamiento e intervención inicial	Identificación oportunista de pacientes con obesidad, comprobación de criterios de inclusión y exclusión, firma del consentimiento informado, valoración basal y consulta inicial.	Meses 3-5

Seguimiento clínico a 3 meses	Revisión de objetivos, reevaluación clínica, recogida de cuestionarios y actualización de variables antropométricas.	Meses 6-8
Seguimiento clínico a 6 meses	Reevaluación final de los pacientes incluidos, recogida de variables de resultado y cierre del seguimiento.	Meses 9-11
Análisis y redacción final	Depuración de la base de datos, análisis estadístico, interpretación de resultados y elaboración del informe final.	Mes 12

15. Personal del estudio

El estudio contará con la participación del investigador principal, que será responsable del diseño final del protocolo, la coordinación del estudio, la identificación de pacientes, la comprobación de criterios de inclusión y exclusión, la obtención del consentimiento informado, la realización de la intervención, la recogida de datos, el mantenimiento de la base de datos, el análisis estadístico y la elaboración del informe final.

De manera complementaria, el estudio contará con la supervisión de un tutor académico o profesional con experiencia en investigación, que proporcionará apoyo metodológico durante el desarrollo del proyecto, especialmente en la revisión del diseño, la interpretación de los resultados y la redacción final del trabajo.

En caso de requerirse apoyo puntual de otros profesionales del centro de salud, este se limitará a aspectos organizativos o asistenciales habituales, sin modificar la estructura principal de la intervención.

16. Instalaciones

El estudio se desarrollará en un centro de salud de Atención Primaria perteneciente al Servicio Murciano de Salud.

Las consultas médicas habituales constituirán el principal entorno de intervención, utilizándose para la identificación oportunista de pacientes, la valoración inicial y el seguimiento clínico programado a los 3 y 6 meses.

Asimismo, se utilizarán los recursos disponibles en el centro, incluyendo la historia clínica electrónica para el registro de datos clínicos y el material habitual para la medición de variables antropométricas, como báscula, tallímetro y cinta métrica. La preparación del protocolo, la revisión de materiales y la organización logística del estudio se llevarán a cabo utilizando los espacios habituales del centro destinados a trabajo clínico y sesiones internas.

17. Presupuesto

El presente estudio no requerirá financiación externa específica, al desarrollarse en el contexto de la práctica clínica habitual y utilizar los recursos ya disponibles en el centro de salud.

Los principales costes asociados serán indirectos, derivados del tiempo de dedicación del investigador principal.

Los cuestionarios utilizados en el estudio son de acceso libre o cuentan con versiones disponibles para su uso en el ámbito académico, por lo que no se prevén costes asociados a licencias. Únicamente, podrían generarse gastos mínimos derivados de la impresión de materiales de apoyo, hojas de recogida de datos, cuestionarios o documentos informativos para pacientes, estimados en 30-50 euros.

En conjunto, el estudio se considera viable desde el punto de vista económico, al no implicar gastos adicionales relevantes para el sistema sanitario.

18. Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.^a revisión (CIE-11) [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 [citado 13 abr 2026]. Disponible en: <https://icd.who.int/es>
2. GBD 2015 Obesity Collaborators. Health effects of overweight and obesity in 195 countries over 25 years. N Engl J Med. 2017;377(1):13-27. doi: 10.1056/NEJMoa1614362.
3. GBD 2021 Adult BMI Collaborators. Global, regional, and national prevalence of adult overweight and obesity, 1990-2021, with forecasts to 2050: a forecasting study for the Global Burden of Disease Study 2021. Lancet. 2025;405(10481):813-838. doi: 10.1016/S0140-6736(25)00355-1.
4. World Health Organization Regional Office for Europe. WHO European Regional Obesity Report 2022 [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022 [citado 13 abr 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289057738>
5. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición; Centro Nacional de Epidemiología. Estudio ENE-COVID: situación ponderal de la población adulta en España [Internet]. Madrid: Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición; 2023 [citado 13 abr 2026]. NIPO: 069-23-011-0. Disponible en: https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/ENE_COVID_ADULTOS_FINAL.pdf
6. Moreno-Núñez M, Colorado-Yohar SM, Huerta-Castaño JM, Cabrera-Castro N, Ballesta-Ruiz M, Chirlaque-López MD. Prevalencia de diabetes y obesidad en la Región de Murcia. Estudio DICA 2022-2023. Bol Epidemiol Murcia [Internet]. 2025 [citado 13 abr 2026];45(903):121-129. Disponible en: <https://sms.carm.es/ricsmur/bitstream/handle/123456789/23544/bem.2025.45.903.pdf>
7. Redondo-Antón J, Pérez-Martínez P, Cuatrecasas G, Rubio-de Santos M, Díaz-Cerezo S. Nationwide real-world assessment of the economic impact of obesity in Spanish healthcare settings (ECC-OS). Med Fam Semergen. 2026;52(1):102662. doi: 10.1016/j.semerg.2025.102662.

8. Alianza por la Obesidad. Situación sanitaria y social de las personas con obesidad en España [Internet]. Madrid: Alianza por la Obesidad; 2023 [citado 13 abr 2026]. Disponible en: <https://seedo.es/images/site/Informe%20obesidad.pdf>
9. Ashwell M, Gunn P, Gibson S. Waist-to-height ratio is a better screening tool than waist circumference and BMI for adult cardiometabolic risk factors: systematic review and meta-analysis. *Obes Rev.* 2012;13(3):275-286. doi: 10.1111/j.1467-789X.2011.00952.x.
10. Oshman L, Othman A, Furst W, Heisler M, Kraftson A, Zouani Y, et al. Primary care providers' perceived barriers to obesity treatment and opportunities for improvement: a mixed methods study. *PLoS One.* 2023;18(4):e0284474. doi: 10.1371/journal.pone.0284474.
11. Busetto L, Sbraccia P, Vettor R. Obesity management: at the forefront against disease stigma and therapeutic inertia. *Eat Weight Disord.* 2022;27(2):761-768. doi: 10.1007/s40519-021-01217-1.
12. Müller TD, Blüher M, Tschöp MH, DiMarchi RD. Anti-obesity drug discovery: advances and challenges. *Nat Rev Drug Discov.* 2022;21(3):201-223. doi: 10.1038/s41573-021-00337-8.
13. Heitmann BL. The impact of novel medications for obesity on weight stigma and societal attitudes: a narrative review. *Curr Obes Rep.* 2025;14(1):18. doi: 10.1007/s13679-025-00611-5.
14. Holtrop JS, Tietbohl C, Perreault L, Connelly L, Smith PC, Williams J. Primary care patient and practice member perspectives on weight loss medications: challenges and opportunities. *Front Med (Lausanne).* 2025;12:1584799. doi: 10.3389/fmed.2025.1584799.
15. Yanovski SZ, Yanovski JA. Approach to obesity treatment in primary care: a review. *JAMA Intern Med.* 2024;184(7):818-829. doi: 10.1001/jamainternmed.2023.8526.
16. Rubino F, Puhl RM, Cummings DE, Eckel RH, Ryan DH, Mechanick JL, et al. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nat Med.* 2020;26(4):485-497. doi: 10.1038/s41591-020-0803-x.

17. Carrasco D, Thulesius H, Jakobsson U, Memarian E. Primary care physicians' knowledge and attitudes about obesity, adherence to treatment guidelines and association with confidence to treat obesity: a Swedish survey study. *BMC Prim Care*. 2022;23:208. doi: 10.1186/s12875-022-01811-x.
18. Sharp G, Rathbone JA, West ML, Low BY, McGrath I, Bilal M, et al. Supporting weight focused discussions in primary care: a qualitative exploration of barriers and facilitators. *Patient Educ Couns*. 2026;142:109373. doi: 10.1016/j.pec.2025.109373.
19. Singh V, Sun J, Cheng S, Kwan AC, Velazquez A. Obesity as a chronic disease: a narrative review of evolving definitions, management strategies, and cardiometabolic prioritization. *Adv Ther*. 2025;42(11):5341-5364. doi: 10.1007/s12325-025-03352-y.
20. Cuatrecasas Cambra G, Galindo Ortego G, coordinadores. *El ABCD de la obesidad*. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2025. ISBN: 979-13-87859-19-0.
21. Moizé V, Graham Y, Ramos Salas X, Balcells M. Motivational interviewing (MI) in obesity care: cultivating person-centered and supportive clinical conversations to reduce stigma: a narrative review. *Obes Sci Pract*. 2025;11(1):e70057. doi: 10.1002/osp4.70057.
22. Griauszde DH, Turner CD, Othman A, Oshman L, Gabison J, Arizaca-Dileo PK, et al. A primary care-based weight navigation program. *JAMA Netw Open*. 2024;7(5):e2412192. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2024.12192.
23. Moizé V, Salas XR, Hussey B, Salvador G, Escarrabill J, Vidal J, et al. Integrating obesity care into chronic disease management in Catalonia: progress and challenges in health system approaches. *Curr Obes Rep*. 2025;14(1):84. doi: 10.1007/s13679-025-00675-3.
24. Mercadal-Orfila G, Lluch-Taltavull J, Cuatrecasas G, García JM, Maestre-Fullana MA, Herrera-Pérez S. The NAVETA obesity consensus tool: a multidimensional framework for clinical and patient-reported outcome assessment. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2026;16:1731194. doi: 10.3389/fendo.2025.1731194.

25. Ahern AL, Wheeler GM, Aveyard P, Boyland EJ, Halford JCG, Mander AP, et al. Extended and standard duration weight-loss programme referrals for adults in primary care (WRAP): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2017;389(10085):2214-2225. doi: 10.1016/S0140-6736(17)30647-5.



19. Anexos

Anexo 1. Tabla de variables

Anexo 2. Hoja de recogida de datos

Anexo 3. Cuestionario EQ-5D-5L

Anexo 4. Cuestionario MEDAS

Anexo 5. Cuestionario IPAQ breve

Anexo 6. Cuestionario IEXPAC



Anexos

Anexo 1. Tabla de variables

Bloque	Variable	Definición operativa	Tipo de variable	Categorías / unidades	Fuente de datos	Momento de recogida
Variable principal	Calidad de vida relacionada con la salud	Puntuación del índice de utilidad del cuestionario EQ-5D-5L	Cuantitativa continua	Puntuación del índice de utilidad EQ-5D-5L	Cuestionario EQ-5D-5L	Basal, 3 meses y 6 meses
Variables secundarias de resultado	Estado de salud autopercebido	Valoración subjetiva del estado de salud mediante la escala visual analógica del EQ-5D-5L	Cuantitativa continua	Escala de 0 a 100 puntos	EQ-5D-5L, escala visual analógica	Basal, 3 meses y 6 meses
Variables secundarias de resultado	Adherencia a la dieta mediterránea	Grado de adherencia al patrón de dieta mediterránea	Cuantitativa discreta	Puntuación de 0 a 14 puntos	Cuestionario MEDAS	Basal, 3 meses y 6 meses
Variables secundarias de resultado	Nivel de actividad física	Clasificación del nivel de actividad física habitual	Cualitativa ordinal	Bajo, moderado o alto	IPAQ versión corta	Basal, 3 meses y 6 meses
Variables antropométricas	Peso corporal	Peso del paciente medido durante la valoración clínica	Cuantitativa continua	Kilogramos	Exploración clínica / historia clínica electrónica	Basal, 3 meses y 6 meses
Variables antropométricas	Talla	Altura registrada del paciente	Cuantitativa continua	Metros o centímetros	Historia clínica electrónica / exploración clínica	Basal

Variables antropométricas	Índice de masa corporal	Cociente entre peso en kilogramos y talla en metros al cuadrado	Cuantitativa continua	kg/m ²	Cálculo a partir de peso y talla	Basal, 3 meses y 6 meses
Variables antropométricas	Perímetro abdominal	Medición del perímetro abdominal del paciente	Cuantitativa continua	Centímetros	Exploración clínica / historia clínica electrónica	Basal, 3 meses y 6 meses
Variables antropométricas	Índice cintura/altura	Cociente entre perímetro abdominal y talla	Cuantitativa continua	Valor numérico	Cálculo a partir de perímetro abdominal y talla	Basal, 3 meses y 6 meses
Experiencia del paciente	Experiencia asistencial percibida	Valoración de la experiencia del paciente con la atención recibida	Cuantitativa continua	Puntuación global de 0 a 10 puntos	Cuestionario IEXPAC	6 meses
Proceso asistencial	Registro antropométrico completo	Presencia en historia clínica de peso, talla o IMC y perímetro abdominal	Cualitativa dicotómica	Sí / No	Historia clínica electrónica / hoja de recogida de datos	Antes y después de la implementación
Proceso asistencial	Diagnóstico de obesidad registrado	Presencia del diagnóstico de obesidad o problema clínico equivalente en la historia clínica	Cualitativa dicotómica	Sí / No	Historia clínica electrónica	Antes y después de la implementación
Proceso asistencial	Valoración del estilo de vida registrada	Registro de hábitos alimentarios y/o actividad física	Cualitativa dicotómica	Sí / No	Historia clínica electrónica / hoja de recogida de datos	Antes y después de la implementación

Proceso asistencial	Intervención individualizada registrada	Presencia de consejo sanitario, recomendaciones individualizadas, objetivos pactados o plan de cambio de hábitos	Cualitativa dicotómica	Sí / No	Historia clínica electrónica / hoja de recogida de datos	Antes y después de la implementación
Proceso asistencial	Seguimiento clínico programado	Existencia de cita o planificación de seguimiento tras la identificación del paciente	Cualitativa dicotómica	Sí / No	Historia clínica electrónica / agenda clínica	Antes y después de la implementación
Variables descriptivas basales	Edad	Edad del paciente en el momento de la inclusión	Cuantitativa continua	Años	Historia clínica electrónica	Basal
Variables descriptivas basales	Sexo	Sexo registrado en la historia clínica	Cualitativa dicotómica	Hombre / Mujer	Historia clínica electrónica	Basal
Variables descriptivas basales	Diabetes mellitus tipo 2	Presencia de diagnóstico registrado de diabetes mellitus tipo 2	Cualitativa dicotómica	Sí / No	Historia clínica electrónica	Basal
Variables descriptivas basales	Hipertensión arterial	Presencia de diagnóstico registrado de hipertensión arterial	Cualitativa dicotómica	Sí / No	Historia clínica electrónica	Basal
Variables descriptivas basales	Dislipemia	Presencia de diagnóstico registrado de dislipemia	Cualitativa dicotómica	Sí / No	Historia clínica electrónica	Basal
Comunicación clínica centrada en la persona	Objetivos terapéuticos pactados	Existencia de objetivos acordados entre	Cualitativa dicotómica	Sí / No	Hoja recogida de	Basal, 3 meses y 6 meses

		profesional y paciente durante la intervención			datos / historia clínica	
Comunicación clínica centrada en la persona	Tipo de objetivo pactado	Área principal del objetivo acordado con el paciente	Cualitativa nominal	Alimentación, actividad física, sueño, estrés o bienestar emocional, otros	Hoja de recogida de datos	Basal, 3 meses y 6 meses
Comunicación clínica centrada en la persona	Revisión de objetivos pactados	Comprobación de la evolución de los objetivos acordados previamente	Cualitativa dicotómica	Sí / No	Hoja de recogida de datos / historia clínica	3 meses y 6 meses
Comunicación clínica centrada en la persona	Reformulación de objetivos	Modificación de los objetivos iniciales según evolución, dificultades o preferencias del paciente	Cualitativa dicotómica	Sí / No	Hoja de recogida de datos / historia clínica	3 meses y 6 meses

Anexo 2. Hoja de recogida de datos

Instrucciones: cumplimentar un formulario por participante. No incluir nombre, apellidos, DNI, teléfono ni otros datos directamente identificativos. Utilizar únicamente el código del participante. Registrar “NA” cuando no proceda y “PD” cuando el dato esté perdido o no disponible.

1. Identificación del participante y calendario de visitas

Campo	Registro
Código del participante	
Centro de salud	
Cupo / profesional responsable	
Fecha de inclusión	___ / ___ / ___
Fecha consentimiento informado	___ / ___ / ___
Fecha visita basal	___ / ___ / ___
Fecha seguimiento 3 meses	___ / ___ / ___
Fecha seguimiento 6 meses	___ / ___ / ___

2. Criterios de elegibilidad

2.1. Criterios de inclusión

Cumple	Criterio
☐ Sí ☐ No	Edad igual o superior a 18 años
☐ Sí ☐ No	Seguimiento habitual en el centro de salud
☐ Sí ☐ No	IMC ≥ 30 kg/m ² y/o perímetro abdominal >102 cm en hombres o >88 cm en mujeres y/o índice cintura/altura $>0,6$
☐ Sí ☐ No	Aceptación para participar mediante consentimiento informado

2.2. Criterios de exclusión

Presente	Criterio
☐ Sí ☐ No	Embarazo en el momento de la inclusión
☐ Sí ☐ No	Enfermedad grave avanzada, situación de cuidados paliativos o condición clínica que limite significativamente el seguimiento
☐ Sí ☐ No	Dificultad para participar en visitas programadas o completar cuestionarios
☐ Sí ☐ No	Antecedente de cirugía bariátrica
☐ Sí ☐ No	Tratamiento farmacológico activo dirigido específicamente al abordaje de la obesidad en el momento de la inclusión

3. Datos sociodemográficos y clínicos basales

Variable	Registro
Edad	_____ años
Sexo registrado	☐ Mujer ☐ Hombre ☐ Otro / no consta
Situación laboral	☐ Activo/a ☐ Desempleo ☐ Jubilación ☐ Incapacidad ☐ Otros: _____
Nivel educativo	☐ Sin estudios ☐ Primarios ☐ Secundarios ☐ Universitarios ☐ No consta
Convivencia	☐ Solo/a ☐ Con pareja/familia ☐ Otros: _____ ☐ No consta
Tabaquismo	☐ Nunca ☐ Exfumador/a ☐ Fumador/a ☐ No consta
Consumo de alcohol registrado	☐ Sí ☐ No ☐ No consta

4. Comorbilidades y antecedentes relevantes

Antecedente / condición	Registro
Diabetes mellitus tipo 2	☐ Sí ☐ No ☐ No consta
Hipertensión arterial	☐ Sí ☐ No ☐ No consta
Dislipemia	☐ Sí ☐ No ☐ No consta
Enfermedad cardiovascular establecida	☐ Sí ☐ No ☐ No consta
SAHS / apnea del sueño	☐ Sí ☐ No ☐ No consta
Artrosis u otra limitación osteomuscular relevante	☐ Sí ☐ No ☐ No consta
Trastorno ansioso-depresivo u otra condición de salud mental registrada	☐ Sí ☐ No ☐ No consta
Otros antecedentes relevantes	_____
Tratamiento farmacológico habitual relevante	_____

5. Valoración antropométrica y cuestionarios

Variable	Unidad/categoría	Basal	3 meses	6 meses
Peso corporal	kg			
Talla	cm		NA	NA
Índice de masa corporal	kg/m ²			
Perímetro abdominal	cm			
Índice cintura/altura	valor numérico			
EQ-5D-5L: índice de utilidad	puntuación			
EQ-5D-5L: escala visual analógica	0-100			
MEDAS	0-14			
IPAQ versión corta	☐ Bajo ☐ Moderado ☐ Alto			

6. Indicadores de proceso asistencial

Registrar según historia clínica electrónica y hoja de seguimiento. Se recomienda valorar el periodo previo a la implementación y el periodo posterior definido en el protocolo.

Indicador	Antes de implementación	Después de implementación
Registro de peso, talla o IMC	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Registro de perímetro abdominal	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Diagnóstico de obesidad registrado	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Valoración de alimentación registrada	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Valoración de actividad física registrada	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Intervención individualizada registrada	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Objetivos pactados registrados	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Seguimiento clínico programado	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

7. Intervención inicial: comunicación clínica centrada en la persona

Elemento de la intervención	Registro
Se solicita permiso para hablar del peso	☐ Sí ☐ No ☐ No procede
Se explora la experiencia de enfermedad	☐ Sí ☐ No
Se exploran preocupaciones, expectativas y contexto personal	☐ Sí ☐ No
Se realiza entrevista motivacional breve	☐ Sí ☐ No
Se realiza toma de decisiones compartida	☐ Sí ☐ No
Se pactan objetivos individualizados	☐ Sí ☐ No

7.1. Exploración narrativa breve

Aspecto explorado	Registro narrativo breve
Percepción del paciente sobre su situación de salud/peso	
Impacto percibido en su vida diaria, funcionalidad o bienestar	
Intentos previos, barreras y facilitadores identificados	
Grado de disposición al cambio	☐ Baja ☐ Moderada ☐ Alta Observaciones:

7.2. Objetivos pactados en visita basal

Campo	Registro
Objetivo 1	☐ Alimentación ☐ Actividad física ☐ Sueño ☐ Estrés/bienestar emocional ☐ Otros
Descripción concreta del objetivo 1	
Objetivo 2	☐ Alimentación ☐ Actividad física ☐ Sueño ☐ Estrés/bienestar emocional ☐ Otros
Descripción concreta del objetivo 2	
Plan de seguimiento acordado	

8. Seguimiento a los 3 meses

Campo	Registro
Fecha de la visita	___ / ___ / ___
Asistencia a la visita	☐ Sí ☐ No ☐ Reprogramada
Revisión de objetivos pactados	☐ Sí ☐ No
Evolución del objetivo 1	☐ Cumplido ☐ Parcial ☐ No cumplido ☐ No valorable
Evolución del objetivo 2	☐ Cumplido ☐ Parcial ☐ No cumplido ☐ No valorable
Barreras identificadas	
Facilitadores identificados	
Reformulación de objetivos	☐ Sí ☐ No
Nuevo objetivo o ajuste acordado	
Seguimiento programado	☐ Sí ☐ No Fecha: ___ / ___ / ___

9. Seguimiento a los 6 meses y cierre del programa

Campo	Registro
Fecha de la visita	___ / ___ / ___
Asistencia a la visita	☐ Sí ☐ No ☐ Reprogramada
Revisión de objetivos pactados	☐ Sí ☐ No
Evolución global percibida por el paciente	☐ Mejoría ☐ Sin cambios ☐ Empeoramiento ☐ No valorable
Objetivos mantenidos o reformulados para continuidad asistencial	
IEXPAC administrado	☐ Sí ☐ No Motivo si no:
Puntuación global IEXPAC	___ / 10
Continuidad del seguimiento clínico tras el estudio	☐ Sí ☐ No Fecha/plan:

UNIVERSITAS
Miguel Hernández

Conclusiones finales

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

Anexo 3. Cuestionario EQ-5D-5L



Cuestionario de Salud.

Versión en español para España

(Spanish version for Spain)



Debajo de cada enunciado, marque UNA casilla, la que mejor describe su salud HOY.

MOVILIDAD

- No tengo problemas para caminar ☐
- Tengo problemas leves para caminar ☐
- Tengo problemas moderados para caminar ☐
- Tengo problemas graves para caminar ☐
- No puedo caminar ☐

AUTO-CUIDADO

- No tengo problemas para lavarme o vestirme ☐
- Tengo problemas leves para lavarme o vestirme ☐
- Tengo problemas moderados para lavarme o vestirme ☐
- Tengo problemas graves para lavarme o vestirme ☐
- No puedo lavarme o vestirme ☐

ACTIVIDADES COTIDIANAS (Ej.: trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre)

- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas ☐
- Tengo problemas leves para realizar mis actividades cotidianas ☐
- Tengo problemas moderados para realizar mis actividades cotidianas ☐
- Tengo problemas graves para realizar mis actividades cotidianas ☐
- No puedo realizar mis actividades cotidianas ☐

DOLOR / MALESTAR

- No tengo dolor ni malestar ☐
- Tengo dolor o malestar leve ☐
- Tengo dolor o malestar moderado ☐
- Tengo dolor o malestar fuerte ☐
- Tengo dolor o malestar extremo ☐

ANSIEDAD / DEPRESIÓN

- No estoy ansioso ni deprimido ☐
- Estoy levemente ansioso o deprimido ☐
- Estoy moderadamente ansioso o deprimido ☐
- Estoy muy ansioso o deprimido ☐
- Estoy extremadamente ansioso o deprimido ☐

- Nos gustaría conocer lo buena o mala que es su salud HOY.
- La escala está numerada del 0 al 100.
- 100 representa la mejor salud que usted se pueda imaginar.
 0 representa la peor salud que usted se pueda imaginar.
- Marque con una X en la escala para indicar cuál es su estado de salud HOY.
- Ahora, en la casilla que encontrará a continuación escriba el número que ha marcado en la escala.

SU SALUD HOY =

La mejor salud que
 usted se pueda

imaginar

100
 95
 90
 85
 80
 75
 70
 65
 60
 55
 50
 45
 40
 35
 30
 25
 20
 15
 10
 5
 0

La peor salud que
 usted se pueda

imaginar

Nota: El EQ-5D-5L es propiedad intelectual de EuroQol Research Foundation. Se incluye en este protocolo con finalidad exclusivamente metodológica e ilustrativa. La administración del cuestionario en el estudio se realizará únicamente tras obtener la autorización correspondiente de EuroQol Research Foundation y empleando la versión española oficial sin modificaciones.

Anexo 4. Cuestionario MEDAS

Instrucciones: Marque la respuesta correspondiente. Se asignará 1 punto cuando se cumpla el criterio de adherencia indicado y 0 puntos cuando no se cumpla. La puntuación total oscila entre 0 y 14 puntos; a mayor puntuación, mayor adherencia a la dieta mediterránea.

Nº	Pregunta	Criterio para 1 punto	Puntuación
1	¿Utiliza el aceite de oliva como principal grasa para cocinar?	Sí	0 / 1
2	¿Cuánto aceite de oliva consume al día, incluyendo el usado para freír, cocinar, aliñar y comidas fuera de casa?	≥ 4 cucharadas al día	0 / 1
3	¿Cuántas raciones de verduras u hortalizas consume al día?	≥ 2 raciones al día, al menos una en crudo o ensalada	0 / 1
4	¿Cuántas piezas de fruta consume al día?	≥ 3 piezas al día	0 / 1
5	¿Cuántas raciones de carne roja, hamburguesas, salchichas o embutidos consume al día?	< 1 ración al día	0 / 1
6	¿Cuántas raciones de mantequilla, margarina o nata consume al día?	< 1 ración al día	0 / 1
7	¿Cuántas bebidas azucaradas o carbonatadas consume al día?	< 1 bebida al día	0 / 1
8	¿Cuántas copas de vino consume a la semana?	≥ 7 copas a la semana	0 / 1
9	¿Cuántas raciones de legumbres consume a la semana?	≥ 3 raciones a la semana	0 / 1

10	¿Cuántas raciones de pescado o marisco consume a la semana?	≥ 3 raciones a la semana	0 / 1
11	¿Cuántas veces consume repostería comercial, bollería, galletas o dulces a la semana?	< 3 veces a la semana	0 / 1
12	¿Cuántas raciones de frutos secos consume a la semana?	≥ 3 raciones a la semana	0 / 1
13	¿Consume preferentemente pollo, pavo o conejo en lugar de ternera, cerdo, hamburguesas o salchichas?	Sí	0 / 1
14	¿Cuántas veces a la semana consume verduras, pasta, arroz u otros platos aderezados con sofrito de tomate, ajo, cebolla o puerro elaborado con aceite de oliva?	≥ 2 veces a la semana	0 / 1
	Puntuación total	Suma de los 14 ítems	___/14

Tomado de:

Martínez-González MA, García-Arellano A, Toledo E, Salas-Salvadó J, Buil-Cosiales P, Corella D, et al. A 14-Item Mediterranean Diet Assessment Tool and Obesity Indexes among High-Risk Subjects: The PREDIMED Trial. PLoS One. 2012;7(8):e43134. doi:10.1371/journal.pone.0043134.

Anexo 5. Cuestionario IPAQ breve

Finalidad: valorar el nivel de actividad física durante los últimos 7 días.

Nº	Pregunta	Respuesta
1	Durante los últimos 7 días , ¿en cuántos días realizó actividad física vigorosa , como levantar pesos importantes, cavar, hacer aeróbic, correr o ir rápido en bicicleta?	____ días/semana
2	En uno de esos días, ¿cuánto tiempo dedicó habitualmente a realizar actividad física vigorosa?	____ horas ____ minutos/día
3	Durante los últimos 7 días , ¿en cuántos días realizó actividad física moderada , como transportar pesos ligeros, montar en bicicleta a ritmo tranquilo o jugar dobles al tenis? No incluya caminar.	____ días/semana
4	En uno de esos días, ¿cuánto tiempo dedicó habitualmente a realizar actividad física moderada?	____ horas ____ minutos/día
5	Durante los últimos 7 días , ¿en cuántos días caminó durante al menos 10 minutos seguidos ?	____ días/semana
6	En uno de esos días, ¿cuánto tiempo caminó habitualmente?	____ horas ____ minutos/día
7	Durante los últimos 7 días , ¿cuánto tiempo permaneció sentado en un día habitual?	____ horas ____ minutos/día

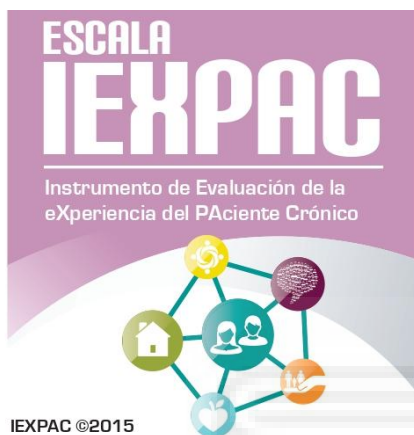
Variable	Cálculo
Actividad vigorosa	$8,0 \text{ MET} \times \text{minutos/día} \times \text{días/semana}$
Actividad moderada	$4,0 \text{ MET} \times \text{minutos/día} \times \text{días/semana}$
Caminar	$3,3 \text{ MET} \times \text{minutos/día} \times \text{días/semana}$
Actividad física total	Suma de MET-min/semana de actividad vigorosa + moderada + caminar
Clasificación final	Bajo / moderado / alto, según protocolo IPAQ

Categoría	Criterio general
Bajo	No cumple criterios de actividad física moderada ni alta.
Moderado	Cumple criterios de actividad física suficiente, como actividad vigorosa ≥ 3 días/semana durante al menos 20 minutos/día, o actividad moderada/caminar ≥ 5 días/semana durante al menos 30 minutos/día, o combinación de actividades que alcance al menos 600 MET-min/semana.
Alto	Actividad vigorosa ≥ 3 días/semana alcanzando al menos 1500 MET-min/semana, o combinación de actividades 7 días/semana alcanzando al menos 3000 MET-min/semana.

Tomado de:

Román-Viñas B, Serra-Majem L, Hagströmer M, Ribas-Barba L, Sjöström M, Segura-Cardona R. International physical activity questionnaire: reliability and validity in a Spanish population. Eur J Sport Sci. 2010;10(5):297-304. doi:10.1080/17461390903426667.

Anexo 6. Cuestionario IEXPAC



IEXPAC ©2015



INSTRUCCIONES

Para contestar, lea por favor cada pregunta en el orden en que aparecen y elija la opción de respuesta que mejor refleje su opinión. No hay respuestas correctas o incorrectas, lo que importa es su experiencia personal. Todas las preguntas hacen referencia a los últimos 6 meses.

En las preguntas, nos vamos a referir siempre al conjunto de los profesionales que le atienden. Para contestar, piense en su médico y su enfermera del centro de salud, en los especialistas y enfermeras del hospital, farmacéuticos, enfermera gestora de casos, fisioterapeuta, psicólogo; también en otros profesionales como el trabajador social del centro de salud, del ayuntamiento o de los servicios sociales y, en general, en todo el equipo que le atiende. Cada vez que citemos a los profesionales que le atienden, piense en ellos.

Marque con una X la opción de respuesta que mejor refleje su valoración personal y, por favor, no se deje ninguna pregunta sin responder.

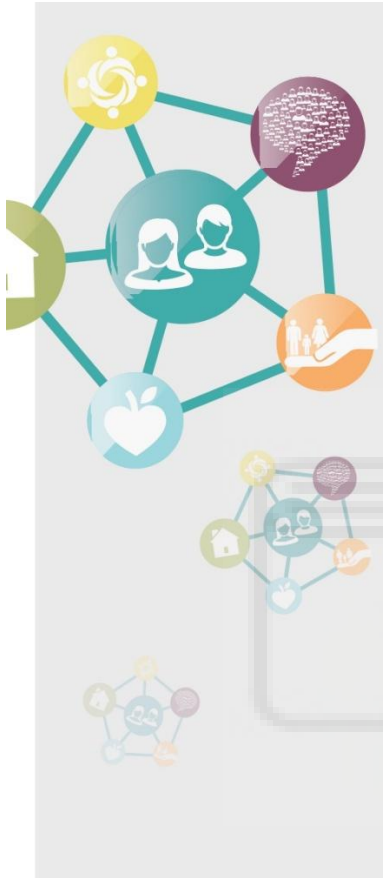
¡Muchas gracias por su colaboración!

PREGUNTAS

Por favor, a partir de su experiencia como paciente crónico, responda a las siguientes cuestiones mostrando la frecuencia con la que le ocurren este tipo de situaciones.

	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1. Respetan mi estilo de vida Los profesionales que me atienden me escuchan y tienen en cuenta mis necesidades, costumbres y preferencias para adaptar mi plan de cuidados y tratamiento.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Están coordinados para ofrecerme una buena atención Los profesionales que me atienden en el centro de salud y los que me atienden en el hospital hablan entre ellos y se coordinan para mejorar mi bienestar y mi calidad de vida.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Me ayudan a informarme por Internet Los profesionales que me atienden me informan sobre páginas web y foros de internet de los que me puedo fiar para conocer mejor mi enfermedad, su tratamiento y las consecuencias que pueden tener en mi vida.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Ahora sé cuidarme mejor Con el apoyo de mis profesionales siento que ha mejorado mi confianza y mi capacidad para cuidar de mí mismo/a, manejar mejor mis problemas de salud y mantener mi autonomía.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Me preguntan y me ayudan a seguir mi plan de tratamiento Reviso con los profesionales que me atienden el cumplimiento de mi plan de cuidados y tratamiento y, si tengo dudas, me las aclaran.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Acordamos objetivos para llevar una vida sana y controlar mejor mi enfermedad He podido acordar con los profesionales que me atienden objetivos concretos sobre alimentación, ejercicio físico y cómo tomar adecuadamente la medicación para controlar mejor mi enfermedad.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Uso internet y el móvil para consultar mi historia clínica Uso Internet y el móvil para consultar mi historia clínica, resultados de mis pruebas, citas programadas y acceder a otros servicios en la web de mi Servicio de salud.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Se aseguran de que tomo la medicación correctamente Los profesionales que me atienden revisan conmigo todos los medicamentos que tomo, cómo los tomo, cómo me sientan y puedo consultarles las dudas que tenga.	☐	☐	☐	☐	☐
9. Se preocupan por mi bienestar Los profesionales que me atienden se preocupan por mi calidad de vida y los veo comprometidos para que mejore mi bienestar.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Me informan de recursos sanitarios y sociales que me pueden ayudar Los profesionales que me atienden me informan sobre los recursos sanitarios y sociales de que dispongo (en mi barrio, ciudad o pueblo) y que puedo utilizar para mejorar mis problemas de salud y para cuidarme mejor.	☐	☐	☐	☐	☐
11. Me animan a hablar con otros pacientes Los profesionales que me atienden me animan a participar en grupos de pacientes para compartir información y experiencias sobre cómo cuidarnos y mejorar nuestra salud.	☐	☐	☐	☐	☐

Más información en: www.iexpac.org y en www.iemac.org/iexpac



PREGUNTAS

12. Se preocupan por mí al llegar a casa tras estar en el hospital

Después de recibir el alta del hospital, me han llamado o visitado en casa para ver cómo me encontraba y qué cuidados necesitaba.

Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
☐	☐	☐	☐	☐

13. Me orientan para no tener una nueva urgencia

Después de haber estado en urgencias, los profesionales que me atienden saben lo que me ha pasado y me orientan para evitar una nueva urgencia.

○ ○ ○ ○ ○

14. Me atienden bien en mi domicilio

Los profesionales que me atienden en mi casa tratan de solucionar mis problemas de salud de forma coordinada con los profesionales del centro de salud y del hospital

○ ○ ○ ○ ○

15. Los servicios sociales están coordinados con los servicios sanitarios para ofrecerme una buena atención

Si usted ha recibido atención de los servicios sociales en los últimos 6 meses, por favor, responda a la siguiente pregunta:

Los profesionales que me atienden en los servicios sociales hablan y se coordinan con los profesionales sanitarios para ofrecerme una buena atención.

○ ○ ○ ○ ○

Sexo: Edad: Número de medicamentos que está tomando:

Nota: La escala IEXPAC© 2018 es una herramienta titularidad de BIOEF, ICS, MSD y UMH.

Tomado de: Mira, J J et al 2016. Development and Validation of an Instrument for Assessing Patient Experience of Chronic Illness Care. *International Journal of Integrated Care*, 16(3): 13, pp. 1–13, DOI: 10.5334/ijic.2443