

Keltoum Tahiri

**FACTORS DE MANCA D'ADHERÈNCIA AL TRACTAMENT EN EL PACIENT
ADULT AMB FACTOR DE RISC CARDIOVASCULAR**

TREBALL FI DE GRAU

Dirigit per Sra. Gloria Carol Moyano

Infermeria



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
Facultat d'infermeria

EL VENDRELL, 2016

ÍNDEX

ÍNDEX	1
RESUM.....	3
INTRODUCCIÓ	5
MARC TEÒRIC.....	8
FACTORS DE LA MANCA D'ADHERÈNCIA AL RÈGIM TERAPÈUTIC	9
Raons relacionades amb el pacient	9
Raons relacionades amb el fàrmac.....	10
Raons relacionades amb la malaltia i condició de salut del pacient	11
Raons relacionades amb el professional sanitari / sistema sanitari.....	11
Factors socioeconòmics	11
IMPLICACIONS DE LA NO-ADHERÈNCIA A LA TERÀPIA	12
INSTRUMENTS PER MESURAR L'ADHERÈNCIA TERAPÈUTICA.....	13
Test de compliment auto-comunicat o test d'Haynes-Sackett	13
Test de Morisky-Green	13
Test de Batalla (Test de coneixement del pacient sobre la malaltia)	14
Test d'Hermes	15
Test d'Herrera Carranza	15
OBJECTIUS	17
GENERALS.....	17
ESPECÍFICS.....	17
METODOLOGIA	18
DISSENY I METODOLOGIA	18
POBLACIÓ I MOSTRA.....	20
ASPECTES ÈTICS PREVIS A L'ENTREVISTA	21
RESULTATS	22
CATEGORIA 1: FACTORS RELACIONATS AMB EL PACIENT	22
CATEGORIA 2: FACTORS AMBIENTALS / SOCIALS.....	24

CATEGORIA 3: FACTORS RELACIONATS AMB EL TRACTAMENT FARMACOLÒGIC I/O MALALTIA	27
CATEGORIA 4: FACTORS RELACIONATS AMB SERVEIS SANITARIS	28
DISCUSSIÓ	31
CONCLUSIONS	35
BIBLIOGRAFIA	39
AGRAÏMENTS	41
ARTÍCLE	42
RESUMEN	42
ABSTRACT	44
INTRODUCCIÓN	45
MATERIAL Y MÉTODOS	47
RESULTADOS	49
DISCUSIÓN	53
CONCLUSIONES	56
BIBLIOGRAFÍA	58
TABLAS Y FIGURAS	60
ANNEXES	61
ANNEX I: TEST DE MORISKY-GREEN	61
ANNEX II: ENTREVISTES	62
Entrevista I:.....	62
Entrevista II:.....	70
Entrevista III:.....	81
ANNEX III: CONSENTIMENT INFORMAT	88
ANNEX IV: NORMES PUBLICACIÓ REVISTA INFERMERIA GLOBAL.....	89
ANNEX V: JUSTIFICACIÓ DEL PROJECTE.....	92
ANNEX VI: CRONOGRAMA	95

RESUM

Objectiu: analitzar qualitativament les raons de manca d'adherència al règim terapèutic en el pacient amb factors de risc cardiovascular.

Material i mètodes: estudi de tipus qualitatiu, transversal amb finalitat descriptiva. Per a la recollida de dades es va utilitzar el qüestionari de Morisky Green i entrevista en profunditat semiestructurada a una mostra de 3 persones adultes amb diferents factors de risc cardiovascular. L'anàlisi es fa per categories de quatre factors: relacionats amb pacient, socials / ambientals, relacionats amb malaltia o tractament i relacionats amb servei sanitari.

Resultats i discussió: els 3 pacients manifesten que els quatre factors analitzats són presents i relacionats amb la manca d'adherència al règim terapèutic. Aspectes més destacables són la cronicitat dels FRCV, el factor socioeconòmic i destaquen també els serveis sanitaris. Aquest estudi aborda les diverses dimensions de l'adherència terapèutica i les contrasta amb altres estudis amb els quals trobem molta relació.

Conclusions: El control dels factors de risc cardiovascular constitueix un complex conjunt d'interaccions, en el qual l'adherència terapèutica és una clau en la qual podem intervenir. Aquest estudi pot contribuir a establir estratègies que millorin l'adherència terapèutica en el pacient amb risc cardiovascular. En aquesta mesura es recomana intervenció de tot el professional sanitari i infermeria especialment, mitjançant els diagnòstics i intervencions com ara l'ensenyament del procés de malaltia.

Paraules clau: adherència al tractament; malalties cardiovasculars; factors de risc

ABSTRACT

Objective: To identify the reasons why patients with cardiovascular risk factors doesn't adhere to the treatment regimen.

Methodology: qualitative, observational, transverse and descriptive study. Morisky Green questionnaire and semi-structured interview in depth to a sample of 3 adults with different cardiovascular risk factors was used for data collection. Categories are analysed by four factors: patient-related, social / environmental, related to disease or treatment and related health service.

Results and discussion: the three patients report that analysed the four factors are present and related to lack of adherence to treatment regimen. Most aspects are the chronicity of cardiovascular risk factors, socioeconomic factor and emphasize health services. The low educational level is factor acting on the other. This study addresses the various dimensions of adherence and contrasts with other studies which found much to do.

Conclusions: The control of cardiovascular risk factors is a complex set of interactions in which adherence is a key in which we can intervene. This study may help establish strategies to improve adherence in patients with cardiovascular risk. To that extent involvement of all health professional and nursing especially recommended by diagnoses and interventions NANDA, NOC, and NIC appropriate.

Keywords: adherence to treatment; cardiovascular diseases; risk factors.

INTRODUCCIÓ

En els països desenvolupats, les taxes d'adherència als tractaments en malalties cròniques se situa al voltant del 50%. Aquesta xifra és considerablement menor en els països en vies de desenvolupament, segons un recent informe de la Organització Mundial de la Salut (OMS), que qualifica la falta d'adherència com un problema mundial de gran magnitud¹. Cal entendre la importància del problema i posar en marxa estratègies adequades per solucionar-ho.

L'any 2004 l'OMS va definir el terme adherència com el grau en què la conducta d'un pacient, en relació amb la presa de medicació, el seguiment d'una dieta o la modificació d'hàbits de vida, es correspon amb les recomanacions acordades amb el professional sanitari

Aquesta definició es basa en la proposta per Haynes et al de l'any 1976 per al terme compliment, encara que la principal diferència és que l'adherència requereix el consentiment del pacient amb les recomanacions rebudes, i expressa una col·laboració activa entre el professional sanitari en la presa de decisions que afecten la seva pròpia salut. Per contra, el terme compliment implica una conducta de submissió i obediència a una ordre, pròpia d'una relació paternalista entre els professionals de la salut i el pacient. Aquesta manca de participació del pacient en la definició podria justificar el desús del terme compliment en favor de d'adherència, però en la pràctica els dos termes continuen utilitzant-se de manera indiferent².

D'acord amb l'Organització Mundial de la Salut, la mesura i l'avaluació de la adherència terapèutica es una necessitat continua, que permet la planificació de tractaments efectius, eficients i de qualitat³.

Així com l'adherència al tractament, les malalties cardiovasculars també són un problema de salut pública per la seva alta prevalença i perquè constitueixen la principal causa de mort de la població adulta en la majoria dels països. En els països en vies de desenvolupament s'espera que la seva freqüència segueixi augmentant perquè han hagut canvis econòmics i demogràfics que estarien contribuint a l'increment dels factors de risc^{4,5}.

L'Organització Mundial de la Salut declara que les MCV són la principal causa de mort a tot el món, es calcula que el 2012 van morir per aquesta causa 17,5 milions de persones, la qual cosa representa un 31% de totes les morts registrades en el món. I es calcula que l'any 2015 moriran al voltant de 20 milions de persones a causa d'una MCV, sobretot per cardiopaties i ACV, i es preveu que segueixin sent la causa principal de mort⁶.

Les malalties cardiovasculars són la primera causa de mort en les dones i la segona en els homes, per darrere dels tumors, i prop del 28% de les defuncions a Catalunya es poden atribuir a aquestes malalties. A Espanya les MCV han estat les causants del 32% de totes les morts l'any 2007⁷.

Les malalties cardiovasculars es donen quan coincideixen un nombre suficient de factors desencadenants, que són els que anomenem factors de risc cardiovascular. Podem definir factor de risc, en general, com aquella característica innata o adquirida que s'associa a una més gran probabilitat de patir una determinada malaltia⁴.

Els factors de risc cardiovascular (FRCV) es poden classificar com a causals, condicionals i predisposants. Entre els causals trobem els FRCV majors o independents; són aquells que tenen una associació més forta amb la malaltia

cardiovascular i major prevalença en la nostra societat: hipertensió arterial, diabetis mellitus (DM), dislipèmia i tabaquisme^{4,5}.

Per la infermeria el tema de l'adherència es rellevant perquè a l'atenció primària es porta el control de crònics, aquí estaria la valoració de l'adherència i la mesura de RCV per exemple. A més en la taxonomia de diagnòstics NANDA (Nursing Outcomes Classification, Clasificación de los resultados de enfermería), NIC, NOC amb les quals treballem a infermeria tenim diagnòstics que estan relacionats amb l'ensenyament de la malaltia, el seguiment, l'incompliment entre d'altres, llavors es important saber quan un pacient no es adherent al règim terapèutic les causes i depèn d'elles tindríem que actuar. Per exemple si es per desconeixement de la malaltia doncs hauríem de ensenyar i explicar la malaltia, el tractament i la importància d'aquest^{8,9}.

L'exploració de l'adherència a les persones amb factor de risc de malaltia cardiovascular i dels factors que incideixen a aquest comportament permetrà comptar amb coneixements fermes sobre els aspectes a tenir en compte per elaborar un instrument que ens indiqui quins són els factors que influeixen en que el pacient segueixi o no el tractament donat pel persona de salut, i per tant, la seva adherència serà o no l'esperada.

MARC TEÒRIC

Com hem nomenat anteriorment l'adherència al règim terapèutic es pot definir com el context en el qual el comportament de la persona coincideix amb les recomanacions relacionades amb la salut i inclouen la capacitat del pacient per:

- Assistir a les consultes programades (consultori / hospital).
- Prendre els medicaments com es van prescriure.
- Realitzar els canvis d'estil de vida recomanats.
- Completar les anàlisis o proves.

I la no adherència és defineix com la falla en el compliment de les instruccions terapèutiques, ja sigui de forma voluntària o inadvertida; un exemple d'això són els problemes relacionats amb els medicaments. La falla de seguir els esquemes de tractament indicats pel metge o pel personal de salut és, en essència, una decisió personal de causa multifactorial. Molts pacients fan una anàlisi propi de risc-benefici de la necessitat versus conveniència de prendre el o els medicaments. Sovint la decisió de si el pacient pren o no la medicació es basa en l'avaluació de la importància de quatre factors:

- Què tan alta és la prioritat de prendre la medicació
- La percepció de gravetat de la malaltia
- La credibilitat en l'eficàcia de la medicació
- Acceptació personal dels canvis recomanats

Es considera que la "no-adherència" als esquemes de tractament prescrits és la major causa de falla terapèutica, generalment atribuïda al pacient. No obstant això, la complexitat del fenomen de no-adherència a la teràpia, requereix un abordatge

multidimensional, que integri la perspectiva pacient-professional de salut-sistema de salut.

La freqüència de la no-adherència al tractament pot variar, fins i tot un mateix individu que compleixi amb l'esquema d'una medicació, però no amb l'altra o les altres. A més, el comportament adherent pot canviar en el temps a causa de la percepció de l'individu, de l'eficàcia de la medicació, factors econòmics, socioculturals, ambientals, etc. ^{1,2,3}

FACTORS DE LA MANCA D'ADHERÈNCIA AL RÈGIM TERAPÈUTIC

Hi ha diversos factors que poden desembocar en un problema d'adherència, i la majoria d'ells estan estretament relacionats.

Raons relacionades amb el pacient

L'edat, l'entorn cultural i social del pacient, el nivell de educació, així com la seva personalitat, condicionen el resultat del tractament. Alguns pacients no compleixen el tractament a causa de la creença que no han estat tractats correctament o que el medicament no és efectiu, o també per comprendre amb dificultats les explicacions mèdiques relacionades amb el tractament.

Alguns dels factors relacionats amb el pacient que actuen sobre l'adherència terapèutica són l'oblit, l'estrès psicossocial, l'angoixa pels possibles efectes adversos, la baixa motivació, el coneixement i l'habilitat inadequats per controlar els símptomes de la malaltia i el tractament, el no percebre la necessitat de tractament, les creences negatives pel que fa a l'efectivitat del tractament, el entendre malament i no acceptar la malaltia, la incredulitat en el diagnòstic, el entendre malament les instruccions del tractament, la manca d'acceptació del monitoratge, les baixes expectatives de tractament, la inadequada assistència als controls de seguiment, els sentiments i el sentir-estigmatitzat per la malaltia.

La depressió o l'existència de trastorns cognitius com l'Alzheimer també són de les principals raons per l'incompliment. Per últim, cal destacar l'especial rellevància d'aquest problema en dues poblacions especials: gent gran i nens en què aspectes com la seguretat o la simplificació del règim terapèutic són clau^{1,2,4}.

Raons relacionades amb el fàrmac

La interrupció del tractament a causa de l'aparició d'efectes adversos és una de les causes més comuns d'incompliment. Aquests poden ser la causa de l'abandonament de la pauta terapèutica o poden aparèixer també com a conseqüència de la manca de seguiment de les recomanacions mèdiques sobre les pautes dosificació. Característiques del principi actiu: farmacodinàmica, farmacocinètica, forma farmacèutica i característiques organolèptiques. És freqüent que el pacient abandoni el tractament si no s'observa un resultat beneficiós derivat de la seva utilització a curt termini. En trastorns com la depressió en què es comença a observar els beneficis després d'un període més o menys prolongat després de prendre la medicació, s'ha observat que només d'un 25 a un 50% dels pacients segueixen les recomanacions de les guies clíniques pel que fa a la duració apropiada del tractament. Un factor important que condueix a l'incompliment és la complexitat del règim terapèutic del pacient, que produeix així mateix un augment de la probabilitat d'error en la presa de la medicació. Per això, la simplificació del tractament augmenta l'adherència del pacient a la teràpia i d'aquesta manera la probabilitat de resultats positius.

L'increment en el preu dels fàrmacs, així com l'augment del copagament dels medicaments finançats públicament, origina un increment en la despesa en medicaments per al pacient i, per tant, pot constituir una barrera per al compliment del règim terapèutic^{1,2,4}.

Raons relacionades amb la malaltia i condició de salut del pacient

En general les malalties crònica com la diabetis o la hipertensió arterial són les que presenten major índex d'incompliment pel que fa a les malalties agudes

Aquests factors constitueixen exigències particulars que enfronta el pacient; alguns determinants són els relacionats amb la gravetat dels símptomes, el grau de la discapacitat (física, psicològica i social), la velocitat de progressió i la gravetat de la malaltia. La seva repercussió depèn de quant influeixen en la percepció del pacient i en la prioritat assignada a l'adherència Terapèutica^{1,2,4}.

Raons relacionades amb el professional sanitari / sistema sanitari

La manca de temps en la comunicació metge-pacient, especialment en nivells bàsics assistencials, unit a dificultats en la comunicació entre tots dos, constitueix un motiu per l'abandó del règim terapèutic. En alguns casos, sobretot en malalties cròniques, cal monitoritzar periòdicament al pacient per garantir l'èxit del tractament

De tots els factors anteriorment esmentats, alguns d'ells han estat identificats com a clau i predictors d'una baixa adherència a la medicació són: falta de coneixement de la malaltia, del règim terapèutic i de les conseqüències de l'incompliment per part del pacient; manca d'una relació adequada entre el pacient i el metge, complexitat i llarga duració del tractament, malaltia asimptomàtica, inadequat seguiment o falta d'un pla elaborat sobre l'abandonament de la medicació; presència d'efectes adversos, cost de la medicació / o copagament, no acudir a les cites mèdiques, presència de problemes psicològics com depressió ansietat, creences i percepcions del pacient sobre la medicació i presència de dificultats cognitives^{1,2,4}.

Factors socioeconòmics

S'atribueix un efecte considerable sobre l'adherència a factors com l'estat socioeconòmic deficient, pobresa, analfabetisme, baix nivell educatiu, manca de

xarxes de suport social, condicions de vida inestable, llunyania del centre de tractament, cost elevat del transport, alt cost de els medicaments, disfunció familiar, cultura i creences populars sobre la malaltia i del tractament; els quals de manera conjunta actuen negativament sobre l'adherència terapèutica en persones amb processos crònics com els cardiovasculars. Per contra, s'ha informat que les organitzacions comunitàries, l'educació dels pacients analfabets, l'avaluació de les necessitats socials i l'estat de preparació de la família són intervencions socials efectives per millorar l'adherència terapèutica¹⁰.

IMPLICACIONS DE LA NO-ADHERÈNCIA A LA TERÀPIA

Les conseqüències de la no-adherència al tractament estan relacionades amb les condicions específiques del pacient i la seva patologia i transiten en un ampli rang d'aspectes que van des de pèrdua en la qualitat de vida del pacient i la seva família i increment en els costos per al pacient i el sistema de salut, fins a casos de reconeguda gravetat que comprometen la vida del pacient. L'adherència a la teràpia és un concepte rellevant en cas de recomanacions per a la planificació familiar, el control de l'obesitat, teràpies de rehabilitació i inclusivament per a l'apropiació d'hàbits saludables (deixar de fumar, disminuir la ingesta de sal, restringir el colesterol i complir amb l'exercici o activitat física requerida), complementaris a la teràpia farmacològica. La llista de possibles conseqüències de la no-adherència a la teràpia és àmplia, com ho és la complexitat del fenomen d'adherència a la teràpia⁴. Alguns exemples són:

- L'omissió de la medicació antiarítmica que pot portar el pacient a aturada cardíaca
- El no ús de les gotes per al glaucoma, pot resultar en dany irreparable del nervi òptic.
- En el cas dels antihipertensius es pot desencadenar hipertensió de robot agreujat pel fet de constituir una malaltia silenciosa.

Si el metge tractant no és conscient de la no-adherència, pot cometre errors com:

- Prescriure dosis majors que resulten innecessàries i en alguns casos perilloses
- Ordenar estudis invasius innecessaris
- Ordenar estudis que incrementen costos al sistema
- Canviar la teràpia davant la falta de resposta clínica.

INSTRUMENTS PER MESURAR L'ADHERÈNCIA TERAPÈUTICA

Hi ha diferents tests i instruments per mesurar l'adherència terapèutica^{11,12}, dels quals uns son els següents:

Test de compliment auto-comunicat o test d'Haynes-Sackett

Aquesta tècnica es basa en preguntar al malalt sobre el seu nivell de compliment del tractament.

Consta de 2 parts. En la primera, s'evita interrogar de manera directa al pacient sobre la presa de medicació, s'intenta crear un ambient adequat de conversa, i se li comenta al pacient la dificultat dels malalts per prendre la medicació mitjançant la següent frase: «la majoria de pacients tenen dificultats en prendre tots els seus comprimits»; posteriorment, en la segona part del test es realitza la següent pregunta: «Té vostè dificultats en prendre els seus?». Si la resposta és afirmativa, el pacient és incomplidor, serà un mètode fiable i podran utilitzar-se les mesures o intervencions que es considerin necessàries

Test de Morisky-Green

Aquest mètode, que està validat per diverses malalties cròniques, va ser desenvolupat originalment per Morisky, Green i Levine⁸ per valorar el compliment de la medicació en pacients amb hipertensió arterial (HTA). Des que el test va ser introduït s'ha fet servir en la valoració del compliment terapèutic en diferents enfermedades⁹⁻¹⁵. Consisteix en una sèrie de 4 preguntes de contrast amb resposta dicotòmica si / no, que reflecteix

la conducta del malalt respecte al compliment. Es pretenen valorar si el malalt adopta actituds correctes amb relació amb el tractament per a la seva enfermedad⁴; s'assumeix que si les actituds són incorrectes el pacient és incomplidor. Presenta l'avantatge que proporciona informació sobre les causes de l'incompliment. Les preguntes, que s'han de realitzar barrejades amb la conversa i de forma cordial, són les següents:

1. Oblida alguna vegada prendre els medicaments per tractar la seva malaltia?
2. Pren els medicaments a les hores indicades?
3. Quan es troba bé, deixa de prendre la medicació?
4. Si alguna vegada li sent malament, deixa vostè de prendre-la?

El pacient és considerat com complidor si es respon de forma correcta a les 4 preguntes, és a dir, No / Sí / No / No. Hi ha una altra variant, en la qual es modifica la segona pregunta per permetre que la resposta correcta sigui «no», i d'aquesta manera s'aconsegueix que per ser complidor calgui respondre a les 4 preguntes de la mateixa manera: No / No / No / No. La pregunta és: ¿Oblida prendre els medicaments a les hores indicades? Aquesta fórmula va ser utilitzada per Val Jiménez⁹ en la validació del test per l'HTA.

Test de Batalla (Test de coneixement del pacient sobre la malaltia)

Tots dos són qüestionaris en els quals, mitjançant preguntes senzilles, s'analitza el grau de coneixement que el pacient té de la seva malaltia, assumint que un major coneixement de la malaltia per la seva part representa un major grau de compliment. El Test de Batalla per l'HTA és un dels qüestionaris més habituals, per la seva bona sensibilitat, que es fonamenta en el coneixement de la malaltia. Se considera incomplidor al pacient que falla alguna de les següents respostes:

1. És la HTA una malaltia per a tota la vida?
2. ¿Se pot controlar amb dieta i medicació?
3. Citi 2 o més òrgans que poden danyar-se per tenir la pressió arterial elevada.

Aquestes preguntes es poden modificar per aplicar-se a altres malalties cròniques.

Test d'Hermes

És un qüestionari integrat per les següents preguntes¹⁶:

1. Pot dir-me vostè el nom del medicament que pren per l'HTA? (Sí / No).
2. ¿Cuántos comprimits d'aquest medicament ha de prendre cada dia? (Sap / No sap).
3. Ha oblidat alguna vegada prendre els medicaments? (Mai / A vegades / Moltes vegades / Sempre).
4. En les últimes setmanes, quants comprimits no ha pres? (0-1 / 2 o més).
5. Toma la medicació a l'hora indicada? (Sí / No).
6. Ha deixat en alguna ocasió de prendre la medicació perquè es trobava pitjor prenent? (No / Sí).
7. Quan es troba bé, s'oblida de prendre la medicació? (No / Sí).
8. Quan es troba malament, s'oblida de prendre la medicació? (No / Sí).

Són qüestions valorables les números 1, 3, 4 i 8. Seran complidors els pacients que sumin 3 o 4 punts.

Test d'Herrera Carranza

Proposa 4 preguntes, dirigides als pacients, que poden contribuir a millorar la vigilància del compliment terapèutic en la farmàcia comunitària:

1. Sap per què el seu metge li ha prescrit tal (és) medicament (s)?
2. Me agradaria conèixer com se sent després d'acabar completament el seu tractament.
3. ¿Sabe com ha de prendre la seva medicació?
4. ¿Ha posat en coneixement del seu metge que ha acabat el tractament?

Específicament també hi ha un instrument "Factors que influeixen en l'adherència als tractaments farmacològics i no farmacològics en pacients amb factors de risc de malaltia cardiovascular" que va ser dissenyat inicialment a la ciutat de Bogotà l'any 2006 per Bonilla i De Reals en on es avaluaven cinc dimensions mitjançant 72 ítems. L'any 2007 es va realitzar un nou estudi com a part d'un treball de grau de mestratge en infermeria el qual va utilitzar un instrument amb 62 ítems; després d'aquests treballs, es va fer una nova anàlisi en l'any 2008 que va deixar l'instrument amb 53 ítems agrupats en quatre dimensions. Posteriorment, Ortiz va publicar una anàlisi en l'any 2010 en què es va reduir l'instrument a 24 ítems agrupats en les mateixes quatre dimensions (factors socioeconòmics, factors relacionats amb el proveïdor, factors relacionats amb la teràpia i factors relacionats amb el pacient). Per a l'últim estudi, l'instrument obté un coeficient de fiabilitat de 0,6010. Els ítems es responen mitjançant una escala Likert de 3 punts (mai, de vegades, sempre - 1, 2 i 3) de Mann-Whitney en què únicament posseeix dos valors¹.

OBJECTIUS

GENERALS

- Conèixer les raons que fan que el pacient adult amb risc cardiovascular no s'adhereix al règim terapèutic.

ESPECÍFICS

- Identificar factors econòmics, socials i culturals
- Averiguar factors relacionats amb el tractament farmacològic i/o malaltia
- Descobrir factors relacionats amb el pacient i desconeixement de la malaltia
- Analitzar els factors relacionats amb serveis sanitaris

METODOLOGIA

DISSENY I METODOLOGIA

Aquest estudi es un disseny observacional, descriptiu i transversal amb metodologia d'anàlisi qualitatiu, que es realitza a tres pacients adults joves amb factors de risc cardiovascular, no adherents al règim terapèutic.

La metodologia que respon als objectius plantejats es la metodologia qualitativa ja que està basada en aquests punts principals i tots ells m'ajudaran a desenvolupar aquest estudi⁸, aquests punts son els següents:

- Busca la comprensió i la interpretació de la realitat situant-se en la perspectiva de les persones investigades, a las que entén como subjectes reflexius i pensants. En el meu cas vull saber en cada pacient els factors que el fan no adherent al règim terapèutic, el perquè i la seva visió del tema que potser diferent en cadascú.
- Visió holística. Emfatitza en el context. La investigació ha de tenir sensibilitat sociocultural.
- No pretén trobar lleis universals. Busca generalitzacions mes moderades i en funció de cada situació com a resultat del conjunt de investigacions contextuals
- Pretén obtenir coneixement intensiu i en profunditat

En aquest cas la investigació qualitativa m'ajudarà a conèixer en cada cas els factors que contribueixen en la no adherència al tractament i poder aprofundir mitjançant aquest mètode, ja que podrem arribar a molta informació i amb molta precisió.

Al principi es farà una recollida de dades sociodemogràfiques per definir la mostra d'estudi.

Com a primer pas se'ls realitzarà als tres pacients el qüestionari de Morisky-Green (annex 1), que es un mètode validat per mesurar el compliment terapèutic en diverses malalties cròniques, va ser desenvolupat per Morisky Green i Levine per valorar el compliment de la medicació en pacients amb hipertensió arterial (HTA). Aquest test

consisteix en 4 preguntes amb resposta dicotòmica si/no que reflecteix la conducta del pacient respecte el compliment¹¹.

En aquest cas aquest test l'utilitzaré per verificar que els pacient no son adherents.

Després de descartar que son adherents, utilitzaré el mètode entrevista en profunditat per la recollida de dades, utilitzant una entrevista semiestructurada. Després de tenir el consentiment informat dels pacients, la entrevista serà gravada i transcrita per després poder fer l'anàlisi de dades (annex 2).

Aquest mètode respon als objectius del meu estudi ja que l'entrevista en profunditat dona informació holística, contextualitzada i personalitzada també perquè hi ha una interacció directa amb l'entrevistat i utilitzant l'entrevista semiestructurada hi ha la possibilitat de aclarir conceptes durant l'entrevista, canviant o afegint preguntes al llarg de l'entrevista per recollir les dades necessàries per respondre els objectius plantejats¹³.

Per l'anàlisi de dades es farà un anàlisi per categories, que el que pretén es a partir de les dades obtingudes s'analitza la entrevista i tot seguit es creen categories amb les relacions mes rellevants que hi ha entre elles.

Les etapes per fer l'anàlisi son les següents: com a primer pas es farà un enregistrament de l'entrevista segons el guió establert, després es transcriurà l'entrevista i es farà una lectura exhaustiva de la informació, es classificarà la informació recollida per categories establertes després es farà un anàlisi exhaustiu de les dades i finalment la comprensió de les dades recollides i l'extracció de conclusions.

Les categories que analitzaré son les següents:

Categoria 1: Factors relacionats amb el pacient

Categoria 2: Factors ambiental

Categoria 3: Factors relacionats amb el tractament farmacològic i/o malaltia

Categoria 4: Factors relacionats amb serveis sanitaris

POBLACIÓ I MOSTRA

Per aquest estudi com a informants he escollit a tres pacients adults joves, que pateixen de malalties amb factor de risc cardiovascular i que no son adherents al règim terapèutic.

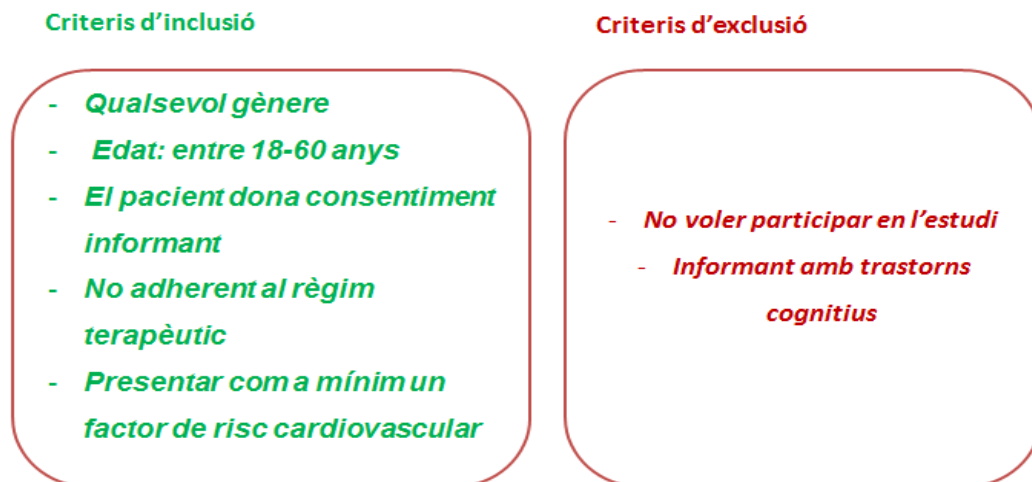


Figura 1: Criteris inclusió i exclusió en l'estudi

Quadre descriptiu de les característiques demogràfiques dels informants:

INFORMANT	Pacient 1	Pacient 2	Pacient 3
Edat	47 anys	50 anys	61 anys
Sexe	Home	Dona	Home
Nivell d'estudis	ESO	Cicle Formatiu Grau Superior	Primària
Factors de risc cardiovascular	2 (diabetis II i hipercolesterolèmia)	3 (Diabetis II, HTA, fumadora)	3 (Diabetis II, HTA i hipercolesterolèmia)
Estat civil	Casat	Casada	Casat
Convivència sola o amb familiars	Família (dona i 5 fills)	Amb dues filles	Amb la dona
Estat econòmic	Baix	Mitjà	Mitjà

Taula1: Dades sociodemogràfiques dels informants

ASPECTES ÈTICS PREVIS A L'ENTREVISTA

Tota persona que participa en l'estudi ho farà de forma voluntària i ha de ser informada de forma verbal i escrita dels objectius d'aquest estudi i en què consistirà l'actuació de la persona. Es lliurarà a cada participant un document de consentiment informat en el qual es reforçarà per escrit la informació proporcionada anteriorment. (annex 3)

Aquest document posarà èmfasi en la confidencialitat de les dades i el tractament agregat dels mateixos, segons garanteix la llei Orgànica de dades 15/1999 de la protecció de dades de caràcter personal (LODP) del 13 de desembre. Aquest document haurà de ser signat per tots els participants i se'ls informarà també que en qualsevol moment poden negar-se a participar en l'estudi.

RESULTATS

De les tres entrevistes els resultats obtinguts per categories d'estudi són:

Categoria 1: Factors relacionats amb el pacient

Categoria 2: Factors ambientals/ socials

Categoria 3: Factors relacionats amb el tractament farmacològic i/o malaltia

Categoria 4: Factors relacionats amb serveis sanitaris

CATEGORIA 1: FACTORS RELACIONATS AMB EL PACIENT

En aquesta categoria s'hi engloben diferents aspectes, com son l'edat, el nivell de educació, així com la personalitat, que son factors que poden condicionar a la manca d'adherència al règim terapèutic. Altres factors relacionats amb el pacient que apareixen també en aquesta categoria son l'oblit, l'estat de l'ànim o deteriorament cognitiu del pacient així com també el desconeixement de la malaltia.

Trobem aquesta categoria quan els informants afirmen:

- Pacient1: "Bueno hace unos años cuando estábamos bien económicamente, yo trabajaba y tal sí que salía yo y un amigo de la familia íbamos en bicicleta o a andar o correr, ahora no... no estoy bien, pienso mucho en otras cosas. Al gimnasio no he ido nunca porque no hay dinero"
- Pacient1: "mi cabeza está llena de problemas pensando en el futuro, en mis hijos, buscando trabajo etc... no daba mucha importancia a mi salud, y me olvido de todo"
- Pacient1: "no se tampoco estoy tan gordo para tener colesterol creo que no tengo mucho, pero claro me estoy tomando medicación según mi hija si me tomo medicación es porque realmente la analítica ha salido bastante mal... pero no sé. Bueno eso es no comer grasas y tal... tampoco como mucha"

- Pacient1: “Además si me tomo las pastillas ya está, ya me controlan... lo otro es secundario, es cuando no quieres llegar a tomar las pastillas, controlarte con solo comiendo bien y haciendo “sport” pero si te tomas las pastillas ya está.”
- Pacient2: “La Metformina me la tomo... pues una vez al día, tampoco me hace falta más”.
- Pacient2: La otra lo mismo, pero lo que pasa, que la... la tengo un poco más descontrolada esa pastilla, porque si yo me encuentro bien y estoy bien porque me la tengo que tomar? Ya tengo bastante con tomarme una, no necesito tomarme tres o cuatro, no, o sea con una ya tengo bastante, que es la de la diabetes.
- Pacient2: “Pues no sé, la diabetes, pues nada... a mí me dijeron que no me funcionaba el páncreas y pues nada, que me tenía que tomar las pastillas para, para bueno... pues para tener el azúcar que, que crea el cuerpo y... y ya está, yo no sé nada más, yo sé que es malo, y que no puedo tomar azúcar porque si no, me puede dar, no sé, me dijeron que a lo mejor... eh... los órganos me dejaban de funcionar y bueno... cosas así”
- Pacient3: y la tensión pero es que lo de la tensión es otra historia también, porque creo que va todo relacionado, si mejora el azúcar mejorara todo lo demás, sí que me dan las pastillas para que la tensión no suba pero no, no te voy a mentir hija a veces sí que sigo por seguir bien y tal cuando me encuentro muy mal pero muchas veces la dejo de tomar...
- Pacient3: “pero me sube me sube bastante... a veces lo que hago que me tomo otra pastilla y así ya evito la subida del azúcar o la insulina me pongo un poco más...”.

Els tres pacients veiem que han mencionat en un moment o un altre aspectes relacionats directament amb ells que fan que no s'adhereixin al tractament, hi ha

aspectes en que ho diuen clarament que s'obliden per exemple en el cas del pacient1 i això es diferent del desconeixement de la malaltia com en el cas dels pacients 2 i 3. Veiem que tots tres el seu estat d'ànim afecta al seu tractament i a la manera de manejar-ho ja que expliquen per exemple en el pacient 1 i 3 que quan estaven bé anímicament i tenien treball, pensaven més en la seva salut però en el moment que s'alteren anímicament deixen de preocupar-se i se'n descuiden més.

CATEGORIA 2: FACTORS AMBIENTALS / SOCIALS

En aquesta categoria s'hi engloben l'estat socioeconòmic, la pobresa així com també l'aïllament social, les creences i mites socials i culturals sobre la salut / malaltia, i la situació familiar.

- Pacient1: “La dieta como normal. Lo que se cocina en casa lo comemos todos somos 8 en casa no se puede permitir cocinar dos comidas... lo que hay lo cómo y ya está, a veces modero un poco y a veces como lo mismo y ya...”
- Pacient1: “Bueno, tiene razón pero no se también tengo mis motivo mi situación económica, yo antes de tener este trabajo, no trabajaba solo buscaba chatarra y la vendía, mi cabeza está llena de problemas pensando en el futuro, en mis hijos, buscando trabajo etc... no daba mucha importancia a mi salud.”
- Pacient1: “Bueno hace unos años cuando estábamos bien económicamente, yo trabajaba y tal sí que salía yo y un amigo de la familia íbamos en bicicleta o a andar o correr, ahora no... no estoy bien, pienso mucho en otras cosas. Al gimnasio no he ido nunca porque no hay dinero”
- Pacient2: “Bueno mis hijas, mis hijas la verdad es que están encima mía diciéndome de que me vaya a caminar... de que me vaya a... hacer ejercicio, y a veces me dicen ellas, “vamos mama, vamos a caminar un poco” y... yo es que a veces claro, hago mucha faena yo en casa y... a lo mejor estoy cansada y digo, pues no me apetece. El otro día esporádicamente dije, bueno pues

- vamos a salir, y sí que salgo pero... esporádicamente, tampoco es una cosa que... cada día, de cada día, voy haciendo”.
- Pacient2: “el estar... en casa, también no... a veces... te pones más nerviosa, de decir jolines tengo que estar aquí en casa y siempre ocupándome de la casa y... y de todo y de limpiar y lavadoras, y de limpiar y lavadoras, y de limpiar y lavadoras, esto ya a veces cansa y entonces bueno, pues de estar en casa encerrada pues me pongo nerviosa y tengo que fumar”.
 - Pacient3: “La enfermera me recomendó ejercicio y me dijo de controlar la diabetes y poner cuando tenía me dijo que tenía que apuntar en un cuadernillo para poner después de la comida, después de cenar y así sabes, pero te digo la verdad no, no apunto nunca allí, o sea no lo sigo, me olvido o no sé qué para que sirve ese cuaderno que hacen después solo lo miran y ya está”.
 - Pacient3: “Y ejercicio antes cuando trabajaba, pues eso mi trabajo necesita mucha fuerza mucho ejercicio mucha movilidad pero ahora que no trabajo estoy todo el día en casa y no hago nada”.
 - Pacient3: “Ah si antes de verdad a veces mira salía porque antes estábamos allí en el pueblo ya veces, a veces pues salía con mi mujer a dar una vuelta por allí, por el campo o alrededor, allí mira a veces me apetecía porque es muy bonito, la tranquilidad y todo, pero ahora en la ciudad esta donde voy a andar la ciudad, es ruidos, coches mucha gente no, no, no, no salgo ni que no se... no me entran las ganas”.
 - Pacient3: “bueno la mujer que es la que cocina en casa pues, siempre cocina cosas buenas que pueda comer yo... y siempre está controlando el azúcar bueno generalmente nosotros ya comemos bajo en azúcar... y bueno le pone ensaladas con las comidas...”.
 - Pacient3: “Yo soy una persona que creo en dios y sé que todo esto es un examen que no tengo que enfadarme porque esto está escrito por dios todo lo

que nos va a pasar por mucho que hagamos todo está escrito sabes? Por eso no hay que correr tanto en la vida, todo poco a poco y el destino ya se irá viendo. Y esto me ayuda, me ayuda a aceptar lo que me pasa y eso...”.

- Pacient3: “ya sabes tú las invitaciones, yo y mi mujer con tantas personas que nos conocen y los hijos, que si invitación para acá que si invitaciones para allá siempre, siempre porque en nuestra cultura nos invitamos entre nosotros mucho y claro, no puede ser que vayas a una invitación y procurar que te hagan la comida para ti o ir y no comer porque eso queda muy muy mal, no lo podemos hacer... bueno lo único que tienen todas las familias integrado es lo del té que siempre hacer uno sin azúcar y otro con azúcar, lo demás claro como”

En aquesta categoria, veiem clarament com en factor econòmic i social es un aspecte important en quan a l'adherència al tractament no farmacològic per exemple en el pacient1 que explica que no pot fer bé dieta perquè el que es fa de menjar a casa ho mengen tots i ja està, igualment el quan al tractament en general repercuteix ja que el fet de estar sense treballar altera l'estat anímic i psicològic dels pacients. També veiem que les creences i la cultura tenen el seu paper, això ho veiem en el pacient3 que explica que les seves creences en quan a la salut i la malaltia, li fan pensar que tot el que li passa es destí i no ha de fer gran cosa perquè tot el que li passarà està descrit prèviament, o la cultura quan explica que sempre tenen invitacions i menja el que hi ha perquè està mal vist no menjar-hi. En quan a la família, veiem que hi ha pacients que la família es un suport per exemple en el pacient 1 i 2, mentre que en el pacient 3 a part de la dona, els demès li diuen que no es prengui tantes “pastilles”.

CATEGORIA 3: FACTORS RELACIONATS AMB EL TRACTAMENT

FARMACOLÒGIC I/O MALALTIA

En aquesta categoria s'hi engloben tots els aspectes relacionats amb el tractament farmacològic i la malaltia en si, així com els símptomes de la malaltia, la cronificació i els efectes adversos de la medicació.

Troblem aquesta categoria quan els informants afirmen:

- Pacient1: "Para mí no es algo grave, porque no veo ningún cambio, "osea" no me pasa nada, me encuentro bien ¿sabes? Dicen que a la larga te pueden pasar muchas cosas graves, pero no sé si realmente es tan cierto. A lo mejor para la gente que tiene mucho azúcar y comen mucho, pero yo no tengo muy poco"
- Pacient1: "Quizá es el sentimiento que tengo de que estoy bien y no necesito hacer todo esto para mejorar porque ya estoy bien de base... me siento bien".
- Pacient2: "Al principio sí que empecé la verdad, sí que empecé porque me asusté y empecé con esa dieta, pero... bueno, luego ha pasado el tiempo y yo me encuentro... bien y no tengo, no tengo problemas, de tensión estoy bien, de diabetes más o menos, bueno me voy controlando y... bien tampoco necesito hacer mucho".
- Pacient2: ¡Yo me siento bien! ¡Si yo estoy perfecta! Ya ves tú, yo sí, yo pues eso, yo como yo me voy con mis amigas... ¡yo perfecta! Si me encuentro bien, no tengo problemas.
- Pacient2: ¿sabes lo que pasa? Que con el Enalapril yo me encuentro fatal y por eso no tengo ganas de tomármelo, porque para estar tomándomelo y encontrarme peor de lo que estoy, pues no, no me lo tomo y me encuentro mejor y así ya está, si es que no se para que tantas pastillas, tantas pastillas, hombre!

- Pacient3: Y también me dieron una para la tensión, esa no la tengo se me ha acabado y aun no la he ido a buscar... no pasa nada ara estoy bien no me enfado mucho no me sube mucho.
- Pacient3: “Es verdad que cuando hago ejercicio me encuentro mejor, me sienta bien. Lo que pasa es que no hago ejercicio porque me duele el lado derecho entonces no puedo, no puedo moverme, esto me impide hacer ejercicio es esto”.

En aquesta categoria veiem que pràcticament tots els pacients, parlen del sentir-se bé i no veure les complicacions de la malaltia, i això es degut a la cronicitat de les malalties.

CATEGORIA 4: FACTORS RELACIONATS AMB SERVEIS SANITARIS

En aquesta categoria s'hi engloben tots els aspectes relacionats amb el sistema sanitari, així com la relació entre professionals sanitaris i pacients.

Troblem aquesta categoria quan els informants afirmen:

- Pacient1: “con la enfermera la verdad casi nunca solo para hacer el análisis de sangre. Y con el medico a los controles y cuando tengo que ver los resultados o cuando no me renueva la receta. Podríamos decir unas dos veces anuales. Es que no sé cuándo tengo que ir tampoco! Y con la enfermera no, no se esto no lo tengo muy claro.”
- Pacient1: La verdad, yo no entiendo mucho lo que me explican el doctor, porque voy... voy justo entiendo español y lo hablo para hablar un poco y ya está, muchas cosas digo sí, sí, sí creo que él se da cuenta porque va repitiendo-me las cosas, a veces me echa bronca también (se ríe). No sé son muy buenos doctor y enfermera pero hay cosas que no entendemos, por ejemplo el análisis solo sé si está bien o mal... nada más

- Pacient2: Sí que me resultan interesantes, sí, pero encuentro que ya lo sé, entonces si es una cosa de que me tiene que decir lo que tengo que comer, ya se lo que tengo que comer, para que tengo que volver, pues no, o para que me pese y que me diga que he engordado dos kilos, pues, no.
- Pacient2: “No, no lo he escuchado no, a mí nadie me ha dicho tienes que dejar de fumar y ves a la enfermera, no esto es la primera vez que lo oigo”.
- Pacient2: “Me derivó a la enfermera y... si, bueno la enfermera me empezó a explicar, cosas de lo que yo tenía que comer, cuantas veces al día, y... y la comida por ejemplo la carne cuantas veces a la semana y cosas así, pero ya está, no... no me dijeron nada más la verdad, lo único eso, bajo en sal y que tenía que tener cuidado y bueno... que la tensión también subía muy... muy alto y también, bueno... podía provocarme varias cosas, no sé qué cosas”.
- Pacient3: bueno pues después me dieron una gratis y bueno cada dos por tres me la están cambiando y cada dos por tres me hacen ir para cambiarla y no se... Además también las agujas son diferentes y cómo funcionan de verdad eh... ya a veces paso de enredarme...
- Pacient3: “Esto claro no lo supe hasta que me ha ido apareciendo, antes no se conocían bien estas cosas... no había quien te explique todo esto, porque además en esa época cuando a mí me salía esto pues sabíamos lo mínimo que entendíamos del médico y ya está...”.
- Pacient3: “Creo que si des de que me salió lo entendí bien, y lo hice bien des del momento pues me hubiera ido mejor, creo que no llegaría a esto, quien sabe pero eso creo yo ¿sabes? Porque ya llevas la vida adaptada a esto y te acostumbras y mi mujer también se lo enseñaría eso de la comida lo que se puede lo que no y tal y cual... y ella también me hubiese ayudado más y mejor y llevaría un control más al menos de la comida”.

En aquesta categoria veiem que tots els pacients parlen d'aspectes relacionats amb el servei sanitari, el pacient 1 i 3 comenten que no se'ls explica prou be o no entenen els professionals de sanitat quan els hi expliquen de la seva malaltia o del seu estat de salut. També veiem que no coneixen bé els serveis dels que disposen o les funcions dels professionals.

També hi ha queixes del funcionament, per exemple el pacient 3 que parla de les màquina de la glucèmia que li canvien constantment i això l'atabala.

La valoració de les visites amb metge i infermera veiem que cada pacient té el seu punt de visió, el pacient 1 pensa que son importants però no valora el treball d'infermeria perquè no el coneix bàsicament, l pacient2 no considera interessant el paper d'infermeria en quan a les seves malalties, i el pacient 3 explica que si que son interessants i ho valora.

En quan a les visites, veiem que tots els pacients no porten un control rutinari, només acudeixen al ambulatori per renovar receptes o perquè realment es troben malament.

DISCUSSIÓ

Aquest treball tenia com a objectiu general conèixer les raons que fan que el pacient adult jove amb risc cardiovascular no s'adhereix al règim terapèutic, i poder relacionar aquesta manca d'adherència amb possibles factors així com; factors econòmics, relacionar amb possibles factors socials i culturals, factors relacionats amb el tractament farmacològic i/o malaltia, amb desconeixement de la malaltia i veure si hi ha factors relacionats amb els serveis sanitaris també.

Per poder realitzar aquest estudi s'han escollit a tres pacients que compleixen els criteris d'inclusió del projecte; dos homes i una dona l'edat dels quals oscil·la entre 40 i 60 anys d'orígens diferents els tres amb 2 o 3 factors de risc cardiovascular que bàsicament són: HTA, Diabetis tipus II, tabaquisme i Hipercolesterolèmia. Durant la realització de l'anàlisi de resultats hem vist que els tres pacients els resultats son bastant comparables.

Després de la realització del estudi hem vist que realment hi ha diferents factors que procedeixen a la manca d'adherència al règim terapèutic i aquests factors son relacionats amb el pacient, amb l'àmbit social i cultural del mateix, també relacionats amb la malaltia i amb el servei sanitari tal com s'expressa en diferents articles de Dilla T, et AL, Zambrano C, et AL i Veliz-Rojas L, et AL^{1,2,4}.

Aquests factors afecten a tots els pacients, no de la mateixa manera però hi son en tots els casos. Hi ha molts factors relacionats amb el pacient, el nivell educatiu i el desconeixement de la malaltia i l'estat d'ànim son els més expressats per els tres pacients, pràcticament tots tres refereixen que quan està amb més problemes o estats d'ànim alterats s'obliden més de la malaltia i del tractament, així com també el desconeixement de la malaltia ja que expressen coneixements que creuen però que no son reals sobre la malaltia, per exemple els pacients 1 i 3 que expliquen que prenent la medicació ja no han de fer cap mesura per controlar la diabetis, així com

que quan es troben millor i ja no tenen símptomes s'obliden també i no li donen importància. Tal com diu Dilla T, et AL¹ el no comprendre també el que se'ls explica es un factor important i això ho veiem clarament al primer cas que refereix que per problemes de llenguatge (nivell educatiu) no entén les explicacions del metge.

Podem concloure a partir de les dades que tenim de cada pacient que el nivell educatiu pot ser un factor que actua sobre els altres factors, ja que els tres pacients per exemple tenen un nivell educatiu baix.

El factor ambiental i social, també esta molt present tal com diu Zambrano C, et AL i Flórez I, ^{2,9} però en els casos estudiats el factor econòmic no afecta tant en la compra de la medicació perquè hi ha moltes ajudes per part de la seguretat social en el nostre país a l'hora de comprar la medicació però si a l'hora de realitzar les mesures no farmacològiques així com la dieta i l'exercici, això ho veiem en el pacient 1 per exemple que explica que no segueix cap dieta perquè son molts a casa i no tenia treball, i es feia plat únic a casa per a tots, que no es podia permetre fer cap tipus de dieta saludable. Aquest factor també està relacionat amb l'estat d'ànim afecta negativament sobre l'adherència. El factor social i l'àmbit dels pacients es igualment expressat per els altres 2 pacients, la pacient 2 que es una dona explica que el fet d'estar a casa tot el dia i dedicar-se a la feina de la llar, perquè ha deixat de treballar la posa nerviosa i la desanima per això segueix fumant, això ho descriu Zambrano C, et AL² quan expressa que les persones que consumeixen tabac presenten una mala adherència relacionada amb factor socioambiental.

La cultura i les creences també actuen sobre l'adherència en el cas del pacient 3 que explica per exemple que en les invitacions i les trobades familiars, no queda bé seguir cap dieta perquè s'ha de menjar el que hi ha preparat i en quan a les creences, explica que el destí ja està escrit i per molt que una persona actuï d'una manera o d'una altre

no canviarà gaire la cosa, i que accepta el que li passa. Aquest mateix pacient expressa que el fet de viure en un ambient tranquil com es un poble li afavoreix el realitzar exercici que viure en una ciutat.

Per altra part positivament veiem que tots els tres pacients tenen algun tipus de recolzament familiar i això es molt important encara que els hi fan gaire cas, ajuda a que les coses a vegades no vagin més enllà.

En quan als factors relacionats amb la malaltia i la medicació, els casos estudiats expressen generalment causes relacionades només amb la malaltia i la cronicitat d'aquesta ja que veiem per exemple quan relacionen el fet de que es troben bé sense símptomes amb la manca de compliment terapèutic i la recaiguda amb el bon compliment. Els pacients no veuen l'evolució de la seva malaltia i tenen una altre percepció de la seva salut ja que els factors de risc cardiovasculars son malalties cròniques; diabetis, HTA, Hipercolesterolèmia, fumar, obesitat etc. Tal com expressa Zambrano C, et AL² En aquests casos no veiem manca d'adherència per efectes secundaris de la medicació com s'expressa en el mateix article. Això coincideix amb el que diu la WHO³ que les malalties cròniques presenten més manca d'adherència que les malalties agudes.

Els servei sanitari també es un factor al qual fan referència els pacients estudiats quan parlem de la manca d'adherència, i es expressat de diferents maneres segons cada pacient, per exemple el primer i tercer pacient expliquen que la falta de comunicació amb el metge per el problemes de llenguatge que tenen fan que molts dels aspectes relacionats amb la malaltia que li explica no les entén, així com també desconeix la funció de la infermera (controls, seguiment etc.) això es repeteix també la pacient 2 que també expressa desconeixement de la funció d'infermeria en alguns aspectes, i no ho valora. L'últim cas també parla d'un altre aspecte del sistema sanitari que fa

referència a la organització, quan parla del aparell de la glicèmia que li canvien constantment. Tots aquests aspectes actitud i assistència empàtica i moralment neutre així com la qualitat de la comunicació entre professionals i pacients es un determinant important de la adherència i el compliment terapèutic^{1,9}.

En quan a les complicacions s'evidencia en l'estudi que entre els pacients el que porta més temps amb les malalties, el pacient 3 es el que coneix millor les complicacions i es més conscient perquè les ha viscut, mentre que el que porta menys temps (pacient 1) es que menys conscient està.

Aquest estudi te les seves limitacions ja que no hem pogut accedir a les visites amb el professional sanitari i tampoc hem pogut evidenciar els fets descrits a les entrevistes amb el dia, dia del pacient.

CONCLUSIONS

El control dels factors de risc cardiovascular constitueix un desafiament per a la salut pública i les cures d'infermeria, ja que aquesta situació afecta directament les prevalences de morbimortalitat a causa d'aquestes malalties.

La manca d'adherència al tractament en general també és un problema mundial de gran magnitud que té dues conseqüències directes: una disminució dels resultats en salut i un augment dels costos sanitaris. Després d'aquest estudi s'ha evidenciat que l'adherència terapèutica és un procés complex que està influït per múltiples factors relacionats entre si, entre ells factors associats amb el pacient, la malaltia, socials, econòmics i/o ambientals i el amb professional sanitari.

Encara que no existeix una estratègia general ideal per facilitar el compliment terapèutic, és imprescindible adaptar la intervenció al pacient individual i, quan sigui necessari, combinar diverses per optimitzar-la, perquè com hem vist hi ha diferents factors que actuen sobre l'adherència al règim terapèutic, i aquests s'han de tenir en compte a l'hora de la intervenció.

Els aspectes més rellevants per a mi com a investigadora, d'aquest estudi pel que fa a la manca d'adherència al tractament en pacients amb factors de risc cardiovascular són:

- S'han pogut evidenciar els diferents factors que influeixen en l'adherència al règim terapèutic, en els tres pacients estudiats.
- No tots els casos investigats són conscients de que no són bons complidors del règim terapèutic que tenen pautat, ni de les conseqüències d'això.
- Des del sistema sanitari, serveis, professionals, podem fer intervencions dirigides a millorar el control d'aquests factors i millorar l'adherència depenent de cada cas. Infermeria hauria de tenir un paper important i rellevant en aquest

sentit, i abans que res s'han de donar a conèixer les funcions d'infermeria i la importància de les seves intervencions.

Com ja he mencionat anteriorment en infermeria hi ha diferents NANDA (Nursing Outcomes Classification, Classificació dels resultats d'infermeria), NIC, NOC, que fan referència a l'ensenyament de la malaltia, el seguiment, l'incompliment entre d'altres. Des de l'atenció primària es poden fer intervencions d'infermeria concretes a millorar l'adherència al règim terapèutic mitjançant els diferents diagnòstics NANDA per exemple els nandas:

00082 maneig ineficaç del règim terapèutic que té com a objectius complir el programa de tractament prescrit en un termini de 3 mesos així com complir el programa prescrit (modificacions de l'estil de vida) en un termini de 6 mesos i la col·laboració de la família o cuidador en el compliment.

00126 dèficits de coneixements, que té com a objectius demostrar la comprensió de la informació i ensenyament rebut per poder manejar la situació de salut del pacient així com adquirir habilitats necessàries per realitzar les tècniques que la permeten manejar.

O intervencions concretes en cada cas com per exemple:

Ensenyament: procés de malaltia (5602) que pretén Ajudar al pacient a comprendre la informació relacionada amb un procés de malaltia específic. Que inclou com a activitats els següents:

- Avaluar el nivell actual de coneixements del pacient relacionat amb el procés de malaltia específic.
- Ensenyar al pacient mesures per controlar / minimitzar símptomes, si escau.

- Comentar els canvis en l'estil de vida que poden ser necessaris per evitar futures complicacions i / o controlar el procés de malaltia

Ensenyament: medicaments prescrits (5616) que pretén la preparació d'un pacient perquè prengui de forma segura els medicaments prescrits i observar els seus efectes.

Que inclou com a activitats els següents:

- Instruir al pacient sobre l'administració / aplicació de cada medicament.
- Informar el pacient sobre les conseqüències de no prendre o suspendre bruscament la medicació.
- Instruir al pacient sobre les accions correctes que ha de prendre si es produeixen efectes secundaris

Ensenyament: dieta prescrita (5614) que pretén la preparació d'un pacient per a seguir correctament una dieta prescrita. I inclou com a activitats els següents.

- Conèixer els sentiments / actitud del pacient / ésser estimat sobre la dieta prescrita i del grau de compliment dietètic esperat
- Ajudar al pacient a acomodar les seves preferències de menjar a la dieta prescrita
- Ensenyar al pacient a planificar els àpats adequades

Identificació de riscos (6610) que pretén identificar els riscos relacionats amb el pacient que contribueixen en la malaltia i que inclou com a activitats:

- Instaurar una valoració rutinària dels riscos mitjançant instruments fiables i vàlids.
- Revisar l'historial mèdic del pacient per evidenciar els diagnòstics mèdics i cuidatges actuals i anteriors.

- Determinar els sistemes d'ajuda comunitaris i institucionals dels que disposa el pacient.
- Identificar el pacient amb continuïtat de cuidatges.
- Determinar la qualitat del recolzament familiar.
- Determinar els recursos econòmics
- Determinar el nivell educatiu
- Determinar el nivell de compliment del tractament mèdic i del pla de cuidatges

Mitjançant aquests diagnòstics i intervencions d'infermeria que com veiem estan molt relacionats amb els diferents factors de manca d'adherència estudiats, tenim un gran ventall d'actuacions d'infermeria per poder ajudar els pacients a adherir-se millor al règim terapèutic.

Finalment com a perspectives de futur es podria fer un estudi longitudinal i inscrit a una entitat sanitària, per poder fer intervencions des del servei sanitari dirigides a millorar l'adherència terapèutica i poder fer una valoració final per veure l'eficàcia d'aquestes intervencions. Per altra part aquest estudi es una prova pilot que dona peu a continuar amb d'altres estudis amb mes mostra i que aquesta sigui representativa de tota la població.

BIBLIOGRAFIA

1. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Adherencia y persistencia terapéutica: Causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Aten Primaria*. 2009;41(6):342–8.
2. Zambrano C, Renato; Duitama M, John F.; Posada V, Jorge I.; Flórez A. JF. Percepción de la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. *Rev Fac Nac Salud Pública* [Internet]. 2012;30(2):163–74. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2012000200005&lng=en&nrm=iso&tlng=es
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Washington D.C: OMS; 2004.
4. Veliz-Rojas L, Mendoza-Parra S, Barriga OA. Adherencia terapéutica y control de los factores de riesgo cardiovasculares en usuarios de atención primaria. *Enfermería Univ* [Internet]. 2015;12(1):3–11. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706315000160>
5. Martínez Fernández M. Factores de riesgo cardiovascular. *Rev Ciencias la Univ Pablo Olavide*. 2015;16.
6. Organización mundial de la salud. 2015 [actualitzat gener de 2015]. *Enfermedades cardiovasculares*. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>
7. 3. Bertomeu V. BLOQUEO DEL SISTEMA RENINA - ANGIOTENSINA EN LA ENFERMEDAD ONTARGET Situación de la enfermedad cardiovascular en España . Del riesgo a la enfermedad. 2008;
8. C. Inmaculada Sánchez-Martín Cronicidad y complejidad: nuevos roles en Enfermería. *Enfermeras de Práctica Avanzada y paciente crónico*. [Enfermería](#)

[Clínica](#).2014; 24(1) 79–89

9. Bellido J., Ríos A, Fernández S. Capítulo 2. Modelo de cuidados de Virginia Henderson [Internet]. Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN. 2010. 17-33 p. Available from: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf>
10. Flórez I. Adherencia al tratamiento en pacientes con riesgo cardiovascular. Avances en enfermería 2009; 27(2): 25-32
11. Rodríguez MA, García E, Amariles P, Rodríguez A, Faus MJ. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. Aten Primaria.2008;40(8):413-7.
12. Nogués Solán X, Sorli Redó ML, Villar García J. Tools to measure treatment adherence. An Med Interna. 2007;24(3):138–41.
13. Berenguera Ossó A, Fernandez de Sanmamaed Santos MJ, Pons Vigués M. Escuchar, Observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. 2014;224.

AGRAÏMENTS

Donat per finalitzat el treball, volia donar les gràcies a totes aquelles persones que han fet possible la realització d'aquest treball.

En primer lloc als informants per la seva col·laboració i el seu temps dedicat a realitzar les entrevistes, a la meva tutora pels seus consells i la seva aportació de coneixements en la temàtica i finalment a la meva família i amics per la seva paciència i recolzament durant aquest temps.

ARTÍCLE

Título: Factores de falta de adherencia al tratamiento en el paciente adulto con factores de riesgo cardiovascular

Autores Keltoum Tahiri^a, Gloria Carol Moyano^b.

^a Grado en Enfermería.

^b Máster en Gestión de Servicios de Equipos de Atención Primaria.

Email: keltoum.tahiri@estudiants.urv.cat

Teléfono: 632126229

RESUMEN

Objetivo: analizar cualitativamente las razones de la falta de adherencia al régimen terapéutico del paciente con factores de riesgo cardiovascular.

Material y métodos: estudio de tipo cualitativo, transversal con finalidad descriptiva. Para la recogida de datos se utilizó el cuestionario de Morisky Green y entrevista en profundidad semi-estructurada a una muestra de 3 personas adultas con diferentes factores de riesgo cardiovascular. Se analizan por categorías cuatro factores: relacionados con paciente, sociales/ambientales, relacionados con enfermedad o tratamiento y relacionados con servicio sanitario.

Resultados y discusión: los 3 pacientes manifiestan que los cuatro factores analizados están presentes y relacionados con la falta de adherencia al régimen terapéutico. Aspectos más destacables son la cronicidad de los FRCV, el factor socioeconómico y hacen hincapié en los servicios sanitarios. Este estudio aborda las diversas dimensiones de la adherencia terapéutica y las contrasta con otros estudios con los cuales encontramos mucha relación.

Conclusiones: El control de los factores de riesgo cardiovascular constituye un complejo conjunto de interacciones, en el cual la adherencia terapéutica es una clave en la cual podemos intervenir. Este estudio puede contribuir a establecer estrategias que mejoren la adherencia terapéutica en el paciente con riesgo cardiovascular. En esa medida se recomienda intervención de todo el profesional sanitario y enfermería en especial, mediante los diagnósticos e intervenciones como por ejemplo la enseñanza del proceso de enfermedad.

Palabras clave: adherencia al tratamiento; enfermedades cardiovasculares; factores de riesgo.

ABSTRACT

Objective: To identify the reasons why patients with cardiovascular risk factors doesn't adhere to the treatment regimen.

Methodology: qualitative, observational, transverse and descriptive study. Morisky Green questionnaire and semi-structured interview in depth to a sample of 3 adults with different cardiovascular risk factors was used for data collection. Categories are analysed by four factors: patient-related, social / environmental, related to disease or treatment and related health service.

Results and discussion: the three patients report that analysed the four factors are present and related to lack of adherence to treatment regimen. Most aspects are the chronicity of cardiovascular risk factors, socioeconomic factor and emphasize health services. The low educational level is factor acting on the other. This study addresses the various dimensions of adherence and contrasts with other studies which found much to do.

Conclusions: The control of cardiovascular risk factors is a complex set of interactions in which adherence is a key in which we can intervene. This study may help establish strategies to improve adherence in patients with cardiovascular risk. To that extent involvement of all health professional and nursing especially recommended by diagnoses and interventions NANDA, NOC, and NIC appropriate.

Keywords: adherence to treatment; cardiovascular diseases; risk factors.

INTRODUCCIÓN

La OMS declara que las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte prematura y discapacidades a nivel mundial¹. En los países en vías de desarrollo se prevé que su frecuencia seguirá en aumento como consecuencia de los cambios demográficos, económicos que están contribuyendo en el incremento de los factores de riesgo^{2,3}

Estas enfermedades están causadas por diferentes factores de riesgo que son, la diabetes tipo 2(DM2), la hipertensión arterial (HTA), la dislipidemia y el tabaquismo. En Catalunya cerca del 28% de las defunciones se pueden atribuir estas enfermedades y en España han estado la causa del 32% de todas las muertes el año 2007⁴

La adherencia terapéutica también es un problema mundial de gran magnitud que tiene dos consecuencias directas; una disminución en los resultados de salud y un aumento de los costes sanitarios. Diversos estudios demuestran que la adherencia terapéutica a las enfermedades crónicas vuelta por el 50% en los países desarrollados, cifra que es menor en los países en vías de desarrollo⁵.

Diversos estudios han demostrado que hay diferentes factores que pueden ser posibles causantes de la no adherencia terapéutica entre ellos encontramos; factores relacionados con el paciente, con la enfermedad, relacionados con el tratamiento, factores sociales o económicos y relacionados con el servicio sanitario^{5,6,7}.

Para enfermería el tema de la adherencia terapéutica es relevante porque en la atención primaria se lleva el control de crónicos, aquí estaría la valoración de la adherencia y la medida de RCV por ejemplo. Además en la taxonomía de diagnósticos NANDA (Nursing Outcomes Classification, Clasificación de los Resultados de enfermería), NIC, NOC con las que trabajamos en enfermería tenemos diagnósticos que están relacionados con la enseñanza de la enfermedad, el seguimiento, el

incumplimiento entre otros, entonces es importante saber cuándo un paciente no es adherente al régimen terapéutico las causas y depende de ellas tendríamos que actuar. Por ejemplo si es por desconocimiento de la enfermedad pues deberíamos enseñar y explicar la enfermedad, el tratamiento y la importancia de aquest^{8,9}.

El objetivo general de este estudio fue analizar cualitativamente las razones de la falta de adherencia al régimen terapéutico del paciente con factores de riesgo cardiovascular, y como objetivos específicos me planteado identificar factores económicos, sociales y culturales, averiguar factores relacionados con el tratamiento farmacológico y / o enfermedad, descubrir factores relacionados con el paciente y desconocimiento de la enfermedad y analizar los factores relacionados con servicios sanitarios

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño metodológico

Este estudio fue de diseño observacional, transversal y descriptivo, con instrumentos de recogida de datos cuantitativos y cualitativos y con metodología de análisis tipo cualitativo. Se investigan los factores que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con riesgo cardiovascular.

Muestra

Para la realización del estudio se recogió una muestra de tres pacientes adultos de mediana edad que padecen de enfermedades con factor de riesgo cardiovascular tales como; la diabetes tipo 2, HTA, Dislipidemia y el tabaquismo y que no son adherentes al régimen terapéutico.

Finalmente la muestra fue compuesta por 2 hombres y una mujer, de una mediana de edad de 52,6 años, que presentan como mínimo un factor de riesgo cardiovascular y que aceptan la participación en el estudio mediante consentimiento informado. Como criterio de exclusión hemos considerado las personas con trastornos cognitivos.

Instrumentos utilizados

Como primer paso se les realizó a los tres pacientes el cuestionario de Morisky - Green, que es un cuestionario validado para medir el cumplimiento terapéutico en diversas enfermedades crónicas, este test consiste en 4 preguntas con respuesta dicotómica si/no que refleja la conducta del paciente respecto al cumplimiento^{10,11}. Este test se utilizó para verificar que los pacientes no son adherentes.

También se utilizó una tabla para la recogida de datos sociodemográficos de los pacientes.

“Tabla I”

Para la recogida de datos se usó el método entrevista en profundidad, mediante una entrevista semi-estructurada, para extraer información holística, contextualizada y personalizada sobre el estado de salud del paciente, la adherencia terapéutica y los cuatro factores de falta de adherencia a analizar: relacionados con el paciente, con el ambiente social y económico, relacionados con la enfermedad y tratamiento y finalmente los relacionados con el servicio sanitario¹²

Análisis de datos

Como primer paso se transcribió la entrevista y se hizo una lectura exhaustiva de la información, se clasificó la información recogida por las categorías establecidas y después se hizo un análisis exhaustivo de los datos y finalmente la comprensión de los datos recogidos y la extracción de conclusiones.

Consideraciones éticas

Los participantes firmaron el consentimiento informado para participar en el estudio.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos por categorías de estudio fueron:

Categoría 1: Factores relacionados con el paciente

En esta categoría se englobaron diferentes aspectos, como la edad, el nivel de educación, así como la personalidad, que son factores que pueden condicionar a la falta de adherencia al régimen terapéutico. Otros factores relacionados con el paciente que aparecieron también en esta categoría fueron el olvido, el estado del ánimo o deterioro cognitivo del paciente así como también el desconocimiento de la enfermedad.

Hemos visto que los tres pacientes mencionaron en un momento u otro aspectos relacionados directamente con ellos que hacen que no se adhieran al tratamiento, hay aspectos en que lo dicen claramente que se olvidan por ejemplo en el caso del paciente 1 y esto es diferente al desconocimiento de la enfermedad como en el caso de los pacientes 2 y 3. Vemos que los tres su estado de ánimo afecta a su tratamiento y a la manera de manejarlo ya que explican por ejemplo el paciente 1 y 3 que cuando estaban bien anímicamente y tenían trabajo, pensaban más en su salud pero en el momento que se alteran anímicamente dejan de preocuparse y se descuidan más. El bajo nivel educativo también es una variable a destacar en estos pacientes.

Un ejemplo de desconocimiento fue el paciente 1 cuando dice: "Además si yo me tomo las pastillas ya está, ya me controlan... lo otro es secundario, es cuando no quieres llegar a tomar las pastillas, controlarte con solo comiendo bien y haciendo "sport" pero si te tomas las pastillas ya está."

Categoría 2: Factores sociales/ambientales

En esta categoría se englobaron el estado socioeconómico, la pobreza así como también el aislamiento social, las creencias y mitos sociales y culturales sobre la salud / enfermedad, y la situación familiar.

Hemos visto claramente como el factor económico y social es un aspecto importante en cuanto a la adherencia al tratamiento no farmacológico por ejemplo en el paciente 1 que explica que no puede hacer bien dieta porque lo que se hace de comer en casa lo comen todos y ya está, igualmente repercute en cuanto al tratamiento en general ya que el hecho de estar sin trabajar altera el estado anímico y psicológico de los pacientes. También vemos que las creencias y la cultura tienen su papel, esto lo vemos en el paciente 3 que explica que sus creencias en cuanto a la salud y la enfermedad, le hacen pensar que todo lo que le pasa es el destino y no debe hacer gran cosa porque todo lo que le pasará está descrito previamente, o la cultura cuando explica que siempre tienen invitaciones y come lo que hay porque está mal visto no comer. En cuanto a la familia, vemos que hay pacientes que la familia es un apoyo por ejemplo en el paciente 1 y 2, mientras que en el paciente 3 a parte de la mujer, los demás le dicen que no se tome tanta medicación.

Como ejemplo el paciente 1 cuando dice: “Bueno, tiene razón pero no se también tengo mis motivos mi situación económica, yo antes de tener este trabajo, no trabajaba solo buscaba chatarra y la vendía, mi cabeza está llena de problemas pensando en el futuro, en mis hijos, buscando trabajo etc... no daba mucha importancia a mi salud.”

Categoría 3: Factores relacionados con el tratamiento farmacológico y / o enfermedad

En esta categoría se englobaron todos los aspectos relacionados con el tratamiento farmacológico y la enfermedad en sí, así como los síntomas de la enfermedad, la cronicidad y los efectos adversos de la medicación.

En esta categoría hemos visto que prácticamente todos los pacientes, hablan del sentirse bien y no ver los, síntomas y complicaciones de la enfermedad, y esto es debido a la cronicidad de las enfermedades.

Como ejemplo el paciente 2 cuando dice: “Al principio sí que empecé la verdad, sí que empecé porque me asusté y empecé con esa dieta, pero... bueno, luego ha pasado el tiempo y yo me encuentro... bien y no tengo, no tengo problemas, de tensión estoy bien, de diabetes más o menos, bueno me voy controlando y... bien tampoco necesito hacer mucho”.

Categoría 4: Factores relacionados con servicios sanitarios

En esta categoría se engloban todos los aspectos relacionados con el sistema sanitario, así como la relación entre profesionales sanitarios y pacientes.

Hemos visto que todos los pacientes hablan de aspectos relacionados con el servicio sanitario, el paciente 1 y 3 comentan que no se les explica bastante bien o no entienden los profesionales de sanidad cuando les explican de su enfermedad o de su estado de salud. También vemos que no conocen bien los servicios de los que disponen o las funciones de los profesionales.

También expresan quejas del funcionamiento del sistema, por ejemplo el paciente 3 que habla del aparato de la glucemia que le cambian constantemente y eso le agobia.

La valoración de las visitas con médico y enfermera vemos que cada paciente tiene su punto de visión, el paciente 1 piensa que son importantes pero no valora el trabajo de enfermería porque no lo conoce básicamente, el paciente 2 no considera interesante el papel de enfermería en cuanto a sus enfermedades, y el paciente 3 explica que si que son interesantes y lo valora.

En cuanto a las visitas, vemos que todos los pacientes no llevan un control rutinario, sólo acuden al ambulatorio para renovar recetas o porque realmente se encuentran mal.

Un ejemplo de esta categoría fue la expresión del paciente 3: “La verdad, yo no entiendo mucho lo que me explican el doctor, porque voy... voy justo entiendo español y lo hablo para hablar un poco y ya está, muchas cosas digo sí, sí, sí creo que él se da cuenta porque va repitiendo-me las cosas, a veces me echa bronca también. No sé son muy buenos doctor y enfermera pero hay cosas que no entendemos, por ejemplo el análisis solo sé si está bien o mal... nada más”.

DISCUSIÓN

Tras la realización del estudio vemos que realmente hay diferentes factores que proceden a la falta de adherencia al régimen terapéutico y estos factores son relacionados con el paciente, con el ámbito social y cultural del mismo, también relacionados con la enfermedad y con el servicio sanitario tal como se expresa en diferentes artículos de Dilla T, et al, Zambrano C, et al y Veliz-Rojas L, et AL.^{2,5,6}

Estos factores afectan a todos los pacientes, no de la misma manera pero son en todos los casos. Hay muchos factores relacionados con el paciente, el nivel educativo, el desconocimiento de la enfermedad y el estado de ánimo son los más expresados por los tres pacientes, prácticamente todos tres refieren que cuando está con más problemas o estados de ánimo alterados olvidan más de la enfermedad y del tratamiento, así como también el desconocimiento de la enfermedad ya que expresan conocimientos que creen pero que no son reales sobre la enfermedad, por ejemplo los pacientes 1 y 3 que explican que tomando la medicación ya no tienen que hacer ninguna medida para controlar la diabetes, así como que cuando se encuentran mejor y ya no tienen síntomas la olvidan también y no le dan importancia. Otro aspecto es el nivel educativo tal como afirma Dilla T, et AL⁵, el no comprender también lo que se les explica es un factor importante y eso lo vemos claramente en el primer caso que refiere que por problemas de lenguaje (nivel educativo) no entiende las explicaciones del médico.

Podemos concluir a partir de los datos que tenemos de cada paciente que el nivel educativo puede ser un factor que actúa sobre los otros factores, ya que los tres pacientes por ejemplo tienen un nivel educativo bajo.

El factor ambiental y social, también está muy presente como dice Zambrano C, et AL y Flórez I,^{6,9,13} pero en los casos estudiados el factor económico no afecta tanto en la

compra de la medicación porque hay muchas ayudas por parte de la seguridad social en nuestro país a la hora de comprarla, pero sí a la hora de realizar las medidas no farmacológicas así como la dieta y el ejercicio, esto lo vemos en el paciente 1 por ejemplo que explica que no sigue ninguna dieta porque son muchos en casa y no tenía trabajo, y se hacía plato único en casa para todos, que no se podía permitir hacer ningún tipo de dieta saludable.

El factor social y el ámbito de los pacientes es igualmente expresado por los otros 2 pacientes, la paciente 2 que es una mujer explica que el hecho de estar en casa todo el día y dedicarse al trabajo del hogar, porque ha dejado de trabajar la pone nerviosa y la desanima por ello sigue fumando, eso lo describe Zambrano C, et AL⁶ cuando expresa que las personas que consumen tabaco presentan una mala adherencia relacionada con factor socioambiental.

La cultura y las creencias también actúan sobre la adherencia tal como vemos en el caso del paciente 3 que explica por ejemplo que en las invitaciones y los encuentros familiares, no queda bien seguir ninguna dieta porque hay que comer lo que hay preparado y en cuando a las creencias, explica que el destino ya está escrito y por mucho que una persona actúe de una manera o de otra no cambiará mucho la cosa, es decir acepta lo que le pasa y no hace mucho para cambiarlo.

Por otra parte positivamente vemos que todos los tres pacientes tienen algún tipo de apoyo familiar.

En cuanto a los factores relacionados con la enfermedad y la medicación, los casos estudiados expresan generalmente causas relacionadas sólo con la enfermedad y la cronicidad de esta ya que vemos por ejemplo cuando relacionan el hecho de que se encuentran bien sin síntomas con la falta de cumplimiento terapéutico y la recaída con el buen cumplimiento. Los pacientes no ven la evolución de su enfermedad y tienen

otra percepción de su salud ya que los factores de riesgo cardiovasculares son enfermedades crónicas; diabetes, HTA, Hipercolesterolemia, tabaquismo, obesidad etc, tal como expresa Zambrano C,⁶ et AL.

Sin embargo en los casos estudiados no vemos falta de adherencia por efectos secundarios de la medicación como se expresa en el mismo artículo. El resultado obtenido coincide con lo que dice la WHO⁷ que las enfermedades crónicas presentan más falta de adherencia que las enfermedades agudas.

Los servicio sanitario también es un factor al que hacen referencia los pacientes estudiados cuando hablamos de la falta de adherencia, y se expresó de diferentes maneras según cada paciente, por ejemplo el primer y tercer paciente explican que la falta de comunicación con el médico por los problemas de lenguaje que tienen hacen que muchos de los aspectos relacionados con la enfermedad que les explica no las entienden, así como también desconoce la función de la enfermera (controles, seguimiento etc.) esto se repite también la paciente 2 que también expresa desconocimiento sobre la función de enfermería en algunos aspectos, y no las valora. El último caso también habla de otro aspecto del sistema sanitario que hace referencia a la organización, cuando habla del aparato de la glicemia que le cambian constantemente. Todos estos aspectos actitud, asistencia empática, así como la calidad de la comunicación entre profesionales y pacientes es un determinante importante de la adherencia y el cumplimiento terapéutico^{5,9}.

En cuanto a las complicaciones se evidencia en el estudio que entre los pacientes el que lleva más tiempo con las enfermedades, el paciente 3 se conoce mejor las complicaciones y es más consciente, mientras que el que lleva menos tiempo (paciente 1) es el que se muestra menos consciente de todos.

CONCLUSIONES

Aunque no existe una estrategia general ideal para facilitar el cumplimiento terapéutico, es imprescindible adaptar la intervención al paciente individual y, cuando sea necesario, combinar varias para optimizarla, porque como hemos visto hay diferentes factores que actúan sobre la adherencia al régimen terapéutico, y éstos se han de tener en cuenta a la hora de la intervención.

La falta de adherencia al tratamiento en general es un problema mundial de gran magnitud que tiene dos consecuencias directas: una disminución de los resultados en salud y un aumento de los costes sanitarios. Tras este estudio se ha evidenciado que la adherencia terapéutica es un proceso complejo que está influido por múltiples factores relacionados entre sí, entre ellos factores asociados con el paciente, la enfermedad, sociales, económicos y / o ambientales y el con profesional sanitario.

Desde enfermería hay diferentes NANDA (Nursing Outcomes Classification, Clasificación de los resultados de enfermería), NIC, NOC, que hacen referencia a la enseñanza de la enfermedad, el seguimiento, el incumplimiento entre otros. Desde la atención primaria se pueden hacer intervenciones de enfermería concretas a mejorar la adherencia al régimen terapéutico mediante los diferentes diagnósticos NANDA por ejemplo:

Manejo ineficaz del régimen terapéutico (00082) que tiene como objetivos cumplir el programa de tratamiento prescrito en un plazo de 3 meses así como cumplir las modificaciones del estilo de vida en un plazo de 6 meses y la colaboración de la familia o cuidador en el cumplimiento.

Déficit de conocimientos (00126) con el cual podemos demostrar la comprensión de la información y enseñanza recibida para poder manejar la situación de salud del

paciente así como adquirir habilidades necesarias para realizar las técnicas que la permiten manejar.

O intervenciones concretas en cada caso como la Enseñanza de: proceso de enfermedad (5602), medicamentos prescritos (5616), la dieta prescrita (5614) e identificación de riesgos (6610).

Este estudio tiene sus limitaciones ya que no hemos podido acceder a las visitas con el profesional sanitario y tampoco hemos podido evidenciar los hechos descritos en las entrevistas con el día, día del paciente. Además que no podemos hacer generalizaciones debido a la muestra tan pequeña.

Finalmente, como perspectivas de futuro se puede hacer un estudio longitudinal e inscrito en una entidad sanitaria, para poder hacer intervenciones desde el servicio sanitario dirigidas a mejorar la adherencia terapéutica y poder hacer una valoración final para ver la eficacia de estas intervenciones. Por otra parte este estudio es una prueba piloto que da pie a continuar con otros estudios con más muestra y que ésta sea representativa de toda la población.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización mundial de la salud. 2015 [actualizado enero de 2015]. Enfermedades cardiovasculares. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>
2. Veliz-Rojas L, Mendoza-Parra S, Barriga OA. Adherencia terapéutica y control de los factores de riesgo cardiovasculares en usuarios de atención primaria. Enfermería Univ [Internet]. 2015;12(1):3–11. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706315000160>
3. Martínez Fernández M. Factores de riesgo cardiovascular. Rev Ciencias la Univ Pablo Olavide. 2015;16.
4. 3. Bertomeu V. BLOQUEO DEL SISTEMA RENINA - ANGIOTENSINA EN LA ENFERMEDAD ONTARGET Situación de la enfermedad cardiovascular en España . Del riesgo a la enfermedad. 2008;
5. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Adherencia y persistencia terapéutica: Causas, consecuencias y estrategias de mejora. Aten Primaria. 2009;41(6):342–8.
6. Zambrano C, Renato; Duitama M, John F.; Posada V, Jorge I.; Flórez A. JF. Percepción de la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. Rev Fac Nac Salud Pública [Internet]. 2012;30(2):163–74. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2012000200005&lng=en&nrm=iso&tlng=es
7. Organización Mundial de la Salud (OMS). Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Washington D.C: OMS; 2004.
8. C. Inmaculada Sánchez-Martín Cronicidad y complejidad: nuevos roles en Enfermería. Enfermeras de Práctica Avanzada y paciente crónico. [Enfermería Clínica](#).2014; 24(1) 79–89
9. Bellido J., Ríos A, Fernández S. Capítulo 2. Modelo de cuidados de Virginia Henderson [Internet]. Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia

Henderson y los Lenguajes NNN. 2010. 17-33 p. Available from: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf>

10. Rodriguez MA, Garcia E, Amariles P, Rodriguez A, Faus MJ. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. Aten Primaria.2008;40(8):413-7.
11. Nogués Solán X, Sorli Redó ML, Villar García J. Tools to measure treatment adherence. An Med Interna. 2007;24(3):138–41.
12. Berenguera Ossó A, Fernandez de Sanmamaed Santos MJ, Pons Vigués M. Escuchar, Observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. 2014;224.
13. Flórez I. Adherencia al tratamiento en pacientes con riesgo cardiovascular. Avances en enfermería 2009; 27(2): 25-32

TABLAS Y FIGURAS

l.jpg : datos sociodemográficos de los informantes:

INFORMANT	Pacient 1	Pacient 2	Pacient 3
Edat	47 anys	50 anys	61 anys
Sexe	Home	Dona	Home
Nivell d'estudis	ESO	Cicle Formatiu Grau Superior	Primària
Factors de risc cardiovascular	2 (diabetis II i hipercolesterolèmia)	3 (Diabetis II, HTA, fumadora)	3 (Diabetis II, HTA i hipercolesterolèmia)
Estat civil	Casat	Casada	Casat
Convivència sola o amb familiars	Família (dona i 5 fills)	Amb dues filles	Amb la dona
Estat econòmic	Baix	Mitjà	Mitjà

ANNEXES

ANNEX I: TEST DE MORISKY-GREEN

Pacient 1:

1. Oblida alguna vegada prendre els medicaments per tractar la seva malaltia? Sí
2. Pren els medicaments a les hores indicades? Sí
3. Quan es troba bé, deixa de prendre la medicació? Sí
4. Si alguna vegada li sent malament, deixa vostè de prendre-la? No

Pacient 2:

1. Oblida alguna vegada prendre els medicaments per tractar la seva malaltia? Sí
2. Pren els medicaments a les hores indicades? Sí
3. Quan es troba bé, deixa de prendre la medicació? No
4. Si alguna vegada li sent malament, deixa vostè de prendre-la? Sí

Pacient 3:

1. Oblida alguna vegada prendre els medicaments per tractar la seva malaltia? Sí
2. Pren els medicaments a les hores indicades? Sí
3. Quan es troba bé, deixa de prendre la medicació? No
4. Si alguna vegada li sent malament, deixa vostè de prendre-la? Sí

ANNEX II: ENTREVISTES

Entrevista I:

Nombre y apellidos: LT

Edad: 47 años

Sexo: Hombre

Yo tengo 47 años vivo aquí en Catalunya desde hace 14 años con mi familia. Soy de Marruecos, he nacido allí también cuatro de mis hijos nacieron allí y dos aquí. Gracias a dios mis hijos todos estudian y muy bien porque no quiero que pasen lo que yo he vivido la miseria y la inmigración.

Yo antes no trabajaba pero hace un mes me han contratado con el ayuntamiento aquí en el pueblo y gracias a dios esto nos irá muy bien a toda la familia. Bueno vamos a hablar de tu tema que será más interesante que mi vida... (Se ríe)

Para mí la salud es lo más importante de esta vida y la tenemos que cuidar para llegar los más, bien posible a la vejez, para no ser dependiente y que no puedas hacer nada tú mismo, es muy complicado cuando las cosas llegan a este punto porqué

¿Padeces de alguna enfermedad?

Yo tengo azúcar y colesterol des de hace unos 4 o 5 años me lo dijo el médico que yo tengo azúcar, Bueno es que mi familia, mi padre tiene azúcar y 2 de mis hermanos... pero mis hermanos hace muchos años que lo tienen mucho antes que yo, por eso cuando me lo dijo el médico me sorprendí un poco. Y lo del colesterol... no tanto la verdad es que yo antes era más gordo supongo por eso me ha salido colesterol alto en la sangre, pero ahora creo que ya está bien. El azúcar yo no tengo mucho solo muy poco.

Cuando me descubrieron la enfermedad del azúcar lo que me pasaba era que tenía sed, e iba mucho a hacer pipí. Entonces se lo comenté a mi familia y bueno ya me pensaba que sería esto, porque aún me acuerdo que mi hermano le pasó lo mismo, entonces fui al médico y me hicieron analítica de sangre y pasaron esos días, luego fui a ver el resultado y realmente me dijo que tenía azúcar, no me impactó. Para mí no es algo grave, porque no veo ningún cambio, o sea no me pasa nada, me encuentro bien ¿sabes?

Dicen que a la larga te pueden pasar muchas cosas graves, pero no sé si realmente es tan cierto. A lo mejor para la gente que tiene mucho azúcar y comen mucho, pero yo no tengo muy poco. Luego me dieron una máquina para verme el azúcar a lo largo del día y apuntaba lo que me daba, aun la tengo pero casi nunca la uso. Muy pocas veces.

¿Y el colesterol?

Ah me salió cuando hice el análisis también, no se tampoco estoy tan gordo para tener colesterol creo que no tengo mucho, pero claro me estoy tomando medicación según mi hija si me tomo medicación es porque realmente la analítica ha salido bastante mal... pero no sé. Bueno eso es no comer grasas y tal... tampoco como mucha. Pero de verdad tendría que entender más cosas porque mi hija me dice muchas cosas que tendría que moderar y no comer y yo no sé porque para mí eso no es grasa como por ejemplo la leche, el aceite cosas así... si voy con la enfermera me explicaran todo esto no?

Yo: si entre otras muchas cosas más.

Explícame un poco lo que sabe de estas enfermedades...

El azúcar... hay unas células que lo regulan tiene que estar equilibrado, y cuando tienes azúcar si comes mucho azúcar sube y cuando no lo comes baja en el cuerpo, no va bien la regulación, no hay un equilibrio.

El azúcar se queda en la sangre por eso cuando miramos en la maquina sale alto...

Y el colesterol es grasa que sobra en la sangre y bueno es peligroso para nuestro cuerpo. No sé mucho más...

¿Vas al ambulatorio?

Bueno voy cuando tengo que ir... con el medico a los controles y cuando tengo que ver los resultados o cuando no me renueva la receta. Podríamos decir unas dos veces anuales.

¿Y con la enfermera?

Con la enfermera la verdad casi nunca solo para hacer el análisis de sangre. Es que no sé cuándo tengo que ir tampoco! Y con la enfermera no, no se esto no lo tengo muy claro.

Creo que cuando me dijo el médico que tenía azúcar me dijo que vaya con la enfermera para que me explique lo que tengo que comer i lo que tengo que hacer para controlar pero no fui la verdad. Porque ya se eso, porque mis hermanos ya lo tuvieron y se mas o menos lo que hay que tener en cuenta, lo que se puede comer y lo que mejor evitarlo.

La verdad, yo no entiendo mucho lo que me explican el doctor, porque voy... voy justo entiendo español y lo hablo para hablar un poco y ya está, muchas cosas digo sí, sí, sí creo que él se da cuenta porque va repitiendo las cosas, a veces me echa bronca

también (se ríe). No sé son muy buenos doctor y enfermera pero hay cosas que no entendemos, por ejemplo el análisis solo sé si está bien o mal... nada más.

Explícame eso lo que sabes

A ver pues que no hay que comer cosas con azúcar evitarlos, aún que ya sabes nosotros comemos bastante, también el té sin azúcar mejor, el pan mejor no comer mucho, las frutas también tienen mucho azúcar, bebidas limonada. Y lo que se puede comer bien pues la verdura como zanahoria patatas, espinacas, lentejas, alubias, beber agua.

Con esto lo puedes controlar bien y además si se hace ejercicio mejor que mejor... salir a caminar un poco por ejemplo. Bueno la verdad es que yo no hago mucho esto porque no tengo tiempo para hacer estas cosas, bueno lo de la comida creo que no me hace falta hacer el régimen tan estricto...

¿Qué comidas haces durante el día?

Las tres veces almuerzo, comida y cena. Bueno la verdad yo el almuerzo no como mucho, muy poquito...después la comida sí que como muy bien hasta que me lleno del todo, y la merienda – cena hacemos hago una comida y ya está también como bastante y así paso la mayoría de los días.

Explica-me un menú diario por ejemplo que haces el día, día por ejemplo ayer que has comido durante todo el día.

Pues para desayunar: un plato de aceite con pan i un vaso o dos de té verde. (con azúcar), a veces atún o aceitunas negras o huevo frito.

Para comer: verdura o carne guisado y ensalada. La carne a veces pollo a veces ternera y de vez en cuando pescado no mucho la verdad. También a veces comemos legumbres unas 2 veces a la semana por ejemplo. Y frutas evidentemente.

Para cenar: sopa de verduras y a veces té con lo que haya... pan con queso, o aceitunas o aceite...

Y durante el día no comes nada entre estas tres comidas principales? No a veces alguna galleta o frutas.

¿Te resultan interesantes estas visitas?

Hombre claro que son interesantes, ellos son lo más sabios y claro que nos indican el buen camino para nuestra salud. Pero como ya te dije con la enfermera no voy casi, puede que por desconocimiento o no se... ya procurare de ir más a menudo a ver lo que me explica.

¿Toma medicación para sus enfermedades?

Si para el azúcar i el colesterol. Bueno y paracetamol a veces cuando me duele la cabeza o algún dolor de espalda. También para la alergia que tengo, tengo rinitis.

¿Qué medicación es y cuando te tomas explícame un poco?

A ver espera que me recuerdo... la del azúcar se llama no se los nombres las conozco por el color y la forma y caja. Bueno la del azúcar antes me tomaba dos una por la mañana y otra por la noches después de cenar... pero no me la tomaba siempre, me olvidaba muchas veces, tengo muchas cosas en la cabeza y las pastillas muchas veces las olvidaba. A veces me las recuerda mi hija o mi mujer pero sino muchas veces me las dejo.

No se la verdad es que a lo mejor no las recuerdo porque no les doy la importancia, pienso que no tengo mucho azúcar muy poca cosa y estoy bien, me encuentro bien. No tengo bajos ni subidones por eso no me preocupa mucho. Y Ahora me tomo solo una por la noche de azúcar... que también me la sigo dejando.

Un día me paso una cosa relacionada con esto... fui al médico como siempre de control, y no sé cómo supo que yo no me tomaba la medicación, bueno me hecho bronca me dijo porque vienes al médico, hacemos analíticas y pruebas, y luego no te tomas la medicación, que era como si todo lo que hacemos no sirve para nada... bueno tiene razón pero no se también tengo mis motivo mi situación económica, yo antes de tener este trabajo, no trabajaba solo buscaba chatarra y la vendía, mi cabeza está llena de problemas pensando en el futuro, en mis hijos, buscando trabajo etc... no daba mucha importancia a mi salud.

Bueno le dije que como sabía que no me las tomaba porque le dije que sí que tomo... y claro lo veía en el registro de la farmacia porque no iba a buscar la medicación.

Después de esto la verdad es que fui un poco más constante.

¿Te hace algun efecto secundario la medicación?

No creo que no. No siento ningún efecto secundario, pero sí que cuando tomo la medicación mucha medicación me siento contaminado. No está bien tomar mucha medicación, tampoco es tan bueno para la salud.

Las pastillas son químicos, no se... no quiero entrar en estos temas.

¿Conoce bien las medidas de prevención de las complicaciones?

Si lo que te expliqué antes, bueno tomar la medicación y comer bien. A parte de esto como ya te dije tengo también colesterol también tengo que hacer la dieta para ello, no comer grasas.... y hacer ejercicio físico.

¿Realiza usted estas medidas? dieta, ejercicio...

No hago ejercicio, el tiempo no me lo permite... además no es algo que yo estoy acostumbrado a hacer, Bueno hace unos años cuando estábamos bien económicamente, yo trabajaba y tal sí que salía yo y un amigo de la familia íbamos en bicicleta o a andar o correr, ahora no. Al gimnasio no he ido nunca porque no hay dinero.

La dieta como normal. Lo que se cocina en casa lo comemos todos somos 8 en casa no se puede permitir cocinar dos comidas... lo que hay lo cómo y ya está, a veces modero un poco y a veces como lo mismo y ya.... Es que nosotros en casa comemos bastante bien no comemos mucha grasa, comemos verdura cada día, pan, leche.... carne no mucha... bueno bastante bien creo.

¿La familia le ayuda a seguir estas medidas?

Mi hija me tiene seguido siempre, siempre está detrás de mí, me dice que tome la medicación, que haga lo que tengo que hacer, además como ella sabe mucho de estas cosas, pues me tiene cansado siempre dándome rollos...que te va a pasar esto que te va a pasar lo otro... es una pesadilla (se ríe).

También en la comida estamos en la mesa comiendo tranquilamente y ella con sus historias que yo no tengo que comer eso o lo otro, que tengo que comer menos pan, menos patata.... Y sabe que yo si no hay pan en la mesa no como, porque yo necesito el pan sino es como si no hubiese comido.

Puede que ella tenga razón pero son costumbres nuestras y soy así no puedo cambiar, cuesta... es como el té me dice que no tengo que tomar tanto porque lleva mucho azúcar, pero yo sin te, sin te no se es como que me duele la cabeza si no lo bebo es algo que no puedo cambiar.

Quizá es el sentimiento que tengo de que estoy bien y no necesito hacer todo esto para mejorar porque ya estoy bien de base... me siento bien.

Además si me tomo las pastillas ya está, ya me controlan... lo otro es secundario, es cuando no quieres llegar a tomar las pastillas, controlarte con solo comiendo bien y haciendo "sport" pero si te tomas las pastillas ya está.

Entrevista II:

Nombre y apellidos: HML

Edad: 50 años

Sexo: Mujer

Me llamo Noelia, pues a ver tengo 50 años ,vivo en Canellas en un pueblo al lado de Vilafranca de la zona, y ... tengo dos hijas , ya más grandecitas una de 23 años y la otra de ... de 25 años y...bueno, viven conmigo... de momento bien si ... viven conmigo ya tienen novio pero no pasa nada siguen viviendo conmigo, y el marido bien también, lo que pasa que trabaja fuera también y viene y se va, viene dos veces por semana a casa o así . Yo no trabajo, trabajaba y bueno ahora pues no trabajo, porque no se mis enfermedades, porque al principio no me encontraba muy bien pero bueno aunque yo ahora me encuentro muy bien eh!

¿Has dejado el trabajo?

Si he dejado el trabajo.

¿Y qué enfermedades tienes, ahora que hablas de enfermedades?

Pues bueno tengo... diabetes del tipo no tan malo no me pongo insulina y tengo la tensión alta. Esto des de hace ya 10 años, esto fue que unos días que me encontraba mal en el trabajo y yo decía que porqué... que porqué me encontraba mal y entonces fui al médico y... me dijeron es que tenía... Tenía bueno la glicemia.... Esto como se llama... eso de la analítica del azúcar y bueno, y que la tenía muy alta y que estaba a 400 y me dijeron que me tenía que pinchar pero luego me dijeron que primero probamos con, con las pastillas y bueno son las que me estoy tomando y la hipertensión pues lo mismo me encontré mal y me empezaba a subir la tensión y

bueno lo mismo me dijo que tenía que tomar estas pastillas y que tenía que hacer un poco de dieta y un poco de actividades y de cosas.

¿Y en ese momento empezaste a realizar estas medidas?

Bueno, al principio sí que empecé la verdad, sí que empecé porque me asusté y empecé con esa dieta, pero... bueno, luego ha pasado el tiempo y yo me encuentro... bien y no tengo, no tengo problemas, de tensión estoy bien, de diabetes más o menos, bueno me voy controlando y... bien tampoco necesito hacer mucho.

Ahora mismo pues no mucho, la verdad.

¿Quién te ha explicado las medidas que tienes que seguir?

Si, bueno... el médico, enfermera, no sé quién, una chica que me trataba ahí y me decía... pues... sí, me dio una dieta y me dijo tienes que procurar comer... comer más... más sano y yo bueno, sano? Pero si yo como sano, porque yo, ya ves tú estoy en mi casa y cocino yo, pues yo mis verdurita mi... mi comida de los garbanzico y... mi cazuela y mis fideos, yo? Sano.

¿Has modificado el régimen de vida para seguir estas medidas?

Modifiqué al principio, y bueno ahora normal sí... Bueno no... la verdad es que no tengo nada de precaución.

¡Yo me siento bien! ¡Si yo estoy perfecta! Ya ves tú, yo sí, yo pues eso, yo como yo me voy con mis amigas... ¡yo perfecta! Si me encuentro bien, no tengo problemas.

¿Tuviste alguna complicación alguna vez?

No, no, eso fue al principio que sí, me tuvieron que ingresar un par de veces, porque no... no, no lo conocía, cuando me tenía que tomar las pastillas y cuando no, bueno

me lo dijo más o menos, pero, bueno fui controlándome y... nada, pero, pero ya está, bien, no he vuelto al médico.

No, la verdad es que no... no tengo nada, no... yo, me lo noto cuando me duele la cabeza, o... cuando me duele detrás de la cabeza, en las cervicales, o... y ya está y... bueno, me noto que la tensión la tengo un poco más alta.

¿Qué medicación se está tomando ahora?

Mira, me estoy tomando, para la diabetes me estoy tomando una que se llama metformina y para... para hipertensión arterial me estoy tomando otras que son enalapril.

La Metformina me la tomo... pues una vez al día, tampoco me hace falta más.

La otra lo mismo, pero lo que pasa, que la... la tengo un poco más descontrolada esa pastilla, porque si yo me encuentro bien y estoy bien porque me la tengo que tomar? Ya tengo bastante con tomarme una, no necesito tomarme tres o cuatro, no, o sea con una ya tengo bastante, que es la de la diabetes.

¿Pero tiene recetadas las dos no?

Ya pero yo me encuentro bien, yo la tensión la tengo perfecta, ya esta.

Y ya no me hace falta la pastilla.

Bueno en verdad sí, cuando me noto que... me duelen los ojos, la cabeza o... la nuca pues entonces, bueno me voy a tomarme la pastilla, porque seguro que me ha subido la tensión, es cuando me acuerdo.

¿Quién te lleva el control de la tensión?

Bueno, en principio la enfermera, lo que pasa es que tampoco voy mucho al médico.

En un año... en un año a lo mejor no voy o... voy una o no voy. Voy más con el médico.

¿Cuántas veces vas con el más o menos?

Solo, no, voy, voy cuando... cuando necesito exacto, cuando necesito la receta del Enalapril o la Metformina y voy y le digo que me hagan una receta y entonces el médico ya dice de hacerme un poco de revisión, me pasa la enfermera y me hace un poco de revisión, me pesa... me mira las constantes, me dice que, que como...que todo eso... que si hago ejercicio, cosas así, pero que si no, no...

¿Pero te vuelve a dar otra visita de seguimiento?

Sí me da otra fecha pero... normalmente no voy.

¿Te resultan interesantes estas visitas?

Sí que me resultan interesantes, si pero encuentro que ya lo sé, entonces si es una cosa de que me tiene que decir lo que tengo que comer, ya se lo que tengo que comer, para que tengo que volver, pues no, o para que me pese y que me diga que he engordado dos kilos, pues, no.

No me hace falta.

¿Tienes apoyo familiar para seguir dieta, ejercicio, toma de medicación , seguir las instrucciones en general?

Bueno mis hijas, mis hijas la verdad es que están encima mía diciéndome de que me vaya a caminar... de que me vaya a... hacer ejercicio, y a veces me dicen ellas, "vamos mama, vamos a caminar un poco" y... yo es que a veces claro, hago mucha faena yo en casa y... a lo mejor estoy cansada y digo, pues no me apetece. El otro día

esporádicamente dije, bueno pues vamos a salir, y sí que salgo pero...
esporádicamente, tampoco es una cosa que... cada día, de cada día, voy haciendo.

Bien, bien la verdad es que mis hijas son maravillosas eh... mi marido también es maravilloso y... bien y bien, muy bien muy bien, estamos contentos y todo muy bien, si que están encima mío pero... pero es eso, que cuando nos hacemos mayores, estamos bien y vamos pensando y decimos bueno, pues... pues yo lo se todo y bueno, se cómo llevar la situación, bueno... a veces te das cuenta y a veces no.

¿Eres fumadora?

Sí, sí que fumo, si, por desgracia sí que fumo

¿Cuánto fumas más o menos?

Pues... bueno, hay veces que me fumo un paquete al día, sí, hay veces que me fumo un poco menos, pero hay veces que depende de si estoy nerviosa o no, pues me fumo un paquete al día...

Bueno... pues al mejor... no sé, el estar... en casa, también no... a veces... te pones más nerviosa, de decir jolines tengo que estar aquí en casa y siempre ocupándome de la casa y... y de todo y de limpiar y lavadoras, y de limpiar y lavadoras, y de limpiar y lavadoras, esto ya a veces cansa y entonces bueno, pues de estar en casa encerrada pues me pongo nerviosa, y tengo que fumar.

¿Lo has dejado alguna vez?

Bueno, lo intenté, pero no pude, con un cigarrillo de esos electrónicos de esos así, y lo probé pero tampoco pude porque tampoco me gustaba, y dije pues vuelvo, y volví.

¿Quieres dejar de fumar?

Sí, sí que me gustaría la verdad es que sí.

¿Has ido con la enfermera a que te ayude para dejar-lo?

No, no, porque, porque, que me va a dar ella la enfermera

Hay un programa para ayudar a dejar de fumar que lo lleva la enfermera ...

No, no lo he escuchado no, a mí nadie me ha dicho tienes que dejar de fumar y ves a a la enfermera, esto es la primera vez que lo oigo. No, no tampoco me ha dicho nada, no me lo ha comentado, no.

Bueno, no, yo cuando... cuando me diagnosticaron que era diabética e hipertensa, pues... si, me dijeron que tenía que hacer unos seguimientos con la enfermera para saber cómo, como... llevo el tema, pero... porque ella me iba a aconsejar y me iba a decir, me iba a hacer como unas pautas, no sé qué me iba a hacer y bueno... pero... como no voy mucho.

¿Algunos efectos secundarios causados por la medicación?

Bueno... el... sí, me daban ganas como de vomitar la... las pastillas de la diabetes, al principio me daban muchas ganas como de vomitar... eh... muy mareada, encontraba como si me bajara aquello, el azúcar y no sé, me encontraba muy rara.

¿Te lo has dejado de tomar alguna vez por culpa de estas molestias?

Sí, me lo dejé de tomar un día, bueno... un día no, me lo deje de tomar unos dos o tres días, pero luego tuve que volver porque entonces fue cuando me dio... tuve que ir al médico, porque me dio una subida de azúcar y entonces volví y me dijo que es que no las podía dejar, que tenía que seguir tomando, que eran los efectos que daban estas pastillas y... y ya está.

¿Y el Enalapril también te produce algún efecto secundario?

Sí, por eso... ¿sabes lo que pasa? Que con el enalapril yo me encuentro fatal y por eso no tengo ganas de tomármelo, porque para estar tomándomelo y encontrarme peor de lo que estoy, pues no, no me lo tomo y me encuentro mejor y así ya está, si es que no sé para qué tantas pastillas, tantas pastillas, hombre!

¿Y en tu día, sales con las amigas? ¿Haces otras cosas?

Bueno, tengo, tengo mis amigas y mis vecinas, que con ellas somos también muy amigas y eso, pues hago cositas con ellas a veces porque me llaman al timbre de casa y me dicen pues, “¡nena! ¡Vamos a bajar a bajo a tomarnos un café!” bueno... pues a lo mejor si tengo ganas y ya tengo toda la faena hecha pues digo, bueno pues bajo y me tomo un café con ellas y hablamos un poco, pero... no suelo ir mucho, no es cada día tampoco, también es aquello de vez en cuando y bueno, puf... voy haciendo, pero no, no voy mucho.

¿Cuántos cafés te tomas al día?

Bueno, sí, de cafés pues me tomo... cuatro, cuatro cafés...

¿Y no sabes que sube la tensión?

¿El café sube la tensión? ¿Desde cuándo? Pero si yo me encuentro fenomenal.

¿No te lo han dicho en la consulta?

No, no, yo, no, y siempre he tomado café a parte porque voy a dejar yo ahora el café ahora, si hombre, ¡venga va! Dejo el tabaco, el café, lo dejo todo ya si quieres, “tss”.

¿supongo que te tomas el café descafeinado no?

No, café normal y el intenso ese, ese a mí me gusta y café solo, si sí, me encanta, a veces me pongo un poquito de leche, pero muy poquita leche, me gusta café... así cargadito.

¿Cuántas comidas haces diariamente?

Yo hago... bueno, a veces... suelo hacer cuatro, cuatro comidas.

¿Cuéntame por ejemplo ayer que has comido en todo el día?

Por la mañana, me levanté, me tomé un vaso de leche, bueno un vaso de café con leche, mejor dicho y... me tomé cinco madalenas... cinco, cinco galletitas, cinco galletitas, maría, normal y...la metformina, luego ya nada hasta la hora de comer, a la hora de comer, pues me hice un potaje, y me comí un potaje y bueno un plato, no muy grande eh, normalito, no muy grande, y detrás un yogurt natural, eso sí, le puse sacarina, sabes, y... nada, yogurt natural con sacarina y ya está, y mi café, ahí sí que me tomé otro café y... ya está y luego a la tarde, merendé, un vaso de leche con sacarina y luego, pues, me tomé un croissant, porque a veces es aquello de mis hijas van a la panadería y me traen un "croissancito" y tal, bueno... por un "croissancito" tampoco me va a pasar nada malo si me lo como y luego por la noche, ya me tomé, me hice unas verduras, pero así salteadas, con aceite y buenas, sabes, con ajo y... muy buenas, saltadillas, luego también mi pieza de fruta que esa sí que me la tomo por la noche, sabes que pasa que por la noche si no me noto muy hinchada y me cuesta dormir, y entonces no duermo sabes, y para no tomarme ninguna pastilla para dormir, pues prefiero cenar ligerita y ala! Y luego pues ya está, y mi café con leche también, por la noche me tomo mi café con leche, no me despierta eh, duermo bien, si sí, si estoy acostumbrada al café.

¿Cuántas veces a la semana tomas carne, pescado...?

Carne a la semana, pues tomo... cuatro veces a la semana, si cuatro. Pescado, pues también unas tres... cuatro veces a la semana, a veces si no lo hago al medio día lo hago por la noche, el pescado, y también tres o cuatro veces.

¿Y legumbres?

Legumbres... no como nada, casi nada, prácticamente, excepto el otro día que hice lo del potaje, y le eché también un poco de alubias y un poco así de cosas, pero... tampoco, sino.

¿Y cuantas veces al día comes fruta?

Pues fruta... como... pues a lo mejor una fruta al día o... dos piezas de fruta al día.

¿Y verdura?

Y verdura... pues... también voy comiendo, también por la noche ceno con el pescado el plato de verdurita y casi casi cada día que sino... la lechuga, la lechuga por ejemplo, es siempre, es cada día.

¿Y la leche, como te la tomas, desnatada, entera...?

La leche desnatada, sí, eso sí.

¿Y no picas entre comidas?

Si, si alguna vez, sí que se me va la mano, es que a veces, veo, algunos, no se... veo... una galleta y me apetece porque tengo hambre y luego no sé, pues me cojo una galletita y me como la galletita, a veces los frutos secos o no sé, son buenos los frutos secos, son buenos, pues nada, frutos secos un poquito y... a lo mejor voy picando, voy picando o aceitunas o... o que vea por casa.

¿Qué bebes por ejemplo?

No, agua... agua por la mañana, cuando tengo sed, luego sino, pues bebo... una copilla de vino, en las comidas, mi copilla de vino, oye, yo luego me sienta de maravilla

y por la noche a veces también me tomo alguna copilla de vino y sino pues... a lo mejor pues bebo un vaso de agua también, pero normalmente la copilla de vino cae.

¿Y Coca cola, Fanta, zumo...?

No, no, no me gusta, no me gusta, la coca cola no me gusta porque tiene mucho gas y la barriga luego me sienta mal. Zumo sí, zumo sí, estaba el zumo ese 100% natural y lo compré y bueno me tomo ese, y sí, voy bebiendo porque tengo... a veces cuando tengo sed, bebo zumo en vez de agua.

¿Qué es la diabetes para ti? Explícame todo lo que sabes.

Pues no sé, la diabetes, pues nada... a mí me dijeron que no me funcionaba el páncreas y pues nada, que me tenía que tomar las pastillas para, para bueno... pues para tener el azúcar que, que crea el cuerpo y... y ya está, yo no sé nada más, yo sé que es malo, y que no puedo tomar azúcar porque si no me puede dar, no sé, me dijeron que a lo mejor... eh... los órganos me dejaban de funcionar y bueno... cosas así, pero que por, por problemas del de esto, del... del azúcar, pero ya está, que lo único es eso, que el páncreas me dejó de funcionar, y entonces ya no segrega la glucosa esa, que tenemos en el cuerpo y... y no. Y que me tenía que tomar la pastilla de por vida, si sí, pero yo al principio decía que no, que no era diabética, que tenía azúcar, pero que diabética no era.

¿Y sobre la hipertensión que te han explicado?

La hipertensión, cuando yo llegué me dijeron que... era hipertensa, que tenía que hacer la comida bajo en sal, yo la comida siempre la hago bajo en sal, de toda la vida, luego normalmente sí que añadido, yo siempre la hago bajo en sal, yo de toda la vida, y... y nada comer así sano, pero si yo ya como sano.

¿Quién te ha explicado todo esto?

Me derivó a la enfermera y... sí, bueno la enfermera me empezó a explicar, cosas de lo que yo tenía que comer, cuantas veces al día, y... y la comida por ejemplo la carne cuantas veces a la semana y cosas así, pero ya está, no... no me dijeron nada más la verdad, lo único eso, bajo en sal y que tenía que tener cuidado y bueno... que la tensión también subía muy... muy alto y también, bueno... podía provocarme varias cosas, no sé qué cosas.

¿No sabes lo que comporta tener diabetes e hipertensión a lo largo del tiempo?

No, no, lo único que me dijeron fue, eso, que tenía que comer sano y bajo en sal, y... ha sido lo que he hecho.

¿Crees que lo estás haciendo bien?

Sí, sí claro, sí. Me veo bien, yo como de maravilla.

¿Y ejercicio, sales a correr, a caminar...?

No, salgo a lo mejor, eso, cuando mis hijas me dicen a lo mejor un día, "¡mama! Vamos a salir a caminar" pues si me apetece, pues voy, pero si no, no es cada día, no hago mucho ejercicio, la verdad, me quedo en casa haciendo faena y viendo mis telenovelas

Entrevista III:

Nombre y apellidos: MT

Edad: 61

Sexo: Home

Mi nombre es Mohammed tengo 61 años, actualmente no trabajo, estoy en paro desde hace un mes o un mes y medio, tengo 6 hijos de los cuales todo es están independientes menos una k me tiene amargado que vive conmigo, ella tiene 22 años, estudia. Yo estoy casado y... que más... económicamente estoy bien, no me hace falta nada... pero últimamente estoy muy mal no encuentro nada que hacer, solo estar en casa me aburro mucho, sino trabajo estoy así de mal.

Y de los estudios pues yo me saqué la primaria y ya está, es que éramos pobres mis padres y tenía muchos hermanos yo era el más grande, entonces pues me tocó a mí, salir de los estudios y trabajar con mi padre en el campo, luego trabajé en otros sitios y ya luego me vine para España, bueno di muchas vueltas por el mundo y ahora ya sabes estoy en Francia.

A ver, primero, no sé cuándo tuve diabetes, me parece a los 22 años no me acuerdo muy bien, tengo diabetes tipo 2, me pincho insulina y también medicación pastillas, bueno hija al principio fue difícil, pero bueno luego me acostumbre y la cosa mejoró. Luego cuando fui más mayor, a los 52 o 54 años, pon 54... tuve una neumonía y varias bronquitis agudas también, porque estaba inmunodeficiencia, más tarde...y durante esos años también me diagnosticaron artrosis lumbar, y también más adelante, bueno al mismo año me encontraron hernia discal, por lo tanto tengo artrosis lumbar y hernia discal, hernia discal que de momento no hay intervención está allí y no hay problema pero artrosis, sí que me molesta y tengo dolor.

Esos mismos años tuve una mmm dos veces una pancreatitis aguda que me dijeron que por infección, no se cual, no se decirte cual, y el año pasado por supuesto tuve infección vírica por el herpes que aún me molesta, en la espalda y mejor dicho bueno en el abdomen en la costilla y que más... bueno no sé.

Ah sí una cosa que ahora no me sale... debido al artrosis lumbar que tengo, se me duerme el pie sabes ese nervio no sé cómo se acuerdo ahora como se llama bueno se me encoje ese nervio y tengo frio en el pie me duele también y se me duerme bueno esto que no me funciona bien . y bueno por todo esto tengo deshidratación en la piel manos pies...

Otra cosa que tengo también, me han encontrado un quiste en riñón y últimamente tengo molestias allí, tengo que ir al médico... sí sí.

También tengo la tensión alta, me sube mucho cuando me enfado, esto también me salió esos años, es que todo me ha salido de golpe hija.

¿Cada cuánto te visitas en el CAP, explícame un poco?

Voy mmm... cuando tengo algún problema con el doctor médico, y bueno pues... normalmente voy cada mes a buscar las agujas de la máquina del azúcar, de la diabetes del control y bueno a ver depende del tiempo que tenga voy a ver al médico cada vez en cuando para ver como estoy para hacer un simple control. Si claro las visitas son interesantes, porque el medico sabe más que yo. Pero El problema es que no.... No faig tant de cas al metge saps? o sigui vaig simplement per anar, després si em recepta algún medicament o algo, pues lo tomo esos días bien y luego no se... se me olvida muchas veces. No sé qué decirte más... ah sí con la enfermera no voy... voy directamente al médico y los días que voy a buscar las agujas pues eso. La última vez que fui fue un control un simple control per ver como estoy porque la doctora me

dice que venga cada vez para ver como estoy y ayer fui porque me duele el lado derecho el riñón.

¿Qué pastillas te tomas? ¿Tienes maquinillas de control en casa?

Si tengo la de diabetes, Tengo 2 una que compre hace años con mi propio dinero, porque antes hija mía, las cosas iban mal, no todo te lo daba estado con seguro, y bueno pues después me dieron una gratis y bueno cada dos por tres me la están cambiando y cada dos por tres me hacen ir para cambiarla y no se... Además también las agujas son diferentes y cómo funcionan de verdad eh... ya a veces paso de enredarme... Y la máquina de la tensión no tengo es casa no te lo dije, no me la dan voy al hospital a mirarla a veces y ya está.

Y las pastillas, pos la Metformina me la tomo y me tengo que poner insulina tres veces al día después de comer. Y también me dieron una para la tensión, esa no la tengo se me ha acabado y aun no la he ido a buscar... no pasa nada ara estoy bien no me enfado mucho no me sube mucho.

Ah y cuando tengo dolor Paracetamol... bueno antes tenía mucha medicación por qué antes tomaba mucha medicación `pero mi hija me dijo que no tomara tanta, tanta medicación.

¿Y ejercicio?

La enfermera me recomendó ejercicio y me dijo de controlar la diabetes y poner cuando tenía me dijo que tenía que apuntar en un cuadernillo para poner después de la comida, después de cenar y así sabes, pero te digo la verdad no, no apunto nunca allí, o sea no lo sigo, me olvido o no se qué para que sirve ese cuaderno que hacen después solo lo miran y ya está ... Me pincho solo por la mañana y no me vuelvo a pinchar y la insulina pues una vez al día, bueno a veces dos o tres. Y ejercicio antes

cuando trabajaba, pues eso mi trabajo necesita mucha fuerza mucho ejercicio mucha movilidad pero ahora que no trabajo estoy todo el día en casa y no hago nada. Es verdad que cuando hago ejercicio me encuentro mejor, me siento bien. Lo que pasa es que no hago ejercicio porque me duele el lado derecho entonces no puedo, no puedo moverme, esto me impide hacer ejercicio es esto.

La última vez que me hice control de azúcar tenía 4 gramos, mira te digo la verdad yo no sigo la dieta, como a veces dulces, el té normalmente me lo tomo sin azúcar pero a veces, a veces sabes cómo plátanos o dátiles mucho, y esto pues no... no... yo te diría que no sigo una dieta, como bien, bien sin problema, pero eso no lo sigo bien. Además también me sube cuando me estreso o me enfado.

Ah lo del ejercicio también te tengo que decir cuando subo una pendiente, siento esa angustia esa taquicardia ese dolor de pecho, aunque también la enfermera me dijo de caminar en vez de correr pero con este tiempo no salgo no tengo ganas me siento triste.

Ah si antes de verdad a veces mira salía porque antes estábamos allí en el pueblo ya veces, a veces pues salía con mi mujer a dar una vuelta por allí, por el campo o alrededor, allí mira a veces me apetecía porque es muy bonito, la tranquilidad y todo, pero ahora en la ciudad esta donde voy a andar la ciudad, es ruidos, coches mucha gente no, no, no no salgo ni que no se... no me entran las ganas, mira que a veces mi hija me dice de ir a pasear.

¿Los familiares te apoyan?

Sí que me ayudan en casa, bueno la mujer que es la que cocina en casa pues, siempre cocina cosas buenas que pueda comer yo y siempre está controlando el azúcar bueno generalmente nosotros ya comemos bajo en azúcar ... y bueno le pone ensaladas con las comidas... la grasa también no cocina con mucha grasa las intenta

evitar . En esto de la comida la mujer me apoya dentro de lo que sabe. Pero a veces se me va de la mano porque claro es muy fuerte esto de no comer, solo tenemos una vida hay que comer de todo, intento buscar el placer en la comida.

Ah también decirte que en invierno bueno en diciembre me pasaba que me bajaba el azúcar en la noche y varias veces me paso y me tuve que levantar varias veces a comer algo dulce para eso , o sea notaba mareos me sentía mal y me despertaba bebía agua con azúcar o lo que encuentre.

Y en la medicación pues mi familia me dice que no me tome tanta medicación, que me tome primero la del azúcar que es lo más importante, y la tensión pero es que lo de la tensión es otra historia también, porque creo que va todo relacionado, si mejora el azúcar mejorara todo lo demás, sí que me dan las pastillas para que la tensión no suba pero no no te voy a mentir hija a veces si que sigo por seguir bien y tal cuando me encuentro muy mal pero muchas veces la dejo de tomar...

¿Y las complicaciones?

Sí, sí las conozco más que nadie hija si claro a mí ya me ha afectado todo esto, me ha tocado los ojos no ves llevo gafas, no te creas que las llevaba yo antes eh, todo por esto del azúcar, cada vez veía peor y claro fui al médico y me dijo que tenía que llevar las gafas que es una complicación del azúcar porque no está bien sube demasiado y eso...

y los riñones ya ves tú, lo que te conté antes pues eso que me duelen ahora y ya ves, cada vez estamos peor . Todo me sale por esto... pero gracias a dios de todas formas.

Esto claro no lo supe hasta que me ha ido apareciendo, antes no se conocían bien estas cosas... no había quien te explique todo esto, porqué además en esa época cuando a mí me salía esto pues sabíamos lo mínimo que entendíamos del médico y ya

está... y claro ahora aun que sabes te acostumbras a eso lo que hacías hace tiempo y es difícil... si difícil pues claro difícil de cambiar tus hábitos tus formas de vivir...

Creo que si des de que me salió lo entendí bien, y lo hice bien des del momento pues me hubiera ido mejor, creo que no llegaría a esto, quien sabe pero eso creo yo sabes? Porque ya llevas la vida adaptada a esto y te acostumbras y mi mujer también se lo enseñaría eso de la comida lo que se puede lo que no y tal y cual... y ella también me hubiese ayudado más y mejor y llevaría un control más al menos de la comida sabes? Pero bueno es lo que hay y gracias a dios igualmente no me puedo quejar podría estar peor...

Yo soy una persona que creo en dios y sé que todo esto es un examen que no tengo que enfadarme porque esto está escrito por dios todo lo que nos va a pasar por mucho que hagamos todo está escrito sabes? Por eso no hay que correr tanto en la vida todo poco a poco y el destino ya se irá viendo. Y esto me ayuda, me ayuda a aceptar lo que me pasa y eso...

¿Presentas efectos secundarios de la medicación?

No, la verdad no noto ningún efecto así que te pueda decir...

Ah una cosa también importante en cuanto al azúcar, ya sabes tú las invitaciones, yo y mi mujer con tantas personas que nos conocen y los hijos, que si invitación para acá que si invitaciones para allá siempre porque en nuestra cultura nos invitamos entre nosotros mucho y claro, no puede ser que vayas a una invitación y procurar que te hagan la comida para ti o ir y no comer porque eso queda muy muy mal, no lo podemos hacer...

Bueno lo único que tienen todas las familias integrado es lo del té que siempre hacer uno sin azúcar y otro con azúcar, lo demás claro cómo, y no te voy a mentir como

bien, no pienso en que tengo azúcar o tengo tensión, no puedo comer esto o lo otro sino es que queda mal de verdad... y si a mí ya me gusta, pero me sube me sube bastante... a veces lo que hago que me tomo otra pastilla y así ya evito la subida del azúcar o la insulina me pongo un poco más...

ANNEX III: CONSENTIMENT INFORMAT

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN UN PROYECTO DE INVESTIGACION

Factors de manca d'adherència al tractament en el pacient adult jove amb factor de risc cardiovascular

Estimada participante, mi nombre es Keltoum Tahiri y soy estudiante de 4º de enfermería de la Universidad Rovira i Virgili. Actualmente me encuentro llevando a cabo un trabajo de investigación el cual tiene como objetivo conocer las razones que hacen que el paciente adulto joven con riesgo cardiovascular no se adhiera al régimen terapéutico.

Usted ha sido invitada a participar de este estudio. A continuación se entrega la información necesaria para tomar la decisión de participar voluntariamente:

- Si usted accede a estar en este estudio, su participación consistirá en contestar a las preguntas de la entrevista semi estructurada que yo le haré y formular contestaciones largas y/o profundas (un simple sí o no, no serían útiles para los objetivos de esta investigación). Deberá aceptar que la entrevista sea grabada para que la investigadora pueda pasarla a escrito y extraer la información correspondiente.
- Usted no podrá beneficiarse directamente por participar en este estudio. La investigadora, sin embargo, podrá saber más sobre las causas de la no adherencia al régimen terapéutico en las personas que tienen factor de riesgo cardiovascular y la sociedad en general se beneficiará de este conocimiento. La participación en este estudio no conlleva costo para usted, y tampoco será compensada económicamente.
- La investigadora mantendrá su confidencialidad y el anonimato en todos los documentos que realice.
- Los resultados del estudio se analizarán con fines solamente académicos

Si usted tiene preguntas sobre su participación en este estudio puede comunicarse conmigo en cualquier momento al teléfono móvil: 632126229

Si acepta participar en el estudio y contestar a las preguntas de la entrevista, **escriba su nombre, apellidos y DNI aquí:**

Firma

ANNEX IV: NORMES PUBLICACIÓ REVISTA INFERMERIA GLOBAL

- ❖ La revista Enfermería Global está abierta a toda la enfermería docente o investigadora, de cualquier universidad, pública o privada, española o extranjera, así como a la que desarrolla su labor en el ámbito asistencial y de administración y gestión.
- ❖ La edición de la revista será únicamente electrónica y su copyright es propiedad de la Universidad de Murcia (Servicio de Publicaciones), reconocida con su ISSN y depósito legal, acreditando su validez al igual que una revista impresa.
- ❖ El idioma utilizado será el castellano. Se aceptan originales en inglés y en portugués.
- ❖ Los artículos, documentos o estudios que se remitan para la consideración de su publicación deberán estar relacionados con los campos generales correspondientes a investigación, docencia, asistencia y administración enfermera. Las distintas secciones de la revista son:
 - Enfermería clínica.- Estudios y trabajos sobre casos clínicos, actividades, procedimientos, protocolización, metodología, etc, de Enfermería. o Docencia y formación.- Trabajos, estudios y experiencias sobre docencia, metodologías educativas, contenidos curriculares y formación de pre y postgrado en Enfermería.
 - Administración, gestión y calidad.-Trabajos, estudios e investigaciones sobre organización, gestión, economía y administración de los servicios de salud, así como gestión de la calidad asistencial relacionada con la disciplina enfermera.
 - Ensayos y reflexiones.- Análisis teórico y reflexiones sobre la disciplina enfermera.
 - Revisiones.- Comentarios u observaciones sobre libros y otros documentos de actual o destacado interés relacionados con las funciones de Enfermería.
 - Miscelánea.- Contenidos varios relacionados con la disciplina enfermera.
- ❖ Podrán proponerse otros campos, aparte de los indicados, si se entiende que pueden tener relación con la línea general de la revista.

- Los trabajos deberán ser inéditos.
- En el caso de que el trabajo se haya presentado en alguna Jornada, Congreso o similar se deberá indicar el nombre completo del congreso, fechas y lugar de celebración, si fue presentado como póster, comunicación oral o ponencia. Y también si se ha publicado el resumen en el libro oficial del congreso, número de página, etc.
- No se consideran inéditos si en el libro oficial del congreso se ha publicado el texto en su totalidad.
- No se aceptarán más de seis autores por trabajo, excepto si viene justificada su autoría y aportación personal de cada uno de ellos al trabajo.
- Los trabajos originales se ordenarán según los apartados habituales: introducción, material y método, resultados, discusión y conclusiones, siguiendo las Normas de Vancouver para publicaciones.
- El texto se enviará en formato HTML, Word 97 o 2000 o WordPerfect 5.1. Las notas no deberán ser automáticas e irán situadas al final del documento como parte del texto o en documento separado.
- No está limitada la extensión de los trabajos.
- Si van acompañados de material gráfico -tablas y figuras (gráficos, dibujos y fotografías)- los formatos electrónicos aceptados son .jpg o .gif. El tamaño máximo de las imágenes será de 800x600 píxeles en ambos formatos.
- Cada una estará impresa en hoja independiente. Deberán estar numeradas correlativamente, según el orden de aparición en el texto, con números romanos las tablas y arábigos las figuras.
- En cada una constará un título o nota aclaratoria. Se retocarán las fotografías para no ser identificados los pacientes.
- El nombre de los ficheros será el número (romano si es tabla y arábigo si es figura), punto y extensión. Por ejemplo: 1.jpg será la figura 1 en formato jpg.

- El autor situará mediante línea aparte, el lugar del texto donde desea sea incluida la tabla o figura. En dicha línea se colocará el nombre y número de la tabla o figura entre corchetes.
- Los trabajos, que deberán ser inéditos, pueden ser enviados por correo electrónico a la dirección indicada al pie de esta página.
- Los artículos, una vez recibidos, seguirán un proceso de evaluación por dos revisores especialistas en la materia objeto del artículo.
- La confirmación de la publicación se realizará antes de tres semanas desde la recepción.
- Los documentos deberán consignar los datos del autor (o autores), la institución a la que pertenece y una dirección de contacto (postal y/o electrónica) para su publicación e intercambio de información con la revista.
- La periodicidad de publicación será semestral, y se publicará únicamente por medio electrónico en la dirección: <http://www.um.es/eglobal/>
- La dirección de la revista no se responsabiliza de las opiniones de los autores
- El envío de artículos deberá realizarse a la dirección científica:
 - Por correo ordinario a:
M^a José López Montesinos Dpt^o Enfermería. Campus de Espinardo.
Universidad de Murcia. 30100 Murcia (España)
 - Por correo electrónico a: eglobal@um.es
- Cualquier otro tipo de correspondencia de índole administrativa se realizará en la dirección electrónica: enfermeria_global@wanadoo.es

ANNEX V: JUSTIFICACIÓ DEL PROJECTE

Interès personal per la temàtica

El tema es molt interessant per a mi personalment perquè el meu pare es un dels pacients que té diferents malalties com son la hipercolesterolèmia i la diabetis tipo II, que son factors de risc de desenvolupament de malaltia cardiovascular i es incomplidor amb el tractament que te prescrit. No li dona la suficient importància a les malalties que té ni als riscos que li suposen, la medicació se la pren de vagades però la majoria de vegades no se la pren. Això a mi realment em molesta i no ho puc entendre, perquè encara es jove i si canviés el seu estil de vida i seguis millor el seu tractament, la seva salut milloraria molt i els factors de risc també els controlaria.

El meu pare es un cas, però jo conec a molts mes casos que tenen la mateixa problemàtica, el pacient amb risc cardiovascular incomplidor amb el tractament, per això penso que es molt important conèixer les raons per les quals aquests pacients no s'adhereixen al tractament i veure com es pot actuar per canviar aquesta situació.

Argumentació de la importància i rellevància del tema a investigar

Les malalties amb risc cardiovascular com son la diabetis, la hipertensió, la hipercolesterolèmia i altres, son un gran problema de salut publica per la seva alta prevalença y per que constitueixen la primera causa de mort en la població adulta en la majoria de los països i discapacitat prematura. En el mon es registren 16,7 milions de morts cada any atribuïbles als factors de risc cardiovasculars. Entre les deu principals amenaces mundials per la salut, cinc de elles estan relacionades amb la hipertensió arterial, el consum de tabac, les dislipèmies i la obesitat o el sobrepès que son factors de risc cardiovascular.

En quan a la adherència al tractament en els països desenvolupats les tasses d'adherència als tractaments de malalties cròniques està al voltant del 50%. Aquesta xifra es considerablement menor en los països en vies de desenvolupament, segons un informe de la Organització Mundial de la Salut (OMS), que qualifica la falta de adherència com un problema mundial de gran magnitud.

Encara que la manca d'adherència es una pràctica comú, es poc detectada pels professionals de la salut, ja que es una conducta difícil de mesurar degut als diversos factors que influeixen sobre ella. D'acord amb la Organització Mundial de la Salut, la mesura i avaluació de l'adherència terapèutica es una necessitat continua, que permet la planificació de tractaments efectius, eficients i de qualitat.

I conèixer les causes del incompliment del tractament es molt important, i més en el cas dels factors amb risc cardiovascular, perquè la malaltia cardiovascular es produeix quan hi ha uns factors desencadenants, per lo tant te molta importància la capacitat que te l'individu del seu propi cuidatge, com a forma de promoció y prevenció tant dels factors de risc com de les malalties cardiovasculars, aquí entraria l'adherència al tractament tant farmacològic com no farmacològic.

Les causes del incompliment poden ser diverses, tant a nivell cultural, social, econòmic, altres derivats del pacient, la malaltia en si o del tractament farmacològic i també poden ser derivats del propis serveis de salut o del personal que atén al pacient. Si s'aconsegueixen tècniques i estratègies que millorin l'adherència al tractament farmacològic o no farmacològic actuant en qualsevol d'aquests nivells, milloraria la morbimortalitat i la qualitat de vida d'aquests pacients.

A Catalunya el pla de salut 2011-2015, la línia d'actuació número 2, planteja Un sistema més orientat als malalts crònics, de les sis estratègies que es presenten per tirar endavant aquesta línia, estan:

- Potenciar els programes de promoció i prevenció de la salut i prevenció de les malalties.

- Potenciar l'autoresponsabilització dels pacients i dels cuidadors amb la seva salut i fomentar l'autocura.

En els dos casos aconseguir una millor adherència al règim terapèutic es una eina clau.

Per la infermeria el tema de l'adherència es rellevant perquè a l'atenció primària es porta el control de crònics, aquí estaria la valoració de l'adherència i la mesura de RCV per exemple. A més en la taxonomia de diagnòstics NANDA (Nursing Outcomes Classification, Clasificación de los resultados de enfermería), NIC, NOC amb les quals treballem a infermeria tenim diagnòstics que estan relacionats amb l'ensenyament de la malaltia, el seguiment, l'incompliment entre d'altres, llavors es important saber quan un pacient no es adherent al règim terapèutic les causes i depèn d'elles tindríem que actuar. Per exemple si es per desconeixement de la malaltia doncs hauríem de ensenyar i explicar la malaltia, el tractament i la importància d'aquest.

