

Celia Alcover Lucas i Andrea Lloret Martínez.

***IMPACTE DE LA LONGITUDINALITAT INFERMERA EN
L'ADHERÈNCIA I L'AUTOCURA EN PERSONES
DIABÈTIQUES.***

***TREBALL FI DE GRAU
Dirigit per Dra. Rosa D. Raventós Torner
Grau d'Infermeria***



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

***Seu Vilafranca del Penedès
2025-2026***

PRÒLEG

“El poder de l’Atenció Primària està en la longitudinalitat. Si ens treuen la longitudinalitat, deixarem de ser el que som, i deixarem de fer Atenció Primària, com els peixos moririen o es convertirien en una altra cosa si els traguéssim de l’aigua.”

Adaptació inspirada en “This Is Water””, de David Foster Wallace..

AGRAÏMENTS

En primer lloc, volem expressar el nostre més sincer agraïment a la Dra. Rosa D. Raventós Torner pel seu suport incondicional des dels inicis de la nostra formació, així com per la seva implicació i assessorament en el desenvolupament d'aquest Treball de Fi de Grau, sent un privilegi poder culminar aquesta etapa acadèmica amb la mateixa persona amb qui la vam iniciar. En segon lloc, apreciem la col·laboració de totes les persones entrevistades que han fet possible aquesta investigació on les seves experiències han estat de gran valor per al nostre procés de recerca i aprenentatge.

Així mateix, volem reconèixer la tasca de totes les infermeres i infermers que han format part del nostre camí al llarg d'aquests quatre anys. Els agraïm la seva paciència, la seva dedicació i la seva capacitat d'ensenyar més enllà dels coneixements teòrics, transmetent una vocació que ens ha deixat empremta. Han estat guia, exemple i font d'inspiració en cada etapa del nostre aprenentatge.

També volem expressar el nostre reconeixement al sistema sanitari de Catalunya per oferir-nos l'oportunitat de formar-nos en aquesta professió i per permetre'ns descobrir una infermeria amb autonomia, capacitat de creixement i un paper essencial dins del sistema de salut. Gràcies per contribuir a fer-nos creure en el potencial i el valor de la professió infermera. Volem posar en valor el nostre esforç, la nostra constància i la nostra habilitat de superar obstacles al llarg de tot aquest camí. Malgrat els moments difícils, especialment els vinculats a estar lluny de casa, hem pogut afrontar les dificultats amb decisió i força emocional.

Finalment, volem donar les gràcies a les nostres famílies el seu suport incondicional, la seva paciència i la confiança dipositada en nosaltres en tot moment. Han estat el pilar fonamental que ens ha permès arribar fins aquí.

ÍNDEX

Índex de figures.....	4
Índex de taules.....	5
Abreviatures.....	5
Abstract.....	6
1. INTRODUCCIÓ I JUSTIFICACIÓ.....	7
1.1. Introducció.....	7
1.2. Justificació.....	9
2. OBJECTIUS I PREGUNTA D'INVESTIGACIÓ.....	10
2.1. Pregunta d'investigació.....	10
2.2. Objectiu general.....	10
2.3. Objectius específics.....	11
3. MARC TEÒRIC.....	11
3.1 Longitudinalitat infermera en Atenció Primària VS continuïtat assistencial.....	11
3.1.1 Relació entre longitudinalitat, adherència i autocura en la diabetis mellitus tipus 2.....	13
3.1.2 Rol de la infermera en Atenció Primària.....	13
3.1.3 Infermeria d'Atenció Primària com a eix estratègic.....	14
3.1.4 Cronicitat i envelliment poblacional en Atenció Primària.....	15
3.1.5 Models d'atenció a la cronicitat.....	16
3.1.5.1 Model Centrat en les persones de McCormack i McCance.....	17
3.2 Adherència terapèutica en diabètics tipus 2.....	18
3.3 Diabetis mellitus tipus 2.....	20
3.3.1 Epidemiologia i impacte en la salut pública.....	20
3.3.2 Factors de risc associats a la diabetis tipus 2.....	20
3.3.3 Diagnòstic, detecció precoç i complicacions en Atenció Primària.....	21
3.3.4 Prevenció i promoció de la salut.....	22
3.3.5 Educació sanitària i autocura.....	22
3.4 Comunitats autònomes.....	23
3.4.1 Organització de l'Atenció Primària a les Comunitats Autònomes.....	23
3.4.2 Programes d'atenció al diabètic a les diferents Comunitats Autònomes.....	25
4. METODOLOGIA.....	26
4.1. Revisió bibliogràfica.....	26
4.2. Disseny de l'estudi.....	29
4.3. Participants i unitat d'observació.....	30
4.4. Tècniques de recollida de dades.....	32
4.5. Anàlisis de dades.....	33
4.6. Aspectes ètics.....	34
5. RESULTATS I DISCUSSIÓ.....	35
6. CONCLUSIONS.....	46
7. LIMITACIONS.....	47

8. FUTURES LÍNIES DE RECERCA.....	48
9. BIBLIOGRAFIA.....	49
10. ANNEXES.....	56
Annex 1: Guió Entrevista.....	56
Annex 2: Consentiment informat per l'informant.....	59
Annex 3: Full informatiu per l'informant.....	62
Annex 4: Pregunta d'investigació mètode SPIDER.....	67
Annex 5: Llegenda dels símbols utilitzats en les transcripcions.....	68
Annex 6: Cronograma.....	68

Índex de figures

Figura 1: Model centrat en la persona.....	18
--	----

Índex de taules

Taula 1: Hospitals públics de València.....	25
Taula 2 : Programes d'atenció a les diferents comunitats.....	26
Taula 3: MeSH, DeCS.....	28
Taula 4: Cerca bibliogràfica.....	29
Taula 5: Criteris d'inclusió i exclusió.....	31
Taula 6: Dades sociodemogràfiques dels participants.....	32

Abreviatures

DM2: Diabetis Mellitus tipus 2.

DM1: Diabetis Mellitus tipus 1.

AP: Atenció Primària.

CAP: Centre d'Atenció Primària.

UE: Unió Europea.

PCC: Pacient crònic complex.

MACA: Malalties cròniques en edat avançada.

PCNF: Marc d'Infermeria Centrada en la Persona.

TPM: Taxa de Possessió de Medicaments.

PDC: Proporció de Dies Coberts.

IMC: Índex de Massa Corporal.

TG: Triglicèrids.

SISCAT: Sistema Sanitari Integral d'Utilització pública de Catalunya.

CUAP: Centre d'Urgències d'Atenció Primària.

MeSH: Medical Subject Headings.

DeCS: Descriptors en Ciències en la Salut.

Resum

La diabetis mellitus tipus 2 (DM2) és una malaltia crònica d'alta prevalença que requereix un seguiment continuat i una gestió integral. En aquest context, l'atenció primària i el paper de la infermeria són fonamentals per promoure l'autocura i millorar la qualitat de vida de les persones afectades. La longitudinalitat, entesa com el seguiment al llarg del temps per part d'un mateix professional, afavoreix la creació d'un vincle de confiança, una atenció més personalitzada i una visió global del pacient.

L'objectiu d'aquest treball és analitzar la percepció de la longitudinalitat en l'atenció infermera en persones majors de 65 anys amb DM2 de la Comunitat Valenciana i Catalunya.

Disseny de l'estudi: estudi qualitatiu amb enfocament fenomenològic, basat en entrevistes semiestructurades. La selecció dels participants es va realitzar mitjançant un mostreig fins a assolir la saturació de la informació, garantint en tot moment la confidencialitat i l'anonimat de les dades.

Resultats i discussió: s'organitzen en quatre categories principals i deu subcategories: l'experiència relacional amb la infermera de referència, les percepcions sobre la longitudinalitat, el seu impacte en la gestió de la malaltia i les necessitats assistencials percebudes. Les persones participants destaquen que la relació continuada amb la infermera genera confiança, seguretat i sensació d'acompanyament. Assenyalen que la longitudinalitat facilita el seguiment del tractament, millora l'adherència terapèutica, fomenta l'autocura i afavoreix l'adopció d'hàbits de vida saludables. En canvi, els canvis freqüents de professional es perceben negativament, ja que dificulten el vincle terapèutic, generen inseguretat.

En conclusió, la longitudinalitat infermera es configura com un element clau per millorar l'experiència del pacient, la qualitat de l'atenció i els resultats en salut. Factors com la inestabilitat laboral, la sobrecàrrega assistencial i la manca de temps limiten el desenvolupament òptim de la longitudinalitat i impacten negativament en la qualitat de l'atenció.

Paraules clau: diabetes mellitus tipus 2, malalties cròniques, continuïtat de l'atenció al pacient, relació infermera-pacient, rol de la infermeria.

Abstract

Type 2 diabetes mellitus (DM2) is a chronic disease with high prevalence that requires continuous monitoring and comprehensive management. In this context, primary care and the role of nursing are fundamental to promote self-care and improve the quality of life of affected people. Longitudinality, understood as monitoring over time by the same professional, favors the creation of a bond of trust, more personalized care and a global vision of the patient.

The objective of this work is to analyze the perception of longitudinality in nursing care in people over 65 years of age with DM2 in the Valencian Community and Catalonia.

Study design: qualitative study with a phenomenological approach, based on semi-structured interviews. The selection of participants was carried out through sampling until information saturation was achieved, guaranteeing at all times the confidentiality and anonymity of the data.

Results and discussion: They are organized into four main categories and ten subcategories: the relational experience with the reference nurse, perceptions about longitudinality, its impact on the management of the disease and perceived care needs. The participants highlight that the continuous relationship with the nurse generates trust, security and a feeling of support. They point out that longitudinality facilitates the monitoring of treatment, improves therapeutic adherence, promotes self-care and favors the adoption of healthy lifestyle habits. On the other hand, frequent changes of professional are perceived negatively, since they hinder the therapeutic bond and generate insecurity.

In conclusion, nursing longitudinality is configured as a key element to improve the patient experience, the quality of care and health outcomes. Factors such as job instability, care overload and lack of time limit the optimal development of longitudinality and negatively impact the quality of care.

Keywords: diabetes mellitus type 2, chronic diseases, continuity of patient care, nurse-patient relationship, role of nursing.

1. INTRODUCCIÓ I JUSTIFICACIÓ

1.1. Introducció

La diabetis mellitus tipus 2 (DM2) constitueix actualment una de les malalties metabòliques amb major impacte en la salut pública. Es caracteritza principalment per la presència de resistència a la insulina i una disminució progressiva de la capacitat secretora de les cèl·lules beta pancreàtiques. Aquesta patologia s'emmarca dins de la classificació general de la diabetis mellitus, que inclou la diabetis mellitus tipus 1 (DM1), la diabetis mellitus tipus 2 (DM2) i altres formes específiques, cadascuna amb etiologies, mecanismes fisiopatològics i necessitats terapèutiques diferenciades. En aquest context, el diagnòstic precoç mitjançant criteris clínics i proves de laboratori establertes esdevé fonamental, ja que una intervenció terapèutica adequada permet prevenir complicacions tant agudes com cròniques i millorar la qualitat de vida de les persones afectades. Així mateix, aquesta classificació i definició resulten essencials tant en la pràctica clínica com en la investigació orientada a la prevenció, el control i l'educació sanitària relacionada amb la diabetis (Lu et al., 2024).

La DM2 forma part d'un conjunt més ampli d'alteracions metabòliques que alguns autors conceptualitzen com a síndrome de disfunció metabòlica. Segons Lu et al. (2024), l'elevada prevalença d'aquesta patologia posa de manifest la importància de desenvolupar estratègies preventives efectives, especialment si es té en compte que la DM2 pot prevenir-se i, en determinats casos, assolir la remissió mitjançant modificacions en l'estil de vida. En aquest sentit, la gestió de la DM2 representa un repte significatiu per als sistemes sanitaris, especialment en l'àmbit de l'atenció primària, que assumeix un paper central en el seu abordatge. En l'àmbit global, la prevalença de la diabetis s'ha quadruplicat en les darreres tres dècades i actualment constitueix la novena causa principal de mortalitat. S'estima que aproximadament una de cada onze persones adultes al món presenta diabetis mellitus, de les quals prop del 90% corresponen a DM2 (Abdul Basith Khan et al., 2020). En l'àmbit estatal, la prevalença se situa al voltant del 14,8%, amb un percentatge rellevant de casos no diagnosticats (30,3%), i Espanya es manté com el cinquè país europeu amb major prevalença d'aquesta patologia (Sociedad Española de Diabetes et al., 2021).

Davant d'aquest escenari, les intervencions infermeres adquireixen un paper clau en el control i seguiment de la malaltia, especialment en l'atenció primària. Diversos estudis

han analitzat la seva eficàcia, com el d'Echenique et al. (2020), que evidencia que més del 50% dels pacients aconsegueixen nivells adequats d'HbA1c, fet que posa de manifest la rellevància de la pràctica infermera en la millora del control glucèmic. Aquestes intervencions, centrades en la promoció de l'autocura, l'educació sanitària, el suport conductual i l'empoderament del pacient, han demostrat tenir un impacte clínic significatiu i mesurable (Bayón Cabeza et al., 2020; Requelme et al., 2025). En aquest sentit, l'atenció primària, com a porta d'entrada al sistema sanitari, exerceix un paper fonamental no només en el diagnòstic, sinó també en el seguiment continuat i l'abordatge integral de les malalties cròniques. Moreno et al. (2021) aporten evidència rellevant sobre els factors assistencials i l'ús de recursos en aquest nivell, aspectes clau per garantir la sostenibilitat i l'eficiència del seguiment a llarg termini dels pacients amb patologies cròniques.

Finalment, la literatura recent destaca la longitudinalitat assistencial, i especialment la longitudinalitat infermera, com un element essencial per millorar els resultats en salut. Aquesta continuïtat en l'atenció s'associa amb una reducció de la mortalitat, una disminució de les hospitalitzacions innecessàries i una millor experiència per part dels pacients, alhora que facilita un seguiment més coherent i enforteix el vincle terapèutic, especialment en l'àmbit domiciliari (Añel-Rodríguez et al., 2022; Limón & Riera, 2023). En aquesta línia, Blas Sánchez et al. (2024) assenyalen que la longitudinalitat constitueix un component central de la qualitat assistencial en atenció primària, ja que afavoreix l'adherència al tractament, optimitza la gestió de les malalties cròniques i contribueix a una millor utilització dels recursos sanitaris. En conjunt, aquestes evidències reforcen la importància de la continuïtat i l'estabilitat en la relació entre la infermera i el pacient, elements clau per garantir un seguiment eficaç i sostenible en patologies cròniques com la diabetis mellitus tipus 2.

1.2. Justificació

El motiu principal pel qual s'ha escollit aquest tema és la rellevància de garantir la longitudinalitat en la relació infermera-pacient en persones amb malalties cròniques, com la diabetis mellitus tipus 2 (DM2), atès que aquesta continuïtat assistencial s'associa amb múltiples beneficis tant clínics com assistencials. En primer lloc, la longitudinalitat permet oferir una atenció més personalitzada i centrada en la persona, fet que contribueix a millorar l'adherència als tractaments. Quan existeix una relació estable i continuada amb el professional d'infermeria, el pacient se sent més comprès,

escoltat i implicat en el seu propi procés de salut, aspectes que influeixen positivament en la seva participació activa.

En segon lloc, aquest model d'atenció afavoreix el desenvolupament de l'autocura i la responsabilitat del pacient en la gestió de la seva malaltia, alhora que facilita la detecció precoç de possibles complicacions. Aquesta continuïtat assistencial garanteix una atenció més coherent al llarg del temps, millorant la qualitat de les cures i contribuint a la prevenció de problemes de salut associats a la cronicitat.

En aquest sentit, la longitudinalitat en l'atenció primària, definida com la continuïtat en la relació entre el pacient i el professional sanitari, actua com un factor protector de la salut (Añel-Rodríguez et al., 2022). Aquests autors assenyalen que la continuïtat assistencial millora la detecció precoç de problemes de salut, incrementa l'adherència als tractaments i facilita el seguiment de les malalties cròniques. Així mateix, destaquen que la longitudinalitat afavoreix la construcció d'una relació de confiança, millora la comunicació entre pacient i professional i permet una atenció més individualitzada, amb impactes positius directes en la qualitat de vida dels pacients i en la prevenció de complicacions.

2. OBJECTIUS I PREGUNTA D'INVESTIGACIÓ

2.1. Pregunta d'investigació

Per realitzar la pregunta d'investigació ens hem basat en el mètode SPIDER fonamentat en l'experiència dels individus i comunitats respecte a un tema (Sánchez-Martín et al., 2023) (Annex 4) .

“Com perceben les persones majors de 65 anys amb diabetis tipus 2 l'efecte de la longitudinalitat infermera-pacient en la seva adherència terapèutica i l'autocura?”

Per donar resposta a la pregunta d'investigació hem elaborat els següents objectius:

2.2. Objectiu general

Explorar com perceben les persones majors de 65 anys amb diabetis mellitus tipus 2 a ambdues comunitats autònomes la influència de la longitudinalitat en l'atenció infermera-pacient a la seva salut.

2.3. Objectius específics

1. Descriure les vivències de les persones amb diabetis tipus 2 en relació amb la seva infermera de referència.
2. Explorar les diferents perspectives que expressen les persones amb DM2 sobre la longitudinalitat en la gestió de la seva malaltia.
3. Analitzar la relació terapèutica que s'estableix entre infermera i usuari.
4. Identificar facilitadors i barreres per l'adherència terapèutica i l'autocura vinculats a l'Atenció Primària(AP).

3. MARC TEÒRIC

3.1 Longitudinalitat infermera en Atenció Primària VS continuïtat assistencial.

Sovint es confonen els conceptes de longitudinalitat i continuïtat assistencial. La longitudinalitat fa referència a l'atenció que un mateix professional ofereix al pacient davant els diferents problemes de salut al llarg del temps, mentre que la continuïtat assistencial es relaciona amb la connexió i coordinació entre els diferents episodis d'atenció que rep el pacient per part de diversos professionals, serveis o nivells assistencials per una mateixa problemàtica (Añel Rodríguez, 2024).

La longitudinalitat implica, per tant, la creació d'un vincle sostingut en el temps entre el professional sanitari i el pacient, basat en la confiança, el compromís i el coneixement mutu. Aquesta relació ha demostrat ser molt més que un simple factor protector de la salut, ja que l'evidència científica recolza de manera clara i consistent els seus beneficis en els resultats clínics i assistencials.

En aquest sentit, segons Añel Rodríguez et al. (2024), la longitudinalitat en Atenció Primària (AP) promou una atenció més humana, segura i eficient, ja que redueix

l'intervencionisme i la realització de proves i tractaments innecessaris. Així mateix, s'associa amb una disminució de les derivacions a especialistes, de les visites a urgències, dels ingressos hospitalaris i, fins i tot, de la mortalitat, alhora que contribueix a una millora global de la qualitat de vida dels pacients.

Per contra, la manca de coneixement previ i de relació de confiança amb el pacient, especialment en les primeres visites o en situacions de rotació professional, pot donar lloc a una atenció menys eficient i menys segura, amb resultats clínics pitjors i un increment dels costos sanitaris. Aquest fenomen és més evident quan el pacient és atès de manera successiva per professionals diferents, sense una relació continuada que permeti comprendre la seva història clínica i el seu context global.

Tot i que la longitudinalitat pot donar-se en diferents nivells assistencials, és especialment característica de l'AP, on és més factible establir relacions duradores entre professionals i pacients. En canvi, en l'àmbit hospitalari, per raons organitzatives i de rotació de personal, aquesta relació és més difícil d'assolir, fet que sovint impedeix que el pacient identifiqui un professional de referència clar.

A més, la longitudinalitat aporta un valor afegit respecte a la simple continuïtat assistencial, ja que no es tracta únicament de rebre atenció coordinada entre diferents professionals, sinó de disposar d'un seguiment complet, sostingut i coherent per part d'un mateix professional o equip de referència. D'aquesta manera, la qualitat de l'atenció no depèn només de la continuïtat dels serveis, sinó de la profunditat del vincle establert. En aquest sentit, quan un pacient afirma "és la meva infermera" o "és el meu metge", habitualment fa referència al professional d'atenció primària, ja que és qui millor coneix la seva situació clínica, valors i preferències (Añel Rodríguez, 2024).

Per aquest motiu, és fonamental fomentar que els pacients reconeguin l'AP com el seu primer nivell de referència per al contacte inicial i el seguiment dels seus problemes de salut, promovent una visió integral que inclogui no només l'individu, sinó també el seu entorn familiar i comunitari. L'evidència indica, a més, que els beneficis de la longitudinalitat augmenten a mesura que la relació professional-pacient es prolonga en el temps, essent la durada del vincle un factor clau en la seva efectivitat.

Finalment, cal destacar que aquest vincle assistencial, entès com una connexió invisible però fonamental entre el professional de salut, el pacient i el seu context, depèn de múltiples factors. Entre aquests destaquen les qualitats personals i

actitudinals dels professionals, les característiques i comportaments dels pacients, així com el nivell de compromís mutu. En aquest marc, elements com l'empatia, l'acompanyament, la disponibilitat, la confiança i el respecte esdevenen imprescindibles per afavorir una relació terapèutica sòlida i duradora.

3.1.1 Relació entre longitudinalitat, adherència i autocura en la diabetis mellitus tipus 2.

L'autocura és un concepte clau en el context de les malalties cròniques com la DM2. Les persones amb aquest diagnòstic entren en un procés continu d'autogestió, caracteritzat per una major consciència de la seva salut, així com per l'aprenentatge i l'esforç constants per adaptar els seus hàbits de vida, com ara l'alimentació, l'exercici físic i la presa de medicació. Amb el temps, aquestes accions deixen de percebre's com a mesures puntuals o intencionades i passen a integrar-se de manera natural en la seva rutina diària. En aquest sentit, la longitudinalitat en l'atenció sanitària adquireix una gran importància, especialment en el moment del diagnòstic i davant de possibles crisis o descompensacions.

El seguiment infermer continu afavoreix la creació d'un vincle de confiança, facilita la detecció precoç de problemes i permet una adaptació personalitzada de les cures, factors que contribueixen a millorar l'autocura. Així mateix, l'adherència al tractament està estretament relacionada amb la manera com el pacient integra la malaltia en el seu dia a dia: quan assumeix un paper actiu i en pren el control, és més probable que mantingui tant la presa adequada de la medicació com els hàbits de vida saludables. Per tant, la longitudinalitat no només reforça l'autocura, sinó que també incideix de manera indirecta en una millor adherència terapèutica i en la millora global de l'estil de vida (van Smoorenburg et al., 2019).

3.1.2 Rol de la infermera en Atenció Primària.

La infermera que treballa en l'àmbit Familiar i Comunitari és aquella que juga un paper essencial en l'Atenció Primària, ja que està present al llarg de tot el cicle vital: des de la infància fins a la vellesa. Aquesta continuïtat li permet conèixer de prop les necessitats de salut de les persones i les malalties que poden anar apareixent al llarg de la vida. A nivell d'actuació, la infermeria desenvolupa funcions en diferents àmbits com el docent, l'assistencial, la gestió, la investigació, la prevenció i la promoció de la salut dins de la comunitat, esdevenint així una figura clau i imprescindible dins del sistema sanitari.

La seva implicació contribueix a fer que l'atenció sigui més humana, oferint un cuidatge proper i basat en la confiança, on no es té en compte únicament la malaltia, sinó també la persona en la seva globalitat. A més, cal destacar el paper fonamental que té en la prevenció, ja que intervé abans que apareguin problemes de salut mitjançant l'educació sanitària, la promoció d'estils de vida saludables i la identificació precoç de factors de risc. Aquest enfocament preventiu es complementa amb la seva capacitat per empoderar les persones, fomentant que s'involucrin activament en el cuidatge de la seva salut i promovent així la seva autonomia i responsabilitat envers el seu benestar.

Pel que fa a les seves competències, la infermera comunitària ha de disposar d'un ampli ventall d'habilitats, com ara l'escolta activa, la sensibilitat, la capacitat de motivar i educar, l'habilitat per orientar, la resiliència emocional, la presa de decisions responsables, així com l'observació de l'entorn familiar i social i el treball en equip interdisciplinari, entre d'altres. El seu treball es basa a fomentar la salut en els seus aspectes físics, mentals i socials, intervenint de manera proactiva en l'educació de la comunitat sobre hàbits de vida saludables, com ara una dieta equilibrada, la pràctica regular d'exercici físic i un descans adequat (Fernández Araque, 2025).

3.1.3 Infermeria d'Atenció Primària com a eix estratègic.

Els eixos estratègics a nivell d'infermeria comunitària, d'acord amb el Manual Docent sobre Salut Comunitària i el concepte d'Atenció Primària definit per la OMS a la Conferència d'Alma-Ata, giren entorn d'una intervenció centrada en la persona, comunitat i seva família (Fernández Araque, 2025).

En primer lloc, una de les seves competències fonamentals és la promoció de la salut, que es du a terme mitjançant habilitats de comunicació a la consulta. Aquestes han de permetre establir vincles de confiança amb el pacient, facilitant la connexió terapèutica i afavorint la longitudinalitat de l'atenció. En segon lloc, la investigació esdevé un pilar clau en la infermeria comunitària, ja que contribueix tant a millorar les problemàtiques actuals com a anticipar-se a possibles necessitats futures.

En tercer lloc, destaca la funció assistencial, probablement la més reconeguda socialment. Aquesta inclou la promoció de la salut, la prevenció i l'educació sanitària, especialment en relació amb les malalties cròniques prevalents en l'AP. Així mateix, incorpora l'atenció domiciliària, que constitueix una funció essencial dins de la pràctica de la infermeria comunitària. En quart lloc, cal esmentar la funció docent, entesa com una eina imprescindible per a la transmissió de coneixements i la capacitat tant de professionals com de la població. Finalment, la gestió i l'administració també formen part de les competències infermeres, incloent-hi l'organització de campanyes de conscienciació amb l'objectiu d'incidir i arribar al conjunt de la població (Fernández Araque, 2025).

3.1.4 Cronicitat i envelliment poblacional en Atenció Primària.

La cronicitat es defineix com un conjunt de problemes socials o de salut que persisteixen en el temps, així com els impactes que generen en els individus, les comunitats, el seu entorn, els serveis socials i la societat en conjunt. En aquest context, adquireix especial rellevància el concepte de complexitat en salut, entès com una situació en què la persona presenta un conjunt de necessitats complexes derivades de la presència d'una o diverses malalties, la forma d'accés als serveis, el seu entorn i la resposta limitada del sistema. Aquesta realitat fa necessari un enfocament d'atenció compartida i l'elaboració de plans específics i individualitzats per a cada cas. En aquest sentit, la longevitat s'associa estretament al fenomen de la cronicitat, ja que l'augment de l'esperança de vida comporta una prevalença més elevada de malalties cròniques i de situacions de complexitat en salut.

L'esperança de vida és l'indicador més utilitzat per comparar la mortalitat entre diferents poblacions i, a nivell mundial, ha augmentat de manera considerable des de 2020. Segons l'Organització Mundial de la Salut, actualment les persones tenen una longevitat més elevada, tot i que aquest increment no ha estat equitatiu al llarg dels anys. Es preveu que les malalties cròniques esdevinguin la principal causa de

discapacitat, una realitat que s'intensificarà a mesura que es modifiquin les estructures demogràfiques i augmenti el nombre de persones que arribin a edats avançades. Per aquest motiu, es pot afirmar que el concepte de longevitat està estretament vinculat amb el fenomen de la cronicitat (Organización Mundial de la Salud, 2025).

Tot i que el procés d'envelliment no implica necessàriament emmalaltir, pot comportar una reducció de la capacitat funcional, una major susceptibilitat i un increment de la dependència. Tanmateix, no sempre s'ha de relacionar la malaltia crònica amb la gent gran: hi ha persones majors de 80 anys amb habilitats preservades en comparació amb individus més joves, així com menors de 60 anys que presenten un deteriorament significatiu (Hernansanz Iglesias, 2024).

Segons l'European Observatory on Health Systems and Policies, (2023) el 40% dels homes i el 44% de les dones majors de 65 anys a Espanya declaren patir múltiples malalties cròniques, xifres superiors a la mitjana de la Unió Europea (UE). A més, Espanya presenta una de les esperances de vida més altes de la UE (83,2 anys l'any 2022), però també registra majors necessitats d'atenció de llarga durada en comparació amb la mitjana europea.

3.1.5 Models d'atenció a la cronicitat

Segons el Pla de Salut de Catalunya (2011-2015), els pacients es classifiquen en dues categories de complexitat: els pacients crònics complexos (PCC) i els pacients amb malalties cròniques en edat avançada (MACA). Aquesta divisió es basa en el criteri clínic dels professionals, mitjançant un procediment multidisciplinari liderat per l'AP, que es pot dur a terme en diferents àrees del sistema de salut.

A més de la presència de múltiples malalties i de la utilització de recursos sanitaris, existeixen altres característiques que contribueixen a la seva classificació. Així, quan la gestió del cas suposa un repte significatiu i requereix modificacions en l'atenció habitual, el pacient també pot incloure's en aquestes categories. Per tant, es pot considerar que no hi ha uns criteris mínims estrictament establerts per classificar els pacients dins d'aquests grups, sinó que preval una valoració clínica global i contextualitzada.

Des de l'any 2011, el sistema de salut a Catalunya ha experimentat una transformació orientada al cuidatge de les persones amb malalties cròniques, establint una estratègia fonamental basada en sis canvis clau. (Pla de Salut de Catalunya, 2011-2015).

- Un enfoc poblacional que utilitza l'estratificació del risc.
- El foment de la responsabilitat del propi pacient.
- La promoció d'iniciatives per part dels professionals
- L'adaptació de noves tecnologies de comunicació i informació
- Col·laboració entre departaments
- La integració dels diferents nivells d'atenció

Aquestes transformacions es concreten en sis projectes estratègics, entre els quals destaca la implementació de processos clínics integrats per a malalties prioritàries, així com la promoció i la prevenció en l'àmbit de la salut, l'ús eficient dels medicaments, el foment de l'autocuidatge, el desenvolupament d'alternatives assistencials dins d'un sistema integrat i la integració de programes territorials per a PCC (Hernansanz Iglesias, 2024).

Els programes territorials d'atenció a pacients PCC han tingut continuïtat en el Pla de Salut de Catalunya 2016-2020, especialment en relació amb la línia 6, centrada en el cuidatge integrat i les malalties cròniques. L'atenció a les necessitats de salut complexes es du a terme dins d'un sistema d'atenció continuada en què els àmbits social i sanitari s'integren de manera constant. Aquesta orientació es manté en el Pla de Salut 2021-2025, que dona continuïtat a l'atenció de les persones amb aquest perfil, destacant novament la importància de la cronicitat, la complexitat i la vulnerabilitat per tal de donar resposta a les persones amb fragilitat i cronicitat complexa o avançada (Hernansanz Iglesias, 2024).

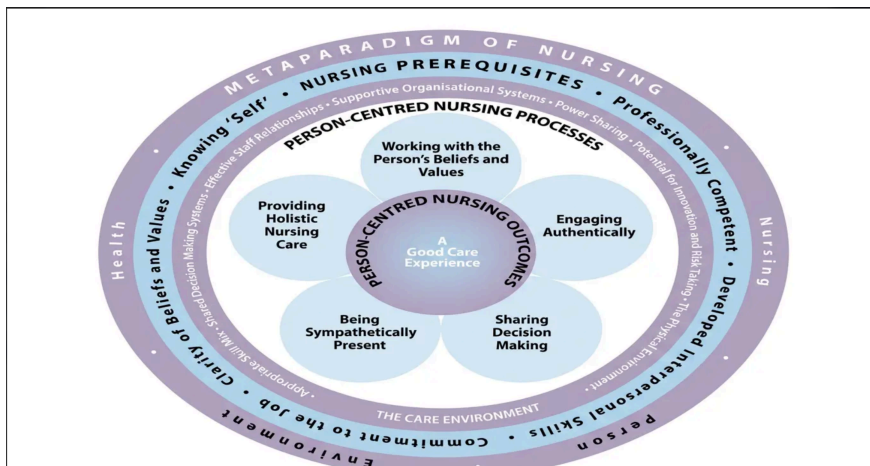
3.1.5.1 Model Centrat en les persones de McCormack i McCance

El model centrat en les persones és un moviment global dins del sector de la salut que situa l'individu al centre i prioritza l'experiència humana, destacant la dignitat i els valors humanístics com a elements essencials de l'atenció. Aquest enfocament es concreta mitjançant relacions i processos interpersonals efectius, promovent el pas d'un model estrictament biomèdic cap a un enfocament més ampli de caràcter psicosocial. En aquest sentit, l'atenció centrada en la persona es defineix com un

estàndard assistencial que garanteix que el pacient ocupa un lloc central en la prestació de serveis, especialment en l'àmbit de la infermeria. Aquest model implica cuidar les persones com a individus, respectant els seus drets com a éssers humans, fomentant la confiança i la comprensió mútua, i establint vincles terapèutics sòlids.

D'altra banda, el Marc d'Infermeria Centrada en la Persona (PCNF), desenvolupat per Brendan McCormack i Tanya McCance, constitueix una teoria clau de nivell mitjà per a la pràctica infermera. Aquest marc defineix la centració en la persona com una manera d'actuar que orienta les interaccions i facilita connexions significatives en qualsevol situació de cura, permetent aplicar la infermeria de manera flexible independentment del context o del moment assistencial. A més, s'ha utilitzat com a eina de reflexió, base teòrica per a la investigació, disseny formatiu i guia per al desenvolupament de marcs estratègics i polítics, alineant-se amb el metaparadigma de la infermeria (McCance & McCormack, 2025).

Figura 1: Model centrat en la persona.



Font: Adaptació. (McCance & McCormack, 2025).

S'han realitzat diversos estudis sobre la infermeria centrada en la persona, mostrant que la seva implementació millora en els entorns assistencials de les diferents àrees. En el cas de la gent gran, s'ha observat un augment en la seva satisfacció i benestar, així com una reducció del nombre de caigudes i de la pressa de medicaments psicotròpics. Pel que fa a l'atenció aguda, s'ha identificat una millora en la implicació entre professional i pacient, fet que incrementa la satisfacció laboral.

D'altra banda, en l'àmbit de les cures pal·liatives s'ha reforçat la comunicació, el desenvolupament del personal i la qualitat de l'atenció.

Aquest estudi subratlla la importància de tindre en compte l'entorn, el context de l'atenció, les necessitats d'avaluacions integrades i adaptacions de la intervenció. (McCance & McCormack, 2025).

3.2 Adherència terapèutica en diabètics tipus 2

Segons Vlachos et al. (2022), el terme d'adherència es defineix com “el grau en què un pacient actua seguint l'interval i la pauta posològica prescrita”. Aquesta adherència terapèutica es basa en diferents mètodes d'avaluació, com l'autoinforme del pacient, la percepció del personal mèdic, el recompte de comprimits, el tipus de fàrmac i l'ús de dispositius electrònics de medicació, entre altres. Conèixer el grau d'adherència és fonamental, especialment en pacients amb DM2, ja que la manca d'adherència al tractament farmacològic constitueix un problema clínic rellevant que afecta directament el control dels nivells de glucosa en sang i afavoreix el desenvolupament de complicacions cròniques. Per mesurar aquesta adherència s'utilitzen indicadors com la Taxa de Possessió de Medicaments (TPM), que calcula la proporció de dies de subministrament dispensats dividida pel nombre de dies abans que el pacient es quedi sense medicació, i la Proporció de Dies Coberts (PDC), que mesura el nombre de dies de subministrament coberts per una reposició de recepta durant un període de temps específic dividit pel nombre total de dies d'aquest període.

En aquest sentit, s'ha observat que la manca d'adhesió al tractament farmacològic en pacients amb DM2 representa un problema clínic important, ja que afecta directament els nivells de sucre en sang i incrementa el risc de desenvolupar complicacions cròniques. Un dels factors relacionats amb la mala adherència és el mal control dels nivells de glucosa, mesurat mitjançant l'HbA1c, perquè els pacients amb baixa adherència acostumen a presentar valors elevats. Això demostra que no seguir adequadament el tractament empitjora el control metabòlic, fet que pot augmentar la desmotivació del pacient i reforçar la percepció que el tractament no és eficaç. Un altre factor rellevant és el tipus de medicació utilitzada: s'ha evidenciat que fàrmacs com els antagonistes dels receptors GLP-1 i els inhibidors de SGLT2 poden estar més associats a una menor adherència en comparació amb altres com la metformina, possiblement a causa d'efectes secundaris o d'una menor tolerància inicial.

Pel que fa a la presa de medicació, hi ha diversos aspectes a tenir en compte, com l'oblit de les dosis, la modificació de les pautes prescrites, la interrupció del tractament quan el pacient es troba millor o pitjor, i la manca de planificació en la renovació de receptes electròniques, entre altres. Tots aquests elements permeten avaluar factors directament implicats en l'adherència, la qual també es pot mesurar mitjançant instruments com el qüestionari ARMS-e, on puntuacions més altes s'associen a una pitjor adhesió al tractament. Finalment, s'ha observat que la mala adherència també està relacionada amb la polimediació i la fatiga terapèutica, factors que poden afectar negativament el compliment del tractament, així com amb aspectes psicosocials com els trastorns mentals o una baixa percepció del risc. Per tant, aquestes variables indiquen que la mala adherència en la DM2 pot ser el resultat de la interacció de múltiples factors, tant clínics com relacionats amb la implicació del pacient i el tipus de tractament. En aquest context, esdevé fonamental disposar d'un sistema sanitari capaç d'identificar aquestes circumstàncies de manera precoç i d'impulsar intervencions personalitzades que millorin el control de la malaltia (Vlacho et al., 2022).

3.3 Diabetis mellitus tipus 2

La DM2 és un trastorn metabòlic crònic caracteritzat per una alteració en la resposta de les cèl·lules β del cos davant l'hormona insulina. La seva particularitat radica en la presència d'una secreció d'insulina reduïda i/o un augment de la resistència a aquesta hormona, fet que condiciona el control glucèmic. Aquesta patologia es desenvolupa generalment de manera gradual i lenta, principalment en adults d'entre 35 i 45 anys, i és la forma més freqüent de diabetis, representant aproximadament el 90% dels casos de diabetis mellitus tipus 2. A més, la DM2 està estretament relacionada amb el desenvolupament de diverses complicacions greus, com ara malalties cardíques, patologia renal, pèrdua de visió, amputacions i, en casos avançats, pot arribar a provocar la mort (Reyes i Ibáñez, 2024).

3.3.1 Epidemiologia i impacte en la salut pública.

La DM, actualment, s'ha convertit en una gran càrrega de salut i es considera un desafiament per a la salut pública, ja que en els últims anys ha augmentat significativament el nombre de persones amb aquesta malaltia. En l'actualitat, hi ha més de 537 milions de persones a tot el món que la pateixen, i s'estima que aquesta xifra arribarà als 643 milions l'any 2030 i fins als 783 milions l'any 2045. És a dir, es pot

considerar que la taxa de nous casos augmentarà en un 46% a nivell global en els pròxims 35 anys. A més, una dada interessant és que existeix una diferència notable en el nombre de diagnosticats entre les zones rurals i urbanes, amb una incidència del 12,1 % en les àrees urbanes, mentre que a les rurals és només del 8,3%. Aquestes dades poden resultar alarmants, ja que, degut a l'augment de la urbanització, es podria desencadenar un increment de la prevalença fins al 13,9% (Gerardo Buichia-Sombra et al., 2024).

3.3.2 Factors de risc associats a la diabetis tipus 2.

La diabetis mellitus tipus 2 s'associa amb diversos factors que poden contribuir a un mal control de la malaltia. Entre aquests, destaquen variables sociodemogràfiques com l'edat, el gènere i el nivell de formació acadèmica, així com factors clínics i antropomètrics, com l'índex de massa corporal (IMC), la circumferència de la cintura i la presència d'obesitat. Igualment, els hàbits de vida tenen un paper rellevant, especialment pel que fa a l'alimentació i al nivell d'activitat física (Cuevas Fernández et al., 2021).

D'altra banda, també influeixen factors relacionats amb la progressió i la gestió de la malaltia, com el temps d'evolució de la DM2, la presència de complicacions i la coexistència d'altres patologies, com les malalties cardiovasculars o la dislipèmia. En aquest context, determinats paràmetres bioquímics, com el colesterol HDL, els triglicèrids (TG) i la relació TG/HDL, s'han associat amb el control metabòlic. En conjunt, tots aquests aspectes esdevenen determinants per al manteniment dels nivells de glucosa i per a l'evolució clínica dels pacients amb DM2 (Cuevas Fernández et al., 2021).

3.3.3 Diagnòstic, detecció precoç i complicacions en Atenció Primària.

La identificació correcta de la diabetis mellitus tipus 2 és essencial per a la realització d'un diagnòstic precoç, la prevenció de complicacions i la reducció de la càrrega tant per als pacients com per als sistemes de salut. En aquest sentit, es fa necessari implementar estratègies urgents que permetin una detecció més accessible, amb l'objectiu de disminuir el nombre de casos no diagnosticats i els seus efectes adversos. La selecció de la prova de cribratge pot influir en l'elevada taxa de casos no diagnosticats a nivell local. Segons l'Organització Mundial de la Salut i l'American Diabetes Association, es recomanen tres mètodes principals per a la detecció i el diagnòstic: la glucosa en plasma en dejú, la prova de tolerància oral a la glucosa i l'hemoglobina glucosilada (Chan et al., 2025).

Pel que fa a les complicacions, aquestes es poden classificar en dos grans grups: macrovasculars i microvasculars. Dins del primer grup s'inclouen les malalties cardiovasculars, els accidents cerebrovasculars i les malalties vasculars perifèriques; mentre que, en el segon, hi trobem la malaltia renal en fase terminal, la retinopatia i la neuropatia perifèrica. Aquesta última pot afectar fins al 50% de les persones amb DM2 i comportar complicacions associades com dolor d'alta intensitat, dificultats per a la deambulació i l'aparició d'úlceres al peu. Per tot això, resulta fonamental l'anàlisi dels factors de risc, la promoció de l'autocura, una adequada gestió de la malaltia i la formació del pacient sobre la DM2, així com la realització de revisions periòdiques del peu diabètic (Robling et al., 2025).

3.3.4 Prevenció i promoció de la salut.

Els programes destinats a fomentar hàbits de vida saludables han demostrat ser efectius en la prevenció de la DM2 en individus amb alt risc de desenvolupar-la. Factors com l'edat, els nivells inicials de glucosa, l'IMC i els TG s'associen a una major probabilitat de patir aquesta patologia. En canvi, altres aspectes relacionats amb l'estil de vida, com l'augment de l'activitat física, una alimentació més saludable i la reducció del pes corporal, s'han vinculat amb una disminució significativa del risc.

No obstant això, alguns estudis assenyalen l'existència de limitacions que poden influir en els resultats, com la sobrecàrrega de treball, la manca de temps i la baixa motivació d'alguns participants. Per aquest motiu, es posa de manifest que les estratègies basades únicament en una difusió passiva són insuficients, i que és necessari

dissenyar i implementar accions més actives i estructurades que facilitin una incorporació més àmplia d'aquestes intervencions.

En aquest context, la promoció de la salut mitjançant intervencions desenvolupades a l'AP ha demostrat ser eficaç en la prevenció de malalties cròniques com la DM2. La longitudinalitat hi adquireix un paper clau, ja que la continuïtat en la relació entre el professional infermer i la persona atesa facilita una promoció de la salut sostinguda en el temps. Aquesta relació continuada permet identificar precoçment factors de risc, reforçar els missatges educatius, adaptar les intervencions a les necessitats individuals i afavorir una major implicació de la persona en la cura de la seva salut. Així, les intervencions de promoció de la salut en AP poden resultar especialment eficaces en la prevenció de la DM2, sempre que s'ajustin a les circumstàncies reals del sistema sanitari i a les característiques de la població a la qual s'adrecen (Lorenz et al., 2020).

3.3.5 Educació sanitària i autocura

L'educació sanitària és molt important sobretot en persones diabètiques. Cal educar sobre la importància del control de glucosa en sang per així evitar les complicacions associades a aquesta malaltia. És de gran rellevància el control de l'estil de vida com el control de pes i els hàbits alimentaris entre altres.

Les persones amb diabetis han de cuidar la seva salut seguint una sèrie de mesures imprescindibles (Barbosa et al., 2025) :

- Cura amb l'alimentació: s'han de fer entre 5 o 6 àpats al dia, evitant picar entre hores. Evitar aliments rics en hidrats de carboni, sucres i grases. A més, és important menjar diàriament fruites, verdures i llegums així com utilitzar poca sal als menjars.
- Cura dels peus: Important llavar els peus i secar-los bé, especialment tenir cura en les zones interdigitals, cada dia. A més utilitzant crema hidratant. Pel que fa al calçat, es recomana utilitzar sabates còmodes i fermes, evitant així anar descals. Pel que fa a la cura del peu, és indispensable tallar-se les ungles rectes i si hi ha ferides o pèrdua de sensibilitat acudir al CAP.
- Cura dels ulls: Si presenta visió borrosa o zones oscures en la visió, és important acudir al CAP i fer seguiment al oftalmòleg
- Utilització correcta de la medicació: És important tenir una bona adherència al tractament i consultar als professionals de salut si hi ha dubtes de com prendre-la.

- Pràctica d'exercici físic: Es recomana combinar exercicis aeròbics i de resistència. Exercicis aeròbics com caminar, nadar o fer bicicleta 30-40 minuts almenys 4 cops a la setmana. En canvi, els exercicis de resistència es recomanen 2-3 cops per setmana
- Cura de la salut mental: Realitzar activitats agradables per relaxar-se i ocupar la ment és altre aspecte a tenir en compte
- Deixar de fumar: Deixar de fumar millora el control de malalties i prevé complicacions relacionades amb el cor i pulmons. Si es desitja deixar de fumar, acudir als professionals sanitaris.
- Cura salut bucal: Consultar amb dentista si genives vermelles, inflamades, sensibles o sagnants.

3.4 Comunitats autònomes

3.4.1 Organització de l'Atenció Primària a les Comunitats Autònomes

Comunitat Valenciana

A la Comunitat Valenciana, l'atenció sanitària es distribueix en 24 zones de salut que inclouen tant l'atenció primària com l'assistència hospitalària. L'atenció primària s'organitza en àrees bàsiques de salut, que es concentren al voltant dels centres de salut i dels consultoris per als pacients. Aquesta comunitat disposa de 244 centres de salut, 561 consultoris i 41 centres integrats de salut¹, així com una xarxa de 28 hospitals per a pacients ingressats. L'organització de l'atenció primària es fonamenta en les Unitats Bàsiques Assistencials, que estan compostes principalment per equips mèdics i d'infermeria. Entre les seves responsabilitats, destaca la seva contribució a la prevenció, diagnòstic, tractament i seguiment de malalties com la diabetis, així com a l'educació sanitària per a pacients i les seves famílies, amb la finalitat de promoure l'autocura. També es dedica a la detecció anticipada i el tractament de complicacions, al control de factors de risc, a la realització d'activitats comunitàries per fomentar la salut, i a la col·laboració amb altres nivells d'atenció. A més, participa en projectes de recerca, en la posada en marxa del Pla de Diabetis i en la valoració dels serveis brindats.

¹ El centre de salut integral és un espai d'atenció primària on es desenvolupen activitats assistencials, preventives i educatives, i que treballa en xarxa amb altres centres (hospital, centres de salut pública).

Taula 1: Hospitals públics de València.

Hospitales de agudos de la red pública valenciana			
Provincia	Denominación	Tipo de gestión	Cartera de servicios de diabetes
Castellón	H. Vinaròs	Pública	Unidad de diabetes
	H. Gral. de Castellón	Pública	Unidad de diabetes
	Consortio Hospital Provincial Castellón	Consortio	
Valencia	H. la Plana de Villarreal	Pública	Unidad de diabetes
	H. Sagunto	Pública	Unidad de diabetes
	H. Clínico Universitario	Pública	Unidad de referencia de diabetes
	H. Arnau de Vilanova	Pública	Unidad de diabetes
	H. Liria	Pública	
	H. Gral. Universitario La Fe	Pública	Unidad de referencia de diabetes
	H. l'Horta Manises	Concesión	Unidad de diabetes
	Consortio H. Gral. Universitario	Consortio	Unidad de diabetes
	H. Dr. Peset Aleixandre	Pública	Unidad de referencia de diabetes
	H. Alzira (La Ribera)	Concesión	Unidad de diabetes
	H. Francisco de Borja de Gandía	Pública	Unidad de diabetes
	H. Lluís Alcanyís de Xàtiva	Pública	Unidad de diabetes
	H. complementario de Ontinyent	Pública	
Alicante	H. Marina Alta (Denia)	Concesión	Unidad de diabetes
	H. Verge dels Iliris 'Alcoi	Pública	Unidad de diabetes
	H. Marina Baja de la Vila Joiosa	Pública	Unidad de diabetes
	H. Sant Joan d'Alacant	Pública	Unidad de referencia de diabetes
	H. Gral de Elche	Pública	Unidad de diabetes
	H. del Vinalopó de Elche	Concesión	Unidad de diabetes
	H. Vega Baja (Orihuela)	Pública	Unidad de diabetes
	H. Torrevieja	Concesión	Unidad de diabetes

Font: Adaptació. Generalitat Valenciana, Estrategia de Diabetes de la Comunitat Valenciana 2017-2021.

Catalunya

A Catalunya, el sistema sanitari es va crear mitjançant la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya de 1990, que va fer possible la integració dels recursos sanitaris de diferents proveïdors en una xarxa pública. Aquest model es va reafirmar amb el Sistema Sanitari Integral d'Utilització Pública de Catalunya (SISCAT), que es va constituir en l'any 2000, i que uneix diversos nivells d'atenció amb la meta de millorar la coordinació, l'eficàcia i la continuïtat en l'atenció sanitària. El sistema inclou més de 200 centres d'internament, com hospitals d'aguts, centres sociosanitaris i d'assistència en salut mental, a més de més de 1.400 centres d'atenció primària i comunitària, que comprenen CAP, consultoris locals i altres serveis especialitzats com el Centre d'Urgències d'Atenció Primària (CUAP) entre d'altres.

L'atenció primària també es distribueix en Unitats Bàsiques Assistencials composta per personal mèdic, infermeria i administratiu mèdic assignat, però es distingeix per la

seva composició multidisciplinària, amb una gran diversitat de professionals, com pediatres, odontòlegs, ginecòlegs, farmacèutics, treballadors socials, dietistes-nutricionistes, fisioterapeutes, psicòlegs, llevadores i tècnics auxiliars, entre altres. Aquest model promou una atenció integral i enfocada en la persona, que cobreix àmpliament les necessitats sanitàries i comunitàries.

3.4.2 Programes d’atenció al diabètic a les diferents Comunitats Autònomes.

Segons la Guia del Departament de Salut (2019) de la Comunitat Valenciana, l’Estratègia de diabetis de la Comunitat Valenciana(2017-2021) i la Guia Clínica de Semergen(2024): (Departamento de Salud Valencia-Hospital General, 2019) (Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria, 2024).

Taula 2 : Programes d’atenció a les diferents comunitats.

Línia d’actuació	Comunitat Valenciana	Catalunya
Guia de referència	Guia del Departament de Salut (2019) i Estratègia de Diabetis (2017-2021).	Guia Clínica SEMERGEN (2024) sobre maneig pràctic del pacient diabètic en AP.
Freqüència de visites inicials	Revisió anual per a persones amb diabetis; una al principi del tractament i una com a mínim cada l’any.	Primeres visites molt freqüents: cada dues setmanes fins a ajustar el tractament i la formació (diabetis); visita diària durant la primera setmana en pacients insulíndependents.
Freqüència de seguiment	Seguiment cada sis mesos si és manté un bon control; amb més freqüència si cal.	Després del primer any: 1-2 revisions mèdiques anuals i 3-4 visites d’infermeria amb formació
Equips que participen	AP segueix protocols globals acordats amb la Unitat de Diabetis; metge i infermeria són els principals implicats.	Unitat Bàsica Assistencial (UBA) amb mèdic i infermeria treballant coordinadament per establir objectius i accions.
Objectius centrals	- Prevenció i detecció precoç. - Diagnòstic i classificació. - Inici nutricional i farmacològic. - Formació terapèutica. - Derivació a la unitat de diabetis si és necessari.	- Valoració inicial completa (diagnòstic, complicacions, malalties relacionades, context social). - Elaboració d’un pla d’atenció personalitzat. - Continuitat en la cura i coordinació.
Valoració clínica	Revisió anual amb història clínica, exploració física, examen dels peus i revisió/modificació del tractament.	Avaluació inicial exhaustiva: tipus de diabetis, complicacions, risc cardiovascular, malaltia renal, retinopatia, neuropatia, hipoglucèmia i suport social/familiar.
Enfocament educatiu	Incloua en el protocol integrat, però amb menys detall sobre la freqüència i el contingut.	Significativament clar: infermeria realitza 3-4 visites anuals que formen part del pla d’atenció.
Derivació i coordinació	Derivació a la Unitat de Diabetis quan és necessari, dins d’una coordinació entre nivells d’atenció.	Es reforça la coordinació mèdic-infermeria dins la UBA, destacant la decisió conjunta i la personalització dels objectius de control (glucosa, Pressió arterial, lípids, estatines).

Font: Elaboració pròpia

4. METODOLOGIA

Aquest estudi seguirà una metodologia qualitativa amb enfocament fenomenològic, orientada a comprendre les vivències i percepcions de les persones participants sobre la longitudinalitat infermera en l'atenció a la diabetis mellitus tipus 2.

El procés s'iniciarà amb una revisió bibliogràfica per contextualitzar el fenomen d'estudi i identificar l'evidència existent. Posteriorment, es duran a terme entrevistes semiestructurades, que permetran recollir experiències i significats des de la perspectiva de les persones participants. Finalment, les dades obtingudes s'analitzaran de manera qualitativa per identificar els principals temes emergents i aprofundir en la comprensió del fenomen estudiat.

4.1. Revisió bibliogràfica

Per al desenvolupament d'aquest treball, es va iniciar una revisió de la literatura amb l'objectiu d'identificar l'evidència científica disponible sobre la longitudinalitat en la relació entre infermeres i pacients, així com la seva influència en la salut de les persones majors de 65 anys amb diabetis mellitus tipus 2. Aquesta revisió va permetre establir un marc teòric de referència, delimitar i clarificar els conceptes principals i orientar l'anàlisi posterior de les entrevistes semiestructurades.

Per organitzar adequadament la cerca bibliogràfica, es van utilitzar els descriptors MeSH (Medical Subject Headings) i DeCS (Descriptors en Ciències de la Salut), que faciliten la indexació i la recuperació estructurada de la informació biomèdica. A partir d'aquests vocabularis controlats, es van seleccionar les paraules clau més rellevants en català, castellà i anglès relacionades amb l'objecte d'estudi. Entre els descriptors utilitzats destaquen: relació infermera-pacient, longitudinalitat o continuïtat de l'atenció, diabetis mellitus tipus 2 i rol de la infermeria. La cerca bibliogràfica es va dur a terme en diferents bases de dades científiques, com PubMed, CINAHL i Google Scholar, amb l'objectiu d'obtenir fonts fiables i pertinents per a la recerca.

Taula 3: MeSH, DeCS.

Concepte	MeSH	DeCS	Definició
Relació infermera-pacient.	Nurse-Patient Relations	Relaciones Enfermero-Paciente	Interacción entre paciente y el personal de enfermería (paciente y enfermero). (decs.bvsalud.org)
Longitudinalitat / Continuïtat assistencial.	Continuity of Patient Care	Continuidad de la Atención al Paciente	Atención sanitaria aportada de modo continuo desde el contacto inicial, siguiendo al paciente a través de todas las fases de la atención médica. (CNIBio)
Diabetis mellitus tipus 2	Diabetes Mellitus, Type 2	Diabetes Mellitus Tipo 2	Subclase de diabetes mellitus no dependiente de insulina; se caracteriza inicialmente por resistencia a la insulina e hiperinsulinemia y, posteriormente, intolerancia a la glucosa e hiperglucemia. (CNIBio)
Malalties cròniques	Chronic Disease	Enfermedad crónica	Enfermedades que tienen una o más de las siguientes características: son permanentes, dejan incapacidad residual, son causadas por alteración patológica no reversible, requieren entrenamiento especial del paciente para rehabilitación, se puede esperar requerer un largo periodo de supervisión, observación o atención (Dictionary of Health Services Management, 2d ed). Para estudios epidemiológicos de enfermedad crónica que incluyen a menudo CARDIOPATÍAS, ACCIDENTE CEREBROVASCULAR, CÁNCER y diabetes (DIABETES MELLITUS TIPO 2).
Rol enfermeria	Nurses's Rol	Rol de la enfermeria	Función esperada de un miembro de profesión enfermería. (https://id.nlm.nih.gov/mesh/D024802)

Així mateix, es van utilitzar operadors booleans, emprats en la cerca bibliogràfica en diferents bases de dades per tal de combinar adequadament els termes de cerca. En aquest sentit, es van utilitzar els operadors AND, OR i NOT amb l'objectiu d'obtenir resultats més precisos i ajustats a la temàtica de l'estudi.

A més, es van establir criteris d'inclusió i exclusió per a la selecció dels estudis, entre els quals es va considerar el període de publicació, prioritzant les publicacions compreses entre els anys 2020 i 2026, la disponibilitat del text complet i la llengua de publicació. En una primera fase, es va realitzar una selecció basada en la revisió del títol i el resum, descartant aquells estudis que no eren pertinents o que no s'ajustaven al context de la recerca. Finalment, es van incloure únicament els articles amb una relació més directa amb l'objecte d'estudi, amb l'objectiu de garantir la qualitat metodològica i la rellevància de la informació utilitzada.

Taula 4: Cerca bibliogràfica.

REGISTRE D'ESTRATÈGIA DE CERCA BIBLIOGRÀFICA					
Terme de Cerca	Base de Dades	Filtres Aplicats	Articles Obtinguts	Articles Seleccionats	Motius d'Exclusió (Rebutjats)
Diabetes mellitus type 2 NOT Diabetes mellitus type 1 AND Nursing	PubMed Cinahl	2021-2026 Text complet Castellà	10 (PM) 6 (C)	1 (PM) 2 (C)	• No hi ha concordança amb el títol del treball. • Articles sud-americans.
Diabetes mellitus type 2 NOT other chronic disease NOT diabetes mellitus type 1 AND diabetes complications AND risk factors AND health education	Cinahl PubMed	2021-2026 Text complet Anglès i Castellà	10 (C) 24 (PM)	1 (C) 1 (PM)	• No hi ha concordança amb el títol del treball. • Articles sud-americans.
Diabetes mellitus type 2 AND health education AND primary health care	Cinahl	2021-2026 Text complet Anglès i Castellà	39	1	• No hi ha concordança amb el títol del treball. • Articles sud-americans.
Diabetes mellitus type 2 AND preventive health care AND primary health care	Cinahl	2020-2026 Text complet gratuït Anglès i Castellà	9	1	• No hi ha concordança amb el títol del treball. • Articles sud-americans.
Diabetes mellitus type 2 AND treatment adherence AND primary health care	Cinahl	2021-2026 Text complet gratuït Anglès i Castellà	13	1	• No hi ha concordança amb el títol del treball. • Articles sud-americans.
Longitudinalitat en Atención Primaria AND Rol Enfermería	Google Scholar	2024-2026	79	3	• No hi ha concordança amb el títol del treball. • Articles sud-americans.
(McCormack and McCance) AND (the person centred nursing)	PubMed	2021-2026 Text complet gratuït	15	1	• No hi ha concordança amb el títol del treball.
((Continuity of patient care) AND (treatment adherence and compliance)) AND (diabetes mellitus type 2)	PubMed	2019-2026	5	1	• No hi ha concordança amb el títol del treball.

4.2. Disseny de l'estudi

S'efectuarà un estudi qualitatiu de base fenomenològica amb una orientació descriptiva i interpretativa. En la investigació qualitativa, la finalitat principal és comprendre i interpretar les vivències, percepcions i realitats socials en el seu context natural, més que no pas quantificar dades numèriques. Aquest enfocament permet analitzar informació com textos, imatges i experiències personals, facilitant la comprensió de fenòmens complexos des de la perspectiva dels participants (Thompson Burdine et al., 2021). En l'àmbit de la investigació qualitativa en salut, l'aproximació fenomenològica permet aprofundir en les experiències viscudes per les persones, essent especialment útil quan es pretén analitzar el significat que els individus atribueixen a la seva malaltia, al procés assistencial o a les interaccions terapèutiques. Aquesta metodologia requereix una immersió en les vivències dels participants per comprendre les experiències tal com elles les perceben, evitant interpretacions prèvies o preconcepcions.

En aquest estudi, l'aproximació qualitativa permetrà comprendre com les persones majors de 65 anys amb DM2, residents a la Comunitat Valenciana i a Catalunya, perceben la longitudinalitat infermera i la seva influència en la gestió de la malaltia dins l'àmbit de l'AP. La recerca s'ha desenvolupat basant-se en el Model de Cures Centrades en la Persona de Brendan McCormack i Tanya McCance, ja que aquest model destaca la importància de l'experiència personal del pacient i el paper del context relacional en el procés de cura, alhora que dona suport a la recollida de dades qualitatives per analitzar com els pacients experimenten la continuïtat de l'atenció infermera i com aquesta influeix en l'adherència al tractament i en l'autocura. Aquest enfocament incorpora les dimensions físiques, emocionals i socials de la persona, promovent la seva participació activa en les decisions sobre la seva atenció (McCance & McCormack, 2025), fet que afavoreix la personalització de les cures, la comprensió de les necessitats individuals i el desenvolupament d'estratègies clíniques orientades a millorar l'experiència del pacient (Crombie et al., 2025). En conjunt, aquestes aportacions posen de manifest la importància d'abordar la persona de manera integral, més enllà de la malaltia, situant-la com a eix central de la pràctica infermera basada en l'evidència.

4.3. Participants i unitat d'observació

Pel que fa a la selecció dels participants, es durà a terme un mostreig teòric intencional, mitjançant el qual s'escolliran aquelles persones que compleixin els criteris d'inclusió i exclusió establerts a continuació i que, per tant, puguin aportar informació rellevant per a l'estudi del fenomen analitzat.

Taula 5: Criteris d'inclusió i exclusió.

CRITERIS INCLUSIÓ	CRITERIS EXCLUSIÓ
Diagnòstic confirmat de diabetis mellitus tipus 2 $\geq$ 2 anys registrat a la història clínica.	Presenten un deteriorament cognitiu moderat o sever, impediments mentals o sensorials que dificultin la seva capacitat.
Capacitat de comunicació i consentiment informat signat per participar voluntàriament.	Es troben en una fase de malaltia aguda o en una descompensació greu en el moment de la recollida d'informació.
Edat igual o superior a 65 anys .	Es neguin a permetre que s'enregistri l'entrevista o retirin el consentiment abans o durant la sessió.
Seguiment almenys de 5 anys al mateix centre d'Atenció Primària a qualsevol de les Comunitats Autònomes incloses en l'estudi (Comunitat Valenciana i Catalunya).	Presència de barrera idiomàtica.

Els estudis dissenyats amb mostreig teòric presenten una major transferibilitat i aplicabilitat dels resultats. La selecció dels participants es realitza de manera deliberada, escollint aquelles persones amb experiència directa o rellevant sobre el fenomen objecte d'estudi (Hennink & Kaiser, 2022). En aquest cas, la mostra estarà composta per participants distribuïts de manera equilibrada entre les dues comunitats autònomes, la Comunitat Valenciana i Catalunya, i cada participant pertanyerà a un Centre d'Atenció Primària (CAP) diferent. Aquesta distribució té com a objectiu minimitzar possibles biaixos i afavorir una major diversitat de perspectives en l'anàlisi dels resultats.

Taula 6: Dades sociodemogràfiques dels participants.

Participant	Edat	Sexe	CAP al que pertany	Comunitat Autònoma	Diagnòstic diabetis tipus 2
E 1 CV	79	Femení	C.S Xàtiva	València	als 64 anys
E 2 CV	83	Femení	C.S Carlet	València	als 60 anys
E 3 CV	82	Masculí	C.S Xàtiva	València	als 67 anys
E 4 C	65	Femení	CAP Baix a Mar	Barcelona	als 52 anys
E 5 C	81	Femení	CAP Jaume I	Barcelona	als 76 anys
E 6 C	67	Femení	CAP Baix-a-Mar	Barcelona	als 54 anys

CV: Comunitat Valenciana
C: Catalunya

Aquesta distribució geogràfica permet incorporar les perspectives de participants procedents de dos contextos territorials diferenciats, la qual cosa afavoreix una visió més àmplia i representativa del fenomen estudiat.

4.4. Tècniques de recollida de dades

Per obtenir la informació necessària i donar resposta als objectius del projecte, es realitzarà un treball de camp basat en entrevistes semiestructurades a persones majors de 65 anys amb diabetis mellitus tipus 2, residents a la Comunitat Valenciana i a Catalunya, dins l'àmbit de l'Atenció Primària. Les entrevistes semiestructurades són una tècnica adequada en investigació qualitativa en salut, ja que permeten explorar experiències, percepcions i significats de manera flexible i profunda (Ibarra-Sáiz, González-Elorza & Rodríguez Gómez, 2023).

En aquest estudi, permetran aprofundir en les vivències de les persones participants en relació amb la longitudinalitat infermera, així com en la seva influència en la gestió de la malaltia, l'autocura i l'adherència terapèutica.

Les entrevistes seguiran un guió prèviament elaborat (Annex 1), però mantindran la flexibilitat necessària per adaptar l'ordre de les preguntes i aprofundir en aquells aspectes que emergeixin durant la conversa. Abans de cada entrevista,

es facilitarà el full informatiu de l'estudi (Annex 3) i es recollirà el consentiment informat (Annex 2). A l'inici, s'explicaran novament els objectius del projecte i es recolliran dades sociodemogràfiques i clíniques bàsiques.

Les entrevistes seran gravades, amb autorització prèvia, i posteriorment transcrits per facilitar-ne l'anàlisi. Tota la informació obtinguda serà tractada de manera confidencial i anònima, amb accés restringit a les persones responsables de l'estudi. Finalment, el treball de camp es mantindrà fins a assolir una informació rica i suficient que permeti comprendre en profunditat el fenomen estudiat i donar resposta a la pregunta d'investigació.

4.5. Anàlisi de dades

Per iniciar l'anàlisi qualitativa, es va dur a terme una lectura en profunditat del material, primer de manera individual per part de les dues investigadores i, posteriorment, de forma conjunta, amb l'objectiu d'identificar els temes més rellevants per a la investigació. Es va utilitzar la simbologia de Jefferson (Annex 5), que va resultar útil per representar no només el contingut del discurs, sinó també la seva dimensió paralingüística, com ara les pauses, les rialles o el to de veu (Bassi Follari et al., 2015). En aquesta investigació qualitativa basada en entrevistes, la recopilació de dades es va realitzar mitjançant un procés de codificació, consistent a agrupar la informació recollida en categories amb la finalitat de facilitar-ne la comprensió.

En una primera fase, es van identificar categories prèvies, és a dir, temes inicials susceptibles d'evolucionar al llarg del procés analític. El procés d'anàlisi es va estructurar en diverses etapes. Durant la codificació oberta, es van identificar conceptes i temes rellevants, als quals es van assignar codis inicials. En la fase de codificació axial, aquests codis es van classificar i relacionar per tal d'organitzar la informació en categories més àmplies. Finalment, en la codificació selectiva, es van seleccionar les categories i subcategories més significatives en relació amb els objectius de la investigació. Aquesta metodologia va facilitar una organització sistemàtica de les dades i va permetre obtenir una anàlisi clara del fenomen estudiat. Així mateix, va contribuir a la reducció de les dades obtingudes, a la seva posterior transformació i, finalment, a l'obtenció dels resultats.

Categories Principals	Subcategories	Descripció
Experiència relacional amb la infermera de referència	Confiança i seguretat	Relaten vivències gratificants amb la seva infermera, ressaltant la confiança.
	Acompanyament	La infermera és vista com un referent en el control de la malaltia crònica.
	Adaptació als canvis de professional	Alguns pacients perceben que han de "reiniciar". Hi ha dubtes de si el nou professional comprendrà la seva situació o hauran de tornar a explicar la seva història mèdica. Això pot provocar inquietud i manca de confiança inicial.
Perspectives sobre la longitudinalitat	Valor de la continuïtat	La infermera facilita el seguiment del tractament i promou hàbits de vida saludables.
	Limitacions del seguiment	En alguns casos, el fet que el seguiment del pacient crònic sigui realitzat per diverses infermeres pot comportar limitacions en la longitudinalitat, sentint més dificultats per seguir adequadament el cas.
Impacte de la longitudinalitat en la gestió de la malaltia	Adherència terapèutica	Els participants verbalitzen més seguretat quan reben atenció de la mateixa infermera, cosa que ajuda a crear un ambient de qualitat i millor adherència terapèutica.
	Autocura i hàbits de vida	Sovint els participants viuen l'autocura com una renúncia: "tot són prohibicions", generant certa frustració o desmotivació. Amb el temps es veu una adaptació i resignació positiva.
	Barreres percebudes	Alguns afirmen que el canvi d'infermera al principi provoca certa inseguretat, tot i que normalment acaben amb una bona adaptació.
Necessitats assistencials percebudes	Satisfacció amb l'atenció	La gran majoria valoren positivament l'atenció rebuda encara que no descarten una necessitat en implementar recursos.
	Necessitat de millora	Es verbalitza la necessitat de participar en grups d'iguals per reforçar els seus coneixements sobre la malaltia.

4.6. Aspectes ètics

L'estudi actual compta amb l'aprovació del Comitè Ètic de Recerca en Persones, Societat i Medi Ambient (CEIPSA), amb la referència CEIPSA-2025-TFG-0187. La investigació es desenvolupa d'acord amb els principis ètics establerts a la Declaració d'Hèlsinki i amb les normatives vigents en matèria de protecció de dades personals, com el Reglament (UE) 2016/679 (RGPD) i la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre. Així mateix, s'ha garantit que tots els participants hagin estat informats prèviament (Annex 3) sobre les característiques i els objectius de l'estudi, la voluntarietat de la seva participació, el dret a abandonar la investigació en qualsevol moment i la confidencialitat i seguretat de les dades proporcionades (Annex 3). Finalment, tots els

participants han signat el corresponent consentiment informat abans de ser inclosos en l'estudi.

5. RESULTATS I DISCUSSIÓ

1. Experiència relacional amb infermera de referència.

L'experiència amb el personal d'infermeria entre els diferents entrevistats ha estat força variable. D'una banda, a Catalunya s'observa una major presència de la longitudinalitat infermera a l'Atenció Primària, fet que afavoreix una relació més estreta entre els participants i els professionals sanitaris, així com una implicació més gran en l'autocura de la seva malaltia. D'altra banda, tot i que a la Comunitat Valenciana hi ha una menor longitudinalitat assistencial i un seguiment menys continuat per part del mateix professional, els participants es mostren agraïts amb el rol de la infermeria i expressen la necessitat d'avançar cap a models assistencials que garanteixin una atenció més consistent per part dels mateixos professionals.

Confiança i seguretat

Segons Sanchez et al. (2025) destaca la importància de la connexió entre l'infermer/a i el pacient, sent la base essencial per al cuidatge. Amb el pas del temps, aquesta connexió ha canviat: les infermeres tenen un tracte més directe i constant amb els pacients, cosa que influeix en la confiança que té el pacient amb la infermera per obrir-se i contar totes les seves preocupacions. A més, s'estableix una relació fonamentada en la comunicació, empatia, recolzament emocional i comprensió.

E1 CV: "...em fa preguntes molt importants per a mi."

E1 CV: "...s'han interessat per la meua vida i m'han preguntat..."

E4 C: "La verdad que no, ellas son tan abiertas que no he tenido ningún problema."

Tradicionalment, el pacient era considerat incapaç de decidir i no tenien autonomia. Aquesta perspectiva deixava al pacient sense informació i sense poder participar en

les seves pròpies decisions. A les entrevistes realitzades, es dona molta importància al fet de sentir-se escoltats i de tenir la confiança suficient per poder obrir-se i expressar-se de manera còmoda, sense jutjar. Tant a la Comunitat Valenciana com a Catalunya senten aquesta confiança i seguretat amb els professionals sanitaris.

Acompanyament

Martínez Serrano et al.(2025) destaquen que el suport infermer a l'Atenció Primària és essencial. L'acompanyament al llarg del temps es manifesta a través d'una relació propera i longitudinal amb el pacient, fet que contribueix positivament tant en l'autocura com en la millora de l'atenció sostinguda. Aquest enfocament facilita una atenció més integral i centrada en la persona, incorporant també el suport emocional i la confiança en la relació terapèutica.

E6 C: "...jo sempre he tingut molta por amb això de la diabetis aleshores quan parle amb elles em sent més segura".

E6 C: "...de tant en tant, fem visites amb la Regina per veure com ho porti, efectes secundaris, la talla, pes i el perímetre entre mil coses".

En les entrevistes realitzades, tots els participants assenyalen que aquest acompanyament ha estat clau durant el procés de la malaltia, ja que els ha ajudat a afrontar-la i gestionar-la de manera més efectiva. En aquest sentit, l'acompanyament esdevé un pilar fonamental de la infermeria: mitjançant un treball longitudinal, es dona suport al pacient des del moment del diagnòstic fins a l'assoliment del màxim nivell d'autonomia possible. Aquest procés, sovint llarg i complex, es caracteritza per la importància d'establir vincles amb professionals que, gràcies al contacte continuat, acaben coneixent la trajectòria vital del pacient i el seu entorn, fet que en millora la qualitat de l'atenció.

Adaptació als canvis de professional.

Els canvis freqüents de professionals sanitaris poden influir negativament en l'experiència dels pacients, ja que dificulten la longitudinalitat de l'atenció (Aragón Capone et al., 2025).

E1 CV: "Ja no està la que estava, que jo ja estava en ella, tenia molta confiança?" Diu, "no, perquè és que se n'ha anat, ara sóc jo. Però tu, tranquil·la". La veritat s'emporten bé".

En les entrevistes realitzades, els participants de la Comunitat Valenciana han expressat malestar pel fet d'acudir a consulta i haver de repetir la seva història clínica o reconstruir el seu relat en cada visita, fet que interfereix en el procés d'adaptació a la seva nova situació de salut. En canvi, els de Catalunya verbalitzen un seguiment continu pel mateix professional cosa que els aporta molta seguretat a l'hora de gestionar la seva malaltia. En aquest context, els pacients assenyalen que aquestes rotacions dificulten l'establiment d'un vincle terapèutic estable i la construcció d'una relació de confiança, elements essencials per poder expressar amb comoditat les seves preocupacions i pors associades a la malaltia. Per tant, aquest aspecte es troba directament relacionat amb el concepte central d'aquest treball: la longitudinalitat infermera en l'Atenció Primària.

E3 CV: "Dona... sempre dona més confiança quan parles en la mateixa persona. Si arribes a consulta i és la mateixa, parles hasta en amistat".

E4 C: No, no, yo siempre voy con la misma (tono firme), a la misma y estoy encantada yo.

L'estabilitat del personal sanitari no només té implicacions organitzatives, sinó que també repercuteix en la qualitat de l'atenció proporcionada als pacients i pot afectar principis bioètics com la beneficència i la no-maleficència.

2. Perspectives sobre la longitudinalitat.

La longitudinalitat es refereix a la relació de qualitat i mantinguda en el temps entre un metge/ssa i infermer/a i els seus pacients. Una bona longitudinalitat dona com a resultat l'adquisició d'un vincle i una relació de confiança. El fet de ser atès pel mateix professional al llarg del temps genera una major entesa mútua i una dedicació més personalitzada, fet que promou un cuidatge més humà i segur. A més, aquesta longitudinalitat afavoreix l'atenció preventiva i el diagnòstic precoç de problemes de salut, alhora que contribueix a reduir el sobrediagnòstic, la medicalització i les possibles complicacions, entre altres aspectes (Añel-Rodríguez et al., 2022).

E1 CV: "Sí, sí que fa, que estigui la mateixa, tu ja diposites en ella la confiança, ella, et coneixes tu, tu a ella."

E5 C: "Sí sí, tengo mucha confianza con ella. Me gusta porque me trata muy bien."

Durant la realització de les entrevistes s'ha evidenciat la importància que tots els participants atribueixen al fet de disposar d'un seguiment continuat de la seva malaltia crònica per part del mateix professional sanitari, ja que això els proporciona seguretat i confiança per poder expressar tot allò que els preocupa.

Valors de la continuïtat

En l'atenció als pacients crònics, la continuïtat assistencial permet assolir un millor control de la malaltia, ja que patologies com la diabetis mellitus tipus 2 requereixen revisions periòdiques i un acompanyament sostingut per part de professionals formats.

E3 CV: "Dona... sempre dona més confiança quan parles en la mateixa persona. Si arribes a consulta i és la mateixa, parles hasta en amistat."

E4 C: "...ellas me dicen las cosas muy bien y con bastante claridad. Me dicen que tenga cuidado y todas esas cosas pero..."

E6 C: "Jo sempre he tingut molta por amb això de la diabetis aleshores quan parle amb elles em sent més segura".

En aquest sentit, la longitudinalitat afavoreix una atenció més humana i segura, centrada en les necessitats del pacient crònic. Finalment, a partir de les entrevistes realitzades, es pot concloure que els valors associats a la continuïtat dins la longitudinalitat infermera inclouen la confiança, la millora del control de la malaltia, el coneixement del pacient i del seu entorn, així com un seguiment estable, entre altres aspectes (Palacio Lapuente, 2019).

Limitacions del seguiment

La inestabilitat de les plantilles i la precarietat laboral, com ara l'oferta de contractes temporals, la reducció d'horaris i les cobertures amb professionals no referents, afecten directament el seguiment continuat per part del mateix professional, constituint una limitació important en la qualitat assistencial (Holloway et al., 2023). D'altra banda, segons Barrio Cortés et al. (2019), els pacients crònics representen aproximadament el 80% de les consultes a l'Atenció Primària. Tot i conèixer aquestes dades, actualment es manté un cert desequilibri en la distribució del temps assistencial, ja que el paper de la infermeria hauria d'orientar-se en major mesura al seguiment d'aquest tipus de pacients. No obstant això, en els darrers anys s'ha observat una tendència creixent a destinar una part significativa de les consultes a l'atenció de processos aguts. En aquest context, es posa de manifest una pèrdua de protagonisme del rol propi de la infermeria, especialment pel que fa a la gestió longitudinal dels pacients crònics.

A més, l'elevada càrrega assistencial i la manca de temps disponible a les consultes han repercutit negativament en la qualitat de l'atenció, dificultant una aproximació veritablement holística al pacient. Finalment, cal destacar que, en les entrevistes realitzades, els participants d'ambdues comunitats han expressat no comprendre adequadament el seu diagnòstic, assenyalant que el temps limitat de les consultes no permet oferir explicacions suficients.

E2 CV: "Però ella no t'explicava "Mire vostè ha d'anar en cuidau perquè els peus són molt delicats i el pot afectar".No, mai".

E4 C: "Sí, más o menos me explicaron pero no entendí mucho. Me parece que és hereditario."

E5 C: “No, cuando me diagnosticaron del azúcar ya me dieron las pastillas y no me explicaron mucho. “

E4 C:” Lo que sí me hubiera gustado alguna vez ir a alguna reunión para concienciarnos más, eso sí que estaría bien.”

Aquests relats evidencien limitacions en l'educació sanitària rebuda, especialment en el moment del diagnòstic i en el seguiment de la diabetis. Les persones participants manifesten manca d'informació clara sobre aspectes rellevants de la malaltia, com la cura dels peus, el tractament o les causes de la DM2. També expressen la necessitat de disposar d'espais educatius grupals que permetin augmentar la conscienciació i millorar l'autocura. Per tant, es posa de manifest la necessitat de reforçar l'educació terapèutica infermera i garantir una informació comprensible, continuada i centrada en la persona.

3. Impacte de la longitudinalitat en la gestió de la malaltia.

La longitudinalitat assistencial emergeix com una relació terapèutica sostinguda en el temps entre la persona i el professional, o l'equip, d'atenció primària, que afavoreix l'establiment d'un vincle de confiança i un acompanyament continuat davant la majoria de les necessitats de salut al llarg de la vida. En el discurs dels participants, aquesta longitudinalitat s'associa a diferents necessitats de les persones (Oliveira et al., 2023).

Aquesta relació contribueix a potenciar la prevenció i la detecció precoç de malalties, alhora que ajuda a reduir problemes com el sobrediagnòstic i la medicalització. Igualment, disminueix les derivacions, les visites a urgències, les hospitalitzacions i la mortalitat, fet que repercuteix positivament en la qualitat i l'esperança de vida (Limón & Riera, 2023).

Adherència terapèutica.

La diabetis mellitus tipus 2 representa un problema de salut mundial amb un gran impacte econòmic. El tractament es basa principalment en les modificacions de l'estil de vida i, quan aquestes no són suficients, s'introdueix el tractament farmacològic. Tot i

l'aparició de nous fàrmacs, la metformina continua sent el tractament de primera elecció. Un dels principals inconvenients és la baixa adherència terapèutica, que es pot deure a múltiples factors. Aquesta manca d'adherència comporta un pitjor control dels nivells de glucosa, un augment de les complicacions, un major risc cardiovascular i un increment de les visites hospitalàries, entre altres conseqüències. En aquest sentit, potenciar l'educació sanitària, millorar la comunicació amb els metges i metgesses, simplificar els tractaments i reduir-ne els costos poden contribuir a millorar l'adherència i els resultats en salut (Kolars et al., 2024).

E3 CV: "Pues la meua experiència és prou natural (to segur), jo procure prendrem la medicació que em donen i passejar prou. Així d'aquesta manera la diabetis la mantinc prou bé".

E2 CV: "Jo ho tinc tot organitzat en una cistelleta, totes les pastilles, i sé cada una on va
(S'aixeca i ens mostra el pastiller)."

Les persones participants manifesten que l'adherència al tractament és complexa i que l'acompanyament de les infermeres durant les visites té un paper clau per poder mantenir-lo en el temps. A més, el compliment terapèutic es relaciona estretament amb la manera com la malaltia s'integra en la vida diària. Pert tant, els resultats d'ambues comunitats han sigut semblants: trobem que l'adherència al tractament està estretament vinculada a factors intrínsecs, és a dir, depenen més de la persona que de la comunitat a la que pertanyen.

E6 C: "... ella va ser la que em va ensenyar com havia de punxar-me, així com al principi m'explicà que feia la medicació i com la havia de prendre".

E2 CV: "Clar, i això és molt precís que ho expliquen, i això una infermera t'ho explica molt ben explicat. El metge no t'ho explica, la infermera sí".

En aquest sentit, s'ha observat que, quan els pacients adopten un paper actiu en el seu autocontrol, augmenta el seu compromís tant amb el tractament com amb els hàbits de vida saludables.

Autocura i hàbits de vida.

L'autocura es presenta com un aspecte essencial en la gestió de la diabetis tipus 2 i requereix un aprenentatge constant i adaptatiu que molts participants verbalitzen com una barrera en el control de la malaltia, tot i que la majoria d'ells i elles acaben integrant aquests canvis d'hàbits en el seu dia a dia (van Smoorenburg et al., 2019). Els pacients que visiten de manera regular el mateix personal sanitari a l'Atenció Primària presenten taxes de mortalitat més baixes, essent aquest efecte protector especialment notable en adults grans i en pacients amb necessitats de salut complexes.

E2 CV: “Clar, millor. Una infermera i sempre la mateixa, així ja sap el que tu tens els medicaments que prens i tota la teua vida.”

A més del seu impacte en la supervivència, la longitudinalitat també es relaciona amb una disminució del nombre de visites a urgències i amb menys hospitalitzacions (World Health Organization Regional Office for Europe, 2025). Malgrat que, en un primer moment, els canvis en l'estil de vida poden ser percebuts com una càrrega, amb el temps s'observa una adaptació gradual cap a una acceptació més favorable. No obstant això, la manca de continuïtat en l'assistència, especialment davant els canvis de professionals sanitaris, pot generar inseguretat i dificultar aquest procés d'adaptació (van Smoorenburg et al., 2019).

E1 CV: “Sí, sí, sí, perquè m'ha costat un poquet. Perquè, clar, a lo millor t'agraden coses que en el sucre no és bo. Llavors, has d'evitar-les. I sí que costa. A mi, sobretot, em costa el dolç. No ho porte massa bé .”

E2 CV: “Jo em cuide molt...(pausa) intente no menjar cap cosa que no siga sana, he anat seguint les poques indicacions que m'han donat. Ni una pastilla ni més ni menys, sempre al dia.

Totes les persones entrevistades destaquen una connexió important entre la longitudinalitat assistencial de les cures, l'autocura i l'adherència al tractament, elements clau per millorar els resultats en salut de les persones amb diabetis tipus 2. En el discurs dels participants, la infermera emergeix com un suport fonamental dins la longitudinalitat assistencial, ja que, a través de l'acompanyament continuat, afavoreix una major conscienciació i implicació de la persona en la seva pròpia cura.

Barreres percebudes.

La longitudinalitat assistencial es veu afectada per diverses barreres que no només són d'ordre organitzatiu, sinó també relacionals i informatives. Entre aquestes destaquen la rotació dels professionals, les dificultats d'accés al sistema sanitari, la manca de seguiment continuat i la necessitat de repetir la història clínica, factors que debiliten la continuïtat de les cures i la relació terapèutica (Palacio Lapuente, 2019). Durant la realització de les entrevistes, alguns participants verbalitzen que han acabat recorrent a l'atenció privada a causa de les grans llistes d'espera i del retard en la realització de proves decisives per al diagnòstic de malalties o per valorar-ne l'evolució. Tot i que s'ha observat que els participants de la Comunitat Valenciana no acudeixen a la sanitat privada per les llistes d'espera, sinó principalment per realitzar-se proves com el fons d'ull i la revisió del peu diabètic, ja que aquestes no sempre es duen a terme a la Seguretat Social.

E6 C: “Jo tinc una mútua perquè si m'han de fet proves, me les faig allí, i aquest servei el pague per anar més ràpida, i de seguida tinc el diagnòstic, que igual si és per la Seguritat Social he d'esperar mesos. Aleshores crec que tot està molt col·lapsat.”

E2 CV: No. Als peus sí que m'han fet algun control, ell no, ha sigut pagant, en el podòleg privat.

En paral·lel, la problemàtica de les llistes d'espera i dels temps de resposta en l'Atenció Primària reflecteix limitacions estructurals del sistema, com la manca de recursos i l'elevada demanda assistencial. Tot i això, centrar les solucions únicament en la millora de l'accessibilitat immediata, mitjançant derivacions a serveis alternatius com urgències o l'atenció telefònica, pot generar efectes adversos, com l'increment de la demanda, la descoordinació del sistema i una atenció més fragmentada (Palacio Lapuente, 2019).

E2 CV: "Doncs mira... mal perquè vas a demanar cita i te'l donen de cada deu o quinze dies. I si dius que necessites el metge, et diuen que vaig a urgències. Em pareix molt mal (frustració)".

Els relats evidencien que les dificultats d'accés, les llistes d'espera i la rotació de professionals dificulten la continuïtat de les cures i generen una percepció d'atenció fragmentada. Les persones participants valoren positivament tenir una infermera estable, ja que aquesta coneix la seva història, les seves pors i la seva manera de funcionar, fet que reforça la confiança i la relació terapèutica.

4. Necessitats assistencials percebudes

Les persones amb DM2 necessiten una atenció individualitzada i d'alta qualitat per al maneig de la seva malaltia. A més de la necessitat de professionals formats, és important que els pacients aportin les seves pròpies experiències i coneixements als sanitaris, per tal de contribuir a la identificació de possibles problemes i aconseguir una millor atenció sanitària (Ndjaboue et al., 2020).

E1 CV: " Per mi és essencial que em controlen...".

En aquest sentit, el coneixement del pacient per part dels mateixos professionals està relacionat amb una millor qualitat assistencial i amb resultats més positius en la salut (Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, 2025). Quan l'infermer o infermera coneix bé el pacient, és capaç de reconèixer més fàcilment les variacions en el seu estat de salut i proporcionar una cura més exhaustiva; per contra, quan aquesta continuïtat es perd, s'incrementa l'ús dels serveis d'urgències en detriment de l'AP.

Satisfacció amb l'atenció

El document publicat per l'AQUAS aborda la programació per motius a l'Atenció Primària a Catalunya, un model dissenyat per oferir una atenció més organitzada, proactiva i centrada en els pacients. Aquest model aposta per una millor coordinació entre els equips, el reforç del rol de la infermeria i la implementació de sistemes de

seguiment amb l'objectiu d'aconseguir una millora en la satisfacció dels usuaris. En termes generals, es considera una estratègia beneficiosa per incrementar la qualitat assistencial, sempre que sigui implantada de manera adequada (Torres López et al., 2025).

La satisfacció dels pacients amb diabetis en l'àmbit de l'AP està fortament determinada per la longitudinalitat en l'atenció infermera. Ser atès per la mateixa infermera durant un període prolongat afavoreix l'establiment d'una relació de confiança, una millor comunicació i una cura més adaptada a les necessitats de cada pacient. Aquest fet genera més sensació de seguretat i facilita el seguiment adequat del tractament.

Tot i que tots els entrevistats manifesten satisfacció amb l'atenció rebuda, els participants de Catalunya verbalitzen que se senten més segurs i amb més confiança ja que són atesos per la seva infermera habitual, en lloc de professionals nous.

E6 C: “Hi ha altra infermera que és molt maca i ens va atendre de forma molt correcta, però la relació que tinc amb la Regina, tot i ser molt agradable l'Elena, el vincle no és el mateix...”

E1 CV: “...Totes les infermeres que han passat per mi, a totes els done un deu.”

No obstant això, aspectes com la falta de temps durant les visites, les variacions de professionals o l'accés complicat poden reduir aquesta satisfacció. En línies generals, la continuïtat en l'atenció infermera es veu com un factor fonamental per augmentar la qualitat percebuda del servei ofert als pacients amb diabetis.

Necessitats de millora

En els últims anys els serveis sanitaris han centrat la seva atenció en l'optimització dels processos i en l'estructura interna, en lloc de mantenir una visió centrada en el pacient, és a dir, centrada en la malaltia. Aquesta mirada afecta significativament l'atenció, fent-la més despersonalitzada i desconnectada del pacient (Fòrum Català d'Atenció Primària 2017).

En la realització de les entrevistes, els participants de la Comunitat Valenciana assenyalen com a àrea de millora en les consultes d'atenció primària l'atenció per part

del mateix professional de manera longitudinal. En canvi, a Catalunya es posa més èmfasi en la millora de les llistes d'espera, encara que es verbalitza que per part dels professionals les derivacions son fluïdes.

E2 CV: "Doncs mira... mal perquè vas a demanar cita i te'l donen de cada deu o quinze dies. I si dius que necessites el metge, et diuen que vaig a urgències. Em pareix molt mal (frustració)".

E5 C: "yo cuando me dicen algo siempre me mandan pa donde sea, para mi esta muy bien organizado, igual para otras personas no. Yo cuando necesito algo enseguida me mandan a los sitios."

Les persones entrevistades identifiquen com a principals necessitats de millora una atenció més accessible, propera i continuada. Destaquen la importància de reduir els temps d'espera per obtenir cita, facilitar el contacte amb la infermera o professional de referència, disminuir la rotació de professionals i disposar de més temps a les consultes.

6. CONCLUSIONS

La longitudinalitat infermera en l'AP és un aspecte fonamental de la qualitat de l'assistència, especialment per a l'acompanyament de persones diabètiques. L'estudi entre la Comunitat Valenciana i Catalunya ha evidenciat pel que fa al nivell de longitudinalitat, experiències d'atenció clarament diferents. A Catalunya s'evidència una major estabilitat en la relació entre infermers/es-pacient, que facilita el desenvolupament progressiu del vincle terapèutic i una implicació més activa en l'autocura.

A la Comunitat Valenciana, el canvi freqüent de professionals provoca una percepció més fragmentada de l'atenció, tot i que els pacients també reconeixen el valor i la importància de la feina dels infermers/es.

La possibilitat de ser atès pel mateix professional crea una relació terapèutica més sòlida i augmenta la sensació de seguretat del pacient. Aspectes com la rotació de professionals, la sobrecàrrega assistencial i les limitacions organitzatives emergeixen com una dificultat en el seguiment adequat dels pacients diabètics.

És important desenvolupar models d'AP que se centrin en la persona, que reforcin la longitudinalitat assistencial i el paper de la infermeria com a figura clau en el seguiment de pacients crònics.

Així doncs, potenciar aquest model d'atenció resulta fonamental per millorar la qualitat de l'atenció, la satisfacció dels pacients i avançar cap a una pràctica infermera més alineada amb les necessitats reals de la població. La longitudinalitat es considera un element que va més enllà de l'àmbit purament assistencial, ja que afecta directament l'experiència del pacient i la qualitat de l'atenció percebuda.

7. LIMITACIONS

Durant el desenvolupament d'aquest estudi s'han identificat diverses limitacions que cal tenir en compte. En primer lloc, la realització d'entrevistes en dues comunitats autònomes ha requerit una planificació acurada per tal d'ajustar-se a la disponibilitat dels participants i garantir una recollida de dades coherent amb els objectius de l'estudi. Cal assenyalar també que la majoria dels participants eren persones d'edat avançada amb diverses patologies associades, fet que en alguns casos va condicionar el procés de recollida de dades, ja que l'estat de salut en el moment previst per a l'entrevista va fer necessari ajornar-ne la realització, prioritzant sempre el benestar dels participants i procurant que la seva participació es desenvolupés en condicions adequades. Aquestes limitacions poden haver condicionat parcialment el desenvolupament de l'estudi i cal tenir-les en compte en la interpretació dels resultats, tot i que s'han gestionat d'acord amb criteris ètics i metodològics amb la finalitat de preservar la qualitat del procés d'investigació.

8. FUTURES LÍNIES DE RECERCA

Per arribar a conclusions més realistes, seria de gran valor realitzar estudis a totes o a la gran majoria de les comunitats autònomes d'Espanya per valorar com influeix en l'autocura i l'adherència dels pacients crònics en les consultes d'Atenció Primària el fet de ser atesos amb o sense longitudinalitat infermera. Amb la informació i les dades obtingudes d'aquests estudis, seria interessant poder arribar a un consens sobre l'atenció brindada a les diferents comunitats, prioritzant sempre el benestar dels pacients i allò que resulta més beneficiós per a la seva salut. Aquests canvis implicarien la necessitat de transformacions en la gestió dels sistemes sanitaris, especialment pel que fa a la distribució de personal, recursos i la implementació de nous protocols, entre altres aspectes.

D'acord amb el nostre estudi, i a causa de la notable diferència en l'atenció que reben els pacients diabètics en AP a les dues comunitats autònomes estudiades, seria desitjable que el sistema sanitari públic a tot Espanya fos homogeni entre comunitats. S'ha detectat que, en l'àmbit assistencial, algunes comunitats, com València, es troben més endarrerides, fet que repercuteix directament en l'autocura, el seguiment, la gestió de la malaltia i la qualitat de vida dels pacients.

9. BIBLIOGRAFIA

Aríztegui Echenique, A. M., San Martín Rodríguez, L., & Marín Fernández, B. (2020). Effectiveness of nursing interventions in the control of type 2 diabetes mellitus. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 43(2), 159–167. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0860>

Añel-Rodríguez, R.M., & Astier-Peña, P. (2022). Longitudinalidad en Atención Primaria: un factor protector de la salud. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 15(2), 75-76. Epub 19 de septiembre de 2022. Recuperado en 16 de mayo de 2026, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2022000200075&lng=es&tlng=es.

Añel Rodríguez, R. M. (2024). El poder de la longitudinalidad y el vínculo en atención primaria. *FMC: Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 31(9), 447–449. <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2024.04.005>

Barbosa, C. S., Nogueira, L. de A., Ribeiro, C. de O., Cruz, E. D. de A., Costa, P. C. P., Santos, Y. H. dos, Guimarães, P. R. B., & Kalinke, L. P. (2025). Development and Validation of Educational Technology for Patients with Type II Diabetes Mellitus. *Enfermagem Em Foco*, 16, 1–8. <https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.21675/2357-707X.2025.v16.e-2025021>

Barrio Cortes, J., Suárez Fernández, C., Bandeira de Oliveira, M., Beca Martínez, M. T., Lozano Hernández, C, & Cura González, I.I. (2019). Utilización de los servicios de salud de Atención Primaria en los pacientes crónicos según nivel de riesgo. *Revista Española de Salud Pública*, 93, e201909082. Epub 16 de octubre de 2024. Recuperado en 16 de mayo de 2026, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272019000100122&lng=es&tlng=es

Bassi Follari, J. E. (2015). El código de transcripción de Gail Jefferson: adaptación para las ciencias sociales. *Quaderns de Psicologia*, 17(1), 39–62. <http://dx.doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1252>

Bayón Cabeza, M., Pérez Rivas, F. J., Zamora Sarabia, A. L., de Las Heras Mosteiro, J., Becerril Rojas, B., & Rodríguez Barrientos, R. (2020). Control del paciente diabético en Atención Primaria: influencia de cartera de servicios y otros factores. *Atencion primaria*, 52(9), 617–626. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.02.015>

Buichia-Sombra, F. G., Guerrero-Castañeda, R. F., & Lara-Ponce, E. (2024). Experiencia de vivir con diabetes tipo 2 en adultos: revisión sistemática de estudios fenomenológicos. <https://rua.ua.es/entities/publication/f169a03e-e924-41a0-a32e-8d0ec843477b>

Burdine, J. T., Thorne, S., & Sandhu, G. (2020). Interpretive description: A flexible qualitative methodology for medical education research. *Medical Education*, 55(3), 336-343. <https://doi.org/10.1111/medu.14380>

Capone, L. A., Cortés, P. A., Lueza, F. B., Arruebo, L. E., & Becerril, L. T. (2025). Impacto del seguimiento enfermero en la mejora del control glucémico y adherencia terapéutica en pacientes con diabetes tipo 2: una revisión sistemática. *Dialnet*. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10563845>

Chan, L., Yu, E. y. T., Wan, E. y. F., Wong, S. y. S., Chao, D. V. K., Ko, W. W. K., Chen, C. X. R., Chan, P. P. L., Bilney, E. V. M., Lee, E. S., Ng, W. L., & Lo Kuen Lam, C. (2025). Improving type 2 diabetes detection among at-risk individuals – comparing the effectiveness of active opportunistic screening using spot capillary-HbA1c testing and venous HbA1c testing: a cluster randomized controlled trial. *BMC Medicine*, 23(1), 190. <https://doi.org/10.1186/s12916-025-04007-z>

Crombie, A. (2025). Commentary: The person-centred nursing framework: a mid-range theory for nursing. *Journal of Research in Nursing: JRN*, 17449871241301768. <https://doi.org/10.1177/17449871241301768>

Departamento de Salud Valencia-Hospital General. (2019). Ruta asistencial de la diabetes mellitus tipo 2. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, Generalitat Valenciana.

<https://chguv.san.gva.es/documents/10184/1309649/Ruta+asistencial+de+la+diabetes+mellitus+tipo+tipo+2.pdf/ada5cc87-d4bf-4c23-99bb-a6793f16ad62>

Estrategia de diabetes de la Comunidad Valenciana 2017-2021. (2015). Generalitat Valenciana.Conselleria de Sanitat Universal I Salut Pública.
https://www.diabetesalicante.org/gallery/gallery-Estrategia_de_diabetes_CV_17-2021.pdf

Fernández Araque, A. M. (2025). Manual docente de salud comunitaria, perfil de la enfermería comunitaria y eficiencia del sistema sanitario en Atención Primaria.
<https://uvadoc.uva.es/handle/10324/73067>

Fernández, F. J. C., De Armas, A. P., Rodríguez, E. C., Andreu, M. H., Girón, M. J. I., Marrero, M. R. G., De León, A. C., & Bello, M. Á. G. (2021). Mal control de la diabetes tipo 2 en un centro de salud de atención primaria: factores modificables y población diana. Atención Primaria, 53(9), 102066.
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102066>

Fòrum Català d'Atenció Primària. (2017, 19 de gener). *La longitudinalitat ha de ser una prioritat.* FoCAP.
<https://focap.wordpress.com/2017/01/19/la-longitudinalitat-ha-de-ser-una-prioritat/>

Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. (2012). Pla de salut de Catalunya 2011-2015.
https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/5519/pla_salut_catalunya_2011_2015_ca.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. (2025). *Longitudinalitat: equips de salut que us acompanyen al llarg de la vostra vida.* Canal Salut.
<https://canalsalut.gencat.cat/ca/detalls/article/longitudinalitat-equips-salut-acompanyen-llarg-vida>

Hennink, M., & Kaiser, B. N. (2021). Sample sizes for saturation in qualitative research: A systematic review of empirical tests. *Social Science & Medicine*, 292, 114523. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114523>

Holloway, D., James, S., Ekinci, E. I., & Craft, J. (2023). Systematic review of the effectiveness of nurse-led care in reducing glycated haemoglobin in adults with type 1 or 2 diabetes. *International Journal of Nursing Practice*, 29(6), e13135. <https://doi.org/10.1111/ijn.13135>

Ibarra-Sáiz, M. S., González-Elorza, A., & Gómez, G. R. (2023). Aportaciones metodológicas para el uso de la entrevista semiestructurada en la investigación educativa a partir de un estudio de caso múltiple. *Revista De Investigación Educativa*, 41(2), 501–522. <https://doi.org/10.6018/rie.546401>

Khan, M. A. B., Hashim, M. J., King, J. K., Govender, R. D., Mustafa, H., & Al Kaabi, J. (2020). Epidemiology of type 2 diabetes: Global burden of disease and forecasted trends. *Journal of Epidemiology and Global Health*, 10(1), 107–111. <https://doi.org/10.2991/jegh.k.191028.001>

Kolars, B., Minakovic, I., Grabovac, B., Zivanovic, D., & Jovin, V. M. (2024). Treatment adherence and the contemporary approach to treating type 2 diabetes mellitus. *Biomedical Papers*, 168(2), 97-104. <https://doi.org/10.5507/bp.2024.009>

Limón, E., & Riera, N. (2023). Longitudinalidad y continuidad en atención domiciliaria. *Atención Primaria*, 55(5), 102632. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102632>

López Reyes, M., & Peinado Ibáñez, C. (2024). *Nivel de conocimientos sobre diabetes y adherencia al tratamiento en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de ámbito rural vs urbano*. NURE Investigación, 21(131), 1–14. <https://doi.org/10.58722/nure.v21i131.2470>

Lorenz, A., Oza-Frank, R., May, S., Conrey, E. J., Panchal, B., Brill, S. B., RajanBabu, A., & Howard, K. (2020). A quality improvement collaborative increased preventive education and screening rates for women at high-risk for type 2 diabetes mellitus in primary care settings. *Primary Care Diabetes*, 14(4), 335–342. <https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.1016/j.pcd.2019.09.010>

Lu, X., Xie, Q., Pan, X., Zhang, R., Zhang, X., Peng, G., Zhang, Y., Shen, S., & Tong, N. (2024). Type 2 diabetes mellitus in adults: pathogenesis, prevention and therapy. *Signal Transduction And Targeted Therapy*, 9(1), 262. <https://doi.org/10.1038/s41392-024-01951-9>

Martínez Serrano, P., Bayod García, A., & Uche Arjol, L. (2025, 11 de agosto). *Importancia de la enfermería en la atención primaria de salud. Revisión bibliográfica*. *Revista Sanitaria de Investigación*. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/importancia-de-la-enfermeria-en-la-atencion-primaria-de-salud-revision-bibliografica/>

Martori, J. C., & Carles, B. P. (2024). Paciente crónico complejo. Caracterización desde la Atención Primaria. Elementos para la Política y Gestión Sanitaria - Repositori institucional de la UVic-UCC. Repositori Institucional de la UVic-UCC. <https://repositori.uvic-ucc.cat/handle/10854/7859>

McCance, T., & McCormack, B. (2025). The Person-centred Nursing Framework: a mid-range theory for nursing practice. *Journal Of Research In Nursing*, 30(1), 47-60. <https://doi.org/10.1177/17449871241281428>

Moreno, N., Pera, G., Medina, M., Morral, R., & Pareja, C. (2021). Determinantes de la frecuentación en Atención Primaria en Cataluña. *Atencion primaria*, 53(1), 67–72. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.06.015>

Ndjaboue, R., Dansokho, S. C., Boudreault, B., Tremblay, M., Dogba, M. J., Price, R., Delgado, P., McComber, A. M., Drescher, O., McGavock, J., & Witteman, H. (2020). Patients' perspectives on how to improve diabetes care and self-management: qualitative study. *BMJ Open*, 10(4), e032762. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032762>

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2023). Spain: Country Health Profile 2023, State of Health in the EU. OECD Publishing / European Observatory on Health Systems and Policies.
<https://doi.org/10.1787/71d029b2-en>

Oliveira, L. G. F., Fracolli, L. A., Castro, D. M. C. de L., Gryscek, A. L. de F. P. L., Pina-Oliveira, A. A., Silva, L. A. da, Santos, J. C. dos, Lico, F. M. de C., Campos, D. S., & Geraldo, D. C. (2023). Longitudinalidade na atenção primária à saúde: Explorando a continuidade do cuidado ao longo do tempo. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, 27(7),3385–3395.
<https://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/10048>

Palacio Lapuente, J. (2019, septiembre). *Las ventajas de una relación estable: longitudinalidad, calidad, eficiencia y seguridad del paciente*. AMF-SEMFYC.
<https://amf-semfyc.com/es/web/articulo/las-ventajas-de-una-relacion-estable-longitudinalidad-calidad-eficiencia-y-seguridad-del-paciente>

Rueda Sánchez, M. P., Sigala-Paparella, L. E., & Armas, W. J. (2023). Análisis cualitativo por categorías a priori: reducción de datos para estudios gerenciales. *Ciencia y Sociedad*, 48(2), 83–96.
<https://doi.org/10.22206/cys.2023.v48i2.pp83-96>

Sánchez-Martín, M., Plana, M. P., Gea, A. I. P., & Navarro-Mateu, F. (2023). And, at first, it was the research question... The PICO, PECO, SPIDER and FINER formats [Y, al principio, fue la pregunta de investigación... Los formatos PICO, PECO, SPIDER y FINER]. *Espiral. Cuadernos del Profesorado*, 16(32), 126–136. <https://doi.org/10.25115/ecp.v16i32.9102>

Sánchez, M. B., Gutiérrez, S. Á., Forcén, S. B., Carabantes, S. F., Carcas, M. J. J., & Podar, O. D. (2024). Revisión sistemática sobre la longitudinalidad en atención primaria. *Revista Sanitaria de Investigación*, 5(10), 28. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10122616>

Sanchez, A., Vargas, L. M. R., & Alva, J. S. (2025). Relación enfermero-paciente en la calidad del cuidado de un enfermo.

Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9976289>

Sociedad Española de Diabetes. (2021). España es el segundo país con mayor prevalencia de diabetes de Europa

<https://www.sediabetes.org/comunicacion/sala-de-prensa/espana-es-el-segundo-pais-con-mayor-prevalencia-de-diabetes-de-europa/>

Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria. (2024, 20 de diciembre).

Manejo práctico del paciente con DM2 en Atención Primaria. Guías Clínicas SEMERGEN. <https://semergen.es/files/docs/biblioteca/guias/2024/guiasClinicasDiabetes2024.pdf>

Torres López, M., Casellas Torrentó, A., Rabal Jurado, G., Espallargues Carreras, M., & Medina Peralta, M. (2025). *Avaluació de la programació per motius a l'atenció primària i comunitària*. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS), Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. DOI: [10.62727/DSALUT.AQUAS/14152](https://doi.org/10.62727/DSALUT.AQUAS/14152).

Van Smoorenburg, A. N., Hertroijs, D. F. L., Dekkers, T., Elissen, A. M. J., & Melles, M. (2019). Patients' perspective on self-management: type 2 diabetes in daily life. *BMC Health Services Research*, 19(1), 605. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4384-7>

Vlacho, B., Simarro, F. L., Mata-Cases, M., Miravet, S., Escribano-Serrano, J., Asensio, D., Cortes, X., & Franch-Nadal, J. (2022). Adherence to antidiabetic treatment among patients managed in primary care centres in Spain: the INTENSE study. *Primary Care Diabetes*, 16(6), 760–767. <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2022.10.004>

World Health Organization Regional Office for Europe. (2025). Strengthening relational continuity in primary care in Spain: Key insights and recommended policy actions. https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPrimaria/docs/Strengthening_relational_continuity_in_primary_care_in_Spain_key_insights_and_rec ommended_policy_actions.pdf

10. ANNEXES

Annex 1: Guió Entrevista

INTRODUCCIÓ

Bon dia, nosaltres som Celia Alcover i Andrea Lloret, estudiants d'infermeria a la Universitat Rovira i Virgili. Estem fent un treball de fi de grau en el qual volem estudiar com influeix el fet que la persona tingui una infermera de referència al llarg del temps per controlar malalties cròniques com és la diabetis tipus 2.

Volem veure com aquesta relació infermera-pacient influeix en la seva adherència al tractament i en la seva autocura.

L'objectiu de l'entrevista és arribar a conèixer la teva experiència com a pacient diabètic amb l'atenció infermera que reps. No hi ha respostes correctes o incorrectes, sols volem saber el que penses i com sents i vius dia a dia.

L'entrevista durarà aproximadament seixanta minuts. Farem preguntes obertes en les quals ens aniràs explicant com vulguis la teva vivència amb la malaltia respecte al sistema sanitari.

Abans que res us explicarem en què consisteix l'entrevista semiestructurada, aquesta consta de preguntes guiades, però flexible. Per tant, podem dir que combina una sèrie de preguntes de temes clau predeterminades amb llibertat per aclarir o aprofundir.

Així, ens permetrà obtenir informació rica i detallada, mantenint el focus en els temes importants.

Tota la informació serà tractada de manera confidencial i anònima, i s'utilitzarà únicament amb finalitats acadèmiques. Pot retirar el seu consentiment o aturar l'entrevista en qualsevol moment.

ENTREVISTA

Bloc A. Vivències amb la infermera de referència

Dades de l'informant

- Ens podries explicar com et dius, l'edat que tens, d'on provens i al CAP que pertanyes?

Experiència inicial amb la malaltia

- Ens podria explicar breument com és la seva experiència convivint amb la diabetis?
- Quant de temps fa que li van diagnosticar?
- Com va ser el procés inicial?

Relació infermera–pacient

- Té una infermera de referència a qui acudeix habitualment? Rep atenció sempre de la mateixa infermera?
- Quant de temps s'ha visitat amb ella/ell?
- Com descriuries la teva relació amb aquesta infermera?
- Creus que amb el temps ha canviat la vostra relació?
 - Li aporta seguretat?
 - Li facilita la comunicació sobre dubtes o problemes?
- Quines sensacions has tingut quan has estat atès per un altre professional que no coneixies?
- T'ha costat més entendre les recomanacions del professional?

Bloc B. Percepció de la longitudinalitat en la gestió de la malaltia (Objectiu 2)

- Pensa que la continuïtat amb la infermera ha influït en la manera com gestiona la seva diabetis?
- Considera que el fet de ser atès habitualment pel mateix professional facilita el seguiment i la presa de decisions?

Bloc C. Relació terapèutica i comunicació (Objectiu 3)

- Ens podria explicar què creu que és la diabetis tipus 2 i quins controls es realitzen al llarg de l'any?
- Alguna vegada el professional sanitari ha utilitzat tècniques innovadores per facilitar la comprensió del tractament o de la patologia?

-Infografies?

-Vídeos?

-Dibuixos?

- Quin paper té la infermera en ajudar-lo a seguir el tractament?

-Explicacions?

-Recordatoris?

-Resolució de dubtes?

Bloc D. Adherència terapèutica i autocura: facilitadors i barreres (Objectiu 4)

- Com sol seguir de manera rutinària el tractament prescrit?
 - Utilitza alguna tècnica?
 - Pastiller?
- Has tingut algun moment en què t'ha costat seguir les indicacions o recomanacions?
 - Com ho has gestionat?
 - La infermera ha intervingut?

Bloc E. Suport infermer i necessitats no cobertes (Objectiu 5)

- Què l'ajuda a sentir-se capaç d'autogestionar-se?
- Com l'ha ajudat la infermera en la seva autonomia i en l'aprenentatge de l'autocura?
- Hi ha aspectes de l'autocura que encara li generen dubtes o inseguretat?

Bloc F. Context i diferències entre comunitats (si escau)

- Considera que l'organització del sistema sanitari en la seva comunitat facilita o dificulta la continuïtat amb la mateixa infermera?
- Què li agradaria millorar en l'atenció que rep per la seva diabetis?
- Què creu que podria fer la infermera (o el sistema sanitari) per ajudar-lo encara més en el tractament i l'autocura?
- Hi ha algun aspecte positiu de la seva experiència que consideri important destacar?

DESPEDIDA

Val doncs això és tot. Moltes gràcies per haver compartit la teva experiència i el teu temps. Les aportacions que has fet són molt valuoses i ens ajudaran a entendre millor com la longitudinalitat infermera pot influir en la millor gestió de la diabetis, en la seva adherència al tractament i l'autocura.

Et recordem que tota la informació que ens has proporcionat serà tractada de manera anònima i confidencial.

Si en algun moment tens algun dubte o vols afegir informació addicional sobre el que hem parlat avui, pots posar-te en contacte amb nosaltres.

Annex 2: Consentiment informat per l'informant

Títol de l'estudi: Impacte de la longitudinalitat infermera en l'adherència i l'autocura en pacients diabètics a diferents comunitats autònomes.

Dades de contacte de l'investigador principal:

-Celia Alcover Lucas

-Andrea Lloret Martinez

Jo amb DNI.....

- He llegit el full d'informació al participant sobre l'estudi del qual se m'ha entregat una còpia.

- He pogut fer preguntes i resoldre els meus dubtes sobre l'estudi i la meva participació.

- Compréc la meva participació a l'estudi d'acord amb allò expressat al full d'informació al participant sobre l'estudi i de les respostes a les meves preguntes, així com els riscos i beneficis que comporta.

- Accepto que la meva participació és voluntària i dono lliurement la meva conformitat per participar a l'estudi.

- Conec que em puc retirar en qualsevol moment de la participació a l'estudi sense que això em pugui causar cap perjudici.

- Estic informat sobre el tractament que es realitzarà de les meves dades personals.

- Dono el meu consentiment per a l'accés i utilització de les meves dades en les condicions detallades al full d'informació al participant sobre l'estudi.

☐ Sí ☐ No

I per expressar aquest consentiment, el participant signa en data i lloc aquest full de consentiment:

Signatura del participant

INFORMACIÓ DE PROTECCIÓ DE DADES PERSONALS

Responsable	El responsable del tractament de les seves dades personals és la Universitat Rovira i Virgili amb CIF Q9350003A i amb domicili fiscal al carrer de l'Escorxador, s/n, 43003 de Tarragona.
Finalitat	Participar en estudi treball fi de grau en els termes que es descriuen al full d'informació al participant. En el cas que l'estudi prevegi la publicació, difusió i reutilització dels resultats obtinguts incloent dades personals, les dades personals seran utilitzades per a aquesta finalitat sempre que l'interessat hagi atorgat el seu consentiment.
Drets	Pot exercir els drets d'accés, rectificació, supressió, portabilitat, limitació o oposició al tractament, mitjançant un escrit adreçat al Registre General de la URV a la mateixa adreça del domicili fiscal o mitjançant la seva presentació al Registre General de la Universitat, presencialment o telemàtica, segons s'indica a https://seuelectronica.urv.cat/registre.html .
Informació addicional	Pot consultar informació addicional sobre aquest tractament de dades personals denominat <i>Treballs de fi de Grau</i> i els seus

	drets al Registre d'Activitats del Tractament de la URV publicat a https://seuelectronica.urv.cat/rgpd on també s'hi pot consultar la Política de Privacitat de la URV. Així mateix, pot consultar aquesta informació al Full d'informació al participant sobre l'estudi. Addicionalment, pot adreçar als nostres delegats de protecció de dades qualsevol consulta sobre protecció de dades personals a la direcció de correu electrònic del dpd@urv.cat .
--	--

Annex 3: Full informatiu per l'informant.

TÍTOL DE L'ESTUDI

Impacte de la longitudinalitat infermera en l'adherència i l'autocura en persones diabètiques a diferents comunitats autònomes.

INVESTIGADORS PRINCIPALS

Celia Alcover Lucas

Andrea Lloret Martinez

CENTRE

Universitat Rovira i Virgili (URV), Seu Vilafranca del Penedès.

INTRODUCCIÓ

Ens dirigim a vostè per tal d'informar-lo sobre l'estudi d'investigació en el que se'l convida a participar.

Aquest estudi ha estat aprovat pel Comitè Ètic de Recerca en Persones, Societat i Medi Ambient(CEIPSA) de la Universitat Rovira i Virgili.

La nostra intenció és que rebis la informació correcta i suficient perquè pugui avaluar i decidir si vol o no participar en aquest estudi. Per aquest motiu, llegeixi aquest full informatiu amb atenció i nosaltres li aclarirem els dubtes que li puguin sorgir. Addicionalment, li informem que vostè es lliure de consultar amb les persones que consideri oportú abans de decidir sobre la seva participació a l'estudi.

PARTICIPACIÓ VOLUNTÀRIA

Ha de saber que la seva participació en aquest estudi és voluntària i que pot decidir no participar o canviar la seva decisió i retirar el consentiment en qualsevol moment.

DESCRIPCIÓ GENERAL DE L'ESTUDI

Aquest estudi té com a objectiu: Evaluar com perceben les persones majors de 65 anys amb diabetis mellitus tipus 2 a ambdues comunitats autònomes la influència de la longitudinalitat en l'atenció infermera a la seva salut.

BENEFICIS I RISCOS

Aquesta participació voluntària ens permetrà millorar l'atenció infermera futura i reforçar la relació terapèutica. Mitjançant les entrevistes podrem identificar quins elements dificulten o ajuden en l'autocura i l'adherència de les persones amb DM tipus 2 als centres d'Atenció Primària, per així desenvolupar estratègies més adaptades a les seves necessitats reals.

Participar en aquest estudi no suposa cap risc per als participants.

CONFIDENCIALITAT I PROTECCIÓ DE DADES

Tota la informació recopilada sobre les persones participants en el marc d'aquest estudi es mantindrà estrictament confidencial i amb aplicació de les corresponents

mesures de seguretat que garanteixin, a més de la seva confidencialitat, la seva integritat, disponibilitat, autenticitat i traçabilitat.

Les dades personals recollides per a l'estudi estaran identificades mitjançant un codi i només l'investigador principal o els seus col·laboradors podran relacionar aquestes dades amb els participants. Mai s'identificarà a les persones participants en cap informe, presentació ni publicació que sorgeixi d'aquest estudi. Per tant, la seva identitat no serà revelada a cap persona, excepte quan sigui requerit pel Comitè d'Ètica al que es sotmet l'estudi amb la finalitat de comprovar les dades i procediments de l'estudi.

Per al tractament de les dades s'utilitzaran els sistemes d'informació propis de la Universitat Rovira i Virgili instal·lats a la seva xarxa informàtica aplicant-se les mesures de seguretat de la informació establertes pel Reial Decret 3/2010 que regula l'Esquema Nacional de Seguretat. Concretament, les dades es recolliran mitjançant entrevistes semiestructurades i s'introduiran en el sistema d'informació¹³. Posteriorment, per analitzar les dades s'utilitzarà el programa¹⁴

El personal investigador de l'estudi es compromet a complir la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals, a més del Reglament (UE) núm. 2016/679, del Parlament europeu i del Consell, de 27 d'abril de 2016, relatiu a la protecció de les persones físiques pel que fa al tractament de dades personals, i signarà un compromís de participació i confidencialitat.

La finalitat del tractament de les dades és la participació en l'estudi d'acord amb el consentiment de la persona participant.

La persona participant podrà interrompre la seva participació a l'estudi retirant el seu consentiment en qualsevol moment, sense que sigui necessària la seva justificació. En aquest cas, les dades no es podran eliminar per tal de garantir la validesa dels resultats i complir amb les obligacions legals aplicables a l'estudi, però sí que quedaran codificades de manera que no sigui possible vincular-les a la seva persona.

INFORMACIÓ AMPLIADA SOBRE EL TRACTAMENT DE DADES PERSONALS

De conformitat amb el que disposa la legislació vigent en matèria de protecció de dades aplicable a la Universitat Rovira i Virgili (URV) i publicada a l'apartat "Legislació aplicable" de l'espai "Protecció de dades de caràcter personal" de la Seu Electrònica (<https://seuelectronica.urv.cat/rgpd/>), es posa en coneixement de les persones interessades la informació següent:

a) Qui és el responsable del tractament de les seves dades?

Identificació	Universitat Rovira i Virgili CIF: Q9350003A
Adreça Postal	Carrer de l'Escorxador, s/n 43003 Tarragona
Dades de contacte dels DPD	DPD - Delegats de protecció de dades de la URV Correu electrònic: dpd@urv.cat

b) Quines dades personals tractem i amb quina finalitat?

Les dades personals són tractades amb la finalitat de participar en el projecte de recerca en els termes que es descriuen al full d'informació al participant. En el cas que l'estudi prevegi la publicació, difusió i reutilització dels resultats obtinguts, incloent dades personals, les dades personals seran utilitzades per a aquesta finalitat sempre que l'interessat hagi atorgat el seu consentiment.

c) A quins destinataris es comunicaran les seves dades?

En el marc del tractament mencionat, les seves dades no es cediran a tercers, tret que existeixi obligació legal o s'indiqui expressament en el full d'informació al participant.

d) Quina és la legitimació per al tractament de les seves dades?

La legitimació d'aquest tractament es basa en el consentiment que dona la persona interessada de forma expressa.

e) Quines mesures de seguretat apliquem en el tractament de les seves dades?

La Universitat es responsabilitza d'aplicar les mesures de seguretat i la resta d'obligacions derivades de la legislació de protecció de dades de caràcter personal, d'acord amb l'Esquema Nacional de Seguretat, Reial Decret 3/2010.

En aquest sentit, la Universitat Rovira i Virgili s'ha dotat d'una Política de Seguretat que pot ser consultada a la secció sobre "Legislació i normativa" de la pàgina web de la Universitat dintre de "Normativa pròpia" i "Altres normes", <http://www.urv.cat/ca/universitat/normatives/altres-normes/>.

Addicionalment, al Full d'informació al participant es concreten algunes mesures de seguretat específiques que es tindran en compte durant la realització de l'estudi.

f) Quins són els drets dels interessats?

L'interessat té dret a accedir a les seves dades personals, a demanar la rectificació de les dades inexactes, a sol·licitar la cancel·lació i supressió, i a oposar-se al tractament, inclosa l'elaboració de perfils, a limitar fins a una data determinada el tractament de les seves dades i a la portabilitat de les mateixes, en format electrònic.

La persona participant pot interrompre la seva participació a l'estudi retirant el seu consentiment en qualsevol moment, sense donar explicacions. En aquest cas, les dades no es podran eliminar per tal de garantir la validesa dels resultats i complir amb les obligacions legals aplicables a l'estudi, però no serà possible vincular-les a la seva persona.

Podrà exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació, oposició, limitació i portabilitat mitjançant comunicació escrita, detallant motivadament la sol·licitud, adreçada al Registre General (C/Escorxador, s/n, 43003 de Tarragona) o mitjançant la seva presentació al Registre General de la Universitat, presencialment o telemàtica, segons s'indica a <https://seuelectronica.urv.cat/registre.html>.

Així mateix, l'informem que té dret a presentar una reclamació davant l'Autoritat Catalana de Protecció de Dades mitjançant el mecanisme que estableixi. Pot consultar més informació a <https://apdcat.gencat.cat/ca/inici>.

Finalment, l'informem que podrà sol·licitar informació relacionada amb la protecció de dades personals mitjançant correu electrònic als nostres delegats de protecció de dades a la direcció dpd@urv.cat.

g) Quant de temps conservarem les seves dades?

El període de conservació de les dades és de 5 anys un cop finalitzat l'estudi, tret que el full d'informació al participant estableixi un període diferent. En qualsevol cas, es conservaran les dades fins a la revocació del consentiment per part de la persona interessada.

Annex 4: Pregunta d'investigació mètode SPIDER.

S Sample	PI Phenomenon of Interest	D Design	E Evaluation	R Research type
Persones amb diabetis mellitus tipus 2 majors de 65 anys.	Impacte de la longitudinalitat at en l'atenció infermera respecte a l' adherència al tractament i autocura de les persones.	Estudi qualitatiu mitjançant entrevistes semiestructurades centrades en la relació infermera-pacient	Experiències, percepcions i comportaments relacionats amb l' adherència terapèutica i les pràctiques d'autocuidatge	Investigacions qualitatives que permeten una anàlisi de la longitudinalitat at infermera.

Annex 5: Llegenda dels símbols utilitzats en les transcripcions. Font elaboració nostra.

Símbol	Denominació	Utilització
" "	Cometes dobles	Cites textuais.
()	Parèntesi	Dades contextuais i/o interpretació de l'observador.
_____	Subratllat de paraula	Èmfasi en paraula o síl·laba.
.... ...	Sèrie de punts	Allargament de so.
MAJÚSCULA	Majúscula	To de veu elevat.

Annex 6: Cronograma

Pla de treball. Font: elaboració pròpia.

