

# RECURSOS PER PROMOURE LA SALUT I EL BENESTAR DE LES PERSONES AMB MALALTIA PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÒNICA

**Margarita Puigvert Vilalta**

Per citar o enllaçar aquest document:

Para citar o enlazar este documento:

Use this url to cite or link to this publication:

<http://hdl.handle.net/10803/361122>

**ADVERTIMENT.** L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

**ADVERTENCIA.** El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

**WARNING.** Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.



**Universitat de Girona**

**TESI DOCTORAL**

**TÍTOL**

**RECURSOS PER A PROMOURE LA SALUT I EL BENESTAR DE LES PERSONES  
AMB MALALTIA PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÒNICA**

Margarita Puigvert Vilalta

Any 2015



Universitat de Girona

**TESI DOCTORAL**

**TÍTOL**

**RECURSOS PER A PROMOURE LA SALUT I EL BENESTAR DE LES PERSONES  
AMB MALALTIA PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÒNICA**

Margarita Puigvert Vilalta  
Any 2015

Directores  
Dra. Dolors Juvinyà Canal  
Dra. Carme Bertran Noguer

Programa de Doctorat en Biologia Molecular, Biomedicina i Salut

Memòria presentada per optar al títol de doctora per la Universitat de Girona



Universitat de Girona

Les doctores Dolors Juvinyà i Canals i Carme Bertran i Noguer, professores titulars del Departament d'Infermeria de la Universitat de Girona, en qualitat de directores d'aquesta tesi,

DECLAREN:

Que el treball titulat Recursos per a promoure la salut i el benestar de les persones amb malaltia pulmonar obstructiva crònica, que presenta la Sra. Margarita Puigvert Vilalta, per l'obtenció del títol de Doctora, ha estat realitzat sota la nostra direcció.

I, perquè així consti i tingui efectes oportuns, signem aquest document

Dra. Dolors Juvinyà Canals

Carme Bertran Noguer

Girona, 20 de maig 2015

**No puc ensenyar-vos res, només puc ajudar-vos a buscar el coneixement dins de vosaltres mateixos, la qual cosa és molt millor que traspasar-vos la meva poca saviesa.**

*(Sòcrates, Atenes, 470 aC - 399 aC)*

## **DEDICATÒRIA**

A la meva família, el més important d'aquesta vida. I a la memòria del meu pare, perquè crec que estaria orgullós de mi i feliç de compartir aquest moment junts.

## AGRAÏMENTS

El meu sincer agraïment a totes les persones que han fet possible el camí que m'ha permès arribar fins aquí.

A les doctores Dolors Juvinyà i Carme Bertran, les directores d'aquesta investigació, per haver acceptat dirigir-la, a les quals dono els meus sincers agraïments per les seves aportacions i assessorament.

A la Montserrat i a la Núria Jover i al Dr. Jordi Calabria per la seva ajuda inestimable.

A les persones del meu entorn, que han estat al meu costat pendents que aquesta investigació anés endavant, en especial, a la Carme, la Victòria, en Lluís i en Felip.

Als equips d'AP de l'ICS, Girona-2 i Girona-4 per l'ajut en la identificació dels participants a l'estudi.

Alhora voldria agrair molt especialment a totes les persones entrevistades la seva participació, que ha fet realitat aquesta investigació que m'ha donat l'oportunitat d'avançar en el coneixement i millorar en la professió.

Per últim, però no menys important, a la meva família, per la paciència i la comprensió que han demostrat tenir durant tot el temps que he dedicat a aquesta tesi.

Gràcies de tot cor.

## LLISTA D'ABREVIATURES

AICC	Atenció innovadora per a les condicions cròniques
APS	Atenció primària de salut
BMRC	British Medical Research Council
CAP	Centre d'atenció primària
CCM	Chronic Care Model
QVRS	Qualitat de vida relacionada amb la salut
EAP	Equip d'atenció primària
ESCA	Enquesta de Salut de Catalunya
FCV	Capacitat vital forçada
FEF	Flux respiratori forçat
FEV1	Volum espiratori forçat
GOLD	Guia per al maneig i prevenció de la MPOC ( <i>Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease</i> )
IC	Insuficiència cardíaca
ICS	Institut Català de la Salut
INE	Institut Nacional d'Estadística
MNT	Malalties no transmissibles
MC	Malaltia crònica
MPOC	Malaltia pulmonar obstructiva crònica
ONU	Organització de les Nacions Unides
OMS	Organització Mundial de la Salut
PISA	Prevenció i suport a l'alta
PPAC	Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat
RGR	Recursos generals de resistència
SNS	Sistema Nacional de Salut
SEM	Serveis d'Emergències
SEPAR	Societat Espanyola de Pneumologia
SGRQ	Qüestionari Respiratori Sant George
TIC	Tecnologia de la Informació i Comunicació
UE	Unió Europea

## ÍNDIX DE TAULES

Taula 1 Classificació de la MPOC segons els paràmetres de l'espirometria	24
Taula 2 Competències de l'alfabetització per a la salut per dimensions	44
Taula 3 Dades sociodemogràfiques de les persones estudiades amb MPOC	92
Taula 4 Classificació de la funció familiar segons sexe	93
Taula 5 Nivell de la funció familiar segons el sexe	94
Taula 6 Situació de convivència segons l'edat	94
Taula 7 Distribució de la convivència segons sexe	95
Taula 8 Relació entra la funció familiar i la situació de laboral	95
Taula 9 Relació entre la funció familiar i la nacionalitat	96
Taula 10 Nivell d'autoestima respecte del sexe	96
Taula 11 Comparació de l'autoestima i la funció familiar	97
Taula 12 Relació entre l'autoestima i la situació laboral	97
Taula 13 Relació entre l'autoestima i la nacionalitat	98
Taula 14 Valoració del Sentit de Coherència	98
Taula 15 Constructes del Sentit de Coherència i sexe	99
Taula 16 Relació entre les variables situació familiar i recursos amb la MPOC	100
Taula 17 Relació entre el sentit de coherència i la situació laboral	100
Taula 18 Relació entre l'estat de salut percebuda amb els malalts amb MPOC	101
Taula 19 Valoració de l'estat de salut de la persona, segons sexe i edat	102
Taula 20 Dimensions de la QVRS segons sexe	104
Taula 21 Relació entre la mobilitat i la situació de convivència	105
Taula 22 Relació entre la mobilitat i la situació laboral	105
Taula 23 Relació entre la mobilitat i la nacionalitat	105
Taula 24 Relació entre cura personal i situació de convivència	106
Taula 25 Relació entre la cura personal i la situació laboral	106
Taula 26 Relació entra la cura personal i la nacionalitat	107
Taula 27 Relació entre l'activitat quotidiana i la situació de convivència	107
Taula 28 Relació entre l'activitat quotidiana i la situació laboral	107
Taula 29 Relació entre l'activitat quotidiana i la nacionalitat	108
Taula 30 Relació entre la variable dolor-malestar i situació de convivència	108



Taula 31 Relació entre la variable dolor-malestar i situació de laboral	109
Taula 32 Relació entre la variable dolor-malestar i nacionalitat	109
Taula 33 Relació entre la variable ansietat-depressió i situació de convivència	109
Taula 34 Relació entre la variable ansietat-depressió i situació laboral	110
Taula 35 Relació entre la variable ansietat-depressió i nacionalitat	110
Taula 36 Satisfacció dels usuaris segons els professionals i la variable sexe	111

## ÍNDIX DE FIGURES

Figura 1	Projeccions, població de la EU de més de 65 anys sobre la població activa	18
Figura 2	Increment de persones grans a Catalunya	19
Figura 3	Actitud dels europeus enfront del tabac	26
Figura 4	Model de cures. Atenció a les de malalties cròniques CCM	32
Figura 5	Perfil d'atenció innovadora per a les malalties cròniques OMS	33
Figura 6	Piràmide d'estratificació de la població segons KP	34
Figura 7	Model de treball del PACC	54
Figura 8	Hospitalització per grups de diagnòstic de 40 a 69 anys	55
Figura 9	Prevalença de MPOC 2013 per edat i sexe	59
Figura 10	Desplegament Pacient Expert a Catalunya 2008-2011. Resultats d'ICC	70
Figura 11	Histograma de freqüències	92
Figura 12	Distribució de les cinc dimensions del test EuroQol-5D	102

# ÍNDEX GENERAL

Llista d'abreviatures	VI
Índex de taules	VII
Índex de figures	VIII
<b>RESUM</b>	12
<b>RESUMEN</b>	13
<b>SUMMARY</b>	14
<b>1. INTRODUCCIÓ GENERAL</b>	15
<b>1.1. LA MALALTIA PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÒNICA</b>	
1.1.1. La malaltia crònica i el seu impacte	16
1.1.2. La malaltia pulmonar obstructiva crònica	22
1.1.2.1. L'epidemiologia de la malaltia pulmonar obstructiva crònica	28
1.1.3. Els models d'atenció sanitària en la malaltia pulmonar obstructiva crònica	31
<b>1.2. LA PROMOCIÓ DE LA SALUT I LES PERSONES AMB MPOC</b>	
1.2.1. La promoció de la salut	35
1.2.2. El model salutogènic	38
1.2.3. L'alfabetització per a la salut	43
1.2.4. L'apoderament	47
<b>1.3. L'ATENCIÓ DE LES PERSONES AMB MPOC A CATALUNYA</b>	
1.3.1. L'organització de l'atenció sanitària. Coordinació entre nivells assistencials	52
1.3.2. Els nous rols professionals	56
1.3.3. L'autocura de la persona amb MPOC	60
1.3.4. L'atenció a les persones amb MPOC	65
1.3.5. L'innovació en programes per la ciutadania	68
<b>2. HIPÒTESI</b>	72
<b>3. OBJECTIUS</b>	73
<b>4. METODOLOGIA</b>	74
4.1. Disseny	74
4.2. Àmbit d'estudi	74
4.3. Població d'estudi	74
4.4. Mostreig	74
4.5. Criteris d'inclusió i exclusió	75
4.6. Variables	75
4.7. Instruments per a la recollida dades	77
4.8. Descripció del procediment	89
4.9. Anàlisi de dades	90
4.10. Consideracions ètiques	90

<b>5. RESULTATS</b>	91
<b>6. DISCUSSIÓ</b>	112
<b>7. CONCLUSIONS</b>	130
<b>8. BIBLIOGRAFIA</b>	132
<b>9. ANNEXOS</b>	
Annex 1. Programa Educatiu	150
Annex 2. Consentiment informat	157
Annex 3. Qüestionari SOC 13	158
Annex 4. Escala d'Autoestima de Rosenberg	160
Annex 5. Qüestionari d'Apgar familiar	161
Annex 6. Qüestionari de Satisfacció de Baker	162
Annex 7. Qüestionari de salut Euroqol-5D	163

## RESUM

L'Organització Mundial de la Salut a l'any 2002, va reconèixer que l'autocura era la pedra angular en l'atenció a les persones amb malalties cròniques. El maneig d'una malaltia crònica precisa temps, és complex i difícil. L'autocura involucra les activitats que el pacient s'ha de comprometre a fer per viure de la millor manera possible. La malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) provoca dificultats per respirar i empitjora amb el temps, els tractaments i els canvis en l'estil de vida poden ajudar a la persona a sentir-se millor i retardar la progressió de la malaltia.

**L'objectiu** de l'estudi és analitzar els recursos i els factors motivadors que té la persona per afrontar la malaltia pulmonar obstructiva crònica.

**La metodologia** contempla un estudi quantitatiu, de tipus descriptiu, observacional de tall transversal, en què hi van participar 198 persones amb diagnòstic de MPOC. Les dades es van recollir durant l'any 2012 a través de 5 qüestionaris: Apgar familiar, Sentit de Coherència SOC 13, Autoestima Rosemberg, Satisfacció de l'atenció rebuda Baker i el qüestionari de Qualitat de vida Euro-Qol-5. Primerament, es va realitzar una anàlisi descriptiva de les variables i, posteriorment, es va procedir a l'anàlisi inferencial. El nivell de significació estadística s'estableix per valors de  $p < 0,05$ ; l'interval de confiança fou del 95%. S'ha utilitzat el paquet informàtic SPSS versió 17.0.

**Els resultats** més rellevants, respecte als recursos i als factors motivadors, indiquen que hi ha diferències significatives entre la funció familiar i les variables sociodemogràfiques. Qui viu en família presenta millor norma funció familiar i gestiona més bé els seus problemes de salut. Els homes tenen un Sentit de Coherència més elevat que les dones. Com més edat tenen les persones, més satisfetes estan amb els professionals que les atenen. Es demostra una correlació entre l'edat i la percepció de l'estat de salut, i entre la percepció de l'estat de salut i el Sentit de Coherència. La qualitat de vida es troba afectada en quatre de les cinc dimensions.

**Les conclusions** indiquen que les persones que viuen en família gestionen millor els seus problemes de salut. La percepció de la qualitat de vida influeix a l'hora d'afrontar situacions adverses. Les persones ateses mostren un alt nivell de satisfacció envers els professionals.

Paraules claus: Malaltia Pulmonar Obstructiva Crònica, Autoestima, Sentit de Coherència, Promoció de la Salut, Infermeria, Qualitat de vida, Satisfacció del Pacient.

## RESUMEN

La Organización Mundial de la Salud en el año 2002, reconoció que el autocuidado era la piedra angular en la atención a las personas con enfermedades crónicas. El manejo de una enfermedad crónica precisa tiempo, es compleja y difícil. El autocuidado involucra las actividades que el paciente debe comprometerse a realizar para vivir de la mejor manera posible. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) provoca dificultades para respirar y empeora con el tiempo, los tratamientos y los cambios en el estilo de vida pueden ayudar a la persona a sentirse mejor y retrasar la progresión de la enfermedad.

**El objetivo** del estudio es, analizar los recursos y los factores motivadores que tiene la persona para afrontar la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

**La metodología** contempla un estudio cuantitativo, descriptivo, observacional de corte transversal, en el que participaron 198 personas diagnosticados de EPOC. Los datos se recogieron en el año 2012, a través de cinco cuestionarios: Apgar familiar, Sentido de Coherencia SOC 13, Autoestima Rosenberg, Satisfacción de la atención recibida Baker y el cuestionario de Calidad de vida Euro-Qol-5. Primeramente, se aplicó un análisis descriptivo de las variables y, posteriormente, se realizó el análisis inferencial. El nivel de significación estadística se estableció en valores de  $p < 0,05$ ; intervalo de confianza del 95%. Se utilizó el paquete informático SPSS versión 17.0.

**Los resultados** más relevantes indican que hay diferencias entre la percepción de la función familiar y las variables sociodemográficas. Quien vive en familia tiene mejor norma función familiar y gestiona mejor los problemas de salud. Los hombres tienen un Sentido de Coherencia más elevado que las mujeres. Cuanto más edad tienen las personas más satisfechas están con los profesionales que los atienden. Se demuestra una correlación entre la edad y la percepción del estado de salud, y entre la percepción del estado de salud y el Sentido de Coherencia. La calidad de vida se halla afectada en cuatro de las cinco dimensiones. **Las conclusiones** indican que las personas que viven en familia gestionan mejor los problemas de salud. Las personas muestran un nivel alto de satisfacción con los profesionales. La percepción de la calidad de vida, influye para afrontar situaciones adversas.

Palabras Clave: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Autoestima, Sentido de Coherencia, Promoción de la Salud, Enfermería, Calidad de Vida, Satisfacción del Paciente.

## SUMMARY

The World Health Organization in 2002, recognized that self-care was the cornerstone in the care of people with chronic diseases. The management of chronic disease requires time, and it is complex and difficult. Self-care involves the activities a patient must commit to undertake in order to live as good as possible. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) causes shortness of breath and it worsens over time. However, treatments and changes in habits can help the patient feel better and slow down the progression of the disease.

**The aim** of the study is to analyze the resources and motivation factors the person has when it comes to dealing with chronic obstructive pulmonary disease.

**The methodology** considers a descriptive, cross-sectional quantitative study, involving 198 people diagnosed with COPD. Data were collected during 2012 through 5 questionnaires: Apgar family, Sense of Coherency SOC 13, Rosenberg's Self-Esteem Scale, Baker's questionnaire to assess patients' satisfaction with consultations in general practice and the Quality of Life Questionnaire Euro-Qol-5. First, a descriptive analysis of the variables was performed, followed by the inferential analysis. The level of statistical significance is set to P values <0.05; confidence interval was 95%. The software used is SPSS package version 17.0.

The most relevant **results** concerning resources and motivating factors show significant differences between family function and socio-demographic variables. People who live with their families present better normo family function and cope better with their health problems. Men have a higher Sense of Coherence than women. The older the people are, the more satisfied with the professionals they have been assisted by. A correlation has been established between age and health status perception, as well as between health status and Sense of Coherence. The quality of life is affected in four of the five dimensions.

**The conclusions** indicate that persones living with their families can better manage their health problems. People attended show a high level of satisfaction towards professionals. The perception of quality of life has great influence when it comes to facing adverse situations.

Keywords: Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Self-esteem, Sense of Coherency, Health Promotion, Nursing, Quality of life, Patient Satisfaction.

## 1 INTRODUCCIÓ GENERAL

Un dels principals problemes de salut pública que s'afronten és el de les malalties cròniques (MC) que l'OMS les defineix com malalties de llarga durada i, en general, de progressió lenta. Espanya no és una excepció a aquest fenomen, que es preveu que continuï amb una tendència a l'alça les dècades vinents. Les MC expliquen una proporció important de la morbiditat, la mortalitat, la discapacitat i la invalidesa, amb el consegüent impacte en l'economia del país.<sup>(1)</sup>

La malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) és un problema de salut pública de gran importància i una de les afectacions pulmonars més freqüents al món, amb repercussió sobre la mortalitat i elevats costos econòmics. L'OMS considera que la MPOC és la cinquena malaltia més comuna del món i la quarta causa principal de mort. Es preveu que la seva prevalença i l'índex de mortalitat creixeran les pròximes dècades, i que el 2020 serà la tercera causa de mort més freqüent al món.<sup>(2)</sup>

L'atenció primària és l'àmbit fonamental en el maneig d'aquest tipus de problemes. De fet, és on s'atenen de forma continuada la majoria de les persones amb MPOC. No obstant això, una alta proporció d'aquests pacients només rep tractament als hospitals. Aquest fet propicia l'atenció fragmentada, mentre que el treball en equips multidisciplinaris ajuda a millorar el control de la malaltia crònica i la prevenció del deteriorament funcional, i això permet viure més, amb una millor qualitat de vida i de forma independent. Per això és necessari millorar l'organització i la coordinació dels equips assistencials.<sup>(3)</sup>

Cal remarcar la importància d'aconseguir que les persones coneguin i puguin controlar la seva malaltia, per això cal fer un canvi de model d'atenció centrat en la persona, en què la visita clínica la protagonitzin pacients actius i informats juntament amb un equip proactiu de professionals. Els equips han de disposar de capacitats i habilitats adequades per obtenir una atenció d'alta qualitat, amb una elevada satisfacció dels usuaris i bons resultats.<sup>(4)</sup>



Un element fonamental és aconseguir que la persona conegui i pugui controlar la seva malaltia, la MPOC. L'educació per a la salut es mostra com una eina efectiva i eficient, i l'apoderament de les persones malaltes les ha de transformar en pacients «actius».

La persona amb MPOC ha d'esdevenir el principal actor de l'autocura de la seva salut i adquirir les competències necessàries per gestionar els símptomes de la malaltia, incorporar estils de vida saludables i aconseguir una millor qualitat de vida, en col·laboració amb els professionals de la salut.<sup>(5)</sup>

## **1.1. LA MALALTIA PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÒNICA**

### **1.1.1. LA MALALTIA CRÒNICA I EL SEU IMPACTE**

El Centre per a la Prevenció i el Control de Malalties Cròniques dels Estats Units les defineix com malalties que no es curen quan s'adquireixen. Les malalties cardiovasculars, el càncer, les malalties respiratòries i la diabetis són les principals causes de mortalitat al món, i suposen el 63% de les morts. Segons informa l'OMS, el 2008, 36 milions de persones van morir d'una malaltia crònica, de les quals la meitat eren dones i un 29% tenia menys de 60 anys. La importància d'aquest escenari va portar l'OMS a constituir el Departament de Malalties Cròniques i de Promoció de la Salut l'any 2012, i aquest ha desenvolupat l'estratègia Promoure, Prevenir, Tractar i Tenir Cura, amb la idea d'incentivar hàbits que afavoreixin una vida sana i crear el costum entre les persones de tenir cura de la seva salut.<sup>(1)</sup>

Actualment, les malalties no transmissibles (MNT) constitueixen un important problema de salut pública i Espanya es preveu que continuï amb una tendència a l'alça les pròximes dècades. A més de la mortalitat, expliquen una proporció important de la morbiditat, la discapacitat i invalidesa, amb el consegüent impacte en l'economia del país. Es tendeix a creure que les malalties cròniques afecten sobretot persones adultes d'edat avançada, però actualment gairebé la meitat de les morts per aquestes patologies són de persones menors de 70 anys, i una quarta part de persones amb edats inferiors als 60 anys.<sup>(6)</sup> A escala mundial, la mortalitat per MC afecta, d'una manera semblant, un percentatge molt similar d'homes (53%) i dones (47%). Els factors de risc que expliquen la majoria d'aquestes morts

són el tabaquisme, l'obesitat, la dislipèmia, la hipertensió, el sedentarisme, l'alimentació no saludable i l'alcoholisme. Preocupa l'augment considerable de la prevalença d'aquests factors de risc sobretot en persones més joves, que es reflecteix amb una proporció més gran en individus obesos i sedentaris.<sup>(7)</sup> Actualment, les persones més grans de 60 anys només representen el 10% de la població mundial, però es preveu que el nombre es tripliqui el 2050. Europa és la regió del món on la població és més vella, ja que les persones grans representen un 21% del total mentre que els infants només representen un 15%. Es considera que d'aquí a 35 anys, Espanya pugui ser el país on hi hagi més població amb una edat superior als 65 anys, seguit d'Itàlia i el Japó. Les expectatives a Europa són que les persones grans representin el 35% de la població el 2050.<sup>(8)</sup> Els esforços mundials per fer front al repte que plantegen les MNT han guanyat impuls a partir de la Declaració Política de les Nacions Unides sobre la Prevenció i el Control de les MNT, del 2011.<sup>(9)</sup>

A Europa, el creixement demogràfic, el declivi de la fertilitat i l'augment de l'esperança de vida donen com a resultat una població especialment envellida, en uns països més que en altres i amb més o menys intensitat depenent dels fluxos migratoris. L'envelliment de la població, doncs, es pot considerar un èxit de les polítiques de salut pública i del desenvolupament socioeconòmic.<sup>(10)</sup> Pel que fa a aquest aspecte, es poden observar dues tendències: en primer lloc, la població amb edat laboral, de 15 a 64 anys, es reduirà en 20,8 milions entre el 2005 i el 2030, segons es vagin jubilant les cohorts del *baby boom* (figura 1). Aquest fet té una gran repercussió en el futur del món laboral i el creixement de la Unió Europea (UE), així com en la sostenibilitat de la protecció social i els sistemes sanitaris, que hauran d'afrontar una diferència cada vegada més gran entre les despeses necessàries i els ingressos obtinguts a través dels impostos i les contribucions. En segon lloc, el nombre de persones grans està augmentant ràpidament. Segons les previsions basades en l'Eurostat 2012, es preveu que el nombre de persones que superin els 80 anys augmenti un 57,1% entre el 2010 i el 2030. Això suposa que, a Europa, hi haurà 12,6 milions més de persones majors de 80 anys, la qual cosa influirà en els serveis sanitaris i assistencials. Es pot fer front amb èxit al canvi demogràfic mitjançant un enfocament positiu centrat en el potencial dels grups de persones grans. El concepte d'envelliment actiu resulta essencial per a aquesta resposta positiva al canvi demogràfic, i imprescindible per mantenir la solidaritat entre les generacions. L'envelliment actiu constitueix una part important de l'Estratègia Europea

2020; l'èxit dependrà, en gran mesura, que es permeti que les persones grans es mantinguin actives en el mercat laboral; cal treballar, doncs, pel seu apoderament, perquè segueixin actives com a treballadores, consumidores, cuidadores voluntàries i ciutadanes.<sup>(11)</sup>

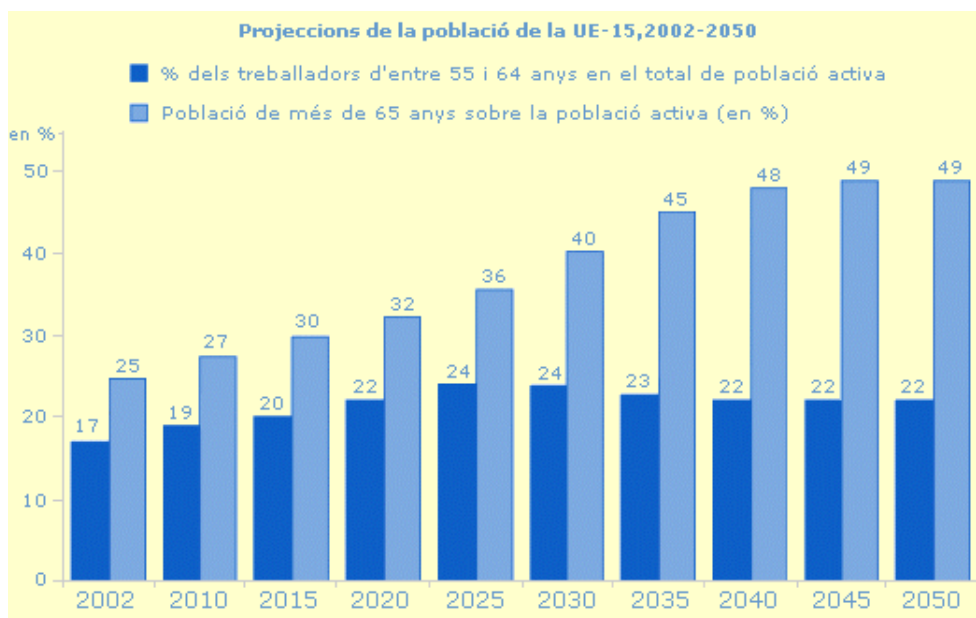


Figura 1: Proyecciones de la població de la EU de més de 65 anys sobre la població activa  
 Font: Eurostat, Mercat laboral 2012. Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud 2020

La piràmide poblacional d'Espanya està en ple procés d'inversió. Des de la dècada dels seixanta, quan la natalitat es va incrementar fins a cotes anuals properes als 700.000 naixements, va entrar en una fase de caiguda progressiva fins a arribar als pitjors resultats als anys noranta, amb uns 350.000 naixements. Espanya pateix un doble efecte que contribueix a l'envelliment social: la caiguda de la natalitat i la regressió de la immigració.<sup>(12)</sup>

Segons les previsions de l'Institut Nacional d'Estadística (INE), l'any 2019 el 29,8% de la població tindrà més de 64 anys, gairebé cinc punts percentuals per sobre de la població menor de 16 anys. L'esperança de vida, actualment, se situa en 78,9 anys per als homes i 84,9 anys per a les dones, i l'estructura demogràfica de la població d'Espanya i les tendències futures porten a un escenari de reduïdes taxes de creixement poblacional durant les pròximes dècades.<sup>(13)</sup>

A Catalunya, segons el registre del CatSalut 2013, hi ha 7.568.998 persones, de les quals un 16,4% tenen més de seixanta-cinc anys. L'esperança de vida global en néixer augmenta cada any, tant per als homes com per a les dones, i es troba entre les més altes del món: en 81,7 anys l'any 2013. L'envelliment comporta un increment del risc de patir malalties cròniques i discapacitats. Un dels canvis importants que s'evidencia actualment és l'envelliment acompanyat d'alguna malaltia crònica (figura 2). Aquest envelliment, lligat a la cronicitat, implica un augment de la demanda de serveis per millorar la qualitat de vida de les persones grans.<sup>(14)</sup>

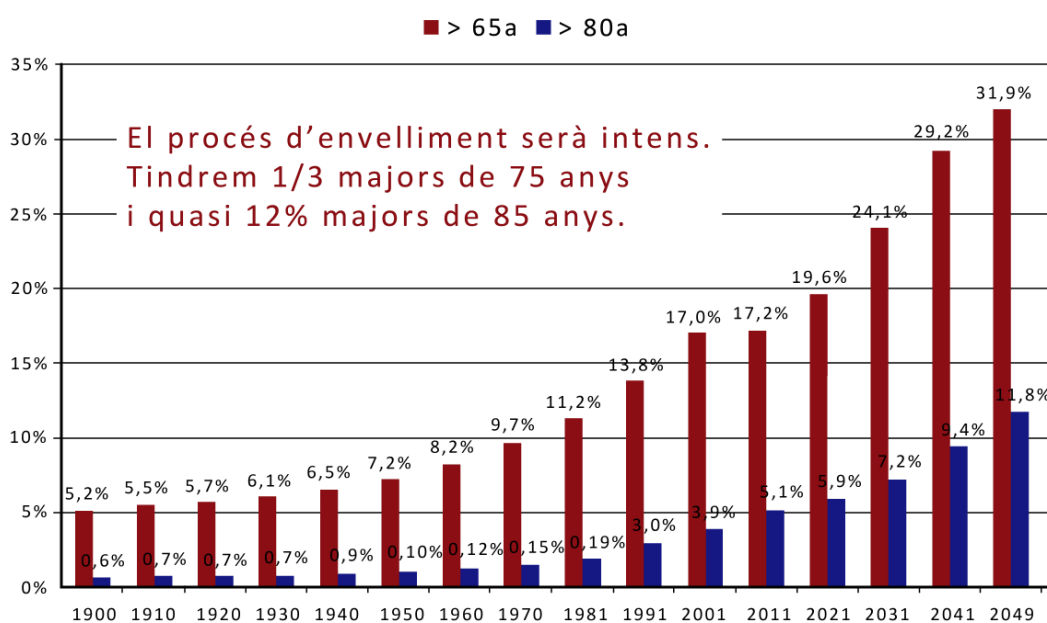


Figura 2: Increment de persones grans a Catalunya  
 Font: INE, projeccions 2011. Programa prevenció i atenció a la cronicitat

L'Enquesta Nacional de Salut espanyola del 2012-2013 va evidenciar que el 37,8% dels homes i el 46,9% de les dones amb més de 15 anys han patit problemes crònics de salut, i que els percentatges augmenten en funció de l'edat, essent superiors en el cas de les dones.<sup>(23)</sup>

Els resultats de l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA) 2011, assenyalen que prop del 35% dels ciutadans pateix alguna malaltia crònica: el 31,1% dels homes i el 38,4% de les dones. Entre els menors de 15 anys, la prevalença de problemes crònics de salut és de l'11,9%, i entre la població de 65 anys o més, del 69,9% —mentre s'aprecia un augment de les MC en l'ESCA del 2013, arribant al 38,6% de la població de totes les edats.<sup>(15)(16)</sup>

El 1991, Novel va destacar que la MC, a més d'un trastorn orgànic o funcional que persisteix en el temps, obliga a modificar la forma de viure de la persona que la pateix.<sup>(17)</sup> Abasta a tots els grups d'edat, i afecta predominantment els adults, produeix en molts casos una limitació important en la qualitat de vida i l'estat funcional d'aquestes persones.<sup>(18)</sup> Les MC són una causa important de l'augment del cost sanitari i es calcula que, als països occidentals, són responsables del 75% de la despesa sanitària i de més del 80% de la farmacèutica.<sup>(19)</sup>

La condició de persona amb necessitat de cures suposa un repte per a la família i el sistema sociosanitari. Hi ha una relació directa entre cronicitat i dependència i, a més, la cronicitat s'associa al consum de recursos sanitaris. Destaca, també, la utilització intensiva de serveis sanitaris d'alt cost, com l'hospitalització urgent o no programada com un tret rellevant d'aquest perfil de persones. Les MC comparteixen característiques comunes malgrat que, tradicionalment, han estat estudiades aïlladament i tractades pels serveis assistencials hospitalaris d'una manera atomitzada, fent que unes se sumin a les altres provocant el deteriorament orgànic i l'afectació funcional dels pacients. La seva etiologia és múltiple i complexa. La seva aparició és gradual i silenciosa, i el seu pic de prevalença apareix en edats avançades. Són permanents, i moltes produeixen un deteriorament gradual i progressiu, que requereix un tractament i unes cures continuades. Són susceptibles de prevenció, d'experimentar un retard en la seva aparició o, almenys, una atenuació en la seva progressió, i es manifesten mitjançant la tríada edat, comorbiditat i polimediació.<sup>(19)(20)</sup>

Estudis internacionals avalen que la despesa de la persona amb més d'una malaltia crònica s'arriba a multiplicar per sis respecte a la d'aquelles que no en tenen cap, o que només en pateixen una. Una mostra d'això és que, actualment, dos terços de la despesa sanitària d'algunes organitzacions es destinen als malalts que sofreixen cinc o més malalties cròniques. En aquests casos, la despesa sanitària es multiplica per disset i la despesa hospitalària per vint-i-cinc.<sup>(21)(22)</sup>

A Catalunya, les patologies cròniques suposen actualment el 80% de la mortalitat i consumeixen més del 50% dels recursos del sistema. Tres de cada deu catalans o catalanes

reconeixen patir o haver patit una malaltia crònica, una xifra que s'incrementarà els pròxims anys, a mesura que la població envelleixi i mentre els estils de vida no millorin. De fet, els darrers anys ja s'ha incrementat notablement l'índex de sobreenvelliment: gairebé un 14% d'aquest grup té més de 85 anys.<sup>(3)</sup>

Les ciències de la salut s'han anat interessant, cada vegada més, per l'evolució dels aspectes de salut que es donen en les persones conseqüència de la repercussió que la mateixa malaltia té sobre els diferents àmbits de la vida del malalt, i que no poden ser contemplats considerant exclusivament els signes i els símptomes que afecten l'individu malalt. Per aquest motiu, s'ha d'entendre la persona en un marc holístic. El pacient ha d'aprendre a viure amb la seva malaltia crònica i aconseguir la màxima autonomia possible en la nova situació. Aquest és el repte per al malalt crònic, que suposa un canvi en la seva actitud per aconseguir una vida normal. Per tant, més que d'un malalt, es tractaria d'una persona amb una salut diferenciada i que, després d'incorporar alguns canvis en la seva vida quotidiana, es distingiria de les altres en l'observació dels seus símptomes i la realització de controls de salut periòdics.<sup>(24)(25)</sup>

L'OMS ja va elaborar, l'any 2002, un document anomenat «Atenció Innovadora per a les condicions cròniques»; aquesta atenció innovadora plantejava un marc conceptual inclusiu i integrat que permetria reorientar els actuals sistemes de salut, pensats per respondre els episodis aguts, cap a sistemes que contemplessin el curs de la malaltia al llarg del seu cicle de vida complet, i que oferissin una resposta adient a les necessitats de la persona amb malaltia crònica.<sup>(26)</sup>

L'octubre del 2005, l'OMS va plantejar la necessitat d'implementar estratègies amb l'objectiu de disminuir la càrrega global de les MC un 2% cada any fins al 2015.<sup>(27)</sup> Des del punt de vista preventiu, aquestes estratègies han estat encaminades a modificar els hàbits de comportament i els factors de risc de poblacions específiques, i, des del punt de vista terapèutic, a modular i modificar el curs de les malalties.<sup>(6)</sup> Cal tenir present les estratègies preventives que promou l'OMS, com el *Conveni Marc pel Control del Tabac*<sup>(28)</sup> i l'Estratègia Mundial sobre Règim Alimentari, Activitat física i Salut.<sup>(29)</sup> Aquestes estratègies públiques a gran escala determinaran la manera com s'hauran d'abordar les MC en el futur. A la *Carta*

de Bangkok del 2005, l'OMS va identificar els principals reptes, compromisos i accions necessaris per abordar la salut pública en un món globalitzat.<sup>(30)</sup>

El pla d'acció elaborat per l'OMS per a la prevenció i el control de les MNT 2013-2020 vol reduir el 25% de la mortalitat prematura de quatre malalties fins al 2025: les malalties cardiovasculars, el càncer, la diabetis i les malalties respiratòries cròniques.<sup>(31)</sup>

En el marc de la política sanitària europea, s'ha aprovat el document «Salut 2020», un document estratègic que té l'objectiu de donar suport a l'acció dels governs i de la societat, per millorar significativament la salut i el benestar de la població, reduir les desigualtats en salut, enfortir la salut pública i garantir els sistemes centrats de salut per a les persones — que siguin universals, equitatius, sostenibles i d'alta qualitat.<sup>(11)</sup>

Patir una malaltia a llarg termini, o crònica, pot afectar la vida de les persones de moltes maneres, alterant les seves habilitats físiques i minvant-ne l'autonomia. La malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC), la més freqüent de les malalties cròniques de pulmó a tot el món, precisa tractaments i canvis en l'estil de vida que poden ajudar la persona a sentir-se millor, romandre més activa i retardar la progressió de la malaltia.

### **1.1.2. MALALTIA PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÒNICA**

La Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) definia la MPOC, el 2011, com «una malaltia previsible i tractable, caracteritzada per una limitació al flux aeri persistent que generalment progressa i associada a una resposta inflamatòria crònica augmentada en la via aèria i en el pulmó a partícules o gasos nocius. Les exacerbacions i la comorbiditat contribueixen a la gravetat global en els malalts individuals».<sup>(32)</sup>

La MPOC, causada en un 90% pel consum de tabac, és una malaltia crònica que comporta una dificultat progressiva per respirar adequadament, fet que es tradueix en ofec en realitzar activitats quotidianes. A la llarga, es produeix l'anomenada «espiral de l'ofec»: la persona afectada, en tenir ofec, no fa activitat; com que no fa activitat, perd forma física i, per tant, l'ofec es presenta en accions cada cop més simples. Aquesta malaltia, que pot afectar la qualitat de vida de les persones que la pateixen —ja que en limita l'exercici físic i

els esforços que realitza—, és una malaltia progressiva, que no es cura però que es pot millorar i mantenir sota control.<sup>(33)</sup>

Els malalts de MPOC pateixen d'1 a 4 exacerbacions l'any, que són el motiu principal de les consultes als professionals d'atenció primària i dels serveis d'urgències, així com d'ingrés hospitalari.<sup>(32)</sup> Inicialment, aquests quadres d'inestabilitat es consideraven fenòmens naturals de la MPOC; no obstant això, les evidències recents indiquen que, en canvi, contribueixen decisivament a un deteriorament de l'estat de salut i generen elevades despeses sanitàries, afecten la progressió de la malaltia i augmenten el risc de mort.<sup>(34)(35)</sup>

Per al diagnòstic de la malaltia, es requereix realitzar una espirometria per tal de mesurar l'aire que surt dels pulmons. Els paràmetres que té en compte l'espirometria són els següents: FVC (capacitat vital forçada); FEV<sub>1</sub> (volum expiratori forçat en 1 segon); FEV<sub>1</sub>/FVC: relació entre els dos paràmetres; FEF 25-75% (flux expiratori forçat); PEF (flux expiratori màxim). El valor del FEV<sub>1</sub> de l'espirometria és l'indicador de la gravetat de l'obstrucció, i es defineixen quatre estadis de gravetat: lleu, moderat, greu i molt greu (taula 1).

Les escales de qualitat de vida relacionada amb la salut (QVRS) són eines de gran interès per a l'estudi de la MPOC, ja que les mesures terapèutiques disponibles no milloren sensiblement els paràmetres funcionals, però sí que poden donar lloc a una millora asimptomàtica que es reflecteix en la qualitat de vida del pacient. Les escales de QVRS podrien justificar una estratègia terapèutica, fins i tot quan no s'obtenen canvis en l'obstrucció. A més, han demostrat que aporten informació addicional com a predictors del risc de mort, hospitalització i utilització de recursos sanitaris.

Taula 1. Classificació de la MPOC segons els paràmetres de l'espirometria

Estadi	FEV <sub>1</sub> / FVC	FEV <sub>1</sub> post broncodilatació %
<b>I. Lleu</b>	<0,70	≥80%
<b>II. Moderat</b>	<0,70	50% ≤ FEV <sub>1</sub> <80%
<b>III. Greu</b>	<0,70	30% ≤ FEV <sub>1</sub> <50%
<b>IV. Molt greu</b>	<0,70	FEV <sub>1</sub> <30% o FEV <sub>1</sub> <50% Insuficiència respiratòria crònica

Font: GOLD i SEPAR (2009). FEV<sub>1</sub>: volum expiratori màxim en 1 segon; FVC: capacitat vital forçada<sup>(34)</sup>



El grau de correlació existent entre el Qüestionari Respiratori St. George (SGRQ), l'escala de QVRS específica més emprada en malalties respiratòries i les mesures objectives és, en general, baix. D'altra banda, el temps que precisa per complimentar el SGRQ fa que sigui de difícil aplicació, en la pràctica diària, a l'atenció primària.<sup>(36)</sup>

El qüestionari *European Quality of Life-5 Dimensions* (EQ-5D) consta de dues parts. La primera, permet a l'enquestat definir l'estat de salut segons el sistema de classificació multiatribut EQ-5D, conformat per 5 dimensions (mobilitat, cura personal, activitats quotidianes, dolor/malestar i ansietat/depressió). La segona part és una escala visual analògica, graduada de 0 (pitjor estat de salut imaginable) a 100 (millor estat de salut imaginable), que permet a l'individu valorar l'estat de salut.<sup>(37)</sup>

L'escala de salut genèrica EuroQol-5D mostra una bona correlació amb l'índex BODE, considerat actualment una bona eina pronòstica en la MPOC. Si es té en compte que els pacients amb MPOC moren principalment de malalties no respiratòries, no és estrany que una mesura general pugui obtenir bons resultats, fins i tot millors que els obtinguts amb una escala específica de malaltia respiratòria, encara que sigui útil per avaluar els símptomes pròpiament respiratoris. No es pretén substituir el BODE per l'EuroQol-5D, sinó simplement remarcar que aquesta eina, per la seva gran aplicabilitat, pot ser d'utilitat en la pràctica diària, tenint en compte que presenta una millor correlació que altres eines paradigmàtiques en l'estudi i el tractament de la MPOC.<sup>(39)</sup>

Els objectius generals del tractament de la MPOC són reduir els símptomes crònics de la malaltia, disminuir la freqüència i la gravetat de les aguditzacions, i millorar-ne el pronòstic. L'estratègia de treball ha de contemplar l'obtenció de beneficis a curt termini, com el control de la malaltia i, a mitjà i llarg termini, la reducció del risc d'aguditzacions, i la caiguda accelerada de la funció pulmonar o la mort. L'eliminació de l'hàbit de fumar és la mesura més eficaç per a la prevenció de la malaltia i té un impacte determinant en la reducció de la mortalitat.<sup>(40)</sup>

A través del *Conveni Marc de Control del Tabac*, l'OMS demana que els governs adoptin polítiques públiques decidides per al control del tabac, i que emprenguin campanyes

informatives sobre els riscos associats al tabac i els beneficis que suposa, per a la salut, deixar de fumar.<sup>(41)</sup>

Amb l'actual Directiva antitabac europea, tot i que la tendència és a la baixa entre els fumadors adults de la majoria dels estats membres —la proporció de fumadors ha baixat del 40% el 2002 a la UE-15, al 28% el 2012 a la UE-27—, el tabaquisme segueix sent la principal causa evitable de mort, amb 700.000 víctimes cada any. L'enquesta de l'Eurobaròmetre de l'any 2012 revela que, actualment, el 28% de la població europea fuma, mentre que a Espanya la xifra assoleix el 33%, dos punts per sota de l'última mesura realitzada el 2009. Espanya i Eslovàquia, amb un 5% i un 7% respectivament, són els dos únics països on hi ha hagut un descens del consum de tabac (figura 3).<sup>(42)</sup>

Les tendències del tabaquisme a Catalunya les darreres dècades mostren un descens de la proporció d'homes i dones fumadores. Les dades més recents sobre tabaquisme, de l'*Enquesta de Salut de Catalunya* de l'any 2013, indiquen que es manté el descens del percentatge de la població fumadora, i que aquest ha disminuït especialment entre els homes. El 26,5% de les persones amb més de 15 anys són fumadores, un percentatge dos punts per sota que el del mateix estudi de l'any anterior. Existeixen diferències segons el nivell socioeconòmic, evidenciant que el tabaquisme és més freqüent entre les classes menys afavorides, a més d'evidenciar-se altres diferències socials i de gènere en el fet de deixar de fumar. Si bé cada vegada són més els homes que abandonen el tabac, la tendència és més marcada entre els de més nivell educatiu, mentre que l'abandonament és més freqüent entre les dones amb una posició social més afavorida i de mitjana edat, que no pas entre les dones de classes menys afavorides.<sup>(43)</sup>

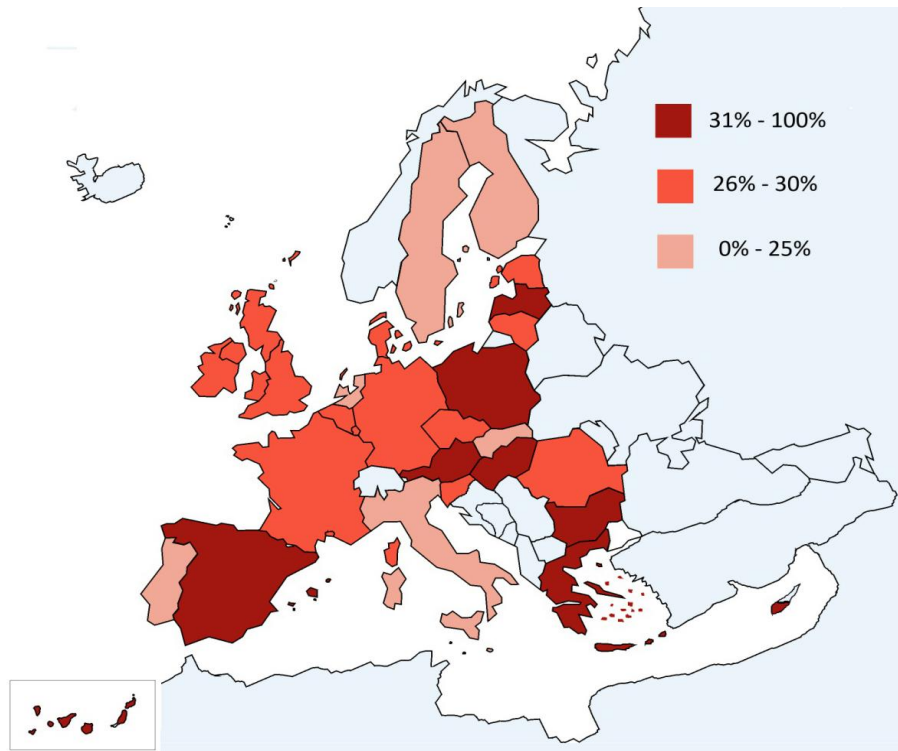


Figura 3: Percentatge de la població UE fumadora 2012

Font: Eurobaròmetre 2012

L'1 de gener del 2014 va entrar en vigor la Instrucció 08/2013 del Servei Català de la Salut (CatSalut) que prohibeix l'ús, la promoció i la venda de cigarretes electròniques als centres, els serveis i els establiments del sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya, ja que emeten vapors amb nicotina i sovint altres productes amb efectes adversos per a l'organisme. D'altra banda, l'ús de les cigarretes electròniques recorda clarament la de les convencionals. En aquest sentit el Departament de Salut recollirà per primera vegada les dades sobre el consum de les cigarretes electròniques en la propera ESCA.<sup>(44)</sup>

L'any 2002 es van desenvolupar estratègies de consens per abordar la malaltia entre els professionals a escala internacional. Va destacar la publicació de la *Guia de la MPOC*, editada per la Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). També es va editar la *Pocket Guide for Physicians and Nurses*, i va aparèixer un projecte impulsat per dues institucions científiques mèdiques internacionals de gran prestigi: el National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI) —dels National Institutes of Health (NIH)—, i l'OMS, la participació i el compromís de les quals van esdevenir vitals. En aquest mateix sentit, a Espanya es va crear una comissió per a la MPOC a instàncies de la Societat Espanyola de Pneumologia i Cirurgia Toràctica (SEPAR), que va elaborar una estratègia d'activitats

dirigides a facilitar el coneixement, la difusió i el debat al voltant de la MPOC durant el 2002. També va elaborar una guia i va redactar unes recomanacions dirigides a l'atenció primària.<sup>(45)</sup>

El dia mundial de la MPOC és un esdeveniment organitzat per la GOLD en col·laboració amb professionals de la salut i associacions de malalts amb MPOC d'arreu del món. L'objectiu és incrementar la conscienciació sobre la MPOC, i millorar-ne l'atenció i la cura en qualsevol lloc del planeta. El primer dia mundial de la MPOC es va celebrar el 2002.<sup>(46)</sup> La commemoració, el 2013, del Dia Mundial de la Malaltia Pulmonar Obstructiva Crònica (MPOC) va tenir l'objectiu de conscienciar la població sobre la malaltia i així millorar l'atenció a les persones afectades. Es va endegar una campanya amb el lema «No és massa tard», adreçada a diferents públics, tant a les persones amb símptomes com a les no diagnosticades, perquè si noten que els falta l'aire no esperin que sigui massa tard per sol·licitar una espirometria al seu metge. A les persones afectades d'aquesta malaltia, se les volia mentalitzar del fet que no és massa tard per viure una vida saludable i, als professionals de la salut que tenen cura de persones amb MPOC, del fet que no és massa tard per ajudar-les a respirar millor. Actualment, la MPOC és reconeguda com una de les malalties amb una prevalença amb més creixement, i es presenta com un dels problemes de salut més desconeguts a tot el món.<sup>(2)</sup>

#### **1.1.2.1 Epidemiologia de la malaltia pulmonar obstructiva crònica**

La malaltia pulmonar obstructiva crònica és una malaltia que l'última dècada ha començat a preocupar la comunitat mèdica internacional per la seva relació directa amb el tabaquisme, per la tendència a l'increment d'aquest hàbit, per l'augment de la prevalença i perquè només se'n diagnostiquen el 25 % dels casos.<sup>(47)</sup> La distribució de la MPOC depèn fonamentalment de dos factors: dels efectes relacionats amb l'exposició al tabac i de l'envelliment gradual de la població.<sup>(48)</sup>

De fet, fins al 2006, les malalties respiratòries no es consideraven malalties prioritàries en els programes marc de salut de la Unió Europea. Amb la posada en funcionament del VII Programa Marc de la UE, les societats científiques pneumològiques europees han dut a

terme una intensa tasca de difusió i *lobbying* sobre la realitat i la magnitud del problema de les malalties respiratòries.

El 2005, a Espanya, la MPOC suposava la cinquena causa de mort entre els homes i la setena entre les dones, amb una mitjana d'edat de 79,7 anys (homes) i 83,7 anys (dones). Aquestes dades indiquen una tendència a l'alça, en particular en el cas de les dones, ja que el 1998 la MPOC representava la cinquena causa de mort entre els homes i la vuitena en les dones.<sup>(48)</sup>

A Espanya, el primer estudi epidemiològic de base poblacional és l'IBERPOC (estudi epidemiològic de la malaltia pulmonar obstructiva crònica), dissenyat per mesurar la prevalença i la variació de la distribució de la MPOC. Probablement, és un dels treballs més citats arreu del món, atès que va avaluar la distribució de la MPOC entre la població general. Aquest estudi va determinar la prevalença de la malaltia en un 9,1%, i la distribució per sexes va ser del 14,3%, entre els homes i del 3,9%, entre les dones, definida segons els criteris de l'European Respiratory Society. Tanmateix, cal dir que és una malaltia infradiagnosticada en el 78% de casos, segons l'estudi IBERPOC, i que en la majoria d'ocasions, quan es diagnostica, el procés està en fase molt avançada.

En àmbit mundial, la prevalença oscil·la entre el 8,5% i l'11,8%, i en l'estudi a Espanya es van detectar diferències molt importants segons l'àrea geogràfica, possiblement relacionades amb factors ambientals o laborals no estudiats. També reflecteix una associació independent entre el diagnòstic de MPOC i el fet de viure en zones urbanes, ser home, tenir una edat més avançada, posseir nivell socioeconòmic alt, i presentar un historial de tabaquisme i símptomes de bronquitis crònica.<sup>(50)</sup>

L'infradiagnosi de la MPOC pot estar relacionada amb la manca de coneixement de la malaltia i dels seus determinants en la població general, com es va demostrar en un estudi realitzat per Soriano *et al.* el 2007. Aquesta investigació va concloure que, a Espanya, moltes persones amb símptomes respiratoris no sol·licitaven atenció mèdica i no intentaven deixar de fumar. També constatava la manca generalitzada de coneixement

sobre la MPOC, i recomanava als professionals de la salut informar més activament sobre la MPOC i augmentar l'ús de l'espirometria.

L'estudi *The Epidemiologic Study of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) in Spain (EPI-SCAN)*, realitzat el 2007, situa la prevalença de la MPOC en un 10,2% (IC95% 9,2-11,1) de la població de 40 a 80 anys. Aquest estudi tenia l'objectiu secundari de descobrir la prevalença del tabac, l'evolució de la MPOC respecte a estudis previs, el tractament que havien rebut els pacients, la seva qualitat de vida i l'índex de BODE. Segons el COPD, la prevalença és més gran entre homes fumadors o exfumadors majors de 40 anys.<sup>(51)</sup>

El 2011, la SEPAR va fer un estudi seguint un disseny idèntic al realitzat el 2002 sobre els coneixements de la malaltia. Es va fer mitjançant una entrevista telefònica, prenent una mostra representativa de la població espanyola de les disset comunitats autònomes, estratificada per grups d'edat —quatre grups: de 40 a 50 anys, de 51 a 60 anys, de 61 a 70 anys i més de 70 anys— i hàbitat —rural:  $\leq 10.000$  habitants i urbà:  $> 10.000$  habitants). Dels resultats generals obtinguts, cal destacar que el 17% dels espanyols coneix què és la MPOC, la qual cosa suposa un augment del 8,6% respecte al 2002. Les dones tenen més coneixements sobre la MPOC que no pas els homes i hi ha una tendència decreixent amb l'edat. En comparar les dades de l'enquesta del 2011 amb les del 2002 sobre el coneixement de la malaltia i els seus símptomes, s'observa que les xifres s'han doblat. Catalunya i Madrid són les comunitats autònomes on més importància es dóna a la gravetat de la MPOC, i el País Basc és el territori on menys importància té. Sobre el tabaquisme, el 19,42% de les persones enquestades són fumadores, el 27,86% ho han deixat i el 52,71% dels enquestats no ha fumat mai. Extremadura és la comunitat on més fumadors actius hi ha actualment; en canvi, Catalunya és el territori amb menys fumadors actius. L'estudi ha demostrat que el 86% dels enquestats es mostra molt favorable o favorable a la llei antitabac.<sup>(52)</sup>

L'estratègia en MPOC adoptada pel Sistema Nacional de Salut (SNS) es comença a desenvolupar el 2009, després de ser aprovada pel Consell Interterritorial, el Ministeri de Salut i Política Social, les societats científiques i les associacions de malalts, per aconseguir

una eficàcia i una qualitat més altes en l'abordatge i el tractament d'aquesta patologia en tots els serveis de salut que integren el Sistema Sanitari Públic.

La MPOC té un fort impacte sanitari, ja que suposa el 10%-12% de les consultes d'atenció primària, el 10% de les consultes de pneumologia i és la tercera causa d'hospitalització.<sup>(53)</sup>

Segons l'OMS, actualment ocupa el dotzè lloc en el rànquing i es calcula que el 2020 passarà a la cinquena posició, convertint-se en la tercera causa de mort.

L'any 2009, a Catalunya, les bronquitis van causar més de 2.640 morts. Pel que fa a l'activitat hospitalària, es van registrar el 16% del total de contactes per patologia respiratòria. Respecte als reingressos hospitalaris, la taxa se situa al voltant del 15% després de 30 dies d'haver estat donat d'alta, durant l'any 2011 les dades són lleugerament inferiors (2.562 morts per bronquitis).<sup>(54)</sup> En l'estudi realitzat per Lleuger *et al.* l'any 2011, a Barcelona, en l'àmbit de l'atenció primària, més del 65% de les persones amb MPOC tenen associades altres patologies.<sup>(49)</sup>

### **1.1.3. MODELS D'ATENCIÓ SANITÀRIA EN LES MALALTIES CRÒNIQUES**

Les MC són diverses i variades, es combinen entre elles i afecten les persones de manera diferent. La clínica individual de cadascuna requereix un abordatge propi, mentre que les persones afectades de diverses malalties necessiten una visió global i una coordinació adequada de tractaments i serveis. Aquest nou escenari fa palesa la necessitat de reorientar els plans d'actuació centrats en les persones amb una implicació de professionals que integrin la prevenció, l'atenció sociosanitària i la família.

Els models d'atenció sanitària més avançats han evolucionat d'una assistència fragmentada en centres i nivells cap a una integració de serveis, els quals assumeixen conjuntament la responsabilitat de la salut de la població que se'ls assigna. Aquest canvi de paradigma comporta i modifica l'estratègia assistencial, fins ara basada en una oferta de serveis passiva i homogènia de resposta a la demanda, cap a una estratègia proactiva. En aquest nou model, les organitzacions sanitàries proven d'avançar-se a la demanda identificant les necessitats específiques de la població assignada i diversificant, en conseqüència, l'oferta

de serveis per adequar-la a les característiques dels diferents grups de població o, fins i tot, de persones concretes. <sup>(26)(55)</sup>

Entre els més coneguts i reputats hi ha el Chronic Care Model (CCM) i la seva adaptació per part de l'OMS, l'Innovative Care for Chronic Conditions Model. Tots tenen en comú la confecció i la implantació de diverses estratègies d'actuació per afavorir el contínuum assistencial, fomentar l'autocura, reforçar la coordinació entre nivells assistencials, i incorporar els recursos comunitaris i l'ús de noves tecnologies.

Atès que bona part de l'atenció a les persones amb MC es fa en l'atenció primària, el Chronic Care Model replanteja i redissenya la pràctica clínica en aquest nivell d'atenció. L'atenció a les persones amb problemes crònics discorre en tres plans que se superposen: el conjunt de la comunitat amb les seves polítiques, els seus recursos públics i privats; el sistema de salut, amb les seves organitzacions (proveïdores i assegurances) i el nivell de la pràctica clínica. Aquests elements del CCM (figura 4) es desenvolupen i interaccionen en contextos organitzats, oberts a la innovació, amb implicació dels líders i disponibilitat de recursos. La visió i la finalitat última del model és que la visita clínica la protagonitzin pacients actius i informats, juntament amb un equip de professionals proactius.

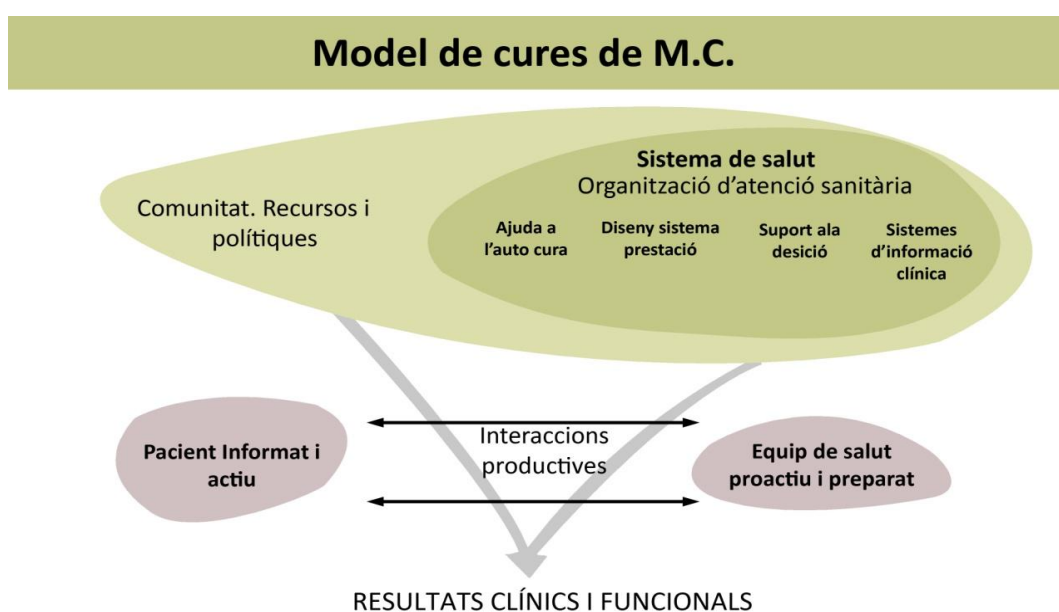


Figura 4: Model de cures. Atenció a les de malalties cròniques

Font: Developed by The Mac Coll Institute for Healthcare Innovation, ACP-ASIM Journal and Books. (Wagner et al. 1999)



Els equips han de disposar de capacitats i habilitats adequades per obtenir una atenció d'alta qualitat, amb una elevada satisfacció per part dels pacients i amb bons resultats. Aquest model és el més utilitzat i avaluat fins ara, i els elements principals que el conformen són: el lideratge en la política i l'estratègia del sistema sanitari, el foment de l'autocura de la persona malalta, la introducció d'un sistema de suport a la presa de decisions clíniques, el disseny i la implementació d'un nou sistema de prestació de serveis, l'ús dels sistemes d'informació clínica, les TIC —amb «C» de comunicació—, i la utilització de recursos comunitaris.<sup>(56)</sup> Aquesta nova configuració prova d'integrar el CMM en la promoció de la salut, demostrant una clara associació entre el sistema de salut i la comunitat.<sup>(57)</sup>

El model proposat per l'OMS, conegut com The Innovative Care for Chronic Conditions framework (ICCC) —Perfil de l'Atenció Innovadora per a les Condicions Cròniques, (AICC)—, va sorgir quan l'OMS va reconèixer que la progressió de l'epidèmia de MC tenia un abast global, i que requeriria una resposta multidimensional i la reorientació dels sistemes de salut (figura 5).

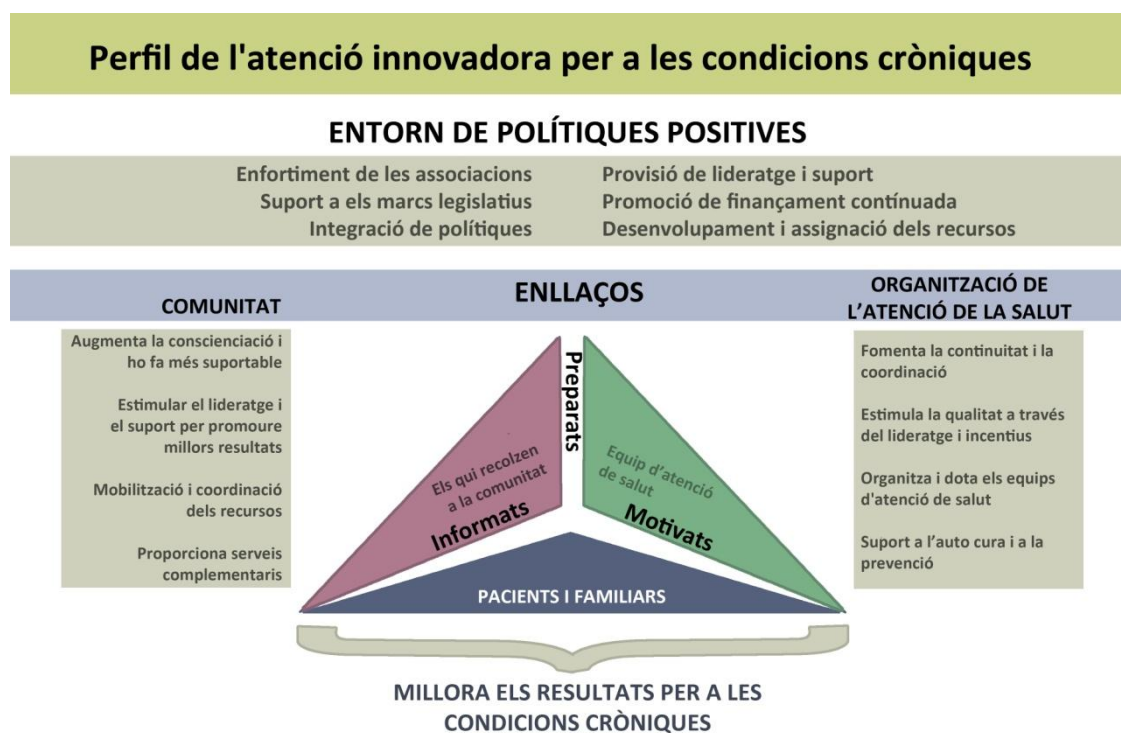


Figura 5: Perfil de l'atenció innovadora per a les condicions cròniques, proposta de l'OMS

Font: WHO. Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action. 2002

La proposta d'AICC es fonamenta en vuit elements essencials per iniciar un canvi reeixit i orientat cap a una millor resposta de les necessitats derivades de les patologies cròniques. Aquests pilars són els següents: el suport a un canvi de paradigma, el maneig de l'entorn polític, el desenvolupament de l'agenda integrada, l'alineament de les polítiques sectorials per a la salut, un paper més eficaç dels professionals de la salut, l'atenció centrada en el malalt i el seu entorn familiar, la generació de suport cap a la persona malalta en les seves comunitats i l'èmfasi en la prevenció. Així mateix, es va constatar l'existència d'intervencions efectives i rendibles de prevenció i control de les condicions cròniques. Això s'explicava, en bona part, pel fet que els sistemes de salut i els seus models d'atenció estaven configurats per tractar processos aguts.<sup>(22)</sup>

Kaiser Permanente (KP) ha constituït un model paradigmàtic i d'excel·lència en la innovació i la configuració d'una organització que opera des del punt de vista de la integració clínica, amb una clara orientació a l'atenció al pacient crònic. En relació amb la cura de les persones amb MC, el model de KP es basa en l'anàlisi, la segmentació i l'estratificació de la població segons la complexitat i les necessitats d'atenció. Parteix del principi que no totes les persones amb problemes de salut crònics són iguals, i que tampoc no tenen les mateixes necessitats.<sup>(58)</sup>

L'estratificació vol evitar ingressos hospitalaris no programats, optimitzar l'assignació de recursos, promoure l'autocura de la persona i prioritzar la intensitat d'intervencions en tots els entorns. També són objecte d'especial interès per a les persones complexes, aquelles que més es poden beneficiar d'una atenció proactiva específica que asseguri una utilització de recursos adequada i eficient, i que en millori la qualitat i l'esperança de vida. Per identificar les diferents necessitats d'atenció en general, i les persones més fràgils en particular, s'han proposat diversos criteris i models predictius que es basen en dues menes d'informació: la morbiditat atesa i la utilització prèvia de recursos (figura 6).<sup>(59)</sup>

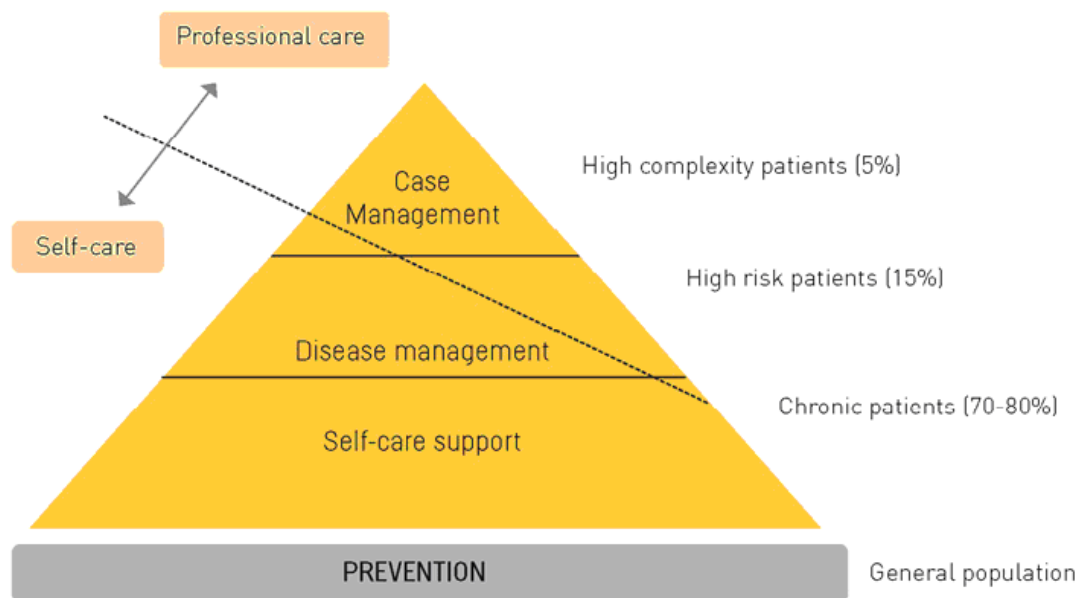


Figura 6: Piràmide d'estratificació de la població, segons: Kaiser Permanente

Font: Feachem RG, Sekhri NK, White KL. Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente 2002

L'interès dels governs europeus per KP neix a partir dels seus resultats, publicats el 2003, per Chris Ham al *British Medical Journal*, en què demostrava que, per tractar onze patologies molt comunes, utilitzava tres vegades i mitja menys estades en llits de pacients aguts que el National Health Service anglès. S'estima que als Estats Units la MC representa el 70% del total de la despesa sanitària.<sup>(60)</sup>

## 1.2.- LA PROMOCIÓ DE LA SALUT EN LES PERSONES AMB MPOC

### 1.2.1. LA PROMOCIÓ DE LA SALUT

La primera *Conferència Mundial de Promoció de la Salut*, que va tenir lloc a Ottawa (Canadà) el 1986, va definir la promoció de la salut com «el procés que proporciona a les poblacions els mitjans necessaris per exercir més control sobre la seva pròpia salut, i així poder-la millorar», i va establir les àrees d'acció prioritàries sobre les quals es va considerar necessari incidir per millorar la salut dels individus i de les poblacions. Aquestes àrees contempnen la definició de polítiques públiques saludables, la creació d'entorns favorables per a la salut, el reforçament de l'acció comunitària, el desenvolupament d'habilitats personals i la reorientació dels serveis de salut. En el desenvolupament d'habilitats personals cal destacar les accions d'educació per a la salut en tots els àmbits col·lectius de la vida, és a dir, l'escola, la feina, la comunitat, els mitjans de comunicació... entre d'altres, així com la importància de l'educació per a la salut, la comunicació social i les accions de desenvolupament comunitari, l'apoderament, la participació social i l'alfabetització per a la salut.<sup>(61)</sup>

El 1977, l'OMS va definir una nova política sanitària, coneguda com «Salut per a tothom l'any 2000». Amb aquesta política, que tenia el propòsit d'aconseguir que «tots els pobles del món arribessin, l'any 2000, a un nivell de salut que els permetés gaudir d'una vida social i econòmicament productiva», es va evidenciar la creixent preocupació dels governs per combatre les desigualtats en les condicions sanitàries, i l'accés als serveis de salut entre els diferents països i grups de població. La política «Salut per a tothom» va promoure un interès internacional més alt en la salut pública, especialment en les desigualtats dels factors econòmics i socials sobre la salut de les diferents poblacions.<sup>(62)</sup> El 1978, en la *Conferència d'Alma-Ata* (Kazakhstan) es va establir que, per dur a terme la política «Salut per a tothom l'any 2000», calia definir una estratègia específica. Aquest marc conceptual, que tenia com a pilars l'equitat, la prevenció, la participació comunitària, la col·laboració intersectorial i l'aplicació de tecnologies adequades, es va definir com Atenció Primària de la Salut (APS).<sup>(63)</sup>

El terme «primària» significa primer recurs, és a dir, el primer punt de contacte amb el sistema assistencial.

Les estratègies basades en el concepte de l'APS continuen essent reconegudes universalment com el millor camí per assolir la «Salut per a tothom». En aquest sentit, des del 1995 l'OMS, en col·laboració amb altres organismes internacionals i ONG, van elaborar una nova política anomenada «Salut per a tothom al segle XXI». Aquesta política, que va ser aprovada per l'Assemblea General de l'OMS el 1998, implicava una renovació de l'objectiu de «Salut per a tothom».<sup>(64)</sup>

La promoció de la salut ha estat redefinida per l'OMS, en la *Carta de Bangkok per a la Promoció de la Salut en un Món Globalitzat* del 2005, com «el procés que permet a les persones incrementar el control sobre la seva salut i els seus determinants, i així millorar la seva salut». Els factors que influeixen en la salut són múltiples i estan interrelacionats. La promoció de la salut tracta fonamentalment l'acció destinada a abordar el conjunt de determinants de la salut potencialment modificables; no només aquells que tenen relació amb les accions dels individus, com els comportaments i els estils de vida saludables, sinó també amb certs determinants com els ingressos, la posició social, l'educació, la feina, les condicions laborals, l'accés a serveis sanitaris adequats i els entorns físics. La combinació de tots aquests determinants crea diferents condicions de vida, que exerceixen un clar impacte sobre la salut.<sup>(65)</sup>

La Comissió sobre Determinants Socials de la Salut de l'OMS, en el seu informe final de l'any 2008, afirma que «la injustícia social està acabant amb la vida de moltes persones». També assenyala que les desigualtats en salut són el resultat de la situació en què la població creix, viu, treballa i envellaix, i del tipus de sistemes que s'utilitzen per combatre la malaltia. Així mateix, «les condicions en què la gent viu i mor estan determinades per forces polítiques, socials i econòmiques».<sup>(66)</sup>

Els determinants socials de la salut es van tornar a tractar, de nou, a la conferència celebrada a Rio de Janeiro l'any 2011. Els països van subscriure el compromís polític d'implementar intervencions sobre els determinants socials de la salut per reduir les iniquitats sanitàries. D'altra banda, es va discutir l'impacte de factors socials com la iniquitat dels ingressos, les oportunitats educatives, el sexe, la raça i l'ètnia sobre la salut de les poblacions. En aquesta declaració, els països reconeixien la necessitat d'emprendre accions sobre els determinants socials de la salut a escala nacional i mundial.<sup>(67)</sup>

La *8a Conferència Mundial de Promoció de la Salut* es va celebrar l'any 2013 a Hèlsinki (Finlàndia). Aquesta reunió va partir de les idees i les accions inicialment inspirades en la *Declaració d'Alma-Ata sobre l'APS* i la *Carta d'Ottawa per a la Promoció de la Salut*. En ambdues reunions ja es van identificar l'acció intersectorial i la política pública saludable com elements centrals per a la promoció de la salut, l'assoliment de l'equitat en salut i la realització de la salut com un dret humà. La conferència va tenir, d'eix central, l'enfocament de Salut en Totes les Polítiques (STP). La STP es fonamenta en la comprensió que les millores en la salut de la població i l'acció sobre els determinants socials de la salut no es poden aconseguir únicament mitjançant un enfocament en les polítiques del sector salut, sinó que requereixen l'acció en diversos àmbits d'actuació.<sup>(68)</sup>

L'estratègia de salut de la UE per al període 2008-2013 reforçava la importància de les polítiques que es van recollir a l'estratègia de Lisboa per al creixement i l'ocupació, la qual es va fer ressò de la vinculació entre la salut i la prosperitat econòmica. L'estratègia europea 2020 vetlla per un creixement intel·ligent, amb el desenvolupament d'una economia basada en el coneixement i la innovació; un creixement sostenible, amb la promoció d'una economia sostenible i competitiva, i un creixement integrador que fomenti una economia per a la cohesió social i territorial.<sup>(69)</sup>

La promoció de la salut procura desenvolupar habilitats en les persones per a la presa de decisions que els permetin mantenir sostingudament una vida saludable. També inclou accions dirigides tant a apoderar les persones perquè tinguin més possibilitats de decisió individual i familiar, com a fomentar la participació responsable dels ciutadans en activitats comunitàries encaminades a protegir el dret a la salut. Aquest enfocament té la finalitat d'aconseguir l'equitat en salut i, per això, promou un paradigma de salut que guiï les persones al llarg de tota la seva vida.<sup>(70)</sup>

Els components de la promoció de salut són la participació, la intersectorialitat, la comunicació, l'educació i un medi ambient saludable. En són els pilars fonamentals els dos primers: la participació i la intersectorialitat.

La participació social implica prendre part en el procés que culmina amb la presa de decisions en el col·lectiu al qual es pertany. Així, la participació equival a exercici de la democràcia, aplicació dels drets de les persones, treball en equip, lideratge moral i protagonisme. La participació ha estat concebuda com un procés social mitjançant el qual el sector públic facilita i estimula els actors i els sectors de la societat a diferents nivells de gestió, perquè aportin en el diagnòstic les seves pròpies necessitats, assenyalin prioritats, estableixin relacions d'intercanvi i cooperació, negociïn i es concertin amb l'autoritat pública, promoguin i posin en pràctica solucions concretes davant les diverses situacions que els afecten, avaluin i controlin la gestió pública de salut. La participació ha de ser social i el compromís de tots en tant que, si no hi ha una actitud de responsabilitat compartida, els esforços seran insuficients. Contribuir i treballar perquè la gent assumeixi o esculli estils de vida saludables, o modifiqui els comportaments de riscos és més humà i econòmic que nos pas incrementar els serveis de salut per tractar-la i rehabilitar-la una vegada hagi emmalaltit. Es requereix aplicar l'enfocament d'estratègies de canvi. La promoció de la salut no se cenyeix només als marcs del sector de la salut, i es necessita l'esforç coordinat amb altres sectors i grups poblacionals.<sup>(71)</sup>

La intersectorialitat permet atorgar més integritat a les accions empreses per l'aparell públic, afavoreix una eficiència més gran de l'ús dels recursos, alhora que millora l'eficàcia en les accions.<sup>(72)</sup>

### **1.2.2. MODEL SALUTOGÈNESI**

El terme salutogènesi va ser creat pel metge i sociòleg Aaròn Antonovsky a les últimes dècades del segle XX. Ve del llatí *salus*, «salut», i del grec *gènesi*, i significa «gènesi de la salut». La seva contribució fonamental va ser mantenir la pregunta: «Què crea la salut?», i la cerca de l'origen de la salut en lloc de buscar les causes de la malaltia. Sorgeix com a contraposició al paradigma de la medicina vigent durant els darrers segles: la cerca de la malaltia i les seves causes.

La promoció de la salut es relaciona amb allò que és favorable i positiu per a la salut. Es treballa ara en múltiples enfocaments, sota un paradigma que prova de respondre la pregunta: «Què ens fa viure millor?», i fer-ho a partir de les aportacions de la sociologia, la

psicologia, les teories de l'aprenentatge humà i les ciències de la salut. Segons Lindsdröm i Eriksson, el model salutogènic és una bona base de fonamentació per a la promoció de la salut per tres raons principals. En primer lloc, perquè el focus se centra en la resolució de problemes i la recerca de solucions; en segon lloc, perquè identifica recursos generals de resistència que ajuden les persones a moure's en una direcció positiva pel que fa a la salut i, en tercer lloc, perquè identifica un sentit o un discerniment global i omnipresent en els individus, els grups, les poblacions o els sistemes, la capacitat es plasma en el Sentit de Coherència (SOC), Comprensió, Manejabilitat i Significativitat dels esdeveniments vitals.<sup>(73)</sup>

El professor Antonovsky proposà un nou enfocament de la salut l'any 1979, quan designà les forces que la generen. Tal com expliquen Lindsdröm i Erikson, els conceptes fonamentals que Antonovsky desenvolupà en aquesta teoria són els recursos generals de resistència (RGR) i el sentit de coherència (SOC). Els recursos generals de resistència són factors biològics, materials i psicosocials que fan més fàcil a les persones percebre la vida com a quelcom coherent, estructurat i comprensible. Els RGR són els diners, el coneixement, l'experiència, l'autoestima, els hàbits saludables, el compromís, el suport social, el capital cultural, la intel·ligència, les tradicions i la visió de la vida. Si una persona té aquests tipus de recursos a la seva disposició o en el seu entorn immediat té més oportunitats per fer front als reptes de la vida. Aquests recursos ajuden la persona a construir experiències coherents a la vida. No obstant això, més enllà de posseir-los, el més important és tenir la capacitat d'identificar i utilitzar els recursos necessaris per millorar les opcions de salut i, en definitiva, la qualitat de vida.<sup>(74)(75)</sup>

Antonovsky va anomenar sentit de coherència al fonament de l'autogènesi, el qual designa un estat d'harmonia i benestar amb el mitjà social, familiar i amb un mateix. L'autor va descriure això com una sensació d'orientació global, un sentiment dinàmic d'autoconfiança, generat en el mitjà intern i extern, que forma un ambient sa, d'alta probabilitat d'èxit a la vida. El SOC formulat per aquest investigador pretén mesurar una orientació global de personalitat que facilita la solució de problemes de forma adaptativa quan la gent es troba davant de situacions estressants. Aquest és un enfocament centrat en el desenvolupament positiu de la salut, en la promoció de la salut. Una orientació global que expressa el grau amb què hom té un sentiment de confiança generalitzat i estable, encara que dinàmic, que



els estímuls derivats dels mitjans intern i extern al llarg del curs de la vida són comprensibles, estructurats, predictibles i explicables; els recursos són manejables i estan disponibles pel que fa a les demandes que l'individu es va trobant derivades d'aquests estímuls; i aquestes demandes són reptes, amb significat, dignes d'inversió i compromís. Per tant, aquest constructe multidimensional compta amb tres variables relacionades teòrica i empíricament.

*La comprensibilitat* es refereix al grau amb què els individus tenen un sentit cognitiu dels estímuls amb els quals es troben en el present i en el futur. És considerat com el component cognitiu del constructe. Es refereix a l'habilitat d'establir connexions lògiques i ordenades del que succeeix en l'ambient, i a creure que la vida és predictable. Els individus amb una elevada comprensibilitat perceben els estímuls als quals s'enfronten atorgant-los d'un marc cognitiu i considerant la informació ordenada, consistent, estable, predictable, estructurada i clara en comptes de caòtica, desordenada, accidental o imprevisible. Es refereix a la sensació que és possible comprendre el que succeeix. Augmenta les expectatives i la capacitat d'una persona per assimilar i modificar experiències i successos. També es refereix a l'habilitat d'entendre altres persones, i de controlar els pensaments i les emocions pròpies. Permet una gestió adequada de les relacions amb l'entorn social i interpersonal. Aquest component capacita el subjecte per mantenir conductes adaptatives i realistes en els més diversos esdeveniments, i una actitud flexible als canvis futurs.

*La manejabilitat* és el grau amb què els individus entenen que els recursos adequats per fer front a les demandes del mitjà es troben a la seva disposició. Aquests recursos poden estar sota el seu propi control o sota el d'altres. Aquesta dimensió és el component instrumental, comportamental o conductual del constructe. La persona té el sentiment de poder afrontar els reptes de la vida. Està relacionat amb l'autoeficàcia i la competència, però se'n diferencia perquè aquesta dimensió del SOC es refereix al fet que els recursos estan a disposició de la persona i no que hom controla els recursos requerits. És un sentiment de caràcter cognitiu-emocional. Inclou una visió positiva de la vida en general.

*La significativitat* es refereix al valor que el subjecte atorga a allò que s'esdevé, independentment de com s'esdevingui. Al·ludeix al desig i la voluntat de la persona, a les

emocions, als valors davant d'un succés. És l'experiència que la vida val la pena, que els reptes es mereixen els esforços realitzats, que són significatius i dignes del nostre compromís. La persona està feliç amb la vida, i considera que té un significat i un propòsit. Una elevada significativitat és símptoma d'una visió compromesa amb certes àrees de la vida a les quals val la pena dedicar temps i esforç, de manera que les demandes a les quals s'enfronta la persona són considerades com reptes dignes d'invertir energia. Té un caràcter fonamentalment emocional i és considerada la dimensió motivacional.<sup>(76)</sup>

Els factors salutogènics que Antonovsky proposa suposen un afrontament positiu de la vida des d'un punt de vista cognitiu, conductual i emocional. El cognitiu es refereix al maneig de la informació consistent i ordenat; el conductual, a la potenciació dels recursos propis i dels indirectes i, l'emocional, a l'activació dels recursos motivacionals, amb el plantejament de la importància d'una visió compromesa en certes àrees de la vida.

Existeixen similituds i diferències entre el model salutogènic, i altres teories i conceptes que inclouen elements i dimensions salutogèniques. L'enfocament central són els recursos per a la salut i la qualitat de vida. L'OMS utilitza l'aproximació d'actius mentre que aquesta teoria emprava l'aproximació de recursos.<sup>(77)</sup>

Aquesta perspectiva de la promoció de la salut des del benestar es fa especialment necessària ara, en un context de crisi global i de canvis econòmics profunds, que poden afectar les persones i potenciar les desigualtats socials que repercuteixen en la salut. La salut positiva és una forma d'entendre la salut, focalitzant la mirada vers les persones, les famílies i les comunitats perquè augmentin el control sobre la seva salut i la millorin. En aquest model, que revitalitza la promoció de la salut, guanyen valor el patrimoni i els actius per a la salut.<sup>(70)</sup>

La conceptualització de la «salut positiva» i dels «actius per a la salut» segueix la lògica de fer fàcils i accessibles les accions orientades al benestar, el creixement i l'envelliment saludable. Per entendre la visió salut positiva, d'una banda, convé recordar que algunes persones mostren una bona adaptació a la vida malgrat haver estat exposades a adversitats. De l'altra, cal saber que la troballa principal del model salutogènic és que el

sentit de coherència es relaciona amb la salut i la qualitat de vida percebuda per la persona.<sup>(74)</sup>

Segons Morgan, «un actiu per a la salut es pot definir com: qualsevol factor o recurs que potencii la capacitat dels individus, de les comunitats i les poblacions per mantenir la salut i el benestar».<sup>(77)</sup>

El model dels actius comunitaris de J. P. Kretzman i McKnight se sustenta en una metodologia que emfatitza el desenvolupament de polítiques i activitats basades en les capacitats, les habilitats i els recursos de les persones i els barris menys afavorits. Aquest mètode prova d'identificar el mapa d'actius o fortaleces de la comunitat, per descobrir capacitats i talents individuals, col·lectius i ambientals existents en el context. El mètode reconeix que cada comunitat té talents, habilitats, interessos i experiències que constitueixen un valuós arsenal que pot usar, i el qual representa un valor del context. El mapa d'actius contribueix en el procés d'apoderament, capacitació, participació i responsabilitat, no només individual sinó també de les associacions ciutadanes, les esglésies, els clubs, els grups culturals, les escoles, les biblioteques, els hospitals, les universitats, els gimnasos, els menjadors, els parcs, etc.<sup>(70)(80)</sup>

Tot i que la població és relativament homogènia en un mateix barri, hi ha grups diferenciats. Probablement, la seva forma d'emmalaltir, de guarir, d'escoltar, de seguir les indicacions o d'entendre el que es prova d'explicar és també diferent segons la zona on visquin, els ingressos econòmics, la classe social a què pertanyen o a què van pertànyer els seus pares i, potser, també és diferent la forma d'atendre'ls. El seu codi postal influeix més en la seva salut que el seu codi genètic. Una cosa són els estils de vida i l'altra són les condicions de vida.<sup>(81)</sup>

La pràctica, des d'aquesta perspectiva salutogènica i del model d'actius, és un model i un repte actual —i de futur— per a la salut pública en l'àmbit comunitari i clínic, així com en el terreny de la investigació, l'avaluació i la formació de professionals.<sup>(82)</sup>

### 1.2.3. ALFABETITZACIÓ PER A LA SALUT

L'alfabetització per a la salut té el seu origen als Estats Units, el 1974. Encara que existeixen diverses definicions, les més utilitzades en àmbit mundial continuen essent les promulgades respectivament per l'Organització Mundial de la Salut i el Departament de Salut i Serveis Humans nord-americà: «L'alfabetització sanitària és el conjunt de les habilitats cognitives i socials que determinen la motivació i la capacitat de les persones d'accedir, comprendre i utilitzar la informació d'acord amb promoure i mantenir un bon estat de salut i per prendre decisions apropiades en matèria de salut».<sup>(5)</sup>

L'alfabetització per a la salut engloba les motivacions, els coneixements i les competències de les persones per accedir, entendre, avaluar i aplicar la informació sobre la salut en la presa de decisions sobre l'atenció i la cura sanitària, la prevenció de malalties i la promoció de la salut, per mantenir i millorar la qualitat de vida al llarg d'aquesta. L'educació per a la salut uneix la transmissió d'informació, fomenta la motivació, les habilitats personals i l'autoestima, necessàries per adoptar mesures destinades a millorar la salut de les persones.<sup>(83)</sup> L'educació per a la salut és un instrument per a l'adaptació social, l'assistència, la prevenció i la promoció. L'alfabetització per a la salut requereix quatre tipus de competències: 1) Accés: habilitat per buscar, trobar i obtenir informació a la qual s'accedeix. 2) Entendre: habilitat per comprendre la informació de salut a la qual s'accedeix. 3) Apreciar: habilitat per interpretar, filtrar, jutjar i avaluar la informació sobre la salut a la qual s'ha accedit. 4) Aplicar: habilitat per comunicar i utilitzar la informació, prendre una decisió, així com mantenir i millorar la salut (taula 2).

Cadascuna requereix qualitats cognoscitives específiques i depèn de la qualitat de la informació proporcionada, a més de representar una dimensió crucial de l'alfabetització per a la salut. Totes elles es relacionen amb l'atenció/cura de la salut, amb la prevenció de malalties i amb la promoció de la salut.<sup>(84)</sup>

Taula 2: Competències de l'alfabetització per a la salut per dimensions

	Accedir/obtenir la informació pertinent a la salut	Entendre la informació pertinent a la salut	Processar/apreciar la informació pertinent a la salut	Aplicar/usar la informació pertinent a la salut
<b>Atenció/cura de salut</b>	Habilitat per accedir a la informació sobre problemes mèdics o clínics	Habilitat per entendre la informació mèdica i el seu significat	Habilitat per interpretar i avaluar la informació mèdica	Habilitat per prendre decisions informades en problemes mèdics
<b>Prevenició de malalties</b>	Habilitat per a accedir a la informació sobre factors de risc per a la salut	Habilitat per entendre la informació sobre factors de risc i el seu significat	Habilitat per interpretar i avaluar la informació sobre els factors de risc per a la salut	Habilitat per prendre decisions informades en els factors de risc per a la salut
<b>Promoció de salut</b>	Habilitat per actualitzar-se un mateix en els determinants de salut en l'ambient social i físic	Habilitat per entendre la informació sobre els determinants de salut en l'ambient social i físic i el seu significat	Habilitat per interpretar i avaluar la informació sobre els determinants de salut en l'ambient social i físic	Habilitat per prendre decisions informades en els determinants de salut en l'ambient social físic

Font: MEDISAN 2013; 13(1):128. Proposta realitzada per Sorensen et al.

L'alfabetització per a la salut és un aspecte que es reflecteix en l'informe *Salut 2020*, en el marc de la política europea per a la salut adoptada pels estats membres l'any 2012.

L'any 2008, Rootman *et al.* va publicar l'informe anomenat *Vision d'une culture de la santé au Canada*, que definia l'alfabetització per a la salut (*littératie en santé*) com «la capacitat de trobar, comprendre, avaluar i comunicar la informació per promoure, mantenir i millorar la pròpia salut en diversos entorns, al llarg de la vida». <sup>(85)(86)</sup>

La revista mèdica *The Lancet* va publicar, l'any 2009, un editorial titulat «The health illiteracy problem in USA», una reflexió entorn de la ignorància sobre la salut, qualificada com una epidèmia silenciosa que afectava gairebé la meitat dels adults nord-americans, i apostava per un programa d'alfabetització per a la salut. L'analfabetisme en salut el va definir com «la incapacitat d'una persona per comprendre i utilitzar la informació mèdica, oral o escrita, que arriba a afectar la seva possibilitat d'accedir i utilitzar els sistemes de salut». <sup>(85)</sup>

A Europa, s'ha impulsat una xarxa europea d'alfabetització per a la salut a partir de l'estudi que es va desenvolupar en vuit països europeus (Grècia, Irlanda, Països Baixos, Àustria, Polònia, Bulgària, Alemanya i Espanya), coordinat per la Universitat de Maastricht amb la finalitat de tenir un instrument per obtenir informació sobre l'alfabetització a Europa, i facilitar l'establiment d'una xarxa europea d'alfabetització per a la salut, a través de la consecució de quatre objectius: comptar amb un instrument adequat que permeti mesurar l'alfabetització per a la salut a Europa; quantificar per primera vegada les dades d'alfabetització per a la salut en els països europeus, i oferir indicadors per a una vigilància tant a escala nacional com a tota la UE; realitzar una avaluació comparativa de l'alfabetització per a la salut en els diferents països europeus, crear òrgans consultius nacionals en els països que participen en l'estudi i documentar les diferents estratègies de valoració d'acord amb les prioritats i les estructures nacionals. En l'àmbit europeu, Sorensen *et al.* demostren el baix percentatge de persones que disposen d'un bon nivell d'alfabetització per comprendre i utilitzar la informació sanitària.

Aquestes enquestes fan referència a l'alfabetització general i recullen les motivacions, els coneixements i les competències de les persones per accedir, entendre, avaluar i aplicar la informació sobre la salut en la presa de decisions sobre l'atenció i la cura sanitària, la prevenció de malalties i la promoció de la salut per mantenir i millorar la qualitat de vida al llarg del temps. També fan referència al model conceptual centrat en tres dimensions de la salut: estar malalt/assistència sanitària, estar en risc/prevenció de malalties i estar sa/promoció de la salut.

La millora de l'alfabetització per a la salut a Espanya hauria d'esdevenir una línia estratègica que actuï sobre l'atenció, la cura, la prevenció de malalties i la promoció de la salut. Les actuacions sobre l'alfabetització per a la salut haurien de contemplar dues perspectives. D'una banda, la persona malalta i els ciutadans per augmentar les seves competències i, de l'altra, la simplificació del sistema de salut per facilitar l'accessibilitat i la disminució de les exigències d'alfabetització per a la salut en els diferents contextos culturals i socials.<sup>(84)</sup>

Segons Falcón *et al.*, les repercussions d'una alfabetització baixa en salut són l'ús il·limitat dels recursos preventius, la detecció tardana de la malaltia, la pitjor comunicació amb els professionals, un desconeixement més gran de la malaltia i els seus símptomes, una taxa

més alta d'hospitalització i freqüentació del servei d'urgències, un consum inadequat de medicaments, errors en la dosificació i una baixa adherència terapèutica. D'acord amb els centres de control i prevenció de les malalties (CDC), el baix nivell de competència i alfabetització sanitària afecten directament la capacitat de les persones d'entendre les instruccions dels prospectes dels medicaments i de les etiquetes nutricionals dels aliments, comprendre correctament les notícies i els avisos o les recomanacions relacionades amb la salut, compartir la informació personal i clínica amb els proveïdors de salut, gestionar les malalties cròniques, comprendre i actuar en qüestions de salut —com la prevenció— i evitar els riscos associats a les conductes no saludables o mediambientals, entendre la manera de localitzar i accedir a les cures de salut, i reconèixer els biaixos d'informació que aporten els mitjans de comunicació o la publicitat promocional. D'aquí la importància que té, per a les persones, l'alfabetització per a la salut.<sup>(87)</sup>

Quan les persones adquireixen habilitats i coneixements esdevenen autònomes, i poden decidir sobre la seva salut. Hi ha dues raons fonamentals per les quals els professionals de la salut han de promocionar l'autonomia de la persona: per respecte a la dignitat humana i pel fet que una persona informada tendeix a cuidar-se millor, i a obtenir una adherència més bona al tractament. L'autonomia és la capacitat de les persones de deliberar sobre les seves finalitats personals i d'actuar sota la direcció de les decisions que puguin prendre. Tots els individus han de ser tractats com éssers autònoms i les persones amb autonomia limitada tenen dret a la protecció (Nacions Unides).

Es defineix l'*autonomia* com la capacitat d'una persona de pensar i actuar lliurement, conscient i voluntàriament, aconseguir els seus objectius, i comunicar-los als altres assumint les conseqüències de les seves actuacions. L'autonomia és una característica dinàmica que canvia de grau, pot augmentar o disminuir en diferents moments de la vida d'una persona i requereix l'absència de coacció, la capacitat per distingir entre diverses accions possibles, la capacitat d'elecció i l'aptitud per defensar l'elecció en funció dels valors individuals escollits.<sup>(88)</sup>

L'autonomia de les persones s'ha de promoure des de qualsevol àmbit de la salut però especialment en l'AP, on els professionals de la salut han de ser conscients que la seva

actuació davant de cada demanda pot reforçar o debilitar l'autonomia de la persona. La capacitat o la competència és l'habilitat d'una persona per afrontar i resoldre una situació determinada. La competència no s'avalua en general sinó en relació amb situacions concretes. És en cada situació que s'ha de determinar si la persona és capaç d'escollir i prendre una decisió entenent-ne els riscos i beneficis. Els eixos en què es mou la competència són quatre: la capacitat de triar, la comprensió real de les qüestions, la gestió correcta de la informació i el reconeixement de la naturalesa de la qüestió. L'autonomia i la informació impliquen demanar a la persona el seu consentiment, no en el sentit d'un paper per signar sinó per aconseguir que la persona rebi i compregui la informació pertinent, i que manifesti la seva conformitat o disconformitat amb les propostes del professional de la salut. Aquest és el consentiment informat autèntic. Els límits de l'autonomia de la persona davant la presa de decisions estan marcats pels altres principis de la bioètica, i també per la mateixa definició del principi d'autonomia: un concepte dinàmic, fràgil i vulnerable.<sup>(89)</sup>

Com comenta Jacobs, «l'alfabetització per a la salut significa una mica més que ser capaç de llegir els fulletons, concertar visites mèdiques amb èxit i millorar l'accés a la informació de salut i la seva capacitat d'utilitzar aquesta mateixa informació de manera eficaç per part de la població. L'alfabetització sanitària és, en efecte, un fenomen altament complex que no tan sols es troba associat a les competències, les expectatives i el propi coneixement previ en aquesta matèria dels malalts, els usuaris i els professionals, sinó que determina el comportament pel que fa a la salut de les persones. L'alfabetització per a la salut és fonamental per a l'apoderament de les persones».<sup>(91)</sup>

#### **1.2.4. APODERAMENT**

El terme apoderament prové de l'anglès *empowerment*, i es refereix als processos mitjançant els quals les persones enforteixen les seves capacitats personals, la seva confiança i desenvolupen el seu protagonisme dins del grup social al qual pertanyen, amb la finalitat d'impulsar canvis positius de la seva situació actual. En aquest sentit, el *coaching* de salut és un prometedor enfocament que trenca amb l'educació tradicional dels pacients, ja que els ajuda a fer que ells mateixos trobin les seves respostes, les motivacions internes, a construir confiança i compromís, i obre altres perspectives en la promoció i l'educació per a la salut en l'atenció primària.<sup>(90)</sup>



L'educació per a la salut facilita la capacitació de les persones des de tres punts de vista fonamentals: enforteix i incrementa el sentit de control de la pròpia salut i de tots aquells factors que influeixen en la seva millora, la conscienciació de la pròpia capacitat i competència de la persona en el control i la gestió de la seva salut i malaltia, i la interiorització de l'objectiu enfocat a aconseguir estils de vida més saludables en els àmbits individual i social.<sup>(91)</sup>

Un element clau en l'abordatge terapèutic de la MPOC és l'educació per a la salut, que suposa intervenir en la cultura dels individus, endinsar-se en els mecanismes de relació de l'ésser humà amb la seva vida i el seu entorn, conèixer els mecanismes de modificació de conducta i fer un aprenentatge de tot el procés. L'educació ha de capacitar la persona per prendre decisions que siguin segures, des del punt de vista mèdic i d'infermeria, i també, acceptables per a l'individu. L'educació per a la salut de la persona amb una malaltia respiratòria i la seva família consisteix en l'aplicació d'un programa que li permeti adquirir coneixements, habilitats i actituds que la facin participar activament en la cura de la seva malaltia. En aquests programes, la família i el cuidador tenen una gran rellevància, atesa la seva influència —positiva o negativa— sobre el procés de la malaltia, i també actuen com un recurs, ja que són la font principal de suport social amb què compta la persona malalta per afrontar amb èxit els problemes que ocasiona la MPOC.<sup>(24)(25)(26)</sup> Les persones amb MPOC necessiten coneixements específics que inclouen conceptes sobre la seva malaltia, l'adquisició de destreses per seguir el tractament regularment i l'aprenentatge de com actuar amb immediatesa en cas de descompensació. L'ensenyament d'aquests conceptes i habilitats és el que s'entén com educació per a la salut de les persones, que té l'objectiu de millorar el compliment terapèutic. Els programes educatius orientats a la deshabitució del tabac, a la correcta aplicació de les tècniques inhalatòries i a reconèixer aviat les exacerbacions, junt amb la campanya de vacunació, han demostrat que tenen impacte en la progressió de la malaltia. Aquests coneixements són essencials i ofereixen l'oportunitat que les persones modifiquin el seu comportament, augmentin la satisfacció i millorin la qualitat de vida, i que al mateix temps es redueixi la despesa sanitària. Per obtenir més bons resultats és necessari millorar les competències i les habilitats per a la salut dels cuidadors, i remarcar la importància de l'autocura en la millora i l'eficiència dels resultats del procés assistencial.<sup>(92)(93)(94)</sup>

L'OMS, en el document «Preparació dels professionals per a l'atenció de la salut, al segle XXI», aposta per la formació dels professionals, per tal de promoure habilitats i actituds positives envers l'educació i la prevenció, per treballar amb les qüestions psicoemocionals i per millorar habilitats de comunicació que, en última instància, facilitin un abordatge dels problemes de salut centrats en la persona. Un enfocament que implica concedir importància i respectar les preferències, els valors i les característiques diferencials de les persones amb patologies cròniques, així com les necessitats que manifesten; compartir amb elles la presa de decisions i la gestió de la malaltia; alleugerir el dolor i el patiment; escoltar i fomentar la comunicació; educar i informar per facilitar l'autotractament i, finalment, fomentar el benestar i els hàbits saludables, especialment aquells que poden revertir en una millora de la seva qualitat de vida. Aquest tipus d'atenció potencia l'adherència al tractament terapèutic, enforteix la responsabilitat de la persona en la gestió dels problemes de salut i també la implicació dels familiars, perquè esdevinguin experts en cures i els principals cuidadors. Cal incentivar un paper actiu del malalt, amb el suport i el seguiment professional adequats que permetin, d'una manera col·laborativa, traçar el millor pla terapèutic i treballar junts —professionals, pacients i famílies—, tenir la capacitat de desenvolupar les millors estratègies per aconseguir el control del problema crònic i reduir-ne al màxim les conseqüències físiques, psicològiques i socials que comporta. Però, per poder assolir aquest paper actiu de la persona, s'ha de promocionar l'apoderament tant del malalt com de la família.<sup>(95)</sup>

Es parla de *coaching* o d'afrontament en relació amb un procés quan s'inclouen els intents de l'individu de resistir i superar les demandes que se li plantegen en el seu esdevenir vital, i de restablir l'equilibri, és a dir, d'adaptar-se a la nova situació. El concepte d'adaptació implica un equilibri entre les demandes i les expectatives plantejades per una situació donada, i les capacitats de la persona per respondre aquestes demandes. Segons Butterworth, un estil d'afrontament actiu tindria una associació positiva amb la qualitat de vida.<sup>(96)</sup>

Els professionals han de ser competents per identificar les necessitats i les dificultats dels malalts en l'àmbit de l'alfabetització sanitària, i utilitzar tècniques individuals i grupals

relacionades amb el *health coaching*, perquè les persones puguin identificar i prioritzar objectius en salut.<sup>(97)</sup>

El *coaching* en salut busca i reforça l'automaneig/autogestió de la persona. És el mètode que consisteix a «dirigir, instruir i entrenar una persona o un grup de persones, amb l'objectiu d'aconseguir alguna meta o de desenvolupar habilitats específiques».<sup>(98)</sup>

El *coaching* en salut és un camp emergent que va evolucionant; no obstant això, hi ha conceptes interessants com el de Palmer, que va descriure el *coaching* en salut com «la pràctica d'educació per a la salut i promoció de la salut en un context de *coaching* que reforça el benestar d'individus i facilita en les persones l'assoliment d'objectius relacionats amb la salut». D'altra banda, en el camp de la medicina familiar, el van definir com «ajudar els pacients a adquirir coneixements, habilitats, eines i confiança per tornar-se participants actius en la seva cura, a fi que puguin aconseguir els seus objectius de salut, identificats per ells mateixos».<sup>(99)(100)</sup>

Limitin va expressar, en el seu context, que el *coaching* en salut és la «intervenció de salut conductual que facilita als participants establir i aconseguir objectius de promoció de salut, per tal de modificar comportaments relacionats amb els estils de vida, amb l'intent de reduir riscos de salut, millorar l'automaneig/autogestió de condicions cròniques i incrementar la qualitat de vida relacionada amb la salut».<sup>(101)</sup>

Huffman planteja que és una educació innovadora i un programa clínic emergent; uns altres consideren que és un nou enfocament que reforça l'automaneig del pacient, millora la qualitat dels seus resultats, el compliment del pacient amb malalties cròniques i redueix els costos, a més d'aportar proves d'efectivitat.<sup>(102)(103)</sup>

Per la seva banda, Olsen i Nesbitt afirmen que també millora les conductes que constitueixen estils de vida saludables.<sup>(99)</sup> Bennett planteja que la persona que actua com a *coach* de salut ha d'aportar un paradigma col·laboratiu, i proposa cinc funcions específiques del *coaching* en salut en l'atenció primària:

- 1) Donar suport a l'autocontrol de la malaltia crònica al pacient, fet que inclou informar, ensenyar habilitats específiques de la malaltia, promoure conductes saludables, impartir habilitats de solució de problema, ajudar-los amb l'impacte emocional de la malaltia crònica, proveir seguiment regular i estimular-los perquè siguin participants actius en les seves cures.
- 2) Superar l'esclatxa entre professionals i malalts, vetllar perquè la persona malalta entengui el pla de tractament i hi estigui d'acord, que compregui les prescripcions, adequar el llenguatge mèdic al nivell cultural de la persona.
- 3) Oferir suport emocional.
- 4) Ajudar el pacient a moure's en el sistema de salut, sobretot si es tracta d'una persona gran, discapacitada o en situació de desavantatge social. Això inclou localitzar recursos comunitaris d'ajuda, advocar pels drets del pacient i canalitzar les seves necessitats.
- 5) Fer el seguiment al malalt i facilitar confiança, familiaritat i disponibilitat<sup>(100)</sup>

L'enfocament de *coaching* es basa en la col·laboració amb la persona i afavoreix la presa de decisions compartides, més que no pas l'enfocament directiu, centrat en l'autoritarisme del professional de la salut.

### 1.3. L'ATENCIÓ DE LES PERSONES AMB MPOC A CATALUNYA

Per donar una resposta a les noves necessitats socials, el sistema sanitari català es reorienta bàsicament en tres eixos: la *modernització organitzativa*, l'*atenció integral als pacients crònics* i l'*abordatge de les malalties més comunes*.

#### 1.3.1. ORGANITZACIÓ DE L'ATENCIÓ SANITÀRIA. COORDINACIÓ ENTRE NIVELLS ASSISTENCIALS

El Pla de Salut de Catalunya integra i dóna coherència a les polítiques de salut i serveis sanitaris, socio-sanitaris i de salut pública, aporta una visió àmplia amb la qual els aspectes socioeconòmics i els determinants de la salut adquireixen tanta importància com les actuacions preventives i assistencials.

El primer Pla de Salut de Catalunya es va elaborar l'any 1993, i ja feia esment a les malalties respiratòries. Els plans de salut del 1996-1998 i el 1999-2001 incorporaven canvis rellevants, vinculats amb la prevenció i la detecció de problemes de l'aparell respiratori relacionats amb la feina.<sup>(104)(105)</sup> El Pla de Salut de Catalunya del 2002-2005 analitzava l'hàbit tabàquic entre els grups de professionals de la salut amb un paper exemplar. També atenia la detecció del grau d'exposició passiva al fum ambiental del tabac en la població general, i especialment en els àmbits de feina, específicament centres sanitaris, centres docents i administracions públiques.<sup>(106)</sup>

El Pla de Salut del 2011-2015, a diferència dels plans anteriors, incorpora elements de caràcter assistencial i de governança del sistema que, afegits als objectius de salut, configuraran una visió completa del que ha de ser el sistema sanitari a Catalunya fins al 2015. Es tracta, doncs, d'un document estratègic que articula la reforma del sistema sanitari català sobre tres eixos d'acció per tal de donar resposta a les noves necessitats socials: l'abordatge de les malalties més comunes, l'atenció integral als pacients crònics i la modernització organitzativa. Aquesta transformació segueix les línies traçades per l'OMS.<sup>(3)(108)</sup>

El Pla de Salut determina les prioritats del model d'atenció i descriu tres grans reptes: *l'envelliment continuat de la població; la necessitat de revertir l'empitjorament dels hàbits i estils de vida, i la creixent prevalença de les malalties cròniques.*

Per a l'orientació dels malalts crònics a Catalunya, el Pla de Salut estableix sis canvis: fomenta una visió poblacional; ofereix una resposta des de la fase preclínica; promou un paper actiu dels ciutadans i dels malalts; estableix les bases per aconseguir una atenció integrada i coordinada amb l'atenció primària en l'atenció als malalts crònics; aprofita les noves tecnologies i els nous sistemes de comunicació per oferir un sistema innovador i accessible i, finalment, abasta una dimensió interdepartamental entre els departaments de Salut, i de Benestar Social i Família.<sup>(3)</sup>

Pel que fa al tercer eix, la modernització del model organitzatiu, la primera experiència va tenir lloc el març del 2014, amb la intenció d'unificar tots els dispositius assistencials gestionats per les entitats proveïdores del sector públic vinculades al Departament de Salut en l'àmbit de la Regió Sanitària (RS) de Lleida. Aquest model disposa d'una governança única al territori, amb una línia directiva a favor de la gestió clínica i amb participació dels professionals, afavorint la consolidació d'un ens referent a les comarques de Lleida en assistència, docència i recerca.<sup>(109)</sup>

Per donar suport a la continuïtat assistencial, s'han iniciat diferents iniciatives com la d'infermeria d'enllaç, el programa de detecció i seguiment de la persona malalta fràgil, l'atenció telefònica de les urgències, la posada en marxa del procés de planificació de l'alta hospitalària PREALT, i el Projecte de prevenció i suport a l'alta (PISA) de la divisió hospitalària de l'Institut Català de la Salut (ICS).<sup>(110)</sup> Aquest projecte articula l'Hospital Universitari Josep Trueta i l'atenció primària, i pretén millorar l'atenció als pacients amb malalties cròniques, específicament amb malaltia respiratòria crònica (MPOC) i amb insuficiència cardíaca (IC). L'augment de l'activitat hospitalària sense ingrés, i l'escurçament del temps d'estada als hospitals fa imprescindible assegurar una bona coordinació entre els serveis assistencials hospitalaris i d'atenció primària.<sup>(111)</sup> L'envelliment i l'augment de l'activitat hospitalària de la població fan preveure un important augment de l'atenció al domicili de la persona malalta. Segons l'evidència científica, l'eix central són els serveis

integrats de salut per donar una resposta a l'increment de la demanda i l'important nombre de persones amb malalties cròniques, que utilitza reiteradament i, d'una manera poc eficient, els diferents dispositius del sistema.<sup>(112)</sup>

A Catalunya, es coneix amb el nom de «Programa de prevenció i atenció a la cronicitat» (PPAC), del 2011-2015, i representa un nou model de treball cooperatiu que exigeix una gran coordinació entre àmbits assistencials, organitzacions i professionals. La sistemàtica de treball del PPAC (figura 7) i de les actuacions que se'n deriven es basa en un equip nuclear reduït de professionals relacionats i implicats en el projecte. Així, l'atenció primària estableix lligams i circuits amb la resta de nivells per garantir la continuïtat assistencial. Per això, la figura de les infermeres destaca amb un paper fonamental com a garants de la continuïtat; figures de gestores de casos i infermera d'enllaç.<sup>(113)</sup>

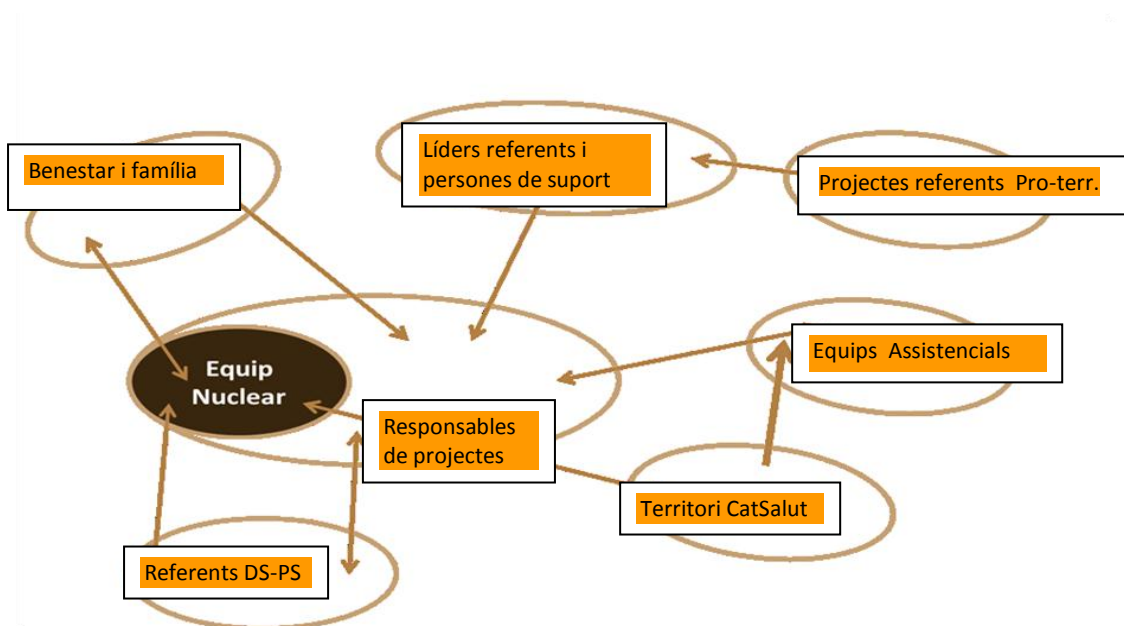


Figura 7: Model de treball del PPAC

Font: Generalitat de Catalunya programa de prevenció i atenció a la cronicitat. Pla de Salut 2011-2015

El treball en equips multidisciplinaris ajuda a millorar el control de la malaltia crònica i la prevenció del deteriorament funcional, i això permet viure més, amb una qualitat de vida més alta i d'una manera independent. L'educació per a la salut es mostra com una eina efectiva i eficient, i l'apoderament de les persones malaltes les ha de transformar en pacients actius. La persona malalta ha d'esdevenir el principal responsable de l'autocura de la seva salut, i adquirir les competències necessàries per gestionar els símptomes de les

malalties, incorporar estils de vida saludables i aconseguir una qualitat de vida més bona, en col·laboració amb els professionals de la salut.

També se sap que, a Catalunya, la primera causa d'hospitalització de les persones amb més de 70 anys es deu a la IC, seguida de la MPOC. Aquest ordre canvia entre el grup de persones situades en una franja d'edat d'entre 40 i 69 anys, on la MPOC passa a ocupar el primer lloc i la IC queda desplaçada a la quarta posició.

Dos anys després de la implantació d'aquest servei, que encara està en fase de desenvolupament, el Govern ja en fa una valoració positiva; en tots els casos el resultat és satisfactori ja que han disminuït notablement els ingressos hospitalaris (figura 8).

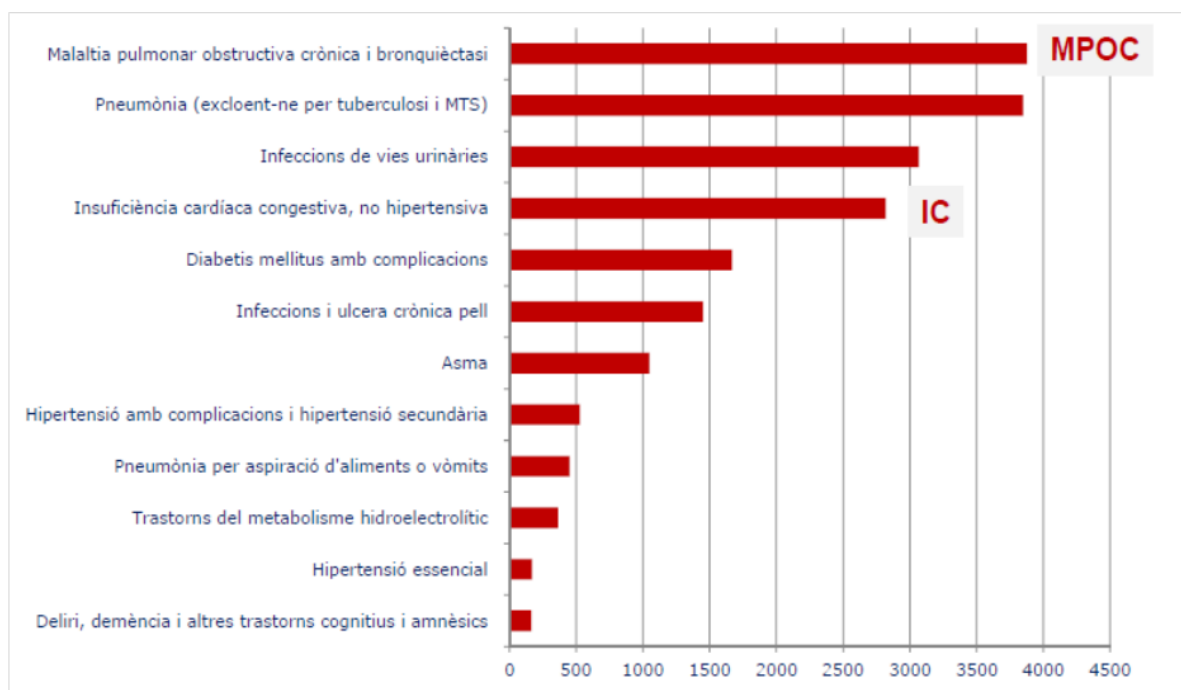


Figura 8: Hospitalització per grups de diagnòstic de 40 a 69 anys

Font: DGPRS. Departament de Salut, 2013

Els ingressos per MPOC s'han reduït un 11%, i han passat dels 230 per cada 100.000 habitants l'any 2011, a 204 el 2012, mentre que els ingressos per IC han passat, en un any, de 283 a 275 per cada 100.000 habitants, fet que representa un descens del 3%. També s'ha apreciat una disminució dels ingressos urgents per complicacions relacionades amb la diabetis i la pneumònia. Aquest programa requereix el compromís professional de l'equip multidisciplinari que intervé en aquest procés, en el qual la infermera gestora de casos



(IGC) té un paper rellevant perquè, davant les noves formes d'organització, ofereix a la persona intervencions de salut a domicili ajustades a les característiques del pacient.<sup>(114)(115)</sup>

### 1.3.2. NOUS ROLS PROFESSIONALS

En l'atenció primària, les IGC porten a terme la coordinació entre les necessitats de la persona i els serveis de salut que aquesta necessita. El desenvolupament d'un model de gestió de casos a l'atenció primària de salut té un efecte aglutinador i integrador. Els serveis coordinats i integrats orientats a les necessitats de la persona, la família i l'entorn donen una resposta a situacions de complexitat en l'atenció primària, amb un abordatge multidimensional, interdisciplinari, i d'una manera eficient i sostenible.<sup>(116)</sup> Els serveis d'infermers tenen una importància social i econòmica, ja que l'alta hospitalària del malalt no depèn només del diagnòstic i el tractament mèdics, sinó també d'una sèrie de respostes humanes a una determinada situació de salut. D'aquests serveis en depenen factors com l'edat o l'etapa de desenvolupament de la persona, el nivell de dependència per satisfer les necessitats bàsiques, i les característiques d'un entorn social i cultural concret.<sup>(58)</sup>

Per afrontar la fragmentació de serveis va sorgir, als Estats Units i en la dècada dels 70, el *case management*, que s'ha traduït com «gestió de casos». El *case management* és un procés de col·laboració, sistemàtica i dinàmica, per proveir i coordinar serveis sanitaris oferts a una població determinada, és a dir, un procés participatiu per «facilitar opcions i serveis que cobreixin les necessitats de la persona, al mateix temps que redueix la fragmentació i la duplicació de serveis, i millora la qualitat i la rendibilitat dels resultats clínics».<sup>(117)</sup>

Segons Benner, la infermera té coneixements, habilitats i actituds lligades al seu rol professional. La seguretat clínica del malalt és un component clau de la qualitat de l'atenció sanitària i comprèn diferents perspectives com la seguretat diagnòstica i terapèutica, l'assistència primària, la formació dels professionals i la reflexió ètica que inevitablement van lligades a la relació entre els malalts i els professionals de la salut. L'autora afirma que l'experiència es basa en la identificació del context de la situació. Segons la pràctica que tingui l'infermer/a, es pot classificar en principiant, principiant avançat, competent, eficient i expert. Benner considera que la infermeria és una paradoxa cultural en una societat

dominada per la tècnica, que va trigar a valorar les pràctiques de la cura i l'atenció. També creu que el valor de l'individualisme extrem dificulta la percepció de l'excel·lència en el fet de cuidar que comporta la pràctica de l'infermer/a expert. Demana una ètica relacional basada en la pràctica per equilibrar el centre dominant sobre drets i justícia.<sup>(118)</sup>

La IGC és el qual el professional d'infermeria vetlla perquè el pacient/la família aconsegueixi els objectius terapèutics previstos en la trajectòria clínica. Al mateix temps, identifica i mobilitza els recursos necessaris, i facilita la intervenció dels diferents professionals i serveis per aconseguir els millors resultats. La IGC ofereix un entorn centrat en la persona, promou l'autonomia com a pilar per a la recuperació funcional i la reincorporació a la comunitat, garanteix el màxim benestar i la disminució del patiment dels malalts i els familiars, fomenta la presa de decisions compartides entre professionals i ciutadans, i assegura la continuïtat de l'atenció. La infermera que desenvolupa el model de gestió de casos és una infermera integrada a l'EAP, que vetlla per la continuïtat de l'atenció, coordina i gestiona les necessitats d'aquests malalts per garantir el contínuum assistencial. La IGC identifica d'una manera proactiva les persones en situació de complexitat i, a partir d'una valoració integral del malalt i de la persona cuidadora principal, planifica les cures, coordina i optimitza els recursos sanitaris adequats, monitoritza i avalua el cas. Treballa juntament amb els professionals de referència de la persona atesa, proporciona un valor afegit i integra l'aportació de tots els professionals sense substituir-los.

De la coordinació entre l'atenció hospitalària i l'atenció primària neix la Unitat de Continuïtat Assistencial (UCA) hospitalària i la IGC, i la infermera clínica a l'atenció primària. Aquestes noves figures actuen com agents intermediaris entre les necessitats dels malalts, l'organització i els professionals que els hauran d'atendre. D'aquí sorgeixen les intervencions que fa la infermera, que són de col·laboració o d'interdependència. D'altra banda, aquesta també actua com a agent finalista, ja que aporta al procés assistencial funcions pròpies que s'han de desenvolupar mitjançant la investigació clínica, per demostrar que les seves intervencions resolen problemes, ajuden les persones a estar millor i a superar-se obrint perspectives d'actuació.<sup>(119)</sup>

La metodologia de treball de la IGC es basa en la planificació individualitzada de l'atenció, tenint en compte el màxim potencial de salut de la persona atesa i el pacte terapèutic. En cadascuna de les etapes del procés de salut s'ha de treballar per a la consecució de la situació més òptima: l'aplicació de les guies de la pràctica clínica i els protocols d'intervenció pactats, la integració de les intervencions de totes les persones implicades en el procés i la visió integral que, d'una manera operativa, s'adapta a cinc dimensions concretes. Aquestes dimensions són la situació *biofísica*, que depèn del grau d'implicació de la malaltia, de l'afectació personal i de les funcionalitats compromeses; els *coneixements*, que depenen de la capacitat de la persona —i/o el cuidador— i de la voluntat, i tenen una influència directa en la definició del grau d'autonomia; la *seguretat*, que depèn de la capacitat i la possibilitat de la persona —i/o la família— d'intervenir en les situacions de complicacions greus, i de prevenir les complicacions potencials i futures; la *capacitat* d'autocura, que depèn de les potencialitats i les mancances de la persona malalta i la persona cuidadora, i el *confort*, que depèn de les condicions principalment de dolor i estrès.

L'acceptació de la situació de salut condiona i, en algunes ocasions, compromet la participació de la persona i/o la família en l'abordatge de la nova situació. Cal considerar les condicions estructurals (barreres, suport extern...) i la xarxa de relacions socials. L'eix vertebrador de la gestió clínica és la coordinació i el treball en xarxa de la infermera amb els altres professionals, serveis i recursos dirigits a fomentar l'autonomia en l'autocura del pacient i de la família. La complexitat clínica, molt sovint, va lligada a la complexitat social i això condueix a la col·laboració amb el treball social.<sup>(120)</sup>

Els professionals que treballen en l'àmbit de la salut entenen la importància d'aquest repte per al bon exercici de la professió. Per aquest motiu, cal valorar aquest procés partint d'una visió holística de les persones. Cal considerar, doncs, els aspectes personals, espirituals, familiars i de l'entorn que fan que cada persona envelleixi d'una manera particular. També la bona formació, l'augment de la capacitat reflexiva de les cures i de les competències professionals i el respecte pels valors de les persones amb les quals es treballa han de servir perquè els pacients amb MPOC adquireixin els coneixements, modifiquin les actituds i arribin a aconseguir un canvi en el comportament, tot procurant l'adaptació funcional,

provant d'aconseguir la màxima independència i un bon nivell d'autocura. L'impacte que té la MPOC respecte a l'edat i la disminució de l'autonomia fa necessari un abordatge pluridisciplinari del procés d'atenció en les cures (figura 9).

El rol dels professionals sanitaris va canviant; les noves tecnologies van guanyant espai. El ciutadà, juntament amb els professionals, aprèn com s'han de comunicar i com s'han d'utilitzar les TIC en el nou escenari de salut virtual.

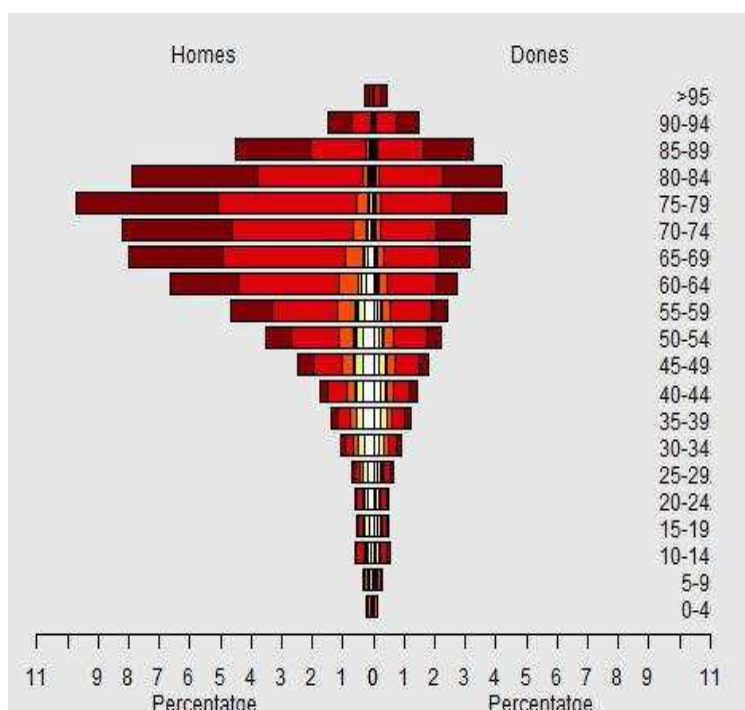


Figura 9: Prevalença de MPOC 2013 per edat i sexe

Font: Generalitat de Catalunya. Programa d'atenció i prevenció a la cronicitat 2013

En aquest escenari, els professionals esdevenen orientadors dels pacients i prescriptors de fonts d'informació perquè els malalts siguin proactius en la cura de la salut, potenciant el món virtual i la utilització del model assistencial presencial únicament quan sigui imprescindible.

### 1.3.3. L'AUTOCURA DE LA PERSONA AMB MPOC

L'autocura es refereix a les pràctiques quotidianes i les decisions que pren una persona, família o grup per cuidar la seva salut. Aquestes pràctiques són les destreses apreses a través de tota la vida, d'ús continu, que s'utilitzen per lliure decisió, amb el propòsit

d'enfortir o restablir la salut i prevenir la malaltia. Aquesta respon a la capacitat de supervivència i a les pràctiques habituals de la cultura a la qual es pertany.<sup>(121)</sup>

L'autocura és una funció humana que requereix un aprenentatge sostingut en el temps. Sorgeix quan la persona assumeix la seva necessitat i fa la demanda pertinent. A mesura que es va repetint aquest procés la persona es motiva, reflexiona, fa judicis, pren decisions amb la finalitat de satisfer les seves necessitats. Els comportaments d'autocura són conductes efectives i positives que ajuden a prendre decisions per poder fer canvis i mantenir-los en el temps, i així conservar la salut o assumir la malaltia. Aquests canvis estan influenciats per la motivació, l'apoderament, les creences, els hàbits i les pràctiques que caracteritzen les formes de vida i la cultura de la persona. La desenvolupa la persona durant la vida diària per mitjà d'un procés espontani d'aprenentatge i es completa amb la curiositat intel·lectual, l'experiència, la instrucció i la supervisió d'altres persones del seu entorn.<sup>(122)</sup>

L'autocura implica una responsabilitat individual i una filosofia de vida lligada a les experiències de la vida quotidiana. L'autocura té el suport d'un sistema formal —com el sistema de salut— i el d'un informal —el social. L'autocura, doncs, té un caràcter social. Les persones que realitzen pràctiques d'autocura ho fan amb la certesa que milloraran el seu nivell de salut. Perquè hi hagi autocura es requereix un cert grau de desenvolupament personal, intervingut per un permanent enfortiment de l'autoconcepte, l'autoacceptació, l'autocontrol, l'autoestima i la resiliència.

El foment de l'autocura requereix un enfocament humanista; per tant, és necessari partir del concepte de persona com a ésser integral, i de salut com el resultat de les cures que hom es dispensa a si mateix i als altres, de la capacitat de prendre decisions i controlar la vida pròpia, i d'assegurar que la societat en què hom viu ofereixi a tots els seus membres la possibilitat de gaudir d'un bon estat de salut. Quan es pensa a promoure l'autocura en el marc del desenvolupament humà, es requereix que tothom pugui ser, tenir, fer i estar. La persona necessita la satisfacció i el desenvolupament en condicions d'equitat que li permetin la protecció, la participació, l'enteniment, l'oci, la creació, la llibertat i la identitat.

Les persones que veuen com la seva vida canvia a causa del procés de la MPOC esperen l'eficàcia del sistema, i no només en el terreny tècnic sinó també en l'àmbit afectiu i d'acompanyament. Integrar els pacients en el procés de la seva malaltia fa millorar l'adaptació dels continguts del pla individualitzat a les necessitats, permet un suport del pacient en la seva implantació i afavoreix l'autonomia del pacient (autocura). Per fomentar l'autocura, el professional de la salut prova d'estimular el canvi en les persones i passar d'una actitud passiva enfront de la cura de la seva salut a una actitud activa, la qual cosa implica que els malalts prenguin la iniciativa i actuïn en la recerca del seu benestar desitjat; a més, es pretén aconseguir canvis d'hàbits, costums i actituds de la cura de la vida de l'individu i la del col·lectiu. Perquè això es produeixi, es requereix interioritzar la importància de la responsabilitat i el compromís que es té amb si mateix. Les eines per fomentar l'autocura són les mateixes de la promoció de la salut: la informació, l'educació, la comunicació social, la participació social i comunitària, la concertació i la negociació de conflictes, l'establiment d'aliances estratègiques i la negociació social.<sup>(123)</sup>

L'autocura implica la participació activa dels pacients i dels seus cuidadors en l'assistència de la seva salut, i en la presa de decisions informades i compartides entre el professional, el pacient i el cuidador. El grau de participació i responsabilització de pacients i cuidadors en la MPOC és diferent segons la complexitat del procés i el grau de dependència. Tots els pacients i cuidadors han de tenir, també, l'oportunitat de participar en el seu procés crònic, així com en la presa de decisions informades i actives. Per cuidar la vida i la salut es requereix el desenvolupament d'habilitats personals per optar per decisions saludables, la qual cosa constitueix un dels cinc components de la promoció de la salut (PS) establerts en la *Primera Conferència Internacional sobre PS* —celebrada a Ottawa, el Canadà, el 1986—, on s'afirmà que «la promoció afavoreix el desenvolupament personal i social en la mesura que aporti informació sobre la cura, educació sanitària per prendre decisions informades i que es perfeccionin les aptituds indispensables per a la vida; d'aquesta manera, les opcions disponibles perquè la gent pugui exercir més control sobre la seva salut i el mitjà social i natural s'incrementen, i així opti per tot allò que propiciï la salut». Les estratègies i els mecanismes per desenvolupar aquestes habilitats es relacionen amb l'autogestió, l'educació i la informació, i l'autocura a través de la comunicació. Les habilitats personals per viure determinen l'estil de vida de les persones i la manera com aquestes es cuiden. El

terme *estil de vida* es refereix a la manera de viure i a les pautes personals de conducta, que estan determinades per factors socials, culturals i personals; equival a les actituds, els hàbits i les pràctiques individuals o familiars, que poden influir positiva o negativament sobre la nostra salut.<sup>(61)</sup>

L'experiència de patir i conviure amb una malaltia crònica és un esdeveniment que fa que el malalt no ho visqui tot sol sinó també amb la seva família. Aquesta s'involucra, es transforma, es reorganitza al voltant de la malaltia i els seus membres pateixen, senten i transformen la vida present i la futura. El fet de tenir un bon suport familiar afavoreix el maneig de la intervenció preventiva, terapèutica i rehabilitadora. La malaltia altera la relació dels membres de la família amb la persona malalta i entre els membres sans.<sup>(124)</sup> La família descrita com un sistema obert, compost per individus que formen una unitat bio-psico-social, constitueix el primer nucli de relacions significants per a les persones i un lloc primordial per a la seva socialització, així com per a la transmissió de normes i valors. A més, el comportament de cada membre de la família influeix i és influït per la resta en un permanent *feedback* de comunicació. En constant evolució, la família desenvolupa la seva pròpia història i models de vida, i està immersa en un entorn social més ampli. Per tant, l'adaptació als canvis esdevé la clau principal per al seu desenvolupament i creixement. S'aconsegueix a través d'un procés d'autoregulació, en què l'equilibri entre el reforçament de les seves regles o la creació d'altres de noves és necessari per enfrontar-se als esdeveniments de la vida quotidiana.<sup>(125)(126)</sup>

Així mateix, la capacitat d'adaptació als canvis manté una relació directa amb la bona salut, tant física com mental, de la població. Es viuen moments de canvis ràpids i constants en la societat actual, les noves formes de família ens ofereixen dispersió de models i relacions; les interaccions a través de la telecomunicació augmenten en detriment del contacte personal i proper. Toro afirma que les relacions interpersonals són determinants de la salut de la població, i es generen en el grup familiar marcant estils de vida saludables o disfuncions. Viure de manera saludable no és únicament una activitat dels professionals sanitaris, és una qüestió de responsabilitat compartida, és una qüestió de tots.<sup>(127)(128)</sup>

En una societat canviant, en què la informació és més accessible gràcies a l'evolució tecnològica, els pacients són més actius, formats i independents, i es fa necessari un

equilibri entre les tecnologies i la humanització dels tractaments. Els pacients, en definitiva, busquen professionals propers que els ajudin a prendre el control de la seva vida. El paper de la infermera d'AP en el suport a l'autocura és inqüestionable, sobretot pel perfil clínic i d'educadors, amb funcions de preparació i entrenament del pacient i la família. Quan es proporciona sistemàticament informació adequada a les persones i aquestes desenvolupen aptituds per evitar els riscos per a la salut, tenen més probabilitats de deixar el consum de tabac i realitzar activitat física. Aquests comportaments poden reduir la càrrega a llarg termini i les exigències d'atenció de salut de les malalties cròniques, així com promoure'n la prevenció.<sup>(129)</sup>

Pel que fa als efectes dels factors psicosocials, són diferents en cada persona afectada de MPOC. Les conseqüències arriben amb el pas del temps; alteren el dia a dia del pacient, influeixen en la seva visió de la vida en general. Algunes de les possibles conseqüències psicosocials detectades en diferents estudis realitzats per Kelly, Sánchez-López, Góngora són l'estrès, l'ansietat, la depressió, el baix estat d'ànim, la desesperança, la por de morir, de quedar sense alè, el pànic, l'alteració de la imatge corporal, el canvi en la posició social dins de la família, la soledat, la pèrdua de control i d'independència, els canvis d'estil de vida, l'alteració de les relacions interpersonals, la incapacitat laboral, la baixa autoestima, el sentiment d'incompetència, la negació, l'ira, la pèrdua de la dignitat, la frustració, la culpa, la pèrdua de la intimitat, la irritabilitat, la impaciència, la vergonya de partir dispnea, tos i producció d'esputs. L'expressió de l'emoció està íntimament relacionada amb la dispnea, i alguns pacients la poden evitar com un mecanisme d'adaptació, però aleshores es poden donar símptomes d'ansietat i depressió.<sup>(129)(130)(131)(132)</sup>

Diferents estudis demostren la relació de l'autoestima amb conductes promotores de salut i conductes saludables. Per exemple, es va identificar que l'autoestima predeia la participació dels subjectes en proves de detecció precoç del càncer, i la relació entre autoestima i conductes promotores de salut en subjectes amb VIH. També hi ha proves empíriques de la relació entre l'autoestima i la salut mental, i la salut física.<sup>(129)(131)</sup>

Diferents enfocaments teòrics han referit l'autoestima com un dels valors personals. Rosemberg la va definir com una actitud positiva o negativa vers un objecte en concret, la



persona mateixa. Per aquest autor, l'autoestima és un fenomen d'actitud format per forces socials i culturals, i que crea un procés de comparació que involucra valors i discrepàncies. El nivell d'autoestima de les persones es relaciona amb la percepció del si mateix en comparació amb els valors personals. Si la diferència entre l'ideal de si mateix i el si mateix real és petita, l'autoestima serà més gran.<sup>(132)</sup> Un bon nivell d'autoestima assegura una actitud positiva vers la vida en tots els seus aspectes, contribuint al creixement humà. En canvi, un baix nivell d'autoestima desencadena un sentiment de frustració que es manifestarà en totes les activitats i les situacions vitals de l'individu.<sup>(133)(134)</sup>

La MPOC genera en les persones una pèrdua progressiva de la capacitat funcional, i pot conduir a limitar les activitats més senzilles de la vida quotidiana. Conèixer la percepció i la interpretació que l'individu fa de la malaltia que pateix i del tractament que rep és important, ja que repercuteix sobre el seu estil de vida. Aquesta faceta subjectiva de la morbiditat és el que coneixem com a qualitat de vida relacionada amb la salut (QVRS).<sup>(135)(136)</sup> L'escala genèrica EuroQol-5D mostra una bona correlació amb l'índex BODE, considerat actualment la millor eina pronòstica de la MPOC.<sup>(137)</sup>

El deteriorament de la qualitat de vida en les dimensions físiques i socials de la vida diària està, sovint, associat a un estil de vida sedentari amb dispnea progressiva i fatiga. Segons Rodríguez-Pecchi, les dones amb la MPOC pateixen més ansietat i depressió que no pas els homes. Això, en el seu entorn, condueix a l'aïllament social i la incapacitat de participar en moltes activitats de la vida quotidiana. Aquests canvis formen part d'una transició gradual a la dependència i, inevitablement, alteren la dinàmica familiar, i potencien el desenvolupament del ressentiment i l'estrès.<sup>(138)(139)(140)(141)(142)(143)</sup>

Els canvis que s'han produït durant els darrers anys en l'àmbit de l'atenció sanitària han provocat l'aparició d'una nova realitat social que afecta l'exercici de la professió. La introducció de noves tecnologies sanitàries, els canvis demogràfics i l'increment de necessitats per part de la població, són exemples dels nous reptes que les organitzacions sanitàries i els seus professionals van afrontant. Les persones que desenvolupen la seva activitat professional en l'àmbit de la salut són cada vegada més conscients de la importància de l'autocura en l'atenció de les malalties cròniques, i esdevenen més

sensibles davant d'un model assistencial que té en compte les necessitats i les preferències, dels malalts i els cuidadors, en totes les decisions que afecten la seva salut i la seva qualitat de vida.<sup>(61)</sup> En col·laboració amb els professionals sanitaris, el malalt es va responsabilitzant de l'autocura de la seva salut, va adquirint les competències necessàries per gestionar els símptomes de la malaltia, incorpora estils de vida saludables i aconsegueix, així, millorar la seva qualitat de vida. La millor estratègia de prevenció i tractament de les MC és la incorporació de conductes saludables. Per aquesta raó, l'autocura s'ha de considerar una estratègia implícita i permanent en els models d'atenció a la salut, dirigits a la població en general i, en particular, a persones que manifesten factors de risc de MC i a aquelles persones que la pateixen.<sup>(144)</sup>

#### **1.3.4. L'ATENCIÓ A LA PERSONA AMB MPOC**

El perfil de la persona afectada per la MPOC és, actualment, d'edat avançada, amb pluripatologia i un elevat consum de fàrmacs. El tabaquisme segueix essent un problema de salut important. Les descompensacions són un factor determinant que afecten clarament la supervivència, provoquen ingressos repetits i la mobilització de nombrosos recursos de salut, tant pel que fa al cost econòmic com a l'elevat nombre de consultes.<sup>(145)(146)</sup> La MPOC requereix tractaments prolongats. L'establiment d'un vincle bàsic es constitueix en el punt fonamental de qualsevol acció terapèutica. En l'enfocament centrat en la persona es busca entrar en el seu món per comprendre la vivència subjectiva de la malaltia en un marc més ampli. És rellevant integrar la persona com un participant actiu, valorat i essencial per al procés de canvi. La manera com es prescriu és tan valuosa com el tractament mateix. Les recaigudes no han de ser vistes com a fracassos, sinó com una oportunitat més d'aprendre. Les persones necessiten trobar les seves pròpies solucions i motivacions, i fer-se responsables de la seva salut; i els professionals de la salut els han de proporcionar els recursos per aconseguir-ho. Les intervencions reeixides i més efectives en l'atenció a llarg termini requereixen un enfocament terapèutic que posi l'accent en l'adherència i l'autocura.

Les últimes dècades, els serveis sanitaris estan immersos en el model de Gestió de Qualitat Total, que se centra a satisfer les expectatives del client a partir de la recerca d'una millora contínua, una alta competitivitat i la satisfacció tant del client intern com de l'extern. La

mesura de la satisfacció de la ciutadania s'ha convertit en una eina clau per a l'avaluació de la pràctica assistencial. La percepció dels usuaris és important per avaluar la qualitat dels serveis de salut i poder instaurar correccions o millores. La satisfacció es considera un bon predictor del compliment terapèutic per part de la persona. La relació de confiança, la continuïtat assistencial i la presa de decisions compartides entre els professionals i els ciutadans són factors nuclears de l'atenció primària.<sup>(147)</sup>

La satisfacció amb l'atenció rebuda per part del personal sanitari és un concepte en el qual intervenen aspectes com el temps dedicat a la consulta, la qualitat científicotècnica del professional, l'empatia percebuda pel ciutadà... entre altres. La comunicació efectiva influeix en el nivell de satisfacció entre els professionals i les persones malaltes.<sup>(147)(148)(149)</sup>

Així doncs, l'atenció centrada en la persona i la presa compartida de decisions constitueixen una àrea de gran interès en l'objectiu per millorar l'atenció dispensada als ciutadans. Pel que fa a la presa compartida de decisions, és un altre aspecte de l'atenció sanitària que es considera relacionat amb la qualitat. La participació activa de la persona malalta suposa una nova manera d'entendre la relació terapèutica, respectuosa amb els drets de la persona i potencialment beneficiosa per al procés terapèutic.<sup>(4)</sup> En aquest procés interactiu, el professional sanitari aporta els seus coneixements tècnics sobre la condició de salut, i del balanç risc-benefici de les intervencions diagnòstiques i terapèutiques disponibles, mentre el malalt aporta els seus valors, les seves preferències i preocupacions respecte a la seva experiència amb la condició de salut, així com les característiques de les intervencions que més importància tenen per a ell.<sup>(150)</sup> S'ha observat que, quan les persones malaltes són informades apropiadament sobre diferents procediments terapèutics d'efectivitat comparable, tendeixen a triar els menys invasius i a iniciar els tractaments més precoçment; es pot, doncs, prendre decisions de més qualitat. També s'ha observat una millora dels criteris de qualitat de l'atenció en salut, en incloure-hi la satisfacció de les persones amb l'assessorament sobre les opcions disponibles.<sup>(151)(152)</sup>

La participació dels ciutadans suposa una nova manera d'entendre la relació entre ells, els professionals i els sistemes de salut, no només des de la perspectiva del coneixement, el maneig i el control de la pròpia salut, d'una manera individual o col·lectiva, sinó també des

de la influència que pot arribar a tenir en la planificació de polítiques sanitàries. L'augment de l'esperança de vida i la consegüent prevalença de malalties cròniques, que ja suposen un 80% de les consultes d'atenció primària, són factors fonamentals del canvi de rol dels ciutadans. L'accés a Internet es constitueix com una font inesgotable de recursos d'informació sanitària dirigida als malalts i d'eines de participació, amb les xarxes socials com un enclavament d'intercanvi d'informació i consells pràctics entre malalts, familiars i professionals sanitaris. La consideració que els malalts poden ser experts en la seva pròpia malaltia possibilita una opció de participació real en salut, i d'aquesta manera s'accepta que adoptin un paper més actiu en les decisions sobre la seva salut, com succeeix amb la presa compartida de decisions, així com formar part d'iniciatives i d'avaluacions d'accions en salut pública i serveis sanitaris.

Les estratègies de salut pública es poden veure reforçades amb el desenvolupament i la implementació d'eines d'ajuda per a la presa compartida de decisions que afavoreixin la participació de la ciutadania en les decisions relacionades amb la seva salut.<sup>(150)(151)</sup>

A mesura que les societats es fan més complexes, i que cada vegada arriba més informació i desinformació sobre la salut a la ciutadania, l'alfabetització per a la salut esdevé més essencial. Les persones amb unes grans habilitats d'alfabetització per a la salut gaudeixen d'una salut millor i de més benestar, mentre que aquelles amb habilitats més febles tendeixen a mostrar un comportament més arriscat, a més d'un estat de salut pitjor.<sup>(153)</sup>

### **1.3.5. INNOVACIÓ EN PROGRAMES AMB LA CIUTADANIA**

Un dels reptes importants és redissenar alguns aspectes del nostre sistema organitzatiu i de gestió. El canvi ve determinat per la capacitat de reorganitzar les cures, i per adequar i formar els professionals de la salut que han de desenvolupar altres rols. És imprescindible la implicació dels protagonistes, els professionals i els ciutadans per tal d'avançar cap al futur de la mà de la tecnologia.

Segons l'OMS (1983), «si s'enfoca l'educació sanitària des d'un model participatiu i adaptat a les necessitats, la població adquirirà una responsabilitat en el seu aprenentatge i aquest no estarà centrat en el saber, sinó també en saber fer». Les característiques clau que presenten els programes d'educació per a la salut (EPS) avaluats com a programes efectius

respecte a la metodologia, són: que incorporin mètodes d'aprenentatge actius, que vagin dirigits cap a les influències socials i la dels mitjans de comunicació de masses, que reforcin els valors individuals i les normes grupals, i que promoguin el desenvolupament d'habilitats, fonamentalment socials.

Una estratègia especialment efectiva és el treball en grup entre iguals. És important utilitzar mètodes participatius que potenciïn l'adquisició d'habilitats socials, la competència en la comunicació i la resolució de conflictes i que, al mateix temps, incideixin en la responsabilitat, l'autoestima, la presa de decisions i la pràctica de les habilitats apreses.

S'han elaborat rutes assistencials entre nivells per donar resposta a la continuïtat assistencial, i fer fluir la informació entre professionals i pacients.<sup>(154)</sup>

La infermera virtual és una eina que potencia l'educació i la promoció de la salut, amb l'objectiu de fomentar l'autonomia de les persones a l'hora de prendre decisions sobre la salut. Aquest espai promociona la interrelació amb els usuaris, i és útil com a instrument de treball i de suport a la tasca presencial de les infermeres. Està dirigit a infermeres, usuaris i altres professionals.<sup>(155)</sup>

L'Escola de Pacients d'Andalusia, que va iniciar el seu camí l'any 2008, és un lloc de trobada pensat per a pacients, familiars, persones cuidadores i associacions. Un lloc en el qual, a través de l'intercanvi de coneixement i d'experiències, es contribueix a millorar la salut i la qualitat de vida de les persones que pateixen algun tipus de malaltia.<sup>(156)</sup>

A Catalunya, la Universitat dels Pacients —iniciativa de la Fundació J. Laporte, amb el suport de la Universitat Autònoma de Barcelona— involucra familiars, cuidadors, voluntaris i ciutadans en general interessats en temes de salut, a més de personal sanitari, i treballa desenvolupant activitats d'informació, formació i recerca.<sup>(157)</sup>

El Programa Pacient Expert ICS es va iniciar el 2006 a l'AP de Barcelona en el marc del Projecte de Gestió de Patologies en IC, amb la finalitat de potenciar l'autocura, la corresponsabilitat i l'autonomia de la persona, i posteriorment es va ampliar a més

patologies estenen-se pel territori. Fins al 2013 hi han participant 3.191 persones, 233 pacients experts i 649 professionals, s'han format 316 grups, hi ha col·laborat 212 EAP i 3 hospitals.

El Programa Pacient Expert de l'ICS s'ha passat a dir Programa Pacient Expert Catalunya, identificat com a pla estratègic pel Pla de Salut de Catalunya 2011-2015 del Departament de Salut de la Generalitat. Aquest programa està basat en experiències desenvolupades a altres països, com la Gran Bretanya, que han demostrat l'evidència científica d'efectes positius per a la salut. Té la finalitat de millorar la comprensió de la malaltia crònica per part dels ciutadans mitjançant l'intercanvi i transferència de coneixements del malalt expert amb la resta de malalts, per promoure canvis d'hàbits que millorin la seva qualitat de vida i la convivència amb la malaltia com una part més del procés assistencial.<sup>(158)</sup>

El programa Pacient Expert ha ajudat a reduir les visites a l'atenció primària, a l'especialitzada i d'urgències, i ha millorat la comprensió del pacient del seu problema de salut (figura 10).

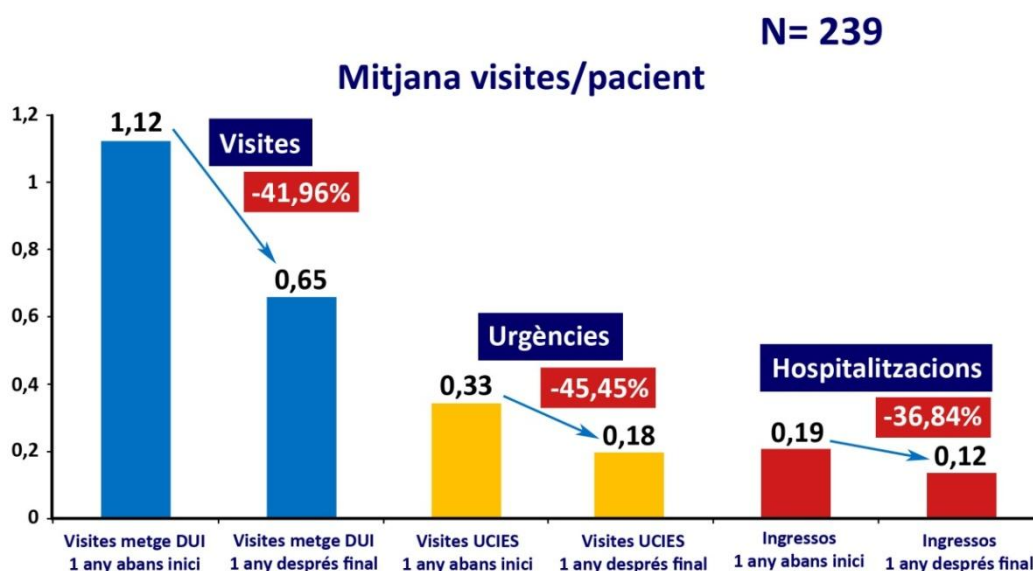


Figura 10: Desplegament Pacient expert a Catalunya 2008-2013. Resultats d'ICC

Font: Programa Pacient expert a Catalunya 2013

Actualment, s'està treballant amb les noves tecnologies de la informació i comunicació (TIC), i amb les eines 2.0 com a recursos professionals per a l'atenció al ciutadà.<sup>(159)</sup> Els projectes en què es treballa són, en l'àmbit hospitalari, la plataforma NEXES i el projecte Renewing Health; en l'àmbit de l'atenció primària, el projecte Telèmac i, en l'àmbit comunitari, el projecte Pegasus. Tots ells tenen en comú l'assistència sanitària integrada amb el suport de tecnologies de la informació.

El projecte Renewing Health —en què hi ha participat Catalunya, Noruega i Grècia—, s'impulsa per donar resposta a la cronicitat. Aquest projecte s'adreça a pacients amb MPOC en condicions fràgils que han estat ingressats en hospitals després d'una exacerbació aguda. La metodologia permet avaluar i obtenir resultats clínics.<sup>(160)(161)</sup>

En l'àmbit de l'atenció primària, el projecte Telèmac fa servir la telemonitorització a domicili. Consisteix a monitoritzar pacients de MPOC i/o IC juntament amb altres problemes de salut. Les biomesures preses amb els dispositius es transmeten a una tauleta i, així, el metge i la infermera les poden veure des del CAP, avisant el pacient si ho creuen necessari. La finalitat de l'estudi és poder avançar-se a les descompensacions per evitar empitjoraments i, amb això, l'ingrés hospitalari. Alhora, la persona malalta es converteix en un pacient actiu i, amb l'ajut dels professionals, va prenent el control de la seva malaltia al seu propi domicili.<sup>(162)</sup>

A Catalunya, l'Agència de Salut Pública del Departament de Salut treballa conjuntament amb TicSalut en projectes internacionals que estudien l'ús de dispositius i aplicacions mòbils per promoure comportaments saludables entre adolescents, com el Pegasus Project.<sup>(163)</sup>

Enguany, el Govern de la Generalitat de Catalunya ha posat en marxa el Model d'Atenció no Presencial (MANP). Aquest model recull tots els recursos a l'abast per apropar i facilitar l'accés als serveis sanitaris a la societat en general, corresponsabilitzant les persones i els professionals en la prevenció, el control i el seguiment de la salut.<sup>(164)</sup>

Segons Ronchi, les TIC són considerades tecnologies amb un alt potencial transformador, ja que permeten noves formes d'exercir la medicina i desenvolupar el sistema sanitari. Ronchi posa de manifest la millora i la renovació de l'AP en tres àrees específiques: la millora de la cura de les malalties cròniques —la pràctica generalitzada del servei informatiu en diferents aplicacions i el progrés de la coordinació de les cures sanitàries—; la millora de l'accés a la sanitat, especialment la telemedicina —el sistema d'arxivament i transmissió d'imatges s'utilitzen amb excel·lents resultats en poblacions rurals o remotes—, i la millora de la qualitat de la medicació i la supervisió (prescripció electrònica).<sup>(165)</sup>



## 2. HIPÒTESI

### Justificació

les malalties cròniques, són un factor de pèrdua de qualitat de vida molt rellevant, estan en gran mesura vinculades a les condicions socials i els estils de vida i persisteixin durant molt temps. La malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC), es caracteritza per l'existència d'una obstrucció de les vies respiratòries que empitjora amb el pas del temps, arribant a limitar la capacitat de la persona per realitzar les activitats quotidianes. L'atenció sanitària a les malalties cròniques requereix una visió centrada en les persones.

El maneig de la MPOC per part de la persona es pot millorar a través de l'educació per a la salut i l'apoderament, intentant que aquesta i la seva família adquireixin les competències necessàries per gestionar els símptomes de la malaltia i incorporin estils de vida saludables.

La hipòtesi que es formula en aquest estudi és que el benestar de les persones amb malaltia pulmonar obstructiva crònica està relacionat amb la utilització de recursos personals, el suport familiar i la satisfacció amb els serveis de salut.

### **3. OBJECTIUS**

#### **3.1 OBJECTIU PRINCIPAL**

Analitzar els recursos i els factors motivadors que té la persona per afrontar la malaltia pulmonar obstructiva crònica.

#### **3.2 OBJECTIUS SECUNDARIS**

1. Conèixer la percepció que té la persona amb MPOC del suport de la funció familiar i esbrinar si hi ha diferència entre sexes i la situació de convivència.
2. Mesurar la puntuació de l'autoestima de les persones amb malaltia pulmonar obstructiva crònica i indagar si hi ha diferència entre sexes.
3. Determinar el sentit de coherència i la relació amb la qualitat de vida de les persones amb malaltia pulmonar obstructiva crònica.
4. Descriure la percepció de salut i qualitat de vida que tenen les persones afectades de MPOC.
5. Conèixer la satisfacció de les persones amb MPOC en relació en l'atenció rebuda a la consulta per part dels professionals de la salut.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1. DISSENY I TIPUS D'ESTUDI

És un estudi quantitatiu, de tipus descriptiu, observacional de tall transversal.

### 4.2. ÀMBIT D'ESTUDI

Es va realitzar en dues àrees bàsiques de salut (ABS) de la Regió Sanitària de Girona de l'Institut Català de la Salut: Girona-2, d'àmbit urbà, i Girona-4, d'àmbit urbà i rural. L'ABS de Girona-2 és una zona àmpliament urbana, situada a l'oest de la ciutat que inclou el barri de St. Narcís, Sta. Eugènia i Can Gibert del Pla. Els habitants d'aquesta comunitat són, majoritàriament autòctons, de classe treballadora, però també és una zona d'acollida d'immigració. En una primera onada, als anys 50 i 60, la immigració era espanyola, i en els inicis del 2000 va ser sud-americana, magrebina i subsaharina. La població adulta d'aquesta àrea sanitària és de 20.000 habitants.

L'ABS de Girona-4 comprèn l'àmbit territorial dels municipis de Canet d'Adri, llevat del nucli de Sant Joan de Montbó, Sant Gregori, llevat del nucli de Constantins i Sant Martí de Llémna, i l'àmbit territorial del municipi de Girona delimitat pel terme municipal de Sant Gregori, el terme municipal de Salt, el riu Ter i el terme municipal de Sarrià de Ter. La població de la zona urbana prové de la immigració dels anys 50 i 60, quan van venir treballadors oriünds sobretot de Castella, d'Andalusia i d'Extremadura i, on actualment, també resideixen petits grups de sud-americans, magrebins i subsaharians. En la zona rural, la població és majoritàriament autòctona. La població adulta d'aquesta àrea sanitària és d'11.180 habitants.

### 4.3. POBLACIÓ D'ESTUDI

La població d'estudi són les persones adultes diagnosticades de MPOC que van a visitar-se als centres d'atenció primària de Girona-2 i Girona-4.

### 4.4. MOSTREIG

Es calcula la mostra tenint en compte que, en la població d'estudi, prop de dues tercers parts són homes. Per a la realització de la comparació entre sexes, de mitjanes de puntuació de l'escala d'Autoestima Rosenberg, i acceptant un risc alfa de 0.05, i un risc

beta inferior al 0.20 en un contrast bilateral calen 66 subjectes en el grup de dones i 132 en el grup d'homes per detectar una diferència igual o superior a 2 unitats. S'assumeix que la desviació estàndard comuna és de 4.48. S'ha estimat una taxa de pèrdues de seguiment del 10%. Aquesta grandària de la mostra permet estimar la mitjana de la població estudiada amb una precisió de 0,8 unitats per als homes i 1,15 per les dones. El càlcul s'ha fet utilitzant el programa Granmo versió 5.

La distribució dels subjectes inclosos en l'estudi en els grups d'homes i dones es va realitzar de forma aleatòria a partir de llistats prèviament generats amb una aplicació informàtica.

## **4.5. CRITERIS D'INCLUSIÓ I EXCLUSIÓ**

### **4.5.1. Criteris d'inclusió**

Persones amb diagnòstic de MPOC que pertanyen a els equips d'Atenció Primària de Girona 2 i Girona 4.

### **4.5.2. Criteris d'exclusió**

Persones amb diagnòstic de MPOC i que, a més, presenten alguna patologia psiquiàtrica, pacients amb deteriorament cognitiu, pacients en fase terminal i aquelles persones que han declinat la participació.

## **4.6. VARIABLES**

### **Variables sociodemogràfiques**

*Edat, sexe*: home i dona; *convivència*: viu sol i viu amb família; *situació laboral*: actiu i no actiu, i *país de procedència*: espanyol i estranger.

### **Variables referents als recursos de la persona per fer front a la vida**

*Comprensibilitat*: Es refereix a l'habilitat d'establir concessions lògiques i ordenades en el que succeeix en l'entorn i creure que la vida es predicable.

*Manejabilitat*: Fa referència a la capacitat de gestió que té la persona per fer front els problemes segons els recursos de que disposa.

*Significació*: Refereix està content amb la vida i considera que té un significat i un propòsit.

## **Variables relacionades amb la percepció de la funció familiar que tenen les persones amb MPOC**

*L'adaptabilitat* mesura la utilització dels recursos intra i extra familiars per a la resolució dels problemes quan l'equilibri de la família es veu amenaçat per un canvi o període de crisi. *La participació* mesura la cooperació dels membres de la família, es refereix a compartir la presa de decisions i responsabilitats com a membre de la família. Defineix el grau de poder i participació de cadascun dels membres de la família. *El desenvolupament* mesura l'assoliment en la maduració emocional i física i en l'autorealització dels membres de la família a través de suport i força mútua. *La resolució* mesura la tasca de compartir és el compromís o determinació de dedicar (temps, espai, diners) a els altres membres de la família. *L'afecte* mesura les relacions de cura, és la relació d'amor i atenció que existeix entre els membres de la família.

## **Variables referents a percepció que tenen les persones amb MPOC sobre l'autoestima**

*L'autoestima* suposa una avaluació global de la consideració positiva o negativa d'un mateix. Serveix com una mesura unidimensional de l'autoestima global, com del sentit positiu o negatiu, en què es frasegen els seus ítems, continguts dels quals se centren en els sentiments de respecte i acceptació de si mateix/a.

## **Variables relacionades amb la satisfacció en relació amb l'atenció rebuda a la consulta**

La *satisfacció global a la consulta* introdueix el concepte de percepció que té la persona sobre la satisfacció global de la consulta. Compta amb tres factors: El primer factor, *cures ofertes pel professional*, valora les competències del professional, les habilitats clíniques i de comunicació entre el ciutadà i la infermera i entre el ciutadà i el metge. El segon factor, *temps dedicat a la consulta*, valora si s'ha considerat massa breu el temps que hi ha dedicat el professional. El tercer factor, *profunditat de la relació amb el professional*, valora la relació que s'estableix entre el ciutadà i la infermera i entre el ciutadà i el metge.

## **Variables relacionades amb la qualitat de vida relacionada amb la salut**

La *mobilitat*, entesa com aquella activitat que realitza la persona per desplaçar-se d'un lloc a un altre.

L'*activitat quotidiana*, entesa com les activitats habituals que fa diàriament la persona.

Les *cures personals*, enteses com tenir cura de la seva salut, la higiene personal i el benestar.

El *dolor/ malestar*, entès com a molèstia física.

L'*ansietat/depressió* entesa com el malestar que afecta l'ànim.

#### 4.7. INSTRUMENTS PER A LA RECOLLIDA DADES

En la realització d'aquest estudi es van utilitzar diversos instruments de recollida de dades que es descriuen a continuació.

Per compilar les dades sociodemogràfiques es va emprar un qüestionari *ad hoc* de recollida de dades personals en el qual s'inclouen les variables de la data de complimentació, l'identificador, l'edat, el sexe, l'estat civil, la situació laboral i el país de procedència.

Per conèixer els recursos i els factors motivadors que té la persona es va fer servir el Qüestionari de Sentit de Coherència (SOC-13) (Annex 3). L'Escala d'Autoestima de ROSENBERG (EAR) (Annex 4), per conèixer la consideració positiva o negativa d'un mateix. Per determinar la percepció que té la persona sobre la funció familiar es va utilitzar el Qüestionari APGAR FAMILIAR (Annex 5) i per conèixer la satisfacció, es va emprar el Qüestionari de Baker (Annex 6) i, per últim, per identificar la percepció de salut es va utilitzar el Qüestionari EuroQol-5D (Annex 7).

#### **Qüestionari SOC 13**

El constructe de sentit de coherència es mesura amb el Qüestionari d'orientació cap a la Vida (OLQ) d'Antonovsky (1985) <sup>(135)</sup>. El qüestionari original compta amb 29 ítems en llengua anglesa. La versió abreviada (1993), traduïda a 33 llengües, és de 13 ítems, i la pot emplenar un mateix. La validació amb població espanyola es publica al 2005 per Virués-Ortega et al. <sup>(166)</sup>

Les preguntes es responen mitjançant una escala tipus Likert amb set puntuacions que van des de Nunca me ha ocurrido (1) a Me ha ocurrido siempre (7).

La fiabilitat es troba entre 0,70 i 0,92, la qual cosa el cataloga com un instrument amb una bona fiabilitat. La puntuació del SOC 13 va d'un mínim de 13 punts a una puntuació màxima

de 91 punt. Els ítems 1 i 7 inverteixen la seva puntuació, ja que s'expressen de manera oposada, a fi d'evitar l'anomenat efecte d'aquiescència<sup>(167)</sup>.

Per avaluar el sentit de coherència de cada una de les persones entrevistades, s'ha donat una puntuació màxim i mínima que podria aconseguir i s'ha dividit de forma proporcional, per obtenir tres nivells: alt, mitja i baix.

Per a la *maneabilitat*, la puntuació mínima és d'1 i la màxima de 28 punts. La *comprensibilitat* té una puntuació mínima d'1 i una màxima de 35. La puntuació mínima en la *significació* és d'1 i la màxima de 28 punts.

S'inclouen tres escales, corresponents a les tres dimensions del constructe: *Comprensibilitat*: Es refereix a l'habilitat d'establir concessions lògiques i ordenades en el que succeeix en l'entorn i creure que la vida es predicable. S'avalua amb els cinc ítems següents, que es corresponen amb les preguntes 2, 6, 8, 9 i 11 del qüestionari.

2. *¿Te has quedado alguna vez sorprendido/a por el comportamiento de personas que creías conocer bien?*

*Nunca me ha ocurrido (1), me ha ocurrido siempre (7)*

6. *¿Muchas veces sientes que te encuentras en una situación poco habitual, sin saber qué hacer?*

*Me ocurre frecuentemente (1), nunca o raramente me ocurre (7)*

8. *¿Tienes sentimientos e ideas muy confusos?*

*Muy frecuentemente (1), muy raramente o nunca (7)*

9. *¿Te ocurre que tienes sentimientos que no te gustaría tener?*

*Muy frecuentemente (1), muy raramente o nunca (7)*

11. *Cuando tienes que enfrentarte a un problema generalmente acabas por comprobar que: Valoraste mal la importancia del problema (1), valoraste correctamente la importancia del problema (7)*

L'ítem número 2 inverteix la seva puntuació en la correcció, ja que està formulat en el sentit oposat a la resta.

*Manejabilidad*: Fa referència a la capacitat de gestió que té la persona per fer front els problemes segons els recursos de que disposa. Aquesta escala està composta pels ítems 3, 5, 10 i 13.

3. *¿Te has sentido decepcionado/a por personas con las que de entrada contabas?*

*Nunca me ha ocurrido (1), me ha ocurrido siempre (7)*

5. *¿Tienes la sensación de que no eres tratado con justicia?*

*Muy frecuentemente (1), raramente o nunca (7)*

10. *Muchas personas (incluso las que tienen un carácter fuerte), en ciertas situaciones, se sienten a veces unos fracasados. ¿Con qué frecuencia te has sentido tú así en el pasado?*

*Nunca (1), muchas veces (7)*

13. *¿Con qué frecuencia tienes sentimientos que dudas poder controlar?*

*Muy frecuentemente (1), muy raramente o nunca (7)*

Els ítems 3 i 10 inverteixen la seva puntuació, ja que s'expressen de manera oposada.

*Significació:* Refereix està content amb la vida i considera que té un significat i un propòsit.

Es mesura amb quatre ítems, els números dels quals són 1, 4, 7 i 12.

1. *¿Tienes la impresión de que no te interesas por lo que pasa a tu alrededor? Muy rara vez no me intereso (1), con mucha frecuencia no me intereso (7)*

4. *Hasta ahora en la vida: no he conseguido los objetivos ni mi propio rumbo.*

*(1), he conseguido los objetivos y mi propio rumbo (7)*

7. *Aquello que haces diariamente es: una fuente de profunda satisfacción y placer*

*(1), una fuente de sufrimiento y aburrimiento (7)*

12. *¿Con qué frecuencia sientes que las cosas que haces en tu vida diaria apenas tienen sentido? Muy frecuentemente (1), muy raramente o nunca (7)*

### **Qüestionari APGAR FAMILIAR**

Valora la percepció que té la persona entrevistada sobre la funció familiar. Serveix als professionals de la salut per identificar una possible disfunció familiar, no per diagnosticar-la, i està dirigit a la població general. L'APGAR familiar es remunta a l'any 1978 quan Smilkstein va publicar la primera versió d'aquest instrument. El seu propòsit fou dissenyar una eina breu de tamisatge per a ús diari en la consulta del metge de família "per obtenir una revisió ràpida dels components del funcionament familiar"<sup>(168)</sup>.



Les preguntes estan dirigides a mesurar qualitativament la satisfacció d'un membre d'una família quant a cinc elements que constitueixen la funció familiar —l'adaptabilitat, la participació, el desenvolupament, l'efecte i la resolució—, pel fet que Smilkstein tenia el concepte que la funció familiar era la cura i el suport que un individu rep de la seva pròpia família.

L'escala de qualificació d'APGAR familiar que proposa Smilkstein estableix dues possibilitats: la funcionalitat i la disfuncionalitat familiar. No obstant això, en les dimensions que integren els cinc conceptes que originaren el mateix nombre de reactius en el test, no s'identifica la possibilitat de mesurar amb l'APGAR la disfunció familiar. Aquesta incongruència entre contingut dels constructes i els seus reactius, objectiu de l'instrument i escala de qualificació, obliga a considerar que l'APGAR familiar realment no mesura la funció familiar com proposava el seu autor. A més, com que aquesta eina s'ha utilitzat en l'àmbit de la medicina familiar i que l'anàlisi del seu disseny, objectius, fiabilitat i validesa no són consistents, és indispensable aclarir la congruència de tots aquests elements, i contribuir a tenir un instrument fiable i amb la validesa suficient perquè el professional de la salut el pugui utilitzar i valorar tant en l'àmbit clínic com en el de la investigació.

El qüestionari de l'Apgar familiar va ser dissenyat per explorar l'impacte de la funció familiar dels seus membres, i per conèixer fins a quin punt la família i el seu comportament com a tal envers de la salut i l'atenció sanitària pot considerar-se un recurs per als seus integrants, o si, per contra, influeix empitjorant la situació.

La versió espanyola es publica el 1996 per Bellón et al. <sup>(169)</sup>, les propietats psicomètriques com la fiabilitat test-retest és superior a 0.75 i presenta una bona consistència interna (alfa de Cronbach 0.84). La validesa en el treball original s'obté un alt grau de correlació 0.80 amb el Pless-Satterwhite Family Function Index. L'anàlisi factorial demostra que es tracta d'una escala unidimensional, és dir, que els 5 ítems mesuren aspectes del mateix concepte (la disfunció familiar). Els autors consideren que aquest instrument és vàlid i fiable, però no s'ha de considerar com l'única possibilitat per estudiar la família. Les cinc variables de l'instrument avaluen un sol constructe, que en aquest cas és la percepció del funcionament familiar mitjançant l'explicació de la seva satisfacció de les relacions que tenen amb els seus familiars.

Es tracta d'un qüestionari fàcil de respondre, que pot ser autoadministrat o heteroadministrat, i que consta només de 5 ítems valorats amb una escala tipus Likert que va de 0 a quasi mai a 2 quasi sempre. Els punts de tall són normofuncional (de 7 a 10 punts), disfuncional lleu (de 3 a 6 punts) i disfuncional greu (de 0 a 2 punts).

Es caracteritza per ser un qüestionari de cribratge, que reflexa la percepció del pacient sobre l'estat funcional de la seva família, dóna una visió ràpida i panoràmica dels components de la funció familiar i serveix per a diferents tipus de família.

Els ítems de què es compona són:

1. *¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?*

*0 Casi nunca, 1 A veces, 2 Casi siempre*

2. *¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?*

*0 Casi nunca, 1 A veces, 2 Casi siempre*

3. *¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?*

*0 Casi nunca, 1 A veces, 2 Casi siempre*

4. *¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?*

*0 Casi nunca, 1 A veces, 2 Casi siempre*

5. *¿Siente que su familia le quiere?*

*0 Casi nunca, 1 A veces, 2 Casi siempre*

Els components de la funció familiar són: adaptabilitat (*adaptability*), cooperació (*partnership*), desenvolupament (*growth*), afectivitat (*affection*) i capacitat resolutiva (*resolve*).

*Adaptabilitat:* mesura la utilització dels recursos intra i extra familiars per a la resolució dels problemes quan l'equilibri de la família es veu amenaçat per un canvi o període de crisi.

*Participació:* mesura la cooperació dels membres de la família, es refereix a compartir la presa de decisions i responsabilitats com a membre de la família. Defineix el grau de poder i participació de cadascun dels membres de la família.

*Desenvolupament:* mesura l'assoliment en la maduració emocional i física i en l'autorealització dels membres de la família a través de suport i força mútua. Aquest gradient avalua la capacitat de travessar les diferents etapes del cicle vital familiar en forma de maduresa, permetent la individualització i separació dels diferents membres de la família.

*Afecte*: mesura les relacions de cura, és la relació d'amor i atenció que existeix entre els membres de la família.

*Resolució*: mesura la tasca de compartir, és el compromís o determinació de dedicar (temps, espai, diners) a els altres membres de la família.

Aquests cinc components s'avaluen a través d'una sèrie de preguntes que poden fer-se en el transcurs d'una entrevista i mesuren tant l'ambient emocional que envolta els nostres pacients com també la capacitat del grup familiar per fer front a les diferents crisis. El funcionament de la família es coneix, doncs, a través de la satisfacció de l'entrevistat amb la seva vida familiar i la percepció que un integrant d'una família té del propi funcionament familiar. L'APGAR familiar pot aplicar-se a diferents membres de la família i en diferents moments per identificar la seva variació, en determinats moments. També pot ser útil respondre'l en conjunt, en el transcurs d'una entrevista familiar, i conèixer *in situ* les opinions de tots els integrants del sistema familiar.

### ***Escala de l'Autoestima de ROSENBERG***

Rosenberg (1965)<sup>(170)</sup> va definir l'autoestima com l'actitud global, favorable o desfavorable, que l'individu té cap a un mateix. L'Escala d'Autoestima de Rosenberg (RSES) és un instrument validat interculturalment en 53 països i traduït a 28 idiomes. A Espanya, s'han dut a terme diversos estudis per analitzar les propietats psicomètriques de l'escala d'autoestima de Rosenberg (RSES) amb mostres clíniques com els realitzats per Baños i Guillén l'any 2000, i per Vázquez, Jiménez i Vázquez-Morejón, a l'any 2004, amb malalts de salut mental i amb adolescents dut a terme per Atienza, Moreno, i Balaguer a l'any 2000; i per Pastor, Navarro, Tomàs, i Oliver, al 1997, i amb adults efectuats per Salgado i Esglésies, al 1995 i per Martí Albó al 2007<sup>(171)</sup>. Pel que fa a les propietats psicomètriques, la consistència interna de l'escala va ser avaluada amb l'Alfa de Cronbach. Els valors obtinguts en la primera i segona administració van ser de 0,85 i 0,88 respectivament. El valor de la correlació test-retest va ser de 0,84.

El qüestionari RSES és autoadministrable, consta de 10 ítems que es refereixen a l'autoestima i l'autoacceptació, en un format de respostes tipus Likert de 4 punts, amb un rang que fluctua des d'1 *molt en desacord* a 4 *molt d'acord*. La puntuació total de l'escala comprèn un rang de 10 a 40: la puntuació 10 indica baixa autoestima i la 40 la més alta. A fi

de minimitzar l'efecte d'aquiescència, cinc dels ítems es presenten redactats positivament: 1, 3, 4, 7 i 10.

1. *Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.* Muy de acuerdo 4, De acuerdo 3, En desacuerdo 2, Muy en desacuerdo 1

2. *Creo que tengo un buen número de cualidades.* Muy de acuerdo 4, De acuerdo 3, En desacuerdo 2, Muy en desacuerdo 1

4. *Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.* Muy de acuerdo 4, De acuerdo 3, En desacuerdo 2, Muy en desacuerdo 1

6. *Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.* Muy de acuerdo 4, De acuerdo 3, En desacuerdo 2, Muy en desacuerdo 1

7. *En general, estoy satisfecho/a conmigo mismo/a.* Muy de acuerdo 4, De acuerdo 3, En desacuerdo 2, Muy en desacuerdo 1

Els cinc ítems redactats negativament són: 2, 5, 6, 8 i 9.

3. *En general, me inclino a pensar que soy un/a fracasado/a.* Muy de acuerdo 4, De acuerdo 3, En desacuerdo 2, Muy en desacuerdo 1

5. *Siento que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso/a de mí.* Muy de acuerdo 4, De acuerdo 3, En desacuerdo 2, Muy en desacuerdo 1

8. *Desearía valorarme más a mí mismo/a.* Muy de acuerdo 4, De acuerdo 3, En desacuerdo 2, Muy en desacuerdo 1

9. *A veces me siento verdaderamente inútil.* Muy de acuerdo 4, De acuerdo 3, En desacuerdo 2, Muy en desacuerdo 1

10. *A veces pienso que no soy bueno/a para nada.* Muy de acuerdo 4, De acuerdo 3, En desacuerdo 2, Muy en desacuerdo 1

### **Qüestionari de BAKER adaptat**

El qüestionari de Baker (1990)<sup>(172)</sup> és un instrument dissenyat específicament per avaluar la satisfacció del pacient amb la consulta del metge/essa. Tres anys més tard, el 1996, Pluton el va validar per a l'infermer/a<sup>(173)</sup>. El procés d'adaptació de qüestionaris a diferents idiomes o cultures es considera un pas necessari per assegurar una fiabilitat i una validesa similars a l'instrument original. En aquest sentit, l'adaptació del qüestionari ha demostrat posseir una estructura interna similar en l'àmbit d'AP a la descrita en els pacients del centre de salut de Bristol, on es va fer l'estudi original. L'adaptació al català i castellà del

qüestionari per mesurar la satisfacció del pacient amb la consulta de medicina de família i d'infermeria en el nostre entorn arriba l'any 2008 de la mà de Fernández San Martín et al. <sup>(174)</sup>. En la validació en català i castellà, i pel que fa a les propietats psicomètriques, la fiabilitat test-retest és superior a 0.7 en totes dues versions. El qüestionari presenta una bona consistència interna alfa de Cronbach 0.649 en català i de 0.75 en castellà. La validesa es va avaluar amb el test d'esfericitat de Bartlett:  $p < 0,001$ ; KMO: 0,89. En la versió en català s'han eliminat els coeficients inferiors a 0,4 KMO -test de Kaiser-Meyer-Olkin- deixant els resultats del model factorial amb en excel·lents, bons o acceptables.

El qüestionari és autoadministrable i consta de 18 ítems que es responen mitjançant una escala de Likert de 5 punts (des de 1, *totalment en desacord*, fins a 5, *totalment d'acord*). Les preguntes en positiu i en negatiu estan intercalades per evitar la tendència a avaluar la mateixa categoria. Abans d'iniciar l'anàlisi de les dades, es van recodificar les respostes dels ítems negatius perquè totes tinguessin el mateix sentit: com més puntuació més satisfacció. L'instrument contempla 4 dimensions: *la satisfacció general* i 3 factors: *les cures ofertes pel professional*, amb 8 ítems; *el temps dedicat a la consulta*, integrada per 5 ítems, i *la profunditat de la relació amb el professional*, formada per 3 ítems. Cada ítem té 5 opcions de resposta que es poden puntuar d'1-5, on 1 és *totalment en desacord* i 5 *totalment d'acord*. En la revisió no s'ha trobat el mètode per analitzar el qüestionari, per tant, es proposa calcular la mitjana de cada ítem i/o la mitjana per dimensions (suma de puntuacions dels ítems de la dimensió/n. ítems de la dimensió).

La puntuació total del qüestionari és de 90 punts (18 preguntes x 5 punts)

- 1) 15 punts corresponen a la satisfacció general (3 ítems)
- 2) 40 punts relacionades amb les cures que ofereix el professional (8 ítems)
- 3) 20 punts tenen a veure amb el temps dedicat a la consulta (4 ítems)
- 4) 15 punts corresponen a la profunditat de la relació amb el professional (3 ítems)

*Satisfacció general :*

*1. Estic totalment satisfet de la visita amb aquest metge/infermera. 1 totalment en desacord, 2 ni d'acord ni en desacord, 3 d'acord, 4 molt d'acord, 5 totalment d'acord*

7. *Alguns aspectes de la consulta amb el metge/infermera podrien haver estat millors. 1 totalment en desacord, 2 ni d'acord ni en desacord, 3 d'acord, 4 molt d'acord, 5 totalment d'acord*

17. *No estic del tot satisfet amb la visita al metge/infermera. 1 totalment en desacord, 2 ni d'acord ni en desacord, 3 d'acord, 4 molt d'acord, 5 totalment d'acord*

El primer factor reproduceix la dimensió de «cures ofertes pel professional» (CP) i està compost per 8 ítems que valoren la competència del professional, habilitats clíniques i de comunicació metge/metgessa i infermera/infermer amb el pacient.

*Cures que ofereix el professional (CP)*

2. *El metge/infermera ha tingut molta cura a examinar tots els problemes. 1 totalment en desacord, 2 ni d'acord ni en desacord, 3 d'acord, 4 molt d'acord, 5 totalment d'acord*

3. *Seguiré els consells del metge/infermera perquè crec que són molt encertats. 1 totalment en desacord, 2 ni d'acord ni en desacord, 3 d'acord, 4 molt d'acord, 5 totalment d'acord*

4. *M'he trobat còmode parlant amb el metge/infermera sobre temes molt personals. 1 totalment en desacord, 2 ni d'acord ni en desacord, 3 d'acord, 4 molt d'acord, 5 totalment d'acord*

6. *El metge/infermera m'ha donat una informació completa sobre el tractament. 1 totalment en desacord, 2 ni d'acord ni en desacord, 3 d'acord, 4 molt d'acord, 5 totalment d'acord*

9. *El metge/infermera ha escoltat amb molta atenció tot el que li he dit. 1 totalment en desacord, 2 ni d'acord ni en desacord, 3 d'acord, 4 molt d'acord, 5 totalment d'acord*

10. *Penso que el metge/infermera m'ha tractat d'una manera personalitzada. 1 totalment en desacord, 2 ni d'acord ni en desacord, 3 d'acord, 4 molt d'acord, 5 totalment d'acord*

12. *Després de la visita amb el metge/infermera entenc molt millor el meu problema de salut. 1 totalment en desacord, 2 ni d'acord ni en desacord, 3 d'acord, 4 molt d'acord, 5 totalment d'acord*

13. *El metge/infermera s'ha interessat per mi no tan sols pel meu problema de salut, sinó també com a persona. 1 totalment en desacord, 2 ni d'acord ni en desacord, 3 d'acord, 4 molt d'acord, 5 totalment d'acord*

El segon factor és el «temps dedicat a la consulta» (TC) i està compost per 4 ítems que valoren si s'ha considerat massa breu el temps que li ha dedicat el professional.

*Temps dedicat a la consulta (TC)*

5. El temps que he passat amb aquest metge/infermera ha estat massa curt. 1 totalment en desacord, 2 ni d'acord ni en desacord, 3 d'acord, 4 molt d'acord, 5 totalment d'acord

11. El temps que he estat amb el metge/infermera no ha sigut suficient per parlar de tot el que volia. 1 totalment en desacord, 2 ni d'acord ni en desacord, 3 d'acord, 4 molt d'acord, 5 totalment d'acord.

15. Crec que aquest metge/infermera realment sabia el que jo estava pensant. 1 totalment en desacord, 2 ni d'acord ni en desacord, 3 d'acord, 4 molt d'acord, 5 totalment d'acord

18. Trobaria difícil parlar amb aquest metge/infermera sobre temes personals. 1 totalment en desacord, 2 ni d'acord ni en desacord, 3 d'acord, 4 molt d'acord, 5 totalment d'acord

El tercer factor tracta sobre la «profunditat de la relació amb el professional» (PR). S'hi inclouen 3 ítems que valoren el que el professional coneix del pacient.

*Profunditat de la relació amb el professional (PR)*

8. Hi ha algunes coses que el metge/infermera no sap de mi. 1 totalment en desacord, 2 ni d'acord ni en desacord, 3 d'acord, 4 molt d'acord, 5 totalment d'acord

14. El metge/infermera ho sap tot sobre mi. 1 totalment en desacord, 2 ni d'acord ni en desacord, 3 d'acord, 4 molt d'acord, 5 totalment d'acord

15. Crec que aquest metge/infermera realment sabia el que jo estava pensant. 1 totalment en desacord, 2 ni d'acord ni en desacord, 3 d'acord, 4 molt d'acord, 5 totalment d'acord.

Les preguntes en negatiu són: 5, 7, 8, 11, 17, 18.

### **Qüestionari EuroQol-5D**

El qüestionari EuroQol-5D mesura la qualitat de vida i està basat en els treballs d'un equip multidisciplinari de cinc països (Anglaterra, Finlàndia, Holanda, Suècia i Dinamarca), que van començar el 1988 i que van culminar amb el desenvolupament de la primera versió de l'EuroQol el 1990. Inicialment constava de 6 dimensions, però l'any 1996<sup>(175)</sup> es va realitzar la versió actual EQ-5D que consta de només 5 dimensions. L'objectiu del grup d'autors Brooks R et al, a través d'un estudi multicèntric i multidisciplinari, era disposar d'un instrument senzill que descrivís la qualitat de vida associada a la salut. A Espanya, el grup liderat pel Dr. X. Badia va dur a terme la validació en espanyol el 1995 i posteriorment en català al 1989<sup>(37)</sup>.

Pel que fa a les propietats psicomètriques fiabilitat, la fiabilitat test-retest de la versió original oscil·la entre 0.69 i 0.94, i la de la versió actual entre 0.86 i 0.90.

El qüestionari EuroQol-5D és un instrument genèric que mesura la qualitat de vida relacionada amb la salut en persones adultes, tant en individus relativament sans (població general) com en grups de pacients amb diferents patologies. És un qüestionari fàcil de respondre, que pot ser autoadministrat o administrat en una entrevista personal. Consta de quatre parts. La primera valora el nivell de gravetat per dimensions de salut, que són 5: la mobilitat, la cura personal, les activitats quotidianes, el dolor/malestar i l'ansietat/depressió, i cada una, al seu torn, té tres nivells de gravetat, 1 «no tinc problemes»; 2 «tinc alguns problemes»; 3 «tinc molts problemes». En aquest apartat del qüestionari l'individu ha de marcar el nivell de gravetat corresponent al seu estat de salut en cada una de les dimensions referint-se al mateix dia que emplena el qüestionari.

La combinació dels valors de totes les dimensions genera nombres de 5 dígit, amb 243 combinacions o estats de salut possibles, que es poden utilitzar com a perfils. Per exemple, un individu que assenyali que no té problemes per caminar (1), no té problemes amb la cura personal (1), té alguns problemes per realitzar les seves activitats quotidianes (2), té moderat dolor o malestar (2) i no està ansiós o deprimat (1), se situa en l'estat de salut 11221.

La segona part de l'EQ-5D és una escala visual analògica (EVA) vertical de 20 cm, mil·limetrada, que va de 0 a 100, en què 0 és el pitjor estat de salut imaginable i 100 el millor estat de salut imaginable. L'individu ha de marcar en l'escala el punt en la línia vertical que reflecteixi millor la valoració del seu estat de salut global en el dia que es s'emplena l'escala. L'ús de l'EVA proporciona una puntuació complementària al sistema descriptiu de l'autoavaluació de l'estat de salut de l'individu.

La tercera part està dissenyada per obtenir valors individuals de puntuació per als estats de salut descrits. Es presenten una sèrie d'estats de salut definits i en una escala EVA s'ha d'indicar com la persona que respon l'enquesta descriuria cadascun dels estats. Es mostren 16 estats de salut, més el d'"inconscient" i "mort". Amb aquestes dades s'obté una valoració "social" de cada estat de salut i es construeix un valor índex que anomenem "tarifa" per a cadascun d'ells. Aquestes dades poden donar-se de forma ajustada o no directament dels valors obtinguts de l'EVA. La puntuació va de 0 (pitjor estat de salut imaginable) a 100 (millor estat de salut imaginable), i permet a l'individu valorar l'estat de salut i obtenir un índex d'utilitat de la seva QVRS dividint el valor assenyalat en l'escala entre 100.



La quarta part dóna informació personal sobre l'enquestat. Dos estats addicionals – inconscient i mort – completen la classificació dels estats de salut d'EQ-5D.

La ponderació de les preferències dels 243 estats de salut resultants d'EQ-5D es deriva d'estudis poblacionals per mitjà de tècniques com la classificació d'escala (*rating scale*), el joc uniforme (*standard gamble*) o l'intercanvi de temps (*estafi trade-off*). Aquestes tècniques s'utilitzen per obtenir els valors directes de l'"estat de salut" dels individus.

La interpretació de l'EQ-5D proporciona un índex únic, representatiu de l'estat de salut. Es poden obtenir 243 estats diferents, si bé en la pràctica alguns d'ells resulten altament improbables. Amb aquestes dades es pot elaborar el perfil dels enquestats, ja sigui a través del temps per a un únic individu, com transversalment per a tot un grup.

Els estats de salut poden transformar-se en un "valor índex" o "tarifa" per aconseguir una quantificació dels mateixos. Les tarifes obtingudes per la valoració dels estats de salut (amb la part tercera del qüestionari) en població general es diuen "tarifes socials" i expressen les preferències de la població per un determinat estat de salut, inclosos els d'"inconscient" i "mort", difícils d'obtenir per l'aplicació del EQ-5D.

Les tarifes poden originar-se per dos sistemes diferents: per aplicació d'EVA i per "equivalència temporal" (ET). En aquest últim mètode es valora l'estat de salut, no com a quelcom estàtic, sinó com un concepte que abasta períodes de temps, i està ideat per fer intercanvis entre períodes de temps pitjors per altres de millors. Els valors de tarifa varien entre 1 i -1. S'assigna als estats de "salut perfecta" (11111) el valor d'1, i al de "mort" el de 0. El valor inconscient rep una puntuació de -0,1304 per EVA i de -0,5085 per ET.

Els autors recomanen la seva utilització per:

- Obtenir un perfil descriptiu de l'estat de salut individual (codi 5 dígits)
- Proporcionar perfils de salut (codi 5 dígits)
- Mesurar el valor social de l'estat de salut (tarifes)
- Mesurar la valoració individual de valoració del propi estat de salut (EVA)

Els autors també proposen d'emprar-ho com un instrument dinàmic, capaç de valorar canvis en els estats de salut.

#### **4.8. DESCRIPCIÓ DEL PROCEDIMENT**

Aprovat el protocol de l'estudi pel Comitè Ètica d'Investigació Clínica (CEIC) de l'Institut d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP) l'any 2012, es va sol·licitar l'autorització al director d'Atenció Primària per poder realitzar el treball de camp a les dues ABS escollides (Girona-2 i Girona-4). Es va explicar el projecte als seus respectius directors, que van expressar la conformitat, i es va acordar fer una prova pilot abans d'iniciar el treball de camp. En aquesta prova, que es va portar a terme a l'ABS de Girona-2, hi van participar 11 persones, 8 homes i 3 dones. La investigadora va realitzar les trucades telefòniques als possibles candidats. Un cop feta la prova i valorats els resultats, no es va creure necessari la modificació dels qüestionaris. L'estudi pilot va permetre valorar si era factible i calcular el temps necessari per omplir les enquestes. Es va estimar un temps aproximat de 30 minuts. Els possibles participants en l'estudi es van identificar a través dels llistats facilitats pels directors dels dos centres, que incloïen només persones amb diagnòstic de MPOC i diferenciats pel sexe. La distribució dels possibles participants es va fer de forma aleatòria: de cada cinc homes se'n va escollir un i, en el cas de les dones, la proporció va ser d'una de cada dues. Es va comprovar si complien els criteris necessaris per a la participació i en el cas que no, es passava al següent. Una vegada comprovat que complien els criteris d'inclusió, es va convidar les persones seleccionades a participar en l'estudi a través d'un contacte per via telefònica. A cadascuna se li feia una breu explicació del projecte i, si la persona acceptava, s'acordava el lloc, el dia i l'hora de la trobada. Abans de lliurar-los els qüestionaris, es va informar àmpliament els participants de la realització de l'estudi, que van decidir lliurement que hi volien participar. A continuació van signar el consentiment informat.

Per últim, es van entregar els cinc qüestionaris, que són autoadministrables, encara que la persona tenia la possibilitat rebre ajuda si així ho expressava.

Com a criteri de no resposta es va considerar aquelles persones amb les quals no va ser possible contactar-hi després de tres intents telefònics en diferents moments del dia, o perquè es tractava de ciutadans poc col·laboradors (negativa a participar).

#### **4.9. ANÀLISI DE DADES**

S'ha dut a terme una anàlisi descriptiva de cadascuna de les variables i, posteriorment, una anàlisi inferencial de les dades. S'ha utilitzat el test de Chi quadrat per comparar les

diferències entre dues variables qualitatives. Per a l'anàlisi de les variables quantitatives independents, en cas que complissin criteris de normalitat, s'ha aplicat la prova T de Student o el seu equivalent no paramètric, si la distribució de la variable no complia criteris de normalitat aleshores s'ha aplicat la prova Mann-Whitney-Wilcoxon. El test d'Anova s'ha utilitzat per comparar més de dos grups amb una variable quantitativa. Per conèixer la relació lineal entre dues variables quantitatives s'ha efectuat el coeficient de correlació de Pearson; s'ha realitzat la Rho de Spearman quan la variable complia criteris de normalitat. El nivell de significació estadística s'estableix per a valors de  $p < 0,05$ ; l'interval de confiança és del 95%. S'ha utilitzat el paquet informàtic SPSS versió 17.0.

#### **4.10. CONSIDERACIONS ÈTIQUES**

L'estudi va ser aprovat pel Comitè Ètic d'Investigació Clínica (CEIC) de l'Institut d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP), en data 15 de febrer de 2012.

Abans d'entregar els qüestionaris als participants, la investigadora explicava no només l'estudi i el seu objectiu, sinó també en què consistiria la participació dels malalts i el seu caràcter voluntari i confidencial. Es va informar del seu dret a no formar part de l'estudi, sense haver de donar explicacions del motiu i sense que això ocasionés perjudici.

Un cop explicat i oferta l'oportunitat de plantejar qualsevol pregunta o comentari en relació amb l'estudi, si el malalt acceptava de participar-hi, se li sol·licitava el consentiment per escrit (Annex 2).

Es van tenir en compte els principis ètics per a la investigació mèdica sobre subjectes humans de la "Declaració d'Hèlsinki" de l'Associació Mèdica Mundial, establerts en la 18a Assemblea Mèdica Mundial, Hèlsinki (Finlàndia), així com les successives esmenes que s'han formulat. Es van prendre en consideració els principis bioètics d'autonomia, no maleficència, beneficència i justícia.

El tractament de les dades es va fer segons el que disposa la Llei orgànica 15/1999 sobre protecció de dades i el Reial Decret 994/1999 sobre la seguretat dels fitxers automatitzats que continguin dades personals. L'accés a les dades dels subjectes estudiats es va limitar a la investigadora. Els qüestionaris de la recollida de dades estaven codificats i quedava en poder de la investigadora la identificació inicial corresponent. Les dades es van entrar al programa SPSS amb codis, de manera que no es podia identificar cap dels subjectes.

## 5. RESULTATS

Els resultats es presenten seguint l'ordre dels objectius plantejats en l'estudi i es comença per aportar les dades sociodemogràfiques. En l'estudi hi han participat 198 persones, totes diagnosticades de MPOC, de les que 132 són homes, un 66,5%. L'edat mitjana és de 74 anys, amb un rang d'edat entre 13 i 91 anys. L'edat dels participants no segueix una distribució normal, es desvia a edats més avançades. La majoria dels subjectes de la mostra tenen entre 60 i 85 anys (Figura 11).

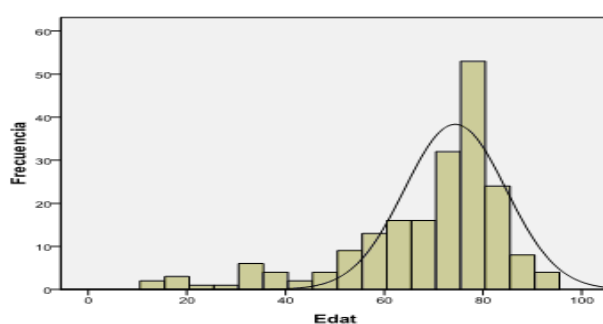


Figura 11: Histograma de freqüències en funció de l'edat de la població estudiada,

El 15,15% dels participants viuen sols, el 14,64% treballen i només un 6,56% són estrangers (Taula 3).

Taula 3: Dades sociodemogràfiques de les persones estudiades amb MPOC

	Home		Dona		Total	
	n	%	n	%	n	%
<b>Sexe</b>	132	66,5%	66	33,5%	198	<b>100%</b>
<b>Viu sol</b>	13	9,8%	17	25,5%	30	<b>15,15%</b>
<b>Viu amb família</b>	119	92,2%	49	74,2%	168	<b>84,85%</b>
<b>Treballa</b>	15	11,4%	14	21,2%	29	<b>14,64%</b>
<b>No treballa</b>	117	88,6%	52	78,8%	169	<b>85,36%</b>
<b>Espanyol</b>	125	94,7%	60	90,9%	185	<b>93,44%</b>
<b>Estranger</b>	7	5,3%	6	9,1%	13	<b>6,56%</b>

**Objectiu 1: Conèixer la percepció que té la persona amb MPOC del suport familiar i esbrinar si hi ha diferències entre sexes i la situació de convivència.**

En aquest apartat es detallen els resultats relacionats amb la percepció que té la persona entrevistada de la funció familiar, valorada a través del test d'Apgar familiar. S'ha obtingut una mitjana de 9 amb un rang interquartílic 7-10.

Segons les respostes dels subjectes enquestats, el 77,8% presenten normofunció; el 14,6% tenen disfunció familiar lleu i el 7,6% presenten disfunció greu. La comparació per sexes mostra que el 81% dels homes obté el percentatge més elevat en la normofunció; per contra, el percentatge de les dones és inferior, d'un 71,2%, mentre que la disfunció lleu i greu és similar (Taula 4).

Taula 4: Classificació de la funció familiar segons sexe

	Homes		Dones		Total	
	n	%	n	%	n	%
<b>Normofunció</b>	107	81,1%	47	71,2%	154	77,8%
<b>Disfunció lleu</b>	17	12,9%	12	18,2%	29	14,6%
<b>Disfunció greu</b>	8	6,1%	7	10,6%	15	7,6%
<b>Total</b>	132	100%	66	100%	198	100%

S'observen diferències estadísticament significatives respecte a la percepció de la funció familiar versus el sexe ( $p=0,001$ ) i al ser dona i viure sola respecte a si s'és home i es viu sol. Aquest fet comporta una puntuació de la percepció de la funció familiar més baixa ( $p=0,04$ ).

En el cas de l'edat no es troben diferències estadísticament significatives ( $p>0,005$ ).

El valor mitjà de la funció familiar en dones és de 7,39 (DS 2,57) i en homes de 8,23 (DS 2,45) (Taula 5).

Taula 5: Nivell de la funció familiar segons el sexe

	Sexe					
	Dona			Home		
	n	Mitjana	Desviació Std.	n	Mitjana	Desviació Std.
<b>Valor de la funció familiar</b>	66	7,39	2,57	132	8,23	<b>2,45</b>

Pel que fa a la situació familiar de les persones afectades de MPOC respecte a l'edat, es pot apreciar que del total de la mostra, un 84,8% viu en família (n=168). L'edat mitjana de les persones que viuen soles 73,4 (DS 11,27) és superior a la de les que viuen en família (68,02 (DS 16,88) (Taula 6).

Hi ha una relació estadísticament significativa entre la convivència i l'edat ( $p= 0,001$ ). És a dir, les persones que viuen soles són més grans que les persones que viuen en família.

Taula 6: Situació de convivència segons l'edat

	Situació de convivència					
	Viu en família			Viu sol		
	n	Mitjana	Desviació Std.	n	Mitjana	Desviació Std.
<b>Edat</b>	168	68,02	16,88	30	73,40	<b>11,27</b>

S'observa que el 84,8% (n=168) viuen en família; d'aquests, el 29,2 % (n= 49) són dones i el 70,8% (n=119) són homes. Del 16,2% (n=30) que viu sol, el 56,7% (n= 17) són dones i el 43,3% (n=13) són homes. Viuen sols el 25,8% (n=17) de les dones i un 9,8% (n= 13) dels homes.

Hi ha més dones que viuen soles que homes i ser dona i viure sola és estadísticament significatiu ( $p=0,003$ ) (Taula 7).

Taula 7: Distribució de la convivència segons sexe

	Dona			Home		
	n	%	% situació familiar	n	%	% situació familiar
<b>Viu en família</b>	49	74,2%	29,2%	119	92,2%	<b>70,8%</b>
<b>Viu sol</b>	17	25,8%	56,7%	13	9,8%	<b>43,3%</b>

També s'han trobat diferències estadísticament significatives respecte a la percepció de la funció familiar *versus* la situació de convivència ( $p=0,001$ ). És a dir, qui viu en família té millor normofunció familiar.

En canvi, no es troba relació estadísticament significativa en la població enquestada en la relació respecte a l'edat amb la percepció de la funció familiar.

En la comparació entre la funció familiar i la variable treball, s'evidencia que en les persones amb MPOC de l'estudi que presenten disfunció familiar, aquest es situa entre el 24% i el 22% tant per el grup que treballa com el que no treballa i s'observa també que la normofunció és superior al 75% pels dos grups però no s'ha trobat relació estadísticament significativa ( $p=0,7$ ) (Taula 8).

Taula 8: Relació entre la funció familiar i la situació laboral

	Situació laboral							
	Treballa			No treballa			Total	
	n	f. familiar	s. laboral	n	f. familiar	s. laboral	n	s. laboral
<b>Normo funció</b>	22	14,3	75,9	132	85,7	78,1	<b>154</b>	<b>77,8</b>
<b>Disfunció</b>	7	15,9	24,1	37	84,1	21,9	<b>44</b>	<b>22,2</b>
<b>Total</b>	29	14,6	100	169	85,4	100	<b>198</b>	<b>100</b>

També es pot apreciar que les persones amb MPOC provinents d'altres països presenten més disfunció familiar (30,8% envers el 21,6% ) però no s'ha trobat relació estadísticament significativa ( $p=0,4$ ) (Taula 9).

Taula 9: Relació entre la funció familiar i la nacionalitat

	Nacionalitat							
	Espanyol			Estranger			Total	
	n	f. familiar	nacionalitat	n	f. familiar	nacionalitat	n	nacionalitat
<b>Normofunció</b>	145	94,2	78,4	9	5,8	69,2	<b>154</b>	<b>77,8</b>
<b>Disfunció</b>	40	90,9	21,6	4	9,1	30,8	<b>44</b>	<b>22,2</b>
<b>Total</b>	185	93,4	100	13	6,6	100	<b>198</b>	<b>100</b>

**Objectiu 2: Identificar la puntuació de l'autoestima de les persones amb MPOC i endegar si hi ha diferència entre sexes.**

En aquest apartat es presenten els resultats obtinguts relacionats amb l'autoestima dels subjectes enquestats valorada a través del qüestionari de Rosenberg.

S'observa que el 39,4% (n=78) de les persones amb MPOC tenen un nivell òptim d'autoestima, mentre que el 60,6% (n=120) es troba en un nivell baix. Segons el sexe, les dones tenen un percentatge del 30,7% (n=24) en el nivell òptim, en comparació amb el 69,3% (n=54) dels homes. S'aprecia que les dones obtenen el 35% (n=42) en el nivell baix mentre que els homes assoleixen el 65% (n=78) (Taula 10).

Taula 10: Nivell d'autoestima segons el sexe

	Dones		Homes		Total	
	%	n	%	n	%	n
<b>Autoestima</b>						
<b>Nivell òptim</b>	30,7%	24	69,3%	54	39,4%	<b>78</b>
<b>Nivell baix</b>	35%	42	65%	78	60,6%	<b>120</b>

En la comparació per sexes, es manifesta que la mitjana de les dones és del 25,84 (DS 2,85) (n=66) i la dels homes és de 26,25 amb DS de 2,92 (n=132).

Els homes tenen millor percepció d'autoestima que les dones, però aquesta relació no és estadísticament significativa en la població estudiada  $p > 0,005$ .



També s'observa que el 41,1% de les persones que viuen en família presenten un bon nivell d'autoestima versus el 26,7% de les persones estudiades que viuen soles, però aquesta relació no és estadísticament significativa ( $p= 0,1$ ) (Taula 11).

Taula 11: Comparació entre l'autoestima i la funció familiar

Situació de convivència								
	Viu amb família			Viu sol			Total	
	n	% autoestima	% f. familiar	n	% autoestima	% f. familiar	n	percentatge
<b>Normal</b>	70	89,7	41,7	8	10,3	26,7	<b>78</b>	<b>39,4</b>
<b>Alterada</b>	98	81,7	58,3	22	18,3	73,3	<b>120</b>	<b>60,6</b>
<b>Total</b>	<b>168</b>	<b>84,8</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>15,2</b>	<b>100</b>	<b>198</b>	<b>100</b>

Si es comparen l'autoestima i la variable treball, s'observa que les persones amb MPOC que treballen tenen millor nivell d'autoestima (48,3 %) que les persones no actives (el 62,1% presenta l'autoestima alterada), encara que no hi ha diferències estadísticament significatives ( $p= 0,2$ ) (Taula 12).

Taula 12: Relació entre l'autoestima i laboral

Situació laboral								
	Treballa			No treballa			Total	
	n	% autoestima	% s. laboral	n	% autoestima	%s. laboral	n	percentatge
<b>Normal</b>	14	17,9	48,3	64	82,1	37,9	<b>78</b>	<b>39,4</b>
<b>Alterada</b>	15	12,5	51,7	105	87,5	62,1	<b>120</b>	<b>60,6</b>
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>14,6</b>	<b>100</b>	<b>169</b>	<b>85,4</b>	<b>100</b>	<b>198</b>	<b>100</b>

Al relacionar l'autoestima i la nacionalitat dels participants en l'estudi s'aprecia que hi ha un percentatge més elevat de persones estrangeres que autòctones amb un bon nivell d'autoestima, el 39,9% en front el 46,2%, però no és estadísticament significatiu ( $p= 0,6$ ) (Taula 13).

Taula 13: Relació entre l'autoestima i la nacionalitat

Nacionalitat								
	Espanyol			Estranger			Total	
	n	% autoestima	% nacionalitat	n	% autoestima	% nacionalitat	n	percentatge
<b>Normal</b>	72	92,3	39,9	6	7,7	46,2	<b>78</b>	<b>39,4</b>
<b>Alterada</b>	113	94,2	61,1	7	5,8	53,8	<b>120</b>	<b>60,6</b>
<b>Total</b>	<b>185</b>	<b>93,4</b>	<b>100</b>	<b>13</b>	<b>6,6</b>	<b>100</b>	<b>198</b>	<b>100</b>

**Objectiu 3: Determinar el sentit de coherència i la relació amb la qualitat de vida de les persones amb malaltia pulmonar obstructiva crònica.**

En aquest apartat s'aporten els resultats dels recursos que té la persona per afrontar el seu problema de salut, valorats a través de l'instrument de mesura SOC 13 i la relació amb la percepció que té la persona de la qualitat de vida mitjançant l'escala EVA.

Quant a la distribució descriptiva de les dimensions del sentit de coherència, els malalts amb MPOC donen per al primer constructe, la manejabilitat, amb una mitjana de 18,47. Per al constructe de significació s'obté una mitjana de 17,78. Pel que fa al tercer i últim constructe, la comprensibilitat, la mitjana és de 22,32. I, per últim, el valor total de sentit de coherència té una mitjana de 58,58 (Taula 14)

Taula 14: Valoració del sentit de coherència

	Valor Mínim	Valor Màxim	Mitjana	Desviació Estàndard
<b>Manejabilitat</b>	7	28	18,47	<b>4,31</b>
<b>Significació</b>	7	28	17,78	<b>5,16</b>
<b>Comprensibilitat</b>	9	34	22,32	<b>5,49</b>
<b>Valor total sentit de coherència</b>	<b>24</b>	<b>88</b>	<b>58,58</b>	<b>13,17</b>

Valors de referència: La puntuació del sentit de coherència total oscil·la de 13 a 91

Manejabilitat: la puntuació oscil·la d'1 a 28, en què 1 és la manejabilitat més baixa i 28 la més alta

Significació: la puntuació oscil·la d'1 a 28, en què 1 és la significació més baixa i 28 la més alta

Comprensibilitat: la puntuació oscil·la d'1 a 35, en què 1 és la comprensibilitat més baixa i 35 la més alta

Els constructes més ben valorats per les dones, són per aquest ordre, la *comprensibilitat*, la *maneabilitat* i la *significació*. En el cas dels homes, també ocupa el primer lloc la *comprensibilitat* seguit gairebé amb la mateixa puntuació de la *maneabilitat* i la *significació* (Taula 15).

Taula 15: Constructes del sentit de coherència segons sexe

	Dona		Home		Total	
	Mitjana	Desviació Std.	Mitjana	Desviació Std.	Mitjana	Desviació Std.
<b>Comprensibilitat</b>	20,42	5,60	23,27	5,20	22,32	<b>5,49</b>
<b>Manejabilitat</b>	17,67	4,19	18,88	4,33	18,47	<b>4,31</b>
<b>Significació</b>	16,94	4,94	18,20	5,23	17,78	<b>5,16</b>
<b>Sentit coherència</b>	<b>55,03</b>	<b>12,88</b>	<b>60,35</b>	<b>13,00</b>	<b>58,58</b>	<b>13,17</b>

Hi ha relació estadísticament significativa entre les tres dimensions del sentit de coherència, ja que segueixen una correlació lineal entre elles ( $p=0,001$ ). Això implica que quan un dels constructes augmenta, els altres també ho fan en una proporció constant.

En aquest estudi l'edat ha estat un paràmetre independent del sentit de coherència.

Si es compara el sentit de coherència entre homes i dones, s'aprecien diferències estadísticament significatives. Els homes tenen un sentit de coherència més elevat que les dones: 55,03 *versus* 60,35 ( $p=0,001$ ).

A l'estudiar la relació entre la situació familiar i els recursos que té la persona per fer front al problema de salut, s'observa que les persones que viuen en família donen un valor mitjà del test de 59,5 (DS 13,08), en canvi, les persones que viuen soles obtenen un valor total més baix, SOC de 53,27 (DS 12,58) (Taula 16).

Taula 16: Relació entre les variables situació familiar i els recursos que té la persona per afrontar el problema de salut

	Situació familiar					
	Viu en família			Viu sol		
	n	Mitjana	Desviació Std.	n	Mitjana	Desviació Std.
<b>Valor sentit de coherència</b>	<b>168</b>	<b>59,5</b>	<b>13,08</b>	<b>30</b>	<b>53,27</b>	<b>12,58</b>

Aquesta relació sí que és estadísticament significativa ( $p= 0,01$ ). És a dir, la persona amb MPOC que viu en família afronta millor els problemes de salut. En canvi, no es troba relació estadísticament significativa entre la percepció de la funció familiar i el sentit de coherència i entre el sentit de coherència i la nacionalitat  $p >0,005$ .

Existeix relació estadísticament significativa entre el sentit de coherència i la situació laboral ( $p= 0,04$ ). Això implica que les persones amb MPOC que treballen tenen un sentit de coherència més elevat i per tant afronten millor el problema de salut (Taula 17).

Taula 17: Relació entre el sentit de coherència i la situació laboral

Situació laboral			
Sentit de coherència	n	Mitjana	Desviació Std.
<b>Treballa</b>	<b>29</b>	<b>63,0</b>	<b>11,08</b>
<b>No treballa</b>	<b>169</b>	<b>57,8</b>	<b>13,38</b>

També s'ha trobat relació estadísticament significativa entre l'escala EVA i la variable treball ( $p=0,008$ ). És a dir les persones amb MPOC que treballen tenen millor percepció de l'estat de salut. En canvi, no es troba relació estadísticament significativa entre l'escala EVA i la situació de convivència i entre l'escala EVA i la nacionalitat  $p >0,005$ .

Finalment, s'observa correlació lineal positiva entre l'escala EVA i el SOC 13 ( $p=0,001$ ). És a dir, com millor percepció de salut en general tenen les persones amb MPOC, més fort és el sentit de coherència.

**Objectiu 4: Descriure la percepció de salut i la qualitat de vida que tenen les persones afectades de malaltia pulmonar obstructiva crònica.**

En aquest apartat es presenten els resultats sobre la qualitat de vida relacionada amb la salut (QVRS) i la MPOC mitjançant la valoració del mateix subjecte de la percepció del seu estat de salut, que es mesura a través de l'EuroQol-5.

Es presenten els resultats que s'han obtingut de les valoracions fetes pels malalts amb MPOC respecte a les cinc dimensions: *mobilitat, activitat quotidiana, cura personal, dolor-malestar, ansietat-depressió*.

Els individus enquestats reconeixen tenir problemes en totes les dimensions. El 66,1% de la mostra manifesta patir dolor, el 65,6% dels subjectes afirmen tenir ansietat, el 53,5% presenta problemes de mobilitat, el 52% admet que té problemes per realitzar la cura personal i el 49% declara tenir problemes per portar a terme l'activitat quotidiana (Figura12).

Les àrees que més afecten la qualitat de vida són l'ansietat (65,6%) i el dolor (66,1%). Hi ha una relació estadísticament significativa entre l'ansietat-depressió i el dolor-malestar ( $p=0,001$ ) (Taula 18).

Taula 18: Relació de l'estat de salut percebuda dels malalts amb MPOC

	Mobilitat	Activitat quotidiana	Cura personal	Dolor/malestar	Ansietat/depressió
<b>No té problemes</b>	46,5% n=92	51% n=95	48% n=101	33,8% n=67	<b>34,3%</b> <b>n=68</b>
<b>Té alguns problemes</b>	52% n=103	41,4% n=95	48% n=82	52% n=103	<b>51%</b> <b>n=101</b>
<b>Té molts problemes</b>	1,5% n=3	7,6% n=8	4% n=15	14,1% n=28	<b>16,4%</b> <b>n=29</b>
<b>Total amb problemes</b>	<b>53,5%</b> <b>n=106</b>	<b>49%</b> <b>n=103</b>	<b>52%</b> <b>n=97</b>	<b>66,1%</b> <b>n=131</b>	<b>67,4%</b> <b>n=130</b>

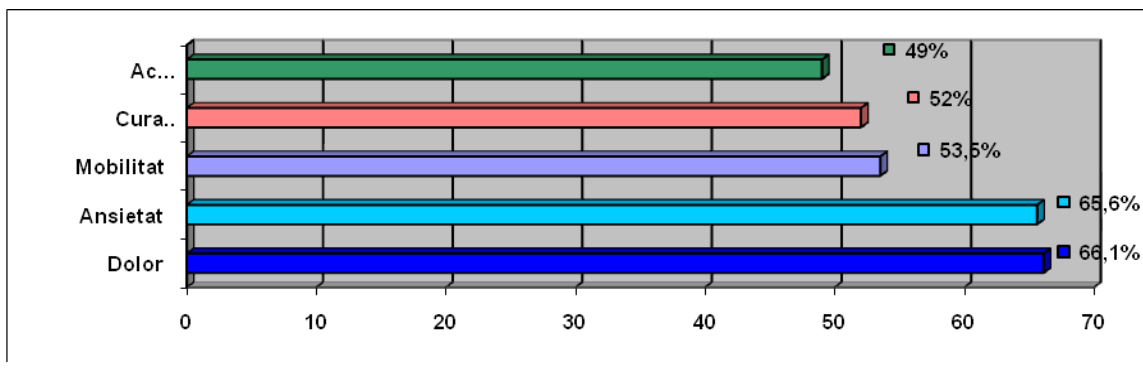


Figura 12: Distribució de les cinc dimensions del test EuroQol-5D

Es pot observar com es distribueix la percepció de l'estat de salut. El valor màxim de l'escala és de 100 i el valor mínim de 2; la mitjana és de 57,69 i la DS de 18,39.

Convé ressaltar que els homes tenen un valor mitjà de 59,89 i la DS de 18,62; per contra, les dones tenen un valor més baix: la mitjana és de 53,56, amb una DS de 16,74 (Taula 19).

Taula 19: Valoració de la salut percebuda de les persones amb MPOC, segons sexe i edat

DISTRIBUCIÓ DE L'ESCALA EVA				
Valor màxim	Valor mínim	Mitjana	DS	Rang interquartílic
100	2	57,69	18,39	50-70
Distribució per sexe				
	Mitjana escala EVA		Desviació estàndard	
Home	59,89		18,62	
Dona	53,56		16,54	
Distribució per edat				
	Mitjana escala EVA		Desviació estàndard	
Fins a 40 anys	63,82		15,96	
de 41 a 55	61,33		20,91	
de 56 a 70	62,44		17,92	
de 71 a 85	54,04		17,87	
Més de 85	59,75		20,08	

En la comparació de la percepció de l'estat de salut per grups d'edats, fins a 40 anys la mitjana és de 63,82 i una DS de 15,96; de 41 a 55 anys, una mitjana de 61,33 amb una DS de 20,91; de 56 a 70 anys, una mitjana de 62,44 i una DS de 17,92; de 71 a 85, una mitjana de 54,04 i una DS de 17,87, i en més de 85 anys la mitjana és de 59,75 i la DS de 20,08. Es pot dir que la tendència és que com més joves són les persones, més bona percepció de salut tenen. Aquesta afirmació és vàlida fins als 70 anys d'edat. Dels 71 als 85 anys la percepció de salut disminueix i es recupera passats els 85 anys.

Es demostra, doncs, una correlació negativa entre l'edat i la percepció de l'estat de salut: com més edat, menys puntuació atorguen a la percepció de l'estat de salut ( $p=0,01$ ).

En la comparació per sexes, els homes presenten una percepció de l'estat de salut superior al de les dones. Aquesta sí que és una diferència estadísticament significativa ( $p=0,016$ ): els homes tenen millor percepció de salut que les dones.

També s'observa correlació lineal positiva entre la percepció de l'estat de salut i el sentit de coherència ( $p=0,001$ ). Això indica una dependència total entre les dues variables: quan una augmenta, l'altra també ho fa en proporció constant. Com més bona percepció tenen de la qualitat de vida, més capacitats per enfrontar-se a situacions adverses.

No es mostra relació entre l'autoestima i la situació familiar, l'ansietat i el dolor i la percepció de l'estat de salut.

Els resultats de la comparació de les cinc dimensions de la QVRS amb la MPOC segons el sexe. En quatre de les cinc dimensions hi ha una relació estadísticament significativa (Taula 20).

Taula 20: Dimensions de la QVRS de les persones amb MPOC segons sexe

	Mobilitat		Cura personal		Activi. quotidiana		Dolor/Malestar		Ansietat/depressió	
	PROBLEMES		PROBLEMES		PROBLEMES		PROBLEMES		PROBLEMES	
	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ
<b>Dones</b>	57,6%	42,4%	53,0%	47,0%	37,9%	62,1%	16,7%	83,3%	16,7%	83,3%
n=66	38	28	35	31	25	41	11	55	11	55
<b>Homes</b>	40,9%	59,1%	45,5%	54,5%	57,6%	42,4%	42,4%	57,6%	43,2%	56,8%
n=132	53	79	60	72	76	56	56	76	57	75
<b>Sig. p=</b>	<b>&lt;0,027</b>		<b>NS</b>		<b>&lt;0,009</b>		<b>&lt; 0,001</b>		<b>&lt;0,001</b>	

En l'àrea de mobilitat, el 42% de les dones reconeixen que tenen alguna dificultat, en comparació al 59,1% dels homes. Aquesta dada és estadísticament significativa ( $p=0,027$ ).

Pel que fa la cura personal, el 47% de les dones manifesta tenir alguna dificultat *versus* el 54,5% dels homes. En aquest cas no es troba significació estadística.

Respecte a la dimensió de l'activitat quotidiana, el 62,1% de les dones admet que té problemes, enfront del 42,4% dels homes, una diferència estadísticament significativa ( $p=0,009$ ). En la dimensió del dolor-malestar, el 83,3% de les dones presenta problemes, mentre que en els homes el percentatge és del 57,6%, un resultat també estadísticament significatiu ( $p= 0,001$ ). En la darrera dimensió, ansietat-depressió, el 83,3% de les dones i el 56,8% dels homes reconeixen tenir problemes, una diferència estadísticament significativa ( $p=0,001$ ).

Per tant, es posa de manifest que les dones tenen més problemes en les àrees d'activitat de la vida diària, dolor-malestar i ansietat-depressió que els homes i aquests presenten més problemes de mobilitat que les dones.

Les persones que viuen en família tenen més problemes de mobilitat (54,8%) que les persones que viuen soles però no hi ha relació estadísticament significativa ( $p= 0,4$ ) (Taula 21).



Taula 21: Relació entre la mobilitat i la situació de convivència

	Situació de convivència							
	Viu amb família			Viu sol			Total	
	n	% mobilitat	% s. familiar	n	% mobilitat	% s. familiar	n	percentatge
No problemes	76	82,6	45,2	16	17,4	53,3	92	46,5
problemes	92	86,8	54,8	14	13,2	46,7	106	63,5
<b>Total</b>	<b>168</b>	<b>84,8</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>15,2</b>	<b>100</b>	<b>198</b>	<b>100</b>

Respecte a la mobilitat i la variable situació laboral no s'ha trobat relació estadísticament significativa ( $p= 0,5$ ) (Taula 22).

Taula 22: Relació entre la mobilitat i la situació laboral

	Situació laboral							
	Treballa			No treballa			Total	
	n	% mobilitat	% s. laboral	n	% mobilitat	% s. laboral	n	percentatge
No problemes	12	13,0	41,4	80	87,0	47,3	92	46,5
problemes	17	16,0	58,6	89	84,0	52,7	106	53,5
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>14,6</b>	<b>100</b>	<b>169</b>	<b>85,4</b>	<b>100</b>	<b>198</b>	<b>100</b>

Pel que fa la relació entre la mobilitat i la nacionalitat s'observa una tendència positiva ( $p= 0,08$ ) això ve a dir que les persones estrangeres amb MPOC que han participat en l'estudi, tenen més problemes amb la mobilitat que les persones autòctons (Taula 23).

Taula 23: Relació entre la mobilitat i la nacionalitat

	Nacionalitat							
	Espanyol			Estranger			Total	
	n	% mobilitat	% nacionalitat	n	% mobilitat	% nacionalitat	n	percentatge
No problemes	89	92,3	41,1	3	3,3	23,1	92	46,5
problemes	96	90,6	51,9	10	9,4	76,9	106	53,5
<b>Total</b>	<b>185</b>	<b>93,4</b>	<b>100</b>	<b>13</b>	<b>6,6</b>	<b>100</b>	<b>198</b>	<b>100</b>

Al comparar la situació de convivència amb la realització de la cura personal es pot observar que les persones amb MPOC que viuen en família tenen menys problemes per tenir cura de sí mateixos (51,2%) envers les persones que viuen soles (56,7) però no s'obté significació estadística ( $p= 0,5$ ) (Taula 24).

Taula 24: Relació entre la cura personal i la situació de convivència

	Situació de convivència							
	Viu amb família			Viu sol			Total	
	n	% cura pers	% s. familiar	n	% cura pers	% s. familiar	n	percentatge
<b>No problemes</b>	82	86,3	48,8	13	13,7	43,3	<b>95</b>	<b>48,0</b>
<b>problemes</b>	86	83,5	51,2	17	16,5	56,7	<b>103</b>	<b>52,0</b>
<b>Total</b>	<b>168</b>	<b>84,8</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>15,2</b>	<b>100</b>	<b>198</b>	<b>100</b>

No existeix correlació estadísticament significativa entre la situació laboral i la cura persona ( $p= 0,1$ ). El 62,1% de les persones que treballen no presenten problemes per realitzar la cura personal versus el 45,6% de les persones que no treballen (Taula 25).

Taula 25: Relació entre la cura personal i la situació laboral

	Situació laboral							
	Treballa			No treballa			Total	
	n	% cura pers	% s. laboral	n	% cura pers	% s. laboral	n	percentatge
<b>No problemes</b>	18	18,9	62,1	77	81,1	45,6	<b>95</b>	<b>48,0</b>
<b>problemes</b>	11	10,7	37,9	92	89,3	54,4	<b>103</b>	<b>52,0</b>
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>14,6</b>	<b>100</b>	<b>169</b>	<b>85,4</b>	<b>100</b>	<b>198</b>	<b>100</b>

S'observa una tendència positiva entre la nacionalitat i tenir cura personal ( $p= 0,06$ ). Els participants amb MPOC estrangers tenen més problemes en la realització de la cura personal (76,9%) que les persones del país amb MPOC (50,3%) (Taula 26).

Taula 26: Relació entre la cura personal i la nacionalitat

	Nacionalitat							
	Espanyol			Estranger			Total	
	n	% cura pers	% nacionalit	n	% cura pers	% nacionalit	n	percentatge
<b>No problemes</b>	92	96,8	49,7	3	3,2	23,1	<b>95</b>	<b>48,0</b>
<b>problemes</b>	93	90,3	50,3	10	9,7	76,9	<b>103</b>	<b>52,0</b>
<b>Total</b>	<b>185</b>	<b>93,4</b>	<b>100</b>	<b>13</b>	<b>6,6</b>	<b>100</b>	<b>198</b>	<b>100</b>

S'aprecia que les persones que viuen soles tenen més problemes amb realitzar les activitat de la vida diària (60%) que les persones que viuen en família (47%). Aquesta relació no és estadísticament significativa ( $p=1$ ) (Taula 27).

Taula 27: Relació entre l'activitat quotidiana i la situació de convivència

	Situació de convivència							
	Viu amb família			Viu sol			Total	
	n	% Ac. quoti	% s familiar	n	% Ac.quoti	% s familiar	n	percentatge
<b>No problemes</b>	89	88,1	53,0	12	11,9	40,0	<b>101</b>	<b>51,0</b>
<b>problemes</b>	79	81,4	47,0	18	18,6	60,0	<b>97</b>	<b>49,0</b>
<b>Total</b>	<b>168</b>	<b>84,8</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>15,2</b>	<b>100</b>	<b>198</b>	<b>100</b>

Existeix una correlació estadísticament significativa entre la realització de l'activitat quotidiana i la situació laboral ( $p=0,00$ ). És a dir les persones que treballen no presenten problemes a l'hora de realitzar l'activitat quotidiana (Taula 28).

Taula 28: Relació entre l'activitat quotidiana i la situació laboral

	Situació laboral							
	Treballa			No treballa			Total	
	n	% Ac.quoti	% s. laboral	n	% Ac.quoti	% s. laboral	n	percentatge
<b>No problemes</b>	24	23,8	82,8	77	67,2	45,6	<b>101</b>	<b>51,0</b>
<b>problemes</b>	5	5,2	17,2	92	94,8	54,4	<b>97</b>	<b>59,0</b>
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>14,6</b>	<b>100</b>	<b>169</b>	<b>85,4</b>	<b>100</b>	<b>198</b>	<b>100</b>

Pel que fa la comparació entre la variable activitat quotidiana i nacionalitat no s'ha trobat relació estadísticament significativa ( $p=0,7$ ). Els estrangers tenen més problemes per portar a terme l'activitat quotidiana (53,8%) que els espanyols (46,6%) (Taula 29).

Taula 29: Relació entre l'activitat quotidiana i la nacionalitat

	Nacionalitat							
	Espanyol			Estranger			Total	
	n	% Ac.quoti	% nacionalitat	n	% Ac.quoti	% nacionalitat	n	percentatge
<b>No problemes</b>	95	94,1	51,5	6	5,9	23,1	<b>101</b>	<b>51,0</b>
<b>problemes</b>	90	92,8	46,6	7	7,2	53,8	<b>97</b>	<b>49,0</b>
<b>Total</b>	<b>185</b>	<b>93,4</b>	<b>100</b>	<b>13</b>	<b>6,6</b>	<b>100</b>	<b>198</b>	<b>100</b>

Les persones que viuen soles manifesten tenir més dolor-malestar (73,3%) que les persones que viuen amb família (64,9), tot i que no s'observa relació estadísticament significativa ( $p=0,3$ ) (Taula 30).

Taula 30: Relació entre dolor-malestar i la situació de convivència

	Situació de convivència							
	Viu amb família			Viu sol			Total	
	n	% dolor malestar	% s familiar	n	% dolor malestar	% s familiar	n	percentatge
<b>No problemes</b>	59	88,1	53,1	8	11,9	26,7	<b>67</b>	<b>33,8</b>
<b>problemes</b>	109	83,2	64,9	22	16,8	73,3	<b>131</b>	<b>66,2</b>
<b>Total</b>	<b>168</b>	<b>84,8</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>15,2</b>	<b>100</b>	<b>198</b>	<b>100</b>

Les persones amb MPOC que treballen reconeixen tenir menys dolor-malestar que les persones que no estan en actiu. Aquesta relació sí que és estadísticament significativa ( $p= 0,02$ ) (Taula 31).

Taula 31: Relació entre dolor-malestar i la situació laboral

Situació laboral								
	Treballa			No treballa			Total	
	n	% dolor malestar	% s laboral	n	% dolor malestar	% s laboral	n	percentatge
No problemes	15	22,4	51,7	52	77,6	30,8	67	33,8
problemes	14	10,7	48,3	117	89,3	69,2	131	66,2
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>14,6</b>	<b>100</b>	<b>169</b>	<b>85,4</b>	<b>100</b>	<b>198</b>	<b>100</b>

Pel que fa a la comparació entre el dolor-malestar i la nacionalitat no s'han trobat diferències estadísticament significatives ( $p=1$ ). El 84,6% de la població estrangera de la mostra presenta dolor-malestar envers els 64,9% de la població autòcton (Taula 32).

Taula 32: Relació entre dolor-malestar i la nacionalitat

Nacionalitat								
	Espanyol			Estranger			Total	
	n	% dolor malestar	% nacionalit	n	% dolor malestar	% nacionalit	n	percentatge
No problemes	65	97,0	35,1	2	3,0	15,4	67	33,8
problemes	120	91,6	64,9	11	8,4	84,6	131	66,2
<b>Total</b>	<b>185</b>	<b>93,4</b>	<b>100</b>	<b>13</b>	<b>6,6</b>	<b>100</b>	<b>198</b>	<b>100</b>

Respecte a la relació entre la situació de convivència i patir ansietat-depressió s'observa una tendència positiva ( $p= 0,07$ ). És a dir les persones que viuen soles manifesten tenir més ansietat-depressió que les persones que viuen en família (Taula 33).

Taula 33: Relació entre ansietat-depressió i la situació de convivència

Situació de convivència								
	Viu amb família			Viu sol			Total	
	n	% ansietat depressió	% s familiar	n	% ansietat depressió	% s familiar	n	percentatge
No problemes	62	91,2	36,9	6	8,8	20,0	68	34,3
problemes	106	81,5	63,1	24	18,5	80,0	130	65,7
<b>Total</b>	<b>168</b>	<b>84,8</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>15,2</b>	<b>100</b>	<b>198</b>	<b>100</b>

El 75,9% de les persones enquestades que treballen tenen ansietat-depressió en vers les 63,9% de la mostra que no treballa ( $p=0,2$ ) (Taula 34).

Taula 34: Relació entre ansietat-depressió i la situació laboral

	Situació laboral							
	Treballa			No treballa			Total	
	n	% ansietat depressió	% s laboral	n	% ansietat depressió	% s laboral	n	percentatge
<b>No problemes</b>	7	10,3	24,1	61	89,7	36,1	<b>68</b>	<b>34,3</b>
<b>problemes</b>	22	16,9	75,9	108	83,1	63,9	<b>130</b>	<b>65,7</b>
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>14,6</b>	<b>100</b>	<b>169</b>	<b>85,4</b>	<b>100</b>	<b>198</b>	<b>100</b>

Finalment, no existeix relació estadísticament significativa entre la nacionalitat i tenir ansietat-depressió ( $p=0,7$ ) (Taula 35).

Taula 35: Relació entre ansietat-depressió i la nacionalitat

	Nacionalitat							
	Espanyol			Estranger			Total	
	n	% ansietat depressió	% nacionalit	n	%ansietat depressió	% nacionalit	n	percentatge
<b>No problemes</b>	64	94,1	34,6	4	5,9	30,8	<b>68</b>	<b>34,3</b>
<b>problemes</b>	121	93,1	65,4	9	6,9	69,2	<b>130</b>	<b>65,7</b>
<b>Total</b>	<b>185</b>	<b>93,4</b>	<b>100</b>	<b>13</b>	<b>6,6</b>	<b>100</b>	<b>198</b>	<b>100</b>

**Objectiu 5: Mesurar la satisfacció que tenen les persones afectades de MPOC en relació amb els professionals de la salut que les atenen a la consulta.**

En aquest apartat, es presenten els resultats obtinguts dels subjectes entrevistats sobre la satisfacció en relació amb l'atenció rebuda a la consulta per part dels professionals de la salut (infermera/infermer i metge/metgessa) valorada a través del qüestionari Baker.

La informació sobre el grau de satisfacció dels professionals valorada en quatre aspectes, Profunditat de la relació que s'estableix a la consulta, Temps de dedicació a la consulta, Cures que ofereix la consulta i Satisfacció global a la consulta. Els resultats evidencien un alt nivell de satisfacció dels usuaris. Les infermeres obtenen un valor màxim de 80, mentre que

el valor mínim és de 37; la mitjana és de 66,1 i la DS és de 7,58. Per als metges/metgesses el valor màxim és de 81, el valor mínim és de 34, la mitjana és de 61,8 i la DS de 9,79 (Taula 36).

Taula 36: Satisfacció dels malalts amb MPOC per sexes en relació els professionals que els atenen

Profunditat de la relació que s'estableix a la consulta	Infermera/infermer			Metge/metgessa		
	Total	Home	Dona	Total	Home	Dona
<b>Valor màxim</b>	15	15	15	15	15	15
<b>Valor mínim</b>	3	4	3	3	3	3
<b>Mitjana</b>	10,61	10,87	10,09	9,13	9,36	8,66
<b>Desviació estàndard</b>	2,77	2,76	2,76	3,06	3,13	2,91
<b>Temps de dedicació a la consulta</b>						
<b>Valor màxim</b>	18	18	17	18	18	17
<b>Valor mínim</b>	4	4	8	5	5	6
<b>Mitjana</b>	9,77	9,91	9,50	10,32	10,51	9,94
<b>Desviació estàndard</b>	2,31	2,52	1,86	2,34	2,51	1,9
<b>Cures que ofereix la consulta</b>						
<b>Valor màxim</b>	40	40	40	40	40	40
<b>Valor mínim</b>	8	8	19	8	8	18
<b>Mitjana</b>	34,56	34,79	34,09	31,12	31,14	31,07
<b>Desviació estàndard</b>	5,29	5,17	5,53	6,90	6,98	6,79
<b>Satisfacció global a la consulta</b>						
<b>Valor màxim</b>	15	15	15	15	15	15
<b>Valor mínim</b>	7	7	8	4	4	9
<b>Mitjana</b>	11,22	11,05	11,95	11,25	11,09	11,57
<b>Desviació estàndard</b>	1,44	1,28	1,67	1,64	1,62	1,65

Quan es compara la valoració que fan els enquestats per dimensions segons sexes, s'observa que les diferències de les puntuacions obtingudes són mínimes.

En la comparació entre els dos grups professionals, personal d'infermeria i personal mèdic, els malalts amb MPOC manifesten estar més satisfets amb el personal d'infermeria que

amb el personal mèdic. Els primers obtenen una puntuació per sobre dels 45 punts (el 98,5%) envers el segon grup amb un 96%. Per sota del punt de tall dels 45 punts s'hi troba l'1,5% del grup d'infermeres en comparació amb el 4% del grup de metges/metgesses. No destaca cap dimensió valorada amb un nivell baix de satisfacció.

En comparar la valoració que aporten els individus entrevistats sobre els dos grups professionals per dimensions, s'observa que la dimensió que més valoren són les cures que ofereixen els professionals dins la consulta. La mitjana de la puntuació obtinguda és de 34,5 per als infermers/infermeres i del 31,1 per als metges/metgesses, seguida de la satisfacció global que és de 11,2 punts de mitjana en tots dos grups professionals. En tercer lloc, valoren la profunditat de la relació que estableixen amb els dos grups professionals: la mitjana de la puntuació és de 10,6 per a l'infermer/a *versus* el 9,1 per al metge/metgessa. Per últim, el temps de dedicació a la consulta obté la puntuació mitjana més baixa: 9,7 en el personal d'infermeria i 10,3 en el personal mèdic. Aquesta dimensió és més ben valorada en els metges/metgesses que en els infermers/es.

En l'escala global de satisfacció la puntuació que donen les dones és similar a la que atorguen els homes. Tanmateix, s'evidencia que existeix una correlació positiva i significativa pel que fa a l'edat. Com més edat tenen les persones, més satisfetes estan amb els professionals que les atenen  $p < 0,001$ .

Per últim, existeix relació estàticament significativa entre la situació familiar i la satisfacció total ( $p=0,01$ ). És a dir les persones que viuen en família valoren millor l'atenció rebuda a la consulta. Les persones no actives estan més satisfetes de l'atenció rebuda a la consulta que les persones que treballen. També hi ha relació estadísticament significativa entre la nacionalitat i la satisfacció ( $p=0,01$ ). És a dir les persones autòctons estan més satisfetes de la atenció a la consulta que les persones estrangeres. Però no existeix relació significativa entre la situació de convivència i la satisfacció total ( $p=0,9$ ).



## 6. DISCUSSIÓ

Els resultats obtinguts en aquest estudi que fan referència a les característiques sociodemogràfiques de la població, destacar que la majoria són homes d'edat avançada que viuen en família i que l'edat de les persones dels estudis consultats <sup>(124) (125) (127)</sup> és inferior a la d'aquesta investigació, possiblement degut a que la MPOC és una malaltia que es diagnostica tard i, segons constata Galindo et al <sup>(20)</sup>. Al 2011, les persones diagnosticades a l'Atenció Primària són d'edat avançada. Les diferències trobades en l'estudi entre homes i dones amb MPOC coincideixen amb les descrites en població de malalts que no la presenten i, segons afirmen Herrera i Cubas, és probable que, més que el diagnòstic de MPOC, siguin les característiques genètiques, ambientals i de conducta que diferencien un sexe de l'altre.

És controvertit detallar els elements que componen una família, ja que aquests varien en funció de la cultura i de l'època. En l'actualitat, la composició familiar és diversa i ha anat canviant a partir de la industrialització de la societat. Alguns d'aquests canvis depenen de factors socials, culturals, econòmics i afectius. La família, com qualsevol institució social, tendeix a adaptar-se al context d'una societat. En el present estudi, les tres quartes parts dels participants són homes, menys d'una quarta part de les dones viuen soles i més d'una quarta part dels homes viuen sols. La mitjana d'edat de les persones que viuen soles és superior a la de les que viuen en família. Aquestes dades concorden amb les de l'informe de la Insero 2012 sobre les persones grans a Espanya. Remarcar també que la proporció de persones que viuen soles a Europa varia, des d'un 50% a Dinamarca a un 25% a Espanya, i que, en general, viure en llars unipersonals és molt més corrent en les societats del nord i centre d'Europa que en les de l'Est i Sud. S'observa la tendència que en les llars de les persones grans a Espanya, entre els anys 1991 i 2011, la proporció d'homes en llars unipersonals s'ha elevat del 7,9% al 12,5%, així com la de les dones del 22,7% al 28,3% <sup>(176)</sup>.

Segons Avellan et al. <sup>(186)</sup>, amb l'edat augmenta la probabilitat de viure sol. La forma de convivència majoritària entre els homes de 65 anys i més, és amb la parella, en quasi el 48% dels casos, mentre que en les dones augmenta el percentatge de viure soles, arribant a més del doble del percentatge d'homes que viuen sols, aquestes dades concorden amb la present investigació. Cal tenir en compte que l'esperança de vida global en les dones és

superior a la dels homes, aquest fet podria contribuir a que les persones que viuen soles tinguin més edat que les persones grans que viuen amb família.

Segons Gallo et al. <sup>(177)</sup>, quan els homes queden vidus solen fer més demandes als familiars i aquests, també segons l'autor, comparteixen la idea que les dones grans s'adapten més bé a viure soles que els homes. Aquestes dades concorden amb les de la present investigació.

Pel que fa a la funció familiar, s'observa que més de les tres quartes parts de les persones enquestades presenta normofunció, i que menys d'una quarta part pateix disfunció familiar. Aquest resultat són molt similars als dels estudis previs realitzats per Herrera et al. <sup>(124)</sup>, estudi en persones veneçolanes amb diabetis; per Cubas et al. <sup>(125)</sup>, que descriu les característiques familiars relacionades amb la qualitat de vida en població peruana, i per Fernández et al. <sup>(126)</sup>, estudi que es va realitzar amb persones espanyoles amb MPOC, en els que es van utilitzar el mateix qüestionari. Les diferències s'han trobat en la disfunció greu que, en l'actual investigació és d'un 7,6% igual que el publicat per Herrera, mentre que en el treball de Cubas, és el doble que en les dues investigacions mencionades anteriorment. En canvi, en l'estudi de Fernández s'ha trobat un 2,9% de la població en disfunció familiar greu mentre que la disfunció lleu està en sintonia amb l'actual investigació.

L'estudi xilè realitzat per Concha et al. <sup>(127)</sup> sobre la funció familiar en pacients diabètics i hipertensos compensats i descompensats, manté concordança amb les dades obtingudes en aquest estudi. Es detecta que existeixen diferències estadísticament significatives entre viure en família i la normofunció familiar, i s'evidencia una associació significativa, en subjectes que provenen de famílies que registren nivells funcionals no adequats més susceptibles de descompensació. Convé remarcar que el grup de pacients amb la funció familiar moderada o disfuncional severa tenen 21 vegades més probabilitats de patir descompensacions segons Concha.

De la investigació actual, es desprèn que el suport familiar té un impacte en el benestar de la persona que pateix una MPOC, en la mesura que condiona el funcionament familiar. En aquesta línia, Santos et al. <sup>(128)</sup>, descriuen els factors que poden dificultar les relacions familiars, com els sentiments de pèrdua d'autonomia, la disminució de la participació en les decisions familiars el canvi de rol, la pèrdua de la llibertat d'elecció per realitzar noves

tasques, el desig d'aïllament i el fet de sentir-se un pes per a la família. Santos manifesta que aquests factors poden desencadenar conflictes i insatisfacció per part de la persona afectada d'una malaltia crònica i dificultar les relacions familiars.

Respecte a funció familiar i la variable treball, no s'han trobat diferències pel que fa el grup de persones amb MPOC que treballa com el grup que no treballa, fet que està en consonància amb les investigacions de Herrera i Fernàndez <sup>(124)</sup> <sup>(126)</sup>.

Segons Malsumi <sup>(191)</sup> hi ha tres aspectes a tenir en compte en la població estrangera o immigrant, el "*efecte immigrant sa*", els *desavantatges socioeconòmics i les diferències entre immigrants de països rics i pobres*. La immigració produïda per causes econòmiques constitueix una realitat que, des de l'any 1999, ha experimentat un creixement exponencial en el conjunt de l'Estat espanyol i de manera especial a Catalunya. Les característiques diferencials de la població que arriba, són la seva cultura, la tradició, la seva religió, la seva manera d'interpretar la salut i la malaltia, les dificultats idiomàtiques, les diferències en estils de vida, etc. El "*efecte immigrant sa*" s'atribueix a aquelles persones que marxaran del seu país i es desplaçaran a un altre per motius econòmics, aquestes són les considerades més valentes i que disposen de bona salut.

La salut de les persones immigrants depèn de les condicions de vida, de feina i de les situacions de marginació en què es poden trobar. L'acumulació de dures condicions de vida i treball els predisposa a realitzar canvis d'hàbits de vida. Per això, el "*efecte immigrant sa*" sol atenuar-se en passar els anys i el deteriorament de salut és més ràpid, de manera que l'avantatge desapareix. Respecta al suport que tenen aquestes persones per fer front a les situacions estressants l'estudi està en concordança donat que constata que compten amb menor suport que la població autòctona.

Quant a l'actitud positiva davant la MC, els resultats d'aquest estudi s'han comparat amb els del treball de Terol et al. <sup>(134)</sup>, amb persones amb malaltia crònica d'una ABS. Es tracta d'un estudi en el què més de les tres quartes parts són dones, gairebé la meitat de la mostra es troba laboralment activa i dos terços viu amb la família. Les tres malalties cròniques més rellevants en nombre són la diabetis, seguida de la hipertensió arterial i la malaltia cardiovascular. Altres aspectes que divergeixen respecte del present estudi són la composició dels participants, que s'inverteix la proporció entre homes i dones, i l'edat

mitjana en els dos sexes, ja que en l'estudi de Terol els participants són més joves. En la present investigació s'ha trobat una diferència en els ítems positius de l'escala d'autoestima, en què la mitjana és lleugerament superior en els homes que en les dones. Les diferències en els resultats podrien explicar-se, en part, per la presència d'elements socioculturals. Aquest fet coincideix amb la investigació de Terol. L'estudi de Ramos et al.<sup>(133)</sup>, format per pacients atesos a unitat d'hospitalització específica de trastorns de personalitat, està en concordança amb l'actual investigació. Pel que fa al sexe, no s'han trobat diferències significatives entre homes i dones. L'estudi realitzat per Sánchez et al.<sup>(130)</sup> està en la mateixa línia, respecte al treball divideix a les dones en mestressa de casa, treballadora en actiu fora de casa i en atur; i a els homes, en treballador actiu i en atur<sup>(133)</sup>. En el cas de les persones que treballen, es pot afirmar que tenen un millor nivell d'autoestima, però en el present estudi aquesta és la tendència, però no és estadísticament significativa, probablement ve donat per la composició de la mostra pel que fa l'edat, això està en consonància amb altres treballs consultats, on s'observa que les persones més joves tendeixen a tenir nivells més alts d'autoestima<sup>(133)</sup>. La societat tendeix a donar valor al treball remunerat i menysprear l'etapa improductiva, la jubilació. Aquesta perspectiva també afecta negativament a l'autoestima sinó es té una visió positiva de l'envelliment i podria en part explicar aquest efecte advers que poden experimentar les persones<sup>(11)</sup>. Els malalts amb MPOC utilitzen com estratègia d'afrontament la família, així doncs s'evidencia que més de les tres quartes parts dels participants en l'estudi que viuen sols tenen alterada l'autoestima, aquest fet podria explicar-se per la presència de símptomes freqüents de cansament i esgotament, característics de la pròpia malaltia respiratòria, la qual cosa, possiblement, els porta a la percepció desfavorable que tenen. Segons Ramos i Terol un bon nivell d'autoestima assegura una aptitud positiva cap a la vida en tots els seus aspectes, i contribueix així al creixement humà. En canvi, un baix nivell d'autoestima desencadena un sentiment de frustració que es manifestarà en totes les activitats i situacions vitals de l'individu<sup>(133)</sup><sup>(134)</sup>. Aquestes aportacions estan en concordança amb la investigació.

Respecta la relació entre l'autoestima i la nacionalitat, els resultats apunten que la població immigrant té una autoestima més elevada, aquest fet es podria atribuir a "l'efecte immigrant sa", donada l'auto selecció que es realitza dins de les mateixes famílies, a l'hora de valorar quines persones són més aptes per desplaçar-se i treballar. Aquest fet podria

contribuir a reforçar aquesta visió positiva de l'autoestima <sup>(191)</sup>. Tot i així, es coneix que els efectes dels factors psicosocials són diferents en cada malalt, les conseqüències de les malalties respiratòries es donen amb el pas del temps, alterant el dia a dia de la vida d'una persona i aquest fet contribueix a canviar la seva visió de la vida en general de les persones afectades de MPOC <sup>(40)</sup>.

Pel que fa el grau del sentit de coherència de la població estudiada, se situa en un nivell mitjà alt. El constructe millor valorat és la comprensibilitat, seguit de la manejabilitat i, per últim, la significació. Si es compara la valoració dels constructes per sexes s'aprecia que els homes, a diferència de les dones, valoren per igual la manejabilitat i la significació. Aquests resultats difereixen dels obtinguts per Hernández <sup>(178)</sup>. Aquest autor va desenvolupar un estudi en persones que manifestaven tenir un estat de salut bo o molt bo, tot i tenir una o més malalties cròniques, i va demostrar que, malgrat aquest fet, les persones que tenien la percepció de salut positiva, comptaven amb un nivell alt de SOC. Respecte a la relació entre el sexe i el sentit de coherència, l'actual investigació demostra una relació estadísticament significativa a favor dels homes i no està en concordança amb la investigació d'Hernández que reporta no tenir cap relació entre el sentit de coherència i el sexe. Caldria tenir en consideració les característiques de la població, tipus de patologia estudiada, els anys d'evolució de la MPOC, adhesió al tractament, sexe, edat, procedència, i nivell d'escolaritat que podrien aportar més informació.

L'estudi de Besteiro et al. <sup>(98)</sup> és una investigació amb població espanyola, que avalua els trets de personalitat, el sentit de coherència i la salut percebuda en persones sanes i en persones diagnosticades d'artritis reumatoide i fibromiàlgia, i es comparen entre elles. Tant les persones que pateixen la MPOC com la fibromiàlgia i l'artritis manifesten tenir dolor/malestar, ansietat/depressió i disminució de la capacitat funcional. Respecte al sentit de coherència, el del grup de les persones amb artritis reumatoide, coincideix amb el present estudi però no succeeix el mateix amb les persones amb fibromiàlgia, que obtenen un sentit de coherència inferior, mentre que el col·lectiu de persones sanes presenta un sentit de coherència alt, aquest grup està en sintonia amb la investigació d'Hernández. Cal considerar que pel que fa els estils de vida saludable com l'activitat física recomanable en la majoria de malalties cròniques, les malalties que cursen amb dolor/malestar, ansietat/depressió i disminució de la capacitat funcional probablement influeixen en la percepció que tenen les persones de salut positiva, i, segons reporta Hernández aquest fet

també té influència amb el nivell de SOC. El mateix autor afirma que el component afectiu influeix decisivament en l'autopercepció en la salut, així, una persona satisfeta i feliç tendeix més a percebre's com a sana que una persona insatisfet.

Com es pot observar en la anàlisi dels constructes millor valorats, s'aprecia que estan d'acord amb els resultats d'aquest estudi pel que fa al col·lectiu de persones sanes i al grup de persones amb la malaltia d'artritis reumàtica, mentre que difereixen en el cas de les persones que pateixen fibromiàlgia <sup>(98)</sup>. Aquest grup dóna més valor al constructe de la manejabilitat, la qual cosa indica que a aquestes persones els costa entendre què els passa. Cal considerar, però, que actualment hi ha molts dubtes al voltant de la fibromiàlgia, el diagnòstic sovint es fa per exclusió d'altres malalties que presenten símptomes semblants, i no hi ha cap prova que permeti determinar inequívocament la presència de la malaltia. Encara que existeixen formes per millorar la vida de les persones afectades, aquesta situació d'indefinició en podria ser la causa. Casullo et al. <sup>(98)</sup>, confirmen que un esdeveniment, succés o circumstància de la vida d'una persona, és capaç d'alterar o modificar les condicions de salut psicofísica.

Els recursos d'afrontament comprenen totes aquelles variables personals i socials que permeten que les persones manegin les situacions estressants de manera més eficient. Els factors salutogènics que Antonovsky proposa suposen un afrontament positiu de la vida des d'un punt de vista cognitiu, conductual i emocional. Estudis consultats no han trobat associació significativa entre el sexe, l'edat i el sentit de coherència <sup>(178) (98)</sup>. És lògic pensar que les persones grans, amb el pas del temps, poc o molt necessiten ajut i, probablement, es puguin produir canvis en la forma d'afrontar les noves situacions. En aquest sentit, és interessant ressaltat l'estudi realitzat per Mira et al. <sup>(182)</sup>, sobre el Sentit de Coherència i la qualitat de vida en la tercera i quarta edat, en el que es constata que dels tres constructes del sentit de coherència, solament la manejabilitat és estable al llarg de la vida, és a dir, que aquest constructe augmenta amb l'edat, o es manté estable amb el pas del temps, la qual cosa significa que les persones prenen consciència de com està organitzada la seva vida i com es situen davant l'entorn. Contràriament, la significació augmenta en la tercera edat i disminueix en la quarta, fet que apunta que les persones de la quarta edat tenen menys perspectives de futur i menys motivacions enfront de la vida i aquesta és una dada negativa per a aquest col·lectiu, donat que aquest constructe és el més important dels tres segons segon Lidström i Eriksson <sup>(190)</sup>. Finalment, la comprensibilitat no es manté tan estable al llarg

de la vida, per això les persones de la quarta edat tenen més dificultats per manejar les situacions sobrevingudes en diferents àmbits de la vida<sup>(187)</sup>. Aquestes dades donen entendre que les persones de 80 anys o més poden necessitar algun tipus d'ajut per fer front els reptes de la vida.

Els homes tenen el sentit de coherència més elevat que les dones <sup>(140,141,142)</sup> i aquestes tendeixen a equilibrar les puntuacions que s'adjudiquen a la manejabilitat i la significació, mentre que les dones diferencien els dos constructes i donen millor puntuació a la manejabilitat. Segons els resultats de l'estudi, existeix una diferència estadísticament significativa entre viure en família i el sentit de coherència <sup>(127,177,186,187)</sup>.

També s'ha evidenciat que les tres dimensions del sentit de coherència segueixen una correlació lineal entre elles. Per altra banda, es constata que nivells elevats de sentit de coherència s'associen amb indicadors positius de salut, fet que reforça la visió del sentit de coherència com a variable rellevant en l'explicació de la salut i la qualitat de vida de les persones afectades de MPOC <sup>(187)</sup>.

Els resultats confirmen que existeix relació entre la situació laboral i el sentit de coherència, i entre l'escala EVA i la variable treball, aquests resultats, que estan en concordança amb Lindstrom i Eriksson, evidencien que el SOC està fortament relacionat amb la salut percebuda, especialment la salut mental. Com més fort sigui el SOC millor és la percepció de salut en general. El SOC sembla ser un recurs en la promoció de la salut que enforteix la capacitat de recuperació i desenvolupa un estat subjectiu de salut positiva <sup>(190)</sup>.

Algunes persones amb MPOC tenen la capacitat d'assumir conductes adaptatives i realistes davant dels esdeveniments i una actitud flexible per fer front als canvis futurs (comprensibilitat). La persona té el sentiment de poder afrontar els reptes de la vida, sentiment de caràcter cognitiu-emocional que inclou una visió positiva de la vida en general (manejabilitat) i que val la pena afrontar-los (significació). Aquesta dimensió té un caràcter fonamentalment emocional i és considerada la dimensió motivacional.

Per tant, els resultats obtinguts suggereixen que els malalts amb MPOC són capaços d'afrontar amb èxit els estressos de la vida <sup>(76)</sup>.

El benestar de les persones amb MPOC està relacionat amb els recursos i els factors motivadors. Respecte els recursos personals, tenir una actitud positiva és una estratègia terapèutica que ajuda a les persones amb MPOC a controlar els símptomes de la pròpia malaltia. També facilita l'adherència al tractament i la col·laboració amb el personal sanitari perquè es manté l'esperança de viure millor. Així mateix, el suport emocional que aporta la família ajuda a mantenir en un primer pla la vida quotidiana i relega a un segon pla la malaltia i els efectes que l'acompanyen. Bischoff et al. <sup>(179)</sup>, demostren en un estudi de cohorts, una associació clínicament significativa entre l'adherència al pla d'acció per a tractar precoçment, les exacerbacions de la MPOC i constata la reducció del temps de recuperació d'aquestes. Es tracta, doncs, d'un clar benefici i demostra la importància de la implicació del mateix malalt en l'autocontrol de la malaltia.

Respecte a la satisfacció de les persones ateses a la consulta per part dels professionals, esmentar les investigacions fetes per Artigas et al., <sup>(148)</sup> i per Alamán <sup>(149)</sup>. Aquests dos estudis han utilitzat el mateix qüestionari, però la investigació d'Alamán només descriu la satisfacció dels pacients a la consulta de l'infermer/a. De la puntuació mitjana que atorguen les persones entrevistades per dimensions, la millor valorada han estat, les cures que ofereixen els professionals, seguit de la profunditat de la relació que estableixen els malalts/familiars amb els professionals i, per últim, el temps de dedicació. Aquests resultats són coincidents amb els publicats per Artigas et al., en què el malalt té la percepció que l'infermer/a li dedica menys temps del que desitjaria. Aquest fet es podria explicar perquè la distribució del temps dins d'una agenda és el mateix per a tot i per a tothom però, en realitat, les persones grans desitgen o necessiten més temps de dedicació que les joves. Un altre factor podria ser que per ensenyar tècniques o realitzar l'educació per a la salut es precisa de més temps. Els resultats també difereixen dels descrits per Alamán, en els que la profunditat de la relació és la dimensió que obté la valoració més baixa, fet que posa de manifest que la persona atesa no coneix bé a l'infermer o infermera. Aquesta situació podria explicar-se per la rotació que es dona en aquest grup professional.

Actualment, en l'AP s'han anat incorporant noves tècniques de les quals se n'ocupen les infermeres i, en conseqüència, s'ha reduït el temps dedicat a la consulta. Per tal que el ciutadà disposi del mateix horari d'atenció, les organitzacions distribueixen el treball entre altres infermeres però d'aquesta forma es garanteix l'atenció de les persones per part del



personal d'infermeria i es perd la continuïtat amb l'infermer/a referent. L'essència de la disciplina infermera resideix precisament en l'atenció de les necessitats de cures de la població, incorporant un enfocament holístic i establint una relació d'ajuda sòlida amb els ciutadans als quals atén. Aquesta interacció crea una relació terapèutica que garanteix un marc ètic de la cura i de la responsabilitat que té la seva corresponent expressió deontològica professional. Artigas et al. troben diferències significatives en tres de les quatre dimensions per grups professionals: en atenció al professional i profunditat de la relació (major satisfacció en el grup de les infermeres), i en temps percebut (millor valorat en el grup dels metges/metgesses). També descriu diferències significatives en l'escala global. La mitjana de la consulta de la infermera és major que la dels metges/metgesses. En l'actual investigació, igual que Alamán, la tendència és coincident.

Els pacients de major edat estan més satisfets, resultats que estan d'acord amb les investigacions d'Artigas i Alamán .

En la comparació per sexes, la mitjana de les dimensions no va presentar diferències estadísticament significatives entre homes i dones. Aquests resultats estan en concordança amb la investigació d'Artigas i difereixen de la descrita per Alamán, on el temps dedicat a la consulta de la infermera és la segona millor dimensió valorada i troba relació estadísticament significativa entre el temps dedicat a la consulta i el sexe; els homes estan més insatisfets que les dones. Tampoc hi ha diferències entre els dos sexes i l'edat. Aquesta dada concorda amb les investigacions consultades.

En l'estudi s'ha trobat relació entre la situació familiar i la satisfacció general, les persones que no treballen estan més satisfetes que les que treballen, també hi ha relació entre la nacionalitat i la satisfacció, les persones autòctons estan més satisfetes.

Les dades que aporta aquesta investigació indiquen que la satisfacció repercuteix positivament amb la persona malalta - ajuda a l'autocura - i amb la seva família - reforçant la capacitat de seguir cuidant-.

La puntuació de la satisfacció global que els ciutadans donen a l'Atenció Primària a Catalunya, segons l'enquesta de satisfacció Plaensa del CatSalut 2012 <sup>(151)</sup>, ha estat de 7,90. Si es comparen les dades obtingudes en els dos centres de referència de l'estudi, Girona-2 i Girona-4, la puntuació ha estat lleugerament superior a la mitjana catalana. També

s'analitzen tres ítems més de l'enquesta Plaensa. El primer, el tracte que percep el ciutadà per part dels dos grups professionals, el personal d'infermeria i el personal mèdic. En els infermers/eres, aquest valor és superior en l'ABS de Girona-2, mentre que és inferior en l'ABS de Girona-4. El segon ítem fa referència a l'escolta activa, en aquest cas, les infermeres de Girona-2 obtenen una puntuació més alta que les de Girona-4; en el cas dels metges/metgesses és a la inversa, és el personal mèdic de Girona-4 el que té la millor puntuació. Si es compara aquest ítem amb la mitjana de Catalunya, els infermers/res estan per sobre de la mitjana, el grup de metges/sses de Girona-2 no arriba a la mitjana catalana i el de Girona-4 la supera. El tercer i últim ítem correspon al grau de satisfacció global. Girona-2 està lleugerament més ben valorada que Girona-4, però, alhora, les dues ABS estan una mica per sobre de la mitjana catalana així doncs, en els dos centres, la valoració que reben, per part dels ciutadans, és molt bona i també està en sintonia amb la valoració global de la investigació.

La valoració de la satisfacció proporciona informació sobre el treball que es realitza a la consulta en funció de les expectatives que té la persona, i ajuda a conèixer quins aspectes requereixen una millor atenció i quines són les principals demandes del ciutadà. Els resultats suggereixen que la infermera ha de millorar el temps de dedicació i la profunditat de la relació.

El temps que dediquen els professionals a una visita és de 10 minuts. Cal tenir en compte que la rigidesa de l'agenda dificulta algunes accions com per exemple l'educació per a la salut personalitzada dins la consulta. Per resoldre aquesta situació, s'agrupa les persones amb aquestes necessitats per patologies i se'ls ofereix educació per a la salut alhora que se les ajuda a conèixer altres persones amb els mateixos problemes. Un altre fet a destacar és que les persones d'edat avançada —el col·lectiu que la infermera atén més— necessiten més temps que les persones joves. Respecte a la deficient profunditat de la relació, es podria explicar per la rotació que hi ha dins les organitzacions i les diferents activitats que corresponen a la infermera fora de la consulta. És habitual que, quan se sol·licita hora amb la infermera, es desconeixi qui l'atendrà.

Pel que fa al malalt amb MPOC, és un fet constatat que la família és habitualment la seva principal font de suport emocional i social, i que els resultats, tant de salut física com psicològica, tenen relació amb aquesta ajuda. Per part dels professionals, mostrar suport

psicològic, en el sentit de fer un acostament empàtic, oferint l'oportunitat de compartir els sentiments i alhora d'establir una relació professional, crea una situació idònia entre professionals i malalt/família per poder plantejar el canvi d'hàbits, un dels aspectes en els quals cal incidir més quan es produeix una situació de cronicitat. Apoderar la persona en el desenvolupament d'habilitats i actituds, incideix en els estils de vida i facilita la responsabilitat i la participació activa del pacient per poder desenvolupar els màxims nivells d'independència que, des de la nova situació, el pacient sigui capaç d'assumir. El treball amb el malalt i els familiars es planteja com una alternativa vàlida per incrementar la seva capacitat i els recursos i, d'aquesta manera, poder afrontar millor el repte de viure amb la malaltia crònica.

La consulta dels professionals en l'Atenció Primària està valorada satisfactòriament entre els malalts amb MPOC que en fan ús i la consulta de l'infermer/a està millor valorada que la del metge/essa.

Les persones amb MPOC necessiten el suport del sistema de salut i dels seus professionals, donat que aquests exerceixen un notable efecte sobre l'adherència terapèutica i la prevenció secundària dels resultats de salut adversos.

Quant als resultats obtinguts referents a la qualitat de vida de les persones amb MPOC, s'han comparat els resultats de la investigació realitzada per Zamora et.al. <sup>(140)</sup>, un estudi sobre persones amb MPOC ateses a domicili, amb el treball de Villar et al. <sup>(141)</sup> que és un estudi sobre malalts amb MPOC atesos en un centre de salut urbà i amb la investigació feta per Gavilán et al. <sup>(142)</sup> sobre població general i en persones grans ateses en un centre de salut urbà. En la present investigació, un fet diferencial respecte als tres estudis mencionats, és on es realitza l'atenció que es dispensa a la persona, que es duu a terme tant en el centre de salut com en el domicili, mentre que els altres estudis només fan referència a una de les modalitats, o bé al centre de salut o bé al domicili. Un altre tret no coincident amb els estudis de Zamora i Gavilán és la composició de la mostra, on més de la meitat dels individus són dones, la present investigació està en sintonia amb la investigació de Villar on les tres quartes parts de la mostra són homes. Les coincidències en totes les investigacions són la mitjana d'edat i la utilització del mateix qüestionari per valorar la QVRS.

La present investigació està en harmonia amb l'estudi de Zamora en què no s'aprecien diferències significatives entre el sexe i la qualitat de vida. Per contra, no coincideix amb l'estudi realitzat per Gavilán que aporta diferències destacables com ara que les dones tenen la mitjana d'edat més gran que els homes. Aquest fet podria tenir l'explicació en la formació de la mostra donat que aquesta investigació fa referència a població general, més de la meitat dels individus estudiats són dones, aquestes són més longeves que els homes (14,48,176), i els homes presenten més MPOC les dones (49,50).

A l'analitzar el nivell de gravetat corresponent a l'estat de salut en els diferents apartats del qüestionari, s'ha pogut observar que en l'actual investigació, respecte a la percepció de tenir problemes, en l'ordre de més a menys s'hi troba, en primer lloc, el *dolor/malestar* (el pateixen menys de les tres quartes parts de la població estudiada), seguit, amb molt poca diferència, per l'*ansietat/depressió*, en tercer lloc, *la mobilitat* i *la cura personal* i, per últim, *l'activitat quotidiana*. Aquests problemes afecten a més de la meitat de les persones. En el cas del dolor/malestar, l'ansietat/depressió i la mobilitat i la cura persona i, pel que fa a l'activitat quotidiana, la meitat de les persones necessiten ajuda. En l'estudi realitzat per Zamora, el problema més rellevant és el *dolor/malestar* que el presenten més de les tres quartes parts de les persones; el segon és la *mobilitat*, seguit de *l'activitat quotidiana*, *l'ansietat/depressió*, el 62,5% de la mostra i, per últim, *la cura personal* en què la gairebé la meitat de les persones enquestades reconeix tenir problemes en aquest aspecte. La investigació de Villar descriu, en primer lloc, que més de meitat de les persones manifesten patir *dolor/malestar*, quasi la meitat reconeix tenir problemes de *mobilitat*, menys de la meitat declara que té *ansietat/depressió*, seguit dels problemes en *l'activitat quotidiana*, que afecten un terç dels enquestats i, finalment, menys d'una quarta part de la mostra presenta problemes per portar a terme *la cura personal*. El treball de Gavilán relaciona, per aquest ordre: *dolor/malestar* que el pateix més de tres quartes parts de la mostra, *mobilitat*, *ansietat/depressió*, *activitat quotidiana* i, per últim, *cura personal* amb més de la meitat de les persones enquestades que reconeix tenir-hi dificultats.

En comparar l'actual investigació amb els treballs descrits pels diferents apartats, les més afectades són el dolor/malestar, seguida de l'ansietat/depressió i, en tercer lloc, la mobilitat. En aquest aspecte està en concordança amb la investigació de Villar mentre que no té relació amb l'estudi de Zamora i Gavilán Moral en què es produeix un canvi de lloc de

la mobilitat. En el treball de Zamora aquest fet es podria argumentar perquè es tracta de malalts atesos en el domicili; pel que fa a la investigació de Gavilán, en població general, la mobilitat en persones d'edat avançada és el segon problema més reconegut.

L'activitat quotidiana i la cura personal ocupen els últims llocs en la present investigació, fet que coincideix amb les investigacions fetes per Villar i Gavilán, en canvi difereixen de l'estudi de Zamora. Es podria explicar per la dependència d'aquestes persones, que reben habitualment l'atenció en el domicili. Així doncs, es pot afirmar que les dimensions que afecten més la QVRS en els malalts amb MPOC són el dolor/malestar, l'ansietat/depressió, i mobilitat, i que hi ha una relació estadísticament significativa entre ansietat/depressió i dolor/malestar .

En la present investigació, els homes presenten més problemes de mobilitat que les dones; i les dones tenen més problemes que els homes en les àrees d'activitat de la vida diària, dolor-malestar i ansietat-depressió. Aquestes dades estan en sintonia amb altres treballs existents que indiquen que en homes amb MPOC la qualitat de vida està directament associada a la dispnea, la capacitat d'exercici, la presència d'ansietat i/o depressió i amb la mortalitat. Per contra, les dones, en comparació als homes, presenten una major afectació de la seva qualitat de vida relacionada amb la salut i això estaria relacionat amb factors no fisiològics com la presència d'ansietat o depressió, la qual cosa és altament prevalent en el sexe femení<sup>(138,139,140,141,188)</sup>. La investigació realitzada per Tsiligianni et al.<sup>(136)</sup>, va explorar els factors que podrien tenir un efecte negatiu sobre la QVRS i la MPOC, i va incloure el símptoma que provoca la dificultat respiratòria, la dispnea, i remarca que aquest va ser el factor que va presentar una correlació més forta amb la QVRS. Pel que fa els altres factors relacionats amb la percepció de l'estat de salut de la persona com la tolerància a l'exercici, l'ansietat i la depressió van presentar una correlació alta-moderada.

La falta d'adherència al pla terapèutic en les malalties cròniques, en especial la MPOC, comporta complicacions i exacerbacions. Les complicacions tenen sovint una base conductual fonamentada en els comportaments no sans, la qual cosa fa necessari conscienciar la persona perquè prengui decisions responsables (apoderament). En aquest sentit, el *coaching* en salut és un prometedor enfocament i obre altres perspectives en la promoció i educació per a la salut en l'atenció primària. Wolever et al.<sup>(180)</sup>, van demostrar

en l'assaig clínic sobre l'efectivitat del coaching en pacients diabètics, que aquest afavoria l'augment de l'adherència al pla terapèutic, la disminució de problemes emocionals, l'augment de l'activitat física, la disminució de l'índex de massa corporal en diabètics i després de sis mesos de sessions de *coaching* es van reduir el colesterol i la ingestió de greix. També va ser efectiu per aconseguir més pèrdua de pes o fer més caminades, en el cas de pacients amb problemes cardiovasculars. Els participants amb glicades basals elevades superiors a 7 van aconseguir reduir significativament el seu nivell de HbA1C. Sobre aquest tema, Gensichen et al. <sup>(181)</sup> van trobar menys depressió en els pacients que havien rebut *coaching*, que en aquells que només van rebre el tractament habitual. Ja al 2008, Effing et al. <sup>(189)</sup> varen realitzar una revisió per a la Cochrane amb l'objectiu d'avaluar la influència dels programes d'autocura sobre els resultats de salut i la utilització de serveis de salut amb la EPOC i varen concloure que es produïa una disminució dels ingressos hospitalaris en els pacients que havien entrat en programes d'educació i detectaven efectes positius sobre la utilització dels servis de salut.

Respecte a la percepció de salut que té la persona, els resultats de la investigació estan en consonància amb els treballs consultats en què la mitjana de la percepció de l'estat de salut se situa al voltant de 60 punts. Els estudis de Zamora i el de Villar descriuen que les persones amb MPOC que han manifestat no tenir problemes han donat una puntuació de la percepció de salut del voltant de 60 punts, les que han reconegut tenir problemes moderats han puntuat entre 30 i 60 i, per últim, les persones amb problemes greus han donat un valor d'uns 30 punts. L'actual investigació està en sintonia amb els estudis de Zamora i Villar. Lleugerament per sobre dels 60 punts s'hi troba la investigació feta per Gavilán en què la mostra està referida a població general.

En la investigació s'ha posat de manifest una correlació negativa entre l'edat i la percepció de l'estat de salut: com més edat, menys puntuació atorguen a l'estat de salut. També es pot afirmar que, com més bona percepció es té de la qualitat de vida, més capacitats tenen les persones per enfrontar-se a situacions adverses. Aquest fet l'avalua la correlació lineal positiva entre la percepció de l'estat de salut i el sentit de coherència, i està en sintonia amb l'estudi realitzat per Mira 2013 <sup>(187)</sup>. Els homes presenten una percepció de l'estat de

salut superior al de les dones i aquesta dada està en consonància amb els estudis realitzats per Zamora i Villar però aquest últim no hi ha trobat significació estadística.

S'han comparat les 5 dimensions de l'escala de QVRS dels participants, la mobilitat, la cura personal, l'activitat quotidiana, el dolor-malestar i l'ansietat-depressió i amb, la situació de convivència, la situació laboral i la nacionalitat, per veure com afecta la vida de les persones amb MPOC.

Les dades obtingudes han indicat respecte a la mobilitat que les persones que viuen en família tenen més problemes de mobilitat, més de la meitat de les persones que treballen manifesten problemes de mobilitat i s'evidencia una tendència positiva entre ser estrangers i tenir problemes de mobilitat, aquestes dades estan en consonància amb els estudis de Zamora, Villar i Tsiligiann <sup>(140)</sup> <sup>(141)</sup> <sup>(136)</sup>, però cap d'ells ha estudiat la mobilitat versus el treball i la immigració tot i que Malsumi <sup>(191)</sup> afirma que el deteriorament de la salut és més ràpid en la població estrangera.

Respecte de la cura personal, tant les persones que treballen com les que no treballen, han manifestat tenir problemes per tenir cura d'ells mateixos i s'observa una tendència positiva entre ser estrangers i tenir problemes per la cura personal. Aquesta dificultat expressada podria explicar-se en part per a l'edat avançada de les persones enquestades i en part per la dificultat respiratòria, la dispnea, que presenten les persones amb MPOC, en sintonia amb la investigació de Tsiligiann <sup>(136)</sup>.

Existeix relació estadísticament significativa entre l'activitat quotidiana i la situació laboral, les persones amb MPOC que treballen presenten problemes per dur a terme l'activitat laboral, aquestes dades estan en sintonia amb Dorado. Les persones amb MPOC, pateixen episodis d'aguditzacions o exacerbacions entre 1 i 4 a l'any, que corresponen a períodes d'inestabilitat clínica de forma que els manté inactius laboralment <sup>(49)</sup>.

Els estrangers presenten més problemes per realitzar l'activitat quotidiana, aquest fet és difícil d'explicar però podria ser degut als recursos, econòmics, personals, familiar o d'entorn <sup>(191)</sup>.

Les persones amb MPOC que treballen tenen menys dolor-malestar, probablement treballen les persones que tenen menys dificultat respiratòria, la dispnea, és el factor que es relaciona amb la qualitat de vida i amb consonància amb la investigació de Tsiligiann<sup>(136)</sup>. Els estrangers presenten més dolor-malestar aquesta dolència podria explicar-se per la tipologia de treball o per la manera d'interpretar la salut i la malaltia.

I per últim s'observa una tendència positiva entre ansietat-depressió i convivència, les persones que viuen soles manifesten tenir ansietat-depressió, i els estrangers presenten més ansietat-depressió. De fet, l'ansietat-depressió és més prevalent en els malalts amb MPOC que en la població general i constitueix una comorbiditat que si es tracta millora les condicions de l'estat de salut d'aquest grup de persones. Aquestes dades estan són similars a les mostrades per Dorado i Tsiligiann,<sup>(49)</sup>(136).

Cal remarcar la importància de conèixer la QVRS en les persones amb MPOC per poder intervenir oportunament perquè té efectes importants sobre el procés de la malaltia i el seguiment en el tractament. En particular, és important destacar els problemes de dolor-malestar, l'ansietat-depressió i mobilitat que presenten. Quan aquests problemes s'ajunten, es tendeix a reduir l'activitat física, ja que aquesta pot desencadenar la dispnea. La dispnea és el principal símptoma que afecta la persona: experimenta sensació d'ofec, sovint genera ansietat i el malalt comença a limitar el treball (amb la limitació real de la pròpia malaltia, la persona experimenta la incapacitat per fer front a les tasques diàries de la vida). És important tenir un bon suport familiar, que ajudi a canviar la dinàmica on es troben les emocions negatives pròpies de la malaltia. La família i el seu entorn són un element clau que afavoreix l'adaptació a la malaltia. Les persones amb MPOC que compten en una xarxa de suport són menys dependents i tenen una millor autoestima. La MPOC constitueix importants fonts d'estrès i exigeix permanents esforços d'adaptació. Per tant, s'espera que els professionals de l'equip d'atenció primària siguin actius i preguntin pels canvis en l'estat d'ànim, pors o ansietat associades a la malaltia. El malalt ha de ser un agent actiu en la gestió d'aquest ha de formar part activament de l'equip de salut, reconèixer els símptomes, i estar entrenat per manejar el tractament.

Les malalties cròniques generen un impacte important sobre la qualitat de vida de les persones. Aquesta és una aproximació a la realitat de salut percebuda de les persones.



## LIMITACIONS DE L'ESTUDI

Pel que fa a les limitacions, comentar que les dades obtingudes no són generalitzables per la naturalesa mateixa l'estudi, ja que es tracta d'una investigació transversal fet que no permet establir relacions causals entre variables.

L'infradiagnosi de la MPOC, per sí mateixa, també pot ser una limitació, ja que sovint només es tenen identificats els pacients grans i en fases avançades de la malaltia.

També, hagués estat interessant tenir en compte la distribució de pacients per l'estadi de severitat de la malaltia o classificats per fenotips proposats per les guies de pràctica clínica, però no ha estat possible donat que els registres no ho han permès.

## APLICABILITAT DELS RESULTATS

Pel que fa l'aplicabilitat dels resultats, cal comentar que aquests orienten a integrar dins la pràctica infermera i a les institucions de salut, aspectes rellevants per ajudar la persona amb MPOC a gestionar la seva salut, com és conèixer la seva funció familiar i la relació intrafamiliar per tal d'orientar el maneig psicoterapèutic dels familiars que conviuen amb el malalt.

La utilització de l'indicador de la percepció de la funció familiar en persones que pateixen malalties cròniques permet portar a terme un millor acompanyament en la reestructuració del nucli familiar.

També cal incorporar, d'una manera indestriable, el binomi malalt i família en el procés d'atenció d'infermeria i en l'educació per a la salut. S'ha de posar en valor la importància que té per a la persona i entorn el suport dels professionals per assolir un millor grau de benestar, a través de conèixer les fases de la malaltia, les descompensacions i l'adherència al tractament.

Els resultats del present estudi també apunten la idoneïtat d'incorporar el qüestionari de QVRS com a eina de treball quotidià dels professionals de la salut, per poder donar resposta a les necessitats de la persona i disminuir el desconfort per el dolor, l'ansietat i la mobilitat.

## LÍNIES DE RECERCA

Les línies de recerca que se'n desprenen d'aquesta investigació contemplen:

L'aprofundiment del coneixement de les necessitats de les persones amb MPOC i de les seves famílies, des d'una perspectiva qualitativa.

L'avaluació de la contribució de la infermera Gestora de Casos pel que fa a l'apoderament del pacient i la promoció la seva autonomia.

La valoració de l'ús de les noves tecnologies en la contribució a l'apoderament i promoció de l'autonomia personal, i com afecte al treball dels professionals de la salut.

## 7. CONCLUSIONS

Els recursos que té la persona per fer front a la malaltia pulmonar obstructiva crònica són la capacitat d'afrontament, el suport familiar i l'actitud positiva que també actua com a factor motivador i estratègia terapèutica.

Les persones que viuen en família afronten els problemes de salut, presenten una millor normofunció i estan satisfetes amb el suport que reben dels seus familiars. Els homes tenen un grau més elevat de satisfacció que les dones i el suport familiar comporta una reestructuració del nucli familiar alhora que requereix que tots adoptin un rol actiu.

Les persones afectades de MPOC tenen un nivell mitjà baix d'autoestima essent aquest més alt en els homes.

El sentit de coherència és mig alt, és més elevat en els homes i està relacionat amb la salut percebuda, com millor percepció de salut en general tenen les persones més alt és el sentit de coherència.

La majoria de les persones amb MPOC perceben que tenen bona salut, sobretot els homes, els que treballen tenen el sentit de coherència més elevat i millor percepció de l'estat de salut, per tant afronten millor el problema de salut.

Aquesta percepció no és tan optimista a mesura que augmenta l'edat.

La qualitat de vida de les persones amb MPOC es veu afectada per components físics i mentals i com més bona percepció de la qualitat de vida més capacitat per fer front a situacions adverses.

Les persones afectades de MPOC que treballen manifesten que no tenen problemes per realitzar l'activitat quotidiana, però reconeixen patir dolor-malestar. Les que viuen soles expressen tenir ansietat-depressió.

Els estrangeres que pateixen la MPOC relaten tenir problemes amb la mobilitat i en la realització de la cura personal.

La satisfacció percebuda de la persona amb MPOC en relació amb l'atenció rebuda a la consulta per part dels professionals de la salut és alta i el col·lectiu millor valorat és el

d'infermers/res. La dimensió més considerada és la de cures i la menys, el temps de dedicació a la consulta.

Per últim, les persones afectades de MPOC que viuen en família, no actives i autòctones són les que valoren millor l'atenció rebuda a la consulta per part dels professionals que les atenen.

## 8. BIBLIOGRAFIA

1. Organització Mundial de la Salut, 66 Assemblea Mundial de la Salut. Proyecto de plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020. [Online].; 2013 [cited 2013 desembre 5]. Available from: HYPERLINK [http://www.who.int/governance/registration/es/index.html,%20www.who.int/topics/chronic\\_diseases/#es](http://www.who.int/governance/registration/es/index.html,%20www.who.int/topics/chronic_diseases/#es).
2. Medina Otero C. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Un desafío en el nuevo milenio. [Online].; 2007 [cited 2013 novembre 2]. Available from: HYPERLINK <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202007/vol1%202007/tema09.htm>.
3. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Pla de Salut de Catalunya 2011-2015 Departament de Salut. [Online].; 2012 [cited 2012 novembre 17]. Available from: HYPERLINK [http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/Destaquem/Documents/plasalut\\_vfinal.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/Destaquem/Documents/plasalut_vfinal.pdf).
4. Calvo Rigau F, Costa Alcaraz, García-Conde Brú J, Megía Sanz M<sup>a</sup> J. Sin reconocimiento recíproco no hay calidad asistencial. [Online].; 2011 [cited 2013 abril 26]. Available from: HYPERLINK [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272011000500005&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272011000500005&script=sci_arttext).
5. Organització Mundial de la Salut. Asamblea General de Naciones Unidas. Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles. [Online].; 2008 [cited 2013 desembre 4]. Available from: HYPERLINK <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/66/83>
6. Avellaneda A, Izquierdo M, Torrent-Farnell J, Ramón JR. Enfermedades raras: enfermedades crónicas que requieren un nuevo enfoque sociosanitario. [Online].; 2007 [cited 2013 abril 1]. Available from: HYPERLINK [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272007000300002&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272007000300002&script=sci_arttext).
7. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. La epidemia mundial de las enfermedades crónicas: Una guía para la promoción exitosa de la causa. [Online].; 2006 [cited 2013 desembre 5]. Available from: HYPERLINK [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=16322&Itemid=](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=16322&Itemid=).
8. Wöss J. How to tackle demographic change? past and future challenges. [Online].; 2012 [cited 2013 desembre 5]. Available from: HYPERLINK [http://www.insuranceeurope.eu/uploads/ModuleXtender/Eventsmanager/90/Annex\\_4\\_J\\_Woss\\_presentation.pdf](http://www.insuranceeurope.eu/uploads/ModuleXtender/Eventsmanager/90/Annex_4_J_Woss_presentation.pdf).
9. Organització Mundial de la Salut. Información general sobre la hipertensión arterial en el mundo. Una enfermedad que mata en silencio, una crisis de salud pública mundial. [Online].; 2013 [cited 2014 gener 9]. Available from: HYPERLINK [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO\\_DCO\\_WHD\\_2013.2\\_spapdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spapdf)
10. European Commission. Demography report 2010 - Older, more numerous and diverse Europeans. [Online].; 2011 [cited 2012 desembre 5]. Available from: HYPERLINK

file:///C:/Documents%20and%20Settings/margarita/Mis%20documentos/Downloads/EUL14135\_Demographyreport\_web.pdf.

11. Oficina Regional por Europa de la Organización Mundial de la Salud. Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being. [Online].; 2012 [cited 2014 gener 9]. Available from: HYPERLINK[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/169803/RC62wd09-Eng.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/169803/RC62wd09-Eng.pdf?ua=1).
12. Instituto Nacional de Estadística. Proyección de la Población de España a Largo Plazo, 2009-2049. [Online].; 2010 [cited 2011 abril 9]. Available from: HYPERLINK<http://www.ine.es/prensa/np587.pdf>.
13. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de Estadística. Esperanza de vida en salud. [Online].; 2010 [cited 2011 abril 9]. Available from: HYPERLINK["file:///C:/Users/lcc/Documents/.ine.es/daco/daco42/discapa/espe.pdf](file:///C:/Users/lcc/Documents/.ine.es/daco/daco42/discapa/espe.pdf).
14. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. L'envelliment saludable. [Online].; 2010 [cited 2011 abril 9]. Available from: HYPERLINK<http://www20.gencat.cat/portal/site/salut/menuitem.89fee3c257f2924c1b412910bc0e1a0/?vgnnextoid=efbe6708ba0cf210VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=efbe6708ba0cf210VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=detall&contentid=4e58873bfad73310VgnVCM1000008d0c1e0aR>.
15. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Enquesta de salut de Catalunya 2011. [Online].; 2012 [cited 2013 març 6]. Available from: HYPERLINK[http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/El%20Departament/Estadistiques%20sanitaries/Enquestes/02\\_enquesta\\_catalunya\\_continua/Documents/informeesca2011.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/El%20Departament/Estadistiques%20sanitaries/Enquestes/02_enquesta_catalunya_continua/Documents/informeesca2011.pdf).
16. Martin WJ, Glass RI, Araj H, Balbus J, Collins FS, Curtis SA. comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. [Online].; 2012 [cited 2013 març 8]. Available from: HYPERLINK[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS01406736\(12\)61766-8/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS01406736(12)61766-8/fulltext).
17. Nobel G, Luch M T. Aspectos psicosociales del enfermo crónico. Enfermería psicosocial II Barcelona: Ediciones Salvat; 1991.
18. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Libro Blanco del Envejecimiento Activo. [Online].; 2011 [cited 2012 juny 12]. Available from: HYPERLINK[http://www.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/8088\\_8089libroblancoenv.pdf](http://www.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/8088_8089libroblancoenv.pdf).
19. Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Interna y Familiar y Comunitaria (semFYC). Documento de Consenso Atención al Paciente Crónico. [Online].; 2011 [cited 2012 juny 17]. Available from: HYPERLINK<file:///C:/Documents%20and%20Settings/margarita/Mis%20documentos/Downloads/Documento%20Enfermedades%20Cronicas.pdf>.
20. Galindo G, Cruz I, Real J, Galván L, Monsó C, Santafé P. Pacientes con el diagnóstico de insuficiencia cardiaca en Atención Primaria: envejecimiento, comorbilidad y polifarmacia. [Online].; 2011 [cited 2011 diciembre 28]. Available from: Hyperlink[http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=90000297&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=27&ty=90&accion=L&origen=zonadelect](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90000297&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=27&ty=90&accion=L&origen=zonadelect)

- ura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=27v43n02a90000297pdf001.pdf.
21. NHS Institute for Innovation and Improvement. Improving care for people with long-term conditions. [Online].; 2005 [cited 2011 novembre 22]. Available from: HYPERLINK[http://www.improvingchroniccare.org/downloads/review\\_of\\_international\\_frameworks\\_\\_chris\\_hamm.pdf](http://www.improvingchroniccare.org/downloads/review_of_international_frameworks__chris_hamm.pdf).
  22. Feachem RGA, Sekhri NK, White KL. Getting more for their dollar: a comparison of the NHS. [Online].; 2002 [cited 2012 octubre 28]. Available from: HYPERLINK<http://www.bmj.com/content/324/7330/135.pdf%2Bhtml>.
  23. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud 2011 – 2012. [Online].; 2013 [cited 2013 maig 22 <http://www.ine.es/prensa/np770.pdf>]. Available from: HYPERLINK <http://www.ine.es/prensa/np770.pdf>.
  24. Melguizo M. De la enfermedad crónica al paciente en situación de cronicidad. [Online].; 2011 [cited 2011 desembre 17]. Available from: HYPERLINK <http://zl.elsevier.es/es/revista/atencion-primaria-27/articulo/de-enfermedad-cronica-al-paciente-90000298>.
  25. Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco. País Vasco: transformando el Sistema de Salud. [Online].; 2009 [cited 2010 abril 30]. Available from: HYPERLINK [http://www.osakidetza.euskadi.net/r85skprin01/es/contenidos/informacion/principios\\_programaticos/es\\_sanidad/adjuntos/transformando\\_sistema\\_salud.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.net/r85skprin01/es/contenidos/informacion/principios_programaticos/es_sanidad/adjuntos/transformando_sistema_salud.pdf).
  26. World Health Organization. Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action. [Online].; 2002 [cited 2011 abril 16]. Available from: HYPERLINK [http://www.improvingchroniccare.org/downloads/who\\_innovative\\_care\\_for\\_chronic\\_conditions.pdf](http://www.improvingchroniccare.org/downloads/who_innovative_care_for_chronic_conditions.pdf).
  27. World Health Organization. Global Burden of Disease (GBD). [Online].; 2004 [cited abril 2011 26]. Available from: HYPERLINK [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GBD\\_report\\_2004update\\_full.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf).
  28. World Health Organization. WHO Framework Convention On Tobacco Control. [Online].; 2003 [cited 2011 juny 19]. Available from: HYPERLINK [http://www.who.int/tobacco/framework/WHO\\_FCTC\\_english.pdf](http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf).
  29. World Health Organization. Diet, Nutrition and the prevention of Chronic Diseases. [Online].; 2003 [cited 2011 juny 19]. Available from: HYPERLINK [http://whqlibdoc.who.int/trs/who\\_trs\\_916.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/who_trs_916.pdf).
  30. World Health Organization. Carta de Bangkok para la promoción de la salud. [Online].; 2005 [cited 2013 maig 22]. Available from: HYPERLINK [http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP\\_es.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf).
  31. World Health Organization. Plan de Acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, 2013-2020. [Online].; 2013 [cited 2014 febrer 14]. Available from: HYPERLINK <file:///C:/Documents%20and%20Settings/margarita/Mis%20documentos/Downloads/CD52-7-s.pdf>.
  32. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global Strategy for Diagnosis, Management, and Prevention of chronic obstructive pulmonary disease. [Online].; 2011 [cited 2012 març 28]. Available from: HYPERLINK [http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD\\_Report\\_2011\\_Feb21.pdf](http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Report_2011_Feb21.pdf).

33. Institut Català de la Salut. Guia de pràctica clínica malaltia pulmonar obstructiva crònica. [Online].; 2012 [cited 2013 febrer 4]. Available from: HYPERLINK <http://www.ics.gencat.cat/3clics/main.php?page=GuiaPage&idGuia=5>.
34. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) y Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Atención Integral al paciente con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Desde la Atención Primaria a la Especializada. [Online].; 2010 [cited 2013 febrer 22]. Available from: HYPERLINK [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_468\\_EPOC\\_AP\\_AE.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_468_EPOC_AP_AE.pdf).
35. Govern de les Illes Balears. Conselleria de Salut i Consum. Estratègia malaltia pulmonar obstructiva crònica de les Illes Balears 2011-2014. [Online].; 2011 [cited 2013 febrer 17]. Available from: HYPERLINK [file:///C:/Documents%20and%20Settings/margarita/Mis%20documentos/Downloads/Estrategia%20MPOC%202011%20\(Ib%20Salut\).pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/margarita/Mis%20documentos/Downloads/Estrategia%20MPOC%202011%20(Ib%20Salut).pdf).
36. Padilla A, Oliveira G, Oliveira C, Dorado A, Plata AJ, Gaspar I, Pérez-Frías J. Validez y fiabilidad del Cuestionario Respiratorio de St. George en población adulta con fibrosis quística. [Online].; 2007 [cited 2013 diciembre 8]. Available from: HYPERLINK [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=13100539&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=6&ty=58&accion=L&origen=bronco&web=www.archbronconeumol.org&lan=es&fichero=6v43n04a13100539pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13100539&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=6&ty=58&accion=L&origen=bronco&web=www.archbronconeumol.org&lan=es&fichero=6v43n04a13100539pdf001.pdf).
37. Badia X, Schiaffino A, Alonso J, Herdman M. Using the EuroQoL 5-D in the Catalan general population: Feasibility and construct validity. Qual Life Res. [Online].; 1998 [cited 2013 febre 22]. Available from: HYPERLINK <http://link.springer.com/article/10.1023/A:1024933913698#page-2>.
38. Casanova C, de Torres JP, Córdoba E. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica: ¿qué hay más allá del índice BODE?. [Online].; 2009 [cited 2012 abril 17]. Available from: HYPERLINK [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=13148333&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=6&ty=143&accion=L&origen=bronco&web=www.archbronconeumol.org&lan=es&fichero=6v45nSupl.5a13148333pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13148333&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=6&ty=143&accion=L&origen=bronco&web=www.archbronconeumol.org&lan=es&fichero=6v45nSupl.5a13148333pdf001.pdf)
39. Morchón D, Matin JC. Relación entre el índice BODE y EuroQol-5D en pacientes con EPOC hospitalizados. [Online].; 2009. [cited 2013 juny 23]. Available from: HYPERLINK [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=13145047&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=6&ty=106&accion=L&origen=bronco&web=www.archbronconeumol.org&lan=es&fichero=6v45n12a13145047pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13145047&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=6&ty=106&accion=L&origen=bronco&web=www.archbronconeumol.org&lan=es&fichero=6v45n12a13145047pdf001.pdf).
40. Miravittles M, Soler-Cataluña JJ, Calle M, Molina J, Almagro P, Quintano JA. et al. Guía Española de la EPOC (GesEPOC). Tratamiento farmacológico de la EPOC. [Online].; 2012 [cited 2013 maig 17]. Available from: HYPERLINK [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=90141601&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=6&ty=148&accion=L&origen=bronco&web=www.archbronconeumol.org&lan=es&fichero=6v48n07a90141601pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90141601&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=6&ty=148&accion=L&origen=bronco&web=www.archbronconeumol.org&lan=es&fichero=6v48n07a90141601pdf001.pdf).
41. Department of health and human services. US. How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease A Report of the Surgeon General. [Online].; 2010 [cited 2012 gener 12]. Available from: HYPERLINK <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK53017/pdf/TOC.pdf>.
42. Comissió Europea. Attitudes of europeans towards tobacco. Special Eurobarometer 385. [Online].; 2012 [cited 2013 abril 14]. Available from: HYPERLINK



[http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/eurobaro\\_attitudes\\_towards\\_tobacco\\_2012\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/eurobaro_attitudes_towards_tobacco_2012_en.pdf).

43. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.. Enquesta de salut de Catalunya 2012. [Online].; 2012 [cited 2013 març 30]. Available from: HYPERLINK [http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Minisite/ObservatoriSalut/osscc\\_Dades\\_estadistiques/Estat\\_salut\\_estils\\_vida/Informacio\\_general\\_enquestes\\_salut/Enquestes\\_salut/Fitxers\\_estatics/Enquesta\\_salut\\_2012\\_edicio\\_maig.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Minisite/ObservatoriSalut/osscc_Dades_estadistiques/Estat_salut_estils_vida/Informacio_general_enquestes_salut/Enquestes_salut/Fitxers_estatics/Enquesta_salut_2012_edicio_maig.pdf).
44. Generalitat de Catalunya. Agència de Salut Pública de Catalunya. Salut Pública davant de les cigarretes electròniques. [Online].; 2013 [cited 2013 desembre 8]. Available from: HYPERLINK [http://premsa.gencat.cat/pres\\_fsvp/docs/2013/11/21/14/05/78fce4a3-b8ca-4a1d-bcd9-e8dfcf6211f1.pdf](http://premsa.gencat.cat/pres_fsvp/docs/2013/11/21/14/05/78fce4a3-b8ca-4a1d-bcd9-e8dfcf6211f1.pdf).
45. Halbert JR. Global burden of COPD: systematic review. [Online].; 2006 [cited 2013 maig 18]. Available from: HYPERLINK <http://erj.ersjournals.com/content/28/3/523.full.pdf+html>.
46. Rodriguez Rosin R, Alvarez Sobradillo V. JL. Un buen año capicúa para la EPOC. [Online].; 2002 [cited 2013 abril 16]. Available from: HYPERLINK [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=13040033&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=6&ty=86&accion=L&origen=bronco&web=www.arch](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13040033&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=6&ty=86&accion=L&origen=bronco&web=www.arch).
47. Halbert RJ. Interpreting COPD Prevalence Estimates. What Is the True Burden of Disease? [Online].; 2003 [cited 2013 febrer 10]. Available from: HYPERLINK <http://journal.publications.chestnet.org/data/Journals/CHEST/21993/1684.pdf>.
48. Soriano J, Miravittles M. Datos epidemiológicos de EPOC en España. [Online].; 2007 [cited 2011 abril 22]. Available from: HYPERLINK [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=13100985&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=6&ty=162&accion=L&origen=bronco&web=www.archbronconeumol.org&lan=es&fichero=6v43nSupl.1a13100985pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13100985&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=6&ty=162&accion=L&origen=bronco&web=www.archbronconeumol.org&lan=es&fichero=6v43nSupl.1a13100985pdf001.pdf).
49. Dorado S, Sosa A, Recio P. Manejo de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica en un centro de salud. [Online].; 2011 [cited 2012 gener 15]. Available from: HYPERLINK <http://zl.elsevier.es/es/revista/atencion-primaria-27/manejo-los-pacientes-enfermedad-pulmonar-obstructiva-cronica-90097204-cartas-al-director-2012> .
50. Sobradillo V, Miravittles M, Jiménez CA, Gabriel R, Viejo JL, Masa, JF. et al. Epidemiological Study of chronic obstructive pulmonary disease in Spain (IBERPOC): Prevalence of chronic respiratory symptoms and airflow limitation). Arch Bronconeumol. 1999; 35(4).
51. Ancochea J, Badiola C, Duran-Tauleria E, Garcia F, Miravittles M, Muñoz L. et al. The EPI-SCAN Survey to Assess the Prevalence of Chronic Obstructive Pulmonary. [Online].; 2009 [cited 2012 novembre 29]. Available from: HYPERLINK [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=13133595&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=260&ty=111&accion=L&origen=bronco&web=www.archbronconeumol.org&lan=en&fichero=260v45n01a13133595pdf001](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13133595&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=260&ty=111&accion=L&origen=bronco&web=www.archbronconeumol.org&lan=en&fichero=260v45n01a13133595pdf001). Pdf.
52. Soriano JB, Calle M, Montemayor T, Alvarez-Sala JL, Ruiz-Manzano J, Miravittles M. Conocimientos de la población general sobre la enfermedad pulmonar obstructiva

crónica y sus determinantes: situación actual y cambios recientes. Archivos Bronconeumología. 2012; 48(9).

53. Peces-Barba G, Barberá A, Agustí C, Casanova A, Casas JL, Izquierdo J. Et al. Guía clínica SEPAR-ALAT de diagnóstico. [Online].; 2008 [cited 2012 juny 19]. Available from: HYPERLINK  
[http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=13119943&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=6&ty=139&accion=L&origen=bronco&web=www.archbronconeumol.org&lan=es&fichero=6v44n05a13119943pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13119943&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=6&ty=139&accion=L&origen=bronco&web=www.archbronconeumol.org&lan=es&fichero=6v44n05a13119943pdf001.pdf).
54. Generalitat de Catalunya Departament de Salut. El Tabac i la MPOC. APROP ICS. 2011. febrer;(267).
55. Inoriza JM, Coderch J, Carreras M, Vall-llosera L. La medida de la morbilidad atendida en una organización sanitaria integrada. [Online].; 2009 [cited 2011 octubre 08]. Available from: HYPERLINK  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112009000100007](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112009000100007).
56. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. [Online].; 1996 [cited 2011 maig 24]. Available from: HYPERLINK  
<http://www.jstor.org/discover/10.2307/3350391?uid=2&uid=4&sid=2110404799057>.
57. Barr V, Robinson S, Marin-Link B. Essential Elements of successful. [Online].; 2008 [cited 2012 juny 22]. Available from: HYPERLINK  
<http://www.fightchronicdisease.org/sites/fightchronicdisease.org/files/docs/EssentialElements5-28-08.pdf>.
58. Bodenheimer T, Rachel Berry-Millett B.A.. Follow the money-controlling expenditures by improving care for patients needing costly services. [Online].; 2009 [cited 2011 febre 02]. Available from: HYPERLINK  
<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp0907185>.
59. Nuño Solinís R. Buenas prácticas en gestión sanitaria: el caso Kaiser Permanente. [Online].; 2007 [cited 2012 maig 17]. Available from: HYPERLINK  
[http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=13107524&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=261&ty=32&accion=L&origen=zonadelectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=261v5n2a13107524pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13107524&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=261&ty=32&accion=L&origen=zonadelectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=261v5n2a13107524pdf001.pdf).
60. Ham C, York N, Sutch S, Shaw R. Hospital bed utilisation in the NHS, Kaiser Permanente, and the US Medicare Programme: analysis of routine fecha. [Online].; 2003 [cited 2011 abril 15]. Available from: HYPERLINK  
[http://www.bmj.com/highwire/filestream/398140/field\\_highwire\\_article\\_pdf\\_abri/0.pdf](http://www.bmj.com/highwire/filestream/398140/field_highwire_article_pdf_abri/0.pdf).
61. Organización Mundial de la Salud. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud.. [Online].; 1986 [cited 2013 octubre 02]. Available from: HYPERLINK  
[http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2\\_carta\\_de\\_ottawa.pdf](http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2_carta_de_ottawa.pdf).
62. Organización Mundial de la Salud.. Aplicación de la Estrategia Mundial de Salud para Todos en el Año 2000: segunda evaluación, octavo informe sobre la situación sanitaria. [Online].; 2010 [cited 2013 febre 24]. Available from: HYPERLINK  
[http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458\\_eng.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458_eng.pdf?ua=1).
63. Organización Mundial de la Salud. Conferencia Internacional conmemorativa del XXX

- aniversario de la Declaración de Alma-Ata sobre Atención Primaria de Salud. [Online].; 1978 [cited 2013 juny 12]. Available from: HYPERLINK "file:///C:/Users/llcc/Documents/www.who.int/mediacentre/events/meetings/alma\_ata/es/ - 27k.
64. Rivero Td. 25 años despues de Alma Ata. [Online].; 2003 [cited 2013 febrer 13]. Available from: HYPERLINK <http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/tejada.pdf>.
  65. Organización Mundial de la Salud. Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado Introducción. [Online].; 2005 [cited 2013 febre 8]. Available from:HYPERLINK"file:///C:/Users/llcc/Documents/www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP\_es.pdf.
  66. Marmot M. Commission on Social Determinants of Health. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. [Online].; 2007 [cited 2013 març 2]. Available from: HYPERLINK [http://www.v2020la.org/pub/PUBLICATIONS\\_BY\\_TOPICS/VARIOUS/Achieving%20health%20equity.pdf](http://www.v2020la.org/pub/PUBLICATIONS_BY_TOPICS/VARIOUS/Achieving%20health%20equity.pdf).
  67. Organitzación Mundial de la Salud. Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud: Todos por la equidad. [Online].; 2011 [cited 2013 febre 2]. Available from: HYPERLINK [http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio\\_political\\_declaration\\_Spanish.pdf](http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf).
  68. Organización Mundial de la Salud. 8ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. [Online].; 2013 [cited 2014 gener 8]. Available from: HYPERLINK [http://smarthealth.3cdn.net/b54db9382de6d9a891\\_33m6b3i9g.pdf](http://smarthealth.3cdn.net/b54db9382de6d9a891_33m6b3i9g.pdf).
  69. Comissió Europea. Horizonte 2020. [Online].; 2013 [cited 2013 juny 22]. Available from: HYPERLINK <http://ec.europa.eu/research/horizon2020/pdf/press/horizon2020-presentation.pdf>.
  70. Linsdtröm, B. Eriksson, M. Guía del autoestopista salutogenico. Camino salutogénico hacia la promoción de la salud. 1st ed. Girona: Documenta universitaria; 2011.
  71. Segura A. Elementos para un debate informado. Gestión clínica y sanitaria. 2010;(12).
  72. Botello B, Palacios S, Garcia M, Margolles M, Fernandez F, Hernan M. et al. Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad. [Online].; 2013 [cited 2014 gener 8]. Available from: HYPERLINK [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112013000200016&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112013000200016&script=sci_arttext).
  73. Rivera de los Santos F, Ramos Valverde P, Moreno Rodriguez C, Hernán García M. Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. [Online].; 2011 [cited 2013 noviembre 9]. Available from: HYPERLINK [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272011000200002&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272011000200002&script=sci_arttext).
  74. Jossey-Bass. Aron Antonovsky. Unraveling the mystery of Health- How People Manage Stress and Stay Well. 2nd ed. San Francisco: Publishers; 1997.
  75. Linsdtröm B, Eriksson M. Contextualising salutogenesis and Antonovsky in public health. Health Promotion International. [Online].; 2006 [cited 2012 agost 10]. Available from: HYPERLINK <http://heapro.oxfordjournals.org/content/21/3/238.full.pdf+html>.

76. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. Health Promotion International. [Online].; 1996 [cited 2013 agost 20]. Available from: HYPERLINK <http://www.salutare.ee/files/ettekanded/Salutogenees.pdf>.
77. Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. Promotion & Education. [Online].; 2007 [cited 2012 agosto 8]. Available from: HYPERLINK [http://ped.sagepub.com/content/14/2\\_suppl/17.full.pdf+html](http://ped.sagepub.com/content/14/2_suppl/17.full.pdf+html).
78. Hernán Garcia M, Lineros Gonzalez C. Los activos para la salud. Promoción de la salud en contextos personales, familiares y sociales. [Online].; 2009 [cited 2012 setembre 11]. Available from: HYPERLINK [http://www.1decada4.es/temporal/adolescenciayestigma/documentos/Hernan\\_Los\\_activos\\_para\\_la\\_salud.pdf](http://www.1decada4.es/temporal/adolescenciayestigma/documentos/Hernan_Los_activos_para_la_salud.pdf).
79. Kretzmann J, McKnight J. Building Communities From The Inside Out. [Online].; 1993 [cited 2013 maig 19]. Available from: HYPERLINK <http://www.npcresearch.com/Files/Strengths%20Training%20Binder/52b.%20Five%20Steps%20Toward%20a%20Strengths-Based%20Approach.pdf>.
80. McKnight J. Asset mapping in communities. En: Morgan A, Davies M, Ziglio E. Health assets in a global context: theory, methods, action. [Online].; 2010 [cited 2013 juny 8]. Available from: HYPERLINK [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=1542992&pid=S0213-9111201300020001600006&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=1542992&pid=S0213-9111201300020001600006&lng=es).
81. Irigoyen J. Tú código postal es más importante para tu salud que tu código genético. [Online].; 2013 [cited 2013 maig 28]. Available from: HYPERLINK [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=90194456&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=27&ty=164&accion=L&origen=zonadelectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=27v45n03a90194456pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90194456&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=27&ty=164&accion=L&origen=zonadelectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=27v45n03a90194456pdf001.pdf).
82. Observatorio de salud Asturias. ¿Dime dónde vives y te diré cuándo morirás? [Online].; 2013 [cited 2013 agosto 8]. Available from: HYPERLINK <https://saludcomunitaria.wordpress.com/category/observatorio-de-salud-en-asturias/> https://saludcomunitaria.wordpress.com/category/observatorio-de-salud-en-asturias/.
83. Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Pública y Medicina Comunitaria. Glosario de Promoción de la Salud. [Online].; 1997 [cited 2013 desembre 14]. Available from: HYPERLINK <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>.
84. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle Z, Pelikan J, Slonska Z. et al. Health Literacy and Public Health: a systematic review and integration of definitions and models. bmc public health. [Online].; 2012 [cited 2013 febrer 16]. Available from: HYPERLINK <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3292515/>.
85. Editorial Lancet. The health illiteracy problem in USA.. [Online].; 2009 [cited 2014 gener 9]. Available from: HYPERLINK <http://download.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140673609621371.pdf?id=eaaf1Ae36BrqcmIjOGyu>.
86. Rootman liGEB. Vision d'une culture de la santé au Canada.. [Online].; 2008 [cited 2014 abril 20]. Available from: HYPERLINK [http://www.cpha.ca/uploads/portals/h-l/report\\_f.pdf](http://www.cpha.ca/uploads/portals/h-l/report_f.pdf).

87. Falcón M. Programa Europeo de Salud Pública. Proyecto HLS-EU European Health Literacy Survey: Comparative report on health literacy in eight EU member states. [Online].; 2012 [cited 2013 juliol 28]. Available from: HYPERLINK file:///C:/Documents%20and%20Settings/margarita/Mis%20documentos/Downloads/35-159-1-PB.pdf.
88. Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya. Codi d'Ètica de les infermeres i infermers de Catalunya. [Online].; 2013 [cited 2014 febre 12]. Available from:HYPERLINKhttp://www.coill.org/Ficheros/Destacado/Codi%20Etica%20de%20les%20infermeres%20i%20infermers%20de%20Catalunya.pdf.
89. Rubio M. Desarrollo profesional: La autonomia. el drecho a decidir. Grupo de la canfic etica. [Online].; 2008 [cited 2012 juliol 30]. Available from: HYPERLINK http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1686/44/00440046-LR.pdf.
90. Kreitzer MJ, Sierpina VS, Lawson K. Health Coaching: Innovative Education and Clinical Programs Emerging. Explore. The Journal of Science and Healing. 2008;(4).
91. Car J, Lang B, Colledge A , Ung C , Majeed A . Interventions for enhancing consumers health literacy. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2011;(CD007092. DOI: 10.1002/14651858.CD007092).
92. Bourbeau J, Julian M, Maltais F, Rouleau M, Beaupre A, Raymon R. et al. Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a disease-specific self-management intervention. Arch Intern Med. 2003;(163).
93. Burgos F. Terapia inhalada sin educación, un fracaso anunciado. [Online].; 2002 [cited 2012 maig 13]. Available from: HYPERLINK http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\_servlet?\_f=10&pident\_articulo=13035117&pid ent\_usuario=0&pcontactid=&pident\_revista=6&ty=129&accion=L&origen=bronco&web=www.archbronconeumol.org&lan=es&fichero=6v38n07a13035117pdf001.pdf.
94. Esteban C, Quintana JM, Moraza J, Aburto M, Aguirre U, Aguirregomoscorta JI. et al. BODE-index vs HADO-score in chronic obstructive pulmonary disease: which one to use in general practice? [Online].; 2010 [cited 2011 febrer 7]. Available from: HYPERLINK http://www.biomedcentral.com/1741-7015/8/28.
95. Organización Mundial de la Salud.. Preparación de los profesionales de la atención de salud para el siglo XXI. El reto de las enfermedades crónicas. Suiza: Organización Mundial de la Salud, 2005. [Online].; 2005 [cited 2011 abril 28]. Available from: HYPERLINK"file:///C:/Users/\\llcc\\Documents\\whqlibdoc.who.int/publications/2005/9243562800\_spa.pdf.
96. Becky Gorman P. Health Coaching: Holistically Empowering Change. [Online].; 2013 [cited 2014 gener 12]. Available from: HYPERLINK http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3833543/pdf/gahmj.2013.024.pdf.
97. Bridges JFP, Loukanova S, Carrera P. Patient empowerment in health care.: International Encyclopedia of Public Health; 2008.
98. Besteiro J, Álvarez M, Lemos S, Muniz J, Costa C, Weruega A. Dimensiones de personalidad, sentido de coherencia y salud percibida en pacientes con un síndrome fibromiálgico. [Online].; 2008 [cited 2013 desembre 17]. Available from: HYPERLINK http://www.redalyc.org/pdf/337/33712001004.pdf.
99. Palmer S, Tubos I, Whybrow A,Health coaching to facilitate the promotion of health behavior and achievement of health-related goals. [Online].; 2003 [cited 2013 maig

- 2]. Available from: HYPERLINK  
[http://www.researchgate.net/publication/224293868\\_Palmer\\_S.\\_Tubbs\\_I.\\_and\\_Why\\_brow\\_W.\\_\(2003\).\\_Health\\_coaching\\_to\\_facilitate\\_the\\_promotion\\_of\\_healthy\\_behavior\\_and\\_achievement\\_of\\_healthrelated\\_goals.\\_International\\_Journal\\_of\\_Health\\_Promotion\\_and\\_Education\\_4](http://www.researchgate.net/publication/224293868_Palmer_S._Tubbs_I._and_Why_brow_W._(2003)._Health_coaching_to_facilitate_the_promotion_of_healthy_behavior_and_achievement_of_healthrelated_goals._International_Journal_of_Health_Promotion_and_Education_4).
100. Bennett HD, Coleman EA, Parry C, Bodenheimer T, Chen EH. Health coaching for patients with chronic illness. [Online].; 2010 [cited 2012 setembre 16]. Available from: HYPERLINK <http://www.aafp.org/fpm/2010/0900/p24.html>.
  101. Linden A, Butterworth SW, Prochaska JO. Motivational interviewing-based health coaching as a chronic care intervention. [Online].; 2009 [cited 2012 juny 5]. Available from: HYPERLINK [http://www.qconsulthealthcare.com/pdf/Chronic\\_condition\\_ML.pdf](http://www.qconsulthealthcare.com/pdf/Chronic_condition_ML.pdf).
  102. Huffman M. Health coaching: a new and exciting technique to enhance patient self-management and improve outcomes. [Online].; 2007 [cited 2012 agost 8]. Available from: HYPERLINK [http://www.wholehealtheducation.com/news/pdfs/health\\_coaching-for-health-care-providers.pdf](http://www.wholehealtheducation.com/news/pdfs/health_coaching-for-health-care-providers.pdf).
  103. Dossey BM. Professional Nurse Coaching: Advances in National and Global Healthcare Transformation. [Online].; 2013 [cited 2013 desembre 28]. Available from: HYPERLINK <http://inursecoach.com/wp-content/uploads/2013/08/Dossey-GAHM-Nurse-Coaching-July-2013.pdf>.
  104. Generalitat de Catalunya Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de Salut de Catalunya. [Online].; 1996-1998. [cited 2013 març 2]. Available from: HYPERLINK [www.gencat.es:8000/salut/depsalut/pdf/esplae1996](http://www.gencat.es:8000/salut/depsalut/pdf/esplae1996).
  105. Generalitat de Catalunya Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de Salut de Catalunya. [Online].; 1999-2001 [cited 2013 desembre març 14]. Available from: HYPERLINK [http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/Ambits%20tematic/Linies%20dactuacio/Planificacio/Pla%20de%20Salut%20de%20Catalunya%20a%20lhoritzo%202010/Anys%20anterior/Pla%20de%20salut%20de%20Catalunya%201999-2001/Documents/index\\_publicacio.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/Ambits%20tematic/Linies%20dactuacio/Planificacio/Pla%20de%20Salut%20de%20Catalunya%20a%20lhoritzo%202010/Anys%20anterior/Pla%20de%20salut%20de%20Catalunya%201999-2001/Documents/index_publicacio.pdf).
  106. Generalitat de Catalunya Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de Salut de Catalunya. [Online].; 2002-2005 [cited 2013 febrer 5]. Available from: HYPERLINK <http://www20.gencat.cat/portal/site/salut/menuitem.f33aa5d2647ce0dbe23ffed3b0c0e1a0/?vgnnextoid=7a016708ba0cf210VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=7a016708ba0cf210VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>.
  107. Generalitat de Catalunya Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla Director de Salut Mental i Addiccions de Catalunya. [Online].; 2006 [cited 2013 febrer 7]. Available from: HYPERLINK <http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Ciudadania/La%20salut%20de%20la%20A%20a%20la%20Z/D/Depressio/documents/salutmental.pdf>.
  108. Generalitat de Catalunya, Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Central de Resultats. Àmbit d'atenció primària. [Online].; 2013 [cited 2014 gener 30]. Available from: HYPERLINK [http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Minisite/ObservatoriSalut/osscc\\_Central\\_resultats/Informes/Fitxers\\_estatics/Central\\_resultats\\_atencio\\_primaria\\_2013.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Minisite/ObservatoriSalut/osscc_Central_resultats/Informes/Fitxers_estatics/Central_resultats_atencio_primaria_2013.pdf).



109. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Pla de salut territorial Lleida 2011 2015. [Online].; 2012 [cited 2014 maig 12]. Available from: HYPERLINK [http://www20.gencat.cat/docs/salut/Minisite/catsalut/CatSalut\\_territori/lleida/Documents/pla\\_salut\\_2012\\_lleida.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/salut/Minisite/catsalut/CatSalut_territori/lleida/Documents/pla_salut_2012_lleida.pdf).
110. Comtel JC, Esgueva N, Espelt MP, Fabrellas N, Lopez RM, Marichal M. et al. Unitats d'atenció a la complexitat clínica als equips de salut. [Online].; 2010 [cited 2013 novembre 17]. Available from: HYPERLINK [http://www.gencat.cat/ics/professionals/pdf/gestio\\_casos.pdf](http://www.gencat.cat/ics/professionals/pdf/gestio_casos.pdf).
111. Marichal M, Garcia L, Roura J, Armengou A, Valverde S, Gonzalez M. A pilot project on coordination between two levels of care: heart failure unit and programme for prevention and support on discharge (PiSA-IC)/Una experiencia de coordinación entre dos niveles asistenciales: Unidad de Insuficiencia Cardiaca: Programa de p. [Online].; 2012 [cited 2013 octubre 28]. Available from: HYPERLINK <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3571224/pdf/ijic2012-201227.pdf>.
112. Gornemanna I, Zunzunegui MV . Incremento en la utilización de servicios hospitalarios por las personas mayores de 55 años: envejecimiento poblacional y respuesta del sistema de servicios de salud. [Online].; 2002 [cited 2012 desembre 18]. Available from: HYPERLINK <http://www.scielosp.org/pdf/gsv/v16n2/v16n2a06.pdf>.
113. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Programa de prevenció i atenció a la cronicitat. [Online].; 2012 [cited 2013 octubre 9]. Available from: HYPERLINK [http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/Ambits%20tematic/Linies%20dactuacio/Model\\_assistencial/Atencio\\_al\\_malalt\\_cronic/documents/arxiu/563operatiu.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/Ambits%20tematic/Linies%20dactuacio/Model_assistencial/Atencio_al_malalt_cronic/documents/arxiu/563operatiu.pdf).
114. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries Catalunya. Central de Resultats Àmbit Hospitalari. [Online].; 2013 [cited 2013 desembre 29]. Available from: HYPERLINK [http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Minisite/ObservatoriSalut/osscc\\_Central\\_resultats/Informes/Fitxers\\_estatics/Central\\_resultats\\_hospitals\\_2013.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Minisite/ObservatoriSalut/osscc_Central_resultats/Informes/Fitxers_estatics/Central_resultats_hospitals_2013.pdf) .
115. Arnau P, Melció F. Un servei millor per als malalts crònics. Diari Ara. 2013 Novembre: p.5.
116. Morales Asencio MJ. Gestión de casos y cronicidad compleja: conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres. [Online].; 2014 [cited 2014 abril 29]. Available from: HYPERLINK [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=90269203&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=35&ty=13&accion=L&origen=zonadelectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=35v24n01a90269203pdf001](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90269203&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=35&ty=13&accion=L&origen=zonadelectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=35v24n01a90269203pdf001).
117. Pimouguet C, Lavaud T, Dartigues JF, Helmer C. Dementia casemanagement effectiveness on health care costs and resourceutilization:. [Online].; 2010 [cited 2013 setembre 18]. Available from: HYPERLINK <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs12603-010-0314-4#page-1>.
118. Carrillo AJ, Garcia L, Cardenas C, Diaz I, Yabrudy N. La filosofia de Patricia Benner y la practica clínica. [Online].; 2013 [cited 2014 gener 9]. Available from: HYPERLINK <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/revisiones5.pdf>.
119. Ortun V. La renovación de la Atención Primaria desde la consulta. 412th ed. Madrid: Springer Healthcare Ibérica SL.; 2012.
120. Ollero M. Gestión Clínica 2.0: Nuevas prespectivas para una nueva dedaca. [Online].;

- 2009 [cited 2013 novembre 18]. Available from: HYPERLINK [http://si.easp.es/gestionclinica/wp-content/uploads/2009/10/Doc-2.-Modelos-de-organizacion-para-la-atencion-a-pacientes-cronicos-complejos-\\_Ollero-Baturone-M.\\_.pdf](http://si.easp.es/gestionclinica/wp-content/uploads/2009/10/Doc-2.-Modelos-de-organizacion-para-la-atencion-a-pacientes-cronicos-complejos-_Ollero-Baturone-M._.pdf).
121. Vega Angarita O, Gonzalez Escobar D. Teoria del deficit de autocuidado. [Online].; 2007 [cited 2013 febrer 7]. Available from: HYPERLINK <file:///C:/Documents%20and%20Settings/margarita/Mis%20documentos/Downloads/Dialnet-TeoriaDelDeficitDeAutocuidado-2534034.pdf>.
  122. Guirao-Goris J. La agencia de autocuidados. Una perspectiva desde la complejidad. [Online].; 2003 [cited 2013 febrer 13]. Available from: HYPERLINK <file:///C:/Documents%20and%20Settings/margarita/Mis%20documentos/Downloads/agencia.pdf>.
  123. Navarro Y, Castro M. Modelo de dorothea orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. [Online].; 2010 [cited 2013 febrer 18]. Available from: HYPERLINK [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_pdf&pid=S169561412010000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S169561412010000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es) .
  124. Herrera L, Quintero O, Hernández M. Funcionalidad y red de apoyo familiar en pacientes diabeticos. Tipo 2. [Online].; 2007 [cited 2012 març 28]. Available from: HYPERLINK <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/27301/1/articulo6.pdf>.
  125. Cuba M, Jurado A, Romero Z, Cuba M. Características familiares asociadas a la percepción de la calidad de vida en pobladores de un área urbano-marginal en el Distrito de Los Olivos, Lima. [Online].; 2013 [cited 2013 diciembre 18]. Available from: HYPERLINK <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v24n1/v24n1ao2.pdf>.
  126. Fernández V, Bujalance Z, Leiva F, Crespo J, García F. Sánchez C.. Salud autopercebida, apoyo social y familiar de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. [Online].; 2001 [cited 2012 octubre 18]. Available from: HYPERLINK <http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v11n9/original1.pdf>.
  127. Concha Toro MC, Rodriguez CR. Funcionalidad familiar en pacientes diabéticos e hipertensos compensados y descompensados. [Online].; 2010 [cited 2013 novembre 28]. Available from: HYPERLINK <http://www.redalyc.org/pdf/299/29916956004.pdf>.
  128. de Lima Santos A, Mantelo C, Pollyanna H, Ferraz Teston, Elen, Marcon S. knowing the family functionality under the view of a chronically ill patient. [Online].; 2012 [cited 2012 diciembre 29]. Available from: HYPERLINK [http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/en\\_19.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/en_19.pdf).
  129. Kelly C, Lynes D. Psychological effects of chronic lung disease. Nursing Times. 2008; (104).
  130. Sánchez-López V D, Cardenal-Hernández V . Relaciones entre salud física y psicológica en mujeres de mediana edad. [Online].; 2005 [cited 2012 novembre 7]. Available from: HYPERLINK <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psi/v19n1-2/v19n1-2a06.pdf>.
  131. Góngora V. Valores personales y autoestima en población general y clínica. [Online].; 2007 [cited 2012 novembre 20]. Available from: HYPERLINK <http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico8/8Psico%2003.pdf>.
  132. Branden N. El poder de la autoestima. Cómo potenciar este importante recurso



- psicológico. [Online].; 1992 [cited 2013 novembre 19. Available from: HYPERLINK <http://biblioteca.uthh.edu.mx/libro/DHP/EI%20poder%20de%20la%20Autoestima.pdf> .
133. Ramos Martín J. Autoestima y Trastornos de Personalidad de lo Lineal a lo Complejo Clínica y Salud. [Online].; 2012 [cited 2013 febrer 20]. Available from: HYPERLINK "<http://www.redalyc.org/pdf/1806/180623386002.pdf>.
  134. Terol C, Pons N, Neipp M, Rodríguez - Marín J, Buunk AP, Martín - Aragón M., & Sánchez P. Estrategias de comparación social y resultados en salud: Un estudio de adaptación y evaluación en muestra española de pacientes crónicos. [Online].; 2008 [cited 2013 març 10]. Available from: HYPERLINK <http://www.editorialmedica.com/download.php?idart=290>.
  135. Eriksson M, Lindström B. Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. [Online].; 2006 [cited 2012 desembre 20]. Available from: HYPERLINK <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2563977/pdf/376.pdf>.
  136. Tsiligianni L, Kocks J, Tzanakis N, Siafakas N, van der Molen T. Factors that influence disease-specific quality of life or health status in patients with COPD: a review and meta-analysis of Pearson correlations. [Online].; 2011 [cited 2013 maig 19]. Available from: HYPERLINK <http://www.thepcrj.org/journ/aop/RHI-071-11.pdf>.
  137. Morchon-Simón D, Martin-Escuderoa JC. Relación entre el índice BODE y EuroQol-5D en pacientes hospitalizados. [Online].; 2009 [cited 2012 abril 29]. Available from: HYPERLINK [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=13145047&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=6&ty=106&accion=L&origen=bronco&web=www.archbronconeumol.org&lan=es&fichero=6v45n12a13145047pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13145047&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=6&ty=106&accion=L&origen=bronco&web=www.archbronconeumol.org&lan=es&fichero=6v45n12a13145047pdf001.pdf).
  138. Rodriguez-Pecci MS, De la Fuente J, Montero A, Sanjurjo AB, Sanchez P, Fernandez F. Enfermedad pulmonar obstructiva: diferencias entre hombres y mujeres. [Online].; 2012 [cited 2013 juliol 28]. Available from: HYPERLINK <http://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol72-12/3/207-215-MED3-3.pdf>.
  139. Vicente Galindo MP, Calidad de vida en pacientes con osteoporosis en atención primaria. [Online].; 2011 [cited 2013 agost 9]. Available from: HYPERLINK <file:///C:/Documents%20and%20Settings/margarita/Mis%20documentos/Downloads/76-280-1-PB.pdf>.
  140. Zamora-Sánchez J, Perez G, Mendoza MD, Guerrero MM . Calidad de vida percibida de los pacientes complejos en un programa de gestión de casos en atención primaria de salud . [Online].; 2012 [cited 2013 agost 7]. Available from: HYPERLINK <http://zl.elsevier.es/es/revista/enfermeria-clinica-35/pdf/90157264/S300/>.
  141. Villar Balboa I, Carrillo R, Regí M, Marzo M, Arcusa M, Segundo M. Factores relacionados con la calidad de vida de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva. [Online].; 2014 [cited 2014 febrer 27]. Available from: HYPERLINK [http://ac.els-cdn.com/S0212656713002734/1-s2.0-S0212656713002734main.pdf?\\_tid=3bc8b04e-e50f-11e3-ac7d-00000aab0f01&acdnat=1401134114\\_92f9c98e77345e0c0f340bc53b0a95f5](http://ac.els-cdn.com/S0212656713002734/1-s2.0-S0212656713002734main.pdf?_tid=3bc8b04e-e50f-11e3-ac7d-00000aab0f01&acdnat=1401134114_92f9c98e77345e0c0f340bc53b0a95f5) .
  142. Gavilan Moral E. Factores sociodemográficos asociados a la calidad de vida relacionada con la salud en personas mayores. Medicina Familiar Andalucía. 2009 octubre.

143. Repetto P, Bernales M. Gonzalez T. Aspectos psicológicos de la rehabilitación de la rehabilitación pulmonar en el paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. [Online].; 2011 [cited 2013 novembre 16]. Available from: [HYPERLINK file:///C:/Documents%20and%20Settings/margarita/Mis%20documentos/Downloads/Aspectos%20Psicol%C3%B3gicos%20de%20la%20Rehabilitaci%C3%B3n%20Pulmonar.pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/margarita/Mis%20documentos/Downloads/Aspectos%20Psicol%C3%B3gicos%20de%20la%20Rehabilitaci%C3%B3n%20Pulmonar.pdf).
144. López-Parra M, Santos-Ruiz S, Varez-Peláez S, Abril-Sabater D, Rocabert-Luque M,. Reflexiones acerca del uso y utilidad de los modelos y teorías de enfermería en la práctica asistencial. [Online].; 2006 [cited 2012 octubre 10]. Available from: [HYPERLINK file:///C:/Documents%20and%20Settings/margarita/Mis%20documentos/Downloads/Reflexiones%20acerca%20del%20uso%20y%20utilidad%20de%20los%20modelos%20y%20teorias%20de%20enfermeria%20en%20la%20practica%20asistencial.%202006.pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/margarita/Mis%20documentos/Downloads/Reflexiones%20acerca%20del%20uso%20y%20utilidad%20de%20los%20modelos%20y%20teorias%20de%20enfermeria%20en%20la%20practica%20asistencial.%202006.pdf).
145. Contel JC, Montané B, Camps C. La atención al paciente crónico en situación de complejidad: el reto de construir un escenario de atención integrada. Atención Primaria. [Online].; 2012 [cited 2013 febrer 22]. Available from: [HYPERLINK http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=90097203&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=27&ty=39&accion=L&origen=zonadelectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=27v44n02a90097203pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90097203&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=27&ty=39&accion=L&origen=zonadelectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=27v44n02a90097203pdf001.pdf).
146. Miravittles M, Soriano JB, García-Río F, Muñoz L, Duran-Tauleria E . Prevalence of COPD in Spain: impact of undiagnosed COPD on quality of life and daily life activities. Thorax. [Online].; 2014 [cited 2014 maig 30]. Available from: [HYPERLINK http://thorax.bmj.com/content/64/10/863.full.pdf+html](http://thorax.bmj.com/content/64/10/863.full.pdf+html).
147. Gomez-Besteiro MI, Somoza J, Moreno ME, Jimenez MN, Castiñeira S, Feijoo ML. Calidad de atención en salud percibida por los pacientes en un centro de salud urbano de A Coruña. [Online].; 2012 [cited 2013 febrer 15]. Available from: [HYPERLINK http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862112000514](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862112000514).
148. Artigas Guix J. Satisfacció del pacient amb la consulta del metge i de la enfermera. EAP Gotic SAP Litoral Barcelona. 2013. Congrés Nacional SEMERGEN del 23 al 26 octubre Barcelona.
149. Alamán Vicente A . Satisfacción de los pacientes de Atención Primaria con la consulta de enfermería del Centro de Salud de Teruel. [Online].; 2013 [cited 2013 setembre 2]. Available from: [HYPERLINK http://zaguan.unizar.es/TAZ/ENFTER/2013/10580/TAZ-TFG-2013-128.pdf](http://zaguan.unizar.es/TAZ/ENFTER/2013/10580/TAZ-TFG-2013-128.pdf).
150. Ruiz-Azarolaa A, Perestelo-Pérez L . Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartida. [Online].; 2012 [cited 2013 setembre 17]. Available from: [HYPERLINK file:///C:/Documents%20and%20Settings/margarita/Mis%20documentos/Downloads/S0213911111003694\\_S300\\_es.pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/margarita/Mis%20documentos/Downloads/S0213911111003694_S300_es.pdf).
151. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Plaensa. 2012. Satisfacció amb l'Atenció Primària. [Online].; 2012 [cited 2013 gener 8]. Available from: [HYPERLINK file:///C:/Documents%20and%20Settings/margarita/Mis%20documentos/Downloads/atencio-primaria-regio-sanitaria-girona-2012-enquesta-plaensa%20\(1\).pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/margarita/Mis%20documentos/Downloads/atencio-primaria-regio-sanitaria-girona-2012-enquesta-plaensa%20(1).pdf).
152. Ciapponi A. Toma de decisiones compartidas. Evidencia en la Practica Ambulatoria. [Online].; 2012 [cited 2013 febre 2]. Available from: [HYPERLINK](#)

- <http://www.foroaps.org/files/toma%20de%20desiciones%20compartidas.pdf>.
153. Jovell J. Realidades, expectativas y oportunidades para los pacientes en la Unión Europea. [Online].; 2009 [cited 2013 febre 5]. Available from: HYPERLINK [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=13148907&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=261&ty=33&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=261v07n04a13148907pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13148907&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=261&ty=33&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=261v07n04a13148907pdf001.pdf).
  154. Generalitat de Catalunya. Programan d'Atenció a la Cronicitat. Procesos Clínic Integrats. Marc generc per el disseny de rutes assistencials. [Online].; 2012 [cited 2013 setembre 19]. Available from: HYPERLINK <https://www.yumpu.com/es/document/view/13663846/la2-pe21-procesos-clinics-integrats-generalitat-de-catalunya>.
  155. Fontanet Cornudella G, Cuxart Ainaud N. La enfermera virtual: Un proyecto TIC para la promoción de la salud. [Online].; 2010 [cited 2013 setembre 2]. Available from: HYPERLINK <http://pub.bsalt.net/cgi/viewcontent.cgi?article=1040&context=risai>.
  156. Junta de Andalucía. Consejería de Iguladad, Salud y Políticas Sociales. Escuela Andaluza de Salut Publica.. [Online].; 2010 [cited 2013 juliol 29]. Available from: HYPERLINK <http://www.escueladepacientes.es/ui/index.aspx>.
  157. Fundació Jopsep Laporta, Universitat autonoma de Barcelona.. Universitat del pacient. [Online].; 2009 [cited 2013 novembre 20]. Available from: HYPERLINK <http://www.universitatpacients.org/>.
  158. Gonzalez Mestre A. Programa Pacient Expert Catalunya: Una estratègia per potenciar l'autorresponsabilitat del pacient i el foment de l'autocura. [Online].; 2013 [cited 2014 abril 28]. Available from: HYPERLINK [http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/Ambits%20tematic/Linies%20dactuacio/Model\\_assistencial/Atencio\\_al\\_malalt\\_cronic/documents/arxiu/programa\\_pacient\\_expert\\_Catalunya.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/Ambits%20tematic/Linies%20dactuacio/Model_assistencial/Atencio_al_malalt_cronic/documents/arxiu/programa_pacient_expert_Catalunya.pdf).
  159. Millaruelo J. Importancia de la implicación del paciente en el autocontrol de su enfermedad: paciente experto. Importancia de las nuevas tecnologías como soporte al paciente autónomo. [Online].; 2010 [cited 2012 noviembre 17]. Available from: HYPERLINK [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=13187274&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=27&ty=96&accion=L&origen=zonadelectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=27v42nSupl.1a13187274pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13187274&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=27&ty=96&accion=L&origen=zonadelectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=27v42nSupl.1a13187274pdf001.pdf).
  160. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. TicSalut. TicSalut en projectes Europeus. [Online].; 2011 [cited 2012 setembre 10]. Available from: HYPERLINK <http://www.ticsalut.cat/innovacio/internacional/projectes/8/nexes>.
  161. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. TicSalut. Projecte Renewing Health a Catalunya MPOC. [Online].; 2013 [cited 2013 setembre 10]. Available from: HYPERLINK <http://www.ticsalut.cat/observatori/innova-tic-salut/53/renewing-health>.
  162. Aprop ICS i Generalitat de Catalunya Departament de Salut. Dispositius mòbils i pacients crònics. Aprop ICS. 2014 febrer;(368).
  163. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Projecte Pegasus. [Online].; 2014 [cited febrer febrer 26]. Available from: HYPERLINK [http://www.spmsd.es/sala-de-prensa/wpcontent/uploads/2014/02/Primera\\_aplicacion\\_movil\\_que\\_facilitara\\_el\\_cumplimiento\\_del\\_calendario\\_de\\_vacunacion.pdf](http://www.spmsd.es/sala-de-prensa/wpcontent/uploads/2014/02/Primera_aplicacion_movil_que_facilitara_el_cumplimiento_del_calendario_de_vacunacion.pdf).

164. Aprop ICS i Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.. Model d'atenció no presencial. Aprop ICS. 2014 març; (370).
165. Unió Europea. Improving health sector efficiency: the role of information and communication technologies © OECD 2010. [Online].; 2010 [cited 2013 juny 22]. Available from: HYPERLINK  
[http://ec.europa.eu/health/eu\\_world/docs/oecd\\_ict\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/eu_world/docs/oecd_ict_en.pdf).
166. Virués-Ortega J, Martínez-Martín P, del Barrio JL, Lozano LM. V. Validación transcultural de la Escala de Sentido de Coherencia de Antonovsky (OLQ-13) en ancianos mayores de 70 años. [Online].; 2005 [cited 2012 novembre 17]. Available from: HYPERLINK  
[http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=13100935&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=2&ty=112&accion=L&origen=zonadelectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=2v128n13a13100935pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13100935&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=2&ty=112&accion=L&origen=zonadelectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=2v128n13a13100935pdf001.pdf).
167. Effing T, Monninkhof EM, van der Valk PDLPM, van der Palen J, van Herwaarden CLA, Partidge MR, et al. Educación en autocuidado para pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus. [Online].; 2008 [cited 2013 gener 12]. Available from: HYPERLINK  
<http://www.update-software.com>.
168. Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. [Online].; 1978 [cited 2012 novembre 14]. Available from: HYPERLINK  
<http://www.neiu.edu/~circill/F494V.pdf>.
169. Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. Aten Primaria. 1996;(18).
170. Rosenberg M. Society and the adolescent self-image.. [Online].; 1965 [cited 2012 octubre 17]. Available from: HYPERLINK  
[http://www.fetzer.org/sites/default/files/images/stories/pdf/selfmeasures/Self\\_Measures\\_for\\_Self-Esteem\\_ROSENBERG\\_SELF-ESTEEM.pdf](http://www.fetzer.org/sites/default/files/images/stories/pdf/selfmeasures/Self_Measures_for_Self-Esteem_ROSENBERG_SELF-ESTEEM.pdf).
171. Martín Albo J, Núñez JL, Navarro JG, Grijalvo F. . The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and Validation in University Students. The Spanish Journal of Psychology. 2007;(10).
172. Baker R. Development of a questionnaire to assess patients' satisfaction with consultations in general practice. Br J Gen Pract. 1990;(40).
173. Poulton B. Use of the consultation satisfaction questionnaire to examine patients' satisfaction with general practitioners and community nurses: reliability, replicability and discriminant validity. Br J Gen Pract. 1996;(46).
174. Fernández San Martín M I, Rebagliato O, de Gispert B, Roig H, Artigas J, Bonay B, et al . Adaptación de un cuestionario de satisfacción del paciente con la consulta médica y de enfermería. [Online].; 2008 [cited 2012 setembre 17]. Available from: HYPERLINK  
[http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=13129516&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=27&ty=136&accion=L&origen=zonadelectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=27v40n12a13129516pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13129516&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=27&ty=136&accion=L&origen=zonadelectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=27v40n12a13129516pdf001.pdf).
175. Brooks R. EuroQol: the current state of play. [Online].; 1996 [cited 2012 novembre 17]. Available from: HYPERLINK  
[http://www.euroqol.org/fileadmin/user\\_upload/Documenten/PDF/User\\_Guide\\_v2\\_March\\_2009.pdf](http://www.euroqol.org/fileadmin/user_upload/Documenten/PDF/User_Guide_v2_March_2009.pdf).

176. INSERSO. Las personas mayores en España. [Online].; 2012 [cited 2013 desembre 8]. Available from: HYPERLINK <http://www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/informemayores/informe2008/indx>.
177. Gallo Estrada J, Molina J, Novajra AM, Taltabull JM. Estrategias de cuidados de las familias con las personas mayores que viven solas. [Online].; 2013 [cited 2014 febrer 16]. Available from: HYPERLINK [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962013000100005&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962013000100005&script=sci_arttext).
178. Hernández Zamora Z, Ehrenzweig Y, Yépez L. Sentido de coherencia y salud en personas adultas mayores autopercebidas como sanas. [Online].; 2010 [cited 2013 febre 17]. Available from: HYPERLINK <http://www.revistacostarricensedepsicologia.com/articulos/RCP-43/2-RCP-Vol29-No43.pdf>.
179. Bischoff EW, Hamd DH, Sedeno M, Benedetti A, Schermer TR, Bernard S. Effects of written action plan adherence on COPD. [Online].; 2011 [cited 2014 febrer 16]. Available from: HYPERLINK <http://thorax.bmj.com/content/66/1/26.full.pdf+html>.
180. Wolever RQ, Dreusicke M, Fikkan J, Hawkins TV, Yeung S, Wakefield J, Duda L, et al . Integrative health coaching for patients with type 2 diabetes. [Online].; 2010 [cited 2013 desembre 19]. Available from: HYPERLINK <file:///C:/Documents%20and%20Settings/margarita/Mis%20documentos/Downloads/Wolever%202010%20Integrative%20Health%20Coaching%20for%20Patients%20with%20T> .
181. Gensichen J, von Korff M, Peitz M, Muth C, Beyer M, Gütthlin C, et al. Case management for depression by health care assistants in small primary care practices. [Online].; 2009 [cited 2013 setembre 22]. Available from: HYPERLINK [http://www.allgemeinmedizin.unijena.de/content/publications/2009/e10668/infoboxContent11328/2009003\\_Gensichenetal\\_Casemanagementfordepressionbyhealthcareassistantsinsmallpr](http://www.allgemeinmedizin.unijena.de/content/publications/2009/e10668/infoboxContent11328/2009003_Gensichenetal_Casemanagementfordepressionbyhealthcareassistantsinsmallpr).
182. Marín Royo M, Pellicer C, Gonzalez C, Bueso MJ, Aguar C, Andreu A et al. Actividad física y su relación con el estado de salud en pacientes EPOC estables. [Online].; 2011 [cited 2012 setembre 17]. Available from: HYPERLINK [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=90023423&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=6&ty=131&accion=L&origen=bronco&web=www.archbronconeumol.org&lan=es&fichero=6v47n07a90023423pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90023423&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=6&ty=131&accion=L&origen=bronco&web=www.archbronconeumol.org&lan=es&fichero=6v47n07a90023423pdf001.pdf).
183. García-Aymerich J, Lange P, Benet M, Schnohr P, Antó JM. Regular physical activity modifies smoking-related lung function decline and reduces risk of chronic obstructive pulmonary disease. [Online].; 2007 [cited 2013 novembre 15]. Available from: HYPERLINK [http://www.atsjournals.org/doi/abs/10.1164/rccm.200607-896OC?url\\_ver=Z39.882003&rfr\\_id=ori:rid:crossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%3dpubmed#.U30NUNJ\\_ubM](http://www.atsjournals.org/doi/abs/10.1164/rccm.200607-896OC?url_ver=Z39.882003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed#.U30NUNJ_ubM).
184. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.. Pla interdepartamental de Salut Publica PINSAP. [Online].; 2014 [cited 2014 març 3]. Available from: HYPERLINK [http://premsa.gencat.cat/pres\\_fsvp/docs/2014/02/18/20/03/54393124-207d-48ae-b74c-45d6965d8b42.pdf](http://premsa.gencat.cat/pres_fsvp/docs/2014/02/18/20/03/54393124-207d-48ae-b74c-45d6965d8b42.pdf).
185. Pera C. Cultura de la salut: un canvi de paradigma. [Online].; 2011 [cited 2013 desembre 28]. Available from: HYPERLINK <http://w2.bcn.cat/bcnmetropolis/arxiu/ca/pagea9b4.html?id=21&ui=491>.

186. Abellan Garcia, A; Pujol Rodriguez, R. Un perfil de las personas mayores en España, 2013. Indicadores estadísticos básicos. Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 1. [Online].2013<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enredindicadoresbasicos13.pdf>.
187. Mira Tamayo DC. Sentido de coherencia y calidad de vida en la tercera y cuarta edad [Online].; 2013[cited 2013 diciembre 22]. Available from: [HYPERLINK zaguan.unizar.es/TAZ/.../TAZ-TFM-2013-617.pdf](http://zaguan.unizar.es/TAZ/.../TAZ-TFM-2013-617.pdf).
188. de Torres Tajesa JP, Casanova Macario C. EPOC en la mujer. Arch Bronconeumol. 2010;46(Supl 3):23-27
189. Effing T, Monninkhof EM, van der Valk PDLPM, van der Palen J, van Herwaarden CLA, Partidge MR, et al. Educación en autocuidado para pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus. Oxford: Update Software Ltd; 2008. Número 4 Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
190. Lindstrom B. Y Eriksson M. (2007). Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. Journal Epidemiology & Community Health. 2007 Nov; 61(11):938-44.
191. Malmusi D; Ortiz-Barreda G. Rev. Esp. Salud Publica vol.88 no.6 Madrid nov.-dic. 2014 [Online].; 2014[cited 2015 Gener 3]. Available from: [HYPERLINK http://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272014000600003](http://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272014000600003)



## 9. ANNEXOS

### Annex 1

**Programa** Objectiu general: Contribuir a la millora de la funció respiratòria i la qualitat de vida dels pacients amb MPOC des de l'àmbit de l'Atenció Primària.

- Conceptes de la malaltia.

Coneixements mínims del seu procés com l'anatomia i fisiologia bàsiques del pulmó i la funció respiratòria; els coneixements bàsics del procés natural de la MPOC; les causes i les conseqüències .

- Consell antitabac.

L'estratègia es basa en els següents punts:

- Preguntar per identificar els fumadors.
- Advertir-los amb un consell clar, enèrgic i personalitzat, sobre la necessitat de deixar de fumar.
- Investigar per determinar la predisposició a abandonar l'hàbit de fumar.
- Ajudar a fixar una data.
- Intervenir, si cal, per ajudar a avançar en el procés.
- Planificar el seguiment.
- Donar un reforç motivador, als exfumadors, per haver superat la fase.

Com evitar els factors de risc ambientals i/o laborals com la inhalació d'irritants i la contaminació ambiental .

Donar a conèixer els factors de risc i hàbits que influeixen negativament en l'evolució de la malaltia, i els estils de vida saludables.

- Coneixement del tractament i sensibilització de la importància de mantenir-lo en el temps per evitar les reaguditzacions, l'augment de la dispnea i la comorbiditat cardíaca.

La persona ha de conèixer la medicació que pren, les indicacions, l'ordre adequat d'utilitzar-los (en primer lloc els broncodilatadors, després els antiinflamatoris), els efectes secundaris i com prevenir-los, els efectes de suspendre la medicació sense prescripció mèdica i la utilització adequada d'inhaladors de rescat.

- En persones amb oxigen teràpia; amb pressió positiva contínua de la via aèria (*continuous positive airway pressure, CPAP*), i/o ventilació.
- Valoració de l'aspecte nutricional.

Evitar consumir els aliments molt freds o molt calents, perquè poden desencadenar tos. Fer àpats lleugers, per evitar les digestions passades. Evitar aliments flatulents i l'excés d'hidrats de carboni, per evitar l'obesitat. Augmentar la ingesta de calci. Evitar l'estrenyiment. Efectuar una ingesta d'1.5 l/dia de líquids, per tal de mantenir una hidratació adequada i afavorir la sortida de les mucositats. Ús moderat de l'alcohol.

- Suport psicosocial a la persona.

El seguiment i el suport psicològic ajuden a conviure millor amb la malaltia.

- Estimulació de l'exercici físic.

És important aconsellar la realització de la pràctica diària d'exercici físic, ja que afavoreix la relació entre persones, millora l'autoestima, la condició física general i la tolerància a l'exercici físic. Cal, però, recomanar alguns períodes de descans. També, s'aconsella la realització de fisioteràpia respiratòria, per tal que el pacient aprengui a respirar utilitzant el diafragma, així com tècniques per facilitar l'expectoració quan el malalt ho requereixi. L'entrenament muscular consisteix a entrenar el pacient amb exercicis per reforçar els músculs de les extremitats inferiors i superiors.

- Consell i/o educació sobre tècniques d'estalvi d'energia.

Ensenyar tècniques d'estalvi d'energia, és a dir, saber com simplificar les activitats quotidianes per aconseguir la màxima eficiència amb la menor despesa energètica possible.

- Conèixer els signes d'empitjorament i d'alarma, per tal de prendre les mesures més adequades de forma precoç, i consultar els professionals sanitaris en el moment necessari.

Signes d'empitjorament: L'augment de la dispnea habitual. Augment de les secrecions o el canvi de color. L'aparició d'edemes en els peus. L'aparició de dolor al costat. La febre. La sensació de son durant el dia, o de mal de cap als matins.

Mesures a prendre: Davant de l'aparició o augment de l'ofec cal relaxar-se, prendre la medicació de rescat i buscar una posició còmoda que faciliti la respiració. Davant la presència o augment de les secrecions s'ha d'intentar expectorar, augmentar la ingesta de



líquids, controlar el color de l'expectoració, la temperatura i estar atent davant la presència de febre. Si els símptomes persisteixen cal contactar amb l'equip sanitari.

- Tècnica inhalatòria

### **Components dels programes d'educació en grup sobre l'MPOC:**

1. Educació, coneixements sobre l'MPOC.
2. Adquisició d'habilitats: controlar els símptomes.
3. Pla d'acció escrit individualitzat: autocontrol i ajust de la medicació, per la o el pacient mateix, en cas d'exacerbació/empitjorament de l'MPOC.
4. Revisions periòdiques de professionals de medicina o d'infermeria per a l'avaluació i la revisió del tractament. MPOC lleu 1 cop l'any, moderada cada 6 mesos i greu cada 3 mesos.

### **Metodologia**

Estructura: 4 sessions de freqüència setmanal, 60 minuts de durada.

Nombre màxim de participants: 12-15 persones.

Circuit de derivació: cal definir-lo per a cada equip.

Criteris d'inclusió: persones diagnosticades d'MPOC.

Nivell de motivació: manifestació positiva de participar.

Avaluació del taller: A la primera sessió es passa un qüestionari de coneixements de la MPOC i habilitats sobre els inhaladors. A cada sessió hi ha un control d'assistència. En finalitzar les quatre sessions es passa el mateix qüestionari del primer dia i s'avalua la metodologia emprada i la satisfacció. Al cap de 6 mesos d'haver acabat les sessions grupals es porta a terme un nou seguiment: una sessió de reforç i revisió de la tècnica inhalatòria, un recordatori de les recomanacions de la fisioteràpia respiratòria i els estils de vida saludable i la resolució de preguntes que plantegen els assistents. Aquest dia es passa l'últim qüestionari, d'avaluació sobre els coneixements i habilitats adquirides, per part de la infermera que porta el programa.

### **Primer dia :**

#### **Què és la malaltia pulmonar obstructiva crònica?**

És una malaltia respiratòria que consisteix en una dificultat del pas de l'aire a través dels bronquis. Això provoca sensació de falta d'aire (ofec o dispnea), sobretot quan es fa exercici o esforç físic. Altres símptomes són la tos crònica, l'expectoració habitual, els episodis freqüents de bronquitis o les sibilàncies.

**L'obstrucció del flux aeri es defineix** per una disminució de l'índex del flux expiratori forçat en el primer segon (FEV1)/capacitat vital forçada (FVC). El FEV1 defineix el grau d'obstrucció, i sol ser menor del 80 % del volum predit, i el FEV1/FVC ha de ser menor de 0,7. La limitació de la via aèria es deu a la combinació de lesió a la via aèria i a la parènquima. La lesió és el resultat de la inflamació crònica.

És una malaltia progressiva, però pot millorar i es pot tenir sota control. Afecta, principalment, les persones més grans de 45 anys que són o han estat fumadores.

Habitualment, és permanent, lenta i reversible només de forma parcial. Els factors més associats a la seva aparició són:

Principalment: el consum de tabac, ja que la combustió del fum afecta els bronquis i els pulmons. Altres causes són: la contaminació ambiental i l'exposició a substàncies químiques. També hi ha persones que poden tenir una predisposició genètica a patir la malaltia.

El símptomes més freqüents són la tos i la producció d'esput (expectoració); a vegades, es poden confondre amb els del refredat o la bronquitis aguda o atribuir-los només al tabac.

L'ofec o la dispnea apareixen en la fase de la malaltia més avançada. Poden afectar la qualitat de vida, ja que limiten l'exercici físic i els esforços. La malaltia predisposa a patir infeccions respiratòries que poden provocar aguditzacions i requereixen tractament.

**Diagnòstic:** El diagnòstic es du a terme a través de l'entrevista clínica (per conèixer els símptomes i les possibles causes), l'exploració física i la realització d'una espirometria. L'espirometria és la tècnica que mesura els fluxos i volums respiratoris útils per al diagnòstic i seguiment de les patologies respiratòries.

La pulsioximetria és un mètode útil per valorar si els pacients presenten insuficiència respiratòria. Per sota del 95%, generalment hi ha hipòxia, malgrat que els pacients amb MPOC molt greu toleren bé saturacions entre el 90% i el 95%. Valors inferiors al 90% indiquen hipòxia greu.

Classificació de la malaltia pulmonar obstructiva crònica (Guia GOLD, 2007)

- 1. Lleu:** FEV1 > 80 % del valor de referència
- 2. Moderada:** FEV1 50 % - 80 % del valor de referència
- 3. Greu:** FEV1 30 % - 49 % del valor de referència
- 4. Molt greu:** FEV1 < 30 % o FEV1 < 50 % amb insuficiència respiratòria crònica.

## **2n dia:**

El **tractament farmacològic** inicial dels pacients amb MPOC són els broncodilatadors inhalats d'acció curta (salbutamol, terbutalina o bromur d'ipratropi).

Els broncodilatadors inhalats d'acció prolongada (agonistes beta-2 o anticolinèrgics) són útils per al control dels símptomes i per augmentar la capacitat d'exercici en pacients amb clínica, tot i l'ús de fàrmacs d'acció curta.

Els corticoides inhalats s'utilitzen juntament amb els broncodilatadors d'acció prolongada per disminuir la freqüència de les exacerbacions en pacients amb un FEV1 < 50 %, si han tingut dos episodis o més en què han necessitat corticoides orals o antibiòtics, en els darrers 12 mesos.

Per valorar l'efectivitat dels tractaments de l'MPOC, cal avaluar-ne la millora en la simptomatologia, les activitats de la vida diària, la capacitat d'exercici i la rapidesa d'alleujament dels símptomes, juntament amb els paràmetres de la funció pulmonar.

El tractament ha de ser esglaonat i ha d'estar d'acord amb la gravetat de la malaltia, els símptomes i la resposta dels pacients. La base del tractament són els fàrmacs broncodilatadors inhalats.

**La teràpia sol ser combinada**, per la qual cosa, si es vol afavorir el seu compliment, la dosi és important. Cal fer correctament la tècnica d'inhalació i fer servir els inhaladors sempre amb cambra, tant si són d'esprai com de cartutx, ja que la bibliografia ho recomana. S'ha de seguir correctament l'ordre dels inhaladors: primer els broncodilatadors (de color clar: blau, verd) i després els antiinflamatoris (colors foscos: marró).

Manteniment general:

- **Cartutx**. Es pot saber que el cartutx està ple si es posa en un got d'aigua i s'hi enfonsa. En cas de surar, és que està buit. El fet de fer un buf a l'aire i observar si surt esprai no és útil, ja que moltes vegades s'esgota abans el medicament que el gas del cartutx.

- **Pols seca**. Es pot saber que el dispositiu està ple si s'observen les dosis a la finestra del comptador. En cas que no tingui comptador, si la finestra es torna de color vermell indica que queden poques dosis.

- **Cambra**. Cal tenir-la neta i en bon estat: no pot estar esquerdada, ni trencada. Després de netejar-la, és necessari deixar-la assecar per gravetat, no fregar-la mai, ja que això provocaria que hi hagués electricitat estàtica a les parets de la cambra, que atrauria les partícules del medicament i els impediria fer el circuit.

La tècnica inhalatòria de l'ús correcte dels inhaladors prescrits es porta a terme mitjançant la utilització de dispositius amb placebo, per comprovar i corregir la maniobra durant l'aprenentatge. També es comprova si el dispositiu que utilitza la persona és el més adequat per les seves característiques, plantejant possibles canvis d'inhalador si és el cas.

### **Com es poden prevenir les exacerbacions i tractar-les?**

Cal conèixer-ne els signes d'empitjorament i d'alarma per tal de prendre les mesures adequades de forma precoç i consultar els professionals en el moment necessari. Són els següents:

1. Si al o la pacient li augmenta l'ofec i els medicaments que pren habitualment no li fan efecte o els necessita més sovint del que és habitual.
2. Si l'expectoració li augmenta o canvia de color: es torna groga o verda, cosa que pot ser senyal d'infecció respiratòria.
3. Si té febre que no disminueix en un parell de dies amb el tractament habitual.
4. Si té sensació de son durant el dia. Si als matins s'aixeca amb mal de cap que, generalment, li passa al llarg del dia.
5. Si adverteix que està més irritable o presenta confusió mental.
6. Si nota que les cames, sobretot els peus, se li inflen.

### **Oxigenoteràpia**

L'oxigenoteràpia contínua domiciliària millora la supervivència i la qualitat de vida dels pacients. Es du a terme a través de les ulleres nasals durant un temps superior a 15 hores al dia. Està indicada en l'MPOC greu i en la insuficiència respiratòria crònica.

### **3 dia:**

#### **Rehabilitació respiratòria**

Millora la dispnea, la tolerància i la qualitat de vida. En la MPOC greu és necessari enfortir la musculatura respiratòria i la de les extremitats.

#### **Objectius**

- Reeducar la respiració.
- Millorar la força i resistència a la fatiga.
- Optimitzar la capacitat ventiladora.
- Entrenar l'esforç.
- Moure les secrecions.

## **A. Teràpia física**

· *Fisioteràpia respiratòria*

Drenatge de la positura

Educació de la tos

· *Exercicis respiratoris*

Tècniques d'expansió toràcica

Tècniques de mobilització diafragmàtica.

## **B. Entrenament muscular**

Entrenament dels músculs respiratoris.

Entrenament físic en general.

Aquest apartat el realitza el fisioterapeuta, que també facilita als participants recomanacions sobre les pautes diàries que han de portar a terme.

### **4 dia:**

#### **Prevenió: Evitació de l'exposició al fum del tabac**

El tabac és l'origen del desenvolupament de la malaltia i pot anul·lar l'efecte de qualsevol medicament de control o preventiu que s'estigui prenent. També pot obligar a utilitzar un medicament de rescat o d'alleujament immediat més sovint. Igualment pot interferir en el son i provocar més tos de nit; pot igualment influir en què es rendeixi menys en l'esport o en altres activitats físiques. S'ha de recomanar l'abandonament del tabac pels beneficis que això té sobre la salut en general i perquè, a més, pot reduir la gravetat de la malaltia.

#### **Vacunacions**

Cal vacunar-se contra la grip totes les tardors.

S'ha d'oferir als pacients la vacunació antipneumocòccica cada cinc anys.

#### **Hàbits de vida**

Cal: Fer una dieta equilibrada i mantenir un pes adequat. Tenir uns horaris nocturns regulars quant al son i petits períodes de descans diürn. Evitar la vida sedentària, sense arribar a la fatiga. Fer tècniques d'estalvi energètic <sup>(167) (33)</sup>

## Annex 2

### Consentiment informat

**Títol de la investigació:** Recursos per promoure la salut i el benestar de les persones amb Malaltia pulmonar obstructiva crònica.

**Objectiu de la investigació:** Identificar els recursos i els factors motivadors que té la persona per afrontar una malaltia crònica.

**Què es proposa en aquest estudi?** Conèixer el perfil de les persones que gestionen millor la seva malaltia.

**Com es recullen les dades?** Es recolliran mitjançant cinc enquestes que contestaran els participants i grups focals.

**Com se seleccionaran els participants?** Seran seleccionats segon acudeixen a visitar-se a la consulta del CAP amb visita programada i tinguin el diagnòstic de MPOC.

**Temps requerit:** El temps estimat per contestar els qüestionaris serà de 45 minuts.

**Riscos i beneficis:** Aquest estudi no comporta cap risc i el participant no rebrà cap benefici.

**Compensació:** No es donarà cap compensació econòmica per participar.

**Confidencialitat:** El procés serà estrictament confidencial. El seu nom no serà utilitzat en cap informe quan els resultats de la investigació siguin publicats.

**Participació voluntària:** La participació és estrictament voluntària. El participant tindrà el dret de retirar-se de l'estudi d'investigació en qualsevol moment. No hi haurà cap tipus de sanció o represàlia.

**A qui contactar en cas de preguntes:** A les infermeres de l'ABS Girona-2.

### AUTORITZACIÓ

He llegit el procediment descrit anteriorment. La investigadora m'ha explicat l'estudi i ha contestat les meves preguntes. Voluntàriament dono el meu consentiment per participar en l'estudi.

He rebut còpia d'aquest procediment.

Nom i cognoms del participant:-----

Signatura del participant-----

Girona, \_\_\_\_\_

## Annex 3

### Cuestionario SOC 13

1. ¿Tiene la impresión de que a Vd. no le importan de verdad las cosas que pasan a su alrededor?

Muy a menudo Rara vez o nunca

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

2. ¿Le ha sorprendido alguna vez lo que han hecho personas que Vd. creía que conocía bien?

Siempre me pasa Nunca me ha pasado

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

3. ¿Le ha pasado alguna vez que personas con las que contaba le hayan defraudado?

Siempre me pasa Nunca me ha pasado

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

4. Hasta ahora su vida...

No ha tenido en absoluto Ha tenido objetivos y  
objetivos o metas claras metas muy claras

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

5. ¿Tiene Vd. la impresión de que le están tratando de forma injusta?

Muy a menudo Rara vez o nunca

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

6. ¿Tiene Vd. la impresión de estar en una situación a la que no está acostumbrado/a y no sabe qué hacer?

Muy a menudo. Rara vez o nunca.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

7. Hacer las cosas que Vd hace todos los días...

Me produce dolor  
y aburrimiento

Me produce una gran  
alegría y satisfacción

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

8. ¿Tiene Vd. sentimientos o ideas muy confusas?

Muy a menudo

Rara vez o nunca

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

9. ¿Le pasa que tiene sentimientos dentro de Vd que preferiría no tener?

Muy a menudo

Rara vez o nunca

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

10. Muchas personas, hasta los que tienen un carácter fuerte, se sienten a veces como unos desgraciados. ¿Cuántas veces se ha sentido Vd. así en su vida?

Muy a menudo

Rara vez o nunca

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

11. Cuando algo le ha pasado, al final ha visto Vd. que...

Le dio más importancia o  
menos de la que en verdad tenía

Dio a las cosas la  
importancia justa

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

12. ¿Cuántas veces tiene la impresión de que las cosas que hace todos los días significan muy poco o tienen poca importancia?

Muy a menudo

Rara vez o nunca

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

13. ¿Cuántas veces tiene la impresión de no estar seguro/a de poder controlarse?

Muy a menudo

Rara vez o nunca

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---



## Annex 4

### Escala de Autoestima de Rosenberg

Muy de acuerdo: 4

De acuerdo : 3

En desacuerdo : 2

Muy en desacuerdo: 1

	4	3	2	1
1 En general, estoy satisfecho conmigo mismo.				
2 A veces pienso que no soy bueno en nada.				
3 Tengo la sensación de que poseo algunas buenas cualidades.				
4 Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas.				
5 Siento que no tengo demasiadas cosas de las que sentirme orgulloso.				
6 A veces me siento realmente inútil.				
7 Tengo la sensación de que soy una persona de valía, al menos igual que la mayoría de la gente.				
8 Ojalá me respetara más a mí mismo.				
9 En definitiva, tiendo a pensar que soy un fracasado.				
10 Tengo una actitud positiva hacia mí mismo.				

## Annex 5

### Cuestionario APGAR FAMILIAR

El cuestionario tiene 5 preguntas. Por favor, contéstelas todas

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
1 ¿Está satisfecho de la ayuda que recibe de sus familiares cuando tiene un problema?			
2 ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?			
3 ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en casa?			
4 ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y sus familiares pasan juntos?			
5 ¿Siente que su familia le quiere?			

## Annex 6

### Satisfacció

<b>1. Estic totalment satisfet de la visita amb aquest metge/infermera.</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>2. El metge/infermera ha tingut molta cura a examinar tots els problemes.</b>	1	2	3	4	5
<b>3. Seguiré els consells del metge/infermera perquè crec que són molt encertats.</b>	1	2	3	4	5
<b>4. M'he trobat còmode parlant amb el metge/infermera sobre temes molt personals.</b>	1	2	3	4	5
<b>5. El temps que he passat amb aquest metge/infermera ha estat massa curt.</b>	1	2	3	4	5
<b>6. El metge/infermera m'ha donat una informació completa sobre el tractament.</b>	1	2	3	4	5
<b>7. Alguns aspectes de la consulta amb el metge/infermera podrien haver estat millors.</b>	1	2	3	4	5
<b>8. Hi ha algunes coses que el metge/infermera no sap de mi.</b>	1	2	3	4	5
<b>9. El metge/infermera ha escoltat amb molta atenció tot el que li he dit.</b>	1	2	3	4	5
<b>10. Penso que el metge/infermera m'ha tractat d'una manera personalitzada.</b>	1	2	3	4	5
<b>11. El temps que he estat amb el metge/infermera no ha sigut suficient per parlar de tot el que volia.</b>	1	2	3	4	5
<b>12. Després de la visita amb el metge/infermera entenc molt millor el meu problema de salut.</b>	1	2	3	4	5
<b>13. El metge/infermera s'ha interessat per mi no tan sols pel meu problema de salut, sinó també com a persona.</b>	1	2	3	4	5
<b>14. El metge/infermera ho sap tot sobre mi.</b>	1	2	3	4	5
<b>15. Crec que aquest metge/infermera realment sabia el que jo estava pensant.</b>	1	2	3	4	5
<b>16. M'hauria agradat estar més temps amb el metge/infermera.</b>	1	2	3	4	5
<b>17. No estic del tot satisfet amb la visita al metge/infermera.</b>	1	2	3	4	5
<b>18. Trobaria difícil parlar amb aquest metge/infermera sobre temes personals.</b>	1	2	3	4	5

## Annex 7

### Questionari de Salut Euroqol-5D

#### Movilidad

Tengo problemas para caminar	
Tengo algunos problemas para caminar	
Tengo que estar en la cama	

#### Cuidado personal

Tengo problemas para el cuidado personal	
Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme	
Soy incapaz para lavarme o vestirme	

**Actividades cotidianas** (p.ej, trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre).

No tengo ningún problema para realizar mis actividades cotidianas	
Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas	
Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas	

#### Dolor/malestar

No tengo dolor ni malestar	
Tengo dolor o malestar	
Tengo mucho dolor o malestar	

#### Ansiedad/depresión

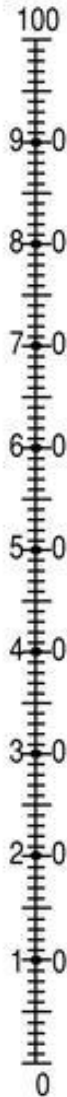
No estoy ansioso ni depresivo	
Estoy moderadamente ansioso o depresivo	
Estoy muy ansioso o depresivo	

**TERMÓMETRO EUROQOL DE  
AUTOEVALUACIÓN  
DEL ESTADO DE SALUD  
SU ESTADO DE SALUD HOY**

Nos gustaría que nos indicara en esta escala, en su opinión, lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY. Por favor, dibuje una línea desde el casillero donde dice «Su estado de salud hoy» hasta el punto del termómetro que en su opinión indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY.

Su estado  
de salud  
hoy

El mejor estado  
de salud  
imaginable



El peor estado  
de salud  
imaginable

