

**BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index**  
**<http://http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>**

**Cómo citar este documento**

Hueso Navarro, Fabiola. El Manejo Inefectivo del Régimen Terapéutico en los pacientes que acuden a consulta de enfermería de crónicos en Navarra. Biblioteca Lascasas, 2005; 1. Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0013.php>

EL MANEJO INEFECTIVO DEL REGIMEN TERAPÉUTICO EN LOS  
PACIENTES QUE ACUDEN A CONSULTA DE ENFERMERIA DE CRÓNICOS  
EN NAVARRA.

**Fabiola Hueso Navarro**

**2º Ciclo en Ciencia Sanitarias: Enfermería**

**1ª Promoción: 2002-04**

**Universidad de Zaragoza**

# **EL MANEJO INEFECTIVO DEL REGIMEN TERAPÉUTICO EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN A CONSULTA DE ENFERMIA DE CRÓNICOS EN NAVARRA.**

## **ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN:**

Uno de los mayores problemas que nos encontramos las enfermeras que atendemos a personas con procesos crónicos, son las dificultades que éstos tienen para poder cuidar de sí mismos.

Orem define el auto cuidado como la capacidad de uno mismo para mantener la salud, la vida y la calidad de vida.(1)

Con esta teoría, los individuos que están enfermos y recibiendo tratamiento deben de seguirlo correctamente , cuando esto no ocurre así, surge el diagnóstico: “Manejo Ineficaz del Régimen terapéutico”(MIRT),definido por primera vez por la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), como:” El patrón de regulación e integración en la vida diaria de un programa de tratamiento de la enfermedad y de sus secuelas que resulta insatisfactorio para alcanzar objetivos específicos de salud”.(2)

En España, los servicios de salud, la organización colegial de enfermería, las universidades, y muchas sociedades científicas están impulsando trabajos de investigación que ayuden al desarrollo de estas taxonomías. Pero a pesar de todos estos esfuerzos y del aumento del número de trabajos de investigación realizados, todavía no existen estudios desde la perspectiva enfermera que analicen el MIRT como tal. La mayor parte de la literatura encontrada se refiere al incumplimiento y a la no-adhesión del tratamiento, y han sido realizadas por profesionales de la medicina.

Haynes (en Pérez Rojas(3)) define el incumplimiento como “el grado en el cual la conducta de una persona (en términos de tomar una medicación o efectuar cambios en el estilo de vida) coincide con las recomendaciones médicas o higiénico-sanitarias. Sin embargo, según otros autores, este término tiene connotaciones discordantes, ya que implica la aceptación pasiva de lo que el profesional define como bueno para el paciente, por lo que prefieren

utilizar el término de "adherencia terapéutica", esta, implica la negociación del plan de tratamiento entre el profesional y el paciente, en lugar de la ejecución simplemente de una orden terapéutica (como sucede en la hospitalización, cuando el paciente, abandona en manos de la enfermera, la responsabilidad del cumplimiento de su tratamiento). La adherencia puede referirse a la toma de un fármaco, al cambio de un hábito de vida, a la proporción de información suficiente del profesional, respeto a la cronología de las tomas y valoración de la medicación, asistencia a citas, participación activa en tratamientos psicológicos, cumplimentación de directrices terapéuticas sobre hábitos de sueño, alimentación, ejercicio, higiene, etc. Por tanto, podemos considerar el término adherencia como un constructo más amplio que el simple "cumplimiento terapéutico" (3)

Autores como Roel H. Bakker et al(1), desaconsejan usar el vocablo "incumplimiento" como diagnóstico de enfermería, porque también consideran que hace hincapié en una posición subordinada por parte del paciente, con respecto a la relación con el experto en salud. Históricamente la esencia de la relación enfermera- paciente, se basa en el apoyo de la promoción e independencia de la persona para su propio cuidado. Cuando los pacientes son etiquetados de no cumplidores son calificados como difíciles y problemáticos

Para estos autores el MIRT resulta más comprensivo que el incumplimiento. Es un enfoque general de autorregulación e integración basado en los valores y objetivos del paciente más que en el cumplimiento de las indicaciones de otros, es más exhaustivo que el incumplimiento. La autonomía del paciente, hace que pueda arreglárselas por sí sólo para seguir el manejo del régimen terapéutico.

El incumplimiento no siempre resulta amenazador para la salud, mientras el MIRT, es un concepto más amplio, que se basa en el manejo del auto cuidado del propio paciente, por esa misma razón, cuando la persona no es capaz de cuidarse de sí misma, resulta amenazador para su salud.

El incumplimiento es unidireccional y se basa exclusivamente en la recomendación del experto, siempre resulta intencional por parte del paciente, decidir no seguir las recomendaciones.

Es conveniente considerar el impacto que el régimen pautado tiene sobre el paciente. La autonomía y el respeto son lo más importante para el cuidado de la persona. Sin ir más lejos el acatamiento no necesariamente indica que tanto el profesional como el paciente hayan desarrollado una relación de reconocimiento y colaboración.

El incumplimiento es descrito como una falta del reconocimiento del profesional de atención sanitaria, y del significado que el régimen tiene para el paciente. Las intervenciones serán de más éxito cuando el trato con el paciente sea más estrecho y este participe en la elaboración del planteamiento del régimen. No Reconocer al paciente como un igual, y no escuchar su opinión puede resultar cuando menos paternalista. (1)

Cuando no se sigue el tratamiento prescrito, se suele culpar de ello a los pacientes, a pesar de que hay pruebas de que los profesionales sanitarios y los sistemas de salud pueden tener una gran influencia sobre el comportamiento de los pacientes al respecto.

Queda claro pues que es fundamental la interrelación entre el profesional y el paciente, teniendo en cuenta los valores y objetivos propios de este, y que le hacen valorar lo que le conviene o no. El profesional sanitario interactúa con él para ayudarlo a tomar la decisión más adecuada. A veces cuando no tienen un objetivo común, es el paciente el que finalmente debe tomar su decisión.

Wilson(4) dice que el MIRT no es sólo el fracaso del paciente, sino que en alguna medida implica a la enfermera, que no ha establecido una buena comunicación con el paciente, o que no han sido capaces de concretar lo que el paciente quería conseguir en el manejo de su auto cuidado.

Esta opinión es corroborada en un amplio informe de la OMS(5) (1 de julio de 2003 | GINEBRA) en el cual dice que no hay duda de que los equipos de atención sanitaria están fracasando en lo que se refiere a la prestación de apoyo al comportamiento de los pacientes, tarea para la cual generalmente no están entrenados. Además, los sistemas de salud no permiten que los

profesionales sanitarios respalden los cambios de comportamiento de los pacientes, función para la cual no han sido diseñados.

Pese a todo la OMS(5,6) considera a la enfermera un profesional imprescindible para el seguimiento y valoración de los enfermos crónicos.

Otros autores como Saturno y Gastón Canovas(7) también indican que la causa más importante de la baja adhesión al tratamiento es la baja interrelación entre profesional sanitario y el paciente.

Entendemos pues que el MIRT es un término que puede ser equiparable al de la “no-adhesión” al régimen terapéutico, porque igualmente prioriza la interrelación personal sanitario y paciente, pero consideramos que no es lo mismo que el incumplimiento.

La mayor diferencia entre el MIRT y la “No adhesión” es que el MIRT prioriza sobre todo, la autonomía del paciente.

En el referido informe de la OMS(5) de julio de 2003 | GINEBRA) se ha hecho una amplia revisión sobre el tema de la no-adhesión del régimen terapéutico para las enfermedades crónicas, considerado como un problema mundial de gran envergadura, que tiende a aumentar a medida que lo hace la carga mundial de enfermedades crónicas. Se observan en todas las situaciones en las que éste tiene que ser administrado por el propio paciente, independientemente del tipo de enfermedad.

En conjunto, las enfermedades no transmisibles, tales como las cardiovasculares, el cáncer y la diabetes, los trastornos mentales, el VIH/SIDA y la tuberculosis representaron el 54% de la carga mundial de morbilidad en 2001, y se prevé que superarán el 65% en 2020.

Varios análisis rigurosos (5), han revelado que en los países desarrollados la observancia del tratamiento por parte de los pacientes con enfermedades crónicas es de sólo el 50%. Los datos disponibles señalan que el cumplimiento es todavía mucho menor en los países en desarrollo.

El porcentaje de pacientes que tienen una buena adhesión al régimen terapéutico, en el caso de la hipertensión arterial, es sólo del 27%, 43% y 51% en Gambia, China y los Estados Unidos de América (EE.UU.), respectivamente. Cifras similares se han obtenido para otras enfermedades,

como la depresión (40%-70%), el asma (43% para el tratamiento agudo y 28% para el tratamiento de mantenimiento) y el VIH/SIDA (37%-83%). (7)

Según el Dr. Derek Yach (6), Director Ejecutivo de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental, Organización Mundial de la Salud (OMS), la no adhesión al tratamiento es la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los pacientes y es además, en muchos casos, el origen de complicaciones médicas y psicosociales de la enfermedad, reduce la calidad de vida de los pacientes, aumenta la probabilidad de aparición de resistencia a los fármacos y desperdicia recursos asistenciales». Consecuencia directa de este hecho es la alteración de la capacidad de los sistemas de salud de todo el mundo para lograr sus objetivos de salud.

El Dr. Eduardo Sabaté, funcionario médico de la OMS (6) dice: «Una mayor observancia de los tratamientos no representa una amenaza para los presupuestos de la asistencia sanitaria. Por el contrario, producirá una importante reducción del presupuesto general para la salud, debido a la reducción de la necesidad de intervenciones más caras, como las hospitalizaciones frecuentes y prolongadas, el uso innecesario de los servicios de urgencia y los costosos servicios de cuidados intensivos».

La NANDA y la OMS coinciden en muchos de los factores relacionados con el MIRT y la “no-adhesión”.

La OMS los clasifica en cinco grupos dentro de los cuales también entran los propuestos por NANDA.

- Factores sociales y económicos: Recursos limitados, raza, la guerra, la edad. NANDA menciona a demás, demandas excesivas sobre el individuo o familia, conflicto familiar, patrones familiares de cuidados de la salud, déficit de soporte social.
- Relacionados con el quipo sanitario: comunicación e interrelación, disponibilidad del personal sanitario. NANDA Sugiere”Falta de confianza en el régimen y/o personal sanitario).
- Relacionados con la enfermedad: gravedad de los síntomas, percepción del riesgo, importancia que dan a seguir el tratamiento, expectativas de

evolución, comorbilidad. Según NANDA también: percepción de susceptibilidad.

- Relacionados con la terapia :Complejidad, duración, cambios, inmediatez de los beneficios, efectos secundarios.
- Relacionados con el paciente: conocimientos y actitudes, creencias, impresiones, expectativas, confianza en su comportamiento para seguir el tratamiento, motivación para seguirlo.NANDA añade: percepción beneficios, impotencia, conflicto de decisiones, inadecuación del nº de claves para la acción.

Aunque como hemos expresado el incumplimiento no es o mismo que el MIRT, la mayoría de estudios encontrados analizan el cumplimiento del tratamiento, y la no adhesión y han sido realizados en enfermedades crónicas de elevada prevalencia como la hipertensión arterial, dislipemias, diabetes, enfermedades pulmonares, tuberculosis, síndrome de apnea obstructiva del sueño, o enfermedades infecciosas como la infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), entre otras, y han sido hechos por médicos.

Las Variables más utilizadas en la mayoría de estos estudios son las: sociodemográficas, características clínicas y del tratamiento prescrito, antecedentes personales y cumplimiento terapéutico.

Entre los resultados obtenidos en estos estudios destacamos:

- 1- Existe un elevado nivel de incumplimiento terapéutico en pacientes con HTA.(8,9,10)
- 2- Uno de cada 6 dislipémicos no acude a las visitas de seguimiento. No existe un perfil de paciente incumplidor a las citas. Sólo el juicio médico puede ser válido para sospechar el incumplimiento a las citas programadas (11)
- 3- Al relacionar la adhesión al tratamiento médico farmacológico con factores sociales funcionales y con el estado cognitivo en la población de edad avanzada, se demuestra que: los pacientes con peor estado funcional, aquellos con mayor riesgo potencial derivado de la polifarmacia, son justamente los más medicados. Se necesita un mayor control de la medicación y evaluación de la adhesión de estos pacientes (12)

- 4- Las entrevistas bimestrales mejoran el cumplimiento terapéutico en VHI positivos (13)
- 5- La prevalencia de Cumplimiento en los pacientes tratados con Anticoagulación esta en un valor más bajo que lo esperado (14)
- 6- En los enfermos de EPOC también es importante fomentar la adhesión al tratamiento (15)
- 7- Se da por hecho que a mejor manejo del auto cuidado , la calidad de vida del paciente es mayor, sin embargo existen pocos estudios que relacionen “El Manejo efectivo” con la calidad de vida.
- 8- No existen herramientas que nos ayuden analizar el MIRT, propiamente dicho.

Los métodos de estudio más empleados han sido: revisión de historias clínicas, entrevista personal y visita domiciliaria (test de Batalla, test de Morisky-Green, recuento de comprimidos por sorpresa en domicilio). El inconveniente es que sólo tienen en cuenta una parte de lo que constituiría el régimen terapéutico, la referida a la toma o no de medicación, pero consideramos que el tema es mucho más complejo.

Como resumen podemos decir que:

1. No existe un método ideal para ser utilizado en la práctica clínica habitual para conocer el grado de adherencia de los pacientes, por tanto se suelen utilizar varios métodos (16)
2. La prevalencia del cumplimiento varia según el método de medida empleado para su evaluación.
3. El test de Morisky-Green es el más utilizado y demuestra más eficacia para diagnosticar al paciente con DM2 y HTA no cumplidor (17).
4. No existen estudios que analicen la **verdaderas causas** que producen el MIRT.
5. Tampoco existen estudios que analicen aspectos como el Manejo efectivo y morbimortalidad, ni los costes de la Sanidad en relación con el Manejo efectivo e inefectivo.



Por lo anteriormente expuesto, es necesario un mayor esfuerzo por parte de los profesionales en adquirir habilidades de comunicación que mejoren las relaciones con los pacientes y analizar las verdaderas causas del “Manejo Inefectivo del Régimen Terapéutico” para así poder planificar y realizar las intervenciones necesarias para mejorarlo. Esta es la razón de nuestro estudio.

### **OBJETIVO GENERAL**

Conocer y analizar las causas que hacen que los pacientes tengan un “Manejo Inefectivo de Régimen Terapéutico”.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Averiguar la percepción que tienen las personas sobre su auto cuidado y los factores relacionados más frecuentes con el MIRT.
2. Valorar si los pacientes están suficientemente motivados para cuidarse de sí mismos.
3. Evaluar si poseen los conocimientos y habilidades suficientes.
4. Analizar la relación de calidad de vida y el MIRT, para lo cual se precisan instrumentos de medida suficientemente validados en nuestra población.
5. Realizar trabajos que estudien el Manejo efectivo del régimen terapéutico y Costes de la Sanidad.

### **MATERIAL Y METODO**

El proceso seguido para realizar nuestro estudio lo dividimos en las siguientes fases:

- A) Diseño de un cuestionario preliminar.
- B) Estudio piloto.
- C) Estudio definitivo.

#### **A- DISEÑO DE UN CUESTIONARIO PRELIMINAR**

En la revisión bibliográfica realizada, no hemos encontrado una herramienta que nos permita analizar las causas del MIRT. Es por esto que el primer paso del trabajo consistirá en el diseño de un cuestionario, para su posterior validación, y así finalmente realizar el estudio definitivo.

El cuestionario se realizó basándonos en los factores relacionados que sugiere la NANDA.

Para ello hemos seguido los pasos que a continuación enumeramos:

1. Se ha revisado la documentación relacionada con la Taxonomía NANDA y los documentos publicados relacionados con el tema de la “ no-adhesión” y el MIRT. De ellos se han extraído los aspectos importantes que se han de abordar en el cuestionario y con los que se elaborará el guión del mismo.
2. Para la redacción del cuestionario se tuvieron en cuenta aspectos con respecto a la forma y contenidos así como los errores de medida asociados al cuestionario descritos por Groves (en Silvestre Busto,2002 (17)) y que los clasifica en:
  - a. Posibles errores asociados al lenguaje (palabras) en la redacción de las preguntas:
    - i. Que alguna palabra no tenga sentido para el informante
    - ii. Que una palabra tenga diferentes significados para el informante
    - iii. Que una palabra se entienda de diferente manera por diferentes informadores
  - b. Posibles errores asociados la estructura de la pregunta:
    - i. Extensión de la pregunta
    - ii. Preguntas cerradas o abiertas
    - iii. Número y orden de categorías de respuesta en preguntas con alternativa de respuesta fijada
    - iv. Explicitar o no, una categoría de respuesta “no sabe”
  - c. Posibles errores asociados al orden de las preguntas:
    - i. Efectos del contexto en las respuestas
    - ii. Posición de cada pregunta en el cuestionario(18)
3. Para evitar los problemas asociados a la redacción de las preguntas se valoraron los ítem en cuanto a su facilidad conceptual para entenderlos y la ausencia de vocabulario especializado. Se buscó un nivel de comprensión adecuado para un adolescente escolarizado.

4. Para evitar los problemas asociados a la estructura de las preguntas se procuró formular preguntas cortas y con cinco categorías de respuesta, como máximo. También se tuvo en cuenta que para que un cuestionario tenga la sensación de sencillo y “no cargante” debe iniciarse con preguntas simples.
5. Revisión de expertos y redacción del cuestionario preliminar.

La utilización de un panel de expertos para diseñar y testar el cuestionario tiene ventajas sobre otras estrategias pero sobretodo porque es un método con el que tenemos experiencia. La finalidad de esta revisión consistía básicamente en depurar la versión preliminar antes de su puesta a punto con sujetos de la población objeto de estudio.

A los expertos se les pedía:

- Detectar palabras, expresiones o “jerga” que pudieran entrañar alguna dificultad de comprensión o llevar a una mala interpretación.
- Detectar la presencia de preguntas con significado ambiguo o enunciado poco adecuado para su correcta interpretación, que pudiera inducir respuestas y/o pudiera tener una ubicación más lógica en la secuencia de las preguntas.
- Comprobar la relevancia de las preguntas para reunir evidencias de la validez de contenido.
- Finalmente, y a nivel general, que detectaran y expresaran cualquier dificultad que el cuestionario en su conjunto pudiera presentar.

Tras un análisis cualitativo de las aportaciones realizadas por los expertos, se modificó el cuestionario en base a las mismas y se reenvió de nuevo en segunda ronda para que dieran su conformidad, tras analizar las nuevas sugerencias y puntualizaciones se incorporaron al cuestionario, que quedó configurado para su aplicación. (ANEXO 1)

## VARIABLES

Los aspectos que exploraba el cuestionario se agruparon en tres dimensiones en función de los objetivos del estudio, derivadas de los factores relacionados de NANDA. Que quedaron agrupadas como sigue:

A - Variables sociodemográficas

B - Relacionadas con la enfermedad

1. CONOCIMIENTO de las distintas enfermedades y su tratamiento
2. DIFICULTADES para el auto cuidado
3. MOTIVACIÓN para el auto cuidado

C- Manejo de la medicación y/o necesidades de ayuda

## B- ESTUDIO PILOTO

Con el cuestionario diseñado se llevó a cabo un estudio piloto, con pacientes incluidos en las consultas de enfermería de crónicos, de las diferentes áreas de salud de Navarra, que tuvieran el diagnóstico enfermero de “Manejo Inefectivo del Régimen Terapéutico” desde un mínimo un mes después del diagnóstico y hasta seis meses de evolución.

Estos pacientes fueron entrevistados por ocho enfermeras de diferentes centros de salud de Navarra y a la que se les pidió además información cualitativa respecto a si:

- Las preguntas resultaban fácilmente comprensibles.
- El cuestionario resultaba sencillo y cómodo de contestar.

## ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Las respuestas de los cuestionarios se introdujeron en una base de datos Excel, y fueron analizadas en el programa SPSS versión 12, programas que facilitan una más fiable introducción de los datos y una más rápida detección de errores en los datos introducidos. Se depuraron los datos para detectar códigos inválidos e inconsistencias.

Se ha realizado solamente descripción de frecuencias y porcentajes de las respuestas.

## RESULTADOS DEL ESTUDIO PILOTO

La muestra del estudio piloto estuvo formada por 35 personas cuyas edades oscilaban entre los 46 y los 84 años, siendo 67.7(+ - 9.13). la media de edad. Respecto al sexo, un 48.6% eran mujeres y un 51.4 %varones. La aplicación del instrumento costaba entre 7 y 15 minutos.

Los resultados obtenidos, todos ellos encaminados a mejorar el cuestionario, provienen tanto de las respuestas obtenidas de los encuestados como de las sugerencias realizadas por los encuestadores y los podemos clasificar en generales, si hacen referencia a todo el cuestionario y específicos o relativos a pregunta concretas:

Entre las denominadas generales, observamos que aunque el cuestionario resultara algo largo era fácil de contestar y los encuestados se sentían reflejados en las áreas que explora el cuestionario.

Por otra parte y como aspectos a mejorar en la globalidad del cuestionario los podemos resumir en:

1.- Cambio en la redacción que debería ser más coloquial y simplificada tanto en algunas de las preguntas como en las opciones de respuesta.

2.- Cambios en el orden de algunas de las preguntas porque rompían el ritmo de la encuesta.

3.- Introducir de más respuestas intermedias en algunas de las cuestiones para que los pacientes no se sintieran forzados a respuestas dicotómicas y se eliminaran algunas indicaciones opcionales.

Además, se ha comprobado que la organización por bloques es clarificadora, pero la numeración de las preguntas ha de ser correlativa, a efectos poder hacer mejor la organización de los datos en el programa informático.

Entre las denominadas puntuales o referidas a preguntas concretas tenemos:

1- En la pregunta 5, “con quien vive”, aunque en la respuesta “otros apareció en alguna ocasión “nietos y sobrinos”, era tan insignificante que hemos decidió dejarla como está

2.- En La 6ª pregunta, abierta, podían responder todas las enfermedades que tuvieran, pero tras su análisis hemos visto que el 72% tiene

como mínimo 2 enfermedades y solo el 38% tiene 3 como mínimo, por tanto hemos considerado que dejando espacio para 3 patologías en cada paciente la morbilidad queda bien representada .

3.- La 8ª pregunta sobre la nivel de ingresos, en algunos casos ha resultado incómoda, rompiendo el ritmo de las respuestas, por tanto se ha decidió ponerla al final del cuestionario ,pasó a ser la nº 64.

4.- Algunas de las preguntas realizadas solo tenían sentido tras una respuesta concreta de todas las posibles, en la pregunta anterior. En este caso se le sugiere que las obvie y pase a la siguiente. Como por ejemplo:

- La 38 “sistema de ayuda”, cuando la opción de respuesta era “NO” la siguiente pregunta que debía responder es la 40, por lo tanto la 39 sólo debería responderse por aquellos que hubiesen contestado “SI”., por lo que tras esta pregunta añadimos el comentario: “si la respuesta es NO pase a la pregunta 40”.
- Nº 43, referente a si tienen información suficiente. Si la respuesta es “NO” deberán pasar directamente a la pregunta nº 45.
- Nº 46,“Necesidad de ayuda, si la respuesta es” NO”, deberá pasar directamente a la pregunta 50.

5-La 39 ha habido que recodificarla, pues está como abierta. Se agruparon en cuatro posibles respuestas según las diferentes opciones que nos fueron dando en la respuesta abierta.

6.- La Pregunta 44, se eliminó la opción “No necesito más información” pues se consideró redundante de la pregunta 43.

7.- En la 47,hubo que recodificar la opción otros, e introducir las variantes: Nadie, hijos y cónyuge.

## **CONCLUSIONES**

El cuestionario diseñado es una herramienta de gran ayuda para:

- 1.- Conocer la percepción que las personas tienen sobre su autocuidado (preguntas : 6,7,8,9,16,17,18,19,20,de 25 a 31,33)
- 2.- Valorar si los pacientes están suficientemente motivados para autocuidarse (pregunta 23,14,15,21,32).

3.- Evaluar si tienen los conocimientos y habilidades suficientes para autocuidarse (preguntas: 11,12,13,34,35,36,37,37,39,40,41,42,43,44,45,46,47,48,49,50,51,de 52 a 62,63.)

4.- Evaluar la calidad de vida del paciente en relación al MIRT (preguntas:1,2,3,4,5,6,7,22,24, 64)

Todo esto nos permitirá conocer cómo, cuándo y dónde debemos actuar para corregir las irregularidades en el MIRT y conseguir, utilizando los mismos recursos del Sistema Sanitario, una mayor calidad de vida de los pacientes crónicos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bakker RH,Katermans Mc ,Dassen TW An analysis of the nursing diagnosis ineffective management of therapeutic regimen compared to noncompliance and Orem's self-care deficit theory of nursing. Nurs Diagn. 1995 Oct-Dec;6(4):161-6.
2. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2003-2004. Madrid: Harcourt; 2003
3. Jerez Rojas M<sup>a</sup> R, Laguna ParrasJ. M. , Lorite Garzón C Influencia del manejo del régimen terapéutico en la hospitalización MMWR[en línea] [Fecha de acceso 21-2-2004] URL disponible en: <http://www.anesm.net/documentos/pi2003>.
4. Wikinson J. Noncompliance by patients: a response to professor Dimond. Nurs Ethics. 1998 Mar;5(2):167-72

5. World Health Organization 2003 Adherence to long-term therapies: evidence for action. MMWR[en línea][Fecha de acceso 21-2-2003]URL disponible  
en:[http://www.who.int/chronic\\_conditions/en/adherence\\_report.pdf](http://www.who.int/chronic_conditions/en/adherence_report.pdf).
6. El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura. MMWR[en línea][Fecha de acceso 21-2-2004]URL disponible  
en:<http://www.who.int/mediacentre/releases/2003/pr54/es/index.html>.
7. Gascón Cánovas, JJ Saturno Hernández, PJ Llor Esteban, B y Grupo de Investigación del Proyecto EMCA sobre Evaluación y Mejora de la Adhesión Terapéutica en la Hipertensión. Evaluación y mejora de la adhesión terapéutica en los pacientes hipertensos. Aten Primaria. 28(9):615-619.
8. F. Puigventós Latorre V. Llodrà Ortolà M, Vilanova Boltó O. Delgado Sánchez M. Lázaro Ferreruela J. Forteza-Rey Borralleras J. Serra Devecchi Cumplimiento terapéutico en el tratamiento de la hipertensión: 10 años de publicaciones en España Medicina Clínica 1997. Volumen 109 - Número 18 p. 702 – 706.
9. Mercedes García-Reyes Ramos, Jesús López-Torres Hidalgo, Elvira Ramos García, Antonio Alcarria Rozalén, Clotilde Fernández Olano y M. Ángeles López Verdejo .cumplimiento terapéutico en pacientes con enfermedades cardiovasculares Med Clin (Barc) 2002;118(10):371-5
10. Piñeiro F. [et al.] Factores implicados en el incumplimiento del tratamiento farmacológico en la hipertensión arterial ATENCIÓN PRIMARIA Septiembre 1997 - V: 20- N: 4, Pg: 180-184.



11. Piñeiro Chousa [et al.] El incumplimiento a las citas programadas en los pacientes dislipémicos con tratamiento farmacológico ATENCIÓN PRIMARIA - Junio 1999 - V: 24- N: 1, Pg: 19-25.
12. O'Dogherty Carame P. Et al. Relación de la adhesión al tratamiento médico farmacológico con factores sociales, funcionales y con el estado cognitivo en población demandante de edad avanzada Atención Primaria, v:20-N6. Pg:324-338
13. Patricia Moren. Barcelona Las entrevistas bimestrales mejoran el cumplimiento terapéutico en VIH positivos 03 de abril de 2002 (Fecha de acceso 21-2-2004) disponible en <http://www.diariomedico.com/>
14. Santibáñez C, Lanas Sanhueza A, Stockins B, Soto P, Molina E Padilla M. Tratamiento anticoagulante oral: creencias, actitudes y cumplimiento, en el Hospital Regional de Temuco. MMWR [en línea] [Fecha de acceso 21-2-2004] URL disponible en: <http://www.fac.org.ar/tcvc/llave/tl061/tl061>.
15. Toni González. Barcelona Es preciso fomentar la adhesión al tratamiento en la EPOC 21 de enero de 2002. MMWR [en línea] [Fecha de acceso 21-2-2004] URL disponible en: <http://www.diariomedico.com/edicion/noticia/0,2458,97889,00.html>.
16. García Pérez AM et al. - ¿cómo diagnosticar el cumplimiento terapéutico en atención primaria? medicina de familia (and) vol. 1, nº 1, junio 2000.
17. Ros, N Guañabens, C C dina, P Pris1M Rca, A Mnegal, D Crda1, L Avarez1 y Muñoz-gómez Análisis preliminar de la adherencia al tratamiento de la osteoporosis. comparación de distintos métodos de evaluación Reemo 2002;11(3):92-6
18. Carmen Silvestre Busto. Diseño y validación de un cuestionario para conocer la información que reciben los participantes en los ensayos clínicos y su satisfacción. Marzo 2002

19. Moore KN :Compliance or collaboration? The meaning for the patient. Nurs Ethics. 1995 Mar;2(1):71-7.
20. Fujita LY, Dungan J.High risk for ineffective management of therapeutic regimen: a protocol study. Rehabil Nurs. 1994 Mar-Apr;19(2):75-9.
21. Jano On-line y agencias-La OMS alerta del bajo seguimiento de los tratamientos por parte de pacientes con enfermedades crónicas.MMWR[en línea][Fecha de acceso 21-2-2004]URL disponible en:<http://www.cpficyl.com/noticias/julio/omss.htm>.
22. Herrera Carranza J.El cumplimiento terapéutico desde la perspectiva de la atención farmacéutica. MMWr [en línea][Fecha de acceso 21-2-2004]URL disponible en:<http://www.lumentia.es/Contenido/Boletin/Herrera.html>.
23. Asociación de la Sociedad Española de Hipertensión Liga Española de la hipertensión Necesidades de investigación del incumplimiento del tratamiento farmacológico MMWR[en línea][fecha de acceso 21-2-2004]URL disponible en <http://www.seh-lelha.org/incumplimiento.htm>.
24. Magalhães Moreira, T. M.Leite de Araújo, T. las relaciones entre el paciente con no adhesión al tratamiento de hipertensión y los profesionales de salud MMWR[en línea][Fecha de acceso 21-2-2003]URL disponible en <http://www.enfervalencia.org/ei/articles/rev57/artic04.htm>.
25. Alfonso Domínguez-Gil Hurlle Cumplimiento terapéutico Un factor de gran importancia económica y sanitaria. MMWr [en línea][Fecha de acceso 21-2-2004]URL disponible en [www.economiadelasalud.com/Ediciones/03/03Editorial/03editorial.htm](http://www.economiadelasalud.com/Ediciones/03/03Editorial/03editorial.htm) - 9k.

26. Altarrivas Bolsa E, Aucon N, ET al. Unereflexión collective sur la notion d'adhésion au régime thérapeutique. *Faulté des sciences infirmières Université Montreal* Jun2000.
27. Silvestre Busto C. [et al.] Estudio multicentrico sobre la adhesión al tratamiento antibiótico en población infantil en atención primaria *ATENCION PRIMARIA* - V: 27- N: 8, Pg: 554-558
28. Buendía Bermejo, J, Rodríguez Segarra, R, Yubero Bascuñana, N y Martínez Vizcaíno, V. Diseño y validación de un cuestionario en castellano para medir calidad de vida en mujeres posmenopáusicas: el cuestionario MENCAV. *Aten Primaria*. 2001 feb. 27(2):94-100.
29. Escribà Agüir, Vicenta Mas Pons, Rosa y Flores Reus, E. Validación del Job Content Questionnaire en personal de enfermería hospitalario. *Gac Sanitaria*. 2001 mar-abr. 15(2):142-149.
30. García Fernández, Francisco Pedro, Pancorbo Hidalgo, Pedro Luis, Rodríguez Torres, María del Carmen, Rodríguez Torres, MA, Alcázar Iglesias, Mónica y Pereira Becerra, Francisco. Construcción y validación de un cuestionario para valorar la satisfacción de los usuarios de cirugía mayor ambulatoria. *Enferm Clínica*. 2001 jul-ago. 11(4):146-154..
31. Menárguez Puche, JF, Saturno Hernández, PJ y López Santiago, A. Validación de un cuestionario para la medición del clima organizacional en centros de salud. *Aten Primaria*. 1999 mar. 23(4):192-197.
32. Bartolomé A. El médico es clave en la adhesión al tratamiento 07 de enero de 2002 *MMWR* [en línea] [Fecha de acceso 21-2-2003] URL disponible en <http://diariomedico.recoletos.es/edicion/noticia/0,2458,92827,00.html>
33. Europa Press. Almería Diabéticos y OMS se unen para mejorar la adhesión al tratamiento 03 de mayo de 2002 *MMWR* [en línea] [Fecha de

- acceso 21-2-2004]URL disponible en:<http://www.diariomedico.com/edicion/noticia/0,2458,141171,00.html>
34. Adhesión al tratamiento en salud mental MMWR [en línea] [Fecha de acceso 21-2-2004] URL disponible en <http://html.rincondelvago.com/adhesion-al-tratamiento-en-salud-mental.html>
35. José María Alonso Herreros El Cumplimiento Terapéutico MMWR [en línea] [Fecha de acceso 21-2-2004] URL disponible en [http://www.mifarmacia.es/producto.asp?Producto=../contenido/articulos/articulo\\_s\\_cumplimiento\\_terapeutico](http://www.mifarmacia.es/producto.asp?Producto=../contenido/articulos/articulo_s_cumplimiento_terapeutico)
36. Asociación de la Sociedad Española de Hipertensión Liga Española de la hipertensión revisiones sobre cumplimiento terapéutico en la hta publicados durante el año 2001-2002 MMWR [en línea] [Fecha de acceso 21-2-2004] URL disponible en: <http://www.seh-lelha.org/revisiones.htm>
37. Basterra Gabarró M El cumplimiento terapéutico. MMWR [en línea] [Fecha de acceso 21-2-2004] URL disponible en: <http://www.pharmaceutical-care.es/esp/1999/n2/pdf/p003>.
38. Codina C, Tuset Importancia y monitorización de la adherencia al tratamiento. MMWR [en línea] [Fecha de acceso 21-2-2004] URL disponible en: <http://www.puntex.es/todohospital/172/172codina.htm>
39. Arrazola Saniger, M Lerma García, D Garrido Miranda, Jose María y Ramírez Arrazola, A. Atención de enfermería en el cumplimiento terapéutico. Rev ROL Enferm. 25(12):70-74.
40. E. Menéndez, C. Lamana, M.S. Escalada, A. Iriarte, E. Anda, I. Argüelles Manejo de estresores y adhesión al tratamiento de pacientes jóvenes diabéticos tipo 1 insulino dependientes con mal control metabólico. Anales del sistema sanitario de Navarra Vol 22, sup 3

41. Piñeiro. F. Gil V Donis.D. Orozco.M.T. Torres.J. Merino.Validez de 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico en las dislipemias Atención Primaria, 9 1997 ; 19: 465-468
- 42.F. Piñeiro.V. Gil.M. Donis.D. Orozco.R. Pastor.J. Merino. Validez de 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico en la hipertensión arterial Atención Primaria, 7 1997 ; 19: 372-375
- 43.R. Cuenca Boy.M.A. Ortiz de Apodaca Ruiz. Incumplimiento terapéutico ambulatorio en ancianos tratados con digoxina Atención Primaria, 5 1998 ; 21: 302-306
- 44.Rorer B, Tucker CM,Blake H. Long-term nurse-patient interactions: factors in patient compliance or noncompliance to the dietary regimen.Health Psychol. 1988;7(1):35-46.
- 45.Medicine taking checkK.Asessment of medicine concordance.MMRV [en línea]2004[fecha de acceso 15 junio 2004]disponible en : <http://www.concordance.org>
- 46.Petra M Boyton,Trisha Greenhagh selecting,designing,and developing your questionnaire.BMJ 2004; 328:1312-1315-
- 47.Martinez vizcaíno V, lozano Muñoz A, García Navalón P, Cruz López M.V.,Martinez García A.B.,Ponce Alonso J.Validez y fiabilidad de un cuestionario para valorar la capacidad funcional de la personas mayores. Aten2264 primaria 1999;24:264-273
- 48.Cariñena Iezaun A, Hueso Navarro F,Giral Guembe A. Prevalencia de los Diagnósticos de enfermería en Consultas de Atención Primaria de Navarra. IV Congreso AENTDE La Coruña 2002.

## **ANEXO-1**

### MANEJO INEFECTIVO DEL REGIMEN TERAPÉUTICO

A algunas personas tienen dificultades para realizar actividades que ayuden mantener y o mejorar su salud.

Rodee con un circulo la respuesta que considere más adecuada a su situación actual con respecto a como se cuida usted.

### A)VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS:

1. **Edad:**-----
2. **Profesión:**-----
3. **Nivel de estudios:**
  - O -no lee ni escribe
  - 1-Primarios incompletos
  - 3-Primarios completos
  - 4-bachiller
  - 5-Universitarios
4. **Sexo:**
  - 0-Hombre
  - 1-Mujer
5. **¿Con quien vive?**
  - 0-Solo
  - 1-Esposa/compañero
  - 2-Hijos
  - 3-Residencia
  - 4-Otros
6. **¿Qué enfermedad tiene usted?**
7. **¿Recuerda el año que se la diagnosticaron?:**
8. **¿Cuál es su nivel de ingresos?**

MENSUALMENTE		ANUALMENTE	
A. Menos de 60 € (10.000 ptas.)	01	Menos de 841 € (140 000 ptas.)	01
B. De 60 a 90 (10 000 a 15 000)	02	De 841.1 a 1.262 (140 001 a 210 000)	02
C. De 90.1 a 120 (15 000 a 20 000)	03	De 1262.1 a 1682 (210 001 a 280 000)	03
D. De 120.1 a 180 (20 001 a 30 000)	04	De 1.682.1 a 2.524 (280 001 a 420 000)	04

E. De 180.1 a 240 (30 001 a 40 000)	05	De 2.524.1 a 3.365 (420 001 a 560 000)	05
F. De 240.1 a 300 (40 001 a 50 000)	06	De 3.365.1 a 4.207 (560 001 a 700 000)	06
G. De 300.1 a 360 (50 001 a 60 000)	07	De 4.207.1 a 5.048 (700 001 a 840 000)	07
H. De 360.1 a 480 (60 001 a 80 000)	08	De 5.048.1 a 6.731 (840 001 a 1 120 000)	08
I. De 480.1 a 600 (80 001 a 100 000)	09	De 6.731.1 a 8.414 (1 120 001 a 1 400 000)	09
J. De 600.1 a 720 (100 001 a 120 000)	10	De 8.414.1 a 9.616 (1 400 001 a 1 600 000)	10
K. De 720.1 a 900 (120 001 a 150 000)	11	De 9.616.1 a 12.621 (1 600 001 a 2 100 000)	11
L. De 900.1 a 1.202 (150 001 a 200 000)	12	De 12.621.1 a 16.828 (2 100 001 a 2 800 000)	12
M. Más de 1202 (200 000)	13	Más de 16.828 (2 800 000)	13

### 9. ¿En qué trabaja?

0-Jubilado

1-Activo

2-Parado

3-ama de casa

### 10-¿Fuma usted?

1-SI

0-NO

### 11-¿Bebe usted?

1-Si

0-No

### B) CON RELACIÓN A SUS CUIDADOS:

#### 1-¿Cree que su enfermedad es para toda la vida?

1-Si

0- NO

#### 2-Le parece que su problema de salud es:

3-Muy grave

2-Bastante grave

1-Grave

0-Leve

#### 3-Los conocimientos que usted tiene para cuidar de sí mismo, le parecen:

3-Suficientes.

2-Algunos

1-Escasos.

0-No tengo ninguno

#### 4-¿Considera suficiente la información que le dan sobre el planteamiento de sus cuidados y el porqué de estos?



**1-Si**

**0-No**

**5.¿Tiene muchas dudas sobre si le merece la pena seguir los consejos que le han recomendado?**

3-Si, Muchas.

2-Si, Bastantes.

1-Si, Alguna.

0-No, Ninguna.

**6.¿Usted confía en que si sigue los consejos recomendados -mejorará su estado de salud?**

3-Mucho

2-Bastante

1-Poco

0-No

**7-¿Cree que su estado de salud puede complicarse si no se cuida?**

3-Si, muy fácilmente.

2-Si, es bastante probable.

1-Si, hay algunas posibilidades.

0-No.

**8-¿Tiene muchas dificultades para realizar los cuidados que necesita para mantener su salud?**

3-Si, Muchas

2-Si, Bastantes

1-Algunas

0-No, ninguna

**9-La cantidad de cuidados que usted necesita para mantener su salud, resulta para usted o su familia:**

3-Es imposible, ni con ayuda de mi familia, realizar todos los cuidados recomendados.

2- Necesito ayuda para poder realizarlos

1-Necesito algo de ayuda.

0-Puedo realizar todos los cuidados sin mayor problema.

**10-Los cuidados que usted necesita genera conflicto en el seno de su familia (en las comidas, al seguir la medicación, etc):**

- 3-Si, muchos
- 2-Si, bastantes
- 1- Si, algún problema

0-No, genera ningún conflicto

**11-¿Tiene mucha dificultad para hacer compatible sus cuidados con el estilo de vida de su familia?(ej: comer sin sal , sin azúcar, ejercicio, dejar tabaco, etc)**

- 3-Si, Tengo mucha
- 2-Si, Tengo bastante
- 1-Si, Tengo alguna
- 0-No, ningún problema

**12-Los beneficios que obtiene cuando se cuida son:**

- 3-Si, Bastantes
- 2-Si, Algunos
- 1-Si, Pocos
- 0-No, Ninguno

**13-¿Considera que la ayuda social que tiene para seguir su plan de cuidados es adecuada?:**

- 3-Si-Mucho.
- 2-Si, Bastante.
- 1-Si, Algo.
- 0-No, nada.

**14-¿Considera que está suficientemente motivado para cuidarse?**

- 3-Si, mucho.
- 2-Si, bastante.
- 1-Si, algo.
- 0-No, nada.

**15-Le resulta muy caro de los cuidados recomendados le resulta:**

- 3-Imposible de realizar con mi presupuesto.
- 2-Bastante caro para mi sueldo/pensión.
- 1-Algo caro.

0-Perfectamente asumible .

**16-¿De todos los cuidados que usted tiene que hacer, qué le resulta más complicado de manejar?**

- 1-seguir/ manejar la dieta
- 2-Seguir/ hacer ejercicio(pasear, bicicleta, nadar)
- 3-Hacer ejercicios respiratorios.
- 4-Hacer relajación.
- 5-Manejar el estrés.
- 6- Manejar el dolor.
- 7-Dejar el tabaco.

**C) CON RELACIÓN A LOS MEDICAMENTOS:**

**1-¿Piensas que las medicinas que tomas son buenas para tu salud, y que le ayudarán a mejorar?**

1-Sí                      0- No

**2-Normalmente toma sus medicinas como se las han recetado?**

1- Sí                      0- No

**3-¿Sabes cuántas medicinas tomas cada día?**

1-                      Sí                      0- No

**4-¿Se acuerda del orden en que debes tomarlos?**

- 3-Si, siempre.
- 2-Si,casi siempre.
- 1-si, a veces.
- 0-No, Casi Nunca.

**5-¿Se acuerda de tomarlos todos a lo largo del día?**

- 3-Si, siempre.
- 2-Si, casi siempre.
- 1-si, a veces.
- 0-No, Casi Nunca.

**6-¿Si pierdes algún medicamento ,recuerda cuales y vuelve sin problemas a buscarlo a la farmacia o a buscar la receta al centro de?**

- 3-Si, siempre
- 2-Si, casi siempre

1-si, a veces

0-No, Casi Nunca

**7-¿Usa algún sistema para ayudarse a recordar que debe tomar sus medicinas?**

1-Sí                      0-No

**8- ¿Cuál?** :-----

**9.¿Entiendes por qué tomas tus medicinas?**

1- Sí                      0- No

**10-¿Sabes que si las pierdes deberás tener más? (Tienen que tener alguna caja o alguna pastilla como de retén)**

1- Sí                      0-No

**11-¿Considera suficiente la información que le dan cuando le recetan los medicamentos?**

1-Si                      0-No

**12-¿Te gustaría tener más información acerca de las medicinas que tomas?**

1-Sí                      0- No

**13-¿ Sobre qué te gustaría saber más?**

3-Contraindicaciones

2-Efectos secundarios

1-Composición

0- No necesito más información.

**14.-¿Necesitas ordenar tus medicinas para tomarlas correctamente?**

1-Si                      0-No

**15-¿Piensas que necesitas a alguien que le ayude a tomar tu medicación?**

1-Sí                      0- No

**16-¿Alguien le ayuda a tomar su medicación? Si es sí ¿quién le ayuda habitualmente?**

3-Un amigo

2- Servicio de enfermería

1- asistencia en casa

0- otros, especificar: .....

**17-¿ Cómo le ayudan?**

- 3-Dándomelas
- 2-Recordándomelas
- 1-Ordenándomelas
- 0-No me ayudan

**18-Idealmente ¿Quién crees que sería mejor para ayudarte?**

- 3-El cónyuge /un familiar /los amigos
- 2-La enfermera.
- 1-Asistente social.
- 0-Nadie.

**19-¿Cuándo te dan un nuevo medicamento, para un corto tiempo, te desorganiza la tomas del resto de la medicación?**

- 3-Si, siempre.
- 2-Si, casi siempre.
- 1-si, a veces.
- 0-No, Casi Nunca.

**20-Si, alguna vez le sienta mal alguna medicina ¿Deja de tomar alguna dosis?**

**1-SI                      0-NO**

**21-Tiene algún problema para:**

Encender la luz .....	1- Sí	0- No
Sacar las pastillas.....	1- Sí	0- No
Seleccionar pastilla.....	1- Sí	0- No
Tragar pastillas.....	1- Sí	0- No
Partir pastillas.....	1- Sí	0- No
Diluir la medicina.....	1- Sí	0- No
Administrar gotas ojo/ oído.....	1- Sí	0- No
Inyectar insulina.....	1- Sí	0- No
Otras derivaciones Ej. Inhaladores.....	1- Sí	0- No
Entender las recomendaciones.....	1- Sí	0- No
Entender el tiempo día/ semana.....	1- Sí	0- No

**22.¿Cree peligroso el tratamiento para su salud?**

1-Si    0-No

## **ANEXO-2**

### MANEJO INEFECTIVO DEL REGIMEN TERAPÉUTICO

Código Enfermera:..... N° Historia: .....

A algunas personas tienen dificultades para realizar actividades que ayuden mantener y o mejorar su salud.

Rodee con un círculo la respuesta que considere más adecuada a su situación actual con respecto a como se cuida usted.

#### **A) VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS:**

**1.Edad:**-----años

**2. Profesión:**-----

#### **3-Nivel de estudios:**

- 0 - No lee ni escribe
- 1 - Primarios incompletos
- 3 - Primarios completos
- 4 - Bachiller
- 5 - Universitarios

#### **4-Sexo:**

- 0 - Hombre
- 1 - Mujer

#### **5-¿Con quien vive?**

- 0 - Solo
- 1 - Esposa/ compañero
- 2 - Hijos
- 3 - Residencia
- 4 - Otros

**6-¿Qué enfermedad/ es tiene usted?**

1.-----

2.-----

3.-----

**7-¿Recuerda el año que se la diagnosticaron?: -----**

**8-Fuma usted habitualmente?**

0 - No, nunca he fumado

1 - No, desde hace más de 6 meses

2 - No, desde hace menos de 6 meses

3 - Si, fumo habitualmente

**9-Bebe usted habitualmente?**

0 - No, nunca he bebido

1 - Solo alguna copa en fiestas y celebraciones

2 - Solo en las comidas

3 - Si, todos los días tomo alguna copa solo o con los amigos

**B) CON RELACIÓN A SUS CUIDADOS:**

**10-Cree que su enfermedad es para toda la vida?**

0 – No      1 - Si

**11-Le parece que su problema de salud es:**

0 - Leve

1 - Grave

2 - Bastante grave

3 - Muy grave

**12- Los conocimientos que usted tiene para cuidar de sí mismo, le parecen:**

0 - No tengo ninguno

1 - Escasos.

2 - Algunos

3 - Suficientes.

**13-¿Considera suficiente la información que le dan sobre el planteamiento de sus cuidados y el porqué de estos?**

0 – No      1 - Si

**14-¿Tiene dudas sobre si le merece la pena seguir los consejos que le han recomendado?.**

0 - No, Ninguna

1 - Si, Alguna.

2 - Si, Bastantes

3 - Si, Muchas .

**15-¿Usted confía en que si sigue los consejos recomendados -mejorará su estado de salud?**

0 - No

1 - Poco

2 - Bastante

3 - Mucho

**16-¿Cree que su estado de salud puede complicarse si no se cuida?**

0 - No.

1 - Si, hay algunas posibilidades.

2 - Si, es bastante probable.

3 - Si, muy fácilmente.

**17-¿Tiene dificultades para realizar los cuidados que necesita para mantener su salud?**

0 - No, ninguna

1 - Algunas

2 - Si, Bastantes

3 - Si, Muchas

**18-La cantidad de cuidados que usted necesita para mantener su salud resulta, para usted o su familia:**

0 - Puedo realizarlos todos sin problema.

1 - Puedo realizarlos con algo de ayuda.

2 – Solo puedo realizarlos con ayuda.

3 - Es imposible realizarlos aún con ayuda



**19-Los cuidados que usted necesita generan conflicto en el seno de su familia (en las comidas, al seguir la medicación, etc):**

0 - No genera ningún conflicto

1 - Si, alguno

2 - Si, bastantes

3 - Si, muchos

**20-¿Tiene dificultad para hacer compatible sus cuidados con el estilo de vida de su familia?(ej: comer sin sal , sin azúcar, ejercicio, dejar tabaco, etc)**

0 - No, ninguna

1 - Si, alguna

2 - Si, bastante

3 - Si, mucha

**21-¿Obtiene beneficios para su salud cuando se cuida?**

0 - No, ninguno

1 - Si, pero muy pocos

2 - Si, bastantes

3 - Si, muchos

**22-¿Considera que la ayuda social que tiene para seguir su plan de cuidados es adecuada?:**

0 - No, nada

1 - Si, Algo

2 - Si, Bastante

3 - Si-Mucho

**23-¿Considera que está suficientemente motivado para cuidarse?**

0 - No, nada

1 - Si, Algo

2 - Si, Bastante

3 - Si-Mucho

**24-¿Le resultan muy caros los cuidados recomendados para mejorar su salud?:**

0 - No, son perfectamente asumibles para mi sueldo/ pensión .

1 - Si, algo caros para mi sueldo/ pensión.

2 - Si, bastante caros para mi sueldo/ pensión.

3 - Imposible de realizar con mi sueldo/ pensión

**Preguntas 25 ¿De los cuidados que usted tiene que hacer, le resulta complicado de manejar o seguir?**

25- seguir/ manejar la dieta	0 – No	1 - Si
26-Seguir/ hacer ejercicio(pasear, bicicleta, nadar)	0 – No	1 - Si
27- Hacer ejercicios respiratorios	0 – No	1 - Si
28- Hacer relajación.	0 – No	1 - Si
29- Manejar el estrés.	0 – No	1 - Si
30- Manejar el dolor.	0 – No	1 - Si
31-Dejar el tabaco.	0 – No	1 - Si

**C) CON RELACIÓN A LOS MEDICAMENTOS:**

**32-¿Piensa que las medicinas que tomas son buenas para tu salud, y que le ayudarán a mejorar?**

0 – No

1 - Si

**33-Normalmente toma sus medicinas como se las han recetado?**

0 – No

1 - Si

**34-¿Sabe cuántas medicinas tomas cada día?**

0 – No

1 - Si

**35-¿Se acuerda del orden en que debes tomarlos?**

0 - No, casi Nunca

1 - Si, a veces

2 - Si, casi siempre

3 - Si, siempre.

**36-¿Se acuerda de tomarlos todos a lo largo del día?**

0 - No, casi Nunca

1 - Si, a veces

2 - Si, casi siempre

3 - Si, siempre

**37-¿Si pierdes algún medicamento ,recuerda cuales y vuelve sin problemas a buscarlo a la farmacia o a buscar la receta al centro de salud?**

0 - No, casi Nunca

1 - Si, a veces

2 - Si, casi siempre

3 - Si, siempre

**38-Usa algún sistema para ayudarse a recordar que debe tomar sus medicinas?**

0 – No

1 - Si

“si la respuesta es NO pase a la pregunta 41”

**39-¿Cuál?**

1-Mediante tarjetas.

2-La mujer/marido.

3-Siguiendo un orden.

4-Otros.

**40-¿Entiende por qué toma tus medicinas?**

0 – No

1 - Si

**41- Sabe que debería tener alguna pastilla o caja de medicamentos de los que toma guardados como de “retén” por si los pierde o se le olvida ir a buscar las recetas antes de que se le acaben las que está tomando**

0 – No

1 - Si

**42-¿Considera suficiente la información que le dan cuando le recetan los medicamentos?**

0 – No

1 - Si

**43-¿Le gustaría tener más información acerca de las medicinas que tomas?**

0 – No

1 - Si

**44-¿ Sobre qué te gustaría saber más? (contestar sólo si la anterior respuesta es “SI”)**

0 - No necesito más información.

1 - Composición

2 - Efectos secundarios

3 - Contraindicaciones

**45-¿Necesita ordenar tus medicinas para tomarlas correctamente?**

0 – No

1 - Si

**46-¿Piensa que necesita a alguien que le ayude a tomar tu medicación?**

0 - No

1 - Si

(Si la respuesta es “NO”, pasar directamente a la pregunta 50)

**47-¿Alguien le ayuda a tomar su medicación? Si es sí ¿quién le ayuda habitualmente?**

- 1 - Asistencia en casa
- 2 - Servicio de enfermería
- 3 - Un amigo
- 4 -Marido/ Mujer
- 5-Hijos

**48-¿ Cómo le ayudan?**

- 0 - No me ayudan
- 1 - Ordenándomelas
- 2 - Recordándomelas
- 3 - Dándomelas

**49-Idealmente ¿Quién cree que sería mejor para ayudarte?**

- 0 - Nadie.
- 1 - Asistente social.
- 2 - La enfermera.
- 3 - El cónyuge /un familiar /los amigos

**50-¿Cuándo le dan un nuevo medicamento, para un corto tiempo, le desorganiza la tomas del resto de la medicación?**

- 0 - No, Casi Nunca.
- 1 - Si, a veces.
- 2 - Si, casi siempre .
- 3 - Si, siempre.

**51-Si, alguna vez le sienta mal alguna medicina ¿Deja de tomar alguna dosis sin consultar antes con el médico?**

- 0 – No
- 1 - Si

**Preguntas 52-62**

**¿Tiene algún problema para?:**

- |                              |        |        |
|------------------------------|--------|--------|
| 52-Encender la luz           | 0 - No | 1 - Si |
| 53-Sacar las pastillas       | 0-No   | 1-Si   |
| 54-Seleccionar las pastillas | 0 - No | 1 - Si |

