

---

# **ADHERÈNCIA TERAPÈUTICA I ALFABETITZACIÓ PER LA SALUT RELACIONADA AMB EL RISC DE CAIGUDES DELS ADULTS GRANS**

**PROJECTE DE RECERCA**

Treball fi de grau

---



Estudiant: Carla Reverter Salvi.

Tutora: Dra. Afra Masià Plana.

Any acadèmic: 2022-2023.

## **AGRAÏMENTS**

Primer de tot voldria donar les gràcies a la meva tutora d'aquest Treball de Fi de Grau, la Dra. Afra Masià Plana per la seva professionalitat, dedicació, predisposició i col·laboració. Durant el transcurs del treball ha sigut un pilar important que ha fet possible aquest projecte, li dono les gràcies per donar-me tot el suport i energia per continuar endavant.

En segon lloc, m'agradaria agrair a la meva família i a la meva parella. Gràcies per haver estat al meu costat en els moments alts i baixos durant aquests quatre anys i que m'han acompanyat durant tot el procés. Val a dir, que sense ells, no hagués estat possible.

I finalment, agrair a totes les persones que he trobat durant tot aquest camí: companys/es, amics/amigues, professors/es, tutors/es, infermers/es; que han posat el seu granet de sorra, m'han guiat i m'han fet adquirir molts coneixements, essencials per una bona pràctica infermera.

## ÍNDEX

<b>AGRAÏMENTS</b>	<b>1</b>
<b>RESUM</b>	<b>3</b>
<b>1. MARC TEÒRIC</b>	<b>5</b>
1.1. ADHERÈNCIA TERAPÈUTICA	5
1.2. ALFABETITZACIÓ PER LA SALUT	16
1.3. ADULT GRAN I MALALTIES CRÒNIQUES	24
1.4. SÍNDROME GERIÀTRICA: CAIGUDES EN LA GENT GRAN	25
1.5. RELACIÓ ENTRE L'ALFABETITZACIÓ PER LA SALUT, L'ADHERÈNCIA TERAPÈUTICA I RISC DE CAIGUDES	30
<b>2. REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES</b>	<b>32</b>
<b>3. JUSTIFICACIÓ</b>	<b>41</b>
<b>4. HIPÒTESIS I OBJECTIUS DE RECERCA</b>	<b>41</b>
<b>5. METODOLOGIA</b>	<b>41</b>
5.1. DISSENY D'ESTUDI	41
5.2. ÀMBIT I POBLACIÓ D'ESTUDI	41
5.3. CRITERIS D'INCLUSIÓ I EXCLUSIÓ	42
5.4. SELECCIÓ DE LA MOSTRA	42
5.5. VARIABLES D'ESTUDI	42
5.7. DESCRIPCIÓ DEL PROCEDIMENT	45
5.8. ANÀLISIS DE DADES	46
5.9. ASPECTES ÈTICS	47
5.10. LIMITACIONS I FORTALESES DE L'ESTUDI	47
<b>6. CRONOGRAMA I PLA DE TREBALL</b>	<b>48</b>
<b>7. PRESSUPOST</b>	<b>49</b>
<b>8. IMPLICACIONS DE LA PRÀCTICA INFERMERA</b>	<b>50</b>
<b>9. ANNEXES</b>	<b>51</b>

## RESUM

Actualment, la prevalença dels adults grans a Catalunya és de 25,33%. L'evidència mostra que en aquest rang d'edat l'adherència terapèutica i l'alfabetització per la salut disminueix i, per contra, el risc de caigudes augmenta. Tanmateix, l'alfabetització per la salut és considerada fonamental per millorar i augmentar l'adherència terapèutica i, aquesta última com a factor protector del risc de caigudes. **Objectiu:** Conèixer la correlació entre l'adherència terapèutica i l'alfabetització per la salut en relació amb el risc de caigudes dels adults grans que rebin atenció a l'Àrea Bàsica de Salut (ABS) de Girona 1, 2, 3 i 4. **Material i Mètodes:** Estudi descriptiu, retrospectiu, observacional, quantitatiu i comparatiu. La mostra serà escollida mitjançant un mostreig no probabilístic de conveniència. Les variables a estudiar són sociodemogràfiques dels adults grans, l'adherència terapèutica, l'alfabetització per la salut i el risc de caigudes. La recollida de dades s'obtindrà mitjançant l'administració d'un qüestionari adHoc de 19 preguntes per valorar les dades sociodemogràfiques, i s'usaran 3 tests validats: Test Morisky Green, per estudiar l'adherència terapèutica; el qüestionari HLS-EU-Q16 per identificar l'alfabetització per la salut dels adults grans; i l'escala J.H. Downton per estimar el risc de caigudes. L'anàlisi de dades es realitzarà amb el programa IBM SPSS 25.0. Els resultats de la present recerca serviran per incidir en les actuacions infermeres a fi de millorar la qualitat de vida dels adults grans.

**Paraules clau:** Adherència terapèutica, alfabetització per la salut, risc de caigudes, caiguda, adult gran, malalties cròniques, infermeria, promoció de la salut.

## ABSTRACT

Nowadays, older adults in Catalonia make up 25,33% of the population. The evidence shows that in this age range, therapeutic adherence and health literacy decreases, and the risk of falls increases among older adults. However, health literacy is considered essential to improve and increase therapeutic adherence, and the former as a protective factor against the risk of falls.

**Objective:** To know the correlation between therapeutic adherence and health literacy in relation to the risk of falls in older adults who receive care in the Basic Health Area (ABS) of Girona 1, 2, 3 and 4. **Material and methods:** Descriptive, cross-sectional, observational, retrospective, quantitative and comparative study. The study sample will be chosen through non-probability convenience sampling. The study variables are socio-demographic data of older adults, therapeutic adherence, health literacy and risk of falls. The data will be obtained through the administration of adHoc questionnaire of 19 questions to determine the sociodemographic data, and three validated tests will be used: Morisky Green Test, to study therapeutic adherence; HLS-EU-Q16 questionnaire, to identify the health literacy of older adults; and the J.H. Downton scale, to estimate the risks of falls. The data analysis will be performed using the IBM SPSS 25.0 program. The results of the present research will contribute to interfere to the nursing activities, in order to improve the quality of life of older adults.

**Keywords:** Therapeutic adherence, Health literacy, risk of falls, falls, older adults, chronic diseases, nursing, health promotion.

## 1. MARC TEÒRIC

### 1.1. ADHERÈNCIA TERAPÈUTICA

#### 1.1.1. Concepte de l'adherència terapèutica

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) defineix l'adherència terapèutica com el *“grau en què la conducta d'una persona, en relació amb la presa de medicació, el seguiment d'una dieta o modificació dels hàbits de vida, es corresponen amb les recomanacions pactades amb el professional sanitari”*(1). L'any 1975 s'usava el terme “compliment”, el qual prové de l'Anglès *compliance*(2). Aquest fa referència al *“grau en què el pacient segueix les recomanacions del prescriptor”*(1), on la persona adopta una conducta passiva i el professional sanitari una conducta activa en la presa de decisions davant d'un tractament(3,4). En canvi, la definició de l'OMS inclou una participació activa i inclusiva de la persona en el procés de la malaltia, en el seu coneixement i el seu tractament. Dona autonomia i ambdues parts es responsabilitzen, ja que la presa de decisions és conjunta i compartida entre el professional i l'usuari(1,3).

Així mateix, diferents autors han definit l'adherència, com és el cas dels dos epidemiòlegs clínics, Haynes i Sackett (1976). Ells consideraven l'adherència com la *“mesura amb què la persona modificava la seva conducta, orientant-la cap a la ingesta de la medicació o mesures recomanades pel metge”*(3). Per altra banda, els autors francesos prefereixen utilitzar el terme *observance*(2), com a terme més inclusiu, ja que no sols fa referència a l'actitud d'adherència que adopta la persona davant d'una prescripció, sinó també, a les creences, percepcions, hàbits, comportament que adopta davant les recomanacions i ordres mèdiques(2). Segons Smith et al. (1998) l'adherència és un fenomen múltiple i complexa(4). És múltiple perquè intervé un gran ventall de conductes des d'anar a buscar la medicació, prendre-la adequadament, assistir a les visites fins a vacunar-se, fer canvis a l'estil de vida, prevenir i eliminar les conductes de risc. I, per altra banda, és complex, perquè refereix que l'adherència sols es pot donar en un moment i unes circumstàncies, però no en unes altres(4).

Actualment, s'estima que la meitat de les persones que pateixen malalties cròniques en països desenvolupats tenen una mala adherència terapèutica(1,3,5), i aquest valor pot variar segons la malaltia i el tractament estudiat(4). Respecte a l'adherència no farmacològica, és a dir, les basades en la modificació de l'estil de vida, s'estima que el resultat és menor(4). Així com, el percentatge disminueix quan ens referim a països en procés de desenvolupament(3). Aquestes xifres evidencien que la falta d'adherència és un problema de salut pública molt prevalent i de gran impacte mundial(1). Suposa un repte per la comunitat global de la salut(3).

Tenir una mala adherència terapèutica es relaciona amb una disminució de l'efectivitat dels tractaments(1), compromet la seguretat dels fàrmacs, atès que pot fer que les dosis augmentin en no obtenir l'objectiu terapèutic esperat(1), provoca un augment del nombre d'hospitalitzacions i ingressos, al tenir més risc de descompensació(3) i complicacions(4,5). A més, comporta un augment dels recursos i costos sanitaris(3,4). Als Estats Units s'estima que la falta d'adherència terapèutica suposa entre 396 i 729 milions de dòlars a l'any de costos innecessaris(3). Representa una sobrecàrrega de treball, insatisfacció dels usuaris i professionals(4); afecta en l'eficiència dels sistemes sanitaris(1), disminueix la qualitat de vida(5) i augmenta la mortalitat(1,3,4).

### 1.1.2. Factors i efectes de l'adherència terapèutica

Diversos estudis han mostrat que una correcta adherència terapèutica en les persones que pateixen hipertensió arterial pot reduir el risc d'accident cerebrovascular en un 30-45% i un infart de miocardi en un 15%(3). Tanmateix, les persones diagnosticades de diabetis mellitus amb una molt bona adherència terapèutica, l'evidència diu que aconseguen un millor control metabòlic, segons la determinació de l'Hemoglobina glicosilada, l'Hb1Ac(2).

Aquests exemples justifiquen la importància de seguir una bona adherència terapèutica i mostra que la medicació és un factor clau per prevenir els avenços de diferents patologies, prevenir complicacions i possibles riscos, i disminuir la morbimortalitat(3). Val a dir, que el tractament no farmacològic, és a dir, l'estil de vida per exemple, també influeix positivament en el control de la malaltia(3).

En aquests moments, es desconeix la principal causa de la falta d'adherència. No obstant això, sembla que es tracta d'una causa multifactorial(3,6). En altres paraules, existeixen diferents factors que podrien propiciar que una persona deixi de prendre la medicació o que no iniciï el tractament (falta d'adherència primària)(7). El professor John Weinman (2018) refereix que només el 30% de la falta d'adherència són per causes involuntàries, és a dir, per oblit o per falta d'habilitats per seguir el tractament. En canvi, el 70% restant refereix que no són adherents al tractament de manera intencionada(3).

L'OMS les va classificar en 5 dimensions els factors que intervenen en l'adherència terapèutica. Aquests són els factors sociodemogràfics, la persona, tractaments, patologies i el Sistema Sanitari(1,3).

- Factor sociodemogràfic: Tenir un bon suport familiar i/ o social, suport emocional, una família cohesionada, és un factor positiu per l'adherència terapèutica. Passa al contrari amb

persones amb malalties molt estigmatitzades com la tuberculosi, el Virus de la Immunodeficiència Humana o malalties psiquiàtriques, que totes elles impacten negativament en l'adherència(1). Per altra banda, el preu dels tractaments, una classe social baixa, problemes econòmics, l'analfabetisme(3) són barreres per una bona adherència(1).

- Factors relacionats amb l'individu: L'edat, el gènere, el nivell educatiu, la situació familiar, estils de vida, presència o no de deteriorament cognitiu, les creences, el coneixement de la malaltia i tractament, la personalitat, consum de tòxics, entre altres, són factors dels quals influeixen en l'adherència terapèutica(1). S'observa la tendència que les dones, les persones casades i de raça blanca tenen millor adherència respecte a la resta de la comunitat (Martínez et al.,2016)(2). Passa el mateix amb les persones que viuen amb parella(1). La presència de deteriorament cognitiu, problemes de memòria o d'atenció són factors no facilitadors per obtenir una bona adherència terapèutica. L'oblit sol ser la causa més habitual de la falta d'adherència en aquest context(1). No comprensió de la malaltia ni del tractament, un malentès en la posologia del fàrmac, no conèixer la causa de la falta d'adherència terapèutica, el desconeixement, poques expectatives del benefici del tractament, creences (que sigui tòxic, perjudicial per a la salut), percepció de la persona que la malaltia no progressa(3) són barreres per l'adherència(1). Una persona que confia en el tractament, mostra motivació, té una actitud escèptica cap a tractaments naturals; es mostra optimista, esperançada, satisfeta, amb capacitat de control i d'afrontament són factors positius. Ara bé, persones amb falta o baixa autoestima, pensaments pessimistes, actitud hostil, cínica o autodestructiva, persones que consumeixen tòxics (drogues, tabac i alcohol) són factors negatius i barreres per una bona adherència terapèutica(1).
- Factors relacionats amb el tractament: La duració del tractament, els efectes adversos(3,7), la posologia, canvis de tractament(3) són alguns dels factors que intervenen en aquesta dimensió(1). També, es destaquen les pautes de medicació de llarga durada(1,3), pautes complexes, fracassos terapèutics anteriors, canvis constants de tractament(3), aparició d'efectes secundaris(3,7). Així com, s'inclouen les presentacions farmacèutiques amb dificultat per obrir l'envàs, fàrmacs que s'administren via parenteral, necessitat d'administració diferent dels altres fàrmacs (en dejú, separat d'altres fàrmacs), cost del tractament són factors que comprometen l'adherència terapèutica(1). Per contra, la coformulació de diferents fàrmacs o les formulacions Depot, l'administració múltiple diària,



associacions de dosis fixes, formulacions que tenen en compte la mida del comprimit, el gust faciliten una bona adherència terapèutica(1).

- Factors relacionats amb la patologia: La gravetat, el pronòstic, possible impacte a la qualitat de vida de la persona o grau de discapacitat(3), coneixement de la persona envers la malaltia pot modificar l'adherència terapèutica(2). L'evidència diu que si la clínica desapareix o millora, pot afectar negativament a l'adherència. Però, si la persona pateix un empitjorament dels símptomes o de la malaltia arribant a causar un grau de discapacitat, l'adherència terapèutica incrementa(1). En casos d'un diagnòstic psiquiàtric(1), com la depressió o d'una sospita de patir-ne, es recomana fer una valoració psicològica ràpida perquè, s'associa a disminució de l'adherència terapèutica(3).
- Factors relacionats amb el Sistema Sanitari: Aquesta dimensió està altament relacionada amb la relació terapèutica entre una persona atesa i un professional de salut. Es diu que és el factor que més influeix si el comparem amb els altres àmbits(1). Per afavorir una bona adherència, cal que s'estableixi una relació terapèutica basada en la confiança per facilitar la presa de decisions, prèviament mencionada. Si predomina una comunicació deficient durant la consulta, de la qual no t'ha proporcionat cap informació sobre el tractament i/o patologia, la persona pot quedar insatisfeta i pot aparèixer la desconfiança. Això es transmet com a barrera per una bona adherència(1). Les infraestructures i l'organització, també és un factor determinant en el sistema sanitari: centres de salut amb infraestructura inadequada, recursos deficientes, falta de subministrament i de privacitat durant la visita(1), llargs temps d'espera i horaris limitats(1), personal poc remunerat amb una gran càrrega assistencial són factors que comprometen l'adherència(3). Així com, són considerades barreres els professionals sense preparació, amb poca capacitat de promoció de la salut i motivació(2), i falta de coneixement sobre l'adherència(3).

### **1.1.3. Avaluació de l'adherència terapèutica**

Existeixen diferents eines per valorar i mesurar l'adherència terapèutica molt variades(7). Actualment, es solen emprar els següents mètodes per quantificar-la(6), dels quals es divideixen en dos grans grups: els mètodes directes i els mètodes indirectes, i aquest últim amb objectiu o subjectiu(2,6,7).

Mètodes directes: Són objectius, fiables i específics. Es basen en determinar la concentració del fàrmac o els seus metabòlits a través d'una mostra biològica, com a la sang, orina o en altres fluids(2,6). A més, es pot determinar l'adherència a través de biomarcadors, com la Raó

Normalitzada Internacional (INR), Hemoglobina glucosilada (Hb1Ac), l'ió bromur, l'àcid úric i la riboflavina, entre altres(6). En aquest mètode, cal tenir en compte la variabilitat farmacocinètica del fàrmac i la semivida d'aquests. L'absorció, distribució i eliminació del fàrmac és diferent per cada individu. Això fa que puguem obtenir nivells per sota o per sobre la finalitat terapèutica. I, com a conseqüència, suposa assolir un resultat erroni i poc fiable per mesurar l'adherència. És un mètode molt qüestionat, perquè només assegura la ingesta prèvia del fàrmac i no l'adherència(2). I en fàrmacs amb una semivida curta, podria emascarar "l'adherència de bata blanca"(6). No és un mètode econòmic, ja que requereix infraestructures i recursos per dur-la a terme, i això fa que, l'aplicabilitat no pugui ser al dia a dia(2). A més, és limitat perquè, sols et permet identificar certs fàrmacs(2,6), com els antiepilèptics, antiretrovirals i antipsicòtics(6). Un altre mètode directe és la Teràpia Directament Observada (TDO). Aquesta la pot realitzar qualsevol professional, fins i tot els cuidadors i familiars. En aquest cas, caldria comprovar que la persona se l'ha pres i no se l'hagi amagat(6).

Mètodes indirectes: Determinen l'adherència a través de l'entrevista clínica, qüestionaris, control de comprimits, assistència a controls mèdics, aconseguir objectius i finalitats terapèutiques(2). Aquest mètode és el més utilitzat per la seva aplicació simple i senzilla(2,6), la qual permet aplicar-la a la pràctica clínica diària(6). A diferència de l'anterior, aquest es basa en l'autoavaluació de la persona respecte a l'adherència. En conseqüència, aquest fet fa que els mètodes indirectes siguin menys objectius i fiables, ja que la persona pot sobreestimar l'adherència i la informació pot estar condicionada, perquè quasi sempre és proporcionada per a la persona atesa, cuidadors o familiars(6).

S'han descrit dos subtipus de mètodes indirectes, els objectius i subjectius.

Mètodes indirectes objectius:

- Recompte de comprimits: Es tracta de contar portant un registre dels comprimits que la persona ha pres entre dues consultes. Amb l'ajuda d'una fórmula es pot determinar l'adherència terapèutica(6). Pagès, et al. (2018) la descriuen com: " $[(\text{nombre d'unitats dispensades} - \text{nombre d'unitats sobrants}) / (\text{nombre prescrit d'unitats per dia} \times \text{número de dies entre les dues visites})] \times 100$ "(6). És un mètode econòmic, objectiu i quantificable, a més, fàcil d'aplicar(2,6). Aquest mètode no contempla si la persona segueix la posologia segons pauta ni si té més medicament a casa, fet que podria indicar una mala adherència(6). Així com, tampoc, contempla la possibilitat que la persona tiri la medicació i que, per tant, realment no se l'administri(6).

- Control de dispensació(2) o valoració de retirada de fàrmacs a la farmàcia(7): Gràcies a la prescripció electrònica podem obtenir un registre dels fàrmacs i, saber com i quan es dispensen. I això, ens permet determinar l'adherència(7). Hi ha eines eficients, que cada vegada s'emparen més, com la MPR i la PDC, sigles en anglès que fan referència a la Ratio de Possessió de la Medicació i Proporció de Dies Coberts amb la medicació, respectivament(7). Ambdues permeten quantificar els fàrmacs dispensats i conèixer quins té la persona en relació amb els que hauria d'utilitzar. A trets generals és un mètode senzill i fàcil d'aplicar que es pot complementar amb d'altres per assegurar una bona adherència terapèutica. Una limitació d'aquest mètode, és assumir que els comprimits dispensats implica l'administració i la presa d'aquest, atès que no t'assegura si la persona pren el medicament i si ho fa correctament(6,7). Per tant, s'assumeix que la dispensació del fàrmac, correspon a la presa d'aquest(6). S'estima com a bona adherència la dispensació i retirada de fàrmacs de més del 80% de la medicació pautaada. Alguns estudis ja parlarien com a bona adherència, l'obtenció de valors iguals o superiors del 90-95% en persones que pateixen depressió i/o Diabetis Mellitus(7).
- Aplicacions tecnològiques i dispositius de monitoratge electrònic(2,7): Són mètodes objectius, precisos, quantificables i actuals. El monitoratge electrònic, en l'actualitat, ja es pot trobar en blisters, inhaladors, medicació injectable. Pagès, et al. (2018)(6), recull els sistemes de monitoratge disponibles al mercat: *Medication Event Monitoring System* (MEMS®), *Nebulizer Chronolog®*, *Turbo-inhaler computer®*, *Doser®*, *Cerepak®*, *Dosepak®*, d'entre altres. També existeixen dispositius, anomenats *Electronic Medication Devices* (EMD), que et permeten dur un registre de la data d'obertura, d'hora; recordatoris audiovisuals; monitorització a temps real; i pot fer observacions sobre l'adherència de la persona. Les dades poden ser descarregades directament del dispositiu i/o ser enviades al professional sanitari(6). En aquest cas, assumim que l'obertura del fàrmac, significa la presa d'aquest i que la persona no l'ha manipulats per representar un patró d'adherència(2). Així com, existeixen aparells que s'adjunten a les plomes d'insulina. La posició de l'èmbol s'envia a una pàgina web per via Bluetooth, i des d'allà et permet dur un control de la presa(7). I, es destaquen les aplicacions mòbils de les quals fomenten l'adherència terapèutica, ja que proporcionen recordatoris, informació addicional del tractament, educació sanitària. Com a mètodes més innovadors, existeix el model de "*píldora digital intel·ligent*" al qual es tractaria d'una pastilla que després de ser administrada difondria un

senyal a l'equip sanitari. Tots aquests són molt costosos i, algun d'ells sols s'aplica en l'àmbit d'assajos clínics.

Es destaquen com a altres mètodes indirectes objectius: l'assistència a cites programades, la valoració de l'eficàcia terapèutica i la valoració dels efectes adversos dels medicaments.

#### Mètodes indirectes subjectius:

- Entrevista personalitzada: És un mètode senzill, útil i aplicable a la pràctica diària. A més, no és costós. Es basa a esbrinar l'adherència farmacològica que té a la persona, a través de diverses preguntes; en indagar sobre el coneixement que té la persona del tractament, com el nom d'aquest, la posologia, les indicacions, entre altres(6).
- Realització de qüestionaris: Aquests solen ser autoadministrats per a l'usuari i poden tenir diverses limitacions: que la persona enganyi, que obliidi prendre la medicació o que pensi que segueix el tractament correctament i no sigui així. En aquests dos últims casos estariem parlant de falta d'adherència involuntària(6).

Es disposa de diferents tests per a diferents grups de població i segons el que es vol analitzar(6):

- Adherence to Refill and Medication Scale (ARMS): Desenvolupada per Kripalani et al. (2009). L'escala mesura l'adherència terapèutica en persones pluripatològiques i polimedicades, valorant la falta d'adherència amb totes les seves dimensions(6). Aquest fet afavoreix individualitzar les intervencions segons les respostes obtingudes. El qüestionari consta de 12 preguntes amb 4 opcions de resposta mitjançant una escala Likert (1: mai, 2: alguna vegada, 3: quasi sempre o 4: sempre). Com més alta sigui la puntuació, més adherència terapèutica té la persona(6). Disponible en castellà (ARMS-e) (Annex 1, 1.1).
- Test de Batalla: El test permet identificar el coneixement de la malaltia i el seu tractament, mitjançant 3 preguntes simples(2). Es considerarà no adherent, si la persona respon malament una de les tres preguntes. Malgrat aquest test s'utilitzés per avaluar la hipertensió, es pot aplicar en diverses malalties cròniques. L'instrument té una baixa especificitat i bona sensibilitat(6) (Annex 1, 1.2).
- Test Morisky-Green: És un dels qüestionaris que més s'usa a la pràctica clínica diària i en la investigació(6). Elaborat per Morisky, Green i Levine (1986), permet identificar l'adherència terapèutica de les persones amb sols 2 minuts. El test consta de 4 preguntes amb dues opcions de resposta, dicotòmiques (Sí/No)(6). Es considera persona adherent al tractament, si respon correctament a totes les preguntes (No/Sí/No/No). Existeixen diverses versions i han estat validats en diferents idiomes, inclòs l'espanyol (per Val Jiménez, et al.

(2008)). A diferència dels altres qüestionaris, es pot aplicar per un ampli ventall de patologies, poblacions i països. És un test amb una gran especificitat amb valors predictius positius(6) (Annex 1, 1.3).

- Test Haynes-Sackett, qüestionari de “Comunicació del autocompliment”(2,7) o test de compliment autocomunicat(6): Creada per Haynes, Sackett i Taylor (1979). El test consta de 3 preguntes sobre l'adherència del tractament. S'aconsella haver creat un vincle amb la persona, perquè posteriorment respongui obertament i amb sinceritat les preguntes plantejades(6). El qüestionari té una alta especificitat i baixa sensibilitat (Annex 1, 1.4).
- Comprovació fingida: Avalua la presència del tractament en una mostra biològica(2). Es recull una mostra de sang, orina o fluid a la persona, de manera desinformada. Es realitza amb l'objectiu d'analitzar i conèixer els valors del fàrmac que hi ha presents a nivell sistèmic. La presència del fàrmac en les anàlisis indiquen adherència terapèutica, sempre que els valors estiguin dins el rang establert. Si la persona rebutja la presa de mostres i afirma que no pren el tractament, es considera no adherent al tractament(6).
- The Belief Medication Questionnaire (BMQ) o Qüestionari de creences sobre els medicaments: Va ser creat per Horne, et al. (1999)(6,7). Analitza les creences de les persones cap als fàrmacs per identificar les persones adherents o no al tractament(6,7). És un qüestionari complet, disponible en diferents idiomes i dividit en dues parts: el BMQ-general (que inclou factors d'abús i dany) i la BMQ-específic (valora la necessitat de la medicació i la preocupació específica dels efectes secundaris). Es pot administrar per separat o conjuntament(6). Els factors s'avaluen mitjançant l'escala Likert, amb 5 opcions de resposta (1: totalment en desacord – 5: totalment d'acord) (Annex 1, 1.5).

També, es destaca The Medication Adherence Report Scale (MARS), Summary of Diabetes Self-Care Activities measure (SDSCA), d'entre altres(6).

Existeix un ampli repertori de mecanismes d'avaluació de l'adherència terapèutica. No obstant això, els mètodes més factibles per mesurar l'adherència terapèutica són els qüestionaris autoadministrats i l'anàlisi del registre de dispensacions. Ja que, són mètodes senzills, fàcils d'aplicar a la pràctica clínica diària i econòmics, que permeten preguntar i comprovar directament l'adherència(6).

#### **1.1.4. El paper d'infermeria en l'adherència terapèutica**

Els professionals d'infermeria realitzen una gran tasca en la gestió de l'adherència terapèutica, sobretot en persones polimedicades i usuaris crònics d'edat avançada(8). Aquesta tasca és

cabdal per abordar el problema de l'adherència terapèutica, i un mètode per abordar-la són les intervencions específiques(9). Un estudi va mostrar que una intervenció infermera específica va permetre augmentar l'adherència terapèutica en persones grans que havien patit un infart de miocardi. Els resultats de l'estudi van mostrar que amb un seguiment habitual del tractament, les persones ateses obtenien un 21,5% de bona adherència. En canvi, aquest percentatge augmentava fins a 51,9%, en les persones que van rebre una intervenció infermera específica(9).

Els professionals d'infermeria tenen el coneixement i habilitats per a dur a terme estratègies i intervencions suficients, basades en l'evidència per adoptar un canvi o millorar l'adherència. Per implementar aquestes estratègies i intervencions, els professionals d'infermeria utilitzen plans estandarditzats i diagnòstics infermers a fi que la persona millori el seu estat de salut(10). Actualment, no existeix un diagnòstic específic sobre l'adherència terapèutica en el llibre NANDA 2021-2023 (10). No obstant això, en anteriors edicions es contemplava el diagnòstic infermer: *Incompliment* (Codi del diagnòstic: 00078), Domini 1 (Promoció de la salut), Classe 2 (Gestió de la salut) era l'únic que feia referència a l'adherència. A l'edició 2018-2020, es va retirar, perquè el terme de compliment terapèutic ja es trobava en desús. Un diagnòstic similar que duu inherentment la definició d'adherència és el diagnòstic d'*Autogestió ineficaç de la salut* (Codi del diagnòstic: 00276). Forma part del Domini 1 (Promoció de la Salut), i Classe 2 (Gestió de la salut). Hedrman, et al. (2021-2023) defineixen el diagnòstic com "*gestió insatisfactòria dels símptomes, tractament, conseqüències físiques, psíquiques i espirituals i canvis en l'estil de vida inherents a viure amb una afecció crònica*"(10). Les intervencions que es poden dur a terme dins d'aquest diagnòstic són *Educació del procediment i tractament* (5618); *Educació Individual* (5606); *Ensenyar el procés de malaltia* (5602); *Educació dels medicaments prescrits* (5616); i *Modificació de conducta* (4360)(11). Totes aquestes i moltes altres que es troben dins de la Classificació d'Intervencions d'Infermeria (NIC). Gràcies a les activitats que es proposen i s'apliquen a la persona de manera individualitzada, la persona obtindrà una *Autogestió de les cures* (1613) dins de la Classificació de Resultats d'Infermeria (NOC) que s'avalua de manera estratificada i constant en un termini determinat(12).

### **1.1.5. Estratègies de gestió de l'adherència terapèutica**

S'han desenvolupat tres grans intervencions: tècniques, educatives i conductuals(1). La finalitat d'aquestes és incrementar el percentatge de l'adherència terapèutica, per així incidir en la falta d'adherència i la millora dels factors i el desenvolupament d'estratègies per reduir

els seus efectes(3). És important seguir un abordatge multidisciplinar entre diferents professionals (metges, infermeria, farmacèutics), cuidadors i familiars, per ajudar a adoptar intervencions individualitzades, integrals i eficaces(8).

- Intervencions tècniques:

Van dirigides a la simplificació del tractament i posologia. És a dir, es basa en la reducció de les preses, sobretot en els usuaris polimedocats(4). Els canvis de formulació també és una altra intervenció, com és el cas de canviar de comprimits a formulació líquida, per facilitar la presa; prescripció de fàrmacs coformulats en un sol comprimit, fet que afavoreix reduir el nombre de comprimits; i impedir els canvis freqüents de tractaments. Els sistemes de recordatori com els dispositius electrònics que envien missatges de text o avisen de la presa de tractament, l'ús d'envasos EMD o d'aplicacions de salut com el mobile health, *mhealth*, són estratègies de caràcter tècnic. Aquesta aplicació ajuda a la persona a empoderar-se en l'adherència, a través de l'enviament de missatges entre professionals sanitaris i permet aplicar intervencions individualitzades. L'edat és un factor en contra, ja que no estaria gaire a l'abast per a persones d'edat avançada(1). L'ús dels pastillers i Sistemes Personalitzats de Dosificació (SPD), també s'inclou. Els pastillers és un mètode econòmic i sol ser el més usat. En el cas dels SPD, és útil quan la falta d'adherència no és intencionada(1). Són dispositius d'un sol ús en què el farmacèutic prepara la mediació, segons prescripció. Mitjançant colors, icones del dia i de la presa i les indicacions pertinents anotades, permet l'obtenció d'un pastiller i una dosificació més visual i fàcil de comprendre(1). Una altra intervenció a destacar diferents dispositius tecnològics per a mesurar el resultat clínic, que no sols afavoreixen a l'adherència sinó que a més, promouen l'autocura indirectament(1). Es destaquen els glucòmetres, tensiòmetres, d'entre altres.

- Intervencions conductuals

Les intervencions, en aquest cas, consten en incentivar les persones per a l'autocura, reforçar l'adherència terapèutica i la resolució de problemes(1). Es divideixen en directes i indirectes(4). Les directes es tracta d'adoptar la presa de fàrmacs a la vida diària i ajustar-la a les alarmes, recordatoris, trucades telefòniques o correus electrònics. De les intervencions indirectes, podem destacar les entrevistes clíniques motivacionals, basades en una comunicació bidireccional(1). Consisteix a promoure el canvi, augmentar la motivació de la persona i millorar la relació terapèutica entre el professional i l'usuari. Aquesta ens permet obtenir la informació

suficient per detectar l'adherència que té la persona, els factors positius i negatius. Aquesta intervenció no es sol aplicar en persones amb manca d'adherència terapèutica(4).

- Intervencions educatives/cognitives:

Estan basades a proporcionar la informació necessària a la persona sobre la malaltia, el pronòstic(3) i el tractament(1,2) de manera oral, per escrita, amb suport audiovisual, individualment o grupal, o a través de visites a domicili(1,4). Aquestes últimes opcions són factibles en cas, d'analfabetisme(3). Per altra banda, s'inclouen intervencions com implementació i educació dels diferents recordatoris disponibles, mencionats durant el treball. L'objectiu fonamental d'aquestes intervencions són resoldre qualsevol perjudici i falsa creença que pugui tenir la persona, explicar els possibles efectes adversos i donar la importància als factors que poden determinar i alterar l'adherència. Tanmateix, es realitzen intervencions proporcionant informació dels beneficis que rebrà, la persona, del tractament a curt i a llarg termini. Els autors Rodríguez (2013) i Pisano, et al. (2014), coincideixen en que cal fer un seguiment i un control de visites, per tal de controlar o detectar una mala adherència(4,8). No obstant això, Pisano, et al. (2014) afirma que aquestes estratègies no són suficients per adoptar un canvi i fomentar l'adherència dels individus. Per aquest motiu, aquest mateix autor i els seus companys recomanen aplicar les intervencions combinades i diferents estratègies(4). El tipus comunicació que s'usa és un factor clau per a millorar l'adherència terapèutica, segons afirma Rodríguez (2013). Per això, és fonamental establir una relació terapèutica de qualitat, un vincle de confiança i empatia, i fomentar l'escolta activa(8). A més, la comunicació potencia la participació activa de la persona i permet la presa de decisions compartides, de manera que directament facilita l'adherència terapèutica(4,8). Una altra intervenció és el programa dels Pacients Experts. Els professionals sanitaris en aquesta intervenció no intervenen directament, adopten el rol d'observadors. Ja que, el paper actiu, el té el pacient expert, el qual explica i transmet coneixement compartint experiències de primera mà. Són persones que estan i passen per la mateixa situació. Aquesta estratègia permet promoure i millorar l'adherència als usuaris crònics(1).



## 1.2. ALFABETITZACIÓ PER LA SALUT

### 1.2.1. Concepte alfabetització per la salut

L'alfabetització per la salut (AS), coneguda en anglès *health literacy*(13), es defineix com un concepte únic(14), complex, multidisciplinar(15), i multidimensional(13). Va ser descrit pel professor Scott K Simonds, l'any 1974, segons recull Juvinyà, et al. (2018)(14). Aquest terme apareix a la Carta d'Ottawa, a la Primera Conferència Internacional de la Promoció de la Salut (1986)(16), una de les accions que es van determinar com a implicació en la promoció de la salut va ser el desenvolupament d'habilitats personals(16,17). Aquesta acció ha permès, en termes de promoció de la salut, una millora de salut individual i col·lectiva, ja que intervé en l'educació de les persones, fomenta les habilitats per la vida i la cerca d'informació adequada. Aplicar-ho en diferents àmbits comunitaris, escoles, d'entre altres, permet que les persones obtinguin un major control de la seva salut i afrontin les seves malalties en cadascuna de les etapes, sempre que la persona presenti una participació activa(16).

La literatura remarca l'existència de moltes definicions d'aquest terme, i en totes aquestes s'observen dues perspectives molt clares: la clínica i l'educació per la salut(14,18). L'any 2012, el Consorci Europeu sobre l'Alfabetització per la Salut, va descriure aquest terme com la capacitat que té la persona per assolir, processar, comunicar, comprendre i aplicar la informació(14,15,19). Totes aquestes aptituds permeten que la persona sigui capaç de prendre decisions adequades(14,19). A més, dona coneixements per prevenir malalties, pel seguiment del règim terapèutic i pel foment de la qualitat de vida per si mateixa(13,14), per a la seva família i per la comunitat(15,18). Es pot afirmar que, no sols és un concepte que dona importància a les habilitats personals de la persona, sinó també, contempla el medi ambient, l'empoderament personal i comunitari(14,15). Per aquest motiu, es diu que és un terme relacional(14). Estudis recents suggereixen que l'alfabetització per la salut és una eina efectiva per l'educació, la prevenció, la gestió de la malaltia i el tractament; a més a més, és fonamental per millorar i augmentar l'adherència terapèutica(13,19).

Diferents factors poden modificar i canviar l'alfabetització en salut tot i això, es diferencien en els macro nivells (fets sociodemogràfics, psicosocials i culturals) i els nivells individuals (característiques de l'individu, l'alfabetització global, experiències personals i les seves interaccions en el sistema de salut)(13).

L'alfabetització per la salut és considerada per l'OMS, un determinant per la salut(14,18,20). Atès que, estudis relacionats amb l'alfabetització han conclòs que hi ha una relació directa i indirecta entre l'alfabetització per la salut i els resultats en salut(18,20,21). Pel fet que, quan

les persones augmenten el control de la seva salut, aquesta millora(14). L'Enquesta Europea sobre l'alfabetització per a la salut assenyala que les persones amb més nivell educatiu, són les més alfabetitzades(14). I, diferents autors publiquen que una baixa alfabetització per la salut, es relaciona amb un nivell educatiu baix i mala salut(22,23). Per altra banda, diferents estudis afirmen que l'alfabetització també, està relacionada amb els ingressos econòmics i situació laboral de les persones(21). L'autor esmenta que persones amb pocs recursos econòmics i socials, solen tenir una alfabetització per la salut pobra. Per contra, detalla que les persones que tenen millors llocs de treball, més ingressos i més facilitat per buscar informació i més recursos, tenen una millor alfabetització per la salut(21).

### **1.2.2. Epidemiologia de l'alfabetització per la salut**

L'European Health Literacy Project (HLS-EU) de l'alfabetització per la salut va estimar que un 58,3% de la població espanyola presenten una inadequada i una problemàtica alfabetització per la salut, 7,5% i 50,8%, respectivament(13). Es va comprovar que aquest tant per cent representava les persones que tenien unes condicions socioeconòmiques no favorables i una pitjor percepció de salut(13). Tal com s'observa, més del 50% de la població no presenta habilitats per la salut i és evident que és un tema prioritari(15).

Els grups que estimen amb menys alfabetització per la salut són els adolescents i persones d'edat avançada(15). Els adolescents usen internet i diferents tecnologies, és a dir, informació en línia, per obtenir coneixements mèdics sobre malalties, tractaments(15). Però, es troben amb la limitació de no saber discriminar de la informació actualitzada i fiable de la que és empobrida i errònia. En el cas de les persones d'edat avançada, la comprensió, el raonament es poden veure compromesos(15).

### **1.2.3. Models d'alfabetització per la salut**

Existeixen diferents models d'alfabetització per la salut. Diversos autors han presentat diferents definicions i diferents tipologies per a donar a conèixer quin és el seu objectiu(15). El primer autor que va crear un dels primers models d'alfabetització de la salut va ser Nutbeam (2000). El model afirma que hi ha 3 tipus d'alfabetització segons la seva pràctica de la vida diària(18). La primera que destaca és l'alfabetització funcional(18) (nivell bàsic d'habilitats)(21). Fa referència a la capacitat bàsica d'escriptura i lectura que precisés dins un context sanitari(18). Aquestes capacitats són les necessàries per a obtenir informació relacionada en salut específica i per aplicar aquests coneixements(21). La segona dimensió correspon a

l'alfabetització comunicativa o interactiva(18). Recull les habilitats més avançades, respecte a l'anterior dimensió(21). Les persones tenen aptituds socials i cognitives, que promouen una participació activa de les persones sobre les seves cures en salut(18,21). La persona pot prendre decisions en salut, perquè té eines per a conèixer nova informació en diferents fonts de comunicació, la pot entendre i aplicar-la. En aquest nivell, la persona ja sap discriminar la informació que troba en diferents aplicacions mòbils, pàgines web online(21). I finalment, la tercera dimensió és l'alfabetització crítica(18). És la capacitat que té la persona per analitzar de manera crítica la informació sobre la salut<sup>(19)</sup>. Per tant, és la dimensió que més habilitats avançades té la persona. Aquestes capacitats fan que la persona adopti un major control i impacte de la seva salut(21).

El model més recent és l'European Health Literacy Survey (HLS-EU) creat pel Consorci Europeu sobre Alfabetització per a la Salut, prèviament mencionat(24). És un model conceptual que va permetre explorar i definir l'alfabetització per la salut, format per 12 models conceptuals anteriors (Annex 2)(24,25). Aquest model combina les 3 característiques individuals, és a dir, el coneixement, motivació i aptitud; amb 4 competències que són la capacitat d'accedir, comprendre, valorar i aplicar la informació de salut(24). Les competències són definides per HLS-EU com: l'accés a la informació a través de fonts diferents; comprendre i personalitzar la informació obtinguda; valorar la informació discriminant les fonts no fiables i sense evidència; i aplicar la informació de salut per a obtenir un benefici personal(24)<sup>(25)</sup>. Aquestes 4 competències i les 3 característiques individuals són necessàries perquè, es produeixi una alfabetització per a la salut ideal, assolir tres dimensions de la salut: atenció i cura, prevenció de la malaltia i promoció de la salut (Annex 3)(24,25).

#### **1.2.4. Implicacions de l'alfabetització per la salut**

L'alfabetització per la salut afecta en diferents esferes i comportaments de les persones com en l'ús dels serveis sanitaris, la capacitat de gestió de les patologies de les persones, l'adherència terapèutica, la cerca d'informació, la presa de decisions i les mesures de prevenció(15).

Els nivells baixos d'alfabetització en salut es relacionen amb una comprensió d'informació verbal i escrita limitada(26). Com a conseqüència, això provoca una hiperfreqüentació dels serveis sanitaris i d'urgències, i major utilització dels serveis disponibles(13,15,18). Així com, en termes de gestió de les malalties cròniques, com la diabetis mellitus, malalties cardiovasculars, depressió, la Síndrome d'Immunodeficiència Adquirida (SIDA), d'entre altres.,

uns nivells baixos d'alfabetització per la salut, suposa menys coneixements sobre les malalties, menys capacitat per gestió(15,21,22), pitjor estat de salut(13), més afectació de la qualitat i el nivell d'autocura(18), i d'involucrar-se en el seu estat de salut(15). A més, menys capacitat d'adquirir i promoure hàbits saludables i de prevenció(13,19,22). Per tant, de participar activament en la promoció i prevenció de la salut(18,21). Això, es tradueix amb un risc més alt de patir complicacions i descompensacions, que significa més usuaris hospitalitzats, més risc de mort i més costos(15,19,22). En el cas de la cerca d'informació, existeix l'associació directa entre l'alfabetització per la salut amb la recerca d'informació activa(15). En la prevenció, nivells més alts d'alfabetització per la salut es relacionen amb una predisposició més alta a l'hora de realitzar proves de diagnòstiques. Ara bé, en cas de malalties infeccioses, baixos nivells d'alfabetització per la salut signifiquen menys aplicació de mesures de prevenció i una incorrecta presa de tractament(15). D'altra banda, s'ha demostrat que l'increment de l'alfabetització en persones d'edat avançada i d'usuaris crònics, permet una participació activa i autònoma, i l'obtenció d'una major qualitat de vida(13). Diferents estudis, tal com esmenta Cobo (2019), relaten que millorar l'AS, suposa un augment de l'empoderament de les persones, obtenció de més habilitats i millors coneixements per a la presa de decisions(13).

### 1.2.5. Instruments de mesura de l'alfabetització per la salut

En els darrers anys s'ha evidenciat l'alt interès i la importància de l'alfabetització per la salut pels resultats que aporta a la comunitat i a la població en general. Per aquest motiu s'han creat diferents mètodes de mesura, escales i cribratges, que són ràpids, vàlids i fàcils de realitzar-los(15,18). Aquestes escales han permès objectivar el terme i s'han dividit en diferents metodologies i mesures.

Es destaca:

- Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM): Davis et al. (1991) va crear el Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (Annex 4, 4.1). Aquesta escala es pot aplicar en diferents àmbits de la salut com en l'atenció primària i la recerca(18). És un test de coneixement, que consta en llegir en veu alta 125 paraules relacionades amb el món de la salut(18). L'objectiu és detectar aquelles persones amb un baix nivell d'alfabetització i catalogar-la al nivell establert segons el resultat obtingut(27). Existeix una versió més curta de 66 paraules. Posteriorment, Bass et al. (2003) va crear el REALM-R, on sols s'avaluaven 8 paraules, amb una durada d'1-2 minuts(18). Tots els testos i versions tenen una fiabilitat

bona(27) i són ben acceptats(18,27). La versió és anglesa i aquest últim avalua la capacitat de lectura i no la comprensió de les paraules, fet que es percep com a inconvenient(18).

- Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA): Creat per Parker, et al. (1995). Avalua les habilitats de llegir paràgrafs i frases relacionades amb temes de la salut que es troben presents a la vida diària. Per tant, estima l'alfabetització funcional(18). Consta de dues parts(18). La primera es basa en el coneixement numèric (habilitats numèriques i en aprendre direccions, pautes farmacològiques i dosis de fàrmacs). Són un total de 17 ítems. Mentre que, la segona es basa en una comprensió lectora de 50 paraules. El test es realitza en 20 minuts. Per la puntuació, es sumen els resultats obtinguts d'ambdós parts, poden obtenir una puntuació entre 0-100. Aquest test està disponible a l'espanyol i existeix la versió curta a l'anglès (S-TOFHLA, Annex 4, 4.2). Això afavoreix el seu ús i implementació a la pràctica diària. A més, és un test que contempla els diferents nivells de comprensió lectora que poden tenir les persones, fent-lo més accessible segons el nivell socioeducatiu de les persones(18).
- Medical Achievement Reading Test (MART): Desenvolupat per Hanson-Divers (1997). És un test que tracta de reconèixer 42 paraules (vocabulari mèdic, etiquetes de fàrmacs, receptes, d'entre altres) per identificar les aptituds que té la persona en la lectura(18). Es basa en el test de Wide Range Achievement Test (WRAT). És un test amb alta fiabilitat i validesa, i ràpid. Està indicat per persones amb dificultats per llegir. Un desavantatge és que només contempla el reconeixement de les paraules i no el seu significat(18) (Annex 4, 4.3).
- New Vital Sign (NVS): Creat per Weiss et al. (2005). És un dels instruments més populars(15). Es tracta de contestar 6 preguntes relacionades amb una etiqueta nutricional d'una terrina de gelat, la qual se li facilitarà a la persona (Annexes 4, 4.4). Les puntuacions entre 0-1 estan relacionades amb una alfabetització limitada (més de 50%), entre 2-3 indica una possible limitació. I valors superiors de 4, fan referència a una adequada alfabetització(28). És un test ràpid, ja que dura entre 3 i 5 minuts, que es pot aplicar a centres d'atenció primària(18,28). Malgrat que sigui un test disponible en versió espanyola, s'ha vist que la validesa i la fiabilitat és més bona en anglès. A més, un altre inconvenient que s'ha evidenciat és la seva efectivitat en una mostra més gran, així com, la poca clarificació dels descriptors(18).
- eHealth Literacy Scale (eHEALS): Creada per Norman i Skinner (2006), mesura la capacitat de l'individu i de la població per utilitzar la tecnologia en salut(18). Sols podran fer aquest

test, les persones que usen informació en línia(18). Consta de 8 ítems on s'avaluen els coneixements, les habilitats que tenen les persones a l'hora de buscar, avaluar i aplicar la informació que han trobat en línia(18,29). Per tant, dona a conèixer les habilitats i eines que té la persona en aquest àmbit(29) (Annex 4, 4.5).

- Health Activities Literacy Scale (HALS): L'escala HALS, creada per Rudd, et al. (2002), analitza les aptituds d'alfabetització en salut que té la persona, mitjançant 191 ítems (14,18). És una escala amb 5 dominis relacionats amb les competències en salut: promoció de la salut, protecció, prevenció de malalties i sistemes d'informació(14,18) (Annex 4, 4.6).
- Medical Term Recognition Test (METER): Elaborat per Rawson et al. (2010)(30) (Annex 4, 4.7). És un instrument que detecta persones amb dificultats per comprendre i usar informació sanitària, a través d'un llistat de paraules(18). La persona ha de conèixer, adquirir, entendre la informació sanitària i detectar les paraules que existeixen. Permet una valoració ràpida de l'alfabetització per la salut(18). El test està validat a l'anglès i al portuguès(15,16,30,31).
- European Health Literacy Questionnaire (HLS-EU-Q-16): Elaborada pel Consorci Europeu sobre l'alfabetització per la salut (2012)(32). Permet avaluar l'alfabetització de la salut de manera integral(32), identificant el grau de dificultat percebut per l'enquestat segons les situacions: prevenció de malalties, promoció de la salut, assistència sanitària. Consta de 47 preguntes. L'escala ha sigut validada en varis idiomes(32) i existeix una versió curta del qüestionari que analitza 16 ítems, elaborada per Pelikan & Sorensen (2014). La qual té un bona comprensió, és fàcil d'interpretar i ràpid d'administrar, amb bona fiabilitat i consistència(32).La literatura afirma que hi ha un cert desconeixement del qüestionari validat a l'espanyol. Els ítems s'avaluen mitjançant una escala Likert amb 5 opcions de resposta: molt fàcil, fàcil, difícil, molt difícil o no sap/ no contesta(32). Marcar molt difícil i difícil puntua com a valor 0. Mentre que, fàcil i molt fàcil puntua com a valor 1. De manera que, les puntuacions d'entre 0-12 punts indiquen nivell inadequat o problemàtic i, entre 13-16 punts mostren nivells suficients d'alfabetització de la salut(32) (Annex 4, 4.8).
- Health Literacy Questionnaire (HLQ): Dissenyat per Osborne et al. (2013). Es troba dins la dimensió funcional de l'alfabetització i avaluen 44 ítems, que comprenen 9 competències sobre l'alfabetització en salut. Aquestes es focalitzen en la comprensió, l'accés i l'ús d'informació i els serveis de salut(18) (Annex 4, 4.9).

### 1.2.6. Estratègies i intervencions per a l'alfabetització per la salut

Les intervencions per a millorar l'alfabetització per la salut han de ser individualitzades(15,22). Perquè aquestes siguin efectives, cal adoptar una visió holística i global de la problemàtica i de la societat(15). Per tant, no només es tindrà en compte l'entorn, els professionals de salut, les persones i la comunitat o l'e-Salut(14). Si no també, altres sectors implicats com: l'educació, farmàcies, indústries alimentàries, representants polítics(27), mitjans de comunicació, etc(13,23). Si ens endinsem en cadascuna d'elles, la literatura proposa que els entorns o organitzacions sanitàries han de promoure accions perquè les persones tinguin accés als serveis de salut(20), fomentant les 10 condicions que han de complir els centres sanitaris, en anglès *Ten attributes of health literate health care organizations*(14,20). Pel que fa als professionals de salut i a les persones, i entenent que els coneixements són un pilar bàsic per a garantir un millor control i estat de la salut(14), les estratègies que es solen utilitzar més per a proporcionar informació són la comunicació oral i escrita(15). L'evidència refereix que una millora de la comunicació oral està associada en la promoció de la salut, prevenció de malalties, menor utilització dels serveis sanitaris i disminució d'ingressos hospitalaris(27). L'objectiu que es proposa és fomentar una comunicació recíproca, emparant intervencions com l'ús d'un llenguatge planer, missatges personalitzats i adaptats a les demandes i a les característiques de la persona, evitant el llenguatge mèdic. Això, permet la comprensió(27). Es promourà en tot moment l'escolta activa, perquè permet interaccionar amb els usuaris. Com diu Suñer et al. (2014), "*escollar més i parlar menys*"(27).

També, els professionals poden adoptar estratègies com els mètodes *Teach-back* i *Showback*(21,27). Són tècniques que et permeten identificar què ha entès la persona, avaluant el grau de comprensió de la informació(21,27). A més, s'imparteixen intervencions com a suport de la comunicació oral, els textos escrits, diagrames, esquemes i pictogrames, textos il·lustrats, aminacions etc., que han demostrat ser beneficiosos en persones amb baixa alfabetització(21,27). Tenir en compte, la terminologia utilitzada, les barreres idiomàtiques i el nivell educatiu i les característiques de la persona, permet que la persona s'impliqui més en les seves cures i s'empoderi en la seva salut(27). Dins de les intervencions de la persona atesa es fomenta el programa *Ask me3* (AM3)(27).

En canvi, un altre autor comenta que cal tenir una mirada global de la comunicació, atès que es tracta d'una comunicació bidireccional. Cal comprovar qui dona la informació i qui la rep ("*les dues parts de l'equació*") i veure en quina de les dues cal intervenir. (20).

Respecte a la comunicació escrita, la gran part de la població amb estudis bàsics, mostren dificultats en la comprensió d'informació relacionada amb la salut(27). Per tal de millorar en aquest aspecte, s'intenta evitar tecnicismes i reduir la complexitat de la informació(27). Al mateix temps, moltes persones no visibilitzen les incapacitats o mancances que presenten en llegir, escriure, entendre, comprendre, d'entre altres. Per aquest motiu comenten que és necessari identificar tots aquests aspectes de la persona i proporcionar informació clara, entenedora, tenint en compte els 6 principis bàsics, com: el contingut, el qual ha de ser clar, específic i útil; estructura organitzada, estil fàcil de llegir, amb un to motivant, ha de tenir diferents elements visuals per a facilitar la comprensió; i per últim, es compta amb la col·laboració de les persones que han d'avaluar tots els materials(27).

L'e-SALUT i la digitalització de la salut suposen una millora de l'accessibilitat de la informació i dels diferents serveis de salut(27). Existeixen 3 conceptes relacionats en aquest àmbit i en l'àrea de la salut i cura de les persones: les TIC (Tecnologies de la informació i la comunicació), l'e-Salut (*eHealth literacy*) i la salut mòbil. En el cas d'*eHealth literacy* ha desenvolupat diferents habilitats per obtenir, entendre i usar informació a través de fonts electròniques(21,27). Són moltes les persones que utilitzen internet per a resoldre dubtes sobre la seva salut. S'estima que 6 de 10 en fan ús, segons una enquesta de l'Eurobaròmetre, descrita per Juvinyà et al., 2018(14). Dels quals, 9 de cada 10 persones confien en la informació brindada(14). El repte, en aquest cas, és saber identificar quines webs són fiables i de qualitat(14,21). Ja que, tenir accés a internet i competències per al seu funcionament, no garanteix que la persona sigui capaç d'avaluar i entendre correctament la informació(27). De vegades, aquesta pot ser falsa o motivada per fins comercials i inexactes(21). Aquest mètode pot suposar una desigualtat en salut(15,23), ja que no tothom té les mateixes habilitats i recursos. Per aquest motiu, es creen programes que estan dissenyats per afavorir una bona alfabetització per la salut per a tothom, aquesta definició es recull en el terme anglosaxó, "*community-based peer suport*"(15).

En definitiva, és important dissenyar estratègies que influeixin en els determinants en salut i els nivells d'alfabetització de la població, i no només en intervenir en l'atenció de les persones(13). Cal fomentar la participació activa de les persones ateses, per així participar en la presa de decisions(13). Promovent totes aquestes estratègies i intervencions permetrà que la persona augmenti l'alfabetització per la salut i obtingui directament efectes positius de la salut dels individus i comunitaris(13,15). Les intervencions per augmentar l'AS tenen un efecte positiu, ja que milloren en un 22% en alfabetització per la salut i en un 16% en l'adherència terapèutica(19).



### 1.3. ADULT GRAN I MALALTIES CRÒNIQUES

Segons l'OMS i les Nacions Unides, el terme adult gran s'atribueix a les persones que tenen una edat igual o superior a 60 anys(33,34). Representen un 25,33%(35) dels 7.747.709 habitants totals que viuen a Catalunya(36).

L'envelliment s'entén com el procés de la persona des de la concepció fins a la mort(37). Quan aquest procés té la finalitat de mantenir i millorar la salut física i mental, la independència i la qualitat de vida al llarg de la vida, apareix el concepte d'envelliment saludable(38). Les característiques personals (sexe, ètnia, nivell socioeconòmic i entorn) i l'entorn físic o social (comunitat, habitatge) de la persona són factors que determinen l'envelliment de manera directa(39). La qual cosa, marcarà les oportunitats, decisions, hàbits relacionats amb la salut i el manteniment dels hàbits saludables de l'adult gran, durant tot el procés d'envelliment(39).

En relació amb els canvis que pot adoptar la persona són molts. La bibliografia destaca l'àmbit físic i psicològic(36), relacionat amb els canvis del cicle vital(39) com per exemple, la jubilació(33,39); i l'àmbit morfològic i fisiològic(33), per les alteracions dels danys cel·lulars i moleculars al llarg del temps(39). Aquestes alteracions afavoreixen que la persona tingui més risc de patir alguna o més d'una malalties cròniques(33,40,41) (persones pluripatològiques(42)), consum elevat de fàrmacs(33,43), augment de dependència(40), i una disminució de les capacitats físiques i mentals(39). Per tant, suposa un perill per a la capacitat funcional de la persona(33), major risc d'emmalaltir i major probabilitat de morir(39,44).

Les patologies més recurrents i que es destaquen per la seva incidència en aquest període d'edat, són les osteomusculars(33) (com l'osteoartritis(39)), sistema nerviós, cardiovascular, metabòlic(33) (com la diabetis mellitus(39)) i gastrointestinals(33). A més, predomina la pèrdua de visió i audició, les demències, els problemes respiratoris i mentals (depressió) i les síndromes geriàtriques(39). Aquestes últimes, és a dir, les síndromes són un altre factor de l'envelliment, on s'engloba la fragilitat, la incontinència urinària, les caigudes, estats delirants i les nafres per pressió(39). La presència de diferents malalties poden provocar un consum elevat de fàrmacs(33), en ser la teràpia més comuna per a tractar les diferents patologies(34). La presa d'una gran proporció de fàrmacs, pot augmentar el risc de patir complicacions iatrogèniques(42), és a dir, reaccions adverses i interaccions(33). S'estima que un 46% dels adults grans europeus prenen medicaments, que combinats entre ells, poden provocar una interacció(33). Com a conseqüència, aquests aspectes produeixen un augment d'ingressos hospitalaris(33,43), un envelliment no saludable(33), major risc de caigudes(33,43) i risc de pèrdues de pes(43), falta adherència terapèutica(43), d'entre altres.

## 1.4. SÍNDROME GERIÀTRICA: CAIGUDES EN LA GENT GRAN

Les caigudes és una síndrome geriàtrica de causa multifactorial, considerada un problema de salut pública(45). La qual dona conseqüències físiques, socials i psicològiques(45). Es defineix el concepte de caiguda, com qualsevol succés involuntari que suposa una pèrdua de l'equilibri, provocant que el cos caigui a terra o sobre una superfície dura(44–46). Per altra banda, a l'edició del 2021-2023 de NANDA es descriu el diagnòstic *Risc de caigudes* (Codi: 00303) com la susceptibilitat de l'adult d'experimentar un esdeveniment que resulti acabar a terra o en un nivell inferior per descuit, que pot comprometre la salut de la persona(47). La incidència de les caigudes augmenta progressivament amb l'edat. La literatura estima que un de cada tres adults grans majors de 65 anys pateix una caiguda a l'any(48–50). I pot arribar al 50% en persones majors de 80 anys(49). Les caigudes en els adults grans suposen una pèrdua de mobilitat, deteriorament funcional, institucionalització(51), restricció d'activitats i la síndrome postcaiguda(49). Tanmateix, provoquen lesions significatives(48) i morts(44). Aproximadament, un 10% de les consultes a urgències de les persones majors de 65 anys són causades per les lesions i danys relacionats a les caigudes. La meitat d'aquestes consultes requereixen ingrés hospitalari(49). Com a conseqüència, una caiguda genera una gran demanda d'atenció sanitària i cures en salut(45). A més, d'un cost socioeconòmic molt alt(51).

### 1.4.1. Etiologia de les caigudes i factors de risc

Les caigudes es designen com a esdeveniments multifactorials. És un succés que es sol desenvolupar per a la interacció complexa de diferents causes i factors, com els intrínsecs, extrínsecs o situacionals. A continuació, es detallen els factors i les seves característiques:

- Factors intrínsecs: Fan referència a les característiques de la persona gran, que es relaciona amb l'envelliment(44,45). Les dones d'edat avançada tenen un risc de caigudes més alt que els homes, a causa de l'estructura òssia i muscular, canvis hormonals relacionats amb la menopausa, d'entre altres(46,49,50,56). Encara que l'evidència afirmi aquest anunciat, els homes són els que tenen més risc de morir i de desenvolupar una discapacitat en caure vers a les dones(44). Un altre factor intrínsec són els trastorns físics, sensitius i cognitius(44). Aquests donen un deteriorament de la funció, dificultats en el manteniment de l'equilibri(45,46,50) i de l'estabilitat(51), disminució de la coordinació motora i flexibilitat, pèrdua muscular i massa òssia(51) i l'alteració postural(46), típica de l'envelliment, que com a conseqüència dona dificultat per moure's(50,51). Tanmateix, dins d'aquest factor, s'inclouen els antecedents de caigudes prèvies(45) (el major predictor de

caigudes); problemes de visió relacionats amb la pèrdua de visió(50,51), la disminució de la percepció de contrastos, de profunditat i d'adaptació a la foscor. A més, es destaquen les patologies agudes i cròniques que pateixen els adults grans en aquest període(45,50) i l'ús de fàrmacs(51), els principals factors de risc de patir caigudes(45,51). El risc augmenta unes 1,62 vegades més, i es relaciona a patir una comorbiditat més gran(46). Els medicaments que més s'usen entre els adults grans són els antidepressius, diürètics, sedants i antipsicòtics(46). També, es destaquen els fàrmacs anticolinèrgics, antiarrítmics, analgèsics (opioides) i aminoglicòsids(51). I els psicòtrops són el grup de medicaments que més s'associen a l'augment del risc de caigudes i lesions(51). El risc de caiguda augmenta si es tracta d'un usuari polimedicat, ja que més fàrmacs prengui la persona, més risc de caigudes té(45,46,51). La pèrdua de memòria en els adults grans pot influir en l'adherència terapèutica(46). Ja que, els autors creuen que hi ha més risc que la persona dupliqui la dosi, es confongui de fàrmac i s'automediqui. I aquest fet, suposa un perill afegit pel risc de caigudes, ja que augmenta el risc de reaccions adverses(46).

- Factors extrínsecs/ ambientals: Són els factors que augmenten el risc de caigudes(51). Es sol relacionar amb l'ambient i les condicions de l'habitatge o lloc on es troba la persona, és a dir, amb els mobles, distribució de les zones, materials, sorolls, il·luminació, barreres arquitectòniques(48). Seran signes d'alarma els diferents factors: terres que rellisquen, catifes, no presència de barres per aguantar-se, mobles alts amb una mala distribució, habitatge en diferents pisos, animals domèstics, ús de calçat inadequat(45), poca il·luminació, clima (gel, ploure, neu)(46).
- Factors situacionals: Són activitats o decisions que poden augmentar el risc de caigudes i lesions(51). Com per exemple, córrer per agafar el telèfon, anar al lavabo de nit sense obrir cap llum, anar amb presses i no veure l'esglaó del final del carrer(51).

#### **1.4.2. Eines per avaluar el risc de caigudes**

La valoració del risc de caigudes es divideix en una avaluació inicial i l'ús d'escala que avaluen de risc de caigudes(50). Es recomana realitzar aquestes valoracions cada any en persones majors de 65 anys, tal com aconsella el Centre de Prevenció i Control de Malalties (CDC) i la Societat Estatunidenca de Geriatria(50).

- **Avaluació inicial:** Consta en interrogar sobre l'estat general, si ha tingut problemes en l'equilibri, en bipedestació o per caminar(51). Es pregunta a la persona les següents

qüestions: Ha caigut en l'últim any?. Se sent inestable quan està dret o quan camina?. Li preocupa la possibilitat de caure?(50).

- Eines d'avaluació del risc de caigudes: Eines que proven la força, l'equilibri i la manera de caminar en les persones(51). Existeixen diferents escales que permeten identificar el risc que té la persona de patir una caiguda(50). L'objectiu d'aquestes és formular estratègies a fi de prevenir les caigudes i reduir el risc de lesió(50).

A continuació, es mostren tres proves i escales per a la valoració del risc de caigudes:

- Prova de "Timed Up-and-Go (TUG): És un test, creat per Podsiadlo i Richardson (1991), permet valorar la mobilitat física, tenint en compte l'equilibri, la velocitat de la marxa i l'habilitat funcional de la persona. És a dir, avalua la manera de caminar que té la persona(50,52). La puntuació s'estableix amb el temps, i aquest determina quin tipus de deteriorament de l'equilibri pateix la persona. Quan aquesta prova no es pot fer, s'opta per l'Escala Tinetti(52) (Annex 5, 5.1).
- Escala Tinetti, Valoració de l'equilibri i la marxa: Elaborada per Tinetti, Williams i Mayewski (1986). És una escala que ens permet valorar l'equilibri de la persona en seure, en aixecar-se, en caminar i en girar 360º(52). Tanmateix, ens dona informació sobre l'inici de la marxa, la simetria de les passes, la seva distància, alçada i continuïtat(52). Així com, analitza la trajectòria, l'estabilitat del cos i la postura a l'hora de caminar i girar(52). Consta de dues subescales. La puntuació total s'obté de la suma d'ambdues subescales, i segons el resultat s'identifica el risc de caiguda que té la persona(52) (Annex 5, 5.2).
- Escala J.H. Downton: J.H. Downton n'és l'autor (1993)(53). Avalua el risc de caiguda de les persones grans amb el fi d'incorporar mesures de prevenció dirigides a evitar noves caigudes(54). S'aplica de manera freqüent durant l'hospitalització de la persona. Aquesta escala analitza 5 dimensions: caigudes prèvies, presa de fàrmacs, dèficits sensorials, estat mental i la demagulació(54). Puntuacions superiors a 3, indiquen un alt risc de caigudes. L'escala té una sensibilitat del 28% i especificitat del 82%(53)(Annex 5, 5.3).

Diferents autors també contemplen altres escales com l'Índex de Morse, el model de Hendrich II(51), la prova de parar i seure durant 30 segons i la prova de l'equilibri en quatre etapes(50).

### 1.4.3. Efectes de patir una caiguda

L'adult gran pot manifestar múltiples conseqüències davant d'una caiguda(51). Més del 50% de les persones presenten contusions lleus(44,50), fractures(50) (el 5% són fractures d'húmer, canell o pelvis)(51) i un 10% solen presentar lesions del cap (50) (com els traumatismes

cranioencefàlics(44)), òrgans interns o laceracions(51). El 2% de les caigudes causen fractures de maluc(51), la qual sol ser una de les lesions més freqüents dins el sistema osteoarticular(46). Després d'una caiguda, la funció i la qualitat de vida de la persona pateix un deteriorament significatiu(51). Ja que, un 50% dels adults grans, un cop pateixen una fractura de maluc, no recuperen el nivell previ de mobilitat(51). La persona disminueix el moviment i evita certes activitats(46), pateix una pèrdua de confiança(51) i la síndrome post-caiguda(55), d'entre altres. Això, pot portar patir ansietat i depressió(46). Com a conseqüència, dona lloc un deteriorament de l'activitat física, augment de la rigidesa articular i debilitat(51), i més risc aïllament social(46). Per altra banda, a part de desenvolupar problemes funcionals, la persona pot patir una pèrdua de la independència per l'alteració de l'autonomia(45). Tanmateix, les caigudes augmenten el risc d'hospitalització(46,51), institucionalització(51,56) i mort(50,51), i suposen un alt consum de serveis mèdics i augment de costos(56). S'estima que més del 40% dels ingressos en residències geriàtriques són per caigudes(51).

#### 1.4.4. Intervencions per a reduir el risc de caigudes i actuacions infermeres

Diferents autors afirmen que dur a terme intervencions multifactorials millora significativament el risc de patir caigudes(44,49,56). Es considera que les intervencions estan íntimament relacionades amb el control de la polifarmàcia, l'activitat física, valoració de l'habitatge, d'entre altres, són activitats que ajudaran a reduir el risc de caigudes, ja que són factors protectors(46). Aquestes es recullen a continuació:

- Realitzar activitat física: Practicar exercici de manera regular, permet millorar la marxa, la coordinació, la força i l'equilibri(44,50,57). Tanmateix, destacar l'entrenament funcional i la pràctica de *tai chí*, com a activitats efectives per a reduir el risc de caigudes (44,57).
- Revisar la medicació: Inclou modificar les pautes farmacològiques(50,56) o eliminar fàrmacs a fi que no es produeixin interaccions ni efectes secundaris (des de somnolència, mareig, confusió, etc)(50). L'OMS proposa disminuir la dosi o retirar els psicòtrops(44).
- Mesures de seguretat de l'entorn i ambientals: Aquesta intervenció inclou els espais públics de la localitat on viu la persona (l'urbanisme): carrers, accessibilitat als entorns(44,57).
- Avaluar la naturalesa del domicili, amb el fi de tenir un habitatge segur i adaptat a la persona gran(57). Es basa a detectar riscos com mala il·luminació, catifes, cables a terra(50), lavabos petits amb banyera, escales sense barana, diferents nivells dins l'habitatge(57).
- Prendre suplement, com la vitamina D(44) o aliments que en continguin, com: les sardines, tonyina, carn, clara d'ou, verdures amb fulla verda, farina d'avena(57). Així com, suplement

de calci, que els podem obtenir dels productes làctics (llet, iogurt, formatges), o d'aliments com la soja, salmó fumat, sardines, hummus, ametlles, figues deshidratades, col, espinacs, taronges, cereals integrals(57). Ambdós, serveixen com a prevenció i tractament de l'osteoporosi(50,57). També, es pot recomanar juntament amb el calci i la vitamina D, realitzar exercici físic i prendre un tractament hormonal substitutiu(57).

- Hidratar-se correctament, entre 6-8 vasos d'aigua al dia(57).
- Revisions a l'oftalmòleg per comprovar la visió(50,57).
- Valorar els peus i el calçat: Algunes sabates afavoreixen el risc de caiguda. Es pot derivar al servei de podologia, si es precisa(50,57).
- Establir equips de seguretat i dispositius associats(57)
- Intervencions cognitives o conductuals(57)
- Realitzar entrevistes per a avaluar els riscos, a través de les eines i escales proposades anteriorment(50). I per aplicar les prevencions corresponents: la prevenció primària (mesures de seguretat, educació per la salut i promoció hàbits saludables); la secundària (valora les circumstàncies que afavoreixen a caure); i la terciària (tracta de reduir al mínim les incapacitats: millorar l'equilibri; reeducar la deambulació; donar tractament si pateix Síndrome postcaiguda; promoure que la persona un cop caigui, s'aixequi del terra) (46,51).

Des d'un punt de vista infermer, el llibre NANDA 2021-2023, recull el diagnòstic *Risc de caigudes de l'adult* (Codi: 00303). Forma part del Domini 11 (Seguretat i protecció) i la Classe 2 (Lesió física)(47). Aquest disposa d'unes intervencions específiques (NIC) i d'uns resultats (NOC). El resultat relacionat amb el diagnòstic és la *Conducta de prevenció de caigudes* (1909)(12). Per complir-lo, cal realitzar diferents intervencions amb les seves corresponents activitats, les quals estan recollides dins el NIC: *Prevenció de caigudes* (6490)(11). Les activitats que proposa són: determinar quins factors i conductes es relacionen amb el risc de caigudes; analitzar la marxa, el cansament i l'equilibri de la persona, el calçat que duu; preguntar quina percepció té sobre el seu equilibri; tenir una il·luminació adequada per facilitar la visió; adaptar l'habitatge per incrementar la seguretat, incorporant terres antilliscants i baranes visibles; idear una pràctica d'exercicis diaris, d'entre els quals hi hagi de caminar; Treballar conjuntament amb altres professionals sanitaris a fi de reduir els efectes adversos dels medicaments que poden augmentar el risc de caigudes, sobretot dels fàrmacs que provoquen hipotensió ortostàtica i marxa inestable, d'entre altres activitats.

## 1.5. RELACIÓ ENTRE L'ALFABETITZACIÓ PER LA SALUT, L'ADHERÈNCIA TERAPÈUTICA I RISC DE CAIGUDES

El risc de patir malalties cròniques i comorbiditats augmenten en relació amb l'increment de l'edat, i paral·lelament incrementa el consum de fàrmacs(34). L'evidència mostra que el 80% (65-90% segons l'OMS) dels adults grans prenen algun medicament i s'estima que el 60% prenen entre dos o més fàrmacs, sense tenir en compte l'automedicació ni l'adherència del pla terapèutic(55). Així mateix, s'afirma que en aquest rang d'edat, l'adherència terapèutica disminueix(28). L'Organització Panamericana de la Salut comenta que entre un 30-50% dels adults grans no segueixen correctament les prescripcions i indicacions mèdiques, i descriu que un 90% pren dosis inferiors a les prescrites(58). Per altra banda, un estudi realitzat a Madrid, per l'Observatori de l'Adherència al Tractament, va concloure que un 57% de la població no eren adherents al tractament, essent les persones polimedicats les menys adherents(58).

Se sap que l'adherència terapèutica depèn de múltiples factors, tal com s'ha descrit anteriorment en el marc teòric, com: la complexitat del pla de medicació, la posologia, la preparació de la medicació(43). L'envelliment, també és un altre factor. Ja que, aquest repercuteix en la comprensió i el seguiment de les prescripcions, afectant greument en l'adherència(43). Albuja, et al. (2020) apunta que el procés d'envelliment de la comunitat, les malalties cròniques i la presa d'una gran quantitat de fàrmacs(55) són indicadors que impacten en l'adherència terapèutica, disminuint-la(58).

Un altre concepte és el risc de caigudes. Segons González, et al. (2017) en el seu article afirma que l'adherència terapèutica esdevé un factor protector en el risc de caigudes, s'ha comprovat que els adults grans que tenen una bona adherència farmacològica tenen menys risc de patir una caiguda(55). Per aquest motiu, remarca que és important avaluar l'adherència farmacològica en el seguiment de l'adult gran(55) per a garantir una atenció segura i eficaç(34). La prevalença de les caigudes en els adults grans amb baixa adherència és un 30,7%(55). Un altre autor, Lewis, et al. (2019) justifica de manera clara aquesta associació(46). Aquest contempla la pèrdua de memòria en els adults grans (típica del deteriorament cognitiu de l'envelliment), entre altres coses, com a factor que determina l'adherència terapèutica(46). Pel fet que, existeix un alt risc que es dupliqui la dosi, es confonguin de fàrmacs i s'automediquin(46). Això, afavoreix que les persones tinguin més risc de patir reaccions adverses(46,55) i interaccions entre fàrmacs, i entre malalties i fàrmacs(55).

Veient totes aquestes relacions entre els diferents conceptes treballats i, tenint en compte els valors que aporta l'Organització Panamericana de la Salut i l'estudi realitzat per l'Observatori

de l'Adherència al Tractament de Madrid, es conclou que existeix, entre aquest grup d'edat, un alt risc de caigudes(45,46,51). Atès que, una gran part dels adults grans no són adherents al tractament i la majoria d'ells habitualment consumeixen més d'un fàrmac(46), per la qual cosa, el risc de reaccions adverses i interaccions augmenta, i per tant el risc de caigudes incrementa(45,46,51).

Diverses fonts bibliogràfiques observen l'existència d'una relació positiva entre l'alfabetització de la salut i l'adherència terapèutica(19,22,26,28). És a dir, una alta alfabetització en salut es relaciona amb una alta adherència terapèutica(18), sobretot en aquells adults grans que pateixen malalties cròniques(41). Estudis recollits per Figueroa, et al. (2020) demostren que persones amb un baix nivell d'alfabetització per la salut són més vulnerables(41), perquè no tenen la facilitat de reconèixer la simptomatologia de la malaltia, l'habilitat d'aplicar mesures preventives, ni la possibilitat d'establir una relació entre el professional i l'usuari adequada(41). A més, la literatura assegura que les persones amb una baixa alfabetització solen presentar dificultat de comprensió de les pautes farmacològiques complexes, errors en la presa de medicaments i menys capacitat d'autogestió de les malalties cròniques(18). Soares, et al. (2020) aporta el mateix punt de vista que l'anterior autor. Ambdós coincideixen que l'adult gran, per l'envelliment, és on més prevalent es mostra una baixa alfabetització, la qual s'atribueix pel deteriorament i pels canvis cognitius de la persona(41,59). Ja que, la persona pot mostrar dificultat per entendre i aplicar informació(59). No obstant això, un altre autor, Montesi (2020) assegura tot el contrari(15). És a dir, les persones amb menys nivells alfabetització per la salut, s'adhereixen més al tractament. Destaca que hi ha diferents factors com: l'edat, creences, associació de fàrmacs, tipus de malaltia que pateix la persona, d'entre altres, que poden estar íntimament relacionats amb tenir més o menys adherència terapèutica(15).

En resum, és evident que cal potenciar estratègies perquè la persona sigui activa en salut i saludable(2). És important que es desenvolupin tasques perquè les comunitats fomentin les capacitats de les persones, donin atenció integral i centrada en la persona, sobretot en l'atenció primària(39). I, es detectin nivells baixos d'adherència i alfabetització en salut per a garantir una millor qualitat de vida(33,39) i per augmentar la salut(34). D'aquesta manera es podran prevenir molts factors que deriven d'una baixa adherència terapèutica i el risc de caigudes(55).



## 2. REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Pagès N, Valverde MI. Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora. *Ars Pharm Internet* [Internet]. 2018 [citad 17 novembre 2022]; 59(4): 251-8. Disponible a: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S2340-98942018000400251&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2340-98942018000400251&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
2. Martínez GI, Martínez LM, Lopera JS, Vargas N. The importance of medication adherence. *Rev Venez Endocrinol Metab* [Internet]. 2016 [citad 19 novembre 2022]; 14(2): 107-16. Disponible a: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1690-31102016000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1690-31102016000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
3. Ortega JJ, Sánchez D, Rodríguez ÓA, Ortega JM. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta Médica Grupo Ángeles* [Internet]. setembre 2018 [citad 19 novembre 2022]; 16(3): 226-32. Disponible a: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1870-72032018000300226&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1870-72032018000300226&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
4. Pisano G MM, González A. La modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica, clave para el control de la enfermedad crónica. *Enferm Clínica* [Internet]. 2014 [citad 19 novembre 2022]; 24(1): 59-66. Disponible a: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-la-modificacion-habitos-adherencia-terapeutica-S1130862113001757>
5. Adherència: definició i conseqüències [Internet]. Barcelona: ICS Catalunya Central; 2019 [citad 19 novembre 2022]. Disponible a: <https://icscatalunyacentral.cat/2019/11/12/adherencia-definicio-i-consequencies/>
6. Pagès N, Valverde MI. Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharm Internet* [Internet]. 2018 [citad 19 novembre 2022]; 59(3): 163-72. Disponible a: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S2340-98942018000300163&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2340-98942018000300163&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
7. López F, Escribano J. Adherencia terapéutica. Revisión de la literatura (2017-2019). *Diabetes Práctica* [Internet]. 2019 [citad 19 novembre 2022]; 10(1): 6-16. Disponible a: <https://doi.org/10.26322/2013.7923.1505400471.03>
8. Rodríguez S. El papel de la enfermería en la adherencia terapéutica. *Elsevier Connect* [Internet]. 2013 [citad 19 novembre 2022]; Disponible a: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/enfermeria/el-papel-de-la-enfermeria-en-la-adherencia-terapeutica>
9. Calvo E, Izquierdo S, Castillo R, César E, Domene G, Gómez AB, et al. Can an individualized adherence education program delivered by nurses improve therapeutic

- adherence in elderly people with acute myocardial infarction?: A randomized controlled study. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2021 [citat 19 novembre 2022]; Disponible a: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748921001206>
10. Kamitsuru S, Herdman HT. Part 4. International Nursing Diagnoses NANDA En: Inc nursing diagnoses Spanish. NANDA International Diagnosticos enfermeros: definiciones y clasificación: 2021-2023 [Internet]. 12a ed. Barcelona: Elsevier; 2021 [citat 19 novembre 2022]. 215-6. Disponible a: <https://elsevierelibrary.es/pdfreader/diagnosticos-enfermeros-definiciones-y-clasificacin-20212023>
  11. Butcher H, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). [Internet]. 7a ed. Barcelona: Elsevier; 2018 [citat 29 novembre 2022]. Disponible a: <https://elsevierelibrary.es/pdfreader/clasificacin-de-intervenciones-enfermeria-nic15187378>
  12. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, L. Mass M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) [Internet]. 6a ed. Barcelona: Elsevier; 2018 [citat 29 desembre 2022]. Disponible a: <https://elsevierelibrary.es/pdfreader/clasificacin-de-resultados-enfermeria-noc15187379>
  13. Cobo J. Health Literacy and Care: much more than health education. *Metas Enfermeria* [Internet]. juny 2019 [citat 29 novembre 2022]; 22(5). Disponible a: <https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/81427/alfabetizacion-en-salud-y-cuidados-mucho-mas-que-educar-en-salud/>
  14. Juvinyà D, Bertran C, Suñer R. Alfabetización para la salud, más que información. *Gac Sanit* [Internet]. gener 2018 [citat 28 novembre 2022]; 32(1): 8-10. Disponible a: <https://www.scielosp.org/pdf/gs/2018.v32n1/8-10/es>
  15. Montesi M. Alfabetización en salud: revisión narrativa e interdisciplinar de la literatura publicada en biomedicina y en biblioteconomía y documentación. *Rev Cuba Inf En Cienc Salud* [Internet]. 2017 [citat 28 novembre 2022]; 28(3): 1-14. Disponible a: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2307-21132017000300007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-21132017000300007)
  16. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. *Salud Publica Educ Salud* [Internet]. 2001 [citat 22 desembre 2022]; 1(1): 19-22. Disponible a: <https://mpsp.webs.uvigo.es/rev01-1/Ottawa-01-1.pdf>
  17. Carta Ottawa para la Promoción de la Salud [Internet]. Canadá: OMS; 1986 [citat 25 novembre 2022]. 1-6. Disponible a: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>

18. Bas P, Fernández M, Poza M, Pelicano N. Propuestas de evaluación de la Alfabetización en Salud. *Psychol Lat* [Internet]. 2015 [citad 28 novembre 2022]; 6(1): 1-11. Disponible a: <https://psicologia.ucm.es/data/cont/docs/29-2016-06-16-01%20BAS%20SARMIENTO24.pdf>
19. Miller TA. Health literacy and adherence to medical treatment in chronic and acute illness: A meta-analysis. *Patient Educ Couns* [Internet]. juliol 2016 [citad 28 desembre 2022]; 99(7): 1079-86. Disponible a: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399116300416>
20. Van der Heide I, Poureslami I, Mitic W, Shum J, Rootman I, FitzGerald J. Health literacy in chronic disease management: a matter of interaction. *J Clin Epidemiol* [Internet]. novembre 2018 [citad 28 novembre 2022]; 102: 134-8. Disponible a: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0895435617309435?token=CDA119628195EC862C4FC35AC8491C698539103B1A7729CBED952041E211AADDD55DEB15A52367C49B920279DE64EF6E&originRegion=eu-west-1&originCreation=20221222233121>
21. Nutbeam D, Lloyd JE. Understanding and Responding to Health Literacy as a Social Determinant of Health. *Annu Rev Public Health* [Internet]. 2021 [citad 22 desembre 2022]; 42(1): 159-70. Disponible a: <https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev-publhealth-090419-102529>
22. Lopes MI, Pinto MF, Barbosa MC, Assayag RE, Vancini CR. Health literacy and adherence to treatment of patients with heart failure. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. juliol 2019 [citad 28 novembre 2022]; 53: 1-6. Disponible a: <http://www.scielo.br/j/reeusp/a/X53xNwMg9g334Th3HTJqP5F/?format=html&lang=en>
23. Galán E, Zamora A. Alfabetización Digital en Salud para fortalecer los sistemas de salud en Centroamérica. *Rev Hispanoam Cienc Salud RHCS* [Internet]. 2015 [citad 28 novembre 2022]; 1(1): 29-33. Disponible a: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5279919>
24. Pelikan J, Ganahl K, Van den Broucke S, Sørensen K. Measuring health literacy in Europe: Introducing the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). En: Okan O, Bauer U, Levin D, Pinheiro P, Sørensen K, editors. *International Handbook of Health Literacy: Research, practice and policy across the lifespan* [Internet]. 1a ed. Great Britain: Policy Press; 2019 [citad 22 desembre 2022]. 116-20. Disponible a: [https://library.oapen.org/viewer/web/viewer.html?file=/bitstream/handle/20.500.12657/24879/9781447344520\\_webpdf.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://library.oapen.org/viewer/web/viewer.html?file=/bitstream/handle/20.500.12657/24879/9781447344520_webpdf.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
25. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD, World Health Organization, editors.

- Health literacy: the solid facts [Internet]. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2013. [citad 22 desembre 2022]; 4-6. Disponible a: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128703/e96854.pdf>
26. Alfabetització en salut: l'atenció primària és clau [Internet]. Barcelona: ICS Catalunya Central; 2020 [citad 22 desembre 2022]. Disponible a: [http://ics.gencat.cat/ca/detall/article/130\\_6](http://ics.gencat.cat/ca/detall/article/130_6)
27. Suñer R, Santiñà M. Alfabetització per a la salut. Estàndards i recomanacions per als professionals de la salut. [Internet]. Catalunya: Documenta Universitaria; 2014 [citad 10 desembre 2022]. 27-71. Disponible a: <https://promociodelasaluthph.cat/wp-content/uploads/2018/08/HPH-catalunya-alfabetitzacio-publicacio-alfabetitzacio-en-salut.pdf>
28. Lor M, Koleck TA, Bakken S, Yoon S, Navarra AM. Association Between Health Literacy and Medication Adherence among Hispanics With Hypertension. *J Racial Ethn Health Disparities* [Internet]. juny 2019 [citad 28 novembre 2022]; 6(3): 517-24. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6545226/>
29. Paramio G, Almagro BJ, Hernando Á, Aguaded JI. Validación de la escala eHealth Literacy (eHEALS) en población universitaria española. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. juny 2015 [citad 23 desembre 2022]; 89(3): 329-38. Disponible a: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1135-57272015000300010&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57272015000300010&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
30. Rawson K, Gunstad J, Hughes J, Spitznagel M, Potter V, Waechter D, et al. The METER: A Brief, Self-Administered Measure of Health Literacy. *J Gen Intern Med* [Internet]. gener 2010 [citad 20 febrer 2023]; 25(1): 67-71. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2811598/>
31. Paiva D, Silva S, Severo M, Ferreira P, Santos O, Lunet N, et al. Cross-cultural adaptation and validation of the health literacy assessment tool METER in the Portuguese adult population. *Patient Educ Couns* [Internet]. novembre 2014 [citad 1 abril 2023]; 97(2): 269-75. Disponible a: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0738399114002985>
32. Nolasco A, Barona C, Tamayo-Fonseca N, Irlés M, Más R, Tuells J, et al. Alfabetización en salud: propiedades psicométricas del cuestionario HLS-EU-Q16. *Gac Sanit* [Internet]. 3 maig 2021 [citad 15 febrer 2023]; 34(4): 399-402. Disponible a: <https://www.scielosp.org/article/ga/2020.v34n4/399-402/#>
33. Rivas F. Polimedición y calidad de vida en el envejecimiento: Envejecimiento saludable. *Rev Iberoam Bioét* [Internet]. 8 juliol 2022 [citad 30 desembre 2022]; (19): 3-4.

Disponible a: <https://revistas.comillas.edu/index.php/bioetica-revista-iberoamericana/article/view/17818>

34. Schönfeld MS, Pfisterer S, Bergelt C. Self-reported health literacy and medication adherence in older adults: a systematic review. *BMJ Open* [Internet]. desembre 2021 [citat 3 gener 2023]; 11(12): 1-11. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8679075/>

35. Anuari estadístic de Catalunya. Indicadors d'estructura de la població. Per grups d'edat. [Internet]. Barcelona: Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat); 2022 [citat 28 desembre 2022]. Disponible a: <https://www.idescat.cat/indicadors/?id=aec&n=15263>

36. Estimacions de població [Internet]. Barcelona: Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat); 2022 [citat 28 desembre 2022]. Disponible a: <https://www.idescat.cat/pub/?id=ep>

37. Persones grans. [Internet]. Barcelona: Canal Salut; 2022 [citat 29 desembre 2022]. Disponible a: <https://canalsalut.gencat.cat/ca/vida-saludable/etapes-de-la-vida/gent-gran/>

38. Envejecimiento Saludable - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citat 4 gener 2023]. Disponible a: <https://www.paho.org/es/envejecimiento-saludable>

39. Ageing and health [Internet]. Ginebra: World Health Organization (WHO); 2022 [citat 29 desembre 2022]. Disponible a: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

40. Vicente S, Olmos R, Ramírez C, García MJ, Valderrey M, de la Rubia-Nieto A, et al. Adherencia al tratamiento en pacientes mayores de 65 años que sufren reingresos precoces. *Farm Hosp* [Internet]. agost 2018 [citat 29 desembre 2022]; 42(4): 147-50. Disponible a: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1130-63432018000400147&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1130-63432018000400147&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

41. Figueroa CS, Otzen TF, Figueroa V, Sanhueza P, Candia J, Figueroa Saavedra CS, et al. Association between health literacy and adherence to medications among older adults. *Rev Médica Chile* [Internet]. maig 2020 [citat 2 gener 2023]; 148(5): 653-6. Disponible a: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-98872020000500653&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-98872020000500653&lng=en&nrm=iso&tlng=en)

42. Lorigo I, Hernanz B, Cordero E, González A, Menaya RG, Gómez J. Adherencia terapéutica en pacientes polimedicados y factores condicionantes en un grupo de pacientes de Badajoz, España. *Arch En Med Fam* [Internet]. març 2019 [citat 30 desembre 2022]; 21(5): 51-9. Disponible a: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2019/amf192c.pdf>

43. Zhuzhingo CJ, Torres MI, Tacuri JN, Bastidas JL, Huailas WA, Jaramillo DA. Perception

of the adult patient pluripatológico before the polimедication. Psicol UNEMI [Internet]. juliol 2019 [citat 2 gener 2023]; 3(5): 8-17. Disponible a: <https://ojs.unemi.edu.ec/index.php/faso-unemi/article/view/878>

44. Caídas [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS); [citat 24 gener 2023]. Disponible a: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>

45. Silva J, Partezan R, Miyamura K, Fuentes W. Causas y factores asociados a las caídas del adulto mayor. Enferm Univ [Internet]. març 2019 [citat 2 febrer 2023]; 16(1): 31-40. Disponible a: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1665-70632019000100031&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1665-70632019000100031&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

46. Lemus N, Linares L, Linares L, Macias L, Morales R. Behavior of falls in older adults admitted geriatric service. Rev Cienc Médicas Pinar Río [Internet]. desembre 2019 [citat 27 gener 2023]; 23(6): 857-67. Disponible a: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1561-31942019000600857&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1561-31942019000600857&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

47. Herdman HT, Kamitsuru S. NANDA Internacional, Inc. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2021-2023. [Internet]. 12a ed. Barcelona: Elsevier; 2021 [citat 28 novembre 2022]. Disponible a: <https://elsevierelibrary.es/pdfreader/diagnosticos-enfermeros-definiciones-y-clasificacin-20212023>

48. Pizzi M. Riesgos y caídas en personas mayores hospitalizadas. La necesaria mirada de condiciones intrínsecas y del entorno construido. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. gener 2020 [citat 8 febrer 2023]; 31(1): 36-41. Disponible a: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-riesgos-y-caidas-en-personas-S0716864019301130>

49. Rodríguez A, Narvaiza L, Gálvez C, de la Cruz J, Ruíz J, Gonzalo N, et al. Caídas en la población anciana española: incidencia, consecuencias y factores de riesgo. Rev Esp Geriatria Gerontol [Internet]. novembre 2015 [citat 27 gener 2023]; 50(6): 274-80. Disponible a: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-caidas-poblacion-anciana-espanola-incidencia-S0211139X15000931>

50. Evaluación del riesgo de caídas: Prueba de laboratorio de MedlinePlus [Internet]. Bethesda: MedlinePlus; 2021 [citat 8 febrer 2023]. Disponible a: <https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/evaluacion-del-riesgo-de-caidas/>

51. Rubenstein L. Caídas en las personas mayores - Geriatria [Internet]. Oklahoma: Manual MSD, Versión para profesionales; 2021 [citat 24 gener 2023]. Disponible a:

<https://www.msmanuals.com/es-es/professional/geriatr%C3%ADa/ca%C3%ADdas-en-las-personas-mayores/ca%C3%ADdas-en-las-personas-mayores>

52. SALUT A CASA programa valoració integral [Internet]. Barcelona: Institut Català de la Salut; 2020 [citad 8 febrer 2023]. Disponible a: <https://studylib.es/doc/4722185/salut-a-casa-programa-ad-ics-valoraci%C3%B3-integral>

53. Aranda M, Morales JM, Canca JC, Morales Á, Enríquez M, Moya AB, et al. Consecuencias de los errores en la traducción de cuestionarios: versión española del índice Downton. Rev Calid Asist [Internet]. juliol 2015 [citad 17 febrer 2023]; 30(4): 195-202. Disponible a: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-consecuencias-errores-traduccion-cuestionarios-version-S1134282X15000810>

54. Jiménez S, Lara A, Monzón R, Hernández E, Ortiz S. Evaluación de riesgo de caída con la escala J.H. Downton modificada en pacientes pediátricos hospitalizados. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2018 [citad 28 gener 2023]; 26(1): 46-51. Disponible a: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2018/eim181h.pdf>

55. González P, Herrera J, Inostroza F, Palma B. Relación entre dependencia, comorbilidad, adherencia farmacológica, marcha y equilibrio con las caídas en adultos mayores de la comunidad: TFG [Internet]. Chillán: Universidad del Bío-Bío; 2017 [citad 8 febrer 2023]. Disponible a: <http://repositorio.ubiobio.cl/jspui/bitstream/123456789/2655/1/Gonz%C3%A1lez%20Meri%C3%B1o%20Paulo%20Ignacio.pdf>

56. Prevettoni M, Guenzelovich T, Zozaya M, Giardini G, Hornstein L, Schapira M, et al. Decreased falls through multifactorial intervention in frail older adults. Rev Fac Cienc Médicas [Internet]. 28 juny 2021 [citad 27 gener 2023]; 78(2): 166-70. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8741321/>

57. Boletín Informativo: prevención de las caídas en las personas de edad avanzada. [Internet]. Athens: European Network for Safety among Elderly; 2018 [citad 8 febrer 2023]. Disponible a: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/caidas.pdf>

58. Albuja AK, Gallegos J, Vargas P, Arguello P. Therapeutic adherence in patients with chronic diseases of the club of older adults of health center, Ecuador. An Real Acad Nac Farm [Internet]. 2020 [citad 2 gener 2023]; 86(2): 125-30. Disponible a: [https://analesranf.com/articulo/8602\\_03/](https://analesranf.com/articulo/8602_03/)

59. Soares T, Oliveira JM, Lelis D de F, Crespo A, Silva JG, de Barros Lima A. Adherence

- to medication, physical activity and diet among older people living with diabetes mellitus: Correlation between cognitive function and health literacy. *IBRO Rep* [Internet]. desembre 2020 [citat 2 gener 2023]; 9: 132-6. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33336106/>
60. ABS de Girona [Internet]. Girona: Institut d'Assistència Sanitària; [citat 28 febrer 2023]. Disponible a: <http://www.ias.cat/ca/contingut/primaria/388>
61. Personal Health Literacy Measurement Tools [Internet]. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2022 [citat 8 febrer 2023]. Disponible a: <https://www.ahrq.gov/health-literacy/research/tools/index.html>
62. Baker D, Williams M, Parker R, Gazmararian J, Nurss J. Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient Educ Couns* [Internet]. setembre 1999 [citat 21 febrer 2023]; 38(1): 33-42. Disponible a: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399198001165>
63. Hanson Divers E. Developing a medical achievement reading test to evaluate patient literacy skills: A preliminary study. *ProQuest* [Internet]. 1997 [citat 17 febrer 2023]; 8(1): 56-69. Disponible a: <https://www.proquest.com/docview/220583044/fulltext/79795D8EBD844A0DPQ/1?accountid=15295&forcedol=true>
64. Weiss B. The Newest Vital Sign: Frequently Asked Questions. *HLRP Health Lit Res Pract* [Internet]. juliol 2018 [citat 1 abril 2023]; 2(3): 125-7. Disponible a: <https://journals.healio.com/doi/full/10.3928/24748307-20180530-02>
65. Hoja de Resultados para el Nuevo Signo Vital Preguntas y Respuestas [Internet]. Barcelona: Pfizer; 2005 [citat 17 febrer 2023]. Disponible a: <https://healthliteracy.bu.edu/documents/111/4%20-%20Newest%20Vital%20Sign%20Score%20Sheet%20Spanish.pdf>
66. The Newest Vital Sign Assessment [Internet]. USA: Unicef Health Communication; [citat 17 febrer 2023]. Disponible a: [https://mfpweb.nursing.uic.edu/education/VitalSignTest\\_ScoreSheet.pdf](https://mfpweb.nursing.uic.edu/education/VitalSignTest_ScoreSheet.pdf)
67. Rudd R, Kirsch I, Yamamoto K. Literacy and Health in America [Internet]. Princeton: Educational Testing Service; 2004 [citat 28 febrer 2023]. 13-18. Disponible a: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED486416.pdf>
68. Sørensen K, Van den Broucke S, Pelikan J, Fullam J, Doyle G, Slonska Z, et al. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health* [Internet].



octubre 2013 [citat 15 febrer 2023]; 13(1): 948. Disponible a: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-948>

69. Osborne RH, Buchinder R, Batterham G, Elsworth R. The Health Literacy Questionnaire (HLQ) [Internet]. Austràlia: Swinburn University of Technology; 2014 [citat 27 febrer 2023]. Disponible a: [https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/34337/1/MCII\\_2021\\_G106.pdf](https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/34337/1/MCII_2021_G106.pdf)

### 3. JUSTIFICACIÓ

En el present projecte de recerca es pretén identificar l'associació entre l'adherència terapèutica i l'alfabetització per la salut relacionat amb el risc de caigudes dels adults grans de l'Àrea Bàsica de Salut (ABS) de Girona 1, 2, 3 i 4.

Entenent l'estreta relació que existeix entre aquests tres termes, segons la literatura i després d'una revisió exhaustiva, es vol fer una anàlisi de la població escollida que està afectada. A més, es pretén identificar les causes i veure les semblances de cadascun dels casos. I, segons els resultats que s'obtinguin es podran idear intervencions pertinents, si s'escau.

### 4. HIPÒTESIS I OBJECTIUS DE RECERCA

#### HIPÒTESI

La falta d'adherència terapèutica i la baixa alfabetització per la salut estan correlacionades amb l'augment del risc de caigudes en la població adulta gran.

#### OBJECTIUS

##### General:

- Conèixer la correlació entre l'adherència terapèutica i l'alfabetització per la salut en relació amb el risc de caigudes dels adults grans d'ABS de Girona 1, 2, 3 i 4.

##### Específics:

- Identificar els aspectes sociodemogràfics dels adults grans de les ABS 1, 2, 3 i 4 de Girona.
- Descriure els nivells d'adherència terapèutica i d'alfabetització per la salut que té aquest grup d'estudi.
- Determinar el risc de caigudes que tenen les persones i avaluar el nombre de caigudes patides en el darrer any.

### 5. METODOLOGIA

#### 5.1. DISSENY D'ESTUDI

Es tracta d'un estudi descriptiu, observacional, no aleatoritzat, quantitatiu i retrospectiu.

#### 5.2. ÀMBIT I POBLACIÓ D'ESTUDI

L'estudi pretén estudiar la població de l'ABS de Girona 1, 2, 3 i 4. És a dir, la recerca va dirigida a les persones que reben atenció al Centre d'Atenció Primària (CAP) Santa Clara, CAP Can Gilbert del Pla, CAP Montilivi i CAP Vila-roja, i CAP Dr Joan Vilaplana, respectivament. També, s'inclourà els consultoris locals que integra aquest últim CAP Consultori Local (CL) Llémèna de Sant Gregori, CL Canet d'Adri, CL Sant Martí de Llémèna i CL Sant Esteve de Llémèna(60).

Totes aquestes ABS són gestionades per l'Institut Català de la Salut (ICS), donant assistència a un total de 104.000 persones.

### 5.3. CRITERIS D'INCLUSIÓ I EXCLUSIÓ

#### Criteris d'inclusió:

- Persones majors de 60 anys (adult gran) inscrites a l'ABS de Girona 1, 2, 3 o 4.
- Persones que consumeixen un o més fàrmacs diaris.
- Persones que entenguin la llengua catalana i/o castellana oral i escrita.

#### Criteris d'exclusió:

- Persones amb trastorn mental diagnosticat amb transcurs actiu, que presenten problemes cognitius i/o retards mentals. Així com, les persones que pateixen demències irreversibles, com l'Alzheimer, i aquelles que presenten problemes en la comunicació.
- Persones institucionalitzades o que en el moment de la recollida de dades viuen en una residència, o que estan hospitalitzades en algun centre sanitari o sociosanitari.

### 5.4. SELECCIÓ DE LA MOSTRA

La mostra es seleccionarà mitjançant un mostreig no probabilístic de conveniència. És a dir, s'obindrà de manera conscient, per conveniència i no aleatòria.

L'equip sanitari de cada centre, de les corresponents ABS, facilitarà un llistat de les persones que compleixen els criteris d'inclusió, tot mirant la història clínica de l'usuari. Aquest llistat se li donarà en mà a l'investigador. Es realitzarà un càlcul mostral per determinar la mida de la mostra i es contactarà amb els possibles participants.

### 5.5. VARIABLES D'ESTUDI

#### Variabls sociodemogràfiques:

- Gènere: Home, dona; variable qualitativa nominal.
- Edat: Anys; variable quantitativa discreta.
- Nacionalitat: Resposta oberta; text lliure.
- Estat civil: Casat/da, soler/a, divorciat/da, vidu/da; variable qualitativa nominal.
- Fills - nets: N° de fills i nets; variable qualitativa discreta.
- Nivell educatiu: Cap, primaris, secundaris (ESO) (o BUP), batxillerat/grau mitjà (o 3r de BUP- COU), universitaris/grau superior; variable qualitativa ordinal.
- Suport familiar: Baix, mig, alt; variable qualitativa ordinal.
- Estatus social: Baix (classe 1), mig (classe 2), alt (classe 3); variable qualitativa ordinal.

- Deteriorament cognitiu/ pèrdua de memòria: Sí (nivell baix, mig, alt) o no; variable qualitativa nominal.
- Deteriorament en la coordinació motora: Sí o no; variable qualitativa nominal.
- Deteriorament en la coordinació flexibilitat: Sí o no; variable qualitativa nominal.
- Dificultats en el manteniment de l'equilibri: Sí o no; variable qualitativa nominal.
- Dificultats per moure's: Sí o no; variable qualitativa nominal.
- Alteració postural: Sí o no; variable qualitativa nominal.
- Autònom per les Activitats Bàsiques de la Vida Diària (ABVD) (vestir-se, alimentar-se, mobilització, higiene...): Sí o no; variable qualitativa nominal.
- Autònom per les Activitats Instrumentals de la Vida Diària (AIVD) (afaitar-se, anar a comprar, maneig de la llar...): Sí o no; variable qualitativa nominal.
- Consum de tòxics: Sí o no; variable qualitativa nominal.
- Situació laboral: Ocupat (amb feina), desocupat (sense feina), jubilat/da; variable qualitativa ordinal.
- Malalties cròniques (pronòstic, discapacitat): Resposta oberta, text lliure.

Variabels relacionades amb l'adherència terapèutica: Qüestionari Morisky Green, recull variables qualitatives nominals (Annex 1, 1.3).

Variabels relacionades amb l'alfabetització per la salut: Qüestionari HLS-EU-Q, avalua variables qualitatives ordinals (Annex 4, 4.8).

Variabels relacionades amb el risc de caigudes: Escala J.H.Downton, consta de variables qualitatives ordinals (Annex 5, 5.3).

## 5.6. INSTRUMENT DE RECOLLIDA DE DADES

Són varis els instruments que s'utilitzaran per a fer la recollida de dades. Primerament, s'emparà un qüestionari adHoc (Annex 8) de 19 preguntes, disponible en versió català i castellà, per a la recollida de dades sociodemogràfiques, relacionades amb l'objectiu de la recerca. Permetrà determinar el perfil de l'adult gran i les seves comorbiditats.

En segon lloc, s'usaran els següents tests validats:

- Test Morisky Green: Escala elaborada per Morisky, Green i Levine (1986)(6). Fou validada a l'espanyol per Val Jiménez, et al. (2008)(6). Identifica l'adherència terapèutica dels adults grans que presenten diferents patologies cròniques, com la hipertensió, diabetis *mellitus*, malaltia de Parkison, dislipèmia, malalties cardiovasculars, d'entre altres, amb sols 2 minuts. El test consta de 4 preguntes amb dues opcions de resposta, dicotòmiques (Sí/No).

Es considerarà una persona adherent al tractament, si respon correctament a totes les preguntes (No/Sí/No/No). És un dels qüestionaris que més s'usa a la pràctica clínica diària i en la investigació(6). Té una gran especificitat, és un test que presenta poca fiabilitat interobservador (coeficient interclasse superior a 0'70) i sensibilitat (Annex 1, 1.3).

- Enquesta HLS-EU-Q-16: Elaborada pel Consorci Europeu sobre l'alfabetització per la salut per Sorensen, et al. (2012)(32). La versió curta, creada per Pelikan i Sorensen (2014), analitza l'alfabetització de la salut de manera integral amb 16 ítems(32), identificant el grau de dificultat percebut per l'enquestat segons les situacions: prevenció de malalties, promoció de la salut, assistència sanitària. És un instrument amb bon nivell de comprensió, fàcil d'interpretar i ràpid d'administrar. A més, la validació del qüestionari a l'espanyol i aplicat a la població espanyola presenta una bona fiabilitat i consistència, amb un alfa de Cronbach de 0'96(32). Les 16 preguntes s'avaluen mitjançant una escala Likert amb 5 opcions de resposta: molt fàcil, fàcil, difícil, molt difícil o no sap/ no contesta(32), amb sols 2 minuts. La puntuació s'obté segons la resposta de cada pregunta. És a dir, molt difícil i difícil puntua com a valor 0 mentre que, fàcil i molt fàcil puntua com a valor 1. De manera que, puntuacions d'entre 0 i 12 punts indiquen nivell inadequat o problemàtic i, puntuacions d'entre 13 i 16 punts, mostren nivells suficients d'alfabetització de la salut(32) (Annex 4, 4.8).
- Escala J.H.Downton (Annex 5, 5.3): L'escala va ser creada per J.H. Downton (1993)(53), permet avaluar el risc de caigudes de les persones grans. Existeixen dues versions de l'escala, l'original en anglès (*Downton Index*) i la traduïda a l'espanyol, realitzada per Aranda M, et al. (2015)17/5/23 22:44:00. L'autora afirma que aquesta escala no és adequada per l'aplicació de pacients hospitalitzats per la seva escassa precisió diagnòstica, i per presentar una sensibilitat del 28% i especificitat del 82%(53). És necessari 3 minuts per realitzar-la i analitza 5 dimensions, d'entre les quals s'inclouen: caigudes prèvies, presa de fàrmacs, dèficits sensorials, estat mental i la demagulació(54). Per cada ítem que es trobi present en la persona, es sumarà 1 punt. L'obtenció de puntuacions superiors a 3 punts, indiquen un alt risc de caigudes(54).

## 5.7. DESCRIPCIÓ DEL PROCEDIMENT

L'estudi es durà a terme seguint el següent procediment:

1. Presentació de la sol·licitud d'avaluació del projecte al Comitè d'Ètica d'Investigació Clínica (CEIC) amb el fi de rebre la seva aprovació (Annex 6).
2. Contactar amb la Direcció de Gerència de les ABS de Girona 1, 2, 3 i 4 per fer una petició formal del projecte i poder dur a terme l'estudi als seus centres.
3. Es farà una reunió informativa amb els caps de servei dels centres relacionats i l'equip de supervisió d'infermeria i medicina.
4. Seguidament, es procedirà a presentar l'estudi a tot l'equip d'infermeria i medicina en cadascun dels centres. S'explicarà de manera detallada la informació necessària de l'estudi. Es donarà tota la informació explicada en un full, el qual tots els professionals el tindran a disposició per a qualsevol consulta. Així com, es demanarà la seva col·laboració.
5. Es triarà, segons les preferències dels professionals, una infermera o infermer responsable de la investigació (tasca remunerada) de les quatre ABS. Aquests actuaran com a referents de l'estudi, dels quals hauran d'assistir a una reunió independent per a conèixer exactament el funcionament del projecte. Així podran solucionar i resoldre dubtes que puguin sorgir dins el seu equip, etc. Tanmateix, en aquesta reunió es seleccionarà la mida de mostra segons les dades que els professionals aportin. L'equip sanitari de cada centre facilitarà un llistat de les persones que compleixin els criteris d'inclusió i exclusió, tot mirant la història clínica del pacient. Així, s'identificarà de manera concreta la mida de la mostra per a l'estudi, realitzant un càlcul mostral per tal que la mostra sigui representativa per l'estudi.
6. El llistat se li donarà en mà a l'investigador i usarà la tècnica de mostreig de conveniència per determinar els possibles participants. S'informatitzarà en un document el llistat dels usuaris escollits perquè tots els professionals el tinguin a l'abast.
7. A mesura que les persones escollides per participar en el projecte assisteix al seu CAP per a un control de la seva malaltia, per a una urgència, etc., se li proposarà participar en l'estudi. En aquest cas, el professional sanitari explicarà el projecte i demana a la persona la seva participació (Primera opció). Pel que fa a les persones que durant 30 dies, després de l'inici del reclutament, no ha visitat el seu centre de salut i que formen part del llistat, l'investigador principal contactarà amb elles per via telefònica. Se'ls hi explicarà la finalitat de presentar el projecte i els hi proposarà participar en l'estudi. D'aquesta manera, es reclutarà a les

- altres persones adscrites a cada ABS que han estat seleccionades per l'estudi (Segona opció).
8. En ambdós casos, en cas que la persona accepti o vulgui més informació, se li entregarà el full informatiu del projecte (Annex 7) i el Consentiment Informat (Annex 8).
  9. Si la persona decideix participar en l'estudi, de manera presencial al centre de salut es donarà el qüestionari. Aquest es tracta d'un qüestionari i 3 escales (Annex 9) que seran administrades pel professional de salut que els atén, en format paper. Té una durada aproximada de 15 minuts.
  10. El professional sanitari que administra el qüestionari ha de saber resoldre tots els dubtes que poden sorgir durant el transcurs de l'enquesta. En cas contrari, es contactarà amb la infermera referent de la investigació. I en cas que no es pugui resoldre, amb l'investigador.
  11. Es recollirà el qüestionari i les 3 escales realitzades i es donarà a l'infermer/a referent.
  12. L'investigador principal del projecte els vindrà a recollir cada 7 dies per a començar a informatitzar totes les respostes de les persones presents als qüestionaris, amb el *Microsoft Excel Access 2019*. I la informació es traspasarà al programa estadístic IBM SPSS 25.0, per a l'anàlisi de les variables.
  13. Un cop analitzades les dades, es redactarà la memòria del projecte segons els resultats obtinguts. També, s'aprofitarà per concloure el projecte i per establir actuacions i eines per a revertir els resultats i la situació actual mostrada. Es contactarà amb la Gerència dels ABS estudiats per aportar els resultats. S'identificaran les possibles línies de recerca.

## 5.8. ANÀLISIS DE DADES

Les dades que s'extreguin de l'enquesta s'informatitzaran amb la base de dades *Microsoft Excel Access 2019*. Les variables de l'estudi s'analitzaran amb el programa *IBM SPSS 25.0* que afavorirà elaborar una anàlisi descriptiva, interferencial i multivariant, per cercar l'associació entre l'adherència terapèutica, alfabetització per la salut i el risc de caigudes. S'expressarà amb freqüències absolutes i percentatges les dades qualitatives de l'estudi, mentre que les quantitatives utilitzaran la mitjana aritmètica, la mediana, la desviació estàndard i el rang interquartil. La relació d'independència de les variables es durà a terme amb taules de contingència i la prova chi-quadrat.

S'acceptaran com a resultats estadístics significatius si presenten un p-valor  $\leq 0'05$  amb un nivell de confiança de 95%. Això indicarà que els resultats són exactes i segurs, i que la hipòtesi és vàlida.

## 5.9. ASPECTES ÈTICS

Aquest projecte vetllarà pel compliment dels principis de la bioètica: el principi d'autonomia, de beneficència, no maleficència, de justícia. En tot moment, es respectaran els drets dels participants, es garantirà la confidencialitat de la informació, el secret professional i la protecció de les dades de les persones, se'ls mantindrà informats en tot moment i seran coneixedors, que no tindran diferències en el tracte ni en el tractament de salut, segons si participen o no a l'estudi. Tanmateix, es contemplarà la Declaració de Helsinki de l'Assamblea Mèdica Mundial (AMM) complint-se tots els principis de l'ètica d'investigació mèdica. Per aquest motiu, el projecte es presentarà al Comitè d'Ètica d'Investigació Clínica (CEIC) de l'Hospital Josep Trueta de Girona. L'organisme valorarà la seguretat, el benestar i la protecció dels drets dels participants de l'estudi. Se'ls hi entregarà la sol·licitud d'avaluació del projecte (Annex 6).

Un cop el CEIC aprovi l'estudi, es contactarà amb la Direcció de Gerència de les ABS de Girona 1, 2, 3 i 4 per fer una petició formal, per així poder dur a terme l'estudi als seus centres. Es seleccionarà la mostra i per a participar en l'estudi, es lliurarà a tots els possibles participants el full informatiu (Annex 7) i el consentiment informat (Annex 8) de l'estudi. Ambdós documents la persona els haurà de llegir atentament i caldrà signar l'últim document.

## 5.10. LIMITACIONS I FORTALESES DE L'ESTUDI

### Limitacions:

- La recollida de dades és subjectiva i pot tenir biaixos de fiabilitat segons la sinceritat en la resposta de cada participant.
- La polimediació que pateixen moltes persones adultes grans pot interferir directament al risc de caigudes encara que l'adherència terapèutica sigui bona. Ja que, els efectes que poden tenir els diferents fàrmacs i les adversitats que poden tenir entre ells pot afectar el sistema nerviós central, i com a conseqüència incrementar el risc de caigudes.
- No es podran obtenir relacions causals entre les variables estudiades a causa del disseny establert.

### Fortaleses:

- Els resultats podran ajudar a dissenyar un pla de treball específic per abordar el risc de caigudes i l'adherència terapèutica de les persones adultes grans de Girona.



## 6. CRONOGRAMA I PLA DE TREBALL

	2022			2023										
	Octubre	Novembre	Desembre	Gener	Febrer	Març	Abril	Maig	Juny	Juliol	Agost	Setembre	Octubre	Novembre
<b>Tasques</b>														
Cerca bibliogràfica														
Realització marc teòric														
Marcar objectius														
Elecció tipus d'estudi, població, instruments i mostra														
Elaborar el projecte de recerca (qüestionari, redacció materials i mètodes)														
Presentació projecte al Comitè d'Ètica														
Permís direcció gerència ABS Girona 1, 2, 3 i 4. Reunió i explicació del projecte als professionals.														
Treball de camp (recollir dades)														
Anàlisi de dades/ informació														
Interpretació de les dades														
Resultats														
Conclusions														
Revisió i redacció final														
Transcripció														
Divulgació dels resultats: Revistes científiques i congressos														

## 7. PRESSUPOST

Seguidament, s'adjunten unes taules que mostren de manera aproximada les despeses que pot donar portant a terme aquest projecte de recerca.

**TAULA 2: Material fungible**

Material	Presentació	Quantitat	Total
Fulls de paper	Caixa 500 fulls (0,019€/u)	1	9,99€
Bolígrafs	Caixa 100 bolígrafs (0,20€/u)	1	20,29€
Fotocòpies (qüestionaris i documents)	101-200 còpies (0,09€/ u)	600	54€
Memòria USB	USB 128GB (13,92€/ u)	1	13,92€
Grapadora i grapes	Caixa 5.000 grapes (4,99€/ u)	1	4,99€
Programa estadístic SPSS 25		1	300€
Programa informàtic Microsoft <i>Excel</i>		1	52€
Ordinador		2	0€ (Propi)
<b>Total material fungible: 455'19€</b>			

**TAULA 3: Recursos humans**

Persona	Durada	€/ mes	Total
Programador informàtic	3 mesos	1.780€/ mes	5.340€
4 infermers/es referents	4 mesos	50€/mes per cada infermer/a	200€/infermer/a = 800€
<b>Total gestió: 6.140€</b>			

**TAULA 4: Despeses de gestions i transport (congressos, revistes científiques, difusió)**

Recurs	Descripció	Preu	Total
Gasolina	80 l de Gasolina 95	1.439 €/l	115,12€
Congrés de difusió científica a nivell nacional	Inscripció + dietes + hotel + desplaçament	400€ + 300€ + 450€ + 250€	1.400€
Publicació article	Revista científica	1.500€/ revista	1.500€
Traducció article	Anglès	500€/ article	500€
<b>Total gestió: 3.515'12€</b>			

**TAULA 5:** Resum total de despeses del projecte.

<b>Despeses</b>	<b>Preu total</b>
Despeses per recursos materials	455,19€
Despeses per recursos humans	6.140€
Despeses per difusió de resultats a congressos i revistes científiques	3.515,12€
<b>Total gestió: 10.110,31€</b>	

## **8. IMPLICACIONS DE LA PRÀCTICA INFERMERA**

Els resultats del present projecte de recerca aportaran coneixement en relació als conceptes adherència terapèutica, alfabetització per la salut i risc de caigudes de l'adult gran. De tal manera que col·laboraran en la presa de decisions en el disseny d'un programa de cures tant de prevenció com en la promoció de la salut. A trets generals, es podrien aplicar estratègies i noves mesures preventives, de les quals serien individualitzades i amb una visió holística de la persona. Sempre amb l'objectiu de millorar l'adherència, augmentar l'alfabetització i reduir el risc de caigudes en adults majors de 60 anys.

Les actuacions d'infermeria i d'altres professionals de la salut basats en l'evidència del present estudi de recerca, entre d'altres, poden incidir en reduir el nombre d'hospitalitzacions i reingressos. A més, poden disminuir les taxes de morbiditat paral·lelament amb els costos del sistema de salut.

## 9. ANNEXES

### ANNEX 1: MÈTODES INDIRECTES PER A MESURAR L'ADHERÈNCIA TERAPÈUTICA

S'adjunten les versions dels qüestionaris i escales segons la llengua adaptada i aprovada, tenint en compte el format del treball. Ja que, traduir-los al català poden modificar la seva comprensió, sentit, a més pèrdua d'evidència i validesa.

#### 1.1. Qüestionari ARMS-e:

##### **Qüestionari de l'Adherència a la Recollida i Administració de la Medicació (ARMS-e)**

Responde las preguntas siguientes con: nunca (1), algunas veces (2), casi siempre (3) o siempre (4).

1. ¿Con qué frecuencia olvida tomar sus medicinas? <sup>a</sup>
2. ¿Con qué frecuencia decide no tomar sus medicinas? <sup>a</sup>
3. ¿Con qué frecuencia olvida recoger de la farmacia las medicinas que le han recetado? <sup>b</sup>
4. ¿Con qué frecuencia se queda sin medicinas? <sup>b</sup>
5. ¿Con qué frecuencia se salta una dosis de su medicación antes de ir al médico? <sup>a</sup>
6. ¿Con qué frecuencia deja de tomar sus medicinas cuando se encuentra mejor? <sup>a</sup>
7. ¿Con qué frecuencia deja de tomar sus medicinas cuando se encuentra mal? <sup>a</sup>
8. ¿Con qué frecuencia deja de tomar sus medicinas por descuido? <sup>a</sup>
9. ¿Con qué frecuencia cambia la dosis de su medicación y la adapta a sus necesidades (por ejemplo, cuando se toma más o menos pastillas de las que debería)? <sup>a</sup>
10. ¿Con qué frecuencia olvida tomar sus medicinas cuando debe tomarlas más de una vez al día? <sup>a</sup>
11. ¿Con qué frecuencia retrasa ir a recoger sus medicinas de la farmacia porque cuestan demasiado dinero? <sup>b</sup>
12. ¿Con qué frecuencia planifica recoger de la farmacia sus medicinas antes de que se le acaben? <sup>b</sup>

<sup>a</sup> Ítems relacionats amb l'administració de la medicació.

<sup>b</sup> Ítems relacionats amb la recollida de la medicació.

**Resultats:** Segons la resposta es sumen tots els valors. Més baixa és la puntuació, més adherència té la persona.

**Font:** pròpia. Adaptació de Pagès, et al., 2018(1).

## 1.2. Test de Batalla

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

1. ¿Es la HTA una enfermedad para toda la vida?	Sí	No
2. ¿Se puede controlar con dieta y medicación?	Sí	No
3. Cite dos o más órganos que pueden dañarse por tener la presión arterial elevada.		

**Nota:** Es pot aplicar en diverses malalties cròniques.

**Resultat:** Un fallo en una de les tres preguntes, es considera una persona no adherent.

**Font** pròpia. Adaptació de Pagès, et al., 2018(1).

## 1.3. Test Morisky-Green

### Questionari de Morisky- Green (MAQ o MMAS-4)

4. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?	Sí	No
5. ¿Toma los medicamentos a las horas indicades?	Sí	No
6. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?	Sí	No
7. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?	Sí	No

**Resultat:** Si la persona (No/Sí/No/No) o (No/Sí/No/Sí) es considerà que la persona té bona adherència terapèutica. Si la persona respon incorrectament una de les preguntes, atribuirem que la persona no és adherent al tractament.

**Font** pròpia. Adaptació de Pagès, et al., 2018(1).

#### 1.4. Test Haynes-Sackett, qüestionari de “Comunicació del autocompliment”<sup>(2,7)</sup> o test del compliment autocomunicat<sup>(6)</sup>

##### Test de Haynes-Sackett o el test del compliment autocomunicat

Se le comenta: “La mayoría de los pacientes tienen dificultades en tomar sus comprimidos”.

1. Se realiza la siguiente pregunta: “¿tiene usted dificultades en tomar los suyos?”.
2. “¿Cómo los toma?, ¿Todos los días, muchos días, algunos días, pocos días o rara vez?”.
3. “Muchas personas tienen dificultad en seguir los tratamientos, ¿por qué no me comenta cómo le va a usted?”.

**Resultat:** Si la persona reconeix dificultat en alguna pregunta, es considera que no és adherent al tractament.

**Font** pròpia. Adaptació de Pagès, et al., 2018(1).

## 1.5. Qüestionari de creences sobre els medicaments (BMQ)

### Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ):

Responde cada ítem con 5 puntos: totalmente en desacuerdo(1) - totalmente de acuerdo(5):

#### BMQ-GENERAL

##### Abuso:

- Los médicos utilizan demasiados medicamentos
- Los médicos confían demasiado en los medicamentos
- Si los médicos tuvieran más tiempo para los pacientes recetarían menos medicamentos

##### Daño:

- La gente que toma medicamentos debería dejar su tratamiento durante algún tiempo de vez en cuando.
- La mayoría de los medicamentos crean adicción.
- Los remedios naturales son más seguros que los medicamentos
- Los medicamentos hacen más mal que bien
- Todos los medicamentos son venenos (tóxicos)

#### BMQ-ESPECÍFICO

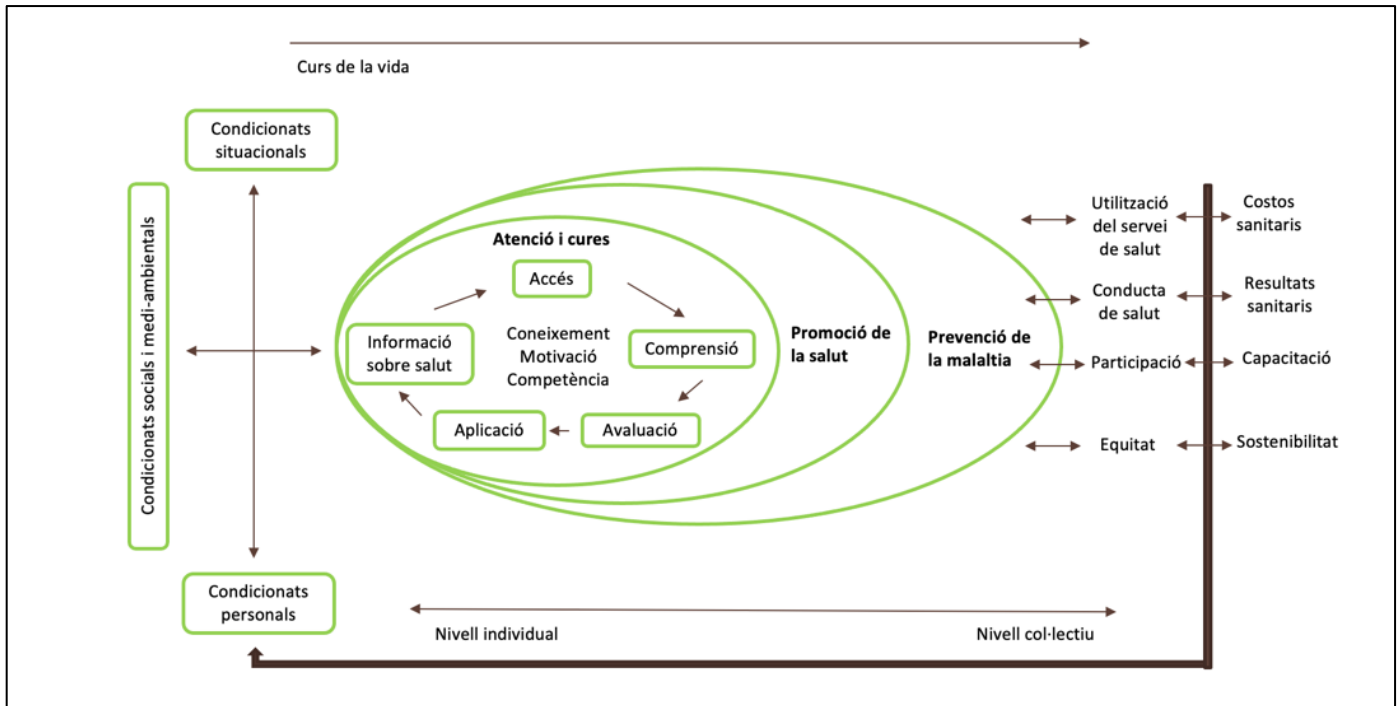
##### Necesidad:

- Actualmente mi salud depende de [medicación]
- Mi vida sería imposible sin [medicación]
- Sin [medicación] estaría muy enfermo/a
- En el futuro mi salud dependerá de [medicación]
- [medicación] impide que mi [medicación] empeore.

##### Preocupación:

- Me preocupa tener que tomar [medicación]
- A veces me preocupo por los efectos a largo plazo de [medicación]
- [medicación] es/ son un misterio para mí
- [medicación] trastorna/n mi vida
- A veces me preocupo por si llego a ser demasiado dependiente de [medicación].

## ANNEX 2:



**FIGURA 1:** Model conceptual de l'alfabetització per la salut a l'HLS-EU.

Font pròpia. Adaptació de Sorensen, et al. (2012)(25).



## ANNEX 3:

**TAULA 1:** Dimensions de l'alfabetització per la salut segons HLS-EU.

<b>Alfabetització per la salut</b>	Accedir o obtenir informació rellevant mèdica o clínica	Entendre informació rellevant en salut	Valorar, jutjar o avaluar informació rellevant en salut	Aplicar i usar la informació rellevant per la salut
Atenció sanitària	<b>1.</b> Capacitat d'accedir a la informació sobre qüestions mèdiques o clíniques	<b>2.</b> Capacitat per entendre la informació mèdica i el seu significat	<b>3.</b> Capacitat per interpretar i avaluar la informació mèdica	<b>4.</b> Capacitat per prendre decisions informades mèdiques
Prevenció de malalties	<b>5.</b> Capacitat per accedir a la informació sobre factors de risc per la salut	<b>6.</b> Capacitat per entendre la informació sobre els factors de risc i el seu significat	<b>7.</b> Capacitat per interpretar i avaluar la informació sobre factors de risc per la salut	<b>8.</b> Capacitat per prendre decisions informades sobre els factors de risc
Promoció de la salut	<b>9.</b> Capacitat per posar-se al dia en els determinants en salut	<b>10.</b> Capacitat per entendre la informació sobre els determinants de la salut i el seu significat	<b>11.</b> Capacitat per interpretar i avaluar la informació sobre els determinants en salut	<b>12.</b> Capacitat per prendre decisions informades sobre els determinants en salut

Font pròpia. Adaptació de: Sorensen, et al. 2012(25).

## ANNEX 4: MÈTODES PER VALORAR L'ALFABETITZACIÓ PER LA SALUT

S'adjunten les versions dels qüestionaris i escales segons la llengua adaptada i aprovada, tenint en compte el format del treball. Ja que, traduir-los al català poden modificar la seva comprensió, sentit, a més pèrdua d'evidència i validesa.

### 4.1. Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM)

#### Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM)

This is a list of medical words. Please read each word aloud to me. If you don't recognize a word, you can say "pass" and move on to the next word".

Behaviour \_\_\_\_\_.

Exercise \_\_\_\_\_.

Menopause \_\_\_\_\_.

Rectal \_\_\_\_\_.

Antibiotics \_\_\_\_\_.

Anemia \_\_\_\_\_.

Jaundice \_\_\_\_\_.

**Nota:** En el cas que la persona estigui més de 5 segons dient la paraula, es marcarà com a desconeguda, i es passarà a la següent.

**Resultat:** Una puntuació de 0 correspon a un nivell educatiu de tercer curs o inferior. Presenta baix nivell d'alfabetització i no podrà llegir la majoria de paraules, per aquest motiu precisarà repetides instruccions orals, materials amb il·lustracions, àudio o vídeo.

Entre una puntuació de 1-3 correspon entre el quart i sisè curs: baix nivell alfabetització. La persona li caldrà la informació adequada per baix nivell d'alfabetització. No sabrà llegir.

Una puntuació entre 4 i 6: setè o vuitè curs. La persona tindrà problemes per entendre la majoria d'informació. Una puntuació 7: secundària. La persona és capaç de llegir.

**Font** pròpia. Adaptació de Agency for Healthcare Research and Quality(61).

## 4.2. Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA)

### Short Test of Functional Health Literacy in Adults (S-TOFHLA)

#### Reading comprehension passage:

- Item number 1: Take on tablet by mouth every 6 hours as needed.  
Oral question: If you take your first tablet 7 a.m., when should you take the next one?  
Correct answer: 1:00 p.m.
- Item number 2: Normal blood sugar is 60-150. Your blood sugar today is 160.  
Oral question: If this was your score, would your blood sugar be normal today?  
Correct answer: No
- Item number 3: Look at this photo and answer the question.

CLINIC APPOINTMENT			
CLINIC: Diabetic		LOCATION: 3rd floor	
DAY: Thurs.	DATE: April 2 <sup>nd</sup>	HOUR: 10:20	a.m. p.m.
Issued by:			
YOU MUST BRING YOUR PLASTIC CARD WITH YOU			

Oral question: When is your next appointment?

Correct answer: April 2<sup>nd</sup> or Thursday, April 2<sup>nd</sup>.

- Item number 4: Take medication on empty stomach one hour before or two to three hours after a meal unless otherwise directed by your doctor.  
Oral question: If you eat lunch at 12:00 p.m, and you want to take this medicine before lunch, what time should you take it?  
Correct answer: 11:00 a.m. or before 11:00 a.m.

#### Reading comprehension *Passage A:*

Your doctor has sent you to have a \_\_\_\_\_ X-ray.

- Stomach
- Diabetes
- Stitches
- Germs

You must have an \_\_\_\_\_ stomach when you came for \_\_\_\_\_.

- |           |       |
|-----------|-------|
| a. Asthma | a. Is |
| b. Empty  | b. Am |
| c. Incest | c. If |
| d. Anemia | d. It |

The X-ray will \_\_\_\_\_ from 1 to 3 \_\_\_\_\_ to do.

- |         |           |
|---------|-----------|
| a. Take | a. Beds   |
| b. View | b. Brains |
| c. Talk | c. Hours  |
| d. Look | d. Diets  |

The day before the X-Ray:

For supper have only a \_\_\_\_\_ snack of fruit, \_\_\_\_\_ and jelly, with coffee or tea.

- |           |           |
|-----------|-----------|
| a. Little | a. Toes   |
| b. Broth  | b. Throat |
| c. Attack | c. Toast  |
| d. Nausea | d. Thigh  |

**Nota:** Existeix una versió més llarga, de la qual compta amb més preguntes i ítems a valorar.

**Resultat:** Es classifiquen segons les encerts de les preguntes del test. Valors entre 0-16 es relacionen amb un nivell inadequat d'alfabetització per la salut (persones incapaces de llegir i interpretar el text en salut), valors entre 17-22, representen una alfabetització marginal (tenen dificultats per llegir i interpretar textos en salut) i l'adequada és entre 23-36 (poden llegir i interpretar la majoria de textos en salut).

**Font:** pròpia. Adaptació de Baker, et al., 1999(62).

### 4.3. Medical Achievement Reading Test (MART)

#### Medical Achievement Reading Test (MART 1)

Above RTHUP IVZJQ:

Bile /bil/	clot /klot/	scar /skar/
Calcium /kal-se-em/	infection /in-fek-shen/	gout /gout/
Cholesterol /ke-les-te-rol/	aura /a-re/	sublingual /sub-lin-gwel/
Suppository /se-paz-i-tor-e/	emesis /em-e-sis/	arthritis /ar-thri-tis/
Vertigo /ver-te-go/	hypertension /hi-per-ten-shen/	enteritis /en-te-ri-tis/
Suture /soo-cher/	urethra /yu-re-the/	homephelia /he-me-fil-e-a/
Pharynx /far-inks/	alzheimers /alts-hi-merz/	hyperplasia /hi-per-pla-zha/
Osteoporosis /os-te-o-pe-ro-sis/	open (o-pen)	myasthenia /mi-es-the-ne-e/
Male /male/	twice /twis/	anticoagulant /an-ti-ko-ag-ye-lent/
Antibody /ant-e-bod-e/	rectal /rek-tel/	hepatotoxic /he-pat-o-tok-sik/
Pneumonia /noo-mo-nye/	circumcision /ser-kem-sizh-en/	ileostomy /il-e-os-te-me/

Letter reading \_\_\_\_\_ + Word reading \_\_\_\_\_ = Total reading \_\_\_\_\_.

**Resultat:** Es basa en la suma total de les lletres llegides i les paraules. Tal com podem observar, al llibre de Suñer, et al., 2014, no existeix cap criteri de puntuació ni interpretació dels resultats(27).

**Font** pròpia. Adaptació de Hanson, EC, 1997(63).

#### 4.4. New Vital Sign (NVS)

##### New Vital Sign (NVS)

Versió espanyola:

Información Nutricional			
Tamaño de la Porción	½ taza		
Porciones por envase	4		
Cantidad por porción			
Calorías	250	Cal Grasa	120
%			
<b>Grasa Total</b>	13g		20%
Grasas Sat	9g		40%
<b>Colesterol</b>	28mg		12%
<b>Sodio</b>	55mg		2%
<b>Total Carbohidratos</b>	30g		12%
Fibras Dietéticas	2g		
Azúcares	23g		
<b>Proteína</b>	4g		8%

\*Porcentaje de Valores Diarios (DV) se basan en una dieta de 2.000 calorías. Sus valores diarios pueden ser mayores o menores dependiendo de las calorías que usted necesite.

**Ingredientes:** Crema, Leche Descremada, Azúcar Líquida, Agua, Yemas de Huevo, Azúcar Morena, Aceite de Cacahuete (Maní), Azúcar, Mantequilla, Sal, Carragenina, Extracto de Vainilla.

Lee al paciente: Esta información que aparece en el reverso de un envase de helado.

2. Si usted se come todo el helado en el envase, ¿cuántas calorías habrá consumido?

Respuesta: 1.000

3. Si a usted le recomendaron consumir 60 gramos de carbohidratos en la merienda, ¿cuánto helado puede comer?

Respuesta: Cualquiera de: Hasta un máximo de una taza, una taza, la mitad del envase.

Nota: "¿Si el paciente responde "dos porciones", pregunte "¿Qué cantidad de helado sería si lo sirviera en un tazón?"

4. Su médico le aconseja reducir la cantidad de grasas saturadas en su dieta. Usted normalmente consume 42 gramos de grasa saturada al día, que incluye una porción de helado. Si deja de comer helado, ¿cuántos gramos de grasa saturada consumiría cada día?

Respuesta: 33 gramos

5. Si usted normalmente come 2500 calorías en un día, ¿qué porcentaje de su valor diario de calorías habrá consumido si se come una porción?

Respuesta: 10%

Lee al paciente: Imagine que es alérgico/a a las siguientes sustancias: Penicilina, cacahuete (maní), guantes de látex y picaduras de abeja.

6. ¿Puede comer este helado con Seguridad?

Respuesta: No

7. (Solamente si responde "no" a pregunta 5): ¿Por qué no?

Respuesta tiene aceite de cacahuete (maní).

Versió anglesa:

<b>Nutrition Facts</b>			
Serving Size		½ cup	
Servings per container		4	
<hr/>			
Amount per serving			
Calories	250	Fat Cal	120
		<hr/>	
		%DV	
<b>Total Fat</b>	13g	20%	
Sat Fat	9g	40%	
<b>Cholesterol</b>	28mg	12%	
<b>Sodium</b>	55mg	2%	
<b>Total Carbohydrate</b>	30g	12%	
Dietary Fiber 2g		<hr/>	
Sugars 23g		<hr/>	
<b>Protein</b>	4g	8%	

\*Percentage Daily Values (DV) are based on a 2,000 calorie diet. Your daily values may be higher or lower depending on your calorie needs.

**Ingredients:** Cream, Skim Milk, Liquid Sugar, Water, Egg Yolks, Brown Sugar, Milkfat, Peanut Oil, Sugar, Butter, Salt, Carrageenan, Vanilla Extract.

Read to subject: This information is on the back of a container of a pint of ice cream.

1. If you eat the entire container, how many calories will you eat?

Answer: 1.000

2. If you are allowed to eat 60 grams of carbohydrates as a snack, how much ice cream could you have?

Answer: 1 cup (or any amount up to 1 cup), Half the container. Note: If patient answers, "two servings", ask "How much ice cream would that be if you were to measure it into a bowl".

3. Your doctor advises you to reduce the amount of saturated fat in your diet. You usually have 42g of saturated fat each day, which includes one serving of ice cream. If you stop eating ice cream, how many grams of saturated fat would you be consuming each day?

Answer: 33

4. If you usually eat 2500 calories in a day, what percentage of your daily value of calories will you be eating if you eat one serving?

Answer: 10%

Read to subject: Pretend that you are allergic to the following substances: Penicillin, peanuts, latex gloves, and bee stings.

5. Is it safe for you to eat the ice cream?

Answer: no

6. (Ask only if the patient responds "no" to the question 5.): Why not?

Answer: Because it has peanut oil.

**Nota:** Malgrat sigui un test disponible en versió espanyola, s'ha vist que la validesa i la fiabilitat és més bona en anglès. Per aquest motiu adjunto les dues versions de l'escala(18).

**Resultat:** Cada pregunta correcta suma un punt. Obtenir una puntuació de 0-1 designa un 50% o més de probabilitat d'adherència limitada; 2-3 indica possibilitat d'adherència limitada; 4-6 apunta una adherència adequada(64).

**Font** (versió espanyola) pròpia. Adaptació de Pfizer's Clear Health Communication Initiative, 2005(65).

**Font** (versió anglesa) pròpia. Adaptació de Unified Health Communication(66).



#### 4.5. eHealth Literacy Scale (eHEALS)

##### eHealth Literacy Scale (eHEALS)

Per cadascuna de les preguntes, indica quina resposta representa millor la teva opinió i experiència en aquests instants:

a. How useful do you feel the Internet is in helping you in making decisions about your health?

1. Not useful at all. 2. Not useful. 3. Unsure. 4. Useful. 5. Very useful.

b. How important is it for you to be able to access health resources on the Internet?

1. Not useful at all. 2. Not useful. 3. Unsure. 4. Useful. 5. Very useful.

c. I know what health resources are available on the Internet

1. Strongly Disagree. 2. Disagree. 3. Undecided. 4. Agree. 5. Strongly Agree.

d. I know where to find helpful health resources on the Internet

1. Strongly Disagree. 2. Disagree. 3. Undecided. 4. Agree. 5. Strongly Agree.

e. I know how to find helpful health resources on the Internet

1. Strongly Disagree. 2. Disagree. 3. Undecided. 4. Agree. 5. Strongly Agree.

f. I know how to use the Internet to answer my questions about health

1. Strongly Disagree. 2. Disagree. 3. Undecided. 4. Agree. 5. Strongly Agree.

g. I know how to use the health information I find on the Internet to help me

1. Strongly Disagree. 2. Disagree. 3. Undecided. 4. Agree. 5. Strongly Agree.

h. I have the skills I need to evaluate the health resources I find on the Internet

1. Strongly Disagree. 2. Disagree. 3. Undecided. 4. Agree. 5. Strongly Agree.

i. I can tell high quality health resources from low quality health resources on the Internet

1. Strongly Disagree. 2. Disagree. 3. Undecided. 4. Agree. 5. Strongly Agree.

j. I feel confident in using information from the Internet to make health decisions.

1. Strongly Disagree. 2. Disagree. 3. Undecided. 4. Agree. 5. Strongly Agree.

**Nota:** La pregunta número 1 i 2 són preguntes addicionals per conèixer quin interès tenen les persones sobre la e-Salut en general.

**Resultat:** Valors superiors a 8 indiquen una major habilitat percebuda per trobar, avaluar i aplicar la informació relacionada amb l'eHealth per prendre decisions de salut.

**Font** pròpia. Adaptació de: Norman, et al., 2006(1).

## 4.6. Health Activities Literacy Scale (HALS)

### Health Activities Literacy Scale (HALS)

Look at the Tempra® Dosage descriptor to answer these questions:

#### PEDIATRIC DOSAGE CHART

- **Task 1:** Underline the sentence that indicates how often medication should be administered. People have to locate and underline the sentence that read: “Dosage may be given every four hours as needed but not more than 5 times daily”.
- **Task 2:** Reader has to identify “How much Tempra ® syrup is recommended for a child who is 10 years old and weighs 50 pounds?”

*Task 2 answer:* People must use the chart. It is composed of columns starting with age, then weight, then dosage by type including drops, syrup, chewable 80 mg, and chewable 160 mg. The typical reader would look down the column to find the age of the child and then over the row to the column for syrup. The problem here is that in very small print under the chart is a conditional statement that tells the reader: “if child is significantly under- or overweight, dosage may need to be adjusted accordingly.”

- **Task 3:** Reader must locate information within the chart itself based on several stated conditions, also he has to calculate the maximum number of tablets that could be administered in a one-day-period. “Imagine your child is 11 years old and weighs 85 pounds. According to the chart, how many 80 mg tablets of Tempra® can you administer to your child in a 24-hour period?”

Here, people must put together information in the chart with information provided elsewhere on the package.



Pediatric Dosage Chart Drops, Syrup, & Chewables

Age	Approximate Weight Range*	Dosage			
		Drops	Syrup	Chewables 80 mg	Chewables 160 mg
† Under 3 mo	Under 13 lb	½ dropper	¼ tsp	—	—
† 3 to 9 mo	13-20 lb	1 dropper	½ tsp	—	—
† 10 to 24 mo	21-26 lb	1 ½ droppers	¾ tsp	—	—
2 to 3 yr	27-35 lb	2 droppers	1 tsp	2 tablets	—
4 to 5 yr	36-43 lb	3 droppers	1 ½ tsp	3 tablets	1 ½ tablets
6 to 8 yr	44-62 lb	—	2 tsp	4 tablets	2 tablets
9 to 10 yr	63-79 lb	—	2 ½ tsp	5 tablets	2 ½ tablets
11 yr	80-89 lb	—	3 tsp	6 tablets	3 tablets
12 yr and older	90 lb & over	—	3-4 tsp	6-8 tablets	3-4 tablets

† Consult with physician before administering to children under the age of 2 years.  
Dosage may be given every 4 hours as needed but not more than 5 times daily.

How Supplied:

Drops: Each 0.8 ml dropper contains 80 mg (1.23 grains) acetaminophen.

Syrup: Each 5 ml teaspoon contains 160 mg (2.46 grains) acetaminophen.

Chewables: Regular tablets contain 80 mg (1.23 grains) acetaminophen each. Double strength tablets contain 160 mg (2.46 grains) acetaminophen each.

\* If child is significantly under- or overweight, dosage may need to be adjusted accordingly.

The weight categories in this chart are designed to approximate effective dose ranges of 10-15 milligrams per kilogram. (Current Pediatric Diagnosis and Treatment, 8th ed. CH Kempe and HK Silver, ed. Lange Medical Publications: 1984, p. 1079) LA-1451-2-88 © 1988, Bristol-Myers U.S. Pharmaceutical and Nutritional Group • Evansville, Indiana 47721 U.S.A.

© 1988, Bristol-Myers Pharmaceutical and Nutritional Group.

**Resultat:** Els resultats es classifiquen en simples, dificultat moderada i força complicat. Oscil·la entre 0-500 punts. L'aprenentatge va entre nivell baix "Level 1" fins a nivell alt "Level 5".

**Font** pròpia. Adaptació de Rudd, et al., 2004(67).

#### 4.7. Medical Term Recognition Test (METER)

##### Medical Term Recognition Test (METER)

Read and put an "X" next to the word if you consider, the word doesn't exists.

<input type="checkbox"/> Irrity	<input type="checkbox"/> Jaundice	<input type="checkbox"/> Menstrual
<input type="checkbox"/> Arthritis	<input type="checkbox"/> Gallbladder	<input type="checkbox"/> Abghorral
<input type="checkbox"/> Obesity	<input type="checkbox"/> Miscarriage	<input type="checkbox"/> Seizure
<input type="checkbox"/> Flu	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Appendix
<input type="checkbox"/> <b>Behaviose</b>	<input type="checkbox"/> Astiringe	<input type="checkbox"/> Farm
<input type="checkbox"/> Syphilis	<input type="checkbox"/> Nutral	<input type="checkbox"/> Infarth
<input type="checkbox"/> Potassium	<input type="checkbox"/> <b>Asthma</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dose</b>
<input type="checkbox"/> Hormones	<input type="checkbox"/> <b>Inflammatory</b>	<input type="checkbox"/> <b>Hemorrhoids</b>
<input type="checkbox"/> Nerves	<input type="checkbox"/> <b>Anemia</b>	<input type="checkbox"/> <b>Testicle</b>
<input type="checkbox"/> <b>Pilk</b>	<input type="checkbox"/> Allargen	<input type="checkbox"/> <b>Eye</b>
<input type="checkbox"/> <b>Rection</b>	<input type="checkbox"/> Prognincy	<input type="checkbox"/> Midlocation
<input type="checkbox"/> <b>Blout</b>	<input type="checkbox"/> Inlest	<input type="checkbox"/> Insomniate
<input type="checkbox"/> <b>Boweling</b>	<input type="checkbox"/> Pollent	<input type="checkbox"/> Bloodgatten
<input type="checkbox"/> Exercise	<input type="checkbox"/> Malories	<input type="checkbox"/> <b>Sexually</b>
<input type="checkbox"/> Pustule	<input type="checkbox"/> <b>Cancer</b>	<input type="checkbox"/> Pelvince
<input type="checkbox"/> <b>Crepes</b>	<input type="checkbox"/> Alcheliose	<input type="checkbox"/> Vaccilly
<input type="checkbox"/> Kidney	<input type="checkbox"/> <b>Antibiotics</b>	<input type="checkbox"/> <b>Prescription</b>
<input type="checkbox"/> Emergency	<input type="checkbox"/> Antiregressant	<input type="checkbox"/> <b>Germs</b>
<input type="checkbox"/> <b>Potent</b>	<input type="checkbox"/> <b>Colitis</b>	<input type="checkbox"/> <b>Gonorrhea</b>
<input type="checkbox"/> Menopause	<input type="checkbox"/> <b>Diabetes</b>	<input type="checkbox"/> Tunic
<input type="checkbox"/> Diagnosis	<input type="checkbox"/> Occipitent	<input type="checkbox"/> <b>Fatigue</b>
<input type="checkbox"/> <b>Depretion</b>	<input type="checkbox"/> Nausion	<input type="checkbox"/> <b>Osteoporosis</b>
<input type="checkbox"/> Strees	<input type="checkbox"/> <b>Impetigo</b>	<input type="checkbox"/> <b>Constipation</b>

\*Les paraules en negreta son les respostes correctes.

**Resultat:** S'obté de la suma de paraules correctes marcades. Si s'obté una puntuació de 0-20 indica que la persona té un baix nivell d'alfabetització per la salut. Valors entre 21-34 indica alfabetització marginal. En canvi, si aquesta està entre 35-40 mostra un nivell d'alfabetització funcional.

**Font** pròpia. Adaptació de: Rawson, et al., 2010(30), Paiva, et al., 2014, validen l'escala METER al portuguès(31).

#### 4.8. European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q)

##### HLS-EU-Q16

En una escala de “muy fácil” a “muy difícil”, indica el grado de dificultad que encontraría para realizar las siguientes actividades: muy difícil, difícil, fácil, muy fácil o no sabe/no contesta.

1. Encontrar información sobre los tratamientos asociados a las enfermedades que son de su interés.
2. Averiguar dónde conseguir ayuda profesional cuando se encuentra enfermo (p.ej: médico, farmacéutico o psicólogo).
3. Entender lo que dice el médico.
4. Entender las instrucciones del médico o farmacéutico sobre cómo tomar las medicinas recetadas
5. Valorar cuándo puede necesitar una segunda opinión de otro médico.
6. Utilizar la información proporcionada por el médico para tomar decisiones sobre su enfermedad
7. Seguir las instrucciones de su médico o farmacéutico.
8. Encontrar información sobre la manera de abordar problemas de salud mental, como el estrés o la depresión.
9. Comprender las advertencias sanitarias relacionadas con hábitos como fumar, hacer poco ejercicio físico o beber alcohol en exceso.
10. Comprender por qué necesita hacerse pruebas de detección precoz de enfermedades o chequeos médicos (p.ej: mamografía, prueba de azúcar en sangre y presión arterial).
11. Valorar la fiabilidad de la información sobre riesgos para la salud que aparece en los medios de comunicación (p.ej: televisión, Internet u otros medios de información).
12. Decidir cómo protegerse de las enfermedades gracias a la información que proporcionan los medios de comunicación (p.ej: periódicos, folletos, Internet u otros medios de información).
13. Encontrar actividades que sean buenas para su bienestar mental (p.ej: meditación, ejercicio, paseos, pilates, etc.).
14. Comprender los consejos sobre salud que dan la familia y los amigos.
15. Comprender la información proporcionada por los medios de comunicación sobre cómo mejorar su salud (p.ej: Internet, periódicos, revistas).

16. Valorar cuáles de sus hábitos diarios afectan a su salud (p.ej: costumbres relacionadas con el consumo de alcohol, hábitos alimenticios, ejercicio, etc).

**Resultat:** Segons la resposta dicotòmica es sumarà un valor o un altre: “muy difícil y difícil = 0”; “fácil y muy fácil = 1”. La puntuació s’obté a través de la suma dels resultats dels 16 ítems que s’avaluen, considerant puntuacions entre “0-12 = nivel inadecuado o problemático” i entre “13-16 = nivel suficiente”.

**Font** pròpia. Adaptació de Nolasco, et al., 2021(32) i Sorensen, et al., 2013(68).

#### 4.9. Health Literacy Questionnaire (HLQ)

##### Health Literacy Questionnaire (HLQ- 44)

Por favor indique en qué medida está usted **de acuerdo o en desacuerdo** con las siguientes afirmaciones. Marque con una cruz la respuesta que mayor lo describa a usted hoy en día.

1-Muy en desacuerdo; 2-En desacuerdo; 3-De acuerdo; 4-Muy de acuerdo.

1. Creo tener buena información sobre la salud
2. Tengo al menos un profesional de la salud que me conocen bien
3. Puedo acceder a varias personas que me entienden y me apoyan
4. Comparo la información sobre la salud de distintas fuentes
5. Cuando me siento enfermo, la gente que me rodea entiende realmente por lo que estoy pasando
6. Dedico bastante tiempo a ocuparme conscientemente de mi salud
7. Cuando veo información nueva sobre la salud, verifico si es verdad
8. Tengo al menos un profesional de la salud con quién puedo dialogar sobre mis problemas de salud
9. Planifico lo que debo hacer para estar saludable
10. Tengo suficiente información que me ayuda a ocuparme de mis problemas de salud
11. Si necesito ayuda, tengo varias personas con las que puedo contar
12. Siempre comparo la información de la salud de diversas fuentes y decido que es mejor para mi
13. A pesar de tener otras cosas en mi vida, encuentro tiempo para estar saludable
14. Estoy seguro que tengo toda la información que necesito para manejar mi salud adecuadamente
15. Tengo al menos una persona que puede acompañarme a las consultas médicas
16. Sé cómo averiguar si la información que recibo sobre la salud es correcta o no
17. Cuento con los profesionales de la salud necesarios para ayudarme a resolver lo que tengo que hacer
18. Establezco mis propios objetivos en relación con mi salud
19. Cuento con un gran apoyo de mi familia o amigos.
20. Consulto con profesionales de la salud sobre la calidad de la información de la salud que encuentro
21. Hay ciertas cosas que hago regularmente para mejorar mi salud

22. Puedo confiar en al menos un profesional de la salud
23. Tengo toda la información que necesito para cuidar mi salud

Por favor indique cuán difícil o fácil le resulta a usted llevar a cabo las siguientes tareas hoy en día.

1-No puede hacerlo o siempre me es difícil; 2-Generalmente me es difícil; 3-A veces me es difícil; 4-Generalmente me es fácil; 5-Siempre me es fácil.

1. Encontrar el servicio de la salud adecuado
2. Asegurarse de que los profesionales de la salud comprendan sus problemas adecuadamente
3. Encontrar información sobre problemas de la salud
4. Sentirse capaz de dialogar sus preocupaciones sobre salud con un profesional de la salud
5. Sentirse seguro de completar plantillas médicas correctamente
6. Encontrar información sobre la salud de varios lugares diferentes
7. Tener un buen diálogo sobre su salud con los médicos
8. Ver a los profesionales de la salud que necesito
9. Seguir correctamente las instrucciones de los profesionales de la salud
10. Conseguir la mejor información sobre salud para estar actualizado
11. Decidir qué profesionales de la salud necesita consultar
12. Leer y comprender información escrita sobre salud
13. Asegurarse de encontrar el lugar correcto para recibir la atención médica que necesita
14. Conseguir información de la salud en palabras que comprenda
15. Dialogar con los profesionales de la salud hasta comprender todo lo que necesita saber
16. Averiguar qué servicios médicos le corresponden
17. Leer y comprender toda la información de las indicaciones médicas
18. Conseguir información sobre salud por su cuenta
19. Resolver cuál es el mejor servicio de salud para usted
20. Hacer preguntas a profesionales de la salud para obtener la información de la salud que necesita
21. Comprender lo que los profesionales de la salud le piden que haga



**Resultat:** No figura cap mètode de puntuació ni classificació de l'alfabetització per la salut, segons la cerca realitzada.

**Font** pròpia. Adaptació de Osborne, et. al., 2015(69).

## ANNEX 5: MÈTODES PER VALORAR EL RISC DE CAIGUDES

S'adjunten les versions dels qüestionaris i escales segons la llengua adaptada i aprovada, tenint en compte el format del treball. Ja que, traduir-los al català poden modificar la seva comprensió, sentit, a més pèrdua d'evidència i validesa.

### 5.1. Prova de "Timed Up-and-Go (TUG)

#### Prova "Timed Up-and-Go (TUG)

**Material:** Cadira amb reposa braços i respatllet. (Mida de la cadira: altura, entre 45 i 57 cm i braços, 63-65 cm.)

**Procediment:** la persona amb les seves sabates que habitualment utilitza i les ajudes tècniques que precisi (bastons, caminador...), s'asseurà a una cadira amb l'esquena en contacte amb el respatllet, els braços recolzats al reposa braços i amb el bastó o caminador al seu costat, en cas que n'utilitzi.

La prova consisteix en aixecar-se de la cadira i caminar fins a la marca sobrepassant-la (situada a 3 metres), donar la volta i seure una altra vegada a la cadira. La persona ha de caminar a pas lleuger, sense córrer.

Tot el procediment l'ha de realitzar en menys de 10 segons, per considerar que la persona té mobilitat correcta. Si la persona tarda més de 10 segons, es diu que aquest té una mobilitat precària i dependent.

Per tant, es relaciona tot el procés amb el factor temps. Com més temps es tarda en realitzar la prova, més difícil serà la marxa, més risc de caigudes i el pacient serà dependent en alguna activitat de la vida diària.

**Resultat:** Si la persona realitza la prova en menys de 10 segons: normal (mobilitat correcta); entre 10-19 segons: molt poc alterat; entre 20-29 segons: moderadament alterat; i més de 30 segons: severament alterat (risc elevat de caigudes).

**Font:** pròpia. Adaptació de Salut a casa(52).

## 5.2. Escala Tinetti

<b>Escala Tinetti, valoració de l'equilibri i la marxa</b>	
<b>A. Equilibrio:</b> <u>La persona tiene que mantenerse sentada en una silla, sin brazos y seguir las indicaciones que vayas leyendo en las palabras subrayadas.</u>	
<u>Equilibrio sentado</u>	
Se inclina o desliza en la silla	0
Firme y seguro	1
<u>Levantarse</u>	
Incapaz sin ayuda	0
Capaz utilizando los brazos como ayuda	1
Capaz sin utilizar los brazos	2
<u>Intentos de levantarse</u>	
Incapaz, sin ayuda	0
Capaz, pero necesita más de un intento	1
Capaz de levantarse en el primer intento	2
<u>Equilibrio inmediato (primeros 5 segundos) al levantarse</u>	
Inestable (se tambalea, mueve los pies, marcando balanceo del tronco)	0
Estable, pero usar andador, bastón, muletes u otros objetos de soporte	1
Estable sin usar bastón u otros soportes	2
<u>Equilibrio de pie</u>	
Inestable	0
Estable con aumento de la base de sustentación (los talones separados más de 10 cm) o usa bastón, andador u otras ayudas	1
Base de sustentación estrecha: no requiere ayudas	2
<u>Empujón</u> (el paciente tiene que tener los pies firmes y juntos: el profesional empuja con la palma de la mano el esternón, ligeramente, tres veces).	
Tiende a caerse	0
Se tambalea, se sujeta, pero se mantiene solo	1
Firme	2
<u>Ojos cerrados</u> (el paciente tiene que tener los pies firmes y juntos)	
Inestable	0
Estable	1

<u>Giro de 360°</u>	
Pasos discontinuos	0
Pasos continuos	1
Inestable (se agarra a algo o se tambalea)	0
Estable	1
<u>Sentarse</u>	
Inestable (calcula mal la distancia, cae en la silla)	0
Usa los brazos o tiene un movimiento que no es suave	1
Seguro, movimientos suaves	2
<b>B. Marcha:</b> <u>La persona se pone junto al examinador de pie. Camina por el pasillo o habitación, primero con su paso habitual, regresando con paso menos rápido, pero más seguro, usando sus ayudas habituales para la marcha, como el bastón o andador.</u>	
<u>Inicio de la marcha</u> (inmediatamente después de decirle “camine”)	
Cualquier duda o vacilación, o múltiples intentos para comenzar	0
No está vacilante	1
<u>Longitud y altura del paso</u>	
Balanceo de pie derecho:	
- No sobrepasa el pie izquierdo con el paso	0
- Sobrepasa el pie izquierdo con el paso	1
- El pie derecho no se levanta completamente del suelo al dar el paso	0
- Se levanta completamente del suelo	1
Balanceo del pie izquierdo	
- No sobrepasa el pie derecho con el paso	0
- Sobrepasa el pie derecho al dar el paso	1
- El pie izquierdo no se levanta completamente del suelo al dar el paso	0
- Se levanta completamente del suelo	1
<u>Simetría del paso</u>	
La longitud del paso con el pie derecho i con el izquierdo es diferente (estimada)	0
Los pasos son de igual longitud	1
<u>Continuidad de los pasos</u>	
Se detiene o hay discontinuidad entre los pasos	0
Los pasos son continuos	1

<u>Trayectoria</u> (se estima mediante las baldosas del suelo de 30 cm de diámetro: se observa la desviación de un pie en 3 m recorrido)	
Desviación marcada	0
Desviación moderada o leve, o utiliza ayudas	1
Recto, sin utilizar ayudas	2
<u>Tronco</u>	
Marcado balanceo o utiliza ayudas para caminar	0
No hay balanceo pero hay flexión de las rodillas o espalda, o separa los brazos hacia fuera	1 2
No hay balanceo, no hay flexión, no utiliza los brazos ni usa ayudas	
<u>Postura en la marcha</u>	
Talones separados	0
Talones que casi se tocan mientras camina	1
<b>Nota:</b> La persona atesa podrà usar les ajudes tècniques (bastó, caminador), si precisa.	
<b>Resultat</b> (suma de les dues subescales): L'obtenció de valors inferiors de 20 punts: risc de caiguda molt alt; entre 20-23 punts: risc de caiguda alt; 24-27 punts: risc de caiguda poc elevat; i 28 punts: normal.	
<b>Font</b> pròpia, adaptació Salut a casa(52).	

### 5.3. Escala J. H. Downton

#### Escala J. H. Downton

Caídas previas:

No (0); Si (1).

Medicación:

Ninguna (0); Tranquilizantes o sedantes (1); Diuréticos (1); Hipotensores no diuréticos (1); Antiparkinsonianos (1); Antidepresivos (1); Otros medicamentos (1).

Déficits sensoriales:

Ninguno (0); Alteraciones de la vista (1); Alteraciones auditivas (1); Alteraciones extremidades causadas, por ejemplo, por haber sufrido un ictus, neuropatía, amputación, etc. (1)

Estado mental:

Orientado (0); Confuso (1).

Deambulaci3n:

Normal (0); Segura con ayuda (1); Insegura con o sin ayuda (1); Imposible (1).

**Resultat:** Puntuacions superiors o iguals a 3 punts indiquen un risc alt de caigudes.

**Font** pr3pia. Adaptaci3 de Aranda, et al., 2015(53).

## ANNEX 6: SOL·LICITUD D'AVUACIÓ AL COMITÈ D'ÈTICA D'INVESTIGACIÓ CLÍNICA

### COMITÈ D'ÈTICA D'INVESTIGACIÓ CLÍNICA

Hospital Josep Trueta

Av. De França, s/n

17007, Girona.

Jo, Carla Reverter Salvi, estudiant de quart d'infermeria de la Universitat de Girona, investigadora principal del projecte: ADHERÈNCIA TERAPÈUTICA I ALFABETITZACIÓ PER LA SALUT RELACIONADA AMB EL RISC DE CAIGUDES DELS ADULTS GRANS, tinc la intenció de dur a terme aquest estudi.

L'estudi es realitzarà en les diferents Àrees Bàsiques de Salut de Girona, és a dir, ABS de Girona 1, 2, 3 i 4. Es seleccionarà la mostra de manera no aleatoritzada, per conveniència i s'avaluaran les característiques sociodemogràfiques, nivell d'adherència terapèutica, d'alfabetització per la salut i el risc de caigudes de tots els adults grans que acceptin, signin el consentiment informat, i formin part del projecte. Es preservarà sempre la normativa segons la legislació vigent.

**Exposa: Que l'estudi respectarà la normativa legal actual.**

Per l'exposat,

**Sol·licita:**

**Que el Comitè d'Ètica d'Investigació Clínica (CEIC) de l'Hospital Josep Trueta de Girona avaluï l'estudi per dur-lo a terme.**

Signatura

Girona, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2022.

Moltes gràcies per la seva col·laboració.

Atentament,

Carla Reverter Salvi.

## ANNEX 7: FULL INFORMATIU DEL PROJECTE

Disponible en castellà, si es precisa.

Benvolgut/a,

Soc la Carla Reverter Salvi estudiant de quart d'infermeria de la Universitat de Girona. Enguany estic fent el Treball Fi de Grau anomenat: ADHERÈNCIA TERAPÈUTICA I ALFABETITZACIÓ PER LA SALUT RELACIONADA AMB EL RISC DE CAIGUDES DELS ADULTS GRANS.

L'objectiu principal de l'estudi és identificar la relació entre l'adherència terapèutica i l'alfabetització per la salut en relació amb el risc de caigudes en els adults majors de 60 anys, que en aquest cas formin part de les Àrees Bàsiques de la Salut de Girona 1, 2, 3, i 4.

Demano la seva col·laboració per a contestar un qüestionari per així conèixer les seves característiques sociodemogràfiques, l'adherència terapèutica, el risc de caigudes i l'alfabetització per la salut. La realització de l'enquesta afavorirà adoptar estratègies i mesures d'intervenció especialitzades. El qüestionari se li lliurarà un cop vostè hagi acceptat participar i hagi signat el consentiment informat.

La participació ha de saber que és totalment voluntària i confidencial. En tot moment, les seves dades seran tractades de manera confidencial, segons la Llei orgànica 3/2018, del 5 de desembre. A més, es protegiran les seves dades de caràcter personal i garantiran els seus drets digitals.

Cal que sàpiga que té dret d'accés, rectificació, supressió, oposició i limitació del tractament de dades. És a dir, pot revocar el consentiment sempre que vulgui i deixar de ser participant quan ho desitgi.

A continuació, s'adjunta el consentiment informant, del qual l'ha de llegir atentament i en cas que tingui algun dubte, li serà resolt.



## ANNEX 8: CONSENTIMENT INFORMAT

Disponible en castellà, si es precisa.

### CONSENTIMENT INFORMAT PER A LA REALITZACIÓ PROJECTE D'INVESTIGACIÓ

TÍTOL DE L'ESTUDI: ADHERÈNCIA TERAPÈUTICA I ALFABETITZACIÓ PER LA SALUT RELACIONADA AMB EL RISC DE CAIGUDES DELS ADULTS GRANS.

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Carla Reverter Salvi.

CENTRE: Facultat d'Infermeria, UdG.

L'estudi pretén detectar l'associació entre el risc de caigudes i la falta d'adherència terapèutica. La selecció dels participants es realitza de manera conscient i complint els criteris d'inclusió i exclusió. Sols es precisen 15 minuts per dur a terme el qüestionari, la qual un cop feta ja no es precisarà més col·laboració per part de l'investigador. Aquest projecte aportarà beneficis, ja que es podrà adoptar cures especialitzades en els adults grans i intervencions per tal de promoure l'alfabetització, adherència terapèutica i per la disminució del risc de caigudes, en cas que els valors sorgeixin com els esperats.

Jo, Sr./ Sra. .... (nom i cognoms del participant)  
declaro:

- He llegit el full d'informació que se li ha lliurat.
- He pogut fer preguntes sobre l'estudi.
- He rebut prou informació sobre l'estudi.
- He parlat amb la investigadora *Carla Reverter Salvi*.
- Manifesto que comprenc que la seva participació és voluntària.
- Accepto que les seves dades s'utilitzin exclusivament per l'estudi.
- Manifesto que comprenc que puc retirar-me de l'estudi i sol·licitar la destrucció de la informació aportada:
  - Quan vulgui.
  - Sense haver de donar explicacions.
  - Sense que això repercuteixi en les seves cures mèdiques.

En el cas que els resultats de la investigació proporcionin dades que puguin interessar al pacient o als seus familiars:

Jo manifesto que en vol ser informat. I té el dret a conèixer els resultats obtinguts al present estudi, com a subjecte participatiu d'aquest.

Jo manifesto que no en vol ser informat, però accepta que el metge del pacient contacti amb els seus familiars si aquests resultats els poden afectar.

Manifesto que comprenc que té els drets d'accés, rectificació, supressió, oposició, limitació del tractament de dades, d'acord amb el que disposa la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal i garantia dels drets digitals.

He expressat lliurement la seva conformitat per participar en l'estudi, és a dir, és voluntària i dona el seu consentiment per a l'accés i la utilització de les seves dades en les condicions que es detallen en el full d'informació al pacient.

Pot contactar en cas de preguntes: Carla Reverter Salvi, investigador principal.

Telèfon mòbil: 640 \*\* \*\* \*\*. Correu electrònic: [crs\\*\\*\\*\\*@gmail.com](mailto:crs****@gmail.com)

Autorització:

[Signatura del participant]

[Signatura de l'investigador]

Nom i DNI:

Nom i DNI:

Girona, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

---

**En cas que la persona vulgui revocar el consentiment:**

Jo, \_\_\_\_\_ (noms i cognoms) revoco el consentiment de participació del projecte que vaig signar el dia \_\_\_\_\_ (dia/mes/any).

[Signatura del participant]

[Signatura de l'investigador]

Girona, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2023.

## ANNEX 9: QÜESTIONARI DE VALORACIÓ DEL RISC DE CAIGUDES, ADHERÈNCIA TERAPÈUTICA I ALFABETITZACIÓ PER LA SALUT (Versió català i castellà).

*Nota:* Aquest qüestionari de tipus Adhoc , el qual recull les dades sociodemogràfiques de les persones, es complementarà amb el Test Morisky Green (Annex 1, 1.3), el qüestionari HLS-EU-16 (Annex 4, 4.8) i l'Escala de Downton (Annex 5, 5.3). Les taules també s'adjunten al final d'aquest annex, amb el format de Test 1, Test 2 i Test 3, respectivament, per lliurar-ho al participant amb un mateix format.

### **QÜESTIONARI (AdHoc): DADES SOCIODEMOGRÀFIQUES**

**Estudi: ADHERÈNCIA TERAPÈUTICA I ALFABETITZACIÓ PER LA SALUT RELACIONADA  
AMB EL RISC DE CAIGUDES DELS ADULTS GRANS.**

Versió en català

Aquest qüestionari està dirigit a totes les persones que compleixen els criteris d'inclusió i exclusió, i que han decidit i acceptat de manera voluntària participar en aquest estudi. La informació serà confidencial.

Si us plau, respongui de manera clara i veraç, ompli els següents buits amb una "X" segons consideri vostè l'opció correcta.

#### Variables sociodemogràfiques:

1. Sexe:  Home;  Dona.
2. Edat: \_\_\_\_\_.
3. Nacionalitat: \_\_\_\_\_.
4. Estat civil:  Casat/da;  Soler/a;  Divorciat/da;  Vidu/da.
5. Nivell educatiu:  Cap;  Primaris;  Secundaris (ESO) (o BUP);  
 Batxillerat/grau mitjà (o 3r de BUP- COU);  Universitaris/grau superior.
6. Suport familiar:  Baix;  Mig;  Alt.
7. Estatus social:  Baix (classe 1);  Mig (classe 2);  Alt (classe 3).
8. Deteriorament cognitiu/ pèrdua de memòria:  Sí (nivell baix, mig, alt);  No.

9. Deteriorament en la coordinació motora:  Sí;  No.
10. Deteriorament en la coordinació flexibilitat:  Sí;  No.
11. Dificultats en el manteniment de l'equilibri:  Sí;  No.
12. Dificultats per moure's:  Sí;  No.
13. Ús d'ajuda o suport al moure's:  Sense ajuda;  Bastó;  Caminador;  Crosses;  Cadira de rodes homologada;  Cadira de rodes no homologada (ordinador);  Altres.
14. Alteració postural:  Sí;  No.
15. Autònom Activitats Bàsiques de la Vida Diària (ABVD) (vestir-se, alimentar-se, mobilització, higiene...):  Sí;  No.
16. Autònom Activitats Instrumentals de la Vida Diària (AIVD) (afaitar-se, anar a comprar, maneig de la llar...):  Sí;  No.
17. Consum de tòxics (tabac, alcohol, drogues):  Sí;  No.
18. Situació laboral:  Ocupat (amb feina);  Desocupat (sense feina);  Jubilat/da.
19. Pateix alguna malaltia crònica (pronòstic, discapacitat)? \_\_\_\_\_.

**MOLTES GRÀCIES PER LA SEVA COL·LABORACIÓ.**

## **CUESTIONARIO (AdHoc): DATOS SOCIODEMOGRÀFICOS**

### **Estudio: ADHERÉNCIA TERAPÉUTICA Y ALFABETITZACIÓN DE LA SALUT RELACIONADA CON EL RISGO DE CAÍDAS DEL ADULTO MAYOR.**

Versión en castellano

Este cuestionario está dirigido a todas las personas que cumplen los criterios de inclusión y exclusión, y que han decidido y aceptado de manera voluntaria participar en este estudio. La información será confidencial.

Por favor, responda de manera clara y veraz, rellene los siguientes vacíos con una "X".

#### Variables sociodemográficas:

1. Sexo:  Hombre;  Mujer.
2. Edad: \_\_\_\_\_.
3. Nacionalidad: \_\_\_\_\_.
4. Estado civil:  Casado/da;  Soltero/a;  Divorciado/da;  Viudo/da.
5. Nivel educativo:  
 Ninguno;  Primarios;  Secundarios (ESO) (o BUP);  Bachiller/grado medio (o 3º de BUP- COU);  Universitarios/grado superior.
6. Soporte familiar:  Bajo;  Medio;  Alto.
7. Estatus social:  Bajo (clase 1);  Medio (clase 2);  Alto (clase 3).
8. Deterioro cognitivo/ pérdida de memoria:  Si (nivel bajo, medio, alto);  No.
9. Deterioro en la coordinación motora:  Si;  No.
10. Deterioro en la coordinación flexibilidad:  Si;  No.
11. Dificultades en el mantenimiento del equilibrio:  Si;  No.
12. Dificultades para moverse:  Si;  No.
13. Uso de ayuda o soporte para moverse:  
 Sin ayuda;  Bastón;  Caminador;  Muletas;  Silla de ruedas homologada;  
 Silla de ruedas no homologada (ordenador);  Otros.
14. Alteración postural:  Si;  No.

15. Autónomo/a ABVD (vestirse, alimentación, movilidad, higiene...):  Sí;  No.
16. Autónomo/a AIVD (afeitarse, ir a comprar, manejo del hogar...):  Sí;  No.
17. Consumo de tóxicos (tabaco, alcohol, drogas):  Sí;  No.
18. Situación laboral:  Ocupado (con trabajo);  Desocupado (sin trabajo);  Jubilado/da.
19. ¿Sufre alguna enfermedad crónica (pronóstico, discapacidad)? \_\_\_\_\_.

**MUCHAS GRÁCIAS POR SU COLABORACIÓN.**

El test 1, 2 i 3 es lliurarà la versió en castellà, al ser validades, adaptades i aprovades en aquest idioma. Ja que, traduir-los al català podrien modificar la seva comprensió, sentit. A més, podria suposar la pèrdua d'evidència i validesa.

**TEST 1: CUESTIONARIO DE MORISKY-GREEN**

**Estudio: ADHERÉNCIA TERAPÉUTICA Y ALFABETIZACIÓN DE LA SALUT  
RELACIONADA CON EL RISO DE CAÍDAS DEL ADULTO MAYOR.**

Indica con una "X" la respuesta correcta:

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?  
 Sí;  No.
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicades?  
 Sí;  No.
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?  
 Sí;  No.
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?  
 Sí;  No.

**MUCHAS GRÁCIAS POR SU COLABORACIÓN.**

## TEST 2: HLS-EU-Q16

### Estudio: ADHERÉNCIA TERAPÉUTICA Y ALFABETIZACIÓN DE LA SALUD RELACIONADA CON EL RISGO DE CAÍDAS DEL ADULTO MAYOR.

En una escala de “muy fácil” a “muy difícil”, indica el grado de dificultad que encontraría para realizar las siguientes actividades:

1. Encontrar información sobre los tratamientos asociados a las enfermedades que son de su interés.  
 Muy difícil;     Difícil;     Fácil;     Muy fácil;     No sabe/no contesta.
2. Averiguar dónde conseguir ayuda profesional cuando se encuentra enfermo (p.ej: médico, farmacéutico o psicólogo).  
 Muy difícil;     Difícil;     Fácil;     Muy fácil;     No sabe/no contesta.
3. Entender lo que dice el médico.  
 Muy difícil;     Difícil;     Fácil;     Muy fácil;     No sabe/no contesta.
4. Entender las instrucciones del médico o farmacéutico sobre cómo tomar las medicinas recetadas.  
 Muy difícil;     Difícil;     Fácil;     Muy fácil;     No sabe/no contesta.
5. Valorar cuándo puede necesitar una segunda opinión de otro médico.  
 Muy difícil;     Difícil;     Fácil;     Muy fácil;     No sabe/no contesta.
6. Utilizar la información proporcionada por el médico para tomar decisiones sobre su enfermedad  
 Muy difícil;     Difícil;     Fácil;     Muy fácil;     No sabe/no contesta.
7. Seguir las instrucciones de su médico o farmacéutico.  
 Muy difícil;     Difícil;     Fácil;     Muy fácil;     No sabe/no contesta.
8. Encontrar información sobre la manera de abordar problemas de salud mental, como el estrés o la depresión.  
 Muy difícil;     Difícil;     Fácil;     Muy fácil;     No sabe/no contesta.
9. Comprender las advertencias sanitarias relacionadas con hábitos como fumar, hacer poco ejercicio físico o beber alcohol en exceso.  
 Muy difícil;     Difícil;     Fácil;     Muy fácil;     No sabe/no contesta.



10. Comprender por qué necesita hacerse pruebas de detección precoz de enfermedades o chequeos médicos (p.ej: mamografía, prueba de azúcar en sangre y presión arterial).
- Muy difícil;     Difícil;     Fácil;     Muy fácil;     No sabe/no contesta.
11. Valorar la fiabilidad de la información sobre riesgos para la salud que aparece en los medios de comunicación (p.ej: televisión, Internet u otros medios de información).
- Muy difícil;     Difícil;     Fácil;     Muy fácil;     No sabe/no contesta.
12. Decidir cómo protegerse de las enfermedades gracias a la información que proporcionan los medios de comunicación (p.ej: periódicos, folletos, Internet u otros medios de información).
- Muy difícil;     Difícil;     Fácil;     Muy fácil;     No sabe/no contesta.
13. Encontrar actividades que sean buenas para su bienestar mental (p.ej: meditación, ejercicio, paseos, pilates, etc.).
- Muy difícil;     Difícil;     Fácil;     Muy fácil;     No sabe/no contesta.
14. Comprender los consejos sobre salud que dan la familia y los amigos.
- Muy difícil;     Difícil;     Fácil;     Muy fácil;     No sabe/no contesta.
15. Comprender la información proporcionada por los medios de comunicación sobre cómo mejorar su salud (p.ej: Internet, periódicos, revistas).
- Muy difícil;     Difícil;     Fácil;     Muy fácil;     No sabe/no contesta.
16. Valorar cuáles de sus hábitos diarios afectan a su salud (p.ej: costumbres relacionadas con el consumo de alcohol, hábitos alimenticios, ejercicio, etc).
- Muy difícil;     Difícil;     Fácil;     Muy fácil;     No sabe/no contesta.

**MUCHAS GRÁCIAS POR SU COLABORACIÓN.**

**TEST 3: ESCALA J. H. DOWNTON**

**Estudio: ADHERÉNCIA TERAPÉUTICA Y ALFABETITZACIÓN DE LA SALUT  
RELACIONADA CON EL RISGO DE CAÍDAS DEL ADULTO MAYOR.**

Marque con un "X" la respuesta correcta:

Caídas previas:

No;  Si.

Medicación:

Ninguna;  Tranquilizantes o sedantes;  Diuréticos;  Hipotensores no diuréticos;  
 Antiparkinsonianos;  Antidepresivos;  Otros medicamentos.

Déficits sensoriales:

Ninguno;  Alteraciones de la vista;  Alteraciones auditivas;  
 Alteraciones extremidades causadas, por ejemplo, por haber sufrido un  
ictus, neuropatía, amputación, etc.

Estado mental:

Orientado;  Confuso.

Deambulación:

Normal;  Segura con ayuda;  Insegura con o sin ayuda;  Imposible.

**MUCHAS GRÁCIAS POR SU COLABORACIÓN.**

