

# Adaptació i canvis en l'estil de vida en persones que han debutat amb síndrome coronària aguda

**Antònia Puiggrós Binefa**

**ADVERTIMENT.** La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX ([www.tesisenxarxa.net](http://www.tesisenxarxa.net)) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

**ADVERTENCIA.** La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR ([www.tesisenred.net](http://www.tesisenred.net)) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

**WARNING.** On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX ([www.tesisenxarxa.net](http://www.tesisenxarxa.net)) service has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized neither its spreading and availability from a site foreign to the TDX service. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service is not authorized (framing). This rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.

# Adaptació i canvis en l'estil de vida en persones que han debutat amb síndrome coronària aguda

---

**Antònia Puiggrós Binefa**

TESI DOCTORAL

Departament d'Infermeria  
Facultat de Medicina i Ciències de la Salut

Programa de Doctorat Recerca en Salut

Dirigida per:  
Dra. Cristina Monforte Royo i Dra. Glòria Tort Nasarre

Març 2017

# Adaptació i canvis en l'estil de vida en persones que han debutat amb síndrome coronària aguda

---

**Antònia Puiggrós Binefa**

## **ADVERTIMENT**

La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les condicions d'ús següents: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX ([www.tesisenxarxa.net](http://www.tesisenxarxa.net)) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des de cap lloc aliè al servei TDX. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (*framing*). Aquesta reserva de drets afecta tant el resum de presentació de la tesi com els seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

## **ADVERTENCIA**

La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR ([www.tesisenred.net](http://www.tesisenred.net)) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (*framing*). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

## **WARNING**

On having consulted this thesis you are accepting the following use conditions: spreading this thesis by the TDX ([www.tesisenxarxa.net](http://www.tesisenxarxa.net)) service has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized neither its spreading and availability from a site foreign to the TDX service. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service is not authorized (*framing*). This rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.



# **Adaptació i canvis en l'estil de vida en persones que han debutat amb síndrome coronària aguda**

---

**Antònia Puiggrós Binefa**

TESI DOCTORAL

Departament d'Infermeria.  
Facultat de Medicina i Ciències de la Salut

Programa de Doctorat Recerca en Salut

Dirigida per:  
Dra. Cristina Monforte Royo i Dra. Glòria Tort Nasarre

Març 2017

**U·L·C**  
barcelona



*Als que han estat, estan i estaran  
al llarg de la meva vida*





*Si vols resultats diferents,  
no facis sempre el mateix*  
ALBERT EINSTEIN



# AGRAÏMENTS

---



Després del trajecte recorregut per poder aconseguir finalitzar el repte, valoro molt gratament tot l'aprenentatge adquirit en aquest camí i tots els esforços i dedicació de la gent del meu voltant per poder-ho aconseguir.

Primerament, vull agrair a la Dra. Cristina Monforte, directora d'aquesta tesi, tot el suport que m'ha brindat, totes les idees i les aportacions facilitades i el seu rigor en les correccions; i per transmetre'm que sempre es pot arribar a més i aprendre a treballar al límit des de l'inici de la tesina del màster. Vull agrair també a la Dra. Glòria Tort, codirectora d'aquesta tesi, la seva tasca minuciosa i detallada en l'anàlisi de les entrevistes i els resultats, i les hores treballades conjuntament a l'Atlas ti; també per ensenyar-me a prendre paciència en moments de tensió i veure que hi ha altres opcions. Gràcies a totes dues per deixar-me gaudir de la investigació qualitativa amb vosaltres.

No es pot obviar donar les gràcies a tots els participants que, desinteressadament, han format part de l'estudi i s'han mostrat amb una actitud molt oberta i participativa en tot moment, ja que sense ells no hauria estat possible.

He de donar les gràcies, també, a tot l'equip d'Infermeria de la Fundació Universitària del Bages pel suport mutu rebut, especialment a la Carme per les facilitats per aconseguir acabar el repte, i a totes les companyes que han passat o estan passant pel doctorat (Núria, Ester, Marina, Sixtina, Aida, Montse i Carmen), així com a la resta de l'equip docent (Montse, Sara, Pilar, Montse i Dani). Gràcies a tots els que m'han animat i donat suport i han estat oberts a dubtes i preguntes (Carlota, Griselda, Imma, Ruth, Laura, Mireia i Núria), i als informàtics per resoldre'm els problemes de l'Atlas ti.

Gràcies també a la Xarxa Assistencial Universitària de Manresa, Fundació Althaia, per facilitar-me els mitjans per poder accedir a les dades i poder recaptar els participants que han format part d'aquesta tesi. Vull destacar especialment la Montse, la Bàrbara i l'Àngels per estar disponibles i buscar-me sempre el participant idoni i per la rapidesa en la seva resposta; vull donar les gràcies també a la resta de l'equip del Servei de Cardiologia pel suport rebut i a totes les infermeres que, d'una manera o altra, s'han preocupat per mi durant aquesta etapa.

Finalment, vull agrair a la família (Sisco i Rosa, Ramon i Antònia, Àngel i Carme, Anna i Josep) la comprensió que han tingut durant aquests anys per deixar-me treballar i avançar en l'estudi. I, molt especialment, al Jordi, per compartir amb mi discussions i maldecaps i per aconseguir acabar amb els percentatges; ara ens toca iniciar una nova vida plegats.

A les meves amigues, Su i Rosa, amb qui comparteixo professió, les quals tinc una mica oblidades en aquests darrers dies, però que sempre estan disponibles i amb paraules d'ànim en qualsevol moment.

Gràcies a tots per donar-me ànims i suport per seguir endavant.

## RESUM

---





La malaltia cardiovascular (MCV) és una patologia crònica que representa la primera causa de mortalitat i morbiditat a nivell mundial. Després de presentar un esdeveniment cardiovascular, les persones haurien de plantejar-se canvis en els estils de vida, tal com indica l'OMS, per tal de fer front a la nova situació. La MCV també requereix l'adherència a les recomanacions terapèutiques per tal d'adaptar-se a les seves necessitats. Estudis realitzats fins al moment destaquen aspectes fonamentals a considerar en aquesta adaptació al canvi, com són la família, l'entorn, el suport dels professionals sanitaris, les característiques de la patologia i les qualitats de cada persona. No obstant això, es desconeix com és aquesta adaptació als nous estils de vida i com els professionals de la salut poden contribuir al fet que els pacients els incorporin.

L'objectiu d'aquest estudi ha estat conèixer l'experiència d'adaptació i canvis en els estils de vida de les persones que han debutat de síndrome coronària aguda (SCA), comprnent l'adaptació a la nova situació de salut i les implicacions en els estils de vida, així com descriure els factors que intervenen en aquesta adaptació i identificar com es mantenen al llarg del temps.

La metodologia utilitzada ha estat un estudi qualitatiu de tall fenomenològic interpretatiu, que ha permès la descripció i la comprensió de l'adaptació i el canvi en els estils de vida de les persones que han debutat de SCA. La mostra de l'estudi ha estat formada per 10 participants, pacients que havien debutat amb SCA i que participaven en el programa de seguiment del pacient amb cardiopatia d'un centre assistencial de l'àmbit rural de la província de Barcelona. Les dades s'han obtingut a través d'entrevistes en profunditat, de l'observació de sessions educatives i del diari de camp de l'investigador. Per mitjà d'una anàlisi del contingut del corpus de dades i del llenguatge dels informants, i juntament amb el procés interpretatiu inductiu, s'ha pogut arribar a l'explicació dels diversos aspectes de la realitat estudiada.

Dels resultats obtinguts, després del procés d'anàlisi i abstracció del corpus de dades, emergeixen trenta-cinc codis, que s'agrupen en vuit categories i finalment en dos temes que expliquen com és aquesta adaptació. *El nou estil de vida* i *superar amb èxit la nova situació* són els dos temes principals que conformen l'adaptació i els canvis en l'estil de vida de les persones que han debutat amb SCA. *La meua vida anterior causa la SCA*, *l'acompanyament rebut* i *la importància d'un canvi d'hàbits: una decisió indispensable* són les categories que descriuen *el nou estil de vida*. D'altra banda, *la vivència d'aquell dia*, *l'acceptació de la cronicitat*, *el llegat personal*, *l'adaptació com a motor de canvi* i *l'aliança familiar* són les categories que formen *el superar amb èxit la nova situació*.

Es pot concloure que les persones que han debutat amb SCA són capaces d'entendre la importància d'un canvi d'hàbits i iniciar accions per modificar-los, però requereixen un bon su-

port professional i familiar. Així mateix, la comprensió de les creences, sentiments i emocions d'aquestes persones pot ajudar en infermeria a adaptar les intervencions a les necessitats que tenen.

**PARAULES CLAU:**

síndrome coronària aguda, canvis d'estil de vida, adaptació, cronicitat, suport

# ÍNDEX

<i>Índex de figures, taules i gràfics</i> .....	XIX
<i>Abreviatures</i> .....	XXI
<i>Aproximació personal al fenomen d'estudi</i> .....	23
<b>Capítol 1. Introducció</b> .....	<b>29</b>
<b>Capítol 2. Marc teòric</b> .....	<b>35</b>
2.1. La malaltia cardiovascular (MCV) .....	37
2.1.1. Etiopatogènia de la malaltia coronària.....	37
2.1.2. Epidemiologia .....	39
2.1.3. Factors de risc de la malaltia cardiovascular .....	40
2.1.4. Conseqüències de la malaltia cardiovascular .....	51
2.2. Estils de vida saludables en pacients amb malaltia cardiovascular .....	54
2.2.1. La dieta mediterrània, un estil de vida saludable .....	65
2.3. Els canvis de conducta per aconseguir un nou estil de vida .....	70
2.3.1. Aspectes que poden ajudar a un canvi de conducta .....	72
2.3.2. Teories i models per al canvi de comportament.....	80
2.4. La importància d'infermeria en els canvis conductuals.....	84
2.4.1. El model de promoció de salut de Nola Pender .....	88
<b>Capítol 3. Pregunta de recerca i objectius</b> .....	<b>95</b>
3.1. Objecte d'estudi.....	97
3.2. Pregunta de recerca .....	97
3.3. Objectius .....	97
<b>Capítol 4. Metodologia</b> .....	<b>99</b>
4.1. Disseny .....	101
4.2. Població .....	101
4.3. Participants.....	102
4.4. Posicionament de l'investigador.....	105
4.5. Tècniques de recollida de dades.....	105
4.6. Rigor i validesa.....	107
4.7. Instruments .....	108
4.8. Consideracions ètiques.....	109
4.9. Anàlisi de les dades .....	110
<b>Capítol 5. Resultats</b> .....	<b>113</b>
5.1. El nou estil de vida.....	122
5.1.1. La meua vida anterior, causa de la síndrome coronària aguda.....	122
5.1.2. L'acompanyament rebut.....	131

5.1.3. La importància d'un canvi d'hàbits: una decisió indispensable.....	150
5.2. Superar amb èxit la nova situació.....	162
5.2.1. La vivència d'aquell dia.....	162
5.2.2. L'acceptació de la cronicitat.....	171
5.2.3. El llegat personal .....	196
5.2.4. L'adaptació com a motor de canvi .....	213
5.2.5. L'aliança familiar .....	238
<b>Capítol 6. Discussió.....</b>	<b>249</b>
6.1. Limitacions .....	263
6.2. Implicacions per a la pràctica clínica .....	264
6.3. Implicacions per a la recerca .....	266
<b>Capítol 7. Conclusions.....</b>	<b>269</b>
<b>Aportacions a congressos .....</b>	<b>273</b>
<b>Referències bibliogràfiques.....</b>	<b>277</b>
<b>Annexos .....</b>	<b>311</b>
Annex 1. Piràmide de l'alimentació saludable.....	313
Annex 2. Piràmide de la dieta mediterrània: un estil de vida actual .....	314
Annex 3. Escala d'hàbits d'activitat física .....	315
Annex 4. Programa de seguiment del pacient amb cardiopatia de la Xarxa Assistencial Universitària de Manresa.....	316
Annex 5. Full d'informació al participant. Entrevista individual .....	318
Annex 6. Full de consentiment informat. Entrevista individual.....	320
Annex 7. Descripció del nombre de participants i distribució per sexes de les sessions on es va fer l'observació. Descripció del contingut de les sessions.....	321
Annex 8. Full d'informació al participant. Observació no participant .....	322
Annex 9. Full de consentiment informat. Observació no Participant.....	324
Annex 10. Bateria de preguntes de l'entrevista semiestructurada.....	325
Annex 11. Graella per a l'observació no participant.....	327
Annex 12. Carta d'aprovació de la Comissió Acadèmica del Doctorat en Recerca en Salut .....	328
Annex 13. Carta d'aprovació de la Comissió d'Ètica de la Recerca .....	329
Annex 14. Informe del Comitè Ètic d'Investigació Clínica.....	330
Annex 15. Codis de transcripció .....	331
Annex 16. Dades complementàries dels participants entrevistats a l'estudi.....	332
Annex 17. Diccionari de codis utilitzats en aquest estudi.....	333

# ÍNDIX DE FIGURES, TAULES I GRÀFICS

<b>Figura 1.</b> Model de promoció de salut .....	91
<b>Taula 1.</b> Dades sociodemogràfiques dels participants que conformen la mostra d'aquest estudi.....	116
<b>Taula 2.</b> Descripció dels codis, freqüències amb què es repeteixen, categories i temes sobre l'adaptació i els canvis en l'estil de vida.....	117
<b>Taula 3.</b> Distribució dels codis en les diferents entrevistes i en l'observació de les sessions educatives i sumatori dels totals .....	118
<b>Gràfic 1.</b> Mapa general que inclou les relacions entre els codis de les diferents categories emergides durant el procés analític .....	121
<b>Gràfic 2.</b> Mapa de relacions de la categoria «La meva vida anterior, causa de la síndrome coronària aguda» .....	123
<b>Gràfic 3.</b> Mapa de relacions de la categoria «L'acompanyament rebut» .....	131
<b>Gràfic 4.</b> Mapa de relacions de la categoria «La importància d'un canvi d'hàbits: una decisió indispensable» .....	150
<b>Gràfic 5.</b> Mapa de relacions de la categoria «La vivència d'aquell dia» .....	162
<b>Gràfic 6.</b> Mapa de relacions de la categoria «L'acceptació de la cronicitat» .....	172
<b>Gràfic 7.</b> Mapa de relacions de la categoria «El llegat personal» .....	197
<b>Gràfic 8.</b> Mapa de relacions de la categoria «L'adaptació com a motor de canvi» .....	214
<b>Gràfic 9.</b> Mapa de relacions de la categoria «L'aliança familiar» .....	238



## ABREVIATURES

ABVD: Activitats bàsiques de la vida diària  
AGI: Àcids grassos insaturats  
AGMI: Àcids grassos monoinsaturats  
AGPI: Àcids grassos poliinsaturats  
AGS: Àcids grassos saturats  
AGTrans: Àcids grassos transsaturats  
AHA: American Heart Association  
ALA: Àcid alfa-linolènic  
ANA: Associació Americana d'Infermeres  
AP: Atenció primària  
AusDiab: Australian Diabetes, Obesity and Lifestyle  
BRHS: British Regional Heart Study  
CELL: Cost-Effectiveness of Lipid Lowering  
CIE-10: Classificació Internacional de Malalties  
D: Dona  
DHA: Àcid docosahexaenoic  
DM: Diabetis mellitus  
DMed: Dieta mediterrània  
EAS: European Atherosclerosis Society  
EPA: Àcid eicosapentaenoic  
EPIC: European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition  
ESC: European Society of Cardiology  
ESH: European Society of Hypertension  
EUA: Estats Units  
FINE: Finland, Italy, Netherlands Elderly  
FRCV: Factors de risc cardiovascular  
H: Home  
HALE: Healthy Ageing: a Longitudinal study in Europe  
HBM: Model de creences de salut  
HDL: High Density Level  
HPFS: Health Professionals Follow-up Study  
HPM: Model de promoció de salut  
HSCiSP: Hospital de la Santa Creu i Sant Pau  
HSJD: Hospital Sant Joan de Déu

HTA: Hipertensió arterial  
IAM: Infart agut de miocardi  
ICP: Intervenció coronària percutània  
IMC: Índex de massa corporal  
INE: Instituto Nacional de Estadística  
LDL: Low-Density Lipoprotein  
LOPD: Llei Orgànica de Protecció de Dades  
MCV: Malaltia cardiovascular  
MESA: Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis  
MFI-20: Multidimensional Fatigue Inventory-20  
mg/dl: Mil·ligrams per decilitre  
MM: Mot malsonant en l'argot col·loquial  
mmHg: Mil·límetres de mercuri  
MNT: Malalties no transmissibles  
MT: Model transteòric  
NHANES: National Health and Nutrition Examination Survey  
NHLBI: National Heart, Lung, and Blood Institute  
NHS: Nurses' Health Study  
NIH-AARP: National Institutes of Health - American Association of Retired Person  
OMS: Organització Mundial de la Salut  
PA: Pressió arterial  
PHS I: Physicians' Health Study I  
PREDIMED: Prevenció amb Dieta Mediterrània  
QFCASQ: Qüestionari de Freqüència de Consum d'Aliments Semiquantitatiu  
RC: Rehabilitació cardíaca  
SCA: Síndrome coronària aguda  
SCAEST: Síndrome coronària aguda amb elevació del ST  
SCASEST: Síndrome coronària aguda sense elevació del ST  
SCT: Teoria social cognitiva  
SENECA: Survey in Europe on Nutrition and the Elderly: a Concerted Action Study  
SRHI: Self-Report Habit Index  
TA: Tensió arterial  
TFHS: The Framingham Heart Study  
TG: Triglicèrids  
TPB: Teoria de la conducta planificada  
TRA: Teoria de l'acció raonada  
UE: Unió Europea  
USPSTF: U. S. Preventive Services Task Force  
WHO: World Heart Organization



## **APROXIMACIÓ PERSONAL AL FENOMEN D'ESTUDI**

---



La meua experiència en la pràctica clínica hospitalària va començar el 12 de juliol del 2009. Els inicis van ser durs, però crec que com per a qualsevol infermera. En el meu cas, només havia estat en contacte amb l'entorn hospitalari durant les pràctiques assistencials que vaig dur a terme, en diferents centres de Lleida, durant la meua formació. Però el repte anava més enllà, suposava haver de deixar el coixí que havien representat les infermeres que vaig anar trobant durant les pràctiques. Com diem habitualment, es tractava de sortir de la meua zona de confort, amb l'handicap afegit que m'havia de traslladar de Lleida a Manresa, on va començar la meua aventura com a infermera.

Cal dir que compaginava la feina de l'hospital amb la feina en una residència de gent gran. Sense desprestigiar cap dels dos entorns assistencials, cal destacar que l'entorn hospitalari és el que més m'ha marcat en la meua trajectòria com a infermera i em continua marcant avui dia. Durant tot aquest temps (ja són gairebé vuit anys), he trobat moltes persones que s'han creuat en el meu camí, però potser el tipus de pacients que més respecte m'han fet, i alhora més curiositat m'han creat, han estat els pacients amb malaltia cardíaca.

Des de fa alguns anys, he vist que l'edat dels pacients que debutaven amb malaltia coronària era cada vegada inferior. Això em generava neguit i curiositat per poder entendre com a una persona relativament jove —sana i esportista en moltes ocasions— l'afectava el procés de la malaltia cardiovascular. Com era la seua experiència? Quines implicacions tenia això en la seua vida diària? Amb quines limitacions es trobava? Això no obstant, el que potser més curiositat em produïa era entendre allò que estaven vivint, i des del meu vessant d'infermera poder ajudar-los a superar aquest procés, que continuessin vivint i que s'adaptessin a la seua nova situació vital.

Personalment, ja sé que quan una persona debuta amb una SCA ha de fer uns canvis que cal que entengui com a beneficiosos per a la seua salut. Sempre havia pensat que la dieta és un punt clau, potser per la meua formació com a dietista-nutricionista, però endinsar-me en la recerca d'aquest tema em va permetre descobrir que no era l'únic. Una dieta sense sal, baixa en greixos, etc., pot ajudar que la persona disminueixi algun dels factors de risc davant d'aquesta patologia tan emergent; però no hem d'oblidar que una activitat física regular, una vida tranquil·la sense agents estressants i un bon suport social també poden ajudar a controlar aquesta patologia. És a dir, el que cal que recomanem a aquests pacients és un estil de vida saludable per mitjà de l'educació sanitària que podem dur a terme com a infermeres.

Recordo un pacient a qui vaig facilitar l'educació sanitària per escrit, que posteriorment li vaig explicar, i que semblava que ho entenia perfectament. Però la meua sorpresa va ser quan en acabat d'explicar-l'hi em va demanar si l'endemà, que era l'aniversari de la seua senyora, podria menjar-se un bon plat de gambes. No recordo gaire bé la meua resposta, però sí que em va

generar el dubte de si el pacient havia entès allò que se li havia explicat, o bé encara no tenia la consciència de la gravetat de la patologia que havia patit. Actualment, penso que potser no és gaire adequat facilitar molta informació de cop en els dies posteriors d'haver presentat la SCA, ja que és possible que els pacients no ens escoltin i no percebin la importància d'allò que se'ls està dient. Crec que els hem de donar un marge de temps per tal que assimilïn el que els ha passat i perquè com a infermeres puguem oferir una bona atenció i una bona cura davant les seves demandes. Un cop passats uns dies de l'hospitalització, penso que cal fer un seguiment molt proper d'aquestes persones, per tal d'anar incorporant tots aquells aspectes que la seva nova vida requereixi. Cal incloure en la nostra pràctica diària estar alerta sobre el que entenen o comprenen els nostres pacients. La major part de vegades haurem d'adequar el nostre vocabulari i evitar tecnicismes per tal de fer-nos entendre amb les persones que ens toca atendre. Caldrà que ens assegurem que el pacient ha entès perfectament allò que li hem explicat, i si fa falta hem de buscar tècniques per comprovar-ho.

Malgrat que en algunes ocasions resulta fàcil utilitzar un sistema estàndard per a tots els pacients, cal pensar que cada persona és particular i té unes característiques individuals que faran que variï la seva assimilació dels diferents consells. Això em fa pensar que potser seria necessari individualitzar el pla de cures o l'estratègia a seguir d'acord amb el pacient que tenim al davant. Però no tot resulta tan fàcil com podria semblar. Una dificultat amb la qual ens trobem habitualment és l'organització del sistema sanitari, que no permet grans variacions en les rutes i guies marcades i que fa que cada vegada menys es pugui tractar al pacient de manera individualitzada.

També em plantejo l'exemple que podem donar com a professionals sanitaris en el compliment d'uns bons hàbits de vida. La pròpia experiència em diu que sovint tendim a donar consells de salut i recomanar uns bons hàbits sense ser-ne un bon exemple, cosa que també he sentit a dir en algunes ocasions; un bon exemple seria que recomanem deixar de fumar i només cal veure les dades que mostren com el col·lectiu sanitari és el que més fuma. Per a molts dels nostres pacients nosaltres suposem els seus models de conducta, per la qual cosa em pregunto si no seria possible que tots féssim un esforç en aquest sentit i començar fent nosaltres mateixos els canvis d'hàbits i d'estil de vida que recomanem.

No vull oblidar la càrrega assistencial a la qual estem sotmeses les infermeres. Sovint se'ns fa difícil poder oferir una bona educació sanitària a les persones que tenim sota la nostra responsabilitat. A vegades, per no dir sempre, se'ns fa difícil veure la situació i entendre el que està passant a aquells pacients que hem d'atendre. Sovint ens centrem més a «fer feina» i a donar les recomanacions de salut que no pas a entendre i comprendre allò que passa a les persones en aquell moment de situació aguda. Durant el dia a dia de l'activitat clínica, et trobes diferents situacions que serveixen com a punt d'inflexió i que m'han fet plantejar si no seria

bo esperar que els pacients hagin pres consciència del seu procés de malaltia abans d'iniciar l'educació sanitària.

Durant la meua estada a la unitat de medicina interna – especialitats he pogut observar que algunes persones sembla que no facin cas del que se'ls ha recomanat i reingressen de nou al sistema sanitari per una agudització de la seva malaltia. Penso que potser ens cal entendre els motius pel quals no fan cas, veure les dificultats que això els planteja o les diferents peculiaritats que puguin tenir. Personalment, crec que això no ho fem, i potser seria un bon començament per veure com els podem ajudar a dur a terme aquests canvis. Se'm fa difícil entendre com no veuen que amb petits canvis (ja sigui respecte a alimentació, exercici, hàbits tòxics...) es poden prevenir recaigudes d'una patologia prou important i prevalent al sistema sanitari mundial com és la SCA. Això em genera el dubte de si els sistemes de seguiment que tenim d'aquests pacients amb cardiopatia són els apropiats. Pensant en el sistema que actualment tenim, em planteja diferents interrogants el fet que no es disposi dels professionals adequats en cada cas per donar resposta a les diferents necessitats de les persones que atenem, i que sovint creguem que podem fer les feines d'altres professionals sanitaris sense ser coneixedors de la totalitat de la seva disciplina.

Penso que hem de saber veure fins on podem arribar, recordar que estem tractant amb persones i que el que busquem és el millor per a elles. No ens ha de fer por demanar ajuda a altres professionals, i m'agradaria creure que un bon treball en equip ajudaria molt més els nostres pacients. Per aquest motiu penso que cadascú ha de fer la feina per a la qual ha estat capacitat i, d'aquesta manera, poder entendre les persones com un tot i poder actuar segons convingui. La pròpia experiència em diu que la cultura del país modula qualsevol canvi planificat, i per això hem de saber adaptar-nos a les noves situacions emergents que té cada cas i cada situació en particular.



## **CAPÍTOL 1. INTRODUCCIÓ**

---





Les malalties cròniques són patologies de llarga durada i sovint de progressió lenta; la malaltia cardiovascular (MCV) n'és una (OMS, 2017a). Aquesta patologia crònica és la primera causa de mortalitat a nivell mundial. Una quarta part d'aquestes defuncions tenen lloc a una edat prematura, abans dels seixanta anys, i al voltant del 80% succeeixen a països amb ingressos econòmics baixos o mitjans (WHO Media Centre, 2015). Malgrat que aquestes defuncions presenten un creixement ràpid i una distribució no equitativa, gran part de l'impacte humà i socioeconòmic podria evitar-se amb intervencions viables i cost-efectives per a la societat (World Health Organization, 2011).

L'actual augment de l'esperança de vida en néixer, que se situa en 86 anys per a les dones i en 80 per als homes, tant a nivell autonòmic com estatal i amb xifres similars a la Unió Europea (UE) (Institut d'Estadística de Catalunya, 2016), condiciona un envelliment de la població, que al seu torn genera un augment de les malalties cròniques de llarga durada com són les MCV, ocasionant a vegades que, malgrat viure més temps, no hi hagi una millor qualitat de salut, per la qual cosa cal establir estratègies comunitàries i econòmiques per fer front a aquesta situació canviant (OMS, 2017b).

Entre les malalties cròniques trobem les cardiovasculars, que engloben la malaltia cardíaca i la malaltia cerebrovascular, i també els càncers, la diabetis i les malalties pulmonars. En el nostre cas, ens centrarem en la malaltia cardiovascular o síndrome coronària aguda (SCA) —coneguda també amb el nom de *malaltia arterioscleròtica* o *malaltia coronària*— donada la seva elevada incidència, de 7,4 milions de morts a tot el món, on és la primera causa de mortalitat (WHO Media Centre, 2014). A partir d'ara s'utilitzaran de forma indistinta les sigles MCV i SCA.

La MCV és la malaltia que afecta el cor i els seus vasos sanguinis. Aquesta patologia és un desordre crònic desenvolupat de forma lenta i insidiosa al llarg de tota la vida (Perk *et al.*, 2012). Entre els símptomes inicials podem trobar dispnea, nàusees i vòmits, dolor mandibular i dolors a l'esquena, al pit, als braços o a la espatlla esquerra, mareig, sudoració freda i pal·lidesa (WHO Media Centre, 2015), encara que també poden presentar-se altres manifestacions segons les patologies associades que tingui la persona. Segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS), la MCV és la principal causa de mort arreu del món, constitueix el principal problema de salut pública (D'Agostino *et al.*, 2008; WHO Media Centre, 2015) i representa la principal causa de mortalitat i morbiditat en els països industrialitzats (Ness & Powles, 1997). Durant l'any 2012, van morir per MCV 17,5 milions de persones, que representen el 31% de totes les morts registrades al món (WHO Media Centre, 2015). L'OMS preveu que el 2030 moriran aproximadament 23,3 milions de persones per MCV a tot el planeta (WHO Media Centre, 2013). La MCV també representa la principal causa de mort prematura a Europa, i s'estima que més del 80% de tota la mortalitat per MCV té lloc actualment als països desenvolupats (Perk *et al.*, 2012).

L'etiologia de la MCV s'atribueix majoritàriament a quatre factors de risc associats a determinades conductes: el consum de tabac, una dieta poc saludable, una activitat física insuficient i el consum d'alcohol (World Health Organization, 2011). D'aquests, la ingesta dietètica està reconeguda com el factor modificable fonamental i determinant en l'establiment dels factors de risc de malaltia coronària (Hayman & Reineke, 2003). L'aparició de malaltia cardiovascular i la supervivència a aquesta obliga la persona a fer una sèrie de modificacions en el seu estil de vida i a mantenir-les durant tota la seva vida. Tant la conducta com l'estil de vida són factors determinants de la salut d'una persona per aconseguir una vida saludable (Vinaccia & Orozco, 2005). Malgrat que hi ha evidència que la prevenció de la MCV s'hauria d'iniciar a l'edat pre-escolar (Peñalvo *et al.*, 2015), ja que aquesta patologia pot estar influenciada per la genètica i pels factors mediambientals (Hayman & Reineke, 2003), la pràctica diària ens indica que la prevenció només es fa un cop la malaltia ja ha aparegut o bé quan es presenta un risc elevat de produir-se un esdeveniment cardiovascular (Perk *et al.*, 2012).

Les estratègies polítiques han de crear entorns propicis per poder escollir opcions saludables assequibles, que són essencials per motivar les persones perquè adoptin i mantinguin comportaments saludables (WHO Media Centre, 2013). A nivell poblacional hi ha dissenyades diferents estratègies cognitivoconductuals amb l'objectiu de reduir la incidència de la MCV mitjançant intervencions comunitàries per afavorir canvis en els estils de vida i canvis ambientals, però no només dirigides a població amb MCV, sinó a tota la població en general. Un exemple d'aquestes intervencions seria disminuir el contingut en sal dels aliments, prohibir fumar, etc. Aquestes estratègies poden generar un canvi d'hàbits en la persona, però serà necessari mantenir-les al llarg de tota la vida. Aquest punt requereix facilitar les eines necessàries per mantenir aquest nou estil de vida adquirit (Perk *et al.*, 2012).

Segons l'OMS, promoure un estil de vida saludable inclou, entre altres objectius, aconseguir un equilibri entre la ingesta alimentària i la despesa generada per l'activitat física per mantenir un pes saludable; procurar que la ingesta energètica pel que fa a greixos no superi el 30% de la ingesta total d'energia i que sigui majoritàriament d'àcids grassos insaturats; limitar la ingesta de sucre; limitar la ingesta de sodi de totes les fonts i incrementar el consum de fruites, llegums, cereals integrals i fruita seca (World Health Organization, 2011). Els autors de les guies europees afegeixen a aquest estil de vida no fumar, practicar activitat física 30 minuts al dia cinc cops a la setmana, tenir unes xifres de tensió arterial per sota de 140/90 mmHg i uns nivells de colesterol per sota de 190 mg/dl i evitar situacions estressants (Perk *et al.*, 2012). Un canvi en l'estil de vida podria ajudar també a reduir els costos del sistema de salut associats als factors de risc cardiovasculars (Sofi *et al.*, 2011).

Malgrat tot, l'adherència a aquestes recomanacions sovint no es compleix perfectament. Entenem per *adherència* el grau en què la conducta d'una persona s'ajusta a les recomanacions

d'un professional de la salut, en relació amb la presa de medicació, el seguiment d'una dieta o l'adopció de canvis en l'estil de vida, però aquesta adherència es pot veure modificada per diferents factors, com ara els socioeconòmics; els relacionats amb el sistema de salut o amb l'equip de salut; les característiques de la patologia i del tractament; i les característiques de la pròpia persona. Cal conèixer i millorar aquests factors si el nostre objectiu és millorar l'adherència al tractament d'aquests pacients amb cardiopatia, ja que poden actuar com una barrera enfront de l'adherència al tractament i la millora de l'estil de vida (Conraads *et al.*, 2012; Perk *et al.*, 2012; Sabaté, 2003). Per reforçar l'adherència sovint també resulta necessari fer partícips el mateix pacient, la família i la comunitat que l'envolta en el procés de tenir cura, per tal que ofereixin el suport social necessari per influir en els resultats de salut i de comportament (Sabaté, 2003).

Durant aquest període de temps, els professionals sanitaris representen un dels pilars fonamentals per educar i informar sobre aquests canvis conductuals. Els pacients veuen els professionals com a persones de referència en la seva salut (Graham *et al.*, 2007). El rol d'infermeria és clau, doncs, en la prevenció i promoció de la salut (Kemppainen, Tossavainen & Turunen, 2012). Infermeria és la professió de l'àmbit de la salut capacitada per liderar intervencions per promoure canvis en els estils de vida que generin una reducció del risc cardiovascular i es mantinguin al llarg de la vida (Berra, Miller & Jennings, 2011; Farrell & Keeping-Burke, 2014; Saffi, Polanczyk & Rabelo-Silva, 2013) per mitjà de l'educació sanitària que aquests professionals ofereixen (Casey, 2007a; Cazorla *et al.*, 2004), i també per ajudar a superar les barreres amb què aquestes persones es troben en el moment d'adoptar els canvis de conducta necessaris arran de la malaltia cardiovascular (Thronson, Sawatzky & Schultz, 2016). Per valorar el tipus d'intervenció més adequada a cada persona cal entendre quina situació té cada pacient (Bergman, Malm, Berterö & Karlsson, 2011) i valorar emocionalment el seu procés d'adaptació a aquesta nova situació (Vinaccia & Orozco, 2005).

Resulta evident que cada persona tindrà un procés adaptatiu diferent; per això cal realitzar una valoració individual de cada persona, per tal de considerar els factors que podrien dissuadir-la d'aconseguir un canvi en l'estil de vida. La literatura científica descriu diferents factors, com ara factors socials o psicològics i dificultats pràctiques, tots ells moltes vegades interrelacionats (Murray, Craigs, Hill, Honey & House, 2012; Murray, Honey, Hill, Craigs & House, 2012). Des de les teories pedagògiques s'ha indicat que és millor plantejar-se objectius realistes i de poca envergadura per aconseguir el canvi desitjat, ja que experiències prèvies poc favorables per aconseguir un canvi d'hàbits poden generar dificultats en el moment de plantejar-se nous canvis (Graham *et al.*, 2007).

Conèixer com les persones fan canvis en els estils de vida després d'un esdeveniment cardíac i explorar l'experiència de la malaltia va ser l'objectiu d'Astin, Horrocks i Closs (2014) en una re-

visió sistemàtica i metaetnogràfica d'estudis qualitius. Aquesta revisió va incloure 27 estudis publicats entre el 1990 i el 2011 realitzats a diferents llocs d'arreu del món, com ara el Canadà, els Estats Units, Irlanda, Austràlia, Escòcia, Dinamarca, Suècia o Anglaterra. Els resultats es van enfocar cap a un model centrat en la persona per explicar els canvis en els estils de vida, però emmarcant-lo dins una visió més àmplia, tenint en compte els lligams amb les dimensions psicològica i física lligades a la recuperació d'aquestes persones.

Per aquest motiu, conèixer l'adaptació als estils de vida és necessari per tal de poder crear i donar les eines necessàries per poder ajudar aquestes persones a millorar l'afrontament de la nova situació i l'adherència a les recomanacions saludables.

## CAPÍTOL 2. MARC TEÒRIC

---

*The more frequently we perform a behavior,  
the more likely it becomes habitual  
(Verplanken & Orbell, 2003, p. 1314)*



En aquest apartat es farà una revisió de diferents aspectes que engloben el marc teòric d'aquesta tesi. Primerament es descriuran la malaltia cardiovascular, els seus factors de risc (amb dades epidemiològiques) i les conseqüències que genera. També es descriuran els estils de vida saludables enfront de la patologia cardiovascular, juntament amb els canvis i processos adaptatius a la patologia cardíaca. Finalment, s'identificarà el rol d'infermeria principalment pel que fa a la tasca assistencial i educativa d'aquest col·lectiu.

## **2.1. LA MALALTIA CARDIOVASCULAR (MCV)**

La malaltia cardiovascular és aquella que afecta el cor i els seus vasos sanguinis (artèries i venes). Dins d'aquest gran grup podem destacar la síndrome coronària aguda (SCA) com un dels principals problemes, que necessita una ràpida detecció i actuació per part del sistema sanitari (Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, 2012).

Podem classificar les MCV en malalties cerebrovasculares, arteriopaties perifèriques, cardiopatia reumàtica, cardiopatia congènita, trombosis venoses profundes i embòlies pulmonars, i cardiopatia coronària (WHO Media Centre, 2015). En el nostre cas, ens centrarem en la cardiopatia coronària, coneguda també amb el nom de *malaltia coronària* o *SCA*.

La Classificació Internacional de Malalties (CIE-10), per la seva banda, engloba aquesta patologia dins un gran grup anomenat *malalties del sistema circulatori*, que se subdivideix en subgrups, entre els quals trobem la malaltia isquèmica del cor, en què al seu torn diferencia entre angina de pit i infart agut de miocardi, entre altres (World Health Organization, 2010).

### **2.1.1. ETIOPATOGÈNIA DE LA MALALTIA CORONÀRIA**

En aquest apartat explicarem les diferents formes de presentació d'aquesta patologia.

#### *2.1.1.1. La síndrome coronària aguda*

La SCA és la presentació aguda de la cardiopatia isquèmica, ja sigui en forma d'angina inestable, d'infart amb ona Q o sense, o bé de mort sobtada per causa cardíaca. Aquesta presentació clínica depèn de l'extensió i la durada de la isquèmia secundària a l'obstrucció del flux coronari (Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, 2012). Alguns autors classifiquen la SCA amb altres subgrups, com són la síndrome coronària aguda amb elevació de ST (SCA-EST) i la síndrome coronària aguda sense elevació de ST (SCA-SEST) (Jokhadar & Wenger, 2009; Taylor, 2003).

L'origen més freqüent de la SCA està en el trencament de les plaques arterioscleròtiques formades per dipòsits de greix que s'acumulen a la llum de les artèries coronàries, obstruint-ne el

flux sanguini i provocant la formació d'un trombe intracoronari, que pot conduir a la isquèmia del miocardi. La interrupció del flux de sang coronari durant un llarg període pot ocasionar la necrosi dels miòcits cardíacs i, per tant, provocar un infart agut de miocardi (IAM) amb ona Q (Bassand *et al.*, 2007; Jokhadar & Wenger, 2009). Un trombe no oclusiu o transitòriament oclusiu és la causa més freqüent de l'angina inestable o de l'infart agut de miocardi (IAM) sense ona Q. L'oclusió temporal no sol durar més de 20 minuts i produeix angina de repòs (Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, 2012).

La presentació clínica del IAM pot ser molt diversa, però típicament inclou dolor retroesternal que irradia a la mandíbula i al braç esquerre, i que pot estar associat amb quadre vegetatiu, dispnea, diaforesi, nàusees o vòmits (Jokhadar & Wenger, 2009).

#### 2.1.1.1.1. L'infart agut de miocardi

L'infart agut de miocardi és la mort del teixit cardíac. L'origen del IAM és una disminució o interrupció de la circulació coronària que, en general, es pot atribuir a una trombosi de l'artèria. La trombosi és un trastorn vascular que es presenta quan hi ha una massa de sang coagulada que bloqueja de forma parcial o total l'interior d'un vas sanguini, ja sigui una vena o una artèria. El principal símptoma de l'infart de miocardi és un dolor intens i perllongat al pit que no cedeix amb analgèsics habituals i que pot irradiar a altres parts del cos (Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, 2013; National Heart, Lung, and Blood Institute, 2011b).

#### 2.1.1.1.2. L'angina de pit

L'angina és un dolor o malestar al pit que succeeix si una part del múscul cardíac no rep prou sang rica en oxigen. Pot sentir-se com una opressió o com un dolor que oprimeix el pit. Aquest dolor també pot presentar-se en espatlles, braços, coll, mandíbula i esquena, i fins i tot pot assimilar-se a una sensació d'indigestió. Val a dir que l'angina no és una malaltia en si, sinó que és un símptoma d'un problema cardíac, habitualment la malaltia coronària (National Heart, Lung, and Blood Institute, 2011a).

Es pot presentar de diferents maneres (National Heart, Lung, and Blood Institute, 2011a):

- Angina estable, que es produeix amb una situació de sobreesforç i indica la possibilitat de tenir un IAM.
- Angina inestable, que es produeix tant amb esforç com sense, i que és signe d'alarma, ja que pot indicar IAM.



- Angina variant o de Prinzmetal, que seria l'ocasionada per l'espasme d'alguna artèria coronària.
- Angina microvascular, que seria símptoma d'afectació de les artèries coronàries més petites.

### 2.1.2. EPIDEMIOLOGIA

A nivell mundial, es calcula que l'any 2012 van morir 17,5 milions de persones a causa de la MCV, fet que representa el 31% de totes les morts registrades al món (WHO Media Centre, 2015). La cardiopatia isquèmica representa la primera causa de mortalitat, amb 7,4 milions de persones (WHO Media Centre, 2014).

D'entre totes les MCV, la malaltia coronària o SCA és la més comuna, i és la principal causa de mort en persones de mitjana edat a molts països europeus, afectant habitualment homes majors de 45 anys i dones a partir dels 65 (EUROASPIRE II Study Group, 2001). Aquestes diferències d'edat trobades quant al sexe entre els diferents països s'han vist modificades en els darrers anys, ja que les dades de mortalitat han anat disminuint, mentre que la incidència de casos ha anat en augment (EUROASPIRE II Study Group, 2001), i amb tendència a presentar-se en edats més prematures.

Els autors de l'edició del 2012 de l'*European Cardiovascular Disease Statistics* indiquen que els problemes del cor i del sistema circulatori són la principal causa de mortalitat a Europa, amb 4 milions de morts cada any. Mostren també que les principals formes de presentació de la MCV són la malaltia coronària i l'infart, que representen un terç de les defuncions en dones i un quart en homes (Nichols *et al.*, 2012).

Si ens fixem en els Estats Units, la MCV és la principal causa de morbiditat i mortalitat (Lloyd-Jones *et al.*, 2010). La mortalitat per malaltia coronària va disminuir aproximadament entre un 44% i un 50% entre els anys 1980 i 2000, com a resposta al control sobre determinats factors de risc (Scherr & Ribeiro, 2010), però continuava representant la primera causa de mortalitat (Davis, McMurry & McMurry, 2009) i de morbiditat (Lichtenstein *et al.*, 2006).

D'altra banda, si ens fixem en el territori espanyol, segons les últimes dades de l'Institut Nacional d'Estadística (INE), de l'any 2014 (Instituto Nacional de Estadística, 2016), les malalties del sistema circulatori van ser la principal causa de mort, però mantenen una tendència descendent respecte als anys anteriors i representen el 29,7% del total de defuncions. En dones es produeixen 270,2 morts per cada 100.000 defuncions i en homes 234,6, essent la primera causa de mortalitat. La MCV està considerada una malaltia no transmissible; l'informe de mortalitat per malalties no transmissibles (MNT) de l'OMS (World Health Organization, 2014) indi-

ca que les MNT representen un 92% de totes les morts a tot l'Estat, però la MCV representa el 31% de la mortalitat en ambdós sexes i en totes les edats.

Dins l'àmbit dels Països Catalans, les malalties cardiovasculars representen un 29,1% de les defuncions a Catalunya l'any 2012. Comparant-ho amb altres patologies, els tumors, per exemple, representaven un 33,5% de les defuncions en homes i les MCV un 32,1% de les defuncions en dones. Consultant els informes de la Generalitat de Catalunya es pot observar que l'any 2012 les MCV representaven la primera causa de defunció en dones a partir dels 75 anys i en homes a partir dels 84 anys (Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, 2014).

### **2.1.3. FACTORS DE RISC DE LA MALALTIA CARDIOVASCULAR**

Al llarg del temps s'ha anat avançant en els coneixements sobre els diferents factors que in-dueixen el desenvolupament d'aquesta patologia. S'entén per *factor de risc cardiovascular* (FRCV) aquella característica, factor o hàbit que s'associa amb una major predisposició al desenvolupament de la MCV (Framingham Heart Study, 2014a; Gómez, 2001). O'Donnell i Elosua (2008) defineixen el factor de risc com un element o característica mesurable que té una relació causal amb un augment de la freqüència d'una malaltia, i que constitueix un factor predictiu independent i significatiu del risc de presentar-la.

Els factors de risc han estat motiu d'estudi per diferents autors arreu del món per tal de com-prendre la repercussió i la importància que tenen sobre la MCV. Un dels principals estudis que va identificar els FRCV va ser l'estudi Framingham (Framingham Heart Study, 2014a), conegut com *The Framingham Heart Study*, estudi pioner a introduir el terme *factor de risc* (O'Donnell & Elosua, 2008). Aquest estudi es treballarà més endavant de forma més extensa per la seva repercussió a nivell epidemiològic.

La pressió arterial (PA) elevada ha estat identificada com un factor de risc, que al seu torn està directament relacionat amb altres, com són l'obesitat (Framingham Heart Study, 2014a; Maruthur, Wang & Appel, 2009; Mogilevsky, De Mogilevsk & Mogilevsky, 1999; WHO Media Centre, 2015), la inactivitat física o el consum d'alcohol (Maruthur *et al.*, 2009). Un altre factor de risc trobat ha estat el nivell elevat de colesterol en sang (D'Agostino *et al.*, 2008; Maiques Galán *et al.*, 2014). L'hàbit tabàquic és un altre factor de risc relacionat amb la MCV (D'Agostino *et al.*, 2008; Maiques Galán *et al.*, 2014; Maruthur *et al.*, 2009; WHO Media Centre, 2015).

Malgrat que alguns factors semblen ser excloents entre si, d'altres estan relacionats. Un exem-ple en aquest sentit seria l'obesitat, lligada a un consum excessiu de calories, a la falta d'acti-vitat física, al sedentarisme (Framingham Heart Study, 2014a; Lichtenstein *et al.*, 2006; Marut-

hur *et al.*, 2009; Mogilevsky *et al.*, 1999; WHO Media Centre, 2015) i a la diabetis (D'Agostino *et al.*, 2008; WHO Media Centre, 2015).

Alguns d'aquests factors de risc, com l'obesitat, la diabetis o el consum excessiu de calories, estan relacionats amb els estils alimentaris que segueixen aquestes persones, i associats a una dieta poc saludable (Lichtenstein *et al.*, 2006; WHO Media Centre, 2015).

Segons afirma l'OMS, amb el cessament del consum del tabac, la reducció de la sal en la dieta, el consum de fruites i hortalisses, una activitat física regular i l'evitació del consum nociu d'alcohol es redueix el risc de presentar una MCV, juntament amb la prevenció i el tractament de la hipertensió arterial (HTA), la diabetis i la hiperlipèmia (WHO Media Centre, 2015).

Yusuf *et al.* (2004) van realitzar l'estudi INTERHEART a 262 centres de 52 països d'Àsia, Europa, l'Orient Mitjà, Àfrica, Austràlia i Amèrica del Nord i del Sud. Es tracta d'un estudi internacional molt ampli de cas-control, dissenyat com un pas inicial per avaluar la importància dels factors de risc per a la MCV a nivell mundial. Els autors d'aquest estudi van concloure que els nou factors de risc que havien mesurat (el fet de ser fumador, el nivell de lípids en sang, autoinformes de ser hipertens o diabètic, presentar obesitat, la dieta que estaven seguint, l'activitat física duta a terme, el consum d'alcohol i els factors psicosocials) estaven relacionats amb més d'un 90% del risc de IAM. L'estudi abasta diferents àrees geogràfiques, ètnies, franges d'edat, etc. Una de les principals conclusions d'aquest estudi és que, ateses les característiques poblacionals, els principis de prevenció de la patologia poden ser similars arreu del món.

Djoussé, Driver i Gaziano (2009) van estudiar la relació entre els factors de risc modificables i el risc de patir cardiopatia dins una cohort d'homes sans i sense patologia, que participaven en un estudi aleatoritzat de doble cec amb un grup placebo i un grup control, dissenyat per investigar si dosis baixes d'aspirina i betacarotens prevenien la MCV i el càncer. Va ser anomenat *Physicians' Health Study I (PHS I)* i presentava una mitjana d'edat al voltant de 53 anys. Després de definir els grups i obtenir els resultats, va mostrar que l'adherència a factors d'estils de vida saludables estava associada a una menor incidència de MCV, enfront de les persones de la població general que no participaven en l'estudi. Els factors de risc modificables que van definir van ser tenir un pes adequat, no presentar hàbit tabàquic, fer activitat física de forma regular, una ingesta moderada d'alcohol, consum de cereals per esmorzar i consum de fruites i verdures. Es va constatar que, com més canvis hi havia en els factors de risc, menys risc hi havia de patir cardiopatia (Djoussé *et al.*, 2009), encara que en la població jove cal treballar per millorar els factors de risc cardiovascular (Christiansen, Jensen, Brøndberg, Bøtker & Jensen, 2016).

Arran de la identificació d'aquests factors de risc de la MCV, s'han anat classificant dins de diferents grups coincidents, catalogats per diversos autors o institucions, entre els quals podem

trobar l'OMS. Aquesta institució va fer una classificació diferenciant entre factors de risc modificables, intermediaris, determinants subjacents i no modificables (WHO Media Centre, 2015).

Els factors de risc modificables serien aquells sobre els quals les persones podem tenir una acció de canvi ràpid. Serien els factors relacionats amb les formes de comportament, és a dir, les formes de viure de les persones. Aquests són responsables d'aproximadament el 80% dels casos. Alguns exemples podrien ser una mala dieta, la inactivitat física, el consum de tabac i el consum nociu d'alcohol (WHO Media Centre, 2015; Yusuf *et al.*, 2004), però també la contaminació atmosfèrica (Newby *et al.*, 2015; O'Donnell & Elosua, 2008).

Els factors de risc intermediaris serien els efectes d'una dieta poc saludable i de la inactivitat, que poden manifestar-se amb l'augment de la tensió arterial (TA) o HTA, el sucre, les resistències a la insulina, la colesterolèmia, el sobrepès o l'obesitat. Aquests poden mesurar-se als centres d'atenció primària i assenyalen el risc de poder patir un infart. Poden ser modulats gràcies a intervencions comunitàries des del vessant de la salut pública (Djousse *et al.*, 2009; WHO Media Centre, 2015).

Els factors determinants subjacents serien les causes de les causes, i estarien relacionats amb aquells canvis que s'han hagut d'adoptar a conseqüència de la transició nutricional, epidemiològica i demogràfica (Pasca & Pasca, 2011). Aquests factors són un reflex de les principals forces que regeixen els canvis socials, econòmics i culturals, com ara la globalització, la urbanització, l'envelliment, la pobresa o l'estrès (WHO Media Centre, 2015).

Els factors no modificables serien aquells sobre els quals no podem efectuar cap canvi, com l'edat, el sexe, la menopausa, els antecedents personals de MCV, la genètica o la diabetis mellitus (Gómez, 2001).

#### *2.1.3.1. The Framingham Heart Study*

Des de l'any 1948, amb The Framingham Heart Study (TFHS), el National Heart Institute (conegut actualment com el National Heart, Lung, and Blood Institute, o NHLBI) va iniciar un ambiciós projecte de recerca sobre la salut relacionat amb les malalties cardiovasculars, i que s'ha desenvolupat fins al dia d'avui (Framingham Heart Study, 2014a; Wolf, 2009).

Es tracta de l'estudi de cohorts més important realitzat fins ara en aquest àmbit. El seu objectiu era identificar els factors o les característiques comunes que contribuïen a la MCV. El TFHS és un estudi epidemiològic que va observar longitudinalment, al llarg del temps, un gran grup de participants, els quals no havien desenvolupat mai cap símptoma de MCV ni havien sofert IAM o angina de pit (Framingham Heart Study, 2014a). Els investigadors van iniciar el projecte l'any 1948 i van reclutar 5.209 homes i dones amb edats compreses entre 30 i 62 anys, de la ciutat

de Framingham, Massachusetts. Aquest grup va ser anomenat *Original Cohort* (Framingham Heart Study, 2014e). La seva primera avaluació va consistir en un extensiu reconeixement físic i unes entrevistes sobre els estils de vida, per tal que més endavant es poguessin analitzar els patrons relacionats amb el desenvolupament de la MCV (Framingham Heart Study, 2014a). Els participants havien de tornar a la consulta cada dos anys, per tal de realitzar una història mèdica detallada i actualitzada, fer un reconeixement físic i dur a terme nous controls analítics (Framingham Heart Study, 2014e).

El 1971 es va afegir la segona generació, formada per 5.124 fills i parelles dels primers participants, els quals van participar amb uns reconeixements similars; el grup és anomenat *Offspring Cohort* (Framingham Heart Study, 2014c). El 1994 es va considerar necessari incloure un altre grup que mostrés la varietat de les persones a la comunitat de Framingham; el grup tenia 507 representants i va ser anomenat *Omni Cohort 1* (Framingham Heart Study, 2014d). L'estudi va continuar, i l'abril del 2002 va entrar en una nova fase i es va introduir la tercera generació, que eren els néts de l'*Original Cohort*, amb un total de 4.095 participants (Framingham Heart Study, 2014f). D'altra banda, el 2003 van afegir-hi el grup *Omni Cohort 2*, amb 410 participants (Framingham Heart Study, 2014d). L'any 2005 van incloure un altre grup, anomenat *New Offspring Spouse Cohort*, formats per les parelles —homes i dones— dels néts de la cohort original, amb un total de 103 participants (Framingham Heart Study, 2014b).

Malgrat que el grup estudiat va ser principalment de raça caucàsica, les diferents observacions i els seguiments dels casos de TFHS durant tots aquests anys van permetre identificar els principals factors de risc de MCV i mostrar com podien ser extrapolables a nivell mundial.

El TFHS va anar obtenint resultats a mesura que passaven els anys i que les diferents cohorts escollides s'anaven incorporant a l'estudi. El 1957 van establir la primera relació entre la HTA i el colesterol, indicant que augmentaven el risc de MCV. El 1962 es va associar el tabaquisme amb la malaltia coronària. Cinc anys més tard, van associar l'obesitat i l'activitat física amb la malaltia cardíaca. El 1974 van observar la relació entre la diabetis i la MCV, i al cap de quatre anys van establir l'associació dels triglicèrids i les lipoproteïnes amb la malaltia coronària. El 1988 es va mostrar la relació directa entre la pressió arterial sistòlica i la malaltia coronària, però també l'associació inversa entre el colesterol *High Density Level* (HDL) i la mortalitat de causa cardiovascular (O'Donnell & Elosua, 2008).

Però, a banda de la identificació dels factors de risc de MCV que de vegades han estat considerats tradicionals, van identificar-ne altres, com són l'edat, el sexe, els factors psicosocials, econòmics i culturals, l'envelliment i l'estrès, importants perquè influeixen, sigui de forma indirecta o directa, en la vida de la persona (Framingham Heart Study, 2014a; Lichtenstein *et al.*, 2006; Lindholm *et al.*, 1995; WHO Media Centre, 2015).

### *2.1.3.2. Patologies associades influents en la malaltia cardiovascular*

Com ja s'ha comentat, l'estudi de Framingham va identificar diverses patologies relacionades amb el desenvolupament de la MCV, com són la HTA, la diabetis, l'obesitat i alteracions en el perfil lipídic (Framingham Heart Study, 2014a). Encara que aquestes es puguin tractar i diagnosticar de forma individual, sovint tenen relació entre elles i requereixen el tractament d'una per tal d'evitar l'aparició d'una altra que en pugui ser conseqüència. A continuació es detallaran algunes de les patologies associades que poden influir en la MCV.

#### 2.1.3.2.1. Hipertensió

La HTA és un augment de la pressió arterial per sobre dels valors normals. L'OMS estableix que hi ha HTA quan les xifres de pressió sistòlica estan per sobre de 140 mmHg i les de pressió diastòlica per sobre de 90 mmHg (Mancia *et al.*, 2013; OMS, 2013). Els augments d'aquests valors estan relacionats amb un augment del risc de MCV.

Una modificació en els hàbits de vida, especialment la pèrdua de pes, l'augment de l'activitat física i la reducció del consum de sal i de la ingesta d'alcohol, juntament amb el tractament mèdic, poden reduir efectivament els nivells de pressió arterial (Nichols *et al.*, 2012), juntament amb un control de l'estrès (OMS, 2013).

Les mesures recomanades per poder aconseguir un canvi en l'estil de vida són la restricció de la ingesta de sal, la moderació en el consum d'alcohol, un consum abundant de fruites i verdures i d'aliments baixos en greixos i altres tipus de dieta, la reducció i el control del pes i una activitat física regular (Dickinson *et al.*, 2006; Frisoli, Schmieder, Grodzicki & Messerli, 2011).

Els canvis en els estils de vida són un pilar fonamental per a la prevenció de la HTA i són importants per al seu tractament, però mai no han de postposar la instauració del tractament farmacològic en un pacient d'alt risc. En un estadi inicial de HTA, un canvi en l'estil de vida pot millorar les xifres de PA i el consegüent risc de patir malalties cròniques (Elmer *et al.*, 2006), encara que un dels principals inconvenients és el nivell d'adherència, amb el pas del temps, als estils de vida establerts. Però per tal d'aconseguir millors beneficis en les xifres de PA cal que les diferents intervencions relacionades amb els canvis d'estils de vida siguin incorporades simultàniament (Frisoli *et al.*, 2011).

#### 2.1.3.2.2. Diabetis mellitus

La diabetis mellitus és una malaltia crònica que es caracteritza per una alteració en la secreció d'insulina i una resistència a l'acció d'aquesta. N'hi ha diferents tipus: diabetis mellitus 1, diabetis mellitus 2, diabetis gestacional i diabetis insípida. En el nostre cas, ens centrarem en la diabetis mellitus 2, ja que és la que comporta més repercussió en els malalts amb cardiopatia, i ens referirem a ella simplement com a *diabetis mellitus* (DM).

L'estudi INTERHEART (Yusuf *et al.*, 2004), realitzat en 52 països d'Àsia, Europa, l'Orient Mitjà, Àfrica, Austràlia i Amèrica del Nord i del Sud, estima que les persones diagnosticades de DM tenen tres vegades més risc de tenir un atac de cor, comparades amb les que no tenen aquesta patologia.

La DM no només augmenta directament el risc de MCV, sinó que també intervé en l'aparició d'altres factors de risc que predisposen a la patologia coronària (Nichols *et al.*, 2012), entre ells que hi pugui haver un mal control de la PA i de l'obesitat (Álvarez-Sala *et al.*, 2005).

#### 2.1.3.2.3. Dislipèmies

La dislipèmia és una alteració del metabolisme dels lípids que provoca canvis en la funció o concentració de lipoproteïnes en el plasma sanguini, provocant trastorns lipídics que poden tenir relació amb la MCV (Reiner *et al.*, 2011). En el nostre cas, parlarem de les alteracions en els nivells de colesterol i triglicèrids en sang.

S'estima que nivells elevats de colesterol causen el 56% de la malaltia isquèmica cardíaca (Murray & López, 2002). Les partícules de colesterol tenen més tendència a dipositar-se a les parets dels vasos sanguinis quan estan molt concentrades (Graves & Miller, 2003). Els nivells de colesterol en sang es poden reduir amb canvis en els estils de vida (Reiner *et al.*, 2011), que haurien d'incloure fer activitat física, canvis dietètics —especialment pel que fa al consum d'AGS— i ús de farmacoteràpia (Alegría-Ezquerro, Alegría-Barrero & Alegría-Barrero, 2015; Nichols *et al.*, 2012).

#### 2.1.3.2.4. Obesitat i sobrepès

S'entén per *obesitat* l'acumulació excessiva de greix que provoca un augment del pes corporal, i per *sobrepès* una acumulació anormal del greix corporal respecte al que és saludable (Arriabalaga *et al.*, 2003; WHO Media Centre, 2016).

L'índex de massa corporal (IMC) és un indicador que s'utilitza per conèixer la relació entre el pes i la talla de pacient. Un IMC  $\geq 25$  indica sobrepès i un IMC  $\geq 30$  indica obesitat. Un augment d'aquest índex significa un augment del risc de patir alguna MCV (WHO Media Centre, 2016).

L'obesitat i el sobrepès, a més d'augmentar el risc de patir malaltia cardiovascular, augmenten també el risc de HTA, dislipèmies i diabetis, factors també relacionats amb el desenvolupament de la MCV (Nichols *et al.*, 2012).

A nivell individual, cal plantejar diferents estratègies per tal de reduir i prevenir l'obesitat i el sobrepès; cal recomanar a aquestes persones reduir la ingesta energètica procedent de la



quantitat total de greix i de sucres, augmentar el consum de fruites, verdures, llegums, cereals integrals i fruita seca i fer activitat física periòdicament (WHO Media Centre, 2016).

#### *2.1.3.3. Hàbits de risc per presentar una malaltia cardiovascular*

Els hàbits de risc serien tots aquells patrons o comportaments de les persones que impliquen un augment en el risc de presentar MCV. Tot seguit, en comentarem alguns dels més importants.

##### 2.1.3.3.1. Consum d'alcohol

Segons els experts (Arranz *et al.*, 2012; Nichols *et al.*, 2012), un consum moderat d'alcohol (una beguda al dia en les dones o dues begudes en els homes) redueix el risc de patir MCV, mentre que nivells elevats d'alcohol augmenten el risc de presentar-ne. Concretament, els polifenols del vi negre i la capacitat antioxidant i antiinflamatòria de la cervesa exercien un efecte protector davant la MCV (Arranz *et al.*, 2012). De totes maneres, no es recomana iniciar la ingesta de begudes alcohòliques en aquelles persones que no en són consumidores habituals (Lichtenstein *et al.*, 2006; Pryde & Kannel, 2011).

King, Mainous i Geesey (2008) van realitzar un estudi de cohorts en gent adulta amb edats compreses entre 45 i 64 anys per tal d'avaluar si un hàbit de consum moderat d'alcohol en la mitjana edat comportava una disminució del risc cardiovascular, però sempre recordant les recomanacions de no iniciar cap persona en el consum d'alcohol. Els resultats mostren que l'hàbit de consum moderat d'alcohol aporta un benefici cardiovascular i ajuda a disminuir la taxa de morbiditat per causa de la MCV, però no la taxa de mortalitat després de quatre anys de seguiment.

Cal recordar que els efectes saludables del vi i de la cervesa han d'anar acompanyats d'una dieta saludable (Arranz *et al.*, 2012).

##### 2.1.3.3.2. Tabaquisme

Malgrat que ja fa més de 50 anys que existeix una clara evidència que el consum de tabac provoca danys i incrementa el risc de MCV (Perk *et al.*, 2012), aquest hàbit es manté prevalent amb el pas dels anys i està relacionat amb una mortalitat prematura en malalts amb MCV. Amb tot, resulta ser una pràctica més comuna en homes que en dones, principalment marcada als països de l'est d'Europa. Resulta interessant destacar que el fet de conuiu amb persones fumadores comporta un augment de les morts en persones que són fumadores passives (Nichols *et al.*, 2012).

El tabac provoca que els vasos sanguinis perdin elasticitat i implica un major treball del cor per tal de poder bombar la sang a tot l'organisme (Graves & Miller, 2003).



### 2.1.3.3.1. Inactivitat física

L'activitat física és un hàbit adequat que permet modificar el risc de presentar MCV. La manca d'activitat física augmenta el risc de MCV, així com d'altres malalties cròniques, i repercuteix en la qualitat de vida (Nichols *et al.*, 2012). L'OMS recomana un mínim de 2,5 hores d'activitat física moderada i 75 minuts d'activitat vigorosa a la setmana (Organización Mundial de la Salud, 2010).

L'activitat física pot ser classificada com estructurada o com accidental: l'estructurada seria l'activitat planificada per promoure beneficis saludables; l'accidental seria la que no és planificada, sinó que és el resultat de la pròpia vida diària a la feina, a casa o al transport.

Els nivells d'activitat física interactuen amb la dieta que segueix el pacient i ambdós afecten el seu estat de salut, en comportar nivells elevats de capacitat antioxidant total i generar un menor risc de MCV (Kavouras *et al.*, 2010). L'exercici de forma regular és essencial per mantenir el to cardiovascular i físic i mantenir el pes dins els rangs de normalitat, o bé disminuir-lo quan convé. Cal recordar que amb el seguiment d'uns hàbits d'activitat física no només disminuirà el risc cardiovascular, sinó que també disminuirà el risc de desenvolupar altres malalties cròniques, com podrien ser la diabetis, l'osteoporosi o l'obesitat, entre d'altres. Moltes d'elles representen també un factor de risc per a la MCV (Lichtenstein *et al.*, 2006).

### 2.1.3.4. Altres factors relacionats amb la malaltia cardiovascular

Malgrat que les patologies associades i els hàbits de risc són l'objectiu principal de moltes intervencions terapèutiques, cal no oblidar altres factors que repercuteixen en el desenvolupament de la malaltia cardiovascular. Un nivell socioeconòmic baix, la manca de suport social, l'estrès professional i a la vida familiar, la depressió, l'ansietat, l'hostilitat i segons quin tipus de personalitat contribueixen a un desenvolupament del risc de MCV i a un empitjorament de l'evolució clínica i del pronòstic de la malaltia. Aquests factors actuen com barreres davant l'adherència al tractament i als esforços per millorar els estils de vida, igualment que davant la promoció de la salut i el benestar dels pacients i de la població en general (Perk *et al.*, 2012).

#### 2.1.3.4.1. Història familiar

Encara que la família es mostri com un punt de suport per a aquest tipus de pacients, cal valorar també que algunes característiques familiars poden causar una SCA.

La història familiar de les persones pot ser també un indicador del risc de presentar una MCV (Lloyd-Jones *et al.*, 2004), principalment en persones entre 35 i 55 anys (Ranthe *et al.*, 2015). Autors com Hindieh i els seus col·laboradors (2016) treballen amb pacients que presenten SCA de forma prematura, és a dir, en edats  $\leq 55$  anys, per tal d'observar si la predisposició familiar

augmenta la gravetat i l'extensió de la SCA, indicant que és necessari una detecció precoç en pacients amb aquestes característiques.

Cal comprendre, però, què vol dir que un pacient presenta una història familiar positiva per a la MCV. Són aquelles situacions en què a la família hi ha hagut casos d'angina de pit, IAM, angioplastia coronària o cirurgia coronària en germans, oncles, pares o avis, excloent cosins i familiars per matrimoni. Cal identificar també si aquests episodis familiars han estat abans o després dels 50 anys (Bachmann, Willis, Ayers, Khera & Berry, 2012).

El coneixement d'aquesta història familiar pot guiar les recomanacions de tractament i de prevenció d'aquesta patologia cardiovascular en aquelles persones que en presentin el risc (Yoon, Scheuner, Jorgensen & Khoury, 2009).

#### 2.1.3.4.2. Nivell econòmic i suport social

Tres quartes parts de les morts que causa la MCV són en països de renda mitjana i baixa. Aquesta elevada incidència es relaciona amb el fet que aquests països estan més exposats als FRCV i tenen un menor accés a un servei d'assistència sanitària eficient i equitatiu que respongui a les seves necessitats; tenen menys accés a programes de detecció precoç i, consegüentment, un pitjor pronòstic (WHO Media Centre, 2015). Tot això fa pensar que la cultura, la societat i l'economia que envolten la persona poden modificar el risc de presentar MCV.

La posició socioeconòmica de la persona està inversament relacionada amb el risc de presentar una MCV (Albert, Glynn, Buring & Ridker, 2006; Smith & Blumenthal, 2011): una posició socioeconòmica baixa està vinculada a hàbits poc saludables, com fumar, el sedentarisme i una dieta poc sana (Stringhini *et al.*, 2010).

Dins d'aquest entorn econòmic, l'estrès financer seria un altre factor de risc. Entenem per *estrès financer* aquella experiència d'ansietat per tenir deutes i no poder pagar amb facilitat articles essencials d'alimentació o roba. Les elevades taxes d'atur i una economia amb poc creixement fan que molts pacients puguin presentar estrès financer, considerat com un factor de risc en els pacients que presenten MCV, ja que fa augmentar el nombre de reingressos i disminueix la qualitat de salut d'aquestes persones (Shah *et al.*, 2012).

Un elevat nivell educatiu implica millors condicions econòmiques i un millor coneixement sobre els FRCV, fent que es puguin aplicar mesures i canvis de comportament (Berkman, 2005); en la mesura que les persones aconsegueixen un nivell educatiu superior, aquest fet confereix una protecció cardiovascular (Albert *et al.*, 2006).

Les barreres financeres que dificulten l'accés als serveis de salut o a la medicació prescrita fan que hi hagi poca adherència al tractament prescrit i provoquen una pitjor recuperació després de patir un IAM, una pobra qualitat de vida i un alt risc de rehospitalització (Rahimi, Spertus, Reid, Bernheim & Krumholz, 2007). Malgrat que aquesta conclusió és extreta d'un estudi amb població americana, on el sistema de salut és diferent del nostre, la situació socioeconòmica que s'està vivint a hores d'ara pot fer equiparables els resultats en el nostre àmbit.

El suport social que rebi la persona afectada de MCV influeix en els seus patrons de comportament, en fer que pugui augmentar o disminuir el risc de la malaltia (Mookadam & Arthur, 2004). Aquest suport pot actuar com un esmorteïdor contra els esdeveniments vitals negatius i oferir una funció protectora davant la MCV (Smith & Blumenthal, 2011). L'aïllament social, en canvi, pot provocar estrès i ansietat, factors de risc relacionats també amb la MCV (Mookadam & Arthur, 2004).

#### 2.1.3.4.3. Estat psicoemocional de la persona

El fet de considerar la persona com un tot holístic implica que davant de qualsevol situació de canvi fisiològic hi haurà una repercussió en les emocions i els sentiments que caldrà abordar per tal de poder tractar-la i treballar els diferents aspectes que poden modificar l'adaptació a la nova situació.

Entre aquestes emocions destaca l'ansietat. Aquesta és considerada com un factor de risc per a la incidència de MCV i de la mortalitat per causa cardíaca en persones inicialment sanes (Roest, Martens, De Jonge & Denollet, 2010), tot i que la majoria de vegades va lligada a la depressió (Smith & Blumenthal, 2011).

Presentar un estat d'ànim depressiu és una reacció comuna després d'un esdeveniment coronari o qualsevol situació de malaltia, ja que es percep com una amenaça a la vida i al benestar. Cal una correcta gestió d'aquestes emocions per tal que aquest estat d'ànim sigui un procés temporal (Hare, Toukhsati, Johansson & Jaarsma, 2014) i causi els mínims inconvenients possibles durant el procés de recuperació, evitant els efectes negatius que la depressió comporta sobre el pronòstic d'una persona afectada de SCA (Pereyra Girardi, Milei, & Stefani, 2011).

Els pacients amb MCV tenen més depressió que la població general, però aquells que ja presentaven depressió prèviament poden desenvolupar MCV i presenten una mortalitat superior que la resta. La depressió pot modificar l'adaptació als canvis i requereix prevenció, detecció i un tractament correcte. La depressió, generalment, inclou símptomes com ara sentiments d'estat d'ànim deprimat, pèrdua d'interès i de plaer per les activitats, alteracions del son, fatiga i manca de concentració (Hare *et al.*, 2014; Smith & Blumenthal, 2011).

En aquest grup poblacional és habitual trobar fatiga o cansament (Wachelder *et al.*, 2016). Alsén, Brink, Brändström, Karlson i Persson (2010) van dissenyar un estudi per explorar la incidència de la fatiga entre pacients amb IAM i examinar la relació entre fatiga, depressió i les variables sociodemogràfiques i clíniques. Van utilitzar el qüestionari The Multidimensional Fatigue Inventory-20 (MFI-20), passant-lo dues vegades als participants del seu estudi, inicialment durant la primera setmana post-IAM i després al cap de quatre mesos del IAM. Les principals conclusions van ser que els pacients amb IAM, comparats amb un grup de població general, tendien a percebre elevats nivells de fatiga en totes les dimensions del MFI-20, però també van trobar que aquests nivells de fatiga tendien a disminuir al cap dels quatre mesos post-IAM. Finalment, van comprovar que en alguns pacients la fatiga estava associada amb la depressió.

L'estrès és un altre factor que pot predisposar a la MCV (Smith & Blumenthal, 2011). Algun autor el descriu com «tota sobrecàrrega externa a l'organisme que ocasiona una resposta orgànica i psicològica inadequada». L'estrès pot ocasionar una menor adherència al tractament, promoure hàbits de vida poc saludables i desenvolupar complicacions (Plá Vidal & Salvador Rodríguez, 2006).

La personalitat que té l'individu és un altre factor a destacar. Segons el tipus de personalitat tindrà més predisposició a presentar una SCA que una altra persona. S'associa com a factor de risc de presentar MCV la personalitat de tipus A, que es caracteritza per mostrar trets com ara impaciència, ambició, agressivitat, hostilitat, ira, cinisme, estat d'alerta, competitivitat o comunicació verbal ràpida; però també la personalitat de tipus D, caracteritzada per ansietat, pessimisme, malenconia i poques relacions socials (Plá Vidal & Salvador Rodríguez, 2006).

#### 2.1.3.4.4. Entorn mediambiental

Per tal que les persones amb MCV puguin entendre com l'entorn pot modificar els seus FRCV, cal advertir-los prèviament que s'ha de limitar l'exposició als contaminants ambientals i també que és necessari un bon compliment de la medicació, ja sigui per prevenció primària o secundària, per tal de poder combatre els potencials efectes de l'exposició als contaminants de l'aire (Newby *et al.*, 2015).

La contaminació ambiental activa l'estrès oxidatiu i el procés inflamatori, que poden acabar generant ruptura de plaques d'ateroma, trombosis i vasoconstricció, que provocarien la SCA (Forastiere & Agabiti, 2013; Mills *et al.*, 2009).

Els diferents professionals de la salut, incloent els cardiòlegs, tenen un important paper de suport, amb iniciatives polítiques i educacionals, així com amb l'assessorament als seus pacients. Els contaminants de l'aire han de ser vistos com uns dels factors de risc modificables més importants en la prevenció i el tractament de les MCV (Newby *et al.*, 2015).

#### 2.1.4. CONSEQÜÈNCIES DE LA MALALTIA CARDIOVASCULAR

La MCV pot generar repercussions en diferents àmbits de cada persona que la presenta. Sovint, a part d'ocasionar canvis en la persona, provoca modificacions en el seu entorn.

Després de presentar un esdeveniment cardiovascular, els pacients poden patir diferents seqüeles. Un dels principals canvis que es recomanen a aquestes persones és refereix als hàbits de vida. L'OMS (WHO Media Centre, 2015) aconsella que després de presentar un esdeveniment cardíac, aquestes persones haurien de fer una dieta saludable rica en fruita i verdura, amb una aportació baixa d'aliments rics en greix, sucre i sal, practicar activitat física regular i no fumar.

No obstant això, en ocasions la malaltia comporta canvis en l'estat d'ànim que poden esdevenir un factor de risc; la depressió i l'ansietat provocades per la SCA poden agreujar la mortalitat i un pitjor afrontament de la situació en aquest tipus de persones (Morys, Bellwon, Höfer, Rynkiewicz & Gruchała, 2016; Smith & Blumenthal, 2011).

De vegades també es presenten seqüeles més físiques, com podrien ser falta d'aire, alteracions del son, cansament i dolor (Wallström, Ulin, Omerovic & Ekman, 2016). La fatiga és un altre símptoma, que presenten aproximadament la meitat de les persones que han tingut una SCA en els quatre mesos posteriors a l'esdeveniment (Alsén *et al.*, 2010). Es pot descriure com un estat de cansament i esgotament al llarg del temps. Aquesta percepció de fatiga que tenen les persones pot comportar una menor comprensió dels símptomes i dificultar l'afrontament de la situació; es recomana que els professionals sanitaris encoratgin els pacients a expressar els seus símptomes per tal d'ajudar-los a comprendre si són símptomes comuns o bé d'alarma, però s'aconsella també informar-los que la fatiga és un símptoma comú després de presentar una SCA (Alsén & Eriksson, 2016; Wallström *et al.*, 2016).

Una altra conseqüència que es troben aquestes persones és la medicació que han de prendre. De vegades hi ha dificultats en el seguiment del tractament, és a dir, en l'adherència (Sabaté, 2003). El tractament farmacològic és considerat un dels més comuns entre els pacients amb cardiopatia arreu del món, i permet modificar alguns dels factors de risc intermediaris de la MCV (Chowdhury *et al.*, 2013). Per a la prevenció secundària d'aquesta patologia cal administrar diferents tipus de fàrmacs, entre els quals hi ha l'àcid acetilsalicílic, els betabloquejants, els inhibidors de l'enzim convertidor de l'angiotensina i les estatines (WHO Media Centre, 2015). Aquest tractament implicarà per a moltes persones una despesa econòmica extra i farà que puguin sorgir dificultats econòmiques per complir-lo. A vegades aquestes dificultats estan associades amb resultats de salut més pobres després d'un any de la SCA; especialment en dones fins a 55 anys, aquestes dificultats econòmiques poden generar l'abandonament del tractament (Beckman *et al.*, 2016).

Quan una persona presenta una SCA, la vida canvia tant per a ella com per a la seva parella o família. Malgrat que són els pacients els qui presenten la MCV i els qui han de seguir uns determinats tractaments, les seves parelles sovint estan profundament afectades emocionalment (Goldsmith, Bute & Lindholm, 2012). Habitualment són les designades per proporcionar les cures, en el retorn al domicili, i assumir les feines domèstiques després de l'infart o de la cirurgia de revascularització coronària. Pacients i parelles poden experimentar moments d'incertesa, ansietat, ira i depressió (Goldsmith, Gumminger & Bute, 2006).

Aquestes persones properes s'identifiquen com els seus cuidadors i poden ajudar a construir estratègies cognitivoconductuals per avaluar els pensaments, les actituds i les creences dels pacients relatius a la capacitat percebuda dels intents de canvis conductuals i mediambientals i a com són mantinguts al llarg del temps (Perk *et al.*, 2012). Les parelles dels afectats amb SCA tenen efecte en l'adherència del pacient al tractament i a les recomanacions de canvi en l'estil de vida. No obstant això, no queda clar quan, com i per què la interacció amb les parelles pot ser beneficiosa en lloc de ser neutral o perjudicial (Goldsmith *et al.*, 2006).

Alguns autors (Aggarwal, Liao, Christian & Mosca, 2009) han estudiat la repercussió que pot tenir sobre el cuidador<sup>1</sup> el fet d'estar al càrrec de familiars amb cardiopatia. Aquests autors van realitzar un estudi per determinar la prevalença i els factors predictius de la tensió en els cuidadors i avaluar l'associació entre la cura i els estils de vida amb MCV i els factors de risc psicosocial en els diferents membres de la família de pacients hospitalitzats amb MCV. Després de sis mesos de seguiment van concloure que el fet de ser cuidador s'associa amb factors i estils de vida de risc que predisposen a la MCV. Proposen que caldria dur a terme intervencions per als cuidadors dirigides a millorar la seva pròpia salut i que tinguessin en compte la salut mental i la depressió.

Altres autors (Lee, Colditz, Berkman & Kawachi, 2003) van centrar-se només en cuidadors de sexe femení i van dissenyar un estudi de cohorts en la població inclosa al Nurses' Health Study (Nurses' Health Study, 2016). Aquest estudi va concloure que estar al càrrec dels nens i dels néts augmentava el risc de presentar MCV en les dones.

La MCV no només genera repercussions a nivell personal en el mateix pacient; a nivell econòmic, el fet que una persona presenti una MCV ocasiona una despesa sanitària important

---

<sup>1</sup> Aquests autors defineixen els cuidadors com aquells membres de la família que cuiden i donen assistència als que estan ingressats per MCV. Són identificats com els primers responsables del benestar dels seus familiars amb MCV, però això els pot augmentar el risc de presentar també una MCV, ja que sovint expressen estrès, depressió, manca d'activitat física, etc., que ocasiona poca cura del cuidador mateix.

al país, de manera que la incidència elevada que presenta aquesta patologia requereix parer atenció en els costos que provoca.

En els darrers vint anys les admissions als hospitals per MCV han anat augmentant, fet que ha causat una major despesa en el pressupost sanitari. Doughty *et al.* (2002) proposen desenvolupar programes que involucrin la família de la persona amb MCV per tal de poder millorar la qualitat de vida d'aquestes persones i disminuir la càrrega sanitària que comporten.

Stewart *et al.* (2002) van proposar-se estudiar el cost que representava la MCV per al Servei Nacional de Salut d'Anglaterra. Van realitzar una comparació amb els valors que tenien del període 1990-1991, i malgrat haver sorgit nous tractaments per a aquesta patologia, van comprovar que les admissions als hospitals no havien disminuït, ja que una conseqüència d'aquests tractaments era l'augment de la supervivència. Amb tot, els nivells van mantenir-se en l'1,9% de la despesa total en salut.

A nivell europeu, Leal, Luengo-Fernández, Gray, Petersen i Rayner (2006) van proposar un estudi per tal de proveir informació sobre els costos que comportaven les MCV a la Unió Europea (UE), incloent els relatius a les cures, als cuidadors informals i a la pèrdua de productivitat d'aquestes persones, i estimar la proporció del total de MCV causades per causa coronària o per causa cerebrovascular. Van concloure que la MCV comportava un cost de 169 bilions d'euros a l'any. Aquest estudi demostrava que cal que els diferents països busquin estratègies per disminuir la despesa que comporta la MCV i adoptar els canvis conductuals necessaris per millorar la situació de la patologia.

S'estima que les malalties cardiovasculars tenen un cost de 196 bilions d'euros per any a la Unió Europea. El 54% està directament relacionat amb els costos de salut, el 24% amb la pèrdua de productivitat i el 22% amb les cures informals que reben aquests pacients. La malaltia coronària representa uns 60 bilions d'euros, cosa que significa un 31% del total dels costos de la MCV (Nichols *et al.*, 2012).

Fuster i Ibáñez (2008), en un estudi publicat l'any 2008, apuntaven que la MCV suposava un cost per als sistemes d'assistència sanitària d'uns 105.000 milions d'euros l'any 2003. Això representava 230 € l'any per càpita, un 12% del cost total en assistència sanitària. El cost d'hospitalització per causa de MCV estava al voltant del 57% dels costos, mentre que el dels fàrmacs en representava el 27%. A Espanya l'any 2009 la MCV tenia un cost per càpita de 173.000 € (Nichols *et al.*, 2012).

La situació a Espanya no mostrava grans canvis respecte als observats fins aleshores. López-Bastida, Serrano-Aguilar i Duque-González (2003) van presentar una avaluació de l'impacte



econòmic que comportaven les MCV i el càncer a les Illes Canàries l'any 1998. Van observar que aquestes patologies s'havien convertit en un problema sociosanitari de gran importància, que necessitava l'actuació del govern i ser considerat com una prioritat sanitària, ja que la MCV és altament sensible a mesures de promoció de la salut i de prevenció primària. Aquestes patologies mostraven un elevat cost, tant en despesa hospitalària com en atenció ambulatoria i especialitzada, però també en relació amb els fàrmacs necessaris per al control d'aquesta patologia. Es va constatar que les taxes de mortalitat eren elevades, però també van resultar ser-ho la pèrdua d'anys productius i el nombre de baixes laborals d'aquestes persones. Tot això convida a estudiar accions cost-efectives per tal de poder donar més prioritat als programes sanitaris. Segons un estudi realitzat pel Centro de Estudios Económicos y Empresariales (2014), a Espanya s'estimava que les malalties cardiovasculars tindrien un cost de 5.900 milions d'euros el 2014, i que augmentaria fins a valors de 8.800 milions d'euros el 2020. En aquest estudi van incloure tant les MCV com la malaltia cerebrovascular. A Catalunya l'11,5% del pressupost d'atenció sanitària del 2015 va ser destinat a les malalties de l'aparell circulatori, dins les quals trobem la malaltia cardiovascular (Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, 2015b).

## **2.2. ESTILS DE VIDA SALUDABLES EN PACIENTS AMB MALALTIA CARDIOVASCULAR**

Després de presentar una MCV, es recomana seguir un estil de vida saludable, que està relacionat amb la dieta, l'activitat física i no consumir substàncies nocives. L'estil de vida serien aquells comportaments que les persones presenten i que tenen influència sobre la seva salut.

Sovint aquests canvis aconsellats no són fàcils d'adquirir. De vegades són percebuts pel pacient com restriccions en diferents aspectes de la seva vida, com podrien ser modificacions en l'activitat física i l'exercici, canvis en la dieta, l'abandó del fumar i el maneig de l'estrès (Goldsmith *et al.*, 2006). Però l'adopció d'uns hàbits de vida saludables, juntament amb l'adherència al tractament prescrit, redueixen la morbimortalitat per causa cardíaca (Perk *et al.*, 2012).

Els estils de vida i la dieta afecten els factors de risc de la MCV. Hi ha diferents conductes nutricionals recomanades per prevenir els factors de risc i augmentar l'esperança de vida (Pryde & Kannel, 2011). En aquest sentit, existeixen estudis i recomanacions, realitzats per diferents institucions a nivell mundial, per tal d'encaminar les persones cap a un canvi d'hàbits i una disminució de la incidència i de la predisposició de la MCV.

L'OMS manifesta que almenys un 80% de les morts prematures per cardiopatia es podrien evitar amb una dieta saludable rica en fruita i verdura, evitant aliments amb un alt contingut de greix, sucre o sal i mantenint un pes corporal saludable, fent a més activitat física regularment i abandonant el consum o l'exposició al tabac. L'OMS reforça la idea que per prevenir i controlar les MCV cal una acció global i integrada (WHO Media Centre, 2015).



L'American Heart Association (AHA) és una associació dedicada des de l'any 1924 a la creació d'estils de vida saludables sense MCV ni angina de pit, per mitjà de la recerca, l'educació i programes a la comunitat i de suport (Davis *et al.*, 2009). L'AHA elabora diferents directrius per gestionar els estils de vida i reduir el risc cardiovascular. Considera que un estil de vida saludable és molt important per a la prevenció de la MCV, que és la principal causa de morbi-mortalitat mundial.

Per tal de poder elaborar aquestes directrius han estat de gran utilitat diferents assaigs clínics aleatoritzats, estudis observacionals, metaanàlisis i revisions sistemàtiques d'estudis duts a terme en adults, amb o sense MCV i amb o sense FRCV, i independentment de si tenen pes normal, sobrepès o obesitat, entre els anys 1998 i 2009. Aquests estudis, en general, prioritzen fer canvis pel que fa als hàbits alimentaris en lloc de fer canvis en els diferents components. Un exemple que proposen és el seguiment d'una dieta mediterrània. Aquest patró d'alimentació consisteix en la combinació de diferents aliments amb composicions variables, però prestant atenció als àcids grassos saturats (AGS), àcids grassos transsaturats (AGTrans), àcids grassos monoinsaturats (AGMI) i àcids grassos poliinsaturats (AGPI) pel seu efecte sobre els lípids i les lipoproteïnes. També destaquen la ingesta de sodi i potassi, pels seus efectes sobre la PA. Després de la revisió dels seus estudis van fer diverses recomanacions d'estils de vida: consumir una dieta rica en verdura, fruita i cereals integrals, ingerir aliments amb baix contingut de greix —preferentment carn blanca, peix, llegums i olis vegetals— i limitar la ingesta de dolços i carns vermelles; reduir la ingesta calòrica provinent dels AGS i dels AGTrans; limitar la ingesta de sodi i fer tres o quatre sessions a la setmana d'activitat física aeròbica de 40 minuts que inclogui activitats de moderada a vigorosa intensitat (Eckel *et al.*, 2014). Amb aquestes recomanacions es pretén reduir la incidència de la MCV, però a més promoure uns hàbits de vida saludables entre les persones (Lichtenstein *et al.*, 2006).

D'altra banda, l'European Society of Cardiology (ESC), l'European Atherosclerosis Society (EAS) i l'European Society of Hypertension (ESH) van publicar un llistat de recomanacions preventives per a les malalties coronàries l'any 1994, l'objectiu de les quals era disminuir la morbimortalitat cardiovascular, millorar la qualitat de vida i promoure els canvis en els estils de vida per tal d'augmentar l'esperança de vida (EUROASPIRE II Study Group, 2001).

A nivell estatal, la Fundació Espanyola del Cor (Fundación Española del Corazón, 2013) identifica diverses recomanacions per tal de disminuir el risc de patir MCV o bé millorar la qualitat de vida en el cas que ja s'hagi patit SCA. Podem trobar les següents: seguir una alimentació equilibrada i variada, dedicar 30 minuts diaris a fer exercici, no fumar, controlar el pes, vigilar el greix acumulat a la zona abdominal, comprovar la tensió arterial, revisar els nivells de colesterol i glucosa i controlar l'ansietat i l'estrès.

Els estils de vida saludables han estat motiu d'estudi per diferents autors. Haveman-Nies, Burera, Cruz, Osler i van Staveren (2002) van recollir dades per al seu estudi longitudinal, entre 1988 i 1999, a diferents ciutats europees amb l'objectiu d'esbrinar la relació entre tres estils conductuals modificables (una dieta d'elevada qualitat, no fumar i ser físicament actiu) i la supervivència al cap de deu anys entre població d'edats compreses entre 70 i 75 anys. L'estudi va ser anomenat *Survey in Europe on Nutrition and the Elderly: a Concerted Action Study* (SENECA). Les conclusions van ser que els diferents estils de vida saludables que havien plantejat estaven relacionats amb una major supervivència dins la població d'edat avançada d'Europa, tant si només feien un canvi com si els feien tots tres. Emfatitzen que els resultats de l'estudi remarquen la importància dels estils de vida saludables, per tal d'augmentar la probabilitat de supervivència i el manteniment d'aquests estils en edats avançades.

L'estudi de Paganini-Hill (2011) va interessar-se també pels estils de vida que predisposaven a la mortalitat cardiovascular, però dins dels col·lectius de més edat. La població escollida va ser una part de la que participava en un estudi prospectiu de cohorts sobre l'efecte que tenia la pràctica d'estils de vida modificables sobre la longevitat. Va explorar l'associació del tabaquisme, el consum d'alcohol, la ingesta de cafeïna, l'activitat física i l'IMC amb la mortalitat per MCV dins una gran cohort de persones amb una edat mitjana de 74 anys, seguits durant 26 anys. L'estudi va ser anomenat *The Leisure World Cohort Study* i va ser dut a terme en una comunitat de jubilats de Califòrnia a partir dels anys vuitanta. Es va observar que cadascun d'aquests ítems explorats es correlacionava amb una disminució de la mortalitat per MCV dins aquest col·lectiu. Els resultats d'aquest estudi fan concloure que la pràctica d'uns estils de vida saludables mantinguts al llarg del temps ajuden a disminuir la mortalitat i a augmentar l'esperança de vida.

Al llarg del temps, autors com Ijzelenberg i els seus col·laboradors (2012) s'han interessat a estudiar els efectes produïts com a conseqüència d'un canvi en l'estil de vida. Van dissenyar un assaig aleatoritzat controlat amb la intenció d'avaluar l'efectivitat d'un programa estructurat multidisciplinàriament que pretenia modificar els estils de vida durant sis mesos, per tal d'observar la reducció dels factors de risc cardiovascular en la població atesa a l'hospital d'Amsterdam. Hi van incloure persones amb MCV, malaltia cerebrovascular, postintervenció quirúrgica i intervenció coronària percutània (ICP), amb edats compreses entre 18 i 75 anys i que presentessin algun factor de risc. Els subjectes assignats al grup d'intervenció van rebre un programa d'estil de vida elaborat per un equip de fisioterapeutes, metges esportius, cardiólegs, psicòlegs, nutricionistes i internistes. L'educació anava encaminada a modificar la dieta, promoure l'activitat física i ajudar a deixar de fumar. Durant els tres primers mesos van realitzar un programa d'exercicis físics i relaxació i també hi havia grups de suport en factors de risc, activitat física, dieta, motivació i maneig de l'estrès dirigits per un especialista, tot encaminat a dissenyar el seu propi programa d'entrenament. Els tres mesos posteriors van ser dedicats a

la implementació dels canvis en els estils de vida que s'havien plantejat. El grup control va ser tractat de la manera habitual que es feia amb la població holandesa, amb medicació sobre els diferents factors de risc i donant consells sobre estils de vida saludables. Després d'analitzar les diferents dades recollides es va concloure que les intervencions educatives sobre els estils de vida tenen un efecte beneficiós sobre els FRCV i que és de vital importància dur a terme aquestes intervencions per modificar els estils de vida (Ijzelenberg *et al.*, 2012).

D'altra banda, Gibson *et al.* (2014) van realitzar un estudi observacional descriptiu per tal d'avaluar l'impacte d'un programa intensiu de prevenció en cardiologia basat en l'evidència tant mèdica com de factors de risc en pacients amb alt risc de desenvolupar MCV. La població d'estudi van ser persones de l'oest d'Irlanda amb factors de risc coneguts. Es va dissenyar una intervenció de 16 setmanes en què els participants i els membres de les seves famílies van rebre assessorament en relació amb hàbit tabàquic i dependència de la nicotina, dieta, nivells d'activitat física i capacitat funcional, pes, talla, IMC, circumferència del maluc, mesures psicosocials, pressió arterial, controls analítics de lípids i glucosa i ús de medicació cardioprotectora. Es van realitzar tres avaluacions: a l'inici, en finalitzar la intervenció i al cap d'un any. Aquest estudi va mostrar que s'havien adquirit beneficis significatius gràcies als estils de vida cardio-protectors, mesures antropomètriques, mesures biomèdiques i indicis psicosocials. Els canvis més grans els van trobar en els fumadors, que havien aconseguit un augment de l'adherència a una dieta cardioprotectora i a l'activitat física. Les millores en la dieta, l'activitat física i les mesures antropomètriques impacten positivament en la salut mental, i el suport social que rep el grup també influeix en el benestar psicològic (Gibson *et al.*, 2014).

Alguns autors es van focalitzar en un hàbit concret. Així, Wannamethee, Shaper i Walker (2000) van proposar-se estudiar la relació entre l'activitat física i els canvis que es podien fer en referència a la pràctica d'exercici físic durant cinc anys de seguiment, en homes d'edat avançada, entre 52 i 73 anys, ja diagnosticats de cardiopatia, i també avaluar l'efecte de les activitats físiques habituals, com són caminar, fer esport o cuidar el jardí, en les taxes de mortalitat. La població escollida va ser la participant en el British Regional Heart Study (BRHS), un estudi prospectiu de llarga durada, on el nombre de participants en l'últim qüestionari va ser de 5.934. Els autors van poder observar que una pràctica d'activitats recreatives amb una durada superior a quatre hores estava associada a una reducció significativa de les taxes de mortalitat per MCV, de la mateixa manera que caminar durant un període superior a 40 minuts reduïa la mortalitat per causa cardiovascular. Una intensa activitat de jardineria també mostrava beneficis en relació amb la mortalitat per cardiopatia. En canvi, una activitat inferior a un cop al mes no millorava els índexs de mortalitat per MCV. Es va concloure que el nivell i el tipus d'activitat física que duen a terme les persones com a part de les activitats diàries poden ser considerats beneficiosos en els pacients ja diagnosticats de MCV (Wannamethee *et al.*, 2000).

Per la seva banda, Chatziefstratiou, Giakoumidakis i Brokalaki (2013) es van centrar exclusivament en l'efecte de la rehabilitació cardíaca (RC) que s'efectua en les persones que han patit una SCA. Es va realitzar una revisió de diferents estudis que avaluaven com la RC repercutia en els factors de risc modificables. Es va observar que la RC era efectiva per lluitar contra els factors de risc al llarg del temps i per induir un canvi considerable per millorar els hàbits en els estils de vida. Aquests pacients tendeixen a adoptar uns estils de vida saludables deixant de fumar, perdent pes i augmentant el nivell d'activitat física.

Santaularia i els seus col·laboradors (2016) van avaluar l'eficàcia d'un programa d'entrenament d'exercici supervisat en pacients amb IAM que reduïa el nombre de visites a urgències i augmentava el nombre de pacients que retornaven a la feina.

La dieta és un dels factors de risc modificables més importants de la MCV. Un canvi cap a una dieta saludable pot ajudar a prevenir, en prevenció primària, la MCV i també pot ajudar a prevenir la progressió de la malaltia, en prevenció secundària, en aquelles persones que tenen símptomes i estan classificats amb un alt risc (Nichols *et al.*, 2012). La dieta també ajuda a modificar altres FRCV, fent que disminueixi el risc de presentar MCV.

En aquest sentit, McNaughton, Dunstan, Ball, Shaw i Crawford (2009) van investigar les associacions entre la qualitat de la dieta i les persones que estaven diagnosticades recentment de diabetis, prediabetis o algun FRCV. La població estudiada va ser escollida a través d'un mostreig estratificat de 42 àrees urbanes i no urbanes dels sis estats del nord-est d' Austràlia. L'estudi va ser anomenat *The Australian Diabetes, Obesity and Lifestyle (AusDiab)*. Hi van participar de forma voluntària 11.247 ciutadans, que van ser invitats entre els anys 1999 i 2000. Els autors van observar que una elevada qualitat de la dieta estava associada significativament amb uns valors baixos de PA, un baix nivell de colesterol i una millor sensibilitat a la insulina. Per tant, contribuïa a millorar el risc de MCV.

Els objectius dietètics clau per a aquest tipus de població per prevenir la MCV inclouen limitar la ingesta total de greixos, principalment els provinents d'AGS i AGTrans; limitar la ingesta de sodi, d'hidrats de carboni i de sucres afegits, especialment begudes ensucrades, i augmentar la ingesta de fruites, verdures i fibra. Inclouen també moderar la ingesta d'alcohol, mantenir un pes saludable i ser físicament actiu (Nichols *et al.*, 2012). Millorar la dieta i els canvis en estils de vida és un component crític de l'estratègia de l'AHA per prevenir la MCV (Lichtenstein *et al.*, 2006).

Sovint, a molts professionals sanitaris els resulta més fàcil prescriure algun fàrmac que dur a terme una educació sanitària que pugui motivar un canvi dels hàbits dietètics dels pacients, tenint present que caldrà fer un seguiment d'aquests canvis durant un llarg període de temps,

supervisar-los i, principalment, que siguin acceptats per la persona. Recordem que també és possible una combinació de les dues accions abans descrites per aconseguir efectes beneficiosos (De Lorgeril *et al.*, 1999).

Stampfer, Hu, Manson, Rimm i Willett (2000) van fer un seguiment de 84.129 dones que participaven en el NHS i que no tenien diagnòstic de MCV, càncer o diabetis a l'inici de la recollida de dades, l'any 1980. L'objectiu era avaluar com la pràctica de diferents canvis d'estils de vida podia prevenir casos de MCV. Van estimar la proporció de resultats coronaris que podien ser previsibles amb l'adherència a diferents canvis dietètics i conductuals; també van avaluar el fet de presentar una angina de pit. Després d'un seguiment de catorze anys, amb avaluacions cada dos anys per mitjà de diferents qüestionaris alimentaris, van concloure que en aquesta població estudiada la gent que no presentava hàbit tabàquic, que no tenia sobrepès, que mantenia una dieta saludable (amb una baixa quantitat d'aportació de greix i una elevada quantitat d'ingesta d'aliments rics en fibra, àcids grassos omega-3 d'origen marí, vitamina B9 i una relació AGPI/AGS elevada), que feia exercici físic moderat almenys 30 minuts al dia i que presentava un consum moderat d'alcohol, reduïa el risc de MCV en un 80% comparada amb la resta de la població. Finalment, van constatar que, malgrat que els tractaments mèdics siguin efectius, un canvi en els estils de vida pot prevenir la gran majoria de presentacions de cardiopaties, principalment en les dones (Stampfer *et al.*, 2000).

Les conductes saludables redueixen la incidència de la MCV i la seva mortalitat. Malgrat això, canvis en els estils alimentaris per tal d'evitar la MCV no són fàcils, ja que cal que es mantinguin durant un llarg període de temps, fet que de vegades és més difícil que no pas prendre fàrmacs (Pryde & Kannel, 2011).

En aquest sentit, Pryde i Kannel (2011) van realitzar una revisió sistemàtica centrada en assaigs grans de 1.900 subjectes i amb metaanàlisis en què es fes evident la relació entre els factors dietètics i la incidència de MCV, angina, ictus i DM. En el seu estudi van efectuar una recerca a través de bases de dades d'estudis que quantificaven o confirmaven les relacions entre les recomanacions dietètiques i conductuals i que comportaven un bon control dels FRCV, entre els anys 2000 i 2010. Després d'analitzar els resultats van arribar a la conclusió que els estils de vida que contenen una dieta saludable amb característiques similars a la dieta mediterrània o a la cuina oriental ajuden a evitar la MCV i la predisposició als factors de risc i perllonguen l'esperança de vida d'aquestes persones.

Per la seva banda, Lin, O'Connor, Whitlock i Beil (2010) van realitzar una revisió sistemàtica per al grup de treball del servei de prevenció dels Estats Units (EUA) que consistia en una recerca sistemàtica dels assaigs clínics controlats sobre activitat física o consell dietètic per prevenir les MCV, del 2001 al 2009. Finalment, 109 articles, que representaven 73 estudis, van ser inclosos

en la revisió. S'hi van incloure estudis d'atenció primària (AP) que donaven consells sobre activitats físiques o intervencions dietètiques saludables, però es van excloure aquells el propòsit dels quals era perdre pes, seguir una dieta controlada o planificar una activitat física supervisada, com també les accions dirigides a persones amb HTA, hiperlipèmia, diabetis i MCV o que presentessin algun FRCV. L'únic requeriment era fer un seguiment de sis mesos com a mínim. Es buscaven intervencions que poguessin ser comparades amb les cures habituals, amb una intervenció mínima o amb un grup control. Es van obtenir quatre resultats diferents a partir de la formulació de quatre preguntes. La primera que van formular va ser: «Intervencions en AP en referència a l'assessorament que tenen els adults respecte a la pràctica d'activitat física o dieta saludable, milloren els resultats de MCV?». Es van obtenir resultats sobre salut o epidemiològics, com ara sobre la mortalitat i la morbiditat. La segona pregunta que van plantejar va ser: «Intervencions en AP en referència a l'assessorament que tenen els adults respecte a la pràctica d'activitat física o a una dieta saludable, milloren els resultats intermedis de MCV?». Van obtenir resultats intermedis, com ara sobre els nivells de PA i de glucosa i el perfil lipídic. La tercera pregunta que van formular era: «Intervencions en AP en referència a l'assessorament que tenen els adults respecte als canvis dietètics o en la pràctica d'activitat física, estan associats a comportaments saludables?». Van obtenir resultats conductuals, com ara sobre el canvi d'hàbits pel que fa a la ingesta o a l'activitat física. Finalment, la darrera i última pregunta formulada va ser: «Quins són els efectes adversos de les intervencions en els comportaments, en AP, en referència als canvis d'activitat física i dieta saludable en els adults?». Van poder obtenir resultats sobre els danys repercutits, com podrien ser la presentació d'IAM durant l'activitat física o després d'aquesta. A partir dels diferents resultats obtinguts van concloure que les intervencions de moderada o elevada intensitat comportaven grans canvis quant a resultats intermedis, però que calien més estudis per poder avaluar intervencions menys intenses i de llarga durada.

Centrant la mirada en l'AP, Barterfield *et al.* (2010) van dur a terme un estudi amb l'objectiu d'esbrinar les preferències i l'autoeficàcia de les diferents dietes explicades als pacients ambulatoris. El mètode utilitzat per a la recollida de dades va ser mitjançant qüestionaris autoadministrats. Després d'analitzar-ne els resultats, els autors van concloure que els pacients ambulatoris transmeten una elevada voluntat de canvi i autoeficàcia en referència a la reducció de la ingesta de greix, d'hidrats de carboni i de calories de la seva dieta. Cal remarcar que una atenció especial respecte a qualsevol canvi dietètic comporta millors resultats que una dieta molt específica, ja que aquests pacients ambulatoris són molt receptius als consells alimentaris.

Els autors de les guies de l'AHA conclouen que un seguiment rigorós i estricte de l'aplicació d'aquests principis dietètics i estils de vida en pacients de risc contribueix a una reducció significativa del risc i a una obtenció de millors beneficis que amb altres enfocaments tera-

pèutics, demostrant que els canvis en la dieta ajuden a controlar el risc de MCV (Lichtenstein *et al.*, 2006).

Yunsheng *et al.* (2008) van realitzar un estudi per determinar la qualitat de la dieta en pacients amb malaltia coronària. La població d'estudi van ser pacients als quals havien practicat un cateterisme a l'hospital de Massachusetts, i que van ser aleatoritzats en un grup o en un altre. El grup control rebia l'atenció habitual i l'altre grup rebia cinc trucades telefòniques per millorar el compliment del tractament mèdic hipolipemiant. Al cap d'un any del diagnòstic de MCV van recollir un qüestionari 24 h de consum d'aliments. Després de la recollida de dades i la posterior anàlisi van constatar una pobra qualitat en la dieta quotidiana d'aquests malalts i la necessitat d'augmentar la vigilància i les recomanacions en els estils de vida que fan els metges i altres professionals de la salut, per tal que en un futur es pugui reduir el risc d'esdeveniments coronaris en aquest tipus de pacients. Indiquen que futurs estudis haurien de donar a conèixer materials d'educació nutricional adaptats als diferents nivells educacionals i avaluar l'efecte que tenen aquests materials en la ingesta.

En relació amb els hàbits alimentaris, hi ha grups d'aliments que tenen una repercussió important pel seu efecte i control davant la MCV; per aquest motiu alguns autors, que seguidament comentarem, proposen estudis en què el focus d'atenció és un aliment o bé un grup d'aliments.

El consum d'una dieta rica en fruites i verdures ajuda a disminuir el risc de MCV (Lichtenstein *et al.*, 2006). Ness i Powles (2000) van fer una revisió dels articles publicats amb aquesta temàtica a les bases de dades de MEDLINE del 1966 al 1995 i a l'EMBASE del 1980 al 1995. Després de la recerca van concloure que diferents estudis dels que van trobar reportaven una associació protectora entre el consum de fruites i verdures i la MCV, tant per IAM com per angina de pit, però no van trobar cap article que parlés només de la ingesta de fruita i verdura per prevenir el risc cardiovascular, sinó que els que van recollir estaven inclosos dins altres estils de vida. Van concloure que la literatura no permetia encara examinar l'associació de menor risc de MCV amb determinades fruites o verdures. Uns anys més tard, Liu *et al.* (2000) van dissenyar un estudi per comprovar si elevades ingestes de fruita i verdura reduïen el risc de MCV i van escollir la població participant a The Women's Health Study (Harvard Medical School. Brigham and Women's Hospital, 2015). Les participants eren dones sense malaltia coronària, ictus o càncer. Després d'un seguiment prospectiu de cinc anys, es va observar que hi havia una relació inversa entre el consum de fruita i verdura i el risc de MCV, més evident en aquelles participants que no havien presentat anteriorment diabetis, HTA o hipercolesterolèmia. Per tant, s'aconsella que les recomanacions actuals incloguin un elevat consum de fruita i verdura com a mesura de prevenció primària vers la MCV.



Per la seva part, Joshipura *et al.* (2001) van dissenyar un estudi prospectiu de cohorts amb l'objectiu d'avaluar l'associació entre el consum de fruita i verdura i el risc de MCV. La població escollida van ser els participants en els estudis The Nurses' Health Study (NHS) (Nurses' Health Study, 2016), on les participants eres dones infermeres, i The Health Professionals' Follow-up Study (HPFS) (Harvard TH Chan School of Public Health, 2016), on els participants eren professionals masculins de la salut. Van trobar una relació inversa entre la ingesta de fruita i verdura i el risc de MCV, tant en homes com en dones, tot i que el menor risc el van trobar en aquelles persones que consumien vegetals de fulla verda i fruites i verdures riques en vitamina C. Recorden que un consum inferior a quatre racions al dia no ajuda a millorar el risc de MCV, tal com ha faria un consum superior a vuit racions al dia. Pryde i Kannel (2011), en la seva revisió d'estudis, van poder veure que el consum de suc de taronja, gràcies als flavonoides que conté, preveu la cardiopatia, l'angina de pit, la diabetis i la resistència a la insulina.

Un altre aliment que també té repercussió en el risc de MCV són els cereals o llavors integrals. Si s'incorporen com a substituïts dels sucres refinats i s'intenta que continguin una elevada quantitat de fibra, aporten sacietat i ajuden a disminuir la ingesta calòrica. Al mateix temps milloren la qualitat de la dieta i disminueixen el risc per MCV (Lichtenstein *et al.*, 2006). En l'estudi de Singh (1992), observem que una dieta rica en fibra, vitamines i minerals i associada amb una reducció de pes iniciada al cap de 72 hores d'un IAM provoca una disminució significativa de la mortalitat total per patologia cardíaca en un any. Liu *et al.* (1999) ja havien recomanat la ingesta de cereals i llavors integrals per la seva relació amb la disminució de casos de MCV.

Si seguim examinant els diferents aliments, comprovem que es recomana que l'aportació proteica vingui principalment del peix, especialment del greixós o blau, recomanant-ne un consum mínim de dos cops a la setmana, ja que són rics en AGPI omega-3, com l'àcid eicosapentaenoic (EPA) i l'àcid docosahexaenoic (DHA). Aquests dos últims àcids grassos serien els responsables d'una disminució del risc de MCV i d'una disminució de la mortalitat per causa cardíaca (Davis *et al.*, 2009; Lichtenstein *et al.*, 2006; Pryde & Kannel, 2011). Cal remarcar que els EPA i els DHA són essencials per al nostre organisme, tot i que no els podem sintetitzar. Per aquest motiu es necessita la ingesta de l'àcid alfa-linolènic (ALA), provinent de l'oli de soja, que és el precursor de la síntesi d'aquells dos (Davis *et al.*, 2009). Malgrat que es recomana una ingesta de peix dos cops a la setmana, cal remarcar que la manera de cuinar-lo permetrà una millor disposició de l'omega-3 per a l'organisme (Pryde & Kannel, 2011). S'ha de recordar que també es permet el consum de carn magra i aviram. També és recomanable consumir proteïnes d'origen vegetal, com les que aporten els llegums, per exemple els fesols (Davis *et al.*, 2009).

L'estudi de He *et al.* (2009) mostra la relació dels omega-3 amb la reducció del risc de mortalitat per MCV i que, a més, aporten un efecte cardioprotector; per poder-ho analitzar es va



utilitzar un estudi de tall transversal en què es va involucrar a 5.677 subjectes procedents de l'estudi de cohorts Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA) (Mesa Coordinating Center, 2016).

Per la seva part, Gebauer, Psota, Harris i Kris-Etherton (2006) ja havien realitzat una revisió de diferents estudis epidemiològics i assaigs clínics amb l'objectiu de revisar les recomanacions que hi havia en aquell moment, en referència al consum d'omega-3 als EUA i altres països, que indiquessin o que relacionessin el seu consum amb una disminució del risc de MCV. Van poder resumir la seva revisió dient que els estudis trobats havien demostrat efectes beneficiosos del consum d'omega-3, tant d'origen marí com vegetal.

Si continuem parlant de l'aportació proteica, podem referir-nos a la ingesta de carn vermella o processada. En aquest sentit, Sinha *et al.* (2009) van dissenyar un estudi amb l'objectiu de determinar la relació entre la ingesta de carn vermella, processada o blanca amb la taxa de mortalitat i la causa específica de mortalitat per MCV o càncer, en una cohort d'aproximadament mig milió d'homes i dones jubilats que participaven en l'estudi anomenat *National Institutes of Health – American Association of Retired Person (NIH-AARP) Diet and Health Study*. Van concloure que elevades ingestes de carn vermella i processada augmentaven el risc de mortalitat per MCV o càncer, mentre que elevades ingestes de carn blanca contribuïen a disminuir el risc de mortalitat en general i concretament en el càncer (Pryde & Kannel, 2011).

Pel que fa a l'energia aportada pels lípids, es recomana limitar la ingesta d'AGS a menys del 7% de l'energia i la d'AGTrans a menys de l'1% de l'energia o al menor consum possible, així com mantenir els nivells de colesterol per sota de 300 mg/dia, consumint carns magres i alternatives vegetals, escollint productes lliures de greixos i minimitzant la ingesta dels àcids grassos hidrogenats. Dietes baixes en AGS, AGTrans i colesterol redueixen el risc de MCV (Davis *et al.*, 2009; Lichtenstein *et al.*, 2006). Pel que fa als àcids grassos insaturats (AGI), que són font d'àcids grassos omega-6, l'AHA en recomana una ingesta que estigui entre el 5% i el 10% de la ingesta calòrica procedent dels lípids, per reduir el risc de malaltia coronària (Harris *et al.*, 2009).

Per la seva banda, Hu *et al.* (1997; 1999) van realitzar un estudi prospectiu, amb una durada de 14 anys, a 80.082 dones amb edats entre 34 i 59 anys involucrades en l'estudi The Nurses' Health Study, amb l'objectiu d'observar la relació de la ingesta dietètica de diferents tipus de greix, especialment els AGTrans, amb la MCV. Van utilitzar el Qüestionari de Freqüència de Consum d'Aliments Semiquantitatiu (QFCASQ) per tal de poder recollir les dades. Es va observar que elevades ingestes d'AGS i AGTrans estaven associades amb un augment del risc de MCV; per contra, elevades ingestes d'AGMI i AGPI estaven relacionades amb una disminució del risc. Per tant, es recomana una substitució dels AGS i AGTrans per AGPI i AGMI per afavorir

el perfil lipídic de les persones amb cardiopatia, però es remarca que una reducció total de l'aportació de greix no mostra un gran efecte cardioprotector. D'altra banda, és sabut que els ous són una font molt important de colesterol, i per aquest motiu diversos estudis han estudiat la relació entre el consum d'ous i la MCV. Aquests aliments, però, també contenen altres nutrients, com AGI, aminoàcids essencials, vitamina B9 i altres vitamines del grup B. Hu *et al.* (1999) van proposar un estudi prospectiu per estudiar la relació entre el consum d'ous i el risc de patir MCV en dues cohorts d'homes i dones, participants en els estudis HPFS i NHS ( població que posteriorment serà utilitzada per diferents autors que participen en aquest estudi per tal de poder relacionar la MCV amb altres aliments). En l'anàlisi de les dues cohorts es va observar que no hi havia una associació significativa entre el consum d'un ou al dia i el risc de MCV, tot i que apareix un augment del risc de MCV amb un consum elevat d'ous en pacients diabètics, que caldria estudiar en un futur (Pryde & Kannel, 2011).

S'ha de recordar que cal minimitzar el consum de begudes i aliments ensucrats, ja que ajudaria a una disminució en la ingesta calòrica i, per tant, a mantenir un pes adequat (Lichtenstein *et al.*, 2006). Les persones que consumeixen elevades quantitats de sucre presenten elevats nivells de triglicèrids (TG) i d'HDL en relació amb la mitjana, fet que provoca que consumeixin un excés de calories (Pryde & Kannel, 2011). També s'aconsella preparar i escollir aliments sense sal o amb poca quantitat, ja que això ajuda a prevenir la HTA i els FRCV i redueix el risc de formació de trombes arterioscleròtics (Davis *et al.*, 2009; Lichtenstein *et al.*, 2006).

Judd i Tangpricha (2009) van interessar-se per la vitamina D i el seu efecte sobre el sistema cardiovascular. Van realitzar una revisió de diferents estudis epidemiològics, de tall transversal, de cas-control, de cohorts, i assaigs clínics que avaluaven aquesta relació entre la vitamina D i el sistema cardiovascular. Van arribar a la conclusió que una deficiència de vitamina D incrementa el risc d'incidència de HTA, malaltia isquèmica del cor, IAM o mort per causa cardíaca. Per tal d'augmentar-ne el consum és necessari augmentar-ne la ingesta per boca i amb suplementes, però també augmentar l'exposició solar, ja que és un precursor de la síntesi de vitamina D (Pryde & Kannel, 2011). Aquests autors també fan esment del consum de cafè, ja que prendre'n quatre tasses o més diàriament repercuteix en una reducció del 18% de les hospitalitzacions per alteracions del ritme cardíac, dins el col·lectiu d'homes i dones, de diferents ètnies i fumadors. En canvi, el cafè descafeïnat no aportava protecció. Per tant, el consum de cafè no comportava més risc de MCV, sinó al contrari, podia tenir un efecte beneficiós per a la cardiopatia. Aquests autors també van realitzar una revisió dels estudis que analitzaven el consum de xocolata. La revisió conclou que la xocolata ajudava a disminuir la PA i el risc de MCV, per l'efecte antioxidant que tenen els flavonoides que conté (Pryde & Kannel, 2011).

A banda d'identificar les recomanacions i avaluar-ne l'efecte sobre les diferents intervencions, cal valorar les percepcions individuals, els pensaments, les preocupacions, els coneixements

previs i les circumstàncies de la vida quotidiana de cada pacient. Els mètodes cognitivoconductuals són efectius per donar suport a les persones que estan adoptant canvis en el seu estil de vida. L'assessorament individual és bàsic per poder aconseguir la motivació del canvi en aquestes persones (Perk *et al.*, 2012).

Aconseguir canvis en l'estil de vida implica trencar amb els mals hàbits apresos i adoptar uns bons hàbits saludables i protectors, com podrien ser intervencions de pèrdua de pes combinades amb un augment de l'activitat física i una reducció de la ingesta calòrica (Nilsen, Gardner & Broström, 2013). Un estil de vida que té gran repercussió en el nostre entorn és la dieta mediterrània (Perk *et al.*, 2012).

### **2.2.1. LA DIETA MEDITERRÀNIA, UN ESTIL DE VIDA SALUDABLE**

Les intervencions nutricionals estan en la primera línia de la teràpia per a la prevenció i el tractament de la MCV. L'evidència científica suggereix que la dieta mediterrània (DMed) tradicional redueix el risc de MCV (Bautista & Engler, 2005). És per això que, des del segle passat fins a l'actualitat, la DMed ha estat motiu d'estudi per a diferents autors.

La DMed correspon tradicionalment a un patró dietètic trobat a Grècia, Itàlia meridional, Espanya i altres països amb oliveres de la conca del Mediterrani a la dècada dels seixanta (Martínez-González & Gea, 2012; Willett *et al.*, 1995). Està ecològicament associada amb una esperança de vida major (Martínez-González & Sánchez-Villegas, 2004) i es caracteritza per algunes recomanacions bàsiques, com són utilitzar l'oli d'oliva com a principal font de greix, tant per a cocció com per amanir, la ingesta de fruita seca i llegums, consumir aliments d'origen vegetal en abundància, que el pa i altres aliments procedents de cereals formin part de l'alimentació diària, consumir aliments poc processats, frescos i de temporada, prendre diàriament productes làctics, iogurt i formatges, consumir carn vermella i dolços en poca quantitat, menjar peix en abundància i ous amb moderació, consumir fruita fresca per postres, consumir aigua com a beguda, tot i que es pot prendre vi amb moderació durant els àpats, i fer activitat física cada dia (Fundación Dieta Mediterránea, 2015; Kris-Etherton *et al.*, 2001; Kromhout *et al.*, 1989; Panagiotakos, Pitsavos & Stefanadis, 2006; Serra-Majem, Roman & Estruch, 2006; Willett *et al.*, 1995). Tradicionalment, aquest estil de vida s'ha representat en forma de piràmide (vegeu Annexos 1 i 2) (Dontas, Zerefos, Panagiotakos & Valis, 2007; Fundación Dieta Mediterránea, 2010; Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, 2015a).

A la llum del creixent nombre de MCV a nivell mundial, la prevenció cardiovascular constitueix un objectiu principal de salut pública i la DMed és un objectiu viable i sostenible que cal promoure (Martínez-González & Gea, 2012).

Alguns estudis epidemiològics, com el Lyon Heart Study, l'EPIC, l'Attica i el HALE, aporten evidència que la DMed té un efecte protector enfront de la MCV i afecta favorablement els nivells de salut de la població mediterrània, ja que els índexs de mortalitat en aquestes regions són inferiors als de la resta de països (Dontas *et al.*, 2007).

Sofi, Cesari, Abbate, Gensini i Casini (2008) van realitzar una revisió sistemàtica de tots els estudis de cohorts prospectius que havien analitzat la relació entre l'adherència a la DMed i els resultats adversos, com podrien ser la mortalitat i la incidència, per tal d'establir el rol de la DMed en la prevenció primària. La seva cerca es va fer en diferents bases de dades, com ara PubMed, Embase, Web of Science i Cochrane Central Register of Controlled Trials, fins a la data del 30 de juny del 2008. Després de l'anàlisi dels diferents estudis van concloure que l'adherència a una DMed està associada significativament amb una reducció del 9% del risc de mortalitat per causa cardiovascular.

L'any 1947, durant el desenvolupament del TFHS, va iniciar-se un estudi a la Universitat de Minnesota (Websites for Scientists, 2014g) anomenat *dels Set Països*. Va ser un estudi pioner a l'hora d'examinar de forma prospectiva i transcultural la relació entre la taxa de malaltia cardiovascular i característiques físiques i d'estil de vida de les persones, però particularment en referència a una dieta principalment greixosa i rica en colesterol (Websites for Scientists, 2014a, 2014e). La població d'aquest estudi van ser homes amb edats compreses entre 40 i 59 anys, seleccionats a Finlàndia, Itàlia, Grècia, Iugoslàvia, Holanda, els Estats Units i el Japó; el motiu d'aquesta selecció era que cadascun venia de cultures aparentment diferents en estil de vida, hàbits alimentaris i factors de risc (Websites for Scientists, 2014e).

En total van observar setze cohorts (Websites for Scientists, 2014e), formades per diferents poblacions dels països, entre els anys 1959 i 1964 (Kromhout *et al.*, 1989). El 1960 l'èmfasi en la recerca entre la dieta i la MCV es posava en els AGS (Websites for Scientists, 2014f). Un dels resultats que van obtenir va ser que la DMed estava associada a una baixa incidència de MCV (Websites for Scientists, 2014b). Això va fer pensar que la ingesta d'oli d'oliva (AGI) tenia un efecte cardioprotector (Keys *et al.*, 1986). Després d'aquests primers resultats, que van ser al 1958 (Websites for Scientists, 2014c), l'estudi ha tingut una prospecció de cinquanta anys i encara se n'estan obtenint.

Durant la realització de l'estudi dels Set Països van sorgir altres estudis que van treballar amb les mateixes poblacions; van ser el Zutphen Elderly Study, els Finland, Italy i Netherlands Elderly (FINE) Study i el Healthy Ageing: a Longitudinal study in Europe (HALE) Project (Websites for Scientists, 2014d).

El Zutphen Elderly Study (Websites for Scientists, 2014j) va iniciar-se el 1960. Diferia de les altres cohorts de l'estudi dels Set Països perquè s'hi va recollir la ingesta dietètica de tots els participants a intervals regulars. Això va permetre estudiar etiològicament les relacions entre les variables dietètiques i la incidència de MCV (Kromhout & Bloemberg, 2002); a més a més, s'hi va afegir un examen mèdic que incloïa un electrocardiograma i el control dels principals factors de risc, com el colesterol, la pressió arterial i l'hàbit tabàquic (Websites for Scientists, 2014j).

A l'estudi FINE la població escollida van ser les cohorts de Finlàndia, Itàlia i Holanda, després de 25 anys d'haver estat incloses dins l'estudi dels Set Països. El seu inici va ser el 1984, en la segona fase de l'estudi dels Set Països. Es va passar als participants una enquesta cardiològica on es van afegir alguns termes, com l'activitat física en el temps lliure, mesures de rendiment físic, activitats de la vida diària i indicadors de salut mental, salut social i autopercepció de salut. Aquestes persones van ser seguides durant un període de 25 anys (Websites for Scientists, 2014h).

Finalment, el HALE Project va començar el 2001 i estava constituït per tres estudis longitudinals: l'estudi dels Set Països, l'estudi FINE i el SENECA. L'objectiu d'aquest projecte va ser estudiar els canvis i els determinants de l'envelliment normal i saludable de tretze països europeus (Moreiras, Cuadrado, Del Pozo & Rodríguez, 2007; Websites for Scientists, 2014i).

Aprofitant les dades recollides en el projecte HALE, Knoop *et al.* (2004) van proposar-se investigar l'efecte individual i conjunt de la DMed, el ser físicament actiu, el consum moderat d'alcohol i el no fumar en la mortalitat dels ancians europeus. Per tal de poder associar la dieta i els canvis de vida amb l'índex de mortalitat van utilitzar una escala de DMed que valorava vuit factors: la ràtio AGMI/AGS i el consum de llegums, fruita seca i llavors, gra, fruita, verdures i patates, carn i productes càrnics, productes làctics i peix. Després de deu anys de seguiment, van concloure que tant els homes com les dones que s'havien adherit a una DMed, eren no fumadors o havien deixat de fumar en els quinze anys anteriors, eren físicament actius, prenién un consum d'alcohol moderat i tenien menys de la meitat de la taxa de mortalitat per causa cardiovascular.

Altres autors, com De Lorgeril (De Lorgeril *et al.*, 1999) i Trichopoulou (Trichopoulou, Corella, Martínez-González, Soriguer & Ordovas, 2006), entre altres, s'han interessat a estudiar com la DMed influeix en la salut, i concretament com els estils de vida i la dieta influeixen en les persones amb cardiopatia.

El Lyon Heart Study (Kris-Etherton *et al.*, 2001) és un assaig clínic aleatoritzat, controlat, de doble cec i de prevenció secundària que va voler provar l'eficàcia de la DMed sobre les taxes de recurrència després d'un primer IAM, comparant-la amb un patró dietètic d'Occident. Es van

avaluar també les relacions amb els factors de risc cardiovascular. La mostra va ser recollida entre els anys 1988 i 1992 de persones que havien sobreviscut a un IAM. En el grup control els participants van rebre l'educació bàsica que rebien tots els pacients i en el grup experimental van ser instruïts a seguir una dieta mediterrània rica en  $\alpha$ -linolènic (omega-3). Després de 46 mesos de seguiment i presentar factors de risc cardiovascular similars, els participants que van seguir una DMed presentaven entre un 50% i un 70% menys de probabilitat de presentar de nou MCV, tot avaluant tres resultats: mort de causa cardíaca o infarts no fatals; presentar angina inestable, ictus, insuficiència cardíaca i pulmonar o embolismes perifèrics; i requerir hospitalització. La majoria de pacients van seguir les recomanacions de DMed, fet que evidencia que és possible un canvi d'hàbits en aquest tipus de pacients. Els autors van concloure també que els nivells de colesterol en sang i la PA són predictors de recurrència de IAM i que la DMed no modifica qualitativament la relació entre els factors de risc i l'índex de recurrència (De Lorgeril *et al.*, 1999; Kris-Etherton *et al.*, 2001).

Trichopoulou, Bamia i Trichopoulos (2005) van treballar per avaluar si la DMed disminuïa la mortalitat en persones que ja havien presentat MCV, centrant-se en la població grega, concretament en els participants en l'European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC). Van recollir informació sobre la dieta, els estils de vida i mesures antropomètriques. Van poder observar que una elevada adherència a la DMed comportava una disminució del 25% en la mortalitat de les persones que ja havien presentat una MCV (Dilis *et al.*, 2012; Trichopoulou *et al.*, 2005; Trichopoulou, Costacou, Bamia & Trichopoulos, 2003). Malgrat aquests resultats, no es coneix particularment la interacció de cadascun dels components, però es creu que l'oli d'oliva i el consum de fruita i verdura aporten beneficis en la prevenció de la MCV (Trichopoulou *et al.*, 2006).

L'estudi Attica (Chrysohoou, Panagiotakos, Pitsavos, Das & Stefanadis, 2004) és un estudi epidemiològic portat a terme a la província d'Àtica (Atenes), on van ser inclosos aleatòriament habitants d'aquesta zona, però excloent els que tenien una història cardiològica prèvia i pacients institucionalitzats. Es va establir que la DMed era beneficiosa per a les MCV, amb una reducció dels nivells inflamatoris que tenen un paper important a desencadenar-les (Chrysohoou *et al.*, 2004).

Posteriorment, Panagiotakos *et al.* (2006) van proposar una escala que mesurés l'adherència a la DMed i avalués la seva capacitat predictiva de risc de MCV i la relació amb diferents marcadors de MCV i els FRCV. Van realitzar l'estudi en la mateixa població que havia participat a l'estudi Attica (Chrysohoou *et al.*, 2004) i a l'estudi CARDIO2000 (Panagiotakos, Pitsavos, Chrysohoou, Stefanadis & Toutouzas, 2002). Aquest nou estudi va mostrar que hi havia una relació inversa entre els resultats obtinguts a l'escala i la PA, el colesterol, el colesterol *low-density lipoprotein* (LDL), l'IMC, la proteïna C reactiva i la capacitat antioxidant. L'estudi conclou que

l'escala pot ser efectiva per assessorar les persones sobre el seu estat nutricional i per a la recerca clínica.

En el nostre context, s'ha realitzat un dels estudis més importants que avalua els efectes de la DMed, l'estudi Prevenció amb Dieta Mediterrània (PREDIMED) (Estruch *et al.*, 2006). Es tracta d'un assaig clínic aleatoritzat, controlat, multicèntric, amb grups paral·lels de quatre anys d'evolució que pretenia avaluar l'efecte de dues dietes mediterrànies, una suplementada amb oli d'oliva verge extra i l'altra amb fruita seca, comparades amb una dieta baixa en greixos, davant la prevenció primària de la MCV. Els participants van ser subjectes que no presentaven MCV, però que tenien DM de tipus 2 o altres FRCV, com podien ser tabaquisme, HTA, dislipidèmies, sobrepès o obesitat o antecedents familiars de MCV precoç. Cada participant va ser assignat aleatòriament a una branca de l'estudi. En una primera anàlisi de les dades recollides, es va concloure que les persones que havien seguit la DMed, ja sigui suplementada amb oli d'oliva o amb fruita seca, van presentar una disminució de la TA, van millorar el seu perfil lipídic, van disminuir la resistència a la insulina i van reduir la concentració de molècules inflamatòries comparades amb el grup que seguia una dieta baixa en greixos. Aquest estudi va mostrar que la DMed aportava beneficis en relació amb la prevenció primària a aquelles persones amb risc de presentar MCV, provocant una disminució del risc de presentar esdeveniments cardiovasculars (Estruch *et al.*, 2013).

Encara que la dieta mediterrània tradicionalment se situa a la zona que li dóna nom, altres zones del món l'han posat també en pràctica. Un exemple el trobem en Kouris-Blazos *et al.* (1999), que van investigar si la DMed es podia replicar en un altre punt geogràfic, com ara una zona urbana d'Austràlia, i si els beneficis de la DMed podien ser transferits a poblacions amb diferents hàbits alimentaris. Durant els anys 1990-1992, els autors van recollir els hàbits alimentaris de ciutadans de Melbourne de 70 anys d'edat, que procedien de Grècia, el Regne Unit o Irlanda. Els autors sostenen que l'adherència a la DMed està associada a una major supervivència en persones australianes provinents d'Europa.

Hem pogut veure com la dieta mediterrània és un estil de vida saludable per tractar i prevenir la cardiopatia; per tant, cal recomanar-la com una forma de vida saludable entre les persones, però també cal entendre els motius pels quals les persones aconsegueixen adoptar els canvis de conducta.



### **2.3. ELS CANVIS DE CONDUCTA PER ACONSEGUIR UN NOU ESTIL DE VIDA**

Sovint ens preguntem per què alguns pacients, després d'haver debutat amb una SCA, no segueixen les recomanacions donades i no adopten un estil de vida cardiosaludable, i en canvi altres sí que aconseguen el canvi. Aquests canvis de conducta que es poden esdevenir i el procés com s'afronten davant la nova situació de salut són característiques rellevants en la persona que debuta de SCA i són el motiu d'estudi d'aquesta tesi.

Qualsevol esdeveniment cardíac implica una amenaça per a la salut, i va acompanyat d'un procés dinàmic en què els participants revisen el seu passat, present i futur. És un procés cíclic que normalment condueix a canvis significatius en la vida, tot i que de vegades no implica canvis en l'estil de vida (Astin *et al.*, 2014).

Durant la fase aguda de la malaltia, els pacients se senten capaços de modificar factors de risc, acompanyats i amb el suport de la família i dels professionals de salut. Passat un quant temps, aquests pacients hauran d'afrontar la vida quotidiana, la vida laboral, el pas del temps i les experiències properes, i tot plegat farà que actuïn d'una manera o d'una altra (Cazorla *et al.*, 2004).

Els canvis en els estils de vida, en la major part dels casos, estan inclosos dins la prevenció secundària, és a dir, un cop s'ha presentat la patologia. Els autors de les ESC Guidelines (Graham *et al.*, 2007) identifiquen tres estratègies per a la prevenció i el tractament de la MCV: la població, l'elevat risc i la prevenció secundària; són estratègies necessàries i complementàries. L'estratègia de la població és primordial per reduir la incidència de MCV, ja que té com a objectiu reduir els factors de risc mitjançant canvis ambientals i en els estils de vida que afecten el conjunt de la població (Graham *et al.*, 2007). Donar un enfocament més integrat a la gestió de la MCV requereix essencialment una comprensió dels complexos factors conductuals involucrats en la decisió d'adoptar hàbits saludables (Rolley & Thompson, 2012).

Conèixer els factors clau que els pacients consideren més importants en el manteniment dels seus comportaments saludables és necessari per ajudar al desenvolupament de programes de suport en els estils de vida (Murray *et al.*, 2013). Aquests programes de salut resulten menys efectius quan la població a la qual van dirigits no percep el problema o la solució (Cazorla *et al.*, 2004).

És important que els usuaris puguin accedir a tota la informació sobre les intervencions per als canvis de comportaments, conèixer els serveis disponibles i saber com utilitzar-los (National Institute for Health and Care Excellence, 2014). Cal assegurar-se que les intervencions cobreixen les necessitats particulars de la persona i que són acceptades per ella. Els professionals han de reconèixer quan una persona és més receptiva o bé quan és més reticent al canvi (Cór-



doxa *et al.*, 2014). Es recomana, també, avaluar els diferents riscos que presenta la persona en un moment determinat i la seva disposició a canviar una conducta, així com el suport social i l'accés als recursos de la seva comunitat (Kottke *et al.*, 2013).

Els autors de les guies europees de prevenció de la malaltia cardiovascular de l'any 2012 (Perk *et al.*, 2012) indiquen que la comprensió de les raons de canvi en els comportaments de les poblacions i les persones és incompleta i que els mecanismes pels quals aquests canvis de comportament es tradueixen en canvis en els patrons de malaltia estan incompletament compresos. Alguns dels comportaments de les persones tenen una naturalesa físicament o psicològicament addictiva, que provoca que els canvis en l'estil de vida siguin tot un repte i requereixin suport i determinació personal (Murray, Honey *et al.*, 2012).

De vegades es desconeix què fa que alguns pacients s'adaptin a un nou estil de vida, que implica canvis d'hàbits alimentaris, en l'activitat física, en el consum d'alcohol o tabac, etc. Per aquest motiu, sorgeix la necessitat d'explorar estratègies que tinguin en compte els hàbits, mitjançant la investigació dels diferents significats dels canvis contextuais i les dificultats per trencar amb hàbits no desitjats o aconseguir comportaments repetits en determinats contextos per tal de promoure la formació d'hàbits desitjats (Nilsen *et al.*, 2013).

Els canvis conductuals són processos de canvi sostinguts en el temps; són processos llargs, caracteritzats per iniciar nous comportaments que promouen la salut i que es mantenen al llarg del temps (Lally & Gardner, 2011). La formació d'hàbits és un objectiu important en les intervencions de canvis conductuals, ja que els comportaments habituals s'acaben generant de forma automàtica i cal que es mantinguin a llarg termini (Lally, Wardle & Gardner, 2011), cosa que implica una transferència gradual des del control cognitiu a l'intencional per a la formació de processos automàtics (Nilsen *et al.*, 2013).

Webb i Sheeran (2006) van realitzar una metaanàlisi de diferents estudis per tal de buscar la relació entre la intenció de canvi i el canvi conductual produït. Van revisar 47 estudis i van concloure que grans intencions de canvi repercuteixen en canvis petits de conducta; que les intencions tenen menys impacte en les conductes quan els participants no tenen control sobre el comportament, quan hi ha una possible acció social al darrere i quan les circumstàncies per dur a terme un canvi condueixen a la formació d'una conducta.

Cal tenir present que fer una acció per primera vegada requereix una planificació, encara que sigui moments abans que l'acció es dugui a terme. Els comportaments són conductes repetides en determinades situacions. Cada nova repetició resulta més efectiva i amb menys control, ja que s'adquireix una resposta automàtica, és a dir, un hàbit (Lally, Van Jaarsveld, Potts & Wardle, 2010). Cada vegada que es fa aquesta acció cal menys esforç, fet que augmenta la

motivació de les persones per adoptar nous canvis conductuals, ja que perceben que cada cop serà més fàcil (Lally *et al.*, 2011). Verplanken (2006) considera que un hàbit és una construcció mental que implica automaticitat, falta de consciència, dificultats per controlar els comportaments i eficiència mental de la persona.

Alguns experts indiquen que la formació d'aquest hàbit requereix una progressió en quatre etapes: la primera seria la intenció de fer un canvi; la segona, que la decisió d'actuar ha de convertir-se en acció; la tercera és que la conducta ha de ser repetida i requereix molta motivació; i la quarta, que la nova acció ha de repetir-se perquè es pugui desenvolupar de forma automàtica (Lally & Gardner, 2011).

Per tal d'estudiar la formació d'un hàbit, Verplanken i Orbell (2003) van dissenyar un instrument autoadministrat per valorar la creació dels hàbits, anomenat *Self-Report Habit Index* (SRHI). Aquesta eina estava basada en la història de repetició del comportament, la dificultat de controlar el comportament, la manca de consciència, l'eficiència i la identitat de la pròpia conducta. Per tal de valorar la fiabilitat i la validesa d'aquest instrument van dur a terme quatre estudis, amb els quals van arribar a la conclusió que era una eina fiable i vàlida per mesurar la força necessària per trencar amb els costums, a més de proporcionar una descripció completa dels hàbits i la seva automatització (Verplanken & Orbell, 2003).

En l'entorn espanyol, Gutiérrez-Sánchez i Pino-Juste (2011) van realitzar la validació de l'escala SHRI a l'espanyol (Annex 3), però en un entorn de joves i per mesurar hàbits d'activitat física. Malgrat concloure que és una eina que permet mesurar els hàbits d'activitat física, consideren que caldria adjuntar a l'escala preguntes obertes que permetessin comprendre les raons per les quals algunes persones es mantenen inactives malgrat conèixer les conseqüències d'aquests hàbits.

### **2.3.1. ASPECTES QUE PODEN AJUDAR A UN CANVI DE CONDUCTA**

Hi ha diferents aspectes i característiques que poden ajudar a adoptar un canvi de conducta, principalment relacionats amb l'entorn de la persona i les relacions socials i terapèutiques que estableix, encara que de vegades s'hi involucrin factors emocionals de la mateixa persona.

Moltes vegades es necessita una bona relació i confiança entre els professionals i els pacients, ja que aquests canvis conductuals estan relacionats amb l'entorn físic i social de la persona, el sistema de salut, la comunitat, l'Estat i la política. Des d'una perspectiva personal, els canvis de comportament impliquen la consciència, el coneixement, el desig i el desenvolupament d'habilitats per poder canviar el comportament (Berra, 2010).

Cal conèixer, en un entorn sanitari, qui serà el bon educador que faciliti i promogui els canvis als pacients que presentin una MCV. Una de les característiques que haurien de tenir és que generin confiança i que adaptin l'educació sanitària a les necessitats del pacient, fent que la persona se senti tractada amb igualtat i respecte (Svavarsdóttir, Sigurdardóttir & Steinsbekk, 2015).

Una bona relació terapèutica és la millor eina per millorar l'afrontament de l'estrès, la malaltia i l'adherència a la medicació i als canvis en l'estil de vida. El suport social proporcionat pels cuidadors pot ajudar a mantenir uns hàbits saludables. Intents anteriors fallits per canviar un comportament sovint provoquen una autoeficàcia baixa per adoptar un futur canvi conductual i generen un altre fracàs. Per aquest motiu, és necessari plantejar-se objectius realistes i fer petits passos consecutius per aconseguir el canvi de comportament (Graham *et al.*, 2007).

L'adherència a les recomanacions dietètiques és un dels problemes més importants en referència a les conductes d'autocura en els malalts que presenten cardiopatia (Heo, Lennie, Moser & Okoli, 2009), i mantenir els canvis dietètics en la vida diària és molt difícil (Twardella *et al.*, 2006).

DiMatteo (2004) defineix els pacients com a adherents quan fan el que els professionals de salut els recomanen, però hi ha diferents models teòrics que permeten entendre, predir o millorar l'adherència al tractament. Es diu que l'adherència pot ser més difícil d'aconseguir quan els canvis són molt generalistes en lloc de molt concrets, quan el patiment de la malaltia no ha estat excessiu i quan hi ha una mancança en els recursos econòmics o educacionals. Per tot això se suggereix que alguns factors, com la depressió, el suport emocional i pràctic i el nivell d'ingressos, haurien de ser tractats per tal que millorés l'adherència al tractament.

Per la seva banda, King, Mainous, Carnemolla i Everett (2009) van proposar-se comparar l'adherència a hàbits de vida saludables en els adults entre el 1988 i el 2006. Van escollir cinc canvis conductuals: la ingesta de cinc o més racions de fruita i verdura al dia, l'exercici físic de manera regular més de dotze vegades al mes, el manteniment d'un pes saludable, un consum moderat d'alcohol i no fumar. La població escollida va ser la participant a l'enquesta National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) (CDC/National Center for Health Statistics, 2015). Un dels grups es va incloure a l'estudi durant el període 1988-1994 i l'altre es va analitzar durant el període 2001-2006. L'estudi que van realitzar va ser una anàlisi comparativa entre adults amb edats compreses entre 40 i 74 anys, ja que consideraven que era l'interval en què es podia fer un primer diagnòstic de MCV. En els resultats que van obtenir, van observar que entre els dos períodes analitzats hi va haver una disminució de l'adherència als canvis en els estils de vida, que induïa una futura incidència de mort prematura i de MCV. Els autors de l'estudi van voler explicar les raons per les quals havien trobat aquesta disminució en l'adhe-

rència als canvis alimentaris, que tenien a veure amb actituds de la societat per mantenir una dieta saludable i una activitat física regular, diferències entre sexes en la disposició per adoptar els canvis i en general menys autoavaluacions del risc cardiovascular. Com a conclusió van suggerir que, a partir dels resultats trobats en aquest estudi, caldria augmentar la promoció d'estils de vida saludables en el sector públic.

Hi pot haver diferents tipus d'intervencions per millorar l'adherència, com ara intervencions informatives, conductuals, familiars-socials i combinades, però segons la revisió sistemàtica de Kripalani, Yao i Haynes (2007) les intervencions més efectives sembla que són les que simplifiquen les demandes i impliquen una monitorització i un *feedback* amb el pacient.

Cal una bona educació sanitària per aconseguir una adequada adherència als canvis d'estils de vida saludables, i caldrà que aquests es mantinguin al llarg del temps, intentant incorporar-los a la prevenció primària (Djoussé *et al.*, 2009), ja que, si no, no s'ajuda a disminuir el risc de MCV.

Al segle passat alguns autors ja s'havien interessat per les recomanacions i l'educació sanitària que rebien les persones amb MCV. En aquest sentit, Lindholm *et al.* (1995) van voler avaluar el benefici addicional que podia comportar una educació sanitària intensiva en sis sessions, comparada amb l'educació sanitària habitualment rebuda per les persones amb múltiples FRCV.

Per poder-ho avaluar van dissenyar un assaig clínic aleatoritzat, controlat, durant divuit mesos, en el qual van participar 681 persones amb edats compreses entre 30 i 59 anys que presentessin com a mínim dos factors de risc i nivells elevats de colesterol dins la població d'atenció primària de Suècia. L'estudi va ser anomenat *The CELL* (Cost Effectiveness of Lipid Lowering). La intervenció en el grup control consistia en què el professional mèdic ensenyava al pacient a reduir el greix de la seva dieta, a perdre pes, a fer activitat física diàriament i a deixar de fumar, i per tal de reforçar aquests conceptes de canvi li donava un fullet informatiu, que era el procediment habitual a les consultes. En canvi, els participants en el grup d'intervenció rebien, a més del procediment habitual, sis sessions informatives extres. Es va utilitzar material divers per conduir les sessions, entre el qual trobem cinc vídeos que tractaven els factors de risc de desenvolupar IAM, com eren la dieta, l'exercici, el control de pes, el descans adequat i la relaxació. També van donar consells sobre com comprar i com cuinar els diferents aliments. Van parlar sobre les diferents facilitats locals per a la pràctica d'exercici físic i també van comentar els estils de vida de cada persona. Les tres primeres sessions es van dur a terme un cop al mes durant els tres primers mesos, amb una durada de 90 minuts. La quarta sessió va ser durant un dia sencer, en el qual es van dedicar a veure altra vegada els vídeos que ja havien vist en les anteriors sessions i es van introduir missatges que reforcessin les idees que els vídeos transmetien. La cinquena sessió es va dur a terme al cap d'un any d'haver començat l'estudi, amb l'objectiu de reforçar els diferents conceptes apresos, amb una durada de

90 minuts. La sisena i última sessió va ser al cap de 3-6 mesos de l'última sessió, amb una durada també de 90 minuts, buscant reforçar els diferents punts febles que haguessin tingut els participants. Després d'analitzar els resultats van concloure que un sistema estructurat d'educació sanitària de manera intensiva aportava un millor benefici que el sistema d'educació que hi havia hagut fins aleshores. Van explicar també que dins el grup d'intervenció hi va haver una resposta en relació amb el canvi d'hàbits i la ingesta de fibra i de greix. Finalment, van concloure que els estils de vida estan molt lligats a la posició social i al nivell d'educació (Lindholm *et al.*, 1995).

Sovint la informació que reben les persones resulta ser un element imprescindible, però no suficient per aconseguir el canvi de comportament; a vegades també es requereix conèixer els punts de vista, les experiències, els coneixements previs i les creences de la persona per tal de poder aconseguir un canvi de comportament (Cazorla *et al.*, 2004).

Kiviniemi i Rothamn (2008) van realitzar un projecte format per tres estudis amb població mostral independent, però amb intervencions molt similars, per tal d'esbrinar què és el que pensava la gent en referència als canvis conductuals i les conseqüències que aquests canvis podien comportar. En el primer dels tres estudis van voler avaluar els beneficis i els costos dels canvis percebuts per les persones en els seus patrons de comportament, diferenciant entre canvis positius i negatius en la conducta. En el segon estudi es pretenia avaluar com un gran canvi podia afectar la vida diària i la salut en general. Finalment, en el darrer estudi es va voler examinar la interacció entre els efectes de la direcció del canvi i si aquest incloïa o no la participació total dels comportaments. Després de l'anàlisi de les dades obtingudes dels tres estudis en conjunt es va concloure que per poder aconseguir canvis en la conducta de les persones cal explicar els beneficis i els costos que pot comportar aquesta nova situació, però remarcant que per a properes investigacions caldria estudiar com els patrons de comportament influeixen al llarg del temps i com poden influir en les intervencions per als canvis conductuals de les persones.

D'altra banda, Van der Wal *et al.* (2006) van dissenyar un estudi descriptiu amb un disseny de tall transversal per tal d'identificar quines eren les variables que estaven relacionades amb el compliment en persones amb cardiopatia. Van poder observar que el compliment de les prescripcions farmacològiques era elevat, però que el compliment de la dieta i de la pràctica d'activitat era molt baix. Per aquest motiu, indiquen que és necessari prevenir els malentesos i millorar la comunicació entre pacient i personal sanitari per tal d'evitar futurs problemes relacionats amb els canvis que comporta la MCV; cal que els professionals de salut emfatitzin els beneficis del compliment, motivin els pacients i identifiquin les barreres del compliment, amb l'objectiu d'evitar equivocacions en el compliment de les recomanacions (Sofi *et al.*, 2011).

En relació amb l'educació i la informació que necessiten les persones amb MCV, Strömberg (2005) va realitzar una revisió de diferents articles amb l'objectiu d'avaluar el nivell de coneixement de les persones amb cardiopatia, les barreres d'aprenentatge que tenien, les necessitats que presentaven i els mètodes utilitzats per educar als pacients. Va poder observar que aquest tipus de pacients presenta unes necessitats educatives determinades per tal de poder adaptar-se als canvis i promoure la seva autocura, i que aquestes troballes són similars tant a Europa com als EUA. Cal recordar que moltes de les intervencions educacionals han d'anar dirigides a persones d'edat avançada i amb comorbilitats associades; per tant, caldrà adequar-les a les necessitats de cada persona.

Es recomana donar indicacions sobre com convertir les accions saludables en hàbits saludables; és un procés fàcil per als experts i els pacients, ja que el simple fet de repetir el consell que s'ha escollit dins el mateix context fa que es torni automàtic i no requereixi esforç. Els professionals haurien de donar consells sobre com formar els hàbits per tal de promoure canvis en els comportaments durant un període llarg de temps. Però perquè el pacient iniciï el canvi cal que estigui suficientment motivat i que s'esculli el context adequat per tal de portar a terme l'acció (Gardner, Lally & Wardle, 2012).

És necessari un assessorament personalitzat, prioritzant la conducta a canviar segons el risc, però també segons la disposició al canvi de la persona. Cal establir metes factibles a curt i a mitjà termini (Córdoba *et al.*, 2014). Els experts en la prevenció de la MCV consideren que després de sis mesos de seguiment les persones han d'haver modificat els seus estils de vida (Graham *et al.*, 2007).

La capacitat per adaptar-se i afrontar qualsevol malaltia crònica, com pot ser la malaltia cardiovascular, és coneguda amb el nom de *resiliència*; aquesta capacitat pot protegir els pacients de tenir depressió després de presentar la SCA, amb la consegüent repercussió davant els canvis conductuals. Això fa que es plantegi la necessitat d'un suport psicològic durant el tractament del pacient amb SCA (Toukhsati *et al.*, 2016).

Els pacients necessiten triar un nou hàbit no deixant de fer alguna cosa que ja existeix, perquè no és possible crear un hàbit deixant de fer alguna cosa. Cal encoratjar els pacients perquè adoptin canvis petits i que puguin manejar, ja que no aconseguir-ho pot comportar descoratjament, i explicar-los que pot ser que es tardi algun temps a aconseguir el canvi, ja que no s'aconsegueix d'un dia a l'altre (Gardner *et al.*, 2012).

A nivell individual, comprendre la pròpia experiència pot ajudar a entendre els motius dels canvis conductuals de les persones; la vivència pròpia de la persona afecta directament les seves conductes (Pender, Murdaugh & Parsons, 2015).

MacDermott (2002) va dissenyar un estudi fenomenològic per explorar el fet de viure amb una angina de pit estable. Els temes que van emergir van ser les limitacions i ajustaments que s'han de fer en la rutina diària; la sorpresa del diagnòstic d'angina; la resignació per acceptar el diagnòstic i que la patologia no té cura; la indignació que influeix en les seves vides; l'alerta davant determinades activitats, principalment físiques; el compliment i l'adherència a la medicació; i els efectes a llarg termini de la patologia, identificats com allò desconegut. Conclou dient que una comprensió de les experiències d'aquest tipus de pacient pot millorar les cures facilitades a aquestes persones i promoure la col·laboració dels pacients en el compliment de les recomanacions (MacDermott, 2002).

La vivència i l'experiència de la recuperació de les persones que han patit un IAM va ser l'objectiu d'estudi de Gregory, Bostock i Backett-Milburn (2006). Van identificar que el suport després de presentar la SCA era útil, encara que hi havia discrepàncies pel que fa a les necessitats. Entre els requeriments que van sorgir es troben l'ajuda per seguir les recomanacions en els estils de vida, el fet de compartir amb altres persones la pròpia experiència, el contacte i el seguiment dels professionals de la salut i la tranquil·litat que aquests brinden a altres membres de la família.

En aquest sentit, Heo, Lennie, Moser *et al.* (2009) van dissenyar un estudi qualitatiu descriptiu per tal d'obtenir informació observant les percepcions dels cardiòpates sobre com els aliments que menjaven afectaven la seva cardiopatia, la seva comprensió de les recomanacions dietètiques i els seus pensaments sobre l'adherència a aquestes recomanacions. Van utilitzar una mostra de conveniència de vint persones —catorze homes i sis dones— d'edats entre 48 i 68 anys, amb cardiopatia de pacients ambulatoris de dos hospitals de Southern City, als EUA, amb l'objectiu d'explorar les seves percepcions en relació amb la nutrició i l'adherència dietètica en la MCV. Els subjectes van ser escollits per infermeres entrenades que participaven en l'estudi. La recollida de dades es va fer per mitjà de qüestionaris i entrevistes semiestructurades. Dins aquestes entrevistes van incloure preguntes relatives a les percepcions dels pacients sobre l'efecte dels aliments en la patologia cardíaca, la seva comprensió de les recomanacions dietètiques i d'una dieta baixa en sodi i, finalment, els factors que influeixen en l'adherència a les recomanacions dietètiques. Els resultats que van obtenir de les entrevistes van ser diversos. En relació amb la primera pregunta que s'havia plantejat, sobre les percepcions en referència als aliments, van poder observar que la majoria de pacients creien que els aliments influïen positivament o negativament en la salut, i concretament en la malaltia cardíaca, i molts intentaven seguir uns estils de vida saludables. La segona i tercera preguntes van analitzar-les conjuntament i van avaluar la comprensió de les recomanacions dietètiques, examinant el coneixement dels pacients i la informació que rebien i donant-los criteris per poder diferenciar entre hàbits saludables i no saludables. Amb la mateixa pregunta van avaluar la pressió social i el suport que rebien, identificant que en general l'entorn social els donava un suport positiu, tot i que algunes persones també van afirmar que no rebien suport i que ningú no els ajudava.



Van avaluar també les situacions socials quan els participants es trobaven fora de casa, i els pacients deien que els era molt difícil poder trobar restaurants que s'adeqüessin a les seves necessitats. Van veure també que per a moltes persones els aliments són una font de plaer, fet que causava que els canvis nutricionals es duguessin a terme d'una manera molt difícil. Finalment, van concloure que cal incrementar el coneixement de les persones en referència als canvis nutricionals, però que cal també reforçar el suport dels familiars i dels amics de l'entorn per tal d'ajudar les persones amb cardiopatia (Heo, Lennie, Moser *et al.*, 2009).

També és important veure com els sentiments de la persona afectada poden modificar la conducta. Doyle, Fitzsimons, McKeown i McAloon (2011) van realitzar un estudi fenomenològic amb l'objectiu d'explorar quins ítems influenciaven els canvis dietètics que feien els pacients que estaven rebent prevenció secundària de l'infart de miocardi, i una de les principals conclusions a què van arribar és que la por és el principal agent motivador per generar canvis en els hàbits alimentaris.

Cole, Smith, Hart i Cupples (2013) van realitzar un estudi amb l'objectiu d'ampliar el coneixement sobre les facilitats i les barreres a l'hora d'adoptar i mantenir canvis en els estils de vida. A través d'entrevistes semiestructurades van poder analitzar les creences, les motivacions i els impediments per adoptar canvis en els estils de vida saludables, principalment en la dieta i en l'activitat física. Van identificar quatre temes principals, que van anomenar *facilitadors per al canvi, creences personals, barreres per al canvi i informació*. Aquests temes posen de manifest les dificultats que sorgeixen per poder seguir un estil de vida saludable en contextos influenciats per un entorn social ineficient, l'avorriment i el trencament de la rutina diària; l'impacte de les experiències personals en els comportaments i el valor que dóna el pacient a la SCA, derivat d'una atenció personalitzada dels professionals de salut per adoptar i mantenir canvis en els estils de vida. Indiquen també que caldria fer un seguiment regular d'aquests pacients per tal d'identificar les barreres que experimenten i poder oferir facilitats per aconseguir el canvi d'estil de vida (Cole *et al.*, 2013).

Les perspectives de les barreres i dels facilitadors en l'autocura dels pacients cardíacs tenen en compte la cultura i el context social de la persona, per la qual cosa es requereix que els professionals de salut coneguin l'entorn del pacient per tal d'adequar les seves recomanacions i poder aconseguir un canvi conductual (Dumit, Nouredine & Magilvy, 2016).

Un aspecte potencialment clau és com les persones perceben que el seu comportament ha progressat cap als objectius que s'havien marcat. Per a molts comportaments saludables, el progrés pot ser difícil d'identificar, sobretot en terminis curts de temps. Assegurar expectatives realistes i fer avaluacions dels resultats un cop els comportaments s'han iniciat pot ser una estratègia útil per gestionar el canvi (Lally & Gardner, 2011).



Hansen i els seus col·laboradors (2016) van treballar amb pacients operats de cirurgia valvular per explorar com el seu discurs durant el procés de recuperació variava al llarg de nou mesos després de la cirurgia. En un primer moment, els pacients esperen tornar a la normalitat, encara que això tingui diferents significats per a cadascun; sovint inclou l'absència de símptomes, la retirada de la medicació i el retorn a la feina. Ho consideren un procés dinàmic i complex, en què s'identifica també la lluita frustrada per tornar a la normalitat, el desafiament de les expectatives de la normalitat i la consciència de convertir-se en un pacient cardíopata. La comprensió de la seva progressió durant la recuperació permet que s'adonin que sovint és un procés més complicat del que es preveia.

La percepció d'incertesa sobre la salut futura i la recurrència de la malaltia semblen motivar per adoptar canvis en els estils de vida, encara que la manca d'informació i el suport facilitat pels professionals de salut tenen un rol important en relació amb la capacitat de motivar cap aquest canvi (Thronson *et al.*, 2016). La motivació té un paper important per examinar l'adherència a les recomanacions saludables (Kähkönen *et al.*, 2015).

Les estratègies per motivar les persones perquè adoptin uns estils de vida de conductes saludables han de recolzar en un marc conceptual biopsicosocial que integri prevenció primària i secundària, incloent-hi la rehabilitació cardíaca (Taylor, 2014).

A l'entorn de la rehabilitació cardíaca, McKee, Bannon, Kerins i FitzGerald (2007) van realitzar un estudi longitudinal amb l'objectiu de descriure d'una manera quantitativa els canvis conductuals iniciats durant la tercera fase d'un programa de rehabilitació cardíaca. Van estudiar tres canvis d'estils de vida (la dieta, l'exercici i l'estrès) durant tres fases (a l'inici del programa, en finalitzar aquest i al cap de sis mesos d'haver-lo acabat), utilitzant el model dels estadis de canvi. Després de portar a terme el treball, van concloure que aquest model és útil per registrar els canvis conductuals durant la tercera fase de la rehabilitació cardíaca, i van manifestar la necessitat de donar més suport als canvis conductuals després d'haver acabat aquesta fase.

Els metges d'atenció primària i els professionals de la salut de l'àmbit comunitari estan en una posició privilegiada per contribuir significativament a millorar la prevenció i el maneig de les MCV. Aquests professionals sovint són percebuts com una font d'informació més creïble i fiable, i els pacients busquen que els ofereixin la major part de la informació necessària per aconseguir un canvi d'hàbits (Graham *et al.*, 2007; Whitlock, Orleans, Pender & Allan, 2002).

Dins l'atenció primària s'han definit una sèrie de competències necessàries per a aquells professionals que intervenen sobre els estils de vida: lideratge per practicar i promoure estils de vida saludables; saber identificar els determinants de salut dels pacients relacionats amb l'estil de vida i demostrar coneixement dels canvis necessaris; valorar la motivació i la disponibilitat

del pacient i la seva família al canvi i establir plans d'accions conjunts; utilitzar les guies i recomanacions per ajudar els pacients a autogestionar la seva conducta de salut i estil de vida; i treballar amb un equip multidisciplinari per atendre el pacient des de tots els fronts possibles (Lianov & Johnson, 2010).

A llarg termini, l'atenció primària proporciona als metges i a infermeria diferents oportunitats per a l'assessorament i la influència sobre els factors de risc i els comportaments saludables de la població en general. Es considera habitualment que aquest nivell d'atenció és el més accessible, i que gairebé el 95% de la població va al seu centre de salut almenys un cop en un període de cinc anys (Grandes *et al.*, 2008).

Encara que un bon suport de l'entorn de les persones és necessari per aconseguir un canvi de comportament i de conducta, hi ha diferents teories socials, psicològiques, de comportament i d'aprenentatge que poden facilitar una major comprensió del procés de canvi necessari d'aquestes persones.

### **2.3.2. TEORIES I MODELS PER AL CANVI DE COMPORTAMENT**

En aquest apartat descriurem les teories i models relacionats amb els canvis de comportament de les persones. Aquestes teories i models ajuden a explicar per què les persones segueixen o no les conductes saludables; ajuden a entendre com les persones canvien comportaments negatius i implementen noves conductes de salut (Pender *et al.*, 2015); i intenten explorar les variables que intervenen en el comportament de salut per predir la participació i la implicació de les persones (Galloway, 2003). Algunes teories psicològiques socials i de salut apunten que les intencions generen canvis conductuals (Nilsen *et al.*, 2013; Webb & Sheeran, 2006).

No existeix un sol model o teoria que permeti predir els canvis de comportaments, sinó que es necessita entendre els mecanismes dels canvis conductuals i com són sostinguts en el temps per tal de desenvolupar una prevenció i una promoció de salut eficaces (Pender *et al.*, 2015); així mateix, es requereix demostrar l'eficàcia de les intervencions que s'estan aplicant. El major èxit en l'àmbit de la promoció de la salut és l'efecte en una direcció positiva; el canvi de comportament de salut o progrés (Galloway, 2003) i una bona comprensió dels elements i mecanismes del canvi de comportament permetran als professionals de la salut intervencions més estructurades i optimitzar l'assessorament i l'acompanyament d'aquestes persones (Pender *et al.*, 2015).

El **model de creences de salut (HBM)** va ser proposat l'any 1950 per explicar per què gent que no presentava cap patologia feia accions per prevenir la malaltia, mentre que altres no aconseguen dur-les a terme (Rosenstock, 1974). Els components bàsics del model deriven de la hipòtesi que la conducta de les persones està relacionada amb dues variables: el valor que

la persona dóna a una determinada meta i l'estimació que fa la persona de la probabilitat que una acció determinada aconseguirà la meta desitjada (Moreno San Pedro & Gil Roales-Nieto, 2003).

El model consta de quatre dimensions: la susceptibilitat percebuda, la severitat percebuda, els beneficis percebuts i les dificultats percebudes. La susceptibilitat percebuda reflecteix la vulnerabilitat de la persona davant un problema específic de salut. La severitat percebuda és creure en la gravetat de contraure una patologia i preveu dos tipus de conseqüències, les socials i les mèdiques. Els beneficis percebuts són aquelles creences que mostren les persones sobre l'efectivitat de determinades accions. I les dificultats percebudes són les percepcions dels aspectes negatius d'algunes activitats (Rosenstock, 1974). Encara que les barreres i els beneficis percebuts són les dues àrees que tenen més poder per explicar les conductes preventives (Carpenter, 2010), alguns anys més tard els mateixos creadors del model van considerar necessari valorar l'autoconfiança de les persones en l'habilitat de dur a terme diferents comportaments com una variable explicativa del model que calia incorporar per entendre la complexitat de les intervencions (Pender *et al.*, 2015).

Aquest model permet comprendre per què les persones, moltes vegades, es neguen a dur a terme activitats preventives per a la seva salut (Moreno San Pedro & Gil Roales-Nieto, 2003). Modificar els factors demogràfics, socials, psicològics i estructurals, així com tots els senyals per les accions, influeix indirectament en les persones en la seva tendència a la presa de decisions (Pender *et al.*, 2015). El model HBM s'ha utilitzat diverses vegades per explicar conductes de prevenció i de promoció de la salut relacionades amb diferents comportaments conductuals.

La **teoria de l'acció raonada (TRA)**, de Fishbein i Ajzen (1975), considera que la intenció de la persona per dur a terme un comportament és el determinant immediat més important i el millor predictor d'aquest comportament. Les actituds, les normes subjectives i els factors interpersonals constitueixen els pilars fonamentals d'aquesta teoria (Fishbein & Ajzen, 1975).

L'actitud cap a un comportament seria l'avaluació positiva o negativa de les conseqüències d'adoptar el canvi, i aquestes actituds estan determinades per les creences (Galloway, 2003). Les normes subjectives són les creences individuals sobre com la resta de la societat valorarà els canvis i la motivació de complir amb les expectatives dels altres (Pender *et al.*, 2015).

La TRA proposa que hi ha dos constructes que cal explicar per entendre la relació entre actitud i comportament. En primer lloc, hi pot haver una actitud favorable cap a una conducta que pot no traduir-se en acció a causa de la pressió social de persones significatives que no ajuden a adoptar el canvi; seguidament, les actituds i les normes subjectives afecten les conductes promovent la decisió o la intenció d'actuar. Per aquests motius, la TRA considera que les conduc-

tes intencionals estan influenciades per variables externes i per l'actitud i les normes subjectives. Aquesta teoria està dissenyada per a comportaments volutius, aquells en què la persona té un mínim control i pot adoptar canvis (Fishbein & Ajzen, 1975). La TRA pot ser utilitzada per explicar diferents comportaments en contextos de salut similars (Rodríguez, 2007).

La **teoria social cognitiva (SCT)** explica que els factors personals, l'entorn i els comportaments interactuen per aconseguir un canvi de conducta i mantenir-la en el temps (Bandura, 1977a; Galloway, 2003). La motivació i l'acció de les persones estan molt lligades a la previsió (Conner & Norman, 2007), i l'autoeficàcia percebuda pren un paper primordial en els canvis personals (Pender *et al.*, 2015).

Els principals components del model inclouen el coneixement dels riscos de salut i dels beneficis de reduir-los, l'autoeficàcia percebuda, l'habilitat que una persona té per canviar els hàbits, els resultats esperats, els objectius plantejats i les estratègies per aconseguir-ho, i els facilitadors o barreres percebuts (Bandura, 1977a). Tots aquests factors modulen l'aprenentatge de nous comportaments (Bandura, 1977b).

Les persones s'han de creure que tenen el control per aconseguir un canvi de salut i poder adoptar l'acció corresponent (Pender *et al.*, 2015). L'autoeficàcia es considera un dels predictors més importants de comportament, i s'han fet diferents estudis amb la intenció de predir els canvis de conducta en diferents entorns de salut (Conner & Norman, 2007; Pender *et al.*, 2015).

La **teoria de la conducta planificada (TPB)** va ser elaborada per un dels autors originals de la TRA, Ajzen (1991), que creia que els comportaments no estaven completament sota el control de la persona i que va afegir el control del comportament percebut com una altra variable de la TRA.

El control del comportament percebut és l'expectativa individual que el rendiment de la conducta està sota el seu control i es mesura per les creences sobre les oportunitats per participar en les conductes (Ajzen, 1991). La teoria assumeix que les intencions són les millors predictorres de conductes, però han de ser predictibles a partir de les actituds cap al comportament, les normes subjectives i el control de la conducta percebuda (Ajzen, 2011). La TPB ha estat utilitzada per explicar diferents comportaments de salut (Pender *et al.*, 2015; Rich, Brandes, Mullan & Hagger, 2015).

El **model de promoció de salut (HPM)** (Pender, 1990) proposa un marc teòric per integrar la infermeria i les perspectives de les ciències del comportament amb els factors que influeixen

les conductes saludables. Permet explorar el complex procés biopsicosocial que motiva les persones a desenvolupar conductes per millorar la seva salut (Pender *et al.*, 2015).

El model pretén descriure el potencial de set factors cognitivoperceptius i cinc factors modificables per predir conductes saludables. Els factors cognitivoperceptius són la importància de la salut, el control percebut de la patologia, la definició de salut, l'estat de salut percebut, l'autoeficàcia percebuda, els beneficis i les barreres percebudes; els factors modificables són les característiques demogràfiques i biològiques, les influències interpersonals, les influències situacionals i els factors conductuals (Pender *et al.*, 2015).

En aquest model no s'inclouen la por i l'amenaça com a font de motivació de conductes de salut. L'HPM pot ser aplicable davant de qualsevol conducta de salut en què l'amenaça no sigui proposada com a font de motivació principal (Pender *et al.*, 2015), i també és un model que s'ha dut a terme en diferents estudis per provar les intervencions d'infermeria (Alligood, 2014).

Hi ha alguns models que parlen d'estadis del canvi. Aquest tipus de models assumeixen que les persones travessen diferents etapes durant el canvi de comportament i que hi ha diferents predictors i accions a fer en aquestes etapes, tot i que de vegades poden ser més complexos a l'hora d'aplicar-los (Córdoba *et al.*, 2014; Parschau *et al.*, 2012). El més conegut en l'entorn de conductes saludables és el model transteòric (Pender *et al.*, 2015).

El **model transteòric (MT)** és un marc integrador que descriu com les persones progressen cap a l'adopció i el manteniment de les conductes de salut. La premissa d'aquest model és que el procés de canvi conductual està relacionat amb cinc etapes en què el pacient adopta una conducta saludable (Prochaska & DiClemente, 1983; Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992).

Aquestes etapes són precontemplació, contemplació, preparació, acció i manteniment (Prochaska *et al.*, 1992), encara que alguns autors parlen també d'una sisena, que seria la recaiguda (Córdoba *et al.*, 2014; Zimmerman, Olsen & Bosworth, 2000). L'etapa de precontemplació és aquella en què la persona encara no s'ha plantejat el canvi seriosament. La de contemplació s'esdevé quan hi ha un plantejament de canvi de cara als propers mesos. En la fase de la preparació es vol dur a terme un canvi específic; es prova amb petites accions i ja es pensa en una data per al canvi. L'etapa d'acció és aquella en què s'inicia el canvi i es manté la conducta al llarg d'un quant temps. El manteniment és quan es manté la conducta durant almenys sis mesos. Finalment, pot haver-hi la recaiguda, que és quan es torna de nou a la conducta anterior (Córdoba *et al.*, 2014; Galloway, 2003; Zimmerman *et al.*, 2000).

En les primeres etapes del canvi, els processos cognitius són més importants que els processos conductuals per entendre i predir el progrés, i aquests processos estan basats principalment en les emocions, els valors i la cognició (Pender *et al.*, 2015). Aquest model ha servit en diverses ocasions per explicar diferents comportaments de salut en diferents tipus de població, principalment en fumadors i consumidors d'alcohol (Galloway, 2003; Pender *et al.*, 2015).

De vegades s'ha considerat que el MT presenta limitacions per tractar comportaments complexos o intervencions en diverses conductes (Córdoba *et al.*, 2014), per la qual cosa la majoria de recomanacions internacionals de consell i assessorament estan basades en el **model de les 5 as** de la U. S. Preventive Services Task Force (USPSTF), que inclou cinc punts clau que han de seguir les recomanacions: esbrinar, aconsellar, pactar, ajudar i assegurar (Agency for Healthcare Research and Quality, 2014).

La fase d'esbrinar implica preguntar sobre els factors i les conductes de risc, així com sobre els aspectes que afecten l'elecció o el canvi de conducta; la d'aconsellar comporta donar consells clars, específics i personalitzats i incloure informació sobre els riscos i beneficis personals; la de pactar representa establir conjuntament els objectius i mètodes més apropiats basats en els interessos i la capacitat de canvi de la persona; la d'ajudar inclou utilitzar tècniques de modificació de la conducta per ajudar la persona a aconseguir els objectius pactats, adquirint habilitats i confiança i el suport social i ambiental que afavoreixin el canvi, juntament amb els tractaments farmacològics quan siguin adequats; finalment, la d'assegurar comporta fixar visites de seguiment per ajudar i donar suport i per ajustar el pla terapèutic com es necessiti, inclosa la derivació a unitats especialitzades, si escau (Agency for Healthcare Research and Quality, 2014; Córdoba *et al.*, 2014).

En aquest apartat s'ha fet una petita revisió de les diferents teories i models relacionats amb els canvis de salut. En el nostre cas, ens centrarem en el model de promoció de salut, ja que és un model elaborat des de la perspectiva infermera i permet contemplar la persona com un tot holísticament. Aquest model serà desenvolupat en un altre apartat del marc teòric.

#### **2.4. LA IMPORTÀNCIA D'INFERMERIA EN ELS CANVIS CONDUCTUALS**

La investigació en infermeria és necessària per generar coneixements sobre el seu rol i perquè pugui influenciar directament la pràctica infermera, amb la possibilitat d'oferir cures de millor qualitat a les persones ateses (Grove, Gray & Burns, 2016). Aquesta investigació facilita entendre les diferents dimensions de la disciplina, permet descriure característiques particulars d'algunes situacions infermeres i fa que es puguin explicar fenòmens que són l'objectiu del pla de cures d'infermeria (Polit & Hungler, 1993).

Els inicis de la investigació infermera sorgeixen gràcies a l'aportació de Nightingale (1859) durant la guerra de Crimea, que va centrar-se en la importància d'un entorn saludable per a la promoció del benestar físic i mental del pacient. Durant els anys posteriors van anar sorgint diferents estudis i investigacions en el camp de la infermeria, impulsades per associacions com l'Associació Americana d'Infermeres (ANA), que van permetre el creixement de la investigació infermera i establir estàndards per guiar la pràctica infermera, i la creació de diferents revistes científiques, creades a l'entorn de la disciplina (Gortner & Nahm, 1977).

A la dècada de 1970-1980 van sorgir les primeres investigacions qualitatives, amb un objectiu més holístic, que permetia descobrir el significat i tenir noves perspectives i coneixements de la infermeria. Actualment, la investigació qualitativa en l'entorn d'infermeria és una metodologia força utilitzada en aquesta disciplina, en què el focus d'atenció està principalment centrat a buscar intervencions de promoció de salut i de prevenció de malalties (Grove *et al.*, 2016), però la infermeria presenta altres rols que és important no deixar de banda, com són la pràctica clínica o el seguiment i l'adherència als tractaments, a banda de l'educació sanitària que aquest col·lectiu professional proporciona (Kemppainen *et al.*, 2012).

La promoció de salut és definida com el procés que permet a les persones millorar i controlar la seva salut (World Health Organization, 1986). La infermeria aplica diferents estratègies per oferir promoció de la salut, com ara donar informació i explicacions a les persones, instruir sobre com fer determinades accions, adaptar les recomanacions de salut a les preferències dels pacients, encoratjar aquests a fer els canvis que requereixen i ser l'enllaç amb altres professionals de la salut (Casey, 2007a). La promoció de la salut facilitada per infermeria pot ajudar a aconseguir uns bons resultats de salut, que inclouen una bona adherència, millorar la qualitat de vida, augmentar els coneixements de les persones sobre la seva malaltia i augmentar la capacitat d'autogestió de les persones (Keleher, Parker, Abdulwadud & Francis, 2009). A més, també ajuda a prendre consciència dels canvis en els estils de vida i de la importància d'una bona salut mental, espiritual i psicològica (Casey, 2007b).

Totes aquestes accions que fa infermeria en l'entorn general cal valorar-les en un entorn on la població estigui afectada per MCV. En aquest tipus de població, infermeria té un rol fonamental a donar assistència a aquestes persones i facilitar-los els canvis conductuals (Farrell & Keeping-Burke, 2014). Infermeria és l'àmbit professional de salut idoni per dirigir l'equip de reducció del risc de MCV, tant en l'àmbit hospitalari com en el comunitari; a més, és ben valorada i respectada per pacients, familiars i comunitat de salut (Berra *et al.*, 2011).

Del Río Moro *et al.* (2005), en el seu estudi transversal descriptiu, van dur a terme una intervenció educativa per mitjà de xerrades informatives de 40 minuts en què explicaven el funcionament del cor, el que és la malaltia coronària, els tractaments, els factors de risc i els hà-



bits de vida cardiosaludables, amb suport digital i suport paper, i al cap de 90-120 dies feien una entrevista telefònica per tal de recollir informació sobre la intervenció. Van concloure que els pacients que reben educació sanitària impartida per infermeria i amb el suport de la guia que havien fet, adquireixen i mantenen hàbits cardiosaludables. Afirmen, també, que l'entorn familiar i social afavoreix aquest canvi.

Cazorla *et al.* (2004) van remarcar que el personal d'infermeria està educant un pacient crònic i que hi ha una sèrie de factors de risc modificables que cal controlar. Per tant, el que busquen aquests professionals és ensenyar a canviar una sèrie d'hàbits i que els hàbits saludables es mantinguin tota la vida (Cazorla *et al.*, 2004). Infermeria té un paper important en l'educació dels pacients amb SCA, proveint una atenció centrada en el pacient que doni suport als canvis d'estils de vida. Cal desenvolupar estratègies infermeres que permetin disminuir les barreres que modifiquen el seguiment de les conductes necessàries per a la cardiopatia (Thronson *et al.*, 2016).

Les intervencions educacionals i de *counselling* conductual i de suport resulten efectives amb pacients amb malalties cardiovasculars. Saffi, Polanczyk i Rabelo-Silva (2013) van realitzar un estudi per tal d'avaluar l'efecte de sessions sistemàtiques d'infermeria amb *counselling* en els estils de vida i com redueixen el risc cardiovascular en els malalts amb MCV al cap de 10 anys. Van dissenyar un assaig clínic aleatoritzat per tal de poder observar aquest efecte. El grup d'intervenció rebia intervencions dirigides per infermeria mitjançant cinc sessions cara a cara i contacte telefònic durant un any, començant al cap de tres mesos d'haver abandonat l'hospital; les sessions eren cada tres mesos i s'hi tractaven diferents temes, com la rehabilitació i els canvis en estils de vida, alimentació, exercici físic, control de la TA, control dels nivells de lípids i de sucre en sang, pèrdua de pes, tabaquisme..., tot amb suport de material audiovisual. És entre aquestes visites quan rebien la trucada telefònica, un cop al mes i d'una durada aproximada de 15 minuts. D'altra banda, el grup control rebia dues visites: una al cap de tres mesos d'haver abandonat l'hospital i l'altra al cap de quinze mesos; aquest grup va rebre informació mèdica convencional i conceptes generals d'estils de vida. Al cap de deu anys, van calcular el risc cardiovascular amb els criteris de risc de Framingham (D'Agostino *et al.*, 2008). Van observar que en el grup d'intervenció va haver-hi una disminució d'1,7 punts i en el grup control un augment d'1,2 punts. Van concloure que els resultats suggereixen que les sessions dirigides per infermeria amb l'objectiu de reduir el risc cardiovascular poden ser utilitzades en la pràctica clínica, i que aquestes intervencions tenen un important paper en la promoció de canvis en els estils de vida i la reducció del risc cardiovascular.

L'educació per a la salut afavoreix la salut de les persones i capacita els individus i els grups per aconseguir els objectius fixats en relació amb la salut, la millora i qualitat de vida i el foment de l'autonomia del pacient. Els programes de salut són menys efectius quan la població diana



no percep el problema o la solució, i han de ser adequats per oferir una varietat de mètodes i estratègies d'aprenentatge per optimitzar les probabilitats d'aconseguir els resultats educatius i de comportament desitjats (Cazorla *et al.*, 2004).

Durant la fase aguda, els pacients es veuen capaços de modificar els factors de risc, però passat algun temps els canvis iniciats es van diluint; per aquest motiu el personal sanitari, principalment el d'infermeria, ha de mantenir unes visites de seguiment per tal d'aconseguir un canvi d'actitud en aquests pacients (Cazorla *et al.*, 2004).

Encara que és important saber si hi ha una reducció del risc cardiovascular o si hi ha una bona adherència al tractament, entre altres, sovint sorgeix la necessitat de saber com se senten les persones i conèixer les seves experiències després de presentar una SCA. Els professionals de la salut que treballen dins l'àmbit de la cardiologia, i concretament amb la MCV, han vist la necessitat de descriure els fenòmens socials, concretament l'experiència de les persones que han presentat una SCA, considerant la persona com un tot, observant-la des de diferents perspectives i valorant quines condicions poden haver influït en el procés de canvi (Young & Jillings, 2000).

Forma part del rol infermer la preocupació per entendre les experiències de vida i els contextos socioeconòmics de la salut cardiovascular i de la malaltia. La metodologia qualitativa ajuda a entendre el fenomen d'adaptació després dels IAM, l'experiència d'una situació aguda de cardiopatia o de malaltia cardíaca crònica, l'experiència de la família i l'experiència de malaltia cardíaca (Young & Jillings, 2000). Per a la infermeria de cardiologia és extremadament important entendre en quina situació viu cada pacient, perquè això permet valorar el tipus d'assistència que cadascun necessita per tal que pugui retornar de nou a la seva vida i eviti un altre infart (Bergman *et al.*, 2011). Les infermeres que estan involucrades amb pacients amb MCV poden tenir un paper important per detectar i identificar pacients amb símptomes de fatiga i també detectar els que pateixen depressió, per tal que puguin rebre el tractament adequat (Alsén *et al.*, 2010). Els professionals d'infermeria desenvolupen habilitats que faciliten els canvis en els estils de vida per reduir el risc de MCV (Berra, 2010).

Aquesta tasca infermera pot desenvolupar-se en diferents àmbits, entre els quals podem trobar l'entorn assistencial hospitalari i el comunitari. Dins l'entorn comunitari infermeria dona suport i educació a aquells pacients que ja han tingut una SCA i que ara han de fer prevenció enfront d'un nou esdeveniment. La infermeria comunitària és fonamental per contribuir a una gestió més segura i eficaç dels pacients que presenten dolor agut al pit, el principal símptoma de SCA, ajuda en la reducció del risc d'elements adversos i promou la prevenció secundària. Entendre la fisiopatologia, la classificació, l'epidemiologia i la història natural de la SCA ajuda a infermeria a apreciar la complexitat d'aquesta situació. Fins al dia d'avui, el coneixement clínic

i l'experiència permeten a infermeria contribuir amb un diagnòstic acurat, una avaluació dels riscos i un tractament eficient als pacients que presentin SCA (Marshall, 2011).

El model transteòric, esmentat anteriorment, resulta una eina eficaç per conèixer en quina fase de motivació per al canvi es troben els pacients, i es recomana que la infermeria dels centres d'atenció primària inclogui les diferents fases de motivació en les seves valoracions per tal de poder aconseguir una reducció de les conductes no saludables, dins les activitats de promoció i prevenció enfront de la malaltia cardiovascular (Pérez-Manchón, Álvarez-García & González-López, 2014).

Reflexionant sobre tot el que s'ha explicat fins al moment, podem observar que la metodologia qualitativa ens permet comprendre el fenomen que afecta les persones (Curry, Nembhard & Bradley, 2009) des d'una perspectiva holística i dins el seu context, generant coneixement de forma inductiva i no deductiva o reduccionista com fa la quantitativa. Ens permet abordar un problema de salut pública com és la SCA des de noves perspectives, com podria ser la comprensió de la realitat en què succeeix aquesta patologia, i poder aprofundir en l'objecte d'estudi, permetent que entenguem els comportaments, les motivacions, les vivències, etc., que condueixen cap a un procés de canvi (Vázquez *et al.*, 2006).

Malgrat que la investigació qualitativa ens permet comprendre la visió i l'experiència de la persona que ha presentat una SCA, també necessitem comprendre les accions de promoció de salut i com les persones aconseguen canviar els seus hàbits conductuals; aquest procés pot ser entès gràcies a l'ajuda del model de promoció de salut de Nola Pender, que tot seguit es descriurà.

#### **2.4.1. EL MODEL DE PROMOCIÓ DE SALUT DE NOLA PENDER**

Nola Pender és la creadora del model de promoció de salut (HPM), que proposa un marc conceptual per integrar infermeria i perspectives de les ciències conductuals amb els factors que influeixen en els canvis conductuals (Pender, 1990; Pender *et al.*, 2015). Permet explorar els processos biopsicosocials que motiven les persones a adoptar canvis conductuals per aconseguir millorar la seva salut (Pender *et al.*, 2015).

Les bases teòriques de Pender en l'àmbit de la infermeria, en el desenvolupament humà, en la psicologia experimental i en l'educació van fer que utilitzés una perspectiva holística i psicosocial de la infermeria i l'aprenentatge de la teoria com a bases del HPM (Alligood, 2014). Aquest model integra diferents teories, com ara la teoria social cognitiva de Bandura (1977a), que remarcava la importància dels processos cognitius en el canvi de conducta. L'autoeficàcia és una de les parts centrals del model de Pender, que busca generar conductes que fonamentin la salut i que s'apliquin al llarg de la vida (Pender *et al.*, 2015).

En el HPM, Pender va elaborar uns supòsits que reflecteixen la perspectiva de la ciència conductual i destaquen el paper actiu del pacient per poder gestionar les conductes generadores de salut modificant l'entorn (Alligood, 2014). Aquestes premisses són (Pender, 1996):

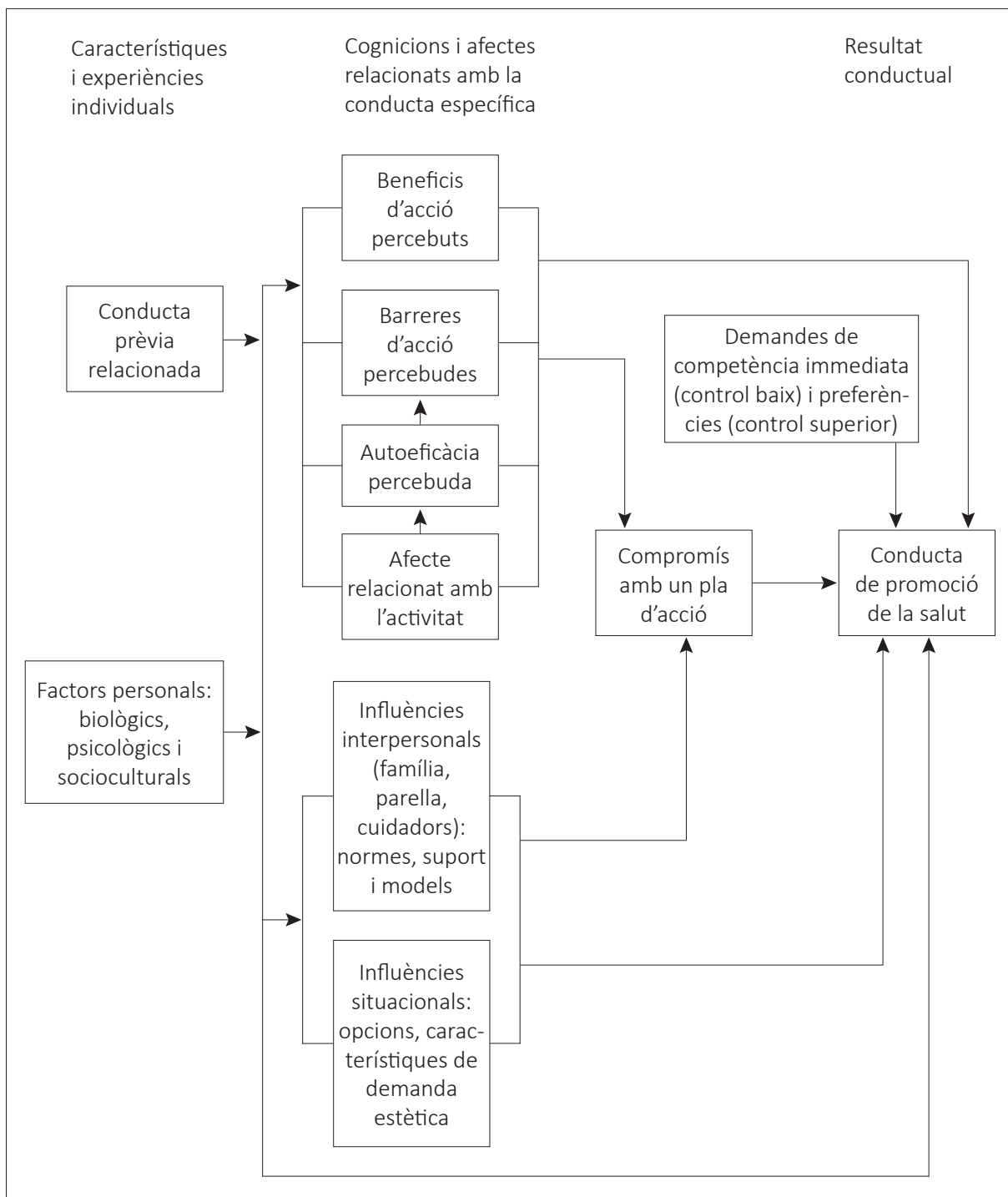
- Les persones busquen crear condicions de vida mitjançant les quals puguin expressar el seu propi potencial de salut humana.
- Les persones tenen la capacitat de posseir una autoconsciència reflexiva, inclosa la valoració de les seves pròpies competències.
- Les persones valoren el creixement en les direccions observades com a positives i l'intent d'aconseguir un equilibri personalment acceptable entre el canvi i l'estabilitat.
- Les persones busquen regular de forma activa la seva pròpia conducta.
- Les persones interactuen amb l'entorn tenint en compte tota la seva complexitat biopsico-social, transformant progressivament el seu entorn i sent transformats al llarg del temps.
- Els professionals de la salut formen part de l'entorn interpersonal, que exerceix influència en les persones al llarg de la vida.
- La reconfiguració iniciada per un mateix de les pautes interactives de la persona/entorn és essencial per al canvi de conducta.

Aquest model teòric està elaborat a partir d'uns fonaments teòrics, que sorgeixen de les catorze afirmacions teòriques que són exposades a continuació (Pender, Murdaugh & Parsons, 2002):

1. La conducta prèvia i les característiques heretades i adquirides influeixen en les creences, l'afecte i la divulgació de les conductes de promoció de salut.
2. Les persones es comprometen a adoptar conductes a partir de les quals anticipen els beneficis derivats valorats de forma personal.
3. Les barreres percebudes poden obligar a adquirir el compromís en l'acció, la mediació de la conducta i la conducta real.
4. La competència percebuda de l'eficàcia d'un mateix per executar una determinada conducta augmenta la probabilitat d'un compromís d'acció i la realització de la conducta.

5. L'eficàcia d'un mateix més percebuda té com a resultat menys barreres percebudes per a una conducta de salut específica.
6. L'afecte positiu cap a una conducta porta a terme una eficàcia d'un mateix més percebuda, que pot comportar un augment de l'afecte positiu a poc a poc.
7. Quan les emocions positives o l'afecte s'associen a una conducta, augmenta la probabilitat de compromís i d'acció.
8. És més probable que les persones es comprometin a adoptar conductes de promoció de salut quan les persones importants per a elles modelen la seva conducta, esperen que aquesta es produeixi i ofereixen ajuda i suport per aconseguir-la.
9. Les famílies, les parelles i els cuidadors de la salut són importants fonts d'influències interpersonals que poden fer augmentar o disminuir el compromís per adoptar una conducta promotora de salut.
10. Les influències situacionals en l'entorn extern poden fer augmentar o disminuir el compromís o la participació en la conducta promotora de salut.
11. Com més gran és el compromís d'un pla específic d'acció, més probable és que es mantinguin les conductes promotores de salut al llarg del temps.
12. El compromís d'un pla d'acció és menys probable que acabi amb una conducta desitjada quan les exigències contraposades en què la persona té menys control requereixen una atenció immediata.
13. És menys probable que el compromís d'un pla d'acció aconseguixi ser la conducta desitjada quan unes accions són més atractives que altres i, per tant, són preferides en la meta de la conducta.
14. Les persones poden modificar els coneixements, l'afecte i els entorns interpersonals i físics per crear incentius per a les accions de salut.

La figura següent mostra el diagrama del model de promoció de salut. S'hi poden observar gràficament les diferents parts que conformen el model, que tot seguit es detallaran una a una.



**Figura 1.** Model de promoció de salut (Pender, 1996).

El HPM permet descriure set factors cognitivoperceptuals i cinc factors modificables que permeten predir comportaments saludables, englobats en tres apartats, que són les característiques i experiències individuals; les cognicions i afectes relacionats amb la conducta específica, i els resultats conductuals (Pender *et al.*, 2015). Aquests diferents conceptes s'interrelacionen per després poder generar la conducta de promoció de salut.

## CONCEPTES PRINCIPALS I DEFINICIONS

Segons l'autora del model, dins *les característiques i experiències individuals*, manifesta que cada persona és única i té unes particularitats diferents d'una altra que afecten les decisions que aquesta persona pren. En aquest apartat identifica les conductes prèvies relacionades i els factors personals (Pender *et al.*, 2015).

**CONDUCTA PRÈVIA RELACIONADA:** Per a l'autora el millor predictor d'un comportament és la freqüència amb què un comportament igual o similar s'ha donat en el passat. Els comportaments anteriors tenen efectes directes i indirectes en la probabilitat de poder aconseguir comportaments de promoció de la salut. Cada comportament té unes emocions i uns sentiments relacionats. Sentiments positius o negatius abans, durant o després d'haver adoptat un canvi de comportament poden afectar conductes posteriors relacionades amb aquestes accions (Pender *et al.*, 2015). Infermeria pot ajudar a crear una història dels comportaments perquè en un futur es pugui centrar en els beneficis d'aquests, en com superar les dificultats i poder donar *feedback* de les accions dutes a terme (Pender *et al.*, 2015).

**FACTORS PERSONALS:** L'autora parla d'aquells factors personals predictius d'un comportament que poden ser causats per la naturalesa de l'objectiu conductual que es vol aconseguir. Els categoritza en tres tipus: biològics, psicològics i socioculturals. Dins els factors biològics inclou edat, sexe, IMC, estat de pubertat, estat de menopausa, capacitat aeròbia, força, agilitat i equilibri. En els factors psicològics considera l'autoestima, l'automotivació i l'estat de salut percebut. Finalment, entre els factors socioculturals trobem la raça, l'ètnia, l'aculturació, l'educació i l'estat socioeconòmic (Pender *et al.*, 2015).

*Les cognicions i afectes relacionats amb la conducta específica* són considerats per l'autora com variables específiques del comportament i tenen un significat de motivació molt important; són considerats el nucli dels canvis conductuals, ja que poden ser modificats per mitjà de les intervencions. S'hi inclouen els beneficis de l'acció percebuda, les barreres d'acció percebudes, l'autoeficàcia percebuda, l'afecte relacionat amb l'activitat, les influències interpersonals i les influències situacionals (Pender *et al.*, 2015).

**BENEFICIS PERCEBUTS D'ACCIÓ:** Per a l'autora són concebuts com a representacions mentals positives o de reforç de les conseqüències d'una conducta, i són proposats per motivar de forma directa o indirecta una conducta. La importància de la motivació davant dels beneficis anticipats està basada en els resultats personals de cada persona en relació amb l'experiència individual. Els beneficis poden ser intrínsecs o extrínsecs. Dins els intrínsecs es troben un major estat d'alerta, energia i atractiu percebut; i dins l'extrínsec s'inclouen la recompensa econòmica o les interaccions socials resultat dels canvis conductuals (Pender *et al.*, 2015).

**BARRERES PERCEBUDES D'ACCIÓ:** Les barreres consisteixen, segons l'autora, en la percepció de la indisponibilitat, els inconvenients, la despesa, les dificultats i el temps consumit per dur a terme una acció. Sovint, aquestes barreres són vistes com a obstacles, bloquejos mentals i costos personals de adoptar el canvi conductual. Aquestes barreres afecten les intencions de canvi i poden generar també pèrdua de la satisfacció per adoptar estils de vida saludables (Pender *et al.*, 2015).

**AUTOEFICÀCIA PERCEBUDA:** Pender es refereix a aquest concepte com el judici de la capacitat personal d'organitzar i executar una conducta promotora de salut, que involucra els judicis que un mateix pot fer amb les habilitats que un mateix posseeix (Pender *et al.*, 2015). L'autoeficàcia percebuda influeix sobre les barreres d'acció percebudes, de manera que la major eficàcia comporta unes percepcions menors de barreres per al desenvolupament d'aquesta conducta (Alligood, 2014). La percepció de sentir-se competent i amb les habilitats necessàries permet motivar i animar la persona a adoptar canvis i que aquests predominin al llarg del temps (Pender *et al.*, 2015).

**AFECTE RELACIONAT AMB L'ACTIVITAT:** L'autora defineix aquest concepte com els sentiments subjectius positius i negatius que es donen abans, durant i després de la conducta basada en les propietats dels estímuls de la conducta en si (Alligood, 2014). Consisteix en tres components: l'activació emocional de l'acte en si, la pròpia actuació i l'entorn on té lloc l'acció; el sentiment resultant és possible que afecti la persona en la repetició o el manteniment de la conducta al llarg del temps (Pender *et al.*, 2015). L'afecte relacionat amb l'activitat influeix en l'autoeficàcia percebuda, cosa que significa que com més positiu és el sentiment subjectiu, més gran és el sentiment d'eficàcia. A poc a poc, l'augment de sentiments d'eficàcia pot generar un major afecte positiu (Alligood, 2014; Pender *et al.*, 2015).

**INFLUÈNCIES INTERPERSONALS:** L'autora del model explica les influències personals com les cognicions que involucren les conductes, les creences o les actituds dels altres, encara que aquestes cognicions es poden correspondre o no amb la realitat percebuda (Pender *et al.*, 2015). Les fonts primàries de les influències interpersonals són la família, les parelles i els cuidadors de salut, però aquestes influències també inclouen les normes socials, el suport social i la modulació, que determinen la predisposició individual per generar conductes promotores de salut (Alligood, 2014; Pender *et al.*, 2015). Donar una motivació suficient permet que les persones puguin emprendre comportaments que poden ser reforçats des de l'entorn social (Pender *et al.*, 2015).

**INFLUÈNCIES SITUACIONALS:** Quan l'autora parla d'influències situacionals es refereix a les percepcions i cognicions personals de qualsevol situació o context determinat que poden facilitar i impedir la conducta (Alligood, 2014; Pender *et al.*, 2015). Inclouen percepcions de les opcions

disponibles, característiques de la demanda i característiques de l'entorn en què es proposa que es desenvolupin determinades conductes promotores de la salut (Alligood, 2014). Les influències situacionals poden tenir influències directes o indirectes en la conducta de salut, però cal desenvolupar estratègies més efectives per facilitar, adquirir o mantenir conductes promotores de salut (Pender *et al.*, 2015).

**COMPROMÍS AMB UN PLA D'ACCIÓ:** Amb aquest compromís l'autora fa referència a la intenció i a la identificació d'una estratègia planificada per portar a terme la implantació d'una conducta de salut (Alligood, 2014). Aquest compromís amb el pla d'acció inicia un canvi conductual, encara que segueix un procés cognitiu, on primer hi ha un acord a dur a terme una determinada acció en un lloc i un temps concret i després la identificació de les estratègies que facilitin i reforcin la conducta. Un compromís sense una bona estratègia fa que s'obtingui només una bona intenció de canvi (Pender *et al.*, 2015).

**DEMANDES I PREFERÈNCIES CONTRAPOSADES IMMEDIATES:** Pender ho explica com a conductes alternatives de les quals la persona pren consciència abans d'adoptar un canvi conductual (Pender *et al.*, 2015). Les demandes contraposades són aquelles conductes alternatives sobre les quals les persones tenen un baix control, perquè existeixen contingències de l'entorn, com el treball i les responsabilitats de la cura de la família. Les preferències contraposades són les conductes alternatives mitjançant les quals les persones posseeixen un control relativament alt (Alligood, 2014).

Dins *els resultats conductuals* es troba la *conducta promotora de salut*: per a l'autora és el resultat i el punt final del HPM. Encara que els comportaments promotors de salut estan relacionats amb resultats positius de salut, cal integrar-los dins estils de vida saludables per millorar la qualitat de vida. És un model motivacional que permet entendre alguns dels determinants dels comportaments saludables. En aquest punt infermeria i altres professionals sanitaris han d'assessorar per proveir informació valuosa i necessària per aconseguir el comportament saludable (Pender *et al.*, 2015).

La descripció d'aquests conceptes que conformen el model ens poden ajudar a entendre la importància de la infermeria en la promoció de la salut i com el model de Pender permet entendre les conductes i els comportaments de les persones davant les propostes de canvis de comportaments saludables. Aquesta visió ens permetrà entendre i descriure la perspectiva de les persones i poder comprendre les seves motivacions.



## **CAPÍTOL 3. PREGUNTA DE RECERCA I OBJECTIUS**

---



### **3.1. OBJECTE D'ESTUDI**

En aquest estudi es pretén comprendre els canvis conductuals que experimenten les persones que han debutat amb una SCA.

### **3.2. PREGUNTA DE RECERCA**

En aquest estudi exploratori qualitatiu es planteja la pregunta d'investigació següent: «Com és l'experiència en els canvis d'estil de vida i en l'adaptació a aquests canvis de les persones que han debutat de SCA?».

### **3.3. OBJECTIUS**

#### **GENERALS**

- Conèixer l'experiència d'adaptació i canvis en els estils de vida de les persones que han debutat de SCA.

#### **ESPECÍFICS**

- Conèixer les implicacions i canvis en els estils de vida.
- Comprendre l'experiència d'adaptació a la nova situació de vida.
- Identificar com es produeix la permanència dels canvis d'hàbits a llarg termini.
- Descriure els factors que poden intervenir en aquesta adaptació.



## **CAPÍTOL 4. METODOLOGIA**

---



En aquest apartat es presenten el disseny d'estudi, els participants, les tècniques de recollida de dades, els instruments utilitzats i l'estratègia d'anàlisi.

#### **4.1. DISSENY**

L'estudi que es proposa és un estudi qualitatiu de tall fenomenològic interpretatiu-hermenèutic, ja que és el disseny que ens permet entendre amb una visió holística l'experiència humana viscuda de les persones i les seves intencions envers el món. La investigació qualitativa ens facilita la descripció i la comprensió de l'adaptació i el canvi en l'estil de vida en persones que han debutat de SCA. Ens permetrà descriure aquest fenomen i veure com canvia en circumstàncies diferents. Ens ajudarà, també, a descriure com les persones donen sentit al seu entorn social i de quina manera l'interpreten (Vázquez *et al.*, 2006).

En concret, a través de la fenomenologia busquem el significat més profund i complet de l'experiència particular del fenomen de cada participant (Morse & Field, 1995; Streubert & Carpenter, 1999), és a dir, volem entendre quina és l'experiència que ha tingut cada persona i com l'ha viscut. Cada participant coneix només una part del total de la situació; per aquest motiu, els diferents participants ens aportaran les seves visions des de diferents punts de vista, i això ens permetrà verificar la informació obtinguda (Morse & Field, 1995).

#### **4.2. POBLACIÓ**

L'estudi se centra en la zona de la Catalunya central, població de referència de l'hospital on s'ha realitzat l'estudi. Concretament, s'ha treballat amb pacients atesos al servei de cardiologia de l'Hospital de Sant Joan de Déu (HSJD) de la Fundació Althaia, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa, ja que la investigadora principal és una infermera que treballa en aquest centre. Manresa es troba a 65 quilòmetres de Barcelona i limita amb l'àrea industrial de Barcelona i amb l'àrea rural. La zona d'influència d'aquest centre assistencial comprèn 260.000 habitants del Bages, el Berguedà, la Cerdanya i el Solsonès (Althaia, 2014). Disposa de diferents especialitats ofertes per la fundació mateixa, com són al·lèrgologia, otorinolaringologia, digestologia, cirurgia general i vascular, pneumologia, cardiologia, neurologia, oncologia, endocrinologia, anatomia patològica, urologia, hematologia, traumatologia, hemodiàlisi, pediatria, oftalmologia, ginecologia, salut mental i unitats de cribratge i radiodiagnòstic, a més de l'especialitat de radioteràpia, facilitada pel Consorci Sanitari de Terrassa, i suport en l'especialitat de cardiologia, a través de l'Hospital de la Santa Creu i de Sant Pau (HSCiSP) (Althaia, 2017). Dels 418 llits d'aguts d'hospitalització convencional de què disposa el centre, deu són els que corresponen al servei de cardiologia, encara que segons les necessitats del servei aquest nombre pot variar; les patologies de l'aparell circulatori representen el tercer grup de patologies mèdiques més freqüents al centre assistencial (Althaia, 2015). Cal destacar que el centre no disposa d'unitat hemodinàmica cardíaca; els pacients que requereixen intervencionisme cardíac per mitjà d'un cateterisme són traslladats a l'HSCiSP o bé a l'Hospital Universitari Mútua de Terrassa.

Tanmateix, aquells que requereixen un estudi electrofisiològic o bé una cirurgia cardíaca són traslladats a l'HSCiSP de Barcelona (Althaia, 2017).

L'any 2014 aquest centre sanitari va atendre un total de 1.697 persones donades d'alta amb un diagnòstic relacionat amb malalties de l'aparell circulatori (Althaia, 2014). D'aquest grup, concretament 200 persones van debutar amb una síndrome coronària aguda. Segons els registres de les dades facilitades pel centre assistencial, les dones van representar un 34,5% de la població amb SCA i els homes un 65,5%. La mitjana d'edat de les persones ateses va ser de 71 anys, amb una mitjana de temps d'ingrés de 5 dies.

La Xarxa Assistencial Universitària de Manresa disposa d'un programa de seguiment i rehabilitació cardíaca de les persones que han debutat de SCA, en el qual, a part de les visites corresponents al cardiòleg, es fan unes visites dirigides per la infermera de cardiologia de consultes externes, amb què es pretén fer un control dels factors de risc, reforçar l'educació per a l'autocontrol de la patologia i revisar l'adherència a la medicació, juntament amb el seguiment de la rehabilitació cardíaca, basat en un programa d'exercici físic supervisat (Santaulària *et al.*, 2013, 2016). A l'Annex 4 s'explica amb detall aquest programa.

En aquest estudi, la població estudiada està conformada per persones que han debutat amb SCA i que han participat en el programa de seguiment i rehabilitació del servei de cardiologia de la Fundació Althaia.

### **4.3. PARTICIPANTS**

Inicialment es va informar a tot el personal del servei de cardiologia involucrat en el seguiment dels pacients de la realització de l'estudi i de les seves característiques principals.

Per tal de poder captar els millors informants, es va comptar amb la col·laboració de la infermera de consultes externes responsable del seguiment d'aquestes persones. Va ser ella la que va preseleccionar els possibles participants segons els criteris d'inclusió, i qui va proporcionar la primera informació sobre l'estudi als pacients que anaven a la consulta de seguiment.

Els criteris d'inclusió van ser els següents:

- Pacients homes i dones.
- Haver debutat amb síndrome coronària aguda.



- Participar en el seguiment d'infermeria del Programa de Rehabilitació Cardíaca de la Xarxa Assistencial Universitària de Manresa i que preferiblement es trobessin en la tercera visita<sup>2</sup> del programa.
- Ser natural del país i entendre el català o el castellà.
- Llegir i escriure una de les llengües abans esmentades.
- Acceptar i firmar el consentiment informat.
- Presentar o no patologia associada amb algun factor de risc cardiovascular (HTA, dislipèmia, obesitat, diabetis...), però que estigui estable i controlada en el moment de la inclusió del participant.

Després que la infermera informés prèviament de l'estudi i que el potencial participant acceptés rebre una trucada telefònica de la investigadora, la infermera facilitava a aquesta el telèfon de contacte d'aquesta persona. Per la seva part, la investigadora, abans de contactar amb el participant, feia una revisió de les dades clíniques de l'informant per assegurar-se que complia amb tots els criteris d'inclusió marcats en l'estudi. Un cop comprovada aquesta informació, es contactava amb el participant i s'acordava un dia, una hora i un lloc de trobada, que era escollit per ell mateix, per tal de poder dur a terme una entrevista. En aquest primer contacte es procedia a donar el full d'informació i el consentiment informat (Annexos 5 i 6, respectivament), a explicar detalladament els objectius i la finalitat de l'estudi i a demanar la signatura del consentiment.

En un primer moment es va realitzar un mostreig intencional amb l'objectiu de buscar els informants que ens poguessin aportar una millor informació, en referència a la nostra pregunta d'investigació, i que ens permetessin conèixer, descobrir i interpretar els canvis conductuals que han fet aquestes persones per adaptar-se a la nova situació, comprenent-los en profunditat i amb les diferents visions de la situació (Morse & Field, 1995; Streubert & Carpenter, 1999). El mostreig va ser acumulatiu per tal d'aconseguir la informació suficient, però al mateix temps flexiu i reflexiu, ja que en un segon moment es va veure la necessitat de realitzar un mostreig de màxima variabilitat discursiva amb la intenció de poder acabar de comprendre les diferents particularitats i característiques de l'adaptació en el canvi d'estil de vida en persones que han debutat de SCA. D'aquesta manera es pretenia realitzar una descripció completa del fenomen d'estudi. Es va tenir en compte que el poder de la mostra no depèn de la seva mida,

---

<sup>2</sup> Coincideix al voltant dels 6-9 mesos de la postfase aguda de la SCA.

sinó de la manera com cada informant ens ha aportat una informació rica, profunda i completa (Morse & Field, 1995).

També es va tenir present el criteri de saturació o de redundància, referit al moment en què la informació que ens aportava cada nova entrevista era repetida, redundant, i no emergien nous aspectes, creant un esgotament de les dades (Morse & Field, 1995; Streubert & Carpenter, 1999). Aquesta característica permet afirmar que la mostra és suficient i aturar la recollida d'informació. D'aquesta manera es va poder justificar la sortida del camp de treball, assegurant en tot moment honestedat a l'informant, demostrant-li agraïment i assegurant-li la confidencialitat de la informació recollida. Així mateix, es va preparar a la infermera que pre-seleccionava els possibles participants per a la sortida del camp de la investigadora. Aquesta saturació de les dades va permetre veure l'abast i la magnitud de la informació recollida i la seva replicabilitat. Entenem per *replicabilitat* aquelles dades obtingudes dels participants que, malgrat provenir de diferents experiències, essencialment tenen les mateixes característiques (Morse, 2015b).

El procés de recollida de dades va durar un any i mig. Va començar el mes d'octubre de l'any 2014 i va finalitzar el mes d'abril de l'any 2016. El procediment que es va seguir va ser que, després de fer cada entrevista, aquesta es transcrivia i se'n feien diverses lectures i relectures, amb una primera anàlisi preliminar de les dades i obtenint els primers codis. Un cop s'havien fet aquests passos, es procedia a fer una altra entrevista i se seguia el mateix procediment. Aquest s'agilitzava cada vegada més i gràcies a aquesta primera anàlisi es podien anar reformulant algunes de les preguntes de l'entrevista i afegir-hi aspectes que anaven sorgint i que no s'havien previst en un primer moment (temes emergents). Per a la selecció dels darrers participants en l'estudi es va demanar a la infermera un determinat perfil de persona, per tal que permetés contrastar i refutar dades i aconseguir-ne la saturació.

Així mateix, es van dur a terme quatre sessions d'observació de les sessions educatives de l'Escola de Salut de Pacients, que es porten a terme dins aquest programa de seguiment del pacient amb SCA. Van ser sessions monogràfiques en què es van tractar diferents temes, com l'adherència al tractament farmacològic, coneixements bàsics de la patologia, consells dietètics, suport psicològic i estratègies per afrontar l'estrès. Les dades obtingudes per mitjà d'aquestes observacions van permetre completar les diferents dimensions de cada codi obtingut. A l'Annex 7 es mostren les dades sociodemogràfiques i les característiques dels diferents grups que van participar en cada sessió. Durant les sessions d'observació el rol de la investigadora va ser exclusivament d'observació, no interferint en cap moment en el contingut o el desenvolupament de la sessió.

Prèviament a les sessions, va haver-hi un contacte amb els docents que les feien per tal de demanar la seva col·laboració en l'observació i explicar-los els objectius d'aquesta; cal dir que es van prestar des d'un primer moment a la participació. El dia de la primera sessió van ser els mateixos docents els qui van presentar la investigadora als participants. Posteriorment, es van explicar els objectius de l'observació, es va demanar l'autorització per poder fer la gravació i es van facilitar un full informatiu i un consentiment informat (Annexos 8 i 9, respectivament) a cada assistent a la sessió.

#### **4.4. POSICIONAMENT DE L'INVESTIGADOR**

En la investigació qualitativa l'investigador forma part del mateix procés investigador (Grove *et al.*, 2016). En aquest cas en concret, la investigadora ha estat alhora infermera de la unitat d'hospitalització de cardiologia de la Fundació Althaia, fet que de vegades provocava que els participants de l'estudi ja estiguessin familiaritzats amb ella. Hi havia la possibilitat que fins i tot haguessin estat tractats per ella mentre treballava d'infermera al centre i durant l'ingrés hospitalari. Per això, durant la recollida de les dades de l'estudi la investigadora-infermera no va fer tasques d'educació sanitària relacionades amb hàbits de vida saludables amb els pacients ingressats. Cal dir que tota persona ingressada a la unitat de cardiologia rep informació d'hàbits saludables durant la fase aguda, és a dir, durant l'ingrés, i és aquesta informació la que la investigadora va evitar donar per tal de no generar biaixos, però en tot moment s'assegurà que tots els pacients rebessin l'educació sanitària corresponent, facilitada per una altra infermera del servei. Complementàriament, aquestes persones rebien més educació d'hàbits quan feien el seguiment en les consultes externes. Fora de l'entorn assistencial, la seva tasca ha estat exclusivament la d'investigadora, fent les entrevistes i l'observació i treballant tot el procés d'anàlisi de les dades. D'altra banda, la investigadora ha reflexionat i analitzat el seu posicionament i les seves creences i suposicions, que es reflecteixen en *l'aproximació personal al fenomen d'estudi*, per tal que es pugui entendre la seva pròpia visió de l'anàlisi i la descripció de les dades obtingudes i poder revelar el significat de l'experiència de la persona mateixa (Morse & Field, 1995).

#### **4.5. TÈCNiques DE RECOLLIDA DE DADES**

En aquest estudi, per tal d'aconseguir les dades s'han utilitzat diferents tècniques: entrevistes en profunditat, observació de sessions educatives del programa de seguiment infermer i el diari de camp de l'investigador, per tal de poder comprendre i descriure el fenomen en la seva totalitat.

S'entén per *entrevista* aquella tècnica que consisteix en una conversa amb el participant, amb la finalitat d'obtenir informació i buscar la comprensió de les diferents perspectives que tenen els informants, les seves idees, els seus valors, les seves situacions viscudes, etc., i que ens permeten una major profunditat en el fenomen d'estudi (DiCicco-Bloom & Crabtree, 2006;

Streubert & Carpenter, 1999; Vázquez *et al.*, 2006). Concretament es va treballar amb una entrevista semiestructurada; es va preparar una bateria de preguntes obertes per tal de poder explorar tots els temes procedents de la revisió de la literatura, així com els temes emergents en les entrevistes primeres i reconduir la conversa quan fos necessari (vegeu Annex 10). Malgrat tenir aquesta bateria de preguntes per a tots els informants, es va afavorir un entorn de confiança per tal que cadascun tingués la llibertat de poder expressar el que sentia i explicar la seva experiència, deixant espai per a l'emergència de nous temes en tot moment (McIntosh & Morse, 2015; Morse & Field, 1995). No es va seguir cap ordre en les preguntes. Els temes es van seguir a mesura que anaven sortint en la conversa, o bé es feia la pregunta quan el tema no sortia.

Després de la primera lectura de les entrevistes es va poder anar introduint noves preguntes relacionades amb conceptes emergents que havien sortit, i en tot moment es va intentar no condicionar la resposta dels participants.

L'objectiu de les entrevistes va ser aconseguir conèixer l'adaptació i els canvis en els estils de vida en persones que havien presentat per primera vegada una SCA. Els participants van disposar de la llibertat necessària per poder expressar-se i contestar amb la màxima naturalitat possible, motiu pel qual el lloc escollit per efectuar les entrevistes va ser un lloc tranquil escollit pel mateix participant. Per aquest motiu es van oferir diferents possibilitats, com el mateix domicili, una sala de l'HSJD o una sala de la Universitat de Manresa. En un primer moment es creia que el domicili seria el més adient per a les entrevistes (Lawrence & Kim, 2012), encara que finalment només un participant va accedir que es fes allà.

Les entrevistes van ser enregistrades per mitjà d'una gravadora d'àudio, prèvia autorització de l'informant. Després de finalitzar l'entrevista, la investigadora reflexionava sobre com havia anat i anotava les primeres impressions del que li havia explicat el participant, recollint també incidents, gestos, expressions, comunicació no verbal i els sentiments que havia generat. Aquesta informació es troba recollida en el diari de camp de la investigadora i ha ajudat a comprendre de manera més completa alguns moments de l'entrevista. La durada mitjana de les entrevistes va ser de cinquanta-dos minuts; en determinats casos es va requerir menys o més temps en funció de l'entrevistat.

Malgrat que un dels criteris d'inclusió era que els pacients havien d'estar a la tercera visita del seguiment i que aquesta, teòricament es faria al cap de sis mesos, la realitat va ser diferent. Per motius d'agenda i de seguiment, sovint aquestes visites es feien en un termini posterior als sis mesos; així, el temps mitjà en què es va contactar amb els mateixos informants va ser de nou mesos. El criteri d'inclusió previst, de sis mesos, s'havia decidit d'acord amb Lawrence i Kim (2012), que assenyalen que aquest és el temps a partir del qual els canvis poden ser

observables. En aquest sentit, incloure malalts en un rang entre 6 i 9 mesos es va valorar positivament, ja que encara donava més temps a integrar canvis de conducta (objecte d'aquest estudi) d'acord amb els autors citats.

Una altra tècnica utilitzada per a la recollida de dades va ser l'observació de les sessions educatives de l'escola de salut de pacients amb cardiopatia. L'objectiu d'aquesta observació era poder conèixer de primera mà i comprendre alguns aspectes que els participants transmetien durant les entrevistes. Amb aquesta tècnica es pretenia complementar la descripció del fenomen i veure la interacció de les persones entre iguals, així com conèixer els coneixements i dinàmiques de les sessions que aquests pacients rebien durant el seguiment post-SCA, formades per quatre sessions diferents amb una durada mitjana de 85 minuts i amb temàtiques diverses. El detall de les sessions es troba a l'Annex 4.

En aquestes observacions la investigadora no formava part de la situació que s'estava observant, cosa que permetia més llibertat per observar de manera sistemàtica els diferents comportaments, accions i preguntes dels participants (Ruiz Olabuénaga, 1996). Aquestes sessions van ser gravades en vídeo, per tal que després es pogués confirmar la informació anotada en plantilles d'observació (vegeu Annex 11). En elles s'anotaven aquelles observacions o comentaris dels participants en les sessions amb una primera interpretació relacionada amb la informació que havia emergit prèviament a les entrevistes i el minut del vídeo en què succeïa, per tal de poder facilitar-ne després la localització.

Juntament amb la implementació d'aquestes dues tècniques es va elaborar el diari de camp de l'investigador, on es van anar anotant tots aquells aspectes relacionats amb els processos de recollida de dades, primeres interpretacions de les entrevistes, valoracions personals i sentiments que generaven les dades obtingudes, per tal de poder guiar la posterior anàlisi de les dades.

Aquests sistemes de recollida de dades van servir per realitzar la triangulació de tècniques, estratègia per mitjà de la qual es volia assegurar la qualitat de la investigació, mitjançant la contrastació i la verificació dels resultats obtinguts a través de diferents tècniques, i observar diferents perspectives del fenomen d'estudi (Vázquez *et al.*, 2006).

#### **4.6. RIGOR I VALIDESA**

Per assegurar el rigor i la validesa d'aquest estudi s'han seguit els criteris de Guba i Lincoln (1994):

- **Credibilitat:** per aconseguir aquest criteri i assegurar que la mostra era l'adequada s'ha utilitzat el criteri de saturació de dades, que ha permès assegurar que la mostra era ade-

quada i suficient per poder aprofundir en el fenomen d'estudi. Per assegurar-nos que els resultats obtinguts són creïbles, s'ha utilitzat la triangulació de tècniques de recollida de dades, que ha permès comprendre el fenomen d'adaptació i canvi d'estil de vida. També es va realitzar la triangulació d'investigadors, en què es va comptar amb les directores de la tesi per analitzar i discutir els resultats obtinguts.

- Transferibilitat: per assolir aquest criteri s'ha fet una descripció detallada i concreta de la mostra d'estudi i del context per tal que els resultats poguessin ser transferibles a poblacions i contextos similars a aquell on s'ha portat a terme l'estudi.
- Dependència: per obtenir aquest criteri i veure que els resultats són estables, s'han descrit les tècniques i procediments d'anàlisi, així com l'entorn i la triangulació de tècniques, i s'ha deixat reflectida la presa de decisions en l'anàlisi.
- Confirmabilitat: per assegurar aquest criteri s'han deixat per escrit les suposicions i els pressupòsits de la investigadora abans d'iniciar l'estudi per tal que no pugui influir en l'anàlisi dels resultats. També s'ha descrit el rol de la investigadora durant tot el procés investigador. Finalment, s'ha proporcionat un retorn informatiu als participants per assegurar que el procés analític i interpretatiu de les dades obtingudes coincidís amb el que ens volien transmetre els informants mateixos. Aquest retorn informatiu s'explica al final d'aquest apartat metodològic.

#### **4.7. INSTRUMENTS**

Els instruments utilitzats en aquesta investigació han estat els següents:

- Consentiments informats per a les entrevistes i les observacions no participants.
- Guió de temes a explorar durant l'entrevista.
- Graelles d'observació per a l'observació no participant.
- Gravadora d'àudio per enregistrar les entrevistes.
- Gravadora de vídeo per enregistrar l'observació no participant.
- Diari de camp per recollir aspectes relacionats amb les entrevistes i l'observació no participant.
- Diari de camp de l'investigador.

- Software Atlas.ti versió 7.5.13 per al maneig de les dades.
- Software F4 v5.60.0 per a les transcripcions.

#### 4.8. CONSIDERACIONS ÈTIQUES

L'estudi compta amb un informe favorable de la Comissió Acadèmica del Doctorat en Recerca en Salut de la Universitat Internacional de Catalunya (UIC) (Annex 12), amb una resolució favorable del Comitè d'Ètica de la Recerca de la UIC (Annex 13) i amb l'aprovació del Comitè d'Ètica d'Investigació Clínica de la Fundació Unió (Annex 14).

Durant l'estudi s'han respectat en tot moment els drets dels pacients, seguint la legislació estatal i autonòmica i els principis ètics de la *Declaració de Hèlsinki* del 1964, revisada l'octubre del 2000, per a les investigacions mèdiques amb éssers humans (Spiegel, 2005). També s'ha tingut en compte la normativa legal sobre la confidencialitat de les dades (Llei Orgànica 15/1999, del 13 de desembre, de Protecció de dades de caràcter personal [LOPD]), per la qual cosa a cada participant se li va assignar un codi que només coneixia la mateixa investigadora. Igualment, el registre amb la informació de les dades de contacte del pacient estava també codificat.

Abans de cada tècnica de recollida de dades es va informar a cada participant del procediment d'estudi i dels seus objectius, per tal que posteriorment poguessin signar el consentiment informat. Aquests consentiments estan guardats sota clau i només hi tenia accés la mateixa investigadora.

L'estudi no ha suposat cap vulneració de la intimitat dels informants, professionals de la salut o cuidadors implicats; en tot moment s'ha mantingut l'anonimat d'aquestes persones, assignant noms ficticis als diferents participants i als professionals implicats. La seva participació ha estat voluntària i podien abandonar la investigació quan ho consideressin oportú, sense afectar el curs de la investigació. Es considera que la intervenció (realització de l'entrevista i observació de les sessions educatives) no ha implicat raonablement cap risc per als participants; en canvi, aporta informació beneficiosa per millorar la qualitat del procés assistencial en els malalts amb síndrome coronària aguda.

Totes les dades obtingudes (les gravacions de les observacions i les entrevistes enregistrades) s'han guardat en un disc dur extern al qual només tenia accés la investigadora. Així mateix, la transcripció de les entrevistes i de l'observació de les sessions educatives ha estat emmagatzemada en una base de dades codificada a la qual només tenia accés la investigadora. Els arxius amb la informació es van guardar en format electrònic codificat, que requeria un doble sistema d'accés a l'arxiu mitjançant paraules clau. Les directores només van tenir accés a l'arxiu

de dades de l'Atlas.ti (informació transcrita, degudament anonimitzada). Cal destacar que un cop publicats els resultats, les gravacions de les observacions i les entrevistes seran destruïdes.

#### **4.9. ANÀLISI DE LES DADES**

En aquest estudi l'anàlisi va començar en finalitzar la primera entrevista, considerant que és un procés iteratiu i reflexiu. Després de cada entrevista es realitzava una primera anàlisi per tal d'identificar aspectes importants que calia incorporar al guió de les entrevistes subsegüents, permetent incorporar una característica important en l'anàlisi qualitativa com és el procés de retroalimentació existent entre la recollida de dades i l'anàlisi, simultanis en el temps (DiCicco-Bloom & Crabtree, 2006; Vázquez *et al.*, 2006). Aquesta primera anàlisi ha permès anar ajustant la informació recollida i valorar les necessitats que anaven sorgint en cada moment; també ordenar, classificar, reduir, comprendre i donar significat a les dades que s'anaven obtenint. A través d'una anàlisi del contingut i del llenguatge dels informants s'ha pogut arribar a l'explicació de diversos aspectes de la realitat plantejats en l'objecte d'estudi.

Cada entrevista es va transcriure textualment tenint en compte espais i expressions no verbals (DiCicco-Bloom & Crabtree, 2006; Morse & Field, 1995) i els codis de transcripció de Jefferson (1984, 2004) (vegeu Annex 15). Com a suport informàtic per a la transcripció s'ha utilitzat el software F4 v5.60.0. També s'ha utilitzat el software informàtic Atlas.ti 7.5.13 d'anàlisi de dades qualitatives, per tal de poder treballar amb el volum de dades generades, permetent-ne la gestió i el maneig. Cada entrevista enregistrada s'ha guardat en una base de dades amb un doble sistema de codificació per tal de mantenir-ne la confidencialitat.

Morse (2015b) apunta que el fet que el mateix investigador realitzi les seves entrevistes, les transcrigui, les codifiqui i les categoritzi li permet estar dins les seves dades i interpretar-les de la manera més fidel. En aquest estudi el procés de realització, transcripció i codificació de totes les dades obtingudes ha estat fet per la mateixa investigadora, permetent una immersió profunda en les dades i facilitant la comprensió i la descripció del fenomen d'estudi.

L'anàlisi es va iniciar amb una immersió en les dades de l'investigador principal, llegint i rellegint cada entrevista diverses vegades, amb l'objectiu de captar les idees i reflexions que els participants estaven explicant, i identificant els primers codis del procés d'anàlisi (Miles, Huberman & Saldana, 2014). Després de realitzar aquesta codificació, es van poder anar establint les relacions d'aquests codis amb les categories, que s'entenen com aquell conjunt de dades similars, classificades en el mateix lloc, amb esdeveniments i respostes similars; permeten determinar el què de les dades i identificar els elements comuns (Morse, 2008, 2015a). Finalment, amb el procés interpretatiu es van establir els temes, que són l'essència significativa de les dades i que permeten comprendre i descriure el significat i l'experiència del participant de forma global (Morse, 2008, 2015a).



La interpretació de resultats s'ha guiat pel model de promoció de la salut de Nola Pender, que permet comprendre comportaments humans relacionats amb la salut i els orienta cap a la generació de conductes saludables (Sánchez Ramos, Aristizábal Hoyos, Marlene Blanco Borjas, & Ostiguín Meléndez, 2011; Valencia, Giraldo, Palacio, Macias, & Toro, 2010). A través d'aquest model s'identifiquen les conductes prèvies relacionades i els factors personals, ja siguin biològics, psicològics o socioculturals, que poden influir en els canvis necessaris per a l'adaptació. També permet interpretar els beneficis i els obstacles amb els quals es poden trobar les persones i els sentiments i l'autoeficàcia que ells perceben per fer aquest canvi. Indica que també cal tenir en compte les influències interpersonals i situacionals que envolten la persona i que en poden condicionar la conducta. Finalment, es busca veure el compromís amb el canvi i cap a una conducta promotora de salut per a la nova situació (Alligood, 2014). No obstant això, s'han tingut en compte aspectes emergents que sorgien en el discurs dels informants i que no estaven identificats en el model de Nola Pender.

Un cop finalitzat tot el procés d'anàlisi i interpretació s'ha informat, per mitjà de correu postal, als participants de l'estudi de la interpretació que s'ha fet de les entrevistes per assegurar que els conceptes que havíem analitzat i interpretat eren els que ens volien transmetre. Per la seva banda, en la carta facilitada als participants es facilitava telèfon, direcció i adreça electrònica, per tal de poder contactar amb l'investigador, si així ho desitjaven.



## CAPÍTOL 5. RESULTATS

---

*Knowing what is actually happening  
(Morse, 2004, p. 152)*



En aquest apartat s'exposen els resultats obtinguts en aquest estudi, que descriu l'adaptació i el canvi en l'estil de vida en les persones que han debutat de SCA.

Es va seleccionar un total de tretze candidats a participar en l'estudi mitjançant la realització d'una entrevista semiestructurada en profunditat, on finalment van participar deu. De les tres persones que no van participar en l'estudi, una manifestava no tenir prou temps per poder dedicar una estona a l'entrevista, una altra presentava antecedents de SCA 25 anys abans, però a causa d'un buit informàtic en les dades clíniques no apareixia en un primer moment, i no es va poder contactar amb la tercera.

La mostra d'estudi final ha estat constituïda per deu participants en les entrevistes i 73 participants en l'observació no participant. Identificant més concretament algunes de les característiques principals dels participants en les entrevistes, veiem que la mitjana d'edat va ser de 57,8 anys, amb una desviació estàndard de 8,09. La zona de residència va ser principalment Manresa i els seus voltants i es va obtenir una mostra de set homes i tres dones, que indicava la mateixa relació d'afectats per sexe que les dades facilitades pel centre sanitari.

La Taula 1 mostra les dades sociodemogràfiques de la població que ha participat en les entrevistes, i en l'Annex 16 es poden veure dades complementàries, com són els antecedents patològics, el tractament rebut, el temps de contacte i la data de l'entrevista.

Els resultats provenen del treball de camp i del procés analític del conjunt de dades de què disposem:

- Entrevistes a deu pacients que han debutat de SCA i que segueixen el programa de seguiment d'infermeria.
- Observació no participant de quatre sessions educatives.
- Diari de camp de la investigadora.

S'ha assignat un pseudònim als participants entrevistats i també als professionals de salut que apareixen en el discurs. En l'observació no participant hem mantingut el mateix sistema de confidencialitat. Pel que fa a les entrevistes, hem utilitzat el sistema de numeració següent: P\_00x (on x indicava el número d'entrevista); per a l'observació no participant hem utilitzat OnP\_00x (on x indicava el número de sessió). Durant les transcripcions de les entrevistes hem utilitzat (( )) per tal de fer aclariments de l'entrevistat.

**Taula 1.** Dades sociodemogràfiques dels participants que conformen la mostra d'aquest estudi

	<b>Sexe</b>	<b>Edat</b>	<b>Lloc de residència</b>	<b>Estudis</b>	<b>Situació laboral</b>	<b>Estat civil</b>
<b>1</b>	H	52	Artés	Superiors	Autònom amb empresa pròpia	Casat
<b>2</b>	H	48	Manresa	Superiors	Aturat amb incapacitat temporal	Casat
<b>3</b>	D	67	Manresa	Bàsics	Jubilada	Vídua
<b>4</b>	H	55	Manresa	Universitaris	Aturat (autònom)	Casat
<b>5</b>	H	65	Castellgalí	Superiors	Jubilat	Casat
<b>6</b>	D	57	Manresa	Superiors	Autònom	Casada
<b>7</b>	H	58	Manresa	Graduat	Actiu amb llarga malaltia	Separat
<b>8</b>	H	50	Manresa	BUP	Actiu	Casat
<b>9</b>	H	53	Manresa	Enginyer tècnic	Actiu	Casat
<b>10</b>	D	73	Manresa	Bàsics	Jubilada	Casada

Els resultats sorgeixen de l'anàlisi de tot el corpus de dades, d'on obtenim 1.162 unitats de significat, a partir de les quals han emergit 35 codis, dels quals, a través del procés d'anàlisi i abstracció, han sorgit vuit categories, que al seu torn han culminat en dos temes.

En la taula següent es mostren els codis amb les seves freqüències corresponents, distribuïts per categories i, finalment, agrupats en els dos temes principals que conformen i expliquen l'adaptació i el canvi en l'estil de vida en persones que han debutat de síndrome coronària aguda. En l'Annex 17 es pot consultar el diccionari de codis utilitzats en aquest estudi, on s'inclouen la definició i les característiques que defineixen cada codi.

**Taula 2.** Descripció dels codis, freqüències amb què es repeteixen, categories i temes sobre l'adaptació i els canvis en l'estil de vida

Codis	Freq.	Categories	Tema
Condicions causals possibles	53	La meua vida anterior, causa de la SCA	EL NOU ESTIL DE VIDA
Situació personal	20		
Signes d'alarma de la SCA	10		
Suport professional	86	Acompanyament rebut	
Influència de la informació professional	53		
Entorn socioeconòmic	39		
Entorn familiar	31	Importància d'un canvi d'hàbits: una decisió indispensable	
Nous comportaments i conductes	55		
Compliment terapèutic	44		
Incompliment terapèutic	37	SUPERAR AMB ÈXIT LA NOVA SITUACIÓ	
Situació aguda	42		
Idees preconcebudes	29		
Sensació de mort	12		
Seqüeles físiques post-SCA	56		Acceptació de la cronicitat
Consciència de la patologia	43		
Identificació dels propis límits	36		
Comparació amb els altres	33		
Admetre el diagnòstic	29		
Conseqüències de la medicació	27		Llegat personal
Autopercepció de la salut	58		
Autopercepció de la persona	46		
Els meus sentiments	36		
Els meus pensaments	18		
Etapa de vida	13	L'adaptació com a motor de canvi	
El valor de la pèrdua	52		
Aprenent a viure amb la nova situació	45		
Em pot tornar a passar	34		
Anticipar-se al futur	15		
La por com a enemic	14		
Desitjos saludables	14		
La força de voluntat	11	L'aliança familiar	
Solidaritat familiar	37		
Família protectora	14		
Ser una càrrega	9		

**Taula 3.** Distribució dels codis en les diferents entrevistes i en l'observació de les sessions educatives i sumatori dels totals

	Entrevistes en profunditat										Observació no participant				Totals
	001	002	003	004	005	006	007	008	009	010	001	002	003	004	
Admetre el diagnòstic	0	2	5	6	3	6	3	3	0	0	0	0	1	0	29
Anticipar-se al futur	2	3	0	3	4	0	0	0	0	0	0	1	2	0	15
Aprendre a viure amb la nova situació	3	2	7	3	1	3	7	3	8	5	0	1	2	0	45
Autopercepció de la persona	2	0	14	2	3	7	4	4	4	3	0	0	1	2	46
Autopercepció de la salut	7	6	6	11	7	4	4	0	3	6	0	0	4	0	58
Comparació amb els altres	0	9	0	10	9	1	0	2	2	0	0	0	0	0	33
Compliment terapèutic	4	4	2	8	3	2	2	4	5	3	0	4	2	1	44
Condicions causals possibles	9	4	4	2	1	7	4	7	7	1	0	0	6	1	53
Conseqüències de la medicació	0	1	1	4	4	2	3	5	1	1	0	5	0	0	27
Desitjos saludables	1	2	0	0	2	1	1	0	2	0	0	0	5	0	14
El valor de la pèrdua	3	8	5	12	3	0	1	5	6	4	0	5	0	0	52
Els meus pensaments	1	1	0	3	4	0	2	3	2	2	0	0	0	0	18
Els meus sentiments	0	8	0	1	4	4	4	2	7	4	0	0	2	0	36
Em pot tornar a passar	4	3	1	5	5	1	6	2	2	1	0	1	3	0	34
Etapa de vida	1	3	4	1	0	0	1	0	0	1	0	0	2	0	13
Família protectora	0	2	3	0	4	1	0	0	3	0	1	0	0	0	14



**Taula 3.** Distribució dels codis en les diferents entrevistes i en l'observació de les sessions educatives i sumatori dels totals (cont.)

	Entrevistes en profunditat										Observació no participant				Totals
	001	002	003	004	005	006	007	008	009	010	001	002	003	004	
Idees pre-concebudes	1	2	1	3	7	2	3	5	2	3	0	0	0	0	29
Identificació dels propis límits	1	9	6	1	5	1	6	3	1	2	0	0	1	0	36
Incompliment terapèutic	12	0	13	4	0	2	0	5	0	0	0	1	0	0	37
Influència de la informació professional	0	0	0	1	29	5	0	0	12	3	0	1	2	0	53
L'entorn familiar	7	3	4	4	2	2	2	1	2	2	1	0	1	0	31
L'entorn socio-econòmic	7	9	2	4	2	4	5	2	3	0	0	0	1	0	39
La força de voluntat	2	3	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	11
La por com a enemic	1	0	0	2	4	3	1	0	0	2	0	0	1	0	14
La situació personal	1	3	8	0	3	0	1	0	2	2	0	0	0	0	20
Nous comportaments i conductes	7	7	0	8	4	1	5	10	10	2	1	0	0	0	55
Rol dins de la unitat familiar	5	2	2	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	11
Sensació de mort	0	0	0	0	1	1	3	4	2	1	0	0	0	0	12
Seqüeles físiques post-SCA	6	13	4	16	2	4	0	1	2	4	0	2	2	0	56
Ser conscient de la patologia	6	0	2	5	8	5	0	9	4	3	0	0	1	0	43

**Taula 3.** Distribució dels codis en les diferents entrevistes i en l'observació de les sessions educatives i sumatori dels totals (cont.)

	Entrevistes en profunditat										Observació no participant				Totals
	001	002	003	004	005	006	007	008	009	010	001	002	003	004	
Ser una càrrega per a la família	0	5	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	9
Signes d'alarma de la SCA	1	0	2	1	1	1	1	1	0	2	0	0	0	0	10
Situació aguda	1	3	2	4	10	4	3	4	4	5	0	0	2	0	42
Solidaritat familiar	2	8	2	5	7	4	0	4	3	0	0	0	0	2	37
Suport professional	4	10	1	8	10	6	0	6	12	1	17	4	7	0	86
<b>Totals</b>	<b>101</b>	<b>135</b>	<b>102</b>	<b>138</b>	<b>153</b>	<b>85</b>	<b>76</b>	<b>95</b>	<b>111</b>	<b>65</b>	<b>20</b>	<b>25</b>	<b>49</b>	<b>7</b>	<b>1.162</b>

Els resultats que s'exposen a continuació estan organitzats seguint el fil conductor dels dos temes emergents de l'anàlisi de les dades: *el nou estil de vida* i *superar amb èxit la nova situació*.

Malgrat aquesta separació en dos temes finals, cal deixar constància que l'un sense l'altre no ens permetria descriure l'adaptació als canvis d'estils de vida en persones que han debutat de SCA, i que per tant estan íntimament relacionats. De fet, ha calgut fer un esforç de redacció i descripció molt important per explicar cada un dels temes per separat, facilitant així la comprensió del fenomen.

En el gràfic següent es mostra la xarxa de relacions entre els codis emergits.



## 5.1. EL NOU ESTIL DE VIDA<sup>3</sup>

L'estil de vida són les maneres de fer de les persones dins de la societat, la cultura i la família on estan immersos. Cal dir que els estils de vida estan influenciats per diferents factors, per exemple una patologia, com ara el fet de presentar una SCA. Dins d'aquest estil de vida no només es tenen en compte els hàbits que cal canviar després de presentar la patologia, sinó que cal identificar i veure el que feia la persona prèviament. La situació particular de vida del pacient pot influir directament en l'assoliment d'un nou estil de vida necessari per a la patologia cardíaca que presenta.

Cal recordar també que per poder fer aquests canvis les persones han hagut de rebre un suport i unes recomanacions per tal que poguessin conèixer i identificar, i fins i tot posar en pràctica, els nous hàbits, amb l'objectiu que, finalment, incloguessin aquesta nova pràctica en la seva rutina habitual.

Dins aquest tema emergent s'agrupen els diferents codis identificats en tres grans categories: *la meva vida anterior, causa de la síndrome coronària aguda; l'acompanyament rebut i la importància d'un canvi d'hàbits: una decisió indispensable*. S'ha vist pertinent fer aquestes tres separacions, ja que es pretén distingir entre un abans i un després de la SCA. Per poder passar d'aquest abans a aquest després, les dades han mostrat que calia que aquestes persones rebessin suport del seu entorn per tal de poder crear el seu nou estil de vida; d'aquí la importància de voler indicar aquest canvi.

Els pacients ja tenien unes característiques prèvies i unes condicions particulars de vida, que es considera necessari identificar per tal de poder entendre i veure el canvi d'hàbits que es plantegen per aconseguir un nou estil de vida.

### 5.1.1. LA MEVA VIDA ANTERIOR, CAUSA DE LA SÍNDROME CORONÀRIA AGUDA

Dins aquesta categoria s'identifiquen diferents moments en què els pacients que han debutat de SCA mostren que s'havien plantejat les possibles causes de la patologia i com, en determinats moments, són capaços d'identificar-les. Alguns participants també s'adonen que la manera com es trobaven prèviament era un signe d'alarma d'alguna cosa que no sabien identificar prou bé, però que mirant-ho ara amb perspectiva relacionen perfectament amb el fet d'haver presentat la SCA.

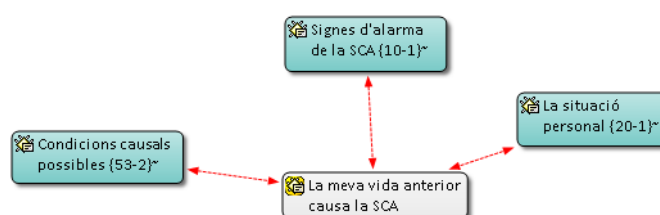
---

<sup>3</sup> Amb aquest tema es vol descriure que hi havia una vida anterior, amb unes característiques concretes, que s'ha vist modificada a conseqüència de la SCA, i les diferents recomanacions educatives que el participant ha rebut posteriorment.

Agrupem aquestes característiques de *la meva vida anterior, causa de la SCA* perquè els pacients les expliquen i identifiquen com a possibles factors de risc que els poden haver generat aquesta patologia cardíaca.

Dins d'aquesta categoria s'identifiquen els codis següents, que mostren les causes que els pacients descriuen com a factors de la seva SCA: *condicions causals possibles, la situació personal i els signes d'alarma de la síndrome coronària aguda*.

En el gràfic següent es poden veure les relacions entre els codis d'aquesta categoria.



**Gràfic 2.** Mapa de relacions de la categoria «La meva vida anterior, causa de la síndrome coronària aguda».

#### 5.1.1.1. *Condicions causals possibles*

Dins aquest codi s'agrupen diferents situacions que estan relacionades amb la manera de viure que tenia el pacient abans de presentar l'infart. Aquestes situacions es refereixen a l'àmbit laboral o familiar o es relacionen amb la seva manera de viure i amb la patologia que ja pogués presentar la persona. Són condicions que s'identifiquen com a possibles causes de la seva SCA.

Dins l'àmbit familiar s'observa que les tensions i discrepàncies amb la família que viuen aquestes persones són identificades com una causa d'haver presentat la SCA; s'adonen que les diferents situacions familiars fan que presentin alteracions a nivell emocional:

I ara aquesta última etapa de la crisi i al final, amb el meu germà, hi ha hagut una baralla i això m'ha provocat l'infart. P\_001 (56:27)

De cop vaig tenir aquest infart o aquesta angina de pit i per mi que ha sigut per aquesta angoixa del meu germà, de l'economia familiar... P\_001 (83:27)

En relació amb l'entorn familiar, es pot veure que, havent fet coses per millorar alguna condició familiar, expliquen que un esforç físic previ dels dies anteriors els havia provocat que presentessin la SCA:

Un agotamiento o algo, porque el día anterior hicimos un, un... preparamos un traslado de mi madre que se venía aquí para Manresa. Moví muchas cajas, mucho peso, pero yo pensaba que era eso, agotamiento. P\_002 (73:7)

Però altres participants han identificat que no només els dies anteriors poden ser una de les causes de la SCA, sinó que el fet de tenir una vida molt activa i estressant implica que en algun moment pugui sorgir aquesta patologia, fins i tot també pel fet de tenir diferents obligacions socials i voler complir-les amb satisfacció:

Però jo diria que la base important ha sigut l'estrès! P\_001 (87:27)

Vull dir que tota la vida he anat traient la llengua!! Doncs en un lloc o altre quan vas així... [Ajá] pagues!! I... vull dir... alguna cosa... P\_003 (23:95)<sup>4</sup>

Bé, després em van explicar que aquest és el gran enemic del cor també, no? I::: bé, jo també presideixo una entitat, a casa tenim botiga... i vulguis que no... P\_006 (113:3)

L'OMS (WHO Media Centre, 2015) identifica l'estrès com un factor causal de MCV que cal tractar i prevenir. Es descriu que les persones identifiquen l'estrès com una causa de presentar la SCA, i algunes situacions o circumstàncies personals de moments determinats poden generar estrès.

Alguns pacients són molt conscients que tenen una vida estressant i que aquesta pot haver estat la causa del desenvolupament de la SCA. Però altres participants es qüestionen que aquest estrès pugui ser-ne la causa:

Jo vivia, jo::: sóc una persona que, que vivia estressada, però::: ja et dic, tot i així penso que::: no::: no és la causa! P\_008 (46:155)

Encara que l'estrès provoqui símptomes relacionats amb la MCV, alguna persona no sap identificar-los prou bé:

Noto, sí que noto pressió al pit a vegades, quan estic estressat, però ja et dic, no sé si és psicològic o és del cor, m'han fet les proves i surt bastant bé tot! P\_001 (47:139)

---

<sup>4</sup> Aquesta pacient m'explica durant l'entrevista que ha estat tota la vida cuidant avis, referint-se als seus pares, sogres... Considera que aquesta vida tan atafegada li ha pogut ocasionar la SCA.

Jo notava que anava agafant quilos, que estava com inflada, que em cansava molt::: (..) i no... Però bé, li donava les culpes a... jo què sé! Que com que anem tan accelerats i tan així, va... Una mica d'estrès, d'angoixa... P\_006 (112:3)

Malgrat que les persones identifiquin aquest estrès com a causa d'haver presentat la SCA, la situació personal després de la SCA en ocasions fa que no puguin deixar de tenir estrès, per la qual cosa a vegades es plantegen la possibilitat de presentar de nou una altra SCA:

Perquè, com vols que em cuidi, que no tinc sal, que no fumo, que no sé què... Aquest estrès, aquesta angoixa, no la deixo de tenir (...) (.hhh) La tinc, i això crec que em provocarà en un moment donat... [Sí...?] alguna cosa... P\_001 (99:55)<sup>5</sup>

Molts consideren que aquest estrès és causat per les exigències de la societat i la manera de viure que hi ha actualment. Manifesten que la societat actual els marca uns nivells d'exigència que cal acomplir per poder seguir treballant i continuar amb un nivell econòmic més o menys similar, tot i que amb el pas del temps s'adonen que aquesta situació de vida els genera estrès i pot ser el precursor de la SCA:

Tot això ha sigut estrès de... Sóc administrador d'una empresa fa vint anys, empresari, empresari avui ho tens clar, però demà no saps el que passarà, i això porta un estrès important, no?! P\_001 (159:27)

D'altres, però, posen en dubte que aquest estrès hagi estat la causa única i definitiva de la SCA. Creuen i saben que hi influeix, però en cap moment es plantegen que sigui el factor causal principal:

L'estrès, estic convençut que no és un factor definitiu, perquè tu tinguis un infart! Que et pot ajudar... val! Però no::: no és majoritari [No és la causa] ni de bon tros, és la meva opinió, eh!::: P\_008 (45:151)

En algunes ocasions s'ha percebut com la família és un suport per identificar situacions estressants que, en algunes ocasions, els mateixos pacients no són capaços d'identificar com a causa de desenvolupament de la SCA:

---

<sup>5</sup> Recordo que amb aquest pacient una de les primeres percepcions que vaig tenir va ser que atribuïa el fet d'haver presentat la SCA a la feina i a la situació laboral que tenia. Era un treballador autònom que tenia diverses empreses i no totes funcionaven plenament. Recordo que m'explicava com la situació de crisi econòmica li generava aquest estrès i, en part, impedia que es pogués cuidar com hauria estat necessari.

La meua dona m'ho deia, diu: «Si t'ho agafes d'una altra manera..., però vas molt estressat!». I és veritat! A vegades diu: «T'estan::: constantment trucant, pam, pam, i diu, no te'n dones compte i::: [Ajá] i vas...». Suposo que::: hi ha hagut el tema de la feina i::: i de l'exercici, no? Dos factors que::: [Que són importants!] que són importants, i que no, no te'n dones compte, val? Més que l'alimentació, crec jo! Perquè sí que he canviat algunes coses, però tampoc tant! P\_009 (111:170)

Malgrat que en algunes ocasions hi hagi discrepància d'opinions, es pot observar com la majoria de pacients es replantegen la vida que tenien i són conscients que l'estrès que els provocava aquesta vida és una de les causes per presentar una SCA.

No es pot obviar que algunes persones presenten antecedents familiars de cardiopatia a la seva família. El fet de conèixer i saber que alguns dels seus familiars propers ja han presentat una SCA provoca que algunes persones ja tinguin interioritzada la possibilitat que la seva herència genètica els pugui repercutir negativament:

No! I a més a més, vull dir... l'arteriosclerosi... ai! Ho dic bé?? [Sí!] Vull dir, jo ja en vinc d'herència, el meu pare va morir d'un::: ictus (..) Arteriosclerosi [Ajá], no colesterol dolent! Que és lo mateix! [Que és lo mateix!] Doncs jo també tota la vida... jo ja fa molts anys que prenc medicació! Doncs... [Ajá] això s'hereta! Vull dir que, el que ja en ve d'herència... [Sí...] ho hereta! [Sí, sí, sí...] Si estàs de sort que te'n salves ((*Riu*)), doncs bé!!! Però vull dir... algun dels fills ho agafa! Vull dir que no hi ha... P\_003 (83:99)

D'altres, en canvi, es plantegen si aquesta herència genètica els pot haver afectat. Cal recordar que sovint ens trobem davant situacions en què els pacients a vegades no acaben d'entendre ben bé el motiu pel qual han presentat aquesta patologia:

Però bé, el meu pare es va morir d'un infart, no sé si la genètica mana o no mana, el meu germà gran va tenir un infart fa uns anys, vull dir... I tots dos, ho van tenir joves! El meu pare es va morir amb quaranta-set anys, vull dir que::: [Ajá] vulguis que no... P\_008 (44:151)

A algunes persones els espanta aquesta possible relació amb la seva herència genètica, perquè recorden les conseqüències que van presentar els seus familiars propers:

Saps què passa, que::: al febrer es va morir un cosí germà meu, que havia tingut lo mateix que jo! Després se li va agreujar amb una altra malaltia, però va ser el mateix any! I òndia... El meu avi també va patir un infart, no? P\_004 (153:127)



Tinc l'antecedent del meu pare, que hi va morir [Ajá] d'un infart fulminant després d'una trajectòria d'uns quants anys d'estar delicadet i això, no? P\_006 (3:3)

Alguns participants també observen com les diferents circumstàncies familiars que cada persona presenta fan que puguin modificar les seves experiències, fent que cada situació sigui pròpia de cada persona.

Un altre aspecte que s'observa dins les condicions causals possibles és el fet que els pacients identifiquin els hàbits nocius<sup>6</sup> que han tingut fins al moment de presentar la SCA. Es descriu una varietat d'opinions i d'accions relacionades amb els hàbits que els pacients tenien abans de presentar la SCA.

Un dels hàbits que els pacients identifiquen com una causa relacionada amb el fet de presentar la SCA és l'hàbit tabàquic. El fumar ha estat un dels mals hàbits que els pacients veuen que els ha fet més mal:

Penso que això és el que més m'ha tocat! Penso que el fumar és el que m'ha anat fent més mal! P\_007 (74:79)

IP: Creus que el fumar va ser una possible causa [Sí] que et donés aquest infart?  
Bé, aquesta angina?  
P\_007: Sí! Que anés carregant! Sí! [Ajá] Sí, que anés embrutant la sang! Sí, sí!  
P\_007 (76:81)

Un altre hàbit és l'alimentació que feien. Expliquen com la dieta que han fet fins al moment de presentar la SCA és una causa que agreuja l'aparició de la patologia cardíaca, i algun dels participants manifesta «que els hi ha passat factura»:

Bueno, antes muchos::: fritos, mucho rebozado, mucha cosa asín... P\_002 (84:15)

Ostres! L'alimentació, d'entrada, jo ja et dic, quan portes molts anys menjant fora de casa, jo penso que això et passa factura! P\_008 (43:147)

---

<sup>6</sup> Identifiquem hàbits nocius ja que, com s'ha pogut veure en el marc teòric, hem identificat els estils de vida saludables que són recomanats per a les persones que presenten una MCV.

També s'identifica el fet de no fer esport, o d'haver deixat de practicar-ne, com una mala rutina que els participants identifiquen com un hàbit no saludable que ha ajudat a presentar la patologia cardíaca:

IP: No ho atribueixes a::: l'alimentació, en el teu cas? [Home] Podria ajudar...?

P\_009: Podria ajudar, el que sí atribueixo, això sí m'ho van comentar tots, és que jo tota la meua vida havia fet molt esport [Ajá], això és veritat, això sí que ho atribueixo! I he fet molt esport i això em va ajudar a potser... / com em surt ara / que el colesterol potser, doncs::: n'eliminava, m'imagino, o fent esport o exercici. I que::: ara, durant els últims sis o set anys, no en feia, vaig deixar de fer esport! [Feina?] Feina, els nens, són excuses! [Ajá] Són excuses, no? I clar, deixar de fer dràsticament esport, abans sempre en feia tres o quatre dies a la setmana, feia coses, val? Mm::: i ara no, també és veritat que la feina que vaig dir, m'ho vaig intentar agafar... P\_009 (110:168)

#### 5.1.1.2. La situació personal

Dins aquest codi destaquen les particularitats personals de la vida de cada persona afectada de SCA; s'hi inclouen gustos, preferències, lloc de treball, hàbits, exercicis que feien abans de presentar l'esdeveniment cardíac... En alguns casos, els pacients modifiquen les accions que feien en la seva vida anterior; d'altres, en canvi, manifesten que no els influeix. Però s'observa com tot ajuda a entendre la vida que tenien aquestes persones abans de presentar la MCV.

Per exemple, observem com en un pacient la situació personal que vivia en aquell moment no era gaire favorable, ja que era un home relativament jove, de 45 anys, que estava a l'atur<sup>7</sup> i que considerava que no tenia gaires opcions de canvi:

IP: Porque cuando usted tenía, bueno cuando le sucedió el infarto ¿estaba en el paro ya? ¿O estaba trabajando? [Estaba en el paro] Estabas en el paro ya... (...) O sea que...

P\_002: Tuve yo... Tener el paro en el 2009, y en el 2011 e::: entré a trabajar en una empresa, estuve ocho meses, también de torero, en una máquina nueva que no había llevado nunca, pero bueno, como sabes llevar toro, pues aprendes (..) Bajó la faena, nos echaron a todos los de contrato a la calle y luego empezaron a echar de plantilla y bueno... Lo que pasa en todas las empresas, ¿no? (.) Y nada, y esto

---

<sup>7</sup> Per tal d'entendre la situació econòmica del moment, cal dir que aquest participant va presentar la SCA el 25/11/2014.

del infarto me vino, pues (.) un año y pico después de estar ya::: en el paro otra vez. Pero yo no estaba en el paro, estaba cobrando una ayuda. Porque a mí los dos años de paro se me caducaron, se me pasaron [Ajá]. Bueno... [Los] los agoté. [Exacto] Entonces me daban la ayuda por ser mayor de 45 años (...) eso de 420 €, lo que me estaban dando, pero claro, eso está limitado a tres años. [No, no lo sé] O algo así [La verdad]. Me parece que son 72 o algo así, por ahí, por ahí. No sé si son tres años o tres años y medio. [Ajá] Y ya me quedaba eso, me quedaba un año como mucho. P\_002 (162:98)

D'altres també expliquen que ja havien fet canvis d'hàbits anteriorment, per la qual cosa amb la nova situació de malaltia caldria fer poques modificacions:

No, no, no, ja feia trenta... Exactament quan fa... jo devia... en tinc seixanta-set i en devia tenir... vint i tants quan vaig deixar de fumar! I no! Vaig fumar una època que fumaven molt, però després es va passar... Però tampoc era... Suposo que era perquè la parella que tenia fumava molt i ens vam acostumar a fumar tots dos! [Hàbits] Però després ja no... Quan vaig veure que no m'anava bé per... Perquè agafava... (hhh) A veure, quan... jo quan vaig néixer vaig agafar una broncopneumònia de recent nascuda [Ajá]. I vulguis que no, en aquella època no hi havia el que hi ha ara! [Exacte] I el metge em deia, pensa una cosa, que si continues fumant, acabaràs que no podràs respirar, amb una bronquitis o alguna cosa. I això també em va fer tirar enrere. Que em va costar deixar de fumar? Sí! Però un cop ho vaig deixar, ja no vaig tenir cap problema. Vull dir que... em va costar molt deixar de fumar! Perquè fumava molt!! Però no... I ara ja dic, potser fa quaranta anys i mira [Ajá], o més! O més, perquè si en tinc seixanta-set! (...) Sí, més o menys, per allí [Per allí]. Exactament els anys, tampoc ara ja no... [Bé, no passa res per això] Però no::: fumar, ja no! P\_003 (72:47)

¡Yo hacía treinta y ocho años que no fumaba! ¡O sea, que no era de dos días! ¡He hecho deporte toda la vida! E... subía y bajaba de Sant Vicenç a Castellgalí ¡andando! En la mitad del camino me iba a buscar setas ((S: No, no, no)) [Déu n'hi do!]. ¡A ver si me entiendes! [Sí, sí] ¡O sea, que yo no es que no anduviera! P\_005 (48:17)

Alguns participants comenten que les situacions viscudes anteriorment, o bé fets particulars de la seva pròpia vida, han estat font de motivació i empena per aconseguir canviar:

Sí, perquè reconec que he tingut fases de la meua vida, que ja he sacrificat coses, eh::: Perquè::: amb el meu fill gran... mm::: o sigui, vaig passar una etapa, uns anys

de la meua que::: que era tot molt la feina i::: que vaig passar una etapa::: dura!  
[Ajá] Una feina que ja havia estat i::: i no estava molt pendent de::: de la família,  
no? Bé... i allò m'ho vaig perdre, fins que un dia el nano, ben petit, però així, va dir:  
«**MM**,<sup>8</sup> papa, és que no et veiem mai, no?». I allò et fa mal, o em va fer mal, no?  
I sí que vaig canviar, ho vaig decidir... Que vam canviar una mica la vida, i no::: I en el  
fons, perquè vols! Pots estar satisfet, entre cometes, a la feina, però... què més l'al-  
tre, la família, amb els teus fills, no? No sé, portes... Allò em va fer canviar una mica,  
no? I::: i de fet, en aquest aspecte he canviat, i ara encara més. P\_009 (93:126)

### 5.1.1.3. Signes d'alarma de la síndrome coronària aguda

Malgrat que algunes persones són capaces de relacionar situacions prèvies amb el fet de pre-  
sentar la SCA, altres han necessitat el pas del temps per veure que el malestar i l'esgotament  
que presentaven era un signe d'alarma, o almenys un avís que hi havia alguna cosa no anava  
prou bé. Analitzant la situació viscuda els participants veuen clarament que aquelles sensa-  
cions que tenien eren indicadors de la patologia cardíaca que posteriorment havien presentat.

Alguns pacients feia més d'un any que tenien símptomes, com per exemple el dolor; manifes-  
ten que en alguns moments puntuals els resultaven bastant invalidants per poder continuar  
duent a terme les accions que estaven fent:

Ja feia un any que feia aquests símptomes de::: d'angina de pit, petits, però jo  
tenia (hhh) aquell dolor en aquí que no em passava, que tenia que parar... parar  
o parar! Perquè no podia, després em passava i tornava a marxar. Vull dir, tornava  
a caminar... Això em va... em va passar durant un any seguit, eh???! [Ajá] Vull dir  
que... P\_003 (8:27)

D'altres descriuen com una mena de cansament, barrejat amb una pressió al pit i la sensació  
de necessitar respirar a fons per poder seguir caminant:

I algun dia, doncs, d'anar... Jo visc a Maternitat d'Elna, està a darrere l'estació d'au-  
tobusos [Ajá]. A mig carrer, i d'anar de casa meua a l'estació d'autobusos em can-  
sava molt! O sigui, com quan corres::: i t'entra aire fred::: i dius, t'has de parar i  
respirar fons i ja està, ja ha passat, ja tornes a tirar, perquè feia com una mica de  
pressió, una mica de cosa al pit, però... xtxt, res alarmant del tot! Clar, normal no  
ho era, jo ja ho sabia que no ho era, però bé, perquè he d'anar al metge, si ja pas-  
sarà, no? I això ho fem! P\_006 (115:3)

---

<sup>8</sup> Mot malsonant en l'argot col·loquial.

Alguns també ho relacionen amb esforços que feien durant la seva vida diària i creien que el dolor que presentaven era normal:

Sí que em feia molt mal, però jo tenia la meua mare malalta, i com que la portàvem amb cadira de rodes, jo pensava que era d'empènyer la cadira de rodes [Ajá]. I els dos últims dies ja no vaig poder... Arribava a casa i, si no hagués sigut per l'ascensor, ja no hagués pogut pujar. Perquè no podia, m'aixecava, em::: semblava que... M'assentava, semblava que tornava a estar... Res! Encara no anava d'aquí allà i tornava a tenir aquest cansament, una cosa, una cosa, molt, molt rara, per mi era rar, perquè com que... P\_010 (4:7)

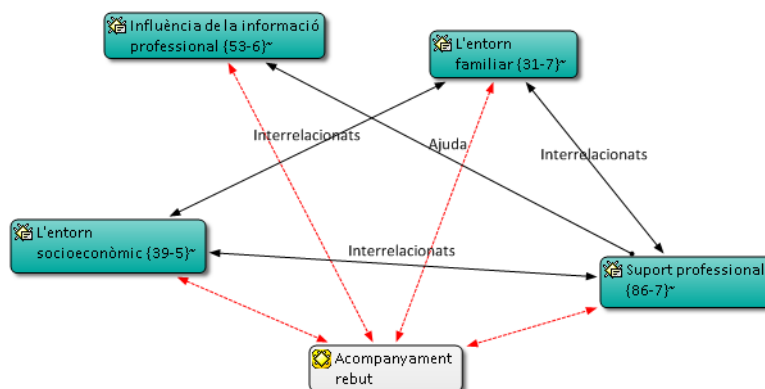
S'observa com les alertes que presenten aquest tipus de pacients són principalment físiques, doloroses i invalidants, i en la majoria de situacions s'hi havien acostumat perquè no es plantejaven la possibilitat de presentar una SCA.

### 5.1.2. L'ACOMPANYAMENT REBUT

Per fer un canvi en l'estil de vida i generar nous hàbits saludables, aquests pacients han de rebre una educació i un suport per tal que puguin conèixer i identificar els estils de vida saludables que són necessaris per a la seva cardiopatia. Els professionals de salut són els primers involucrats en aquest procés, però cal comptar també amb el suport familiar i l'entorn de la persona per motivar un canvi en l'estil de salut.

En aquesta categoria s'identifiquen tots aquells codis que formen part d'aquest suport necessari per a les persones. S'hi troben el *suport professional*, la *influència de la informació professional*, l'*entorn socioeconòmic* i l'*entorn familiar*.

En el gràfic següent es mostren les relacions entre els codis de la categoria.



Gràfic 3. Mapa de relacions de la categoria «L'acompanyament rebut».

### 5.1.2.1. Suport professional

El suport professional és aquella ajuda que els pacients reben de part dels diferents professionals de salut per tal que puguin adaptar-se al nou estil de vida i fer els canvis necessaris per aconseguir-ho. Dins el grup de professionals de salut s'hi troben el personal mèdic, el d'infermeria i el de fisioteràpia.

Alguns pacients expliquen que aquest suport consistia a donar-los ànims per tirar endavant, per continuar i, evidentment, sentir-se acompanyat i cuidat:

Sí, sí. I aquí, quan vaig arribar, em van fer la prova d'esforç, el doctor Pedrol.<sup>9</sup> (...) A part de la prova d'esforç i una classe que ens va donar, em va donar molts ànims!  
P\_004 (156:131)

Llavors encara em va fer agafar més por aquell senyor,<sup>10</sup> perquè diu: «Vostè ha tingut un infart agut de miocardi, i això és molt sèrio, i a partir d'ara, doncs... el cuidarem; el pitjor, diguem, ja ha passat, però bé, a partir d'ara vostè haurà de seguir unes regles molt estrictes». P\_004 (66:3)

En altres circumstàncies, els professionals els ajuden a entendre la gravetat de la situació i ser conscients del que estaven patint:

La meva metgessa de capçalera (..) em va marcar molt i em va dir m:::, a veure que té::: vas tenir un infart! P\_008 (11:15)

En algunes ocasions, els pacients consideren que el suport rebut no ha estat adequat a les seves circumstàncies personals; tenen la percepció que han començat tard i que el procés de recuperació s'ha retardat:

Así es. Pues claro, eso fue... pues... lo primero, que ya me cogieron tarde aquí ((*Referint-se a l'hospital*)). Porque cuando yo vine a hacer la rehabilitación [Ajá] eeee:: según... según la gente que estaba allí, los que, ee:: los que estaban allí conmigo, los tres o cuatro que estábamos haciendo rehabilitación, [¿Sí?] hacía un mes que le había dado el infarto, mes y medio, dos meses, y yo llevaba ocho meses del infarto. A mí ya me ha pasado el tiempo de rehabilitación [Ajá]. Ya, por mucho que quisiera yo... ¿entiendes? Si el tiempo de rehabilitación es solo los tres primeros

---

<sup>9</sup> Nom fictici per tal de mantenir l'anonimat del professional de salut a qui es fa referència.

<sup>10</sup> Feia referència al cardiòleg que l'estava atenent.

meses, para que puedas regenerar algo [¿Sí?]. ¡Y a mí ya me había pasado! [Ajá] Cuando... claro, yo no paraba, yo cada vez que venía a la cardióloga se lo decía, oye que... apuntarme a las listas para que me llamen... porque se me va a pasar el arroz, ¡como aquel que dice! [Sí, sí, sí], digo, y no... no me llaman. No me llaman. Y me llamaron para octubre. Y me dio el infarto en Sant Marc,<sup>11</sup> ¡mi santo! P\_002 (22:120)

Aquesta nova situació de vida genera por en algunes persones, i provoca que a vegades, malgrat que estiguin acompanyades pels professionals, no s'esforcin tant com caldria per aconseguir adaptar-se a la nova situació de vida i esforçar-se per superar-la.

Sí! Sí, sí, sí! Sí, sí, sí! I vaig tenir una punta molt grossa quan venia aquí a fer rehabilitació i tenia molta por! I la Campaneta,<sup>12</sup> gairebé, hi va haver una dia que em va fer una bronca! I ho vaig entendre molt bé!! i Llavors, val! D'acord! La Campaneta, si et passa alguna cosa, escolta, ets al millor lloc! Òndia! Tens raó! Sí, sí! P\_004 (139:87)

Després de superar la situació aguda de la SCA, algunes persones busquen l'assessorament dels professionals de salut, amb la intenció de poder recuperar la seva vida i tornar a fer activitats que anteriorment feien.

Sí, home, eh::: intentes assessorar-te! Vull dir, quan he anat amb la Briònia li he dit, puc nedar? [Ajá], perquè m'agradava molt nedar, ara ho tinc molt aparcat, però... P\_008 (34:99)

Dins aquest suport professional es descriu la percepció que tenen els pacients de l'atenció rebuda. La majoria dels pacients valoren molt positivament aquest suport i se senten agraïts amb el tracte rebut i la manera com els han cuidat.

Y nada más. [Vale] Por lo demás, digo, los médicos se han portado muy bien conmigo, todos, la cardióloga, todos, las enfermeras, los médicos de planta. [Todos] Todos muy bien. P\_002 (143:144)

Que això, ni vull parlar amb la Briònia, que jo de vosaltres n'estic... però bé, supercontent, però de veritat, eh???

---

<sup>11</sup> Nom fictici per mantenir l'anonimat de l'entrevistat.

<sup>12</sup> Nom fictici per tal de mantenir l'anonimat del professional de salut a qui es fa referència.

Agradecido, porque me estáis tratando de coña, y esto... P\_005 (55:67)

Bé, bé, molt bé! Ara de la qui més coses bones tinc que dir és de la Peònia, de la qui em va acompanyar a Barcelona, perquè és un sol, aquesta noia! Totes en general, la veritat és que molt bé! Tant auxiliars com infermeres... molt bé! En tot moment en van explicar les coses... P\_006 (38:127)

El circuit d'emergència va funcionar molt bé, crec jo, i::: res a dir, al contrari, de ben segur que::: a on, segons a quin lloc hagués estat o país, o el que sigui, segur que no hi seria! (.) Val? I crec que... que totes aquestes coses no ens les podem deixar perdre, al contrari! P\_009 (101:1146)

Les recomanacions saludables serien tots aquells consells que els diferents professionals de salut donen als pacients que presenten SCA. Aquestes recomanacions poden ser molt variades, des de canvis en la dieta o en la realització d'activitat física fins a l'abandonament de l'hàbit tabàquic o aprendre a gestionar l'estrès, entre altres. Conèixer la percepció que tenen aquests pacients i la valoració que en fan pot ajudar a millorar aquest suport professional i modificar-lo en funció dels requeriments dels pacients amb SCA.

En general, els pacients valoren molt positivament totes les recomanacions que se'ls donen i saben reconèixer alguns hàbits saludables, i fins i tot manifesten que els segueixen.

IP: Els coneixements que us van donar les companyes d'aquí [Sí, sí, sí], us van servir a vosaltres?!

P\_001: Moltíssim!!! Jo això::: ho valoro bastant, de que és molt important, eh???! [Ajá] I et crea uns hàbits i no ho faig! P\_001 (50:143)

¡Si lo primero que te dicen es que dejes de fumar! P\_002 (138:144)

Me recomendaron, o bien hacer bicicleta en casa 20 minutos, estuve aquí haciendo::: ((Referint-se al programa de RHB cardíaca de l'hospital)) tres meses de terapia de... bicicleta, pesas y todo eso, y luego me recomendaron que siguiese en casa o bien haciendo bicicleta, o pesas o cosas así. O saliendo cada día a la calle al menos una horita, dando una vuelta y::: Pero bueno, tampoco esforzarme mucho. P\_002 (165:23)

Cambiar las comidas, es lo que te dicen. ¡Una comida equilibrada, sana y esto! Pero bueno, yo más o menos ya... P\_005 (51:55)



[Sí, clar, nosaltres només fem xerrades informatives, no...] Està molt bé! Si no re-  
crimino, eh! Al contrari, ho alabo, eh! OnP\_002 (7:19)

D'altres, en canvi, són força crítics i necessiten més coneixements. Creuen que la informació facilitada amb el llibret informatiu<sup>13</sup> ja és adequada i que a les xerrades de l'Escola de Salut es podria aprofundir més en altres temes i no centrar-se bàsicament en el que ja posa al llibret.

No hacía falta tampoco hacerla personalizada, porque yo creo que es muy complejo, por eso que pienso si dentro de la educación, para mí, xxxxxx, no comas pescado de este, no esto... Si eso ya más o menos, si te lees el libro que te dan ¡ya lo voy a hacer! [Ajá] ¡No! Vamos a tratar estos temas más profundos y si tiene un cardiólogo, ¡pues que te lo diga! P\_005 (126:35)

En algunes ocasions, en rebre aquestes recomanacions els pacients aprofiten per preguntar sobre els dubtes que tenen en relació amb hàbits que feien i que desconeixen si poden continuar fent. Malgrat que hi hagi unes recomanacions estàndards per a tothom, hi ha d'haver un cert grau de flexibilitat per tal de poder ajustar-nos al que el pacient necessita i demana.

Dice, nada, tranquilo, lo único que no debes de hacer es meterte debajo del agua e intentar estarte un minuto o dos, con la respiración, sin respirar. Dice, es lo único que no debes hacer, dice, por lo demás ¡puedes hacer tranquilamente lo que quieras! P\_005 (132:35)

No obstant això, alguns pacients valoren les circumstàncies en què poden seguir els hàbits saludables però sovint no els compleixen.

Un hàbit que ha generat dubtes és el consum de vi; se sap que el vi negre exerceix un efecte cardioprotector en aquest tipus de pacients, però sembla lògic que no se'ls demani que comencin a consumir vi pels seus beneficis, tot i que algunes persones expliquen que adapten alguns dels seus hàbits i beuen una copa de vi negre en lloc d'altres begudes alcohòliques:

En canvi, a mi, sobretot la doctora de capçalera em diu: «No, home, no! Vi i negre!  
I aquí també ho diuen! [Sí, el negre] O sigui... I una copeta la pots prendre tran-

---

<sup>13</sup> Cal explicar que a la Xarxa Assistencial Universitària de Manresa, la Fundació Althaia, a tots els pacients que presenten una SCA se'ls dona un llibret informatiu on se'ls expliquen les recomanacions a seguir i els hàbits de vida que són necessaris per la cardiopatia, i a més se'ls fan quatre sessions informatives per tal de recordar i reforçar els hàbits saludables. També serveixen per resoldre dubtes i que entre pacients amb patologia similar puguin valorar i veure les experiències dels seus iguals.

quil·lament, sí, sí! Ni hi arribo, aquí! O sigui... [Ja no ho ha fet fins ara, ja tampoc no començarà...] No, no! I lo de la sal, ja et dic, és al contrari. [Ajá] No m'afecta! Ara, amb la calor,estic segur que sí que m'afectarà més! Sí! jo ja... Els canvis de::: sobtats, sobretot, la calor em desagrada més que no el fred! Alguna vegada m'he marejat a algun lloc on fa molta calor fora, i entres en un lloc on hi ha un aire condicionat molt fred. [Ajá] Ostres, aquell canvi et deixa estabornit. I al revés també!  
P\_004 (146:99)

Alguns no volien renunciar a la qualitat d'un bon vi:

Em va dir la infermera del CAP no fa massa, diu, home, pren una copa de vi, que::: [Ajá] I no, perquè dino fora i el vi que em prendré fora no::: no és bo! Ara ja ni això! Vull dir que no... [Ajá] Però no, no, els hàbits han canviat amb tot això! P\_008 (66:239)

Les demandes que fan els participants poden ser diferents, però en general moltes d'aquestes inquietuds estan relacionades amb l'alimentació, amb els aliments que poden prendre o no:

El formatge no té molta grassa? [El formatge representa que, com més sec, més grassa té! Més aviat tirar cap al formatge fresc, formatge tendre, baix en greix... Si de tant en tant ve de gust una miqueta de formatge curat, sec, no, tampoc un gran plat!] Ja, ja [Però bé:::]. Algun cop a la setmana! [Exacte, una miqueta!] OnP\_001 (10:20)

El cafè? Descafeïnat? O no? [A veure, és el que deia abans, depèn una mica de la quantitat de cafès que facis, sobretot!] Un o dos! [Millor si es pot fer el descafeïnat, millor! Que és la cafeïna, la que estimula la pressió... Si es pot fer descafeïnat, millor!] OnP\_001 (17:37)

Les sessions informatives que aquestes persones reben dels professionals de la salut permeten que els pacients puguin expressar les seves inquietuds amb seguretat, sentint-se acompanyats d'altres pacients que han tingut la mateixa patologia que ells. Segons l'observació feta en les sessions educatives, el format grupal permet resoldre les preocupacions individuals de cada persona.

En aquest suport professional cal detallar els consells que poden proporcionar els diferents professionals de la salut. Un dels aspectes que sobresurten de les dades és com els professionals encarregats de dirigir cada sessió resolen amb consells i recomanacions els dubtes i preocupacions que aquestes persones tenen, tal com mostren les dades següents:

[Un bon formatget també, quin és el problema del formatge, més que les grasses saturades? Que ara diuen que estan totes malament! (.) La sal!] La sal! [Quin és problema del pa, també? La sal! O sigui que tingueu-ho en compte!] OnP\_002 (8:17)

[Ara tot això, totes aquestes coses, tot això que els processats, els guisats i aquestes coses, sí, però és la processació que fan, l'oxidació dels aliments, però els altres aliments amb moderació, podeu menjar de tot! Amb moderació!] OnP\_002 (7:17)

En la tercera sessió del programa de sessions educacionals es pot apreciar com, principalment, la psicòloga els explica estratègies per poder expressar la por i intentar controlar l'estrès:

[Molt bé. Davant d'una situació de por, tu digues: tinc por, expressa-ho amb el que tinguis al costat! I per què tinc por, amb això, això, això! Molt bé, no vull anar sol, no hi vagis sol! Vas acompanyat! No vagis lluny, de moment, vas a prop fins que passi un temps!] OnP\_003 (25:33)

[Per tant, com m'ho faig jo, per no tenir estrès? Doncs prioritzar lo que es pugui!] OnP\_003 (38:53)

Al centre assistencial on s'han recollit les dades i s'han fet les observacions, com s'ha explicat prèviament i es pot consultar a l'Annex 4, les setmanes d'exercici físic supervisat complementen aquest suport professional. Cal mencionar que aquest suport que reben a través del programa de rehabilitació cardíaca rep una valoració molt positiva, fins al punt que els mateixos participants ho recomanen a d'altres persones que presenten una patologia cardíaca similar a la seva:

Sí, no, no! Van anar bé, sí, vull dir... està més bé, perquè... et mous d'una altra manera... et notes millor. [Ajá] I va bé fer-les! Vull dir... lo que... és que tens que continuar fent-ho seguit, perquè si no és com si no fessis res! P\_003 (24:107)

I saps què passa, una cosa que em va anar molt bé, lo de la rehabilitació d'aquí! P\_004 (164:183)

Mentre vas anant a::: la teràpia [Ajá], va molt bé! Va molt bé la teràpia, doncs sí, perquè allà et controlen molt bé i em va agradar molt el personal quan vaig ensopegar allà, però a més a més et fa estar al dia de::: de dir, ei! que::: que ha passat això, per això estàs aquí, no? [Ajá] Això s'ha acabat també, tot s'acaba, no? P\_008 (19:23)

Les persones que han participat en aquesta rehabilitació cardíaca expliquen que els han ensenyat hàbits i que els ha quedat clar per tota la vida. Veuen que aquestes pautes els han aportat beneficis i que se senten millor. En alguns casos els ha ajudat a fer baixar les xifres de tensió arterial, a baixar de pes i a no cansar-se tant ni trobar-se tan esgotat:

IP: De fer aquesta mica d'exercici que vostè va fer (.), quins beneficis creu que ha tingut per a vostè, això?

P\_001: Moltíssim, jo tenia la pressió molt alta [Ajá], i des de que vaig fer esport la pressió em... m'ha baixat, se m'ha estabilitzat, jo em trobo bastant millor. [Ajá] Per tant, jo crec que molt bé, molt bé, és molt important! P\_001 (76:19)

¡Cambio ha habido! Ee::: aun y todo, yendo seis meses más tarde [Ajá] yo me he notado... Si yo no podía salir a la calle, si yo andaba cien metros y ya estaba agotado y ahora no. Ahora ando más, como aquel que dice, me bajo al Paseo de Manresa, lo subo [Sí, sí], subo ya cansado, pero... bajarlo y subirlo antes no podía ni la mitad. [Claro] ¿Entiendes?, me ha valido, ahora me he recuperado bastante. ¡Pero yo creo que me hubiera recuperado más! P\_002 (33:132)

En sí me encuentro mejor, he perdido kilos. ¡Se me nota! Supongo que perderé más. A ver, me falta coger más masa muscular, hacer más pesas y cosas así [Ajá], porque, a ver, me he quedado más fofo, pero bueno. Yo noto que sí, que me encuentro mejor. [Ajá] Antes andaba y me cansaba más, ahora cada vez me canso menos... [De manera progresiva, va...] Voy cansándome menos. P\_002 (56:63)

La rehabilitació cardíaca també serveix perquè els pacients puguin adonar-se de la patologia que presenten i en valorin la gravetat. El fet de conviure amb altres persones que han passat el mateix fa que els pacients valorin tot allò que tenen:

Y entonces ya te digo, eso, igual convivir con ellos te hace pensar un poquito diferente. Yo creo que el entorno este ((Referint-se a la RC)) te afecta bastante también. P\_005 (194:23)

Malgrat conèixer els beneficis que aporta una rehabilitació cardíaca, algunes persones decideixen no seguir el tractament per motius personals, com per exemple el fet de marxar a un altre lloc:

Pensava per què ella em volia fer anar per fer recuperació. [Ajá] Llavors nosaltres li vam dir que si podem, volem marxar almenys un parell de mesos, marxar::: allà dalt, i::: [A la casa aquesta que comentàveu, no?] Sí, exacte! Allavors, doncs sí,

marxem allà dalt, doncs clar, si tens que venir a recuperació, ja tens, ja ho tens d'una altra manera, i em va dir: oh, si fa bondat, no! I dic, oh! Jo, bondat, sí! Sí, caminar... P\_010 (88:83)

Alguns d'ells també manifesten que caldria allargar-ho una mica més, ja que, segons expliquen, els ajuda a prendre consciència de la patologia que tenen.

Sí, que l'important és el de la::: el de l'esport que no estic fent [Ajá, ajá], i::: això ho recomano molt ((*Pica amb les ungles a la taula*)), el de la rehabilitació!! / Que té una / durada de deu setmanes, però és igual que siguin vint!!! No?? És molt important tota la gent que, tothom que estava allà! Em trobava millor, tothom va millorar!! [Ajá] I és molt important!! P\_001 (27:139)

Encara que es puguin percebre diferents opinions i sensacions per part dels diferents participants, s'aprecia com el suport professional és un punt clau en l'acompanyament que reben aquests pacients després de ser diagnosticats de la patologia cardíaca.

#### *5.1.2.2. Influència de la informació professional*

La comunicació és una habilitat i una necessitat que tenim tots els éssers humans per tal de relacionar-nos amb els altres. En l'entorn sanitari, la comunicació que s'estableix és des del vessant més terapèutic, amb la finalitat de poder donar informació professional, és a dir, realitzar l'educació de salut necessària. Al mateix temps, cal fer una bona escolta activa, per tal d'assessorar els pacients i aconseguir un bon compliment terapèutic que generi un canvi en el seu estil de vida.

En aquest entorn sanitari on es tracta persones que presenten alguna patologia cardíaca és prioritari aconseguir que els pacients estiguin tan ben informats com sigui possible. D'aquesta manera, podran disposar de tota la informació necessària per adequar el seu estat de salut.

Amb tot, es percep que alguns dels pacients senten que no tenen tota la informació necessària, i en algun moment aquesta manca d'informació els provoca certa desconfiança:

Tardan mucho y yo creo que aquí, esta información, yo y los demás la necesitamos [Ajá], porque, quieras que no ¡tú tienes tus dudas! Claro, ¡y mi mujer no puede resolvérmelas! Y vas y preguntas ¡y no te dicen nada! P\_005 (37:23)

Sí, evidentment! A posteriori, clar! Un cop tens la informació i dius::: no passa res! (.) Val! (.) El que passa, també, és que, clar, et diuen no, no, això pot ser l'stent així

o muscular o així (.). Bé... també tens una sensació, no sé si és veritat o no! P\_009 (71:38)

Els pacients, en algunes ocasions, valoren que la informació facilitada és mínima i que potser caldria aprofitar les sessions educatives per ampliar les explicacions donades:

Va venir el Dr. Jonc<sup>14</sup> i em va explicar... dintre de lo que em podia explicar, el que hi havia. P\_006 (11:3)

Porque las charlas que hemos tenido, es muy ambiguo todo lo que te dicen, muy general, y te dicen: «¡No! la medicación no la dejáis, esto no lo dejéis». P\_005 (116:27)

Malgrat que cada persona explica una simptomatologia diferent de presentació de la SCA, tenen la necessitat d'estar informats per tal de poder conèixer com està el seu cos:

Pero yo creo que ya tendrían que haberte dado, que ya tendrían que haberte llamado y dado esta información. Decirte pos mira, tú estás así, has estado así, estás afectado así y tienes un índice de volverte a pasar muy pequeño, muy grande, cuídate, haz esto, haz esto, esto y esto... y yo creo que ¿cuándo tenemos visita? P\_005 (112:23)

Altres persones demanen informació sobre què caldria fer en l'hipotètic cas de repetir-se la SCA. Alguns d'ells, davant el dubte, opten per prendre's la pastilla de cafinitrina<sup>15</sup> sublingual:

A l'endemà, o sigui, el sisè dia, clar, jo vaig anar a caminar 5-10 minuts i em vaig marejar-me, que quedava groguis, i em vaig acollonir i::: **MM**, dic, què faig, em vaig relaxar i em vaig asseure en un banc::: i respirar fondo, i llavors em va començar a passar, perquè no sabia si tenia que prendre'm la pastilla. O no? Què fer? (.). Perquè em vaig marejar! Fer mal no em feia mal! P\_009 (21:17)

---

<sup>14</sup> Nom fictici per tal de mantenir l'anonimat del professional de salut a qui es fa referència.

<sup>15</sup> La cafinitrina és un vasodilatador que els pacients cardíopates es poden prendre en situacions puntuals, quan el dolor que presenten els recorda la SCA; ajuda a disminuir la simptomatologia cardíaca que presenten i en molts casos la fa desaparèixer. Aquesta informació els pacients la reben a través de la guia informativa que es dona a qualsevol pacient que ha presentat una SCA i en les sessions educatives de l'escola de salut.

Però, com que no saps quina és la densitat de dolor que has de tenir per prendre't o no la pastilla [Ajá], bé, em va pujar la pressió un mica, i davant del dubte me la vaig prendre i amb mitja hora estava perfecte! P\_006 (68:35)

En les sessions educatives s'observa que aquest tema preocupa els pacients, que demanen obertament com s'han de prendre aquesta medicació, i reben els diferents consells dels professionals de salut:

Quan diu màxim tres vol dir cada cinc minuts? [¡Pero nosotros aconsejamos dos! Dos, porque si usted ve que ya no le pasa, ja dius guaita, cap a urgències, si no és res no és res, però la tercera... Home, si veig que tarda molt l'ambulància em posaré una tercera, però jo, a la segona, jo trucaré! Perquè aquest tipus de fàrmac que només es pren en cas d'urgències fa baixar la pressió, per això us faig que ho tingueu en compte, per això que en funció de com la tingueu us la podria baixar més o menys, la pressió!] OnP\_002 (18:45)

Després de presentar la síndrome coronària aguda, els professionals de la salut donen informació de com seran possiblement els propers dies al domicili. Els pacients manifesten que han rebut aquestes explicacions, però fins que no passa un quant temps no interioritzen allò que s'havia explicat:

I... bé, són aquestes petites coses que dius, bé... bé, i::: és lo que em va dir la infermera, lo que m'han dit a Barcelona, diu, t'aniràs acostumant, clar, algun dia et sortirà al teu cos una cosa rara i diràs... a veure... i fins avui no! P\_006 (69:35)

En alguna ocasió, tenen la sensació que allò que estan sentint i percebent no és normal i busquen la corroboració dels professionals:

IP: Ara t'han donat les pautes...

P\_009: Sí! M'han donat, exacte! Però això ho he sabut al cap de::: d'un cert temps! Perquè allà sí, a Vall Hebron em van informar, però... coses que et van passant, com les punxades, no les tenia en aquell moment! Mm::: [Ajá] no ho sabia, i clar, quan et passa és quan no dius, eh! O poder trucar un telèfon i digues eh, em passa això [És normal...?], és normal? [Què he de fer?] Què he de fer, no? Clar, buf, doncs per això vaig anar a un particular, no? Pagant! P\_009 (29:34)

Però punxades, ara venia ara marxa, però abans... m'han dit que és... que pot ser que és dels stents, no ho sé! Però allò no era... jo no ho trobava normal, però com

que no ho saps... Llavors sí! Ara ja ho sé, em van dir, no, no, si no és un mal intens i constant::: no passa res, val? Però tu no ho saps! P\_009 (70:30)

En alguna circumstància es troben pacients que consideren que no han estat correctament i completament informats del que calia fer. Expliquen que, per una manca d'informació del personal sanitari que l'està tractant, no s'han esforçat prou:

Y me dice, hombre ¿no has pasado la prueba del esfuerzo y quieres correr? Digo, ¡es que la prueba del esfuerzo no la pasé porque no me dio la gana! (..) ¡Sí, sí! ¡Si es la verdad! Y me dice y ¿cómo que no te dio la gana pasarla? ¡No, porque nadie me explicó nada! (.) Digo, a mí me molesta que me tomen por tonto y estás allí y te dicen, anda, anda más rápido, anda más rápido. ¡No! Antes de hacer la prueba dime, mira: vamos a hacer esto y lo vamos a hacer en fases, tal, tal, tal, tal y tal. ¡Y vamos a llegar aquí! ¡Vamos a intentar llegar aquí! ¡Vale! ¡De acuerdo! Entonces tú te esfuerzas. ¡Eso es una prueba de esfuerzo, que tú lo sepas y te esfuerces! Pero si te dicen anda... P\_005<sup>16</sup> (54:67)

Altres persones reconeixen que malgrat tota la informació rebuda, els manca un assessorament psicològic més concret i particular per al seu seguiment. Fins i tot alguns pacients aprofiten les sessions educacionals, especialment la sessió on intervé la psicòloga, per demanar informació sobre els passos a seguir per poder ser atès per un psicòleg i que els pugui ajudar:

Aquesta és la meva experiència, l'únic que::: com és si... si es pogués fer... que quan et passa alguna cosa d'aquestes, doncs que tinguéssim::: més assessorament::: no sé si una part psicològica? P\_009 (46:138)

O sigui, la derivació és el metge de capçalera? [Evidentment] Aquesta seria una mica la pregunta! [Sí, la derivació... Perquè ells fan la rehabilitació ((*Referint-se a l'hospital*))] OnP\_003 (49:19)

La informació facilitada pels professionals de salut és un aspecte que preocupa els pacients que presenten una patologia cardíaca, ja que totes les explicacions i recomanacions facilitades

---

<sup>16</sup> Cal concretar la situació que ens comenta el pacient, ja que ens explica la conversa que va tenir amb el fisioterapeuta en relació amb la prova d'esforç que van fer-li. Realment, la situació que va poder viure aquest pacient em fa reflexionar, pel fet que em transmet que considera que no va rebre tota la informació necessària per poder completar tota la prova. També em fa reflexionar sobre els motius pels quals no li van acabar d'explicar els objectius: per no espantar-lo? Perquè no volien forçar-lo?



ajuden a resoldre alguns dels dubtes que presenten, amb l'objectiu de donar un suport adequat per crear el nou estil de vida.

### 5.1.2.3. L'entorn socioeconòmic

Dins l'entorn de la persona s'observa com no només és la família la que dona suport i motivació per al canvi; també el cercle d'amistats, l'àmbit laboral i la situació econòmica del pacient en aquell moment determinat influeixen en el suport per afrontar la nova situació de vida i poder fer els canvis oportuns necessaris.

S'aprecien situacions en què les persones se senten amb suport i altres, en canvi, on perceben les dificultats i les barreres per adaptar-se a la nova situació.

Els pacients expliquen que sovint veuen accions de les seves amistats que els fan sentir-se cuidats i amb suport, evitant que facin esforços i es cansin:

También he dejado, y también las mismas amistades, pues antes te llamaban para irte vamos al otro sitio, ahora ya no te llaman, porque dicen, tampoco lo vamos a llevar... ((Donant a entendre que és una càrrega)) ¿Entiendes? [Ajá] Procuran de no, de<sup>17</sup>::: que no hagas el esfuerzo, eso. P\_002 (45:67)

En altres ocasions, era l'entorn social, com poden ser les botigueres del barri, el que transmetia aquesta preocupació pel pacient ja abans que presentés la SCA:

Perquè clar, van viure tot el procés de que primer m'ofegava i després... Perquè elles<sup>18</sup> em deien «Per què no va al metge?». Com que no hi vaig? Si jo hi vaig i em diuen que no és res!!! «Doncs alguna cosa ha de ser!». Doncs bé, quan surti, sortirà!!! Doncs ja ho saben, i llavors... com que... aquí porten la compra a casa, doncs elles, quan veuen que vaig molt carregada i m'ho vull endur, «No, no, ja l'hi pujarem, no pateixi!!». P\_003 (19:87)

En algunes circumstàncies, els pacients perceben que potser les amistats no acaben d'entendre com se senten després de presentar la SCA, les limitacions que pateixen, i en alguna ocasió noten que no es creuen tot allò que els expliquen:

<sup>17</sup> Ens diu que les seves amistats procuren que no faci esforços.

<sup>18</sup> Aquest *elles* fa referència a les noies del supermercat on compra habitualment, ja que m'explica que estaven preocupades per la seva situació.

Sin... Yo no... ¡Yo no es que me lo dijeran! Notaba yo que muchos a::: xttxxt, como si diciendo e::: tú estás haciendo mucho::: no sé, xxxx. Digo, ya me gustaría, ya, de estar bien y mañana ir a trabajar. [Ajá] ¡Pero no estoy bien! (.) Pero (.) parece como si se lo tomaran a:::, diciéndome: «¡Este ((*Abaixa el to*)) lo está exagerando! Como hay crisis, la cosa está mal, está buscando a ver si le dan una paga o lo que sea». Y cuando yo en ningún momento, yo::: yo digo a los médicos que me hagan todas las pruebas que quieran. ¡Y me las han hecho! [Sí, sí, sí] Y están los papeles y si no... tengo un informe de la cardióloga. ¡Todo! Si yo estuviera bien, no tendría todos estos informes (...) (.hhh) P\_002 (8:43)

Sovint les converses amb propers i coneguts fan que la persona pugui reflexionar amb tot l'entorn que té al costat i aconsegueixi modificar la forma d'afrontar les coses:

I bé, potser també el que m'ha fet (.) recapacitar molt ràpid i, no senyor, vinga ja!, doncs, és l'exemple d'una meva companya, una meva amiga que bé, la van operar d'un càncer de mama, afortunadament està molt bé! Se n'ha sortit::: i molt bé, no?! I::: doncs vam tenir una xerrada important! [Ajá] Em va dir, bé, és completament diferent, jo el cor el tinc bé! Val? I el canvi de xip... I em va dir, si necessites un psicòleg, vés-hi! Dic, no! En principi no! I realment no! Bé! [No l'has necessitat? No creus que l'hagis necessitat?] No! No!! A veure, si jo hagués vist que em venia a baix molt fàcilment, i::: Tot i que ja et dic, quan vaig tornar a casa, quan em sentia tan dèbil i tan així, pensava, ai! ai! Però jo sóc d'aquelles persones i sé que vaig equivocada, eh? P\_006 (36:111)

El suport laboral és un punt clau, ja que la cardiopatia en aquests darrers anys es presenta majoritàriament en persones que encara estan en edat laboral activa, per la qual cosa una bona adaptació i una millora de les condicions permet a vegades que la persona pugui acceptar millor la seva situació de vida i adoptar els canvis necessaris per aconseguir-la:

Per l'empresa que estic sí es valora la qualitat humana, i penso que aquí sí que he tingut suport! Amb el sentit de que, bé, no facis això, no facis allò... et posarem una persona jove que estigui al teu costat, no tens que estar vuit hores, no tens que... (.) Això doncs, sí! M'ha donat... i ho he volgut! [Ajá] Perquè també com a empresa, una persona amb les meves circumstàncies i amb l'edat, doncs estic totalment d'acord que econòmicament, doncs no resulta! Una persona jove serà més efectiu [Ajá], i és lògic! P\_007 (54:7)

Els pacients valoren molt positivament que des de l'entorn laboral se'ls hagi permès anar a totes les revisions i poder absentar-se el temps necessari. El fet de mantenir el lloc de treball

fa que les persones visquin el canvi d'hàbits d'una manera no tan traumàtica, ja que no tot l'entorn personal canvia:

No::: a la feina jo::: buf::: molt bé, vull dir... clar, jo fa molts anys que treballo en aquesta empresa i::: durant molt temps havia estat a::: a davant de moltes coses, fent front a moltes coses... I és clar, quan passa el que passa, vull dir, buf::: fins i tot penses, bé::: a veure com reaccionaran a partir de::: d'això. [D'això?] ((Referint-se a l'infart)) Clar, sí::: o t'aparten... o::: a vegades tu penses que t'han d'aparcar ja, que ja no serveixes::: Però és que ja... I no, no, no, vull dir, jo mantinc el meu lloc de treball, em respecten molt, tu, avui mateix jo he quedat amb una persona per un tema, vull dir que, xxxx vull dir que no::: Buà, quan has patit l'infart vas a molts metges [Ajá], tens molt seguiment, vull dir, jo::: La meva::: metgessa de capçalera, doncs::: hi està molt al damunt, i bé... això comporta molta::: absència laboral. [Ajá] No tinc cap problema, vull dir que no::: P\_008 (42:135)

Però en altres circumstàncies, algun pacient explica que l'han fet fora de la feina just en reincorporar-se després del període de convalescència, cosa que fa que aquesta persona cregui que l'acomiadament està relacionat amb la SCA que ha presentat:

He estat fent la baixa::: I després de la baixa, el primer dia d'alta, doncs... em van comunicar l'empresa, perquè tinc un càrrec directiu, que::: em quedava sense feina. ((Aix)) [A conseqüència de l'infart?] Bé::: no et diuen res més, malauradament, però::: clar (.) [No, no, no], imagines que és per això, no? Mm::: evidentment::: no t'ho vols creure, però::: P\_009 (6:5)

Alguns pacients manifesten que no poden seguir amb la seva activitat laboral, per la qual cosa reben algun tipus d'ajuda estatal per fer front a la situació econòmica del moment:

Y yo estoy cobrando una ayuda. Ahora ya me han arreglado los papeles, ya me han dado una paga, pues quieras o no, puedes respirar un poco. Puedes decir, mira::: he conseguido una paga. Por lo menos sé que esto lo tengo. [Ajá] Y ahora levantas un poco la cabeza. P\_002 (123:83)

D'altres, en canvi, per les circumstàncies laborals que tenen, reconeixen que han hagut de retornar a la seva vida anterior per tal de mantenir la seva situació econòmica, és a dir, malgrat identificar i conèixer que la seva feina no és adequada a la situació que tenen després de presentar la SCA, perceben la necessitat de treballar condicionats pel tema econòmic. L'entorn en aquesta ocasió provoca una dificultat per adaptar-se a la nova situació de vida i poder generar canvis que es puguin mantenir al llarg del temps:

Perquè m'entenguis, no ets funcionari, no tens una... una feina que és d'un altre, no... La feina, feina, és teva. [Ajá] Si tu no estàs, no hi ha ningú que te... que t'ajudarà, no? I això és un problema, evidentment, i... clar, tota l'economia meva depèn d'això, de ser-hi o no ser-hi (...) P\_001 (101:63)

Manifesten la importància de poder fer un canvi en el seu entorn socioeconòmic per tal de poder evitar situacions estressants i viure d'una manera més tranquil·la i saludable, com necessitarien per la seva SCA:

Sí! Jo crec que sí! És molt important, sí, és molt important, sí! I tinc també l'esperança de jubilar-me abans de temps! Eehh??? És que si no, no arribaré, no arribaré. [Ajá] / Això, molt clar que no::: / Quan tingui les coses ben solucionades, tornaré a agafar la baixa i diré, mira, tu!! (..) ((*Pica a la taula*)) «M'apalanco», perquè és que no! Perquè no puc anar cada dia a Barcelona! És que arribes a Molins de Rei i fas una cua:::!! I això t'estressa, és que... Ja, ja, ja, no és economia, és que t'estressa! [La vida laboral!?] Que jo visc aquí, al Bages!! Òstia, és que aquí jo estic tranquil, dintre! (.) Agafa el cotxe cada dia i vés a Barcelona!!! [Ajá] I cada dia arribes allà, a Molins de Rei, i unes cues tremendes!!! I al tornar igual!! I la gent estressada, de que van nerviosos!! [Ajá] I òstia!! (hhh) (hhh) [I això també l'influeix, a vostè!?!] També, també!! [Tot influeix, ajá!] Però bé, s'ha d'estar allí i estaré bé!! P\_001 (31:163)

En ocasions manifesten que són els mateixos companys de feina els que els adverteixen que cal que canviïn la seva manera de treballar per tal d'evitar una SCA:

Eso, yo, donde estoy, las mismas personas<sup>19</sup> que están delante mío [Pl: Las ves pausadas] Ellos son los que me han dicho... [Pl: ¡Cálmate!] ¡Me advirtieron de que tarde o temprano me pasaría esto! OnP\_003 (45:67)

L'entorn de cada persona és canviant i pot generar una modificació diferent per adaptar-se al nou estil de vida.

#### 5.1.2.4. L'entorn familiar

L'entorn familiar condiona el nou estil de vida. S'observen situacions que seran més favorables i facilitadores del canvi, però també situacions que són barreres i dificultats per adaptar-se a aquest nou estil de vida.

---

<sup>19</sup> Aquesta persona fa referència als seus companys de feina i de despatx.

Els pacients expliquen que la família és un punt de suport molt important durant el seu procés de convalescència, però també en el dia a dia. El suport familiar pot ser molt variat, des de recordar-los que s'han de prendre la medicació o canviar la dieta familiar per adequar-se al que el seu familiar necessita, fins a fer-los ser conscients de la patologia.

Els pacients manifesten que se senten cuidats per la família, per petites accions que aquesta fa. Habitualment acostuma a ser la parella del pacient la que dóna més suport i el pacient ho percep d'aquesta manera, encara que es trobin pacients amb situacions personals diferents, com podrien ser vidus, separats, sense fills i casats.

Els familiars més propers són els que ofereixen més suport, i això és percebut pels pacients:

Bé::: la gent<sup>20</sup>::: m'ha cuidat més... vigilen que prengui totes les pastilles! P\_001 (8:23)

Sí! I del meu germà i de la meva cunyada, perquè som una família curta. I clar, tots vivim en aquí, bé, en aquí, bé, aquesta casa és de la meva cunyada, a dalt hi viu el meu nebot, a baix hi viu una neboda. Enfront no, que és una amiga de la família. Però vull dir que estem tots en família. [Ajá, ajá] I::: clar, tots pendents de si em trobo bé, els primers dies de recent operada, et trobes bé?? Sí, home, sí!! Si em trobo malament, ja::: us avisaré, però no patiu, no patiu! P\_003<sup>21</sup> (18:83)

Más que el familiar, no... Porque más o menos en casa... te das cuenta de que están contigo, que te arropan, y dices, mira, pues bueno, les tengo allí ¿no? P\_005 (31:23)

Tinc uns nebots que valen::: tot el que::: Així, germanes i així, no! No! Però hem estat molt recolzats amb tots, però és clar, a veure... P\_010 (22:47)

En ocasions, dins l'entorn familiar es pot generar alguna petita discussió relacionada amb els hàbits alimentaris del pacient:

Això a lo millor aquesta mateixa de Trina no sé, jo de coca-cola no en bec, però de Trina sí que m'agrada, i a vegades no sé si prendre o no! Com que posa grassa sa-

<sup>20</sup> Cal concretar que quan el pacient deia *gent* es referia a la família, ja que durant l'entrevista m'estava explicant com el cuidava la família i quins canvis havia vist.

<sup>21</sup> En aquest cas no és la parella qui dóna el suport a la pacient sinó els germans, que són els que viuen al mateix bloc que ella; a més, és viuda.

turada... Posa 0! [Bé, posa 0, és una beguda, en si ja no té greix!] Però amb el meu fill tenim la discussió, posa proteïnes... OnP\_001 (5:12)

El suport a casa és considerat el suport bàsic en aquestes situacions, fins i tot en algunes ocasions l'únic cuidador del pacient:

P\_009: Bé (..) El suport de casa és bàsic (..) No perquè et diguin:: ai, Eloi,<sup>22</sup> que t'has de cuidar molt! [Ajá] Pensa que vas tenir això! Si no... #00:14:54-7#

IP: Com ha sigut el suport a casa? #00:14:57-2#

P\_009: El suport de casa:: és a dir:: per exemple:: a mi m'agrada molt la cervesa, molt! Xxx xxx, mai, no? Però és clar, abans potser em prenia dues cerveses o tres, quatre o:: I si estaves de festa o estaves:: Clar, ara te'n prens un parell, no cada dia! [Ajá] De tant en tant, i a la tercera ja, ja em piquen els dits, no? Diuen, xtxts! I dius, ostres, buf:: va, ja està, vull dir que... [Ajá] Però això és un exemple molt esporàdic, eh:: vull dir, que no:: no és pas que hi hagi una... [Ajá] Però és clar, tens aquesta ajuda:: que a vegades et recorden. Els meus fills em recorden, vull dir, quan em veuen ajupit i he d'agafar un pes o així, no papa, no, que...! I com que són petits són innocents! El petit sobretot, és a dir, no papa, no, que et moriràs! Sí:: No, fill, no em penso pas morir! Però bé, vull dir que:: [Ajá] aquest és el suport! P\_009 (88:119)

La que tinc més estrès sóc jo,<sup>23</sup> per cuidar-lo, perquè faci les coses com les ha de fer! OnP\_004 (7:14)

Altres participants, però, perceben que la família no els acaba d'ajudar com creuen que els faria falta. Encara que els donin suport, s'observa que els pacients ho perceben com quelcom negatiu, en considerar que no acaben de rebre el suport necessari per aconseguir el canvi d'hàbits:

A casa tampoc m'ajuden gaire amb això! (...) Tinc una dona que està una mica grosseta i llavors no vol caminar, dic, va, anem a passejar, diu, no, no, no en tinc ganes; / si ella tampoc va doncs jo també, no? / I aquí sí que fallo! P\_001 (33:135)

---

<sup>22</sup> Nom fictici per mantenir l'anonimat de l'entrevistat.

<sup>23</sup> Aquí està parlant la dona del pacient afectat de SCA; en aquest cas el pacient presenta un deteriorament cognitiu lleu, que fa que la càrrega de les cures sigui de la senyora.

En alguna ocasió trobem persones que no se senten capacitades per fer determinades accions; la família, per la seva banda, intenta donar suport, però en alguna ocasió manifesten por. Els pacients expliquen que no volen que per culpa seva el seu entorn familiar modifiqui ni deixi de fer accions que feien abans de presentar la SCA, perquè el pacient ara no pot fer-les. D'alguna forma no volen sentir-se una càrrega per a la família:

Y la mujer, pos eso, quería, querría salir más de lo que sale y hay veces, pos que no... no me encuentro bien. Si un día, por ejemplo, me dice, el sábado vamos a tal sitio, pos yo el día anterior ya estoy malo (...) ya me encuentro mal. [Ajá] Porque sé que el sábado tengo... porque sé que el día siguiente tengo que coger el coche. [¿Su mujer no conduce?] No, eso es lo más, si condujera, ¡estaría salvado! Porque nos vamos a cualquier sitio y no pasa nada. Pero tampoco quiere irse a ningún sitio a solas conmigo, la montaña o cosas así, por lo que pueda pasar, porque si, dice, a lo mejor, vamos a tal sitio a buscar... setas o lo que sea ¡y pasa cualquier cosa allí en la montaña! ¿Quién te saca de allí? ¡Si estoy sola, yo no te puedo llevar en coche! [Ya, ya, y la mujer también tiene miedo ¿A lo mejor?] Eso (...) pero de todas maneras a ella..., a ella le gusta. Me insiste y vamos y salimos y vamos al centro y vamos para aquí, vamos para allá (.) Son... Tampoco quiere que me quede::: estancado, porque, yo, e::: Ahora mismo, e::: con la ansiedad que me da conduciendo, cuando salí del infarto (.) ¡Ufff! P\_002 (13:75)

Els pacients sovint perceben que malgrat que tinguin un bon suport familiar noten que la SCA ha provocat un estat d'alerta en els familiars, que es mostren espantats per la situació que ha viscut el seu familiar:

De la filla, del meu marit, del fill, bé, de tots, el gendre, la xicota del fill! Tots, tots, tots! Tota la família, els amics, tothom! [Et vas sentir acompanyada en tot moment, no?] Sí, sí, sí! O sigui, potser una mica més «matxucada» del meu marit, veus, no facis tantes coses! No tan així! ((*Donant a entendre que abans anava molt atafegada i de bòlit*)) Però no, no! Sí, i tant! I tant que sí! Perquè estaven molt espantats, la veritat és que els hi vaig donar un bon ensurt! P\_006 (64:27)

En algunes ocasions, els pacients expliquen que se senten sobreprotegits pels seus familiars. Això els genera que no puguin fer allò que consideren necessari per a la seva nova situació de vida, ni complir amb les recomanacions saludables. Això sovint va acompanyat d'una vivència negativa per part del pacient:

Tothom... és que ja et venim a buscar amb cotxe, perquè el meu germà viu a l'avinguda Tudela i jo demà mateix vaig a veure el Barça allà. Et venim a buscar? No! Jo

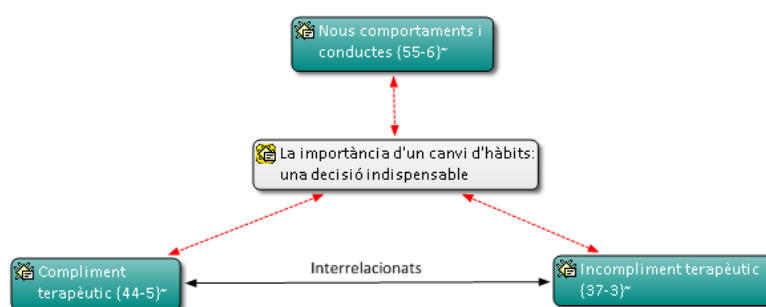
tinc que caminar!! Ja pujo caminant!! Després no hi ha maneres que em deixin baixar caminant!! Jo m'enfado!! Oohh!, és que et pot passar alguna cosa, perquè tan tard... A veure, si no tinguéssiu cotxe hauria de baixar caminant!! P\_003 (43:135)

Els pacients són conscients del suport que han rebut de la família i dels canvis que han hagut de fer per acompanyar-lo a crear un nou estil de vida. La família és un aspecte molt important a tenir en compte durant l'adaptació a aquest nou estil, ja que hi haurà moments de declivi en què és important que l'entorn familiar estigui al costat del pacient de forma contínua per donar-li suport quan calgui.

### 5.1.3. LA IMPORTÀNCIA D'UN CANVI D'HÀBITS: UNA DECISIÓ INDISPENSABLE

El canvi d'hàbits s'entén com totes aquelles accions que han fet els pacients per tal d'adaptar-se a la nova situació de vida i poder aconseguir un estil de vida saludable. Cal recordar que un estil de vida saludable és aquell en què la persona segueix una dieta variada i equilibrada, fa exercici físic diàriament i evita el consum de substàncies nocives per a l'organisme, com l'alcohol i el tabac (Goldsmith *et al.*, 2006). Cal afegir que en aquest canvi d'hàbits hi ha un pilar fonamental, que és el compliment terapèutic que fan les persones (Perk *et al.*, 2012).

En aquesta categoria, doncs, es mostra com els pacients identifiquen els hàbits saludables que han de adoptar a conseqüència de la seva patologia de SCA; quins canvis han fet després del diagnòstic i després de rebre les diferents recomanacions; i com compleixen el tractament terapèutic. Per tant, els codis que conformen aquesta categoria són els següents: *nous comportaments i conductes*, *compliment terapèutic* i *incompliment terapèutic*. El gràfic següent mostra les relacions entre els codis de la categoria.



Gràfic 4. Mapa de relacions de la categoria «La importància d'un canvi d'hàbits: una decisió indispensable».

#### 5.1.3.1. *Nous comportaments i conductes*

En aquest apartat s'identifiquen aquells canvis que s'han dut a terme com a nous hàbits, referint-se a noves conductes que s'han vist modificades a conseqüència d'haver presentat la



SCA. Cal tenir present que és difícil separar aquests hàbits de l'acceptació i l'afrontament de la nova situació de vida.

Principalment, aquests hàbits es veuen reflectits en canvis pel que fa a l'alimentació, i es pot veure com algunes persones havien fet una dieta que, en alguns aspectes, era força desequilibrada per al seu estat de salut. Molts s'adonen que allò que havien fet fins aleshores no era gaire saludable i adopten un canvi en les seves maneres de fer.

Alguns expliquen canvis en l'hàbit de prendre algunes begudes determinades:

Això ha canviat completament, jo al principi fa anys era de cigaló! [Ajá] Quan feies un cigaló, et feien un cafè i et feien un cigaló! [Ajá] Això fa com deu anys, que vaig canviar amb gotes, un cafè (..), i si no em posava gotes no prenia cafè, no? (.hhh) I des de que tinc l'infart, ni gotes ni res no, no, no! He canviat! (...) O sigui, no estava jo viciat en l'alcohol ni molt menys! P\_001 (155:123)

Va ser quan::: vaig tenir l'infart, mmm, jo bevia abans un cafè amb gotes [Ajá], un cigaló. Ja feia anys que no bevia, ni whiskys tampoc, no? I::: bevia coca-cola, m'agrada molt la coca-cola, no sé, xxxxx! Llavors vaig canviar la coca-cola, que tenia gas, per la pressió, a una copeta de vi (..). I al cap de tres setmanes o de tres mesos, vaig fer anàlisi, analítica, i em va sortir àcid úric (..), **MM** (..), i el metge em va dir, és que tu beus molt!!! No, si no bec!! La copeta aquesta de vi, i llavors ja no bec la copeta de vi, ara em bec coca-cola zero. [Ajá] No té calories, no té res, però té gas! P\_001 (156:123)

IP: Has hagut de fer grans canvis? Per això?

P\_006: No! Penso que no! A veure, el meu gran canvi, no beure coca-cola! Per exemple! ((*Riu*)) Aquest és un! Però ho porto bé! P\_006 (25:37)

Altres pacients també manifesten que han deixat de fumar:

Deixar de fumar [Ajá] ((*Assentint*)). Fumava dos paquets, ara no fumo, vull dir que m'he mentalitzat bastant bé i ho he suportat bé i no tinc angoixa ni coses d'aquestes. P\_001 (177:7)

Fumar... també fumava! [Fumaves?] Fumava! [Ara ja no fumes?] No gens! Des del dia que em va donar, res! O sigui, no hi he tornat! P\_007 (109:79)

Bueno, en principio dejar de fumar. ¡Que eso ya lo he dejado de rotundo! P\_002 (175:11)

Altres pacients expliquen canvis en la regularitat i en les característiques dels seus àpats:

Llavors m'agrada molt la fruita i hi ha dies que només sopava fruita. Llavors aquesta irregularitat, potser és lo únic, que jo trobo que he hagut de canviar [Ajá], és a dir, posar regularment... menjar-me, doncs, les cinc peces de fruita que toquen, això no és cap problema, no menjar gaire carn, tampoc. P\_004 (86:3)

Y una dieta, dieta::: Fuera grasas y nada (...) Prácticamente eso [Ajá], fuera grasas y... P\_002 (176:11)

Sí! Sal res! Ara, des de llavors, sal res, les grasses res també! Saturats... [Ajá] Llet, grasses, mantega... No, no! P\_007 (35:79)

Menjar poca sal, menjar, se'm barregen els hàbits alimentaris aquests amb els que jo sempre més o menys he anat mantenint, és que a més a més he anat mantenint [Ajá]. Menjar molta verdura, molta fruita, fruita no en menjava jo, abans. [Ajá] Ara sí! P\_008 (61:235)

I el que sí faig més és, ara, són els esmorzars, que potser crec que era una de les coses que feia malament, bé, malament perquè menjava tot tipus d'embotit, em feia un entrepà, a mig matí, petit, i ara m::: doncs::: només faig pernil salat o tonyina o el que faig ara és::: ho canvio per fruita, ara menjo molta fruita. [Ajá] És el que miro! P\_009 (38:94)

S'observa com els pacients manifesten que aquests canvis en la dieta els han proporcionat altres beneficis físics, com podria ser la pèrdua de pes, fent que això els faci sentir millor:

Y es lo que hago (..) He perdido::: 16-18 kilos (...) y va bien. P\_002 (65:11)

Amb l'alimentació també! Intento::: M'he aprimat dotze quilos. P\_001(178:111)

Alguns afirmen que si haguessin sabut abans els beneficis que això comportava haurien fet un canvi d'hàbits abans. Es pot veure que aquests hàbits saludables que han adquirit, majoritàriament no els han suposat un gran esforç, però sí moltes vegades constància i dedicació:

IP: Y en relación a la comida, ¿le ha supuesto un esfuerzo especial?

P\_002: ¡No! [¿No?] No, no. ¡Encantado! ¡¡Si lo sé, lo hago antes!!! Sí, porque en verdad, eh::: comes bien y::: tanto como comía yo antes, lo que pasa que, claro, más natural. P\_002 (161:13)

Encara que els canvis d'hàbits, habitualment, van molt relacionats amb la manera de menjar, s'observa que el fet de presentar una SCA implica comportaments que a vegades no són habituals per als pacients, i que influencien el fet d'adquirir o no el canvi i la manera com se sent el pacient.

Segons explica algun pacient, altres canvis que poden succeir són a nivell emocional. La família pot arribar a veure'ls amb un punt una mica irritable, però realment ells reconeixen que passar per aquesta situació aguda els ha fet veure i pensar d'una altra manera:

Hombre, yo me he vuelto un poquito... No sé, con la edad me he vuelto (...) pienso que no estoy para aguantar tonterías. ¡No me da la gana! ¡No me da la gana! Y si hay alguien que le veo que está actuando de una manera que... voy allá, y el trato que me hacen no es el que creo correcto [Ajá], no me callo, no me da la gana. ¡Esto sí que me ha cambiado! La actitud hacia dejar pasar cosas, es decir, va... ¡que le den por el saco!, no me interesa, me voy... No, no me da la gana, no quiero callarme. Una cosa que me molesta, pues la digo. Como si tú ahora... ¡Eh! ¡Hasta aquí hemos llegado, eh!? [Ajá] Esto sí que me ha cambiado [Ajá] ¡Menos aguante de algunas cosas! P\_005 (28:23)

Expliquen també que els ha canviat la manera d'afrontar les situacions que passen al seu voltant i intenten parar i pensar en la circumstància. Revalorar aquestes circumstàncies fa que es prenguin la vida d'una altra manera i puguin controlar els nervis que la situació els genera:

Tot i així, intentes tenir una sèrie de hàbits que abans no tenies! Ni t'enfiles per les parets::: ni et fiques tan nerviós::: i::: i aprens a comptar fins a vint::: i::: P\_008 (26:63)

L'únic que intento ara a la feina que tinc m::: tinc responsabilitat, però no tanta! [Ajá] I en part intento agafar-m'ho diferent, molt calmat, i intento estar tranquil, relaxant-me! (.) Dins del que puc, però, o sigui, que he canviat bastant, no? P\_009 (9:5)

El que sí que intento, i penso que també m'ha donat aquest, a partir d'aquí, fer les coses amb tranquil·litat! P\_007 (47:179)

Alguns pacients han vist que no poden fer esforços i s'han adaptat a aquesta nova situació de vida, manifestant que intenten fer la vida que feien fins aleshores, però amb les limitacions que la patologia cardiovascular els hagi pogut provocar:

No, no, jo faig la vida normal, sense fer esforços! Sense fer::: Si abans anava a comprar i em portava dues bosses, doncs ara vaig a comprar i em porto una! [Ajá] Però::: no ((*Senyor: pesos no:::*)) Fins ara, no, no! L'única cosa això, la feina de casa, me la vaig mig fent, ara lo més fort ja no! Vull dir que vas fent això, però tampoc, és clar, també l'edat... P\_010<sup>24</sup> (61:63)

Sovint, es percep que es prenen la vida amb més tranquil·litat i vivint el dia a dia, però no tots poden acceptar aquest canvi. Cal tenir presents les circumstàncies personals de cada pacient per tal d'ajustar-se a les seves demandes i poder oferir una ajuda més adequada i particular en cada cas. Es poden trobar circumstàncies en les quals el pacient manifesta que no pot acostumar-se a aquesta tranquil·litat i creu que això li comportarà un altre esdeveniment cardíac. En aquestes ocasions caldria valorar el compliment de les recomanacions donades i conèixer les possibles opcions de canvi que es poden ajustar:

L'únic canvi que he hagut de fer en la meua vida, és que jo abans anava molt de bòlit i ara, clar... ara no faig res. Ara jo dic, això sí que ho dic en broma: a mi m'agafarà alguna cosa! P\_004 (10:31)

Aquests nous comportaments habitualment poden estar condicionats pel factor temps. Com més temps ha passat des de la situació aguda, els pacients perceben que cada cop fan menys canvis, o bé que algun comportament que havien aconseguit canviar, ara, fora de la situació aguda, l'han deixat una mica de banda:

De l'infart, vist l'impacte inicial, potser **MM**, malament, no? Ara el canvi substancial de vida, quan hi és, el pas aquest molt més fort a la primeria, que a un any vista. [Ajá] Un any vista, no és que et deixis anar, però òbviament et relaxes molt més, m::: en petites coses. P\_008 (77:7)

---

<sup>24</sup> Aquesta entrevista va ser feta juntament amb el marit de la pacient, que en algun moment puntual intervenia en la conversa; de tota manera s'ha procurat que les intervencions del marit no influèncin el transcurs de l'entrevista i no donar-los més protagonisme del que tenien.

Malgrat que alguns dels canvis es consideressin impossibles, es veu com han fet diferents accions i han adoptat noves conductes per tal de generar un canvi en la seva situació de vida i adaptar-se al procés patològic que estan vivint.

### 5.1.3.2. Compliment terapèutic

Dins el canvi d'estil de vida, es troben pacients que s'adapten i compleixen amb el tractament prescrit, però d'altres en algunes ocasions no, fet que es treballarà en el proper apartat. Cal recordar que aquest tractament no només consisteix a prendre's la medicació, sinó també a seguir les recomanacions alimentàries, practicar exercici físic i abandonar el consum de tabac i alcohol. S'observa com els pacients, en determinades situacions, encara que sàpiguen allò que cal fer, manifesten que no ho fan, però que malgrat això en són plenament conscients.

Els pacients saben que és bo fer exercici, tal com es recomana des del servei de cardiologia, juntament amb el programa de rehabilitació cardíaca:

No vaig tenir cap, cap problema, i bé, ja vaig començar a caminar, que és el que sobretot em recomaneu vosaltres! P\_004 (76:3)

Me recomendaron o bien hacer bicicleta en casa 20 minutos, estuve aquí haciendo::: P\_002 (178:23)

Camino una hora cada día! I faig tot el que em diuen els metges. OnP\_004 (1:2)

Estic caminant cada dia, m'han dit que això... P\_009 (132:202)

En algunes ocasions, el pacient busca alternatives per adherir-se al tractament, i en determinades circumstàncies hi fa alguna modificació per tal d'adaptar-lo millor al seu ritme de vida:

Pues un día, un día hago bicicleta en casa, porque me compré la bicicleta para hacerla estática, y si no, pues todos los días salgo a la calle, paseíto para arriba, para abajo, ando::: Y sin que te queden los... ¡Que se te muevan las articulaciones! P\_002 (67:23)

A veure, quan fa una estona que camino, noto que tinc que baixar, que tinc de, de... [D'afluixar una mica] d'afluixar el ritme, però vaig fent, vaig fent, em costa més, em costa menys, però vaig fent, de moment, ahir vam caminar una hora i poc. P\_010 (31:87)

Fins i tot en alguna ocasió arriben a aplicar-ho a la seva rutina de treball, malgrat el que puguin pensar els seus companys de feina:

Mira, lo que sí faig és::: que::: cada dia vaig a caminar. [Ajá] Inclús allà a la feina, deuen pensar que sóc una mica estrany, però sí, cada migdia a l'hora de dinar me'n vaig a::: em **despeju**, faig mínim tres quarts, una hora, anar a caminar. P\_009 (34:70)

En alguns casos, malgrat les recomanacions facilitades, el pacient veu que no pot anar avançant tal com se li recomana, però això no li genera un abandonament del tractament. Cal entendre que no tothom té el mateix grau d'afectació o incapacitat després de presentar la patologia cardíaca, cosa que requereix adequar la recomanació a les característiques de cada persona:

Perquè clar, la Briònia<sup>25</sup> sí que m'ho diu, diu, bé, vés fent el que... vés fent aquestes rutes i::: sí, sí, les faig, e::: i camino, i quan et comencis a trobar bé, comences a trotar una mica, i tal i qual, sí, sí, quan començo a trotar i trotar, i em canso de seguida... P\_004 (112:47)

En relació amb els hàbits alimentaris saludables, es percep que és un punt molt interioritzat pels pacients. Són capaços, fins i tot, d'identificar aquells hàbits que no fan del tot bé. Dins aquest codi es veu com identifiquen el fet de fer una dieta sense sal, sense gaires greixos, amb làctics descremats i amb consum d'oli d'oliva verge extra, juntament amb el consum de peix i de fruita i verdura. Aquests són els hàbits que els pacients segueixen en el seu dia a dia:

L'alimentació, ehh, no::: no és dolenta! No, no és dolenta (..) [Ajá] Jo menjo sense sal, i menjo... no menjo embotits, gens d'embotit! [Ajá] Eh...!! No::: Em prenc la pastilla del colesterol, no menjo coses amb colesterol; ous, un a la setmana o un cada dues setmanes, xtxtxt, o sigui l'alimentació ja és correcta, eh??!! P\_001 (163:119)

Yo hago bondad, toda la bondad que puedo, eh::: Grasas intento no... A ver, siempre me han dicho que un día a la semana puedo hacer un... pues un día de la semana hago un extra. [Bueno, ya se sabe...] Mira, ya te digo, coca-cola no sé ni los años que no, que no la pruebo. El alcohol no bebo, tampoco bebía. [Ajá] ((Pica

---

<sup>25</sup> Nom fictici per tal de mantenir l'anonimat del professional de salut a qui es fa referència.

*a la taula amb gestos de resignació)) Yo como mucha ensalada, mucho cosas así, mucho pavo, mucho pollo, xxxxx cosas. P\_002 (37:72)*

Formatges, això és el que::: em costa més, perquè m'agrada molt... Tot el que és làctic m'agrada molt, sí que feia llet desnatada o així, o el iogurt desnatat, però els formatges són... ho reconec, la meva debilitat i::: i ara ho he::: dràsticament fora! Sí que potser em permeto el luxe un cop al més, doncs... [Ajá] menjar-ne una mica, no gaire, perquè::: em diuen... altres tipus de formatge d'aquest, però no m'agraden! Els que m'agraden són... [Ajá] I llavors menjo molt més peix, abans en menjava un cop a la setmana, dos cops, ara en menjo tres cops o quatre a la setmana, verdura ja en menjava, però ara encara menjo molt més, és que tampoc considero que mengés::: molt malament. P\_009 (37:94)

Oli d'oliva, és clar. [Ajá] Abans tant era si era::: de 4 graus, però ara... oli d'oliva verge, etc. P\_008 (113:235)

També s'observa com els mateixos pacients són capaços de veure i detectar hàbits que cal complir per poder viure de manera millor, encara que després manifestin que no es troben tan bé com es pensaven:

Evidentment! Sobretot lo més important és la de fumar! I fumar no fumo gens! [Ajá] Gens, gens! Jo pensava que al no fumar tindria més capacitat de, de::: de pulmó::: estaria::: Veig que no he millorat gaire amb això!! P\_001 (26:131)

El consum de cafè és un altre punt que es qüestionen alguns pacients. Alguns d'ells manifesten que són consumidors d'uns quants cafès al dia; en les sessions educacionals se'ls recomana disminuir la dosi de cafè a un o dos cafès al dia, i si pot ser descafeïnats:

[Nosaltres recomanem un o dos cafès al dia com a màxim! Si és una persona molt, molt nerviosa, llavors disminuir-lo! O posar un cafè americà, més aigualit, això és el que recomanem!] OnP\_001 (18:41)

Els cafès... jo, és clar, en prenia uns quants de cafès, ara en prenc un al dia, dos de vegades (.) P\_008 (112:235)

En aquest apartat queda veure com els pacients manifesten que compleixen el tractament de la presa de medicació. Pel que fa a les conseqüències de la medicació, és un aspecte que veurem en un altre apartat.

Alguns dels pacients tenen idees preconcebudes en relació amb la medicació i creuen que amb el simple fet de prendre's les pastilles, com ells expliquen, ja prevenen un nou episodi de SCA. Però com s'ha comentat a l'inici d'aquest apartat, el tractament terapèutic inclou altres factors a part de la medicació. Molts pacients són capaços de reconèixer i manifestar clarament que es prenen la medicació pautada:

Estoy tomando medicación. P\_002 (68:132)

No ha anat tot bé! I això m'ho prenc ((*Referint-se al tractament*)) religiosament!  
No fallo cap dia! No fallo, cap àpat. P\_004 (25:83)

Y claro, le dije, al hacer caso y al tomarte la medicación tú piensas, por lo menos yo pienso ¡que el hecho de estar medicado estoy más seguro que antes! Porque tengo medicación, pero bueno, ¡nadie me lo asegura tampoco! P\_005 (39:27)

Ets conscient que et mediques cada dia::: i que això::: va bé, clar! P\_008 (56:203)

I la medicació, que estic a rajatabla. P\_009 (131:206)

Cadascun d'ells explica que té les seves estratègies per poder prendre's les pastilles correctament i amb les dosis correctes. Tots ells busquen estratègies per poder millorar amb el seu compliment de l'hàbit de medicació:

Yo tengo una caja con todas juntas, y por ejemplo, a la hora de desayunar, me pongo las que me tocan en un vasito y me voy con él a desayunar. [¿Y las tienes todas juntas?] ¡Todas juntas! [No haces ahora me tomo una, ahora me tomo otra... ¡Esto es un error!] ¡No, no! [Y lo de estas cajas ((*Referint-se als blísters*)), ¿sabías que existían?] ¡Sí! ¡Por la abuela! OnP\_002 (12:29)

Jo tinc la capseta de les que es treuen, i el diumenge al vespre ja preparo tota la setmana! OnP\_002 (14:33)

D'altres, malgrat complir amb tractament prescrit, aprofiten les sessions educacionals per demanar consells i recomanacions per poder complir-lo millor:

El que passa que jo al matí vaig a caminar, però després em dutxo i el pegat es mulla i sembla com si es moguéssim una mica! [Bé, el que a vegades diem...] No queda prou enganxat! [Doncs llavors el que podria fer és tapar-lo una miqueta?] OnP\_002 (22:51)



En general, s'aprecia com el compliment terapèutic és un hàbit molt important per a aquest tipus de pacients, per la qual cosa requereix sessions educatives i suport dels diferents professionals amb l'objectiu de poder valorar allò que fan bé, però també buscar opcions de millora davant de determinades situacions.

### 5.1.3.3. *Incompliment terapèutic*

Fins ara s'ha parlat del compliment terapèutic, però no s'ha d'oblidar que, malgrat la insistència dels professionals sanitaris en el fet que els pacients compleixin amb el tractament prescrit, n'hi ha alguns que no ho fan. Sovint aquesta decisió d'incompliment va lligada a motius laborals, a poca consciència o a manca de voluntat per fer el canvi.

Com qualsevol canvi de decisió, s'observa que encara que els pacients sàpiguen que han de fer exercici físic, finalment no l'acaben fent. Alguns ho atribueixen a la feina que tenen, al ritme de vida, a la falta de perseverança, etc. Però alhora tenen consciència i són capaços d'identificar que aquells hàbits que encara no han adquirit podrien ser beneficiosos per al seu estat de salut:

A partir d'aquí::: bé, he intentat fer exercici que no faig! P\_001 (59:7)

Sí, que l'important és el de la::: el de l'esport que no estic fent. P\_001 (148:139)

És possible, és possible, però no ho faig! No acabo de fer-lo, no, no, no! Podria... Ara vinc a les 9, va, ara em poso el xandall, però no ho faig! No en tinc ganes! No ho faig, no... P\_001 (28:147)

El caminar. Caminar, caminar jo camino el cap de setmana, entre setmana... Jo sé que hauria... sóc conscient que hauria de caminar i no camino cada dia com caminava als sis primers mesos arrel de... [Ajá] En sóc conscient, vull dir... que dius... P\_008 (37:115)

Si no tinc els hàbits, no, eh?? I sóc molt perseverant per a algunes coses, però lo de la bicicleta estàtica, doncs la tinc, però no::: bé, és igual... P\_004 (98:23)

Davant aquest incompliment terapèutic s'observa com algunes persones intenten buscar alternatives. Algun pacient manifesta que li agraden molt els dolços, però reconeix que no sap identificar el límit en la seva ingesta:

Són els extrems que faig, el pica-pica de si n'hi ha dolços a casa! [Ajá] Xocolata (.)  
Doncs bé, xocolata::: no puc menjar xocolata, no?? Xocolata negra és bo també pel

cor, llavors sí que en menjo. Si n'hi ha [Ajá], me la menjo! Però és que no menjo un trosset, no! Si hi ha... és que em menjo tota la tableta! P\_001 (135:119)

D'altres troben en la família un punt de manca de suport que els influeix per no seguir el tractament. Es veu com els participants tenen present el seu entorn davant de qualsevol canvi de conducta:

/ Si ella<sup>26</sup> tampoc va, doncs jo també, no? / I aquí sí que fallo! P\_001 (179:135)

Alguns participants senten que ja es troben bé i s'obliden de fer un bon compliment terapèutic, i manifesten que no ho acaben de fer prou bé com caldria:

Però clar, jo sóc tan cap... gros, que si vaig a comprar em carregó i llavors no em dono compte que les coses pesen [Ajá] i arrastro amb tot! Perquè seria fàcil deixar-ho i fer dos viatges, perquè al final jo compro pel barri, però no!... Jo... a veure... com que et trobes bé, no et recordes que no pots fer les coses. Si et trobessis molt malament doncs segur que no ho faries, no?? Però com que jo em vaig trobant bé... quan ja me n'he donat compte ja ho he fet. I jo ho he fet tota la vida, per això, vull dir que no és d'ara! P\_003 (4:15)

A partir d'aquí::: bé, he intentat fer exercici que no faig. P\_001 (59:7)

De totes maneres jo em trobo bé! Vull dir... no abuso, però... però portar-me bé, bé, bé!?! No! No tinc que dir una cosa per una altra! P\_003 (63:31)

A vegades expliquen com el seu retorn al dia a dia ha fet que deixin de ser tan estrictes amb el tractament prescrit:

I clar, per això es va allargar molt el temps de baixa, no? Clar, en tots aquests mesos doncs perds pes::: camines amb una regularitat, que ara la intentes tenir, però clar... el dia a dia... és criminal, vull dir... per tothom, eh! [Ajá] Clar (...) mires de no fer massa l'animal tampoc! P\_008 (12:15)

S'observa també com altres s'obliden d'alguna pastilla del tractament prescrit:

---

<sup>26</sup> Fa referència a la senyora.

[I vostè se n'ha oblidat alguna algun dia?] Sí, la del migdia, perquè com que no-més en prenc una... no me'n recordo. [Però fixi's que si vostè tingués una caixeta d'aquestes, diria, buf, la del dinar! Jo us ho aconsello!] OnP\_002 (13:31)

Les circumstàncies socials s'han vist com un aspecte que influeix en l'incompliment terapèutic. Un procés de convallescència en època de Nadal ha propiciat en algun cas que no acabin de complir degudament amb el tractament prescrit, però després del temps festiu retornen als hàbits que se'ls havien recomanat:

Per exemple per aquestes festes,<sup>27</sup> doncs sí, dir-te que he menjat tot sense sal, no! No et mentiré! P\_006 (30:83)

Al vespre ja menjaves [Ajá], si eren::: dates de Nadal, doncs al vespre menjaves torró, i si era això o allò, vull dir, sense agradar-te els dolços, menjaves malament, vull dir que no. [Ajá] Clar, ara ja no. P\_008 (99:235)

El fet d'haver de menjar fora de casa per poder seguir amb la seva activitat laboral es veu acompanyat d'un incompliment del tractament prescrit:

No és tan estricta l'alimentació, no? Fora de casa!! P\_001 (171:127)

I per molt bé que ho vulguis fer... dinant fora és molt difícil fer-ho bé, del 100%, no?! P\_008 (78:11)

S'observa que encara que les persones reconeixin que cal complir amb un tractament terapèutic, les diferents circumstàncies que els envolten fan que segueixin o no perfectament amb la pauta prescrita. A mesura que passa el temps i que es troben millor, van deixant de complir alguns punts del tractament, fins que fins i tot en algun moment són conscients que no fan el mateix que durant els primers mesos. Es percep com el temps influeix en el compliment o en l'incompliment, fent que com més temps passa, menys percepció de perill hi hagi, cosa que provoca que disminueixi el seguiment terapèutic.

---

<sup>27</sup> Fa referència a les dates de Nadal.

## 5.2. SUPERAR AMB ÈXIT LA NOVA SITUACIÓ

Dins aquest tema s'ha treballat la capacitat que tenen les persones per poder adaptar-se a la nova situació de vida i superar la nova etapa que han de viure després de presentar la SCA, adaptant-se a tots els canvis que els són necessaris en la seva situació.

Per tal de poder superar aquesta nova vida, alguns dels pacients manifesten dificultats i limitacions que han viscut durant el procés de convalescència. Vèncer aquestes adversitats, ja siguin de fonts externes o bé pels límits que els marca el propi cos, els permet continuar vivint.

En aquest apartat es treballen diferents punts que emergeixen a través del corpus de dades i que permeten entendre aspectes importants que poden modificar la superació de la persona davant la nova situació de vida.

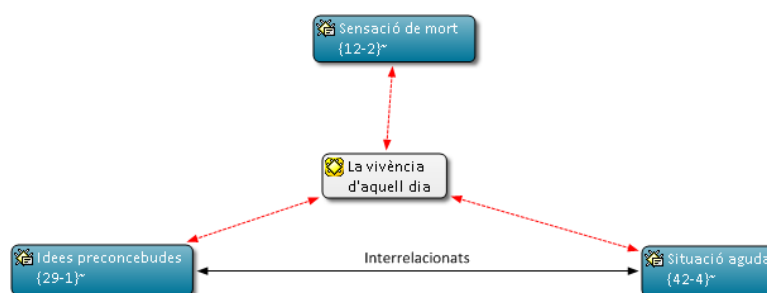
Els apartats que el configuren són *la vivència d'aquell dia*, *l'acceptació de la cronicitat*, *el llegat personal*, *l'adaptació com a motor de canvi* i *l'aliança familiar*.

### 5.2.1. LA VIVÈNCIA D'AQUELL DIA

*La vivència d'aquell dia* és entesa com totes aquelles experiències i situacions que expliquen els pacients en descriure el que van sentir en el moment del diagnòstic de la SCA i el moment que van viure. Comprèn també aquells records que fan que segueixin vivint.

Cada persona té unes particularitats i unes característiques diferents que permeten entendre els perquès d'algunes accions que fan.

Dins aquesta categoria s'identifiquen diferents codis que permeten entendre la vivència d'aquests pacients en el moment de la SCA. La *situació aguda*, *les idees preconcebudes* i la *sensació de mort* que van viure són les característiques que es descriuen per tal de comprendre la vivència que ens expliquen. En el gràfic següent es mostren les relacions dels codis de la categoria.



Gràfic 5. Mapa de relacions de la categoria «La vivència d'aquell dia».

### 5.2.1.1. Situació aguda

S'entén per *situació aguda* aquella en què el participant explica el moment exacte de la SCA i descriu situacions i sentiments d'aquell moment agut que va viure.

Algunes persones presentaven símptomes des de ja feia algun temps i per això consideren que el diagnòstic de la SCA es va retardar:

Ja era tard. Ja va ser tard, perquè el mateix que em va donar fort, però... m'hagués pogut tornar a donar i quedar-m'hi! Després d'un any..! P\_003 (57:23)

S'observa també com la família fa una ràpida actuació en el moment agut i que el pacient valora molt favorablement aquesta acció:

Em vaig anar a dormir i l'únic que recordo és quan la meva dona ja cridava (.). Ara truquem al 112 i ja està! Ja no... Per això et dic que és possible que perdés el coneixement varies vegades i jo no en fos conscient! P\_004 (118:47)

El viernes tuve allá a las diez de la noche, estábamos cenando, hacían «Sálvame Deluxe», que no lo soportaba y no sabía cómo escaparme de él. ((*Riu*)) Me vino el dolor y ella<sup>28</sup> cogió el coche y salimos por piernas. ¡Y suerte fue de eso! P\_005 (75:3)

Però sí que em trobava una miqueta que quan veníem amb el meu fill, que em portava, vivim a Castellgalí, em portava... [Marejat?] Hi havia un moment que... marxava! No corris, no corris! ((*Donant a entendre amb l'expressió no verbal que s'estava marejant i que perdia el món de vista*)) Em marxava... però::: em van portar cap a Terrassa, amb ambulància, i llavors allà em van posar, era el moment... Pot ser, sí... P\_007 (70:63)

Cal tenir present que alguns pacients van presentar situacions molt greus i van requerir ingrés a l'UCI<sup>29</sup>, raó per la qual expliquen que a vegades no entenen gaire bé les accions que es duen a terme amb ells:

Quan jo vaig estar aquí a la UCI [Ajá], i em tenien immobilitzat, no podia ni anar a orinar ni res, i jo també em trobava bé!! [Ajá, vostè no entenia per què??] No

<sup>28</sup> Es refereix a la seva senyora.

<sup>29</sup> Unitat de cures intensives.

entenia per què **MM** no em deixaven bellugar! No em deixaven::: I jo em trobava bé!! **MM**, no em trobo malament! P\_001 (152:155)

Tot i aquesta situació aguda crítica, alguns pacients manifesten que la seva preocupació en aquell moment era la roba que portaven o poder-se acomiadar dels seus familiars:

Pero mira, yo mira que sí estaba bien, que me quitaron los calcetines, me quitaron... y yo decía ¡no! ¡no!, guardarlos, que no se me pierdan, ¡y esto! y los pantalones, digo, no, ¡no! Oye, que estando la mujer ahí, dárselos, y yo ¡preocupándome de eso! Y me dejaron en calzoncillos y cuando fuimos a Barcelona, cuando ya me hicieron, dijo el chico, quitamos... y le digo ¡tú!, que no tengo más ¡eh?! O sea... [Sí, sí, sí] P\_005 (66:83)

Perquè me'n recordo quan em va passar i::: la infermera, ai la infermera, la metgessa del SEM va dir::: el que em va confirmar el que tenia, i que em tenia i així::: Me'n recordo que vaig comentar, **MM**, no, que tinc que veure els meus fills, que m'he d'acomiar, i així! I ella em va dir, tranquil, que ja tindràs temps, no? Però [Tu no...] en aquells moment el cap va::: va a tota velocitat, no? P\_008 (43:102)

D'altres també manifesten com en aquell moment puntual no es pensaven que tinguessin una SCA, fet que els va provocar en algunes ocasions alerta i espant:

Pues a ver, yo en principio no sabía que tenía un infarto (.) E ingresé y muchos médicos para arriba y para abajo::: inyectándome::: mmm::: hasta que me::: más o menos reaccioné, mmm::: ¡No llegué a tener parada ni nada! (.hhh) Una vez reaccioné, me comentaron a mí y a la mujer que había sufrido eso. ((*Referint-se a l'infart*)) [Ajá] Una vena que se me ha taponado y esto, y me mandaron a Barcelona (...) ¡Y eso más o menos lo que pasó! Allí me mandaron, me pusieron unos muelles dentro y... (...) ¡ya está! P\_002 (1:3)

Em vaig espantar més perquè a mi em va donar infart o angina de pit, lo que li vulgueu dir, amb un transbord de tren a Madrid. P\_003 (74:7)

Pel fet de no reconèixer els signes i símptomes de la SCA, alguns pacients després d'haver-la tingut i fer una reflexió mirant al passat, s'adonen que no van actuar de la millor manera:

Dius **MM**, molt malament, vull dir, penses::: alguna cosa falla, i vaig fer el::: (...) El **MM**, parlant clar. ((*Riure*)) Vaig portar els meus nens a l'escola, vaig estar a punt de pujar a Vic a treballar! [Això era un dia laborable, eh?] Això era un dia laborable, sí,

i quan vaig deixar els nens, un a Manresa i l'altre a Sant Fruitós, vaig decidir anar a l'hospital, el metge de l'ambulància em va dir, si haguessis pujat a Vic, no hauries arribat a Vic! P\_008 (92:175)

Em vaig marxar amb la moto i res, a l'anar a agafar la moto, al cap d'encara::: res::: 800 metres, vaig perdre el coneixement, vaig caure ((Aix)) i::: al cap d'una estona, no sé quanta estona vaig estar... mm::: em vaig despertar... allà llavors hi havia la urbana que::: estaven intentant::: no sé, en aquells moments... la urbana el vaig veure molt nerviós! Dic, **MM!** Llavors::: en aquells moments vaig intuir que::: [Alguna cosa havia passat] alguna cosa havia passat, greu, i llavors va arribar el SEM, val? P\_009 (2:5)

Una de les circumstàncies que els pacients descriuen com a pitjors és el dolor. Alguns dels participants, malgrat no ser gaire conscients de la situació que estaven vivint, només demanaven que se'ls tragués el dolor que tenien en el moment agut:

Yo solo notaba que me decían, del 0 al 10, Pep<sup>30</sup>, valore el dolor, 10, Pep ¿cómo está?, 10, ¿Pep?, 10, 10, 10, ¡por no decirle 11! 10, 10, ¡10! Y claro, ellos venga morfina, ¡venga cosas! ¡Llevaba tres vías y allí me metían de todo! Y venga, y venga, para aquí y ¡para allá! Y yo sé que una vez, que fue cuando digo ¡es que ya llevo no sé qué! Dice, es igual ¡ante la duda ponle más! ((S: *Porque faltaba un minuto y algo, casi dos*)) Sí, sí ((S: *Claro, la chica, fa lo que ha de fer!*)) ¡Dice, ¡ponle más! y::: en ese momento yo empecé a notar que el dolor aflojaba y digo, espera, espera, ¡espera! ¡Y pum! ¡Se pararon todos! Dice ¿qué pasa? Digo ¡está bajando el dolor! Dice ¿sí?? Mira, se sentó al lado mío, porque me hice a cuatro médicos y a cuatro ayudantes. [Ajá] Dice ¿baja? Digo sí, 7, 6, 5 y ya todos ¡bua!! ¡Ya rodeado! ¡Y digo nada! Dice, ¿seguro? Digo ¡sí! ¡sí! ¡No me duele nada! ¡Se ha ido! ¡Bua! Ya todos... P\_005 (65:83)

Simplemente eso, ¡lo que quería era que me quitaran el dolor! Me entró un dolor muy fuerte, y::: ¡no sé, no me miraba otra cosa! P\_005 (76:3)

O sea, no me preocupaba otra cosa, simplemente era que me quitaran el dolor. Y una vez que me quitaron el dolor, pues yo ya me encontraba muy bien, porque físicamente me encontraba bien, anímicamente muy bien también, ¡muy bien! Incluso estaba sintiendo lo que decían, lo que hablan, lo que comentan, ella

---

<sup>30</sup> Nom fictici per mantenir l'anonimat de l'entrevistat.

((Referint-se a la senyora)), que també estava allí cerca... no sé, iyo anímicament estava muy fuerte ese día! P\_005 (79:3)

Alguns dels participants expliquen que van presentar una sensació d'ofec que no desapareixia amb res, d'altres una sensació de pressió al pit, malestar, sudoració, etc. S'observa com la percepció aguda que tenen les persones en aquesta situació pot variar molt entre elles, però ho descriuen com una sensació estranya:

Fins que... el dia que em va passar vam anar a comprar amb la meva filla, quatre coses que li faltaven, vam arribar a casa, vam sopar, la vaig pujar a casa seva, a ella i al gos, quan vaig tornar doncs la vaig deixar i el meu marit estava veient la pel·lícula. Dic va, me'n vaig a dormir! Que no... ja no estava:: [No estaves fina] I al cap de jo què sé... de cinc o deu minuts, no sé... doncs vaig començar a suar molt, una suor freda tota estranya, i un mal, una pressió al pit que m'anava cap als braços, però en cap moment vaig tenir la sensació de no poder respirar, sinó mal! P\_006 (7:3)

Si ho contextualitzo en aquell moment i::: I vaig fer moltes coses aquell matí i vaig anar... Em trobava molt malament. P\_008 (48:171)

Sí, la primera vegada vaig estar dormint tota la nit bé, a les 5 del matí em llevo, bé, em desperto amb un mal de pit, dic **MM**, què em passa? Aquest mal aquí, això no és normal... Em preparo una infusió... [Ajá] de farigola, que em penso que això és de l'estómac, alguna cosa d'aquí la boca de l'estómac que se't va posar malament. Me l'estic prenent i això no, no... No sembla que toqui aquest punt, no sembla! I de dir no puc anar treballar, eren 2/4 de 6... I vaig demanar al meu fill que em portés cap a::: [L'hospital?] l'hospital! Dic sí, perquè així no puc anar a treballar. Aquest mal que tinc no és per anar a treballar, i llavors, doncs porta-m'hi i a veure què... I el meu fill, sí, sí, em va portar. Vam arribar allà a les 6 a l'hospital i sí, sí era...! I llavors clar, ni em venia pel cap que fos del cor! [Ajá] Però sí, llavors em van portar... P\_007 (27:59)

És que jo dolor no en vaig tenir mai! [En el seu cas va ser ofec...] Jo dolor, va ser ofec [Opressió] Opressió, és com si apretessin per davant i per darrere i::: aquí no tingués espai, és clar... Llavors em baixava cap aquí, cap al braç... [Ajá] I és clar, llavors la mà aquesta no, no, no em funcionava, bé, no em funcionava, tenia, però com que les mans se m'adormen molt per l'artrosi, doncs no sé què... P\_010 (58:59)



No em podia moure, la sudoració... [Tot això m'ho penso...] desmai, no sé què...  
[Tot] Què t'he d'explicar! OnP\_003 (27:33)

Alguns d'ells transmeten que la situació que van viure van veure que era crítica i urgent. Un record comú que tenen alguns participants és que van veure moltes persones al seu voltant, i malgrat que les experiències de cadascú són diferents, cal mencionar que aquests pacients van viure una situació d'emergència que requeria rapidesa i treball en equip dels professionals sanitaris per poder superar-la:

Bé, tot d'un plegat veus vuit persones al teu costat i::: i és clar, és una situació rara, perquè::: [Ajá] No cal que em porteu! Ja m'aixeco jo fins a l'ambulància! I em van dir: «Xtsxsts, no, no, no tu:::». P\_008 (51:179)

Recordo que va venir molta gent i::: a::: em van posar en una ambulància, també me'n recordo, llavors me'n recordo que jo... estava estirat en una llitera i veia una llum que era una espècie de bolet i::: que::: algú que em va dir «Et depilarem el pit i les engonals», i ja no me'n vaig recordar més fins que em vaig trobar en un llit a la UCI i em van dir, e::: que havia tingut un::: infart de miocardi. P\_004 (62:3)

Es percep com la situació aguda d'aquell dia varia molt en funció de cada persona, però majoritàriament s'adonen que van viure un procés agut crític, i de la repercussió que podia tenir en la seva vida la patologia cardíaca.

#### 5.2.1.2. *Idees preconcebudes*

En aquest codi s'agrupen aquelles primeres idees que els pacients manifesten relacionades amb el moment del diagnòstic de la SCA, però també aquell imaginari que tenien de com podia ser aquesta patologia. En aquest codi es reflecteixen els seus pensaments i com l'impacte de saber que tenien una SCA els pot haver afectat en la seva adaptació al nou estat de salut.

Les reaccions i pensaments que tenen aquests pacients són força variades i diferents. Alguns d'ells es preguntaven si se'n sortirien, de la situació que estaven vivint, d'altres expliquen que estaven espantats, malgrat que després ho acceptessin bé, i d'altres fins i tot manifesten que intuïen aquesta situació:

¡¡A ver si salgo de esta!! ¡Lo primero que piensas es a ver si salgo de esta! P\_002 (77:7)

Primer em vaig espantar, [Ajá] però després ho vaig assimilar bastant bé i no... P\_003 (86:7)

A mí no me pasó nada porque es que lo intuía. P\_005 (1:3)

Una part dels pacients no s'esperaven que poguessin tenir una SCA, expliquen que no s'ho pensaven, i mostren una sensació de sorpresa davant el diagnòstic. Manifesten que no van plantejar-se que poguessin tenir una SCA; alguns d'ells expliquen que per a ells va ser un xoc, que no s'ho pensaven:

¡Pues no me pensaba que fuese un infarto! ¡Pues no es nada! Porque una vez que me ha quitado el dolor... ¡ya está! ¡No es nada! ¡Y si es esto...! P\_005 (169:83)

Però pensar que jo podia tenir un infart? No! No! Impensable! No! No! No! A més jo em trobo molt i molt bé, molt bé, quan tinc molta feina! P\_004 (55:51)

No vaig pensar en cap moment que era això! P\_009 (129:1)

Em vaig quedar molt sorpresa perquè mai se m'hagués passat pel cap que em podia passar això (.) Mm::: se m'acudia tot, menys això! P\_010 (1:3)

¡Pues no me pensaba que fuese un infarto! P\_005 (195:83)

I et diuen: «Senyor, tens un infart» (hhh), i val, en el moment no reacciones, dius **MM!** (.) O almenys no vaig reaccionar com::: Per èticament de dir ai!!! Vull dir... [Ajá] Mm::: molt fredament, sincerament::: P\_008 (3:7)

No vaig pensar en cap moment que era això! A la meua vida havia tingut dos pulmonies i em tapo molt el pit i em pensava en principi que era... P\_009 (1:1)

En algun cas, s'observa com la situació de gravetat del pacient fa que requereixi el trasllat amb helicòpter, cosa que provoca en el pacient encara més sorpresa i impacte per la situació que està vivint:

Exacte! Llavors em van dir aquí a l'hospital que::: era una angina de pit i que tenia que anar cap a Terrassa urgentment o cap a Barcelona, que si anava cap a Barcelona hauria d'anar amb l'helicòpter i si anava... I vaig pensar, però què és això? P\_007 (28:63)

Fins i tot alguns d'ells intentaven buscar altres diagnòstics per trobar una altra explicació a allò que els estava passant:

No, no esperaba yo ¡que fuese un infarto! (...) (.hhh) Un::: un agotamiento o algo, porque el día anterior hicimos un, un... preparamos un traslado de mi madre, que se venía aquí para Manresa. Moví muchas cajas, mucho peso, pero yo pensaba que era eso, agotamiento. No::: ¡un infarto! P\_002 (75:7)

No m'ho esperava, no m'ho esperava perquè vaig estar una setmana (.) amb dolor al pit. [Ajá] ((Assentint)) Era una angina de pit, que jo em pensava que seria, mmm::: no ho sé (.) una hèrnia d'esòfag o una cosa d'aquestes... P\_001 (67:3)

I llavors clar, ni em venia pel cap que fos del cor! P\_007 (68:59)

L'imaginari que tenen aquests pacients sobre el que era una SCA és molt diferent entre tots ells. Es pot entendre que està influenciat per les diferents circumstàncies que han viscut, les experiències que han tingut amb gent propera, coneguts, etc. Les preconcepcions que poden tenir aquests pacients els ajuden a entendre el que van viure. Alguns s'imaginaven situacions molt greus i de difícil resolució:

Que yo, el infarto en sí, ¡yo me hubiera montado otra película! Evidentemente yo pensaba que un infarto... y posiblemente sea así, que estabas allí jodido y retorciéndote, ¡y no! P\_005 (67:83)

Doncs tenia la impressió que un infart feia molt mal, no podies respirar, no... Jo no va ser així! O sigui, portava un quant temps que no... P\_006 (4:3)

En algun cas també expliquen que és un procés llarg i que no pensaven que pogués allargar-se tant en el temps:

Jo pensava que l'infart era una cosa.... No! I llavors em va venir a mi i jo ja porto set mesos, e? P\_004 (182:195)

Algun pacient explica que el seu cas no ha estat tan greu com s'ho havia pensat o imaginat:

No! No! Me n'havien parlat i ho veia com alguna cosa sèria! [Sí] Però no, no! [Sèrio en quin sentit?] Sèrio en el sentit en què la persona que ho tingués, doncs que estaria fotut! [¡Ajá! En el seu cas no va ser així!] No! No trobo que sigui... És un toc! És un toc de canvi! De sensació! D'emoció davant de les coses! Però no és::: no és com per sentir-se derrotat. [Ajá] No, no! Caòtic. P\_007 (103:219)

Per això et dic que va ser tot completament, potser una mica diferent del que m'havia imaginat. P\_006 (8:3)

Les percepcions, idees, sensacions que descriuen i expliquen els pacients poden ajudar a comprendre la situació que van viure i a entendre com els afecta per poder superar la nova vida que tenen.

#### 5.2.1.3. Sensació de mort

La sensació de mort és una percepció descrita pels pacients que es relaciona habitualment amb el dolor que van presentar, encara que també poden ajudar a entendre-la les pròpies creences:

((S: *Es quedava, eh?? Se n'anava, eh??*)) Yo cuando tuve esa sensación, fue una vez cuando estaba aquí en Manresa (..) ¡Bua, qué dolor! Y empecé a cerrar los ojos, no para dormir, xxxx, a ver si así te duele menos. P\_005 (10:7)

... Però bé, una de les coses que::: em va fer veure va ser quan vaig estar a l'hospital i vaig estar xxxx amb ells, va ser la possibilitat de que podia deixar d'estar viu. El qual doncs ho assumia amb tranquil·litat, i és lo que esperava, que si tingués que deixar aquest cos fos d'una forma viva! Ja que la vida i la mort doncs formen part de [Ajá], de la nostra existència. P\_007 (5:3)

Potser sí que és greu i he de marxar! I llavors aquest pensar que havia de marxar, doncs... Somriu! Un somriure! Potser ha arribat ja el moment! P\_007 (69:63)

Aquesta sensació de mort és expressada per alguns pacients com el fet d'haver vist passar la seva vida pel davant:

... Però si en el moment en què em van dir... es va passar la meva vida, buuffff!!, per davant, amb::: amb un moment, no? Sí, però llavors com que ja, em va dir el doctor, doncs tranquil·la, que ara posarem això, i tal! P\_007 (13:7)

Alguns pacients expliquen aquesta sensació de mort en un primer moment i ho expressen d'aquesta manera, però d'altres, en canvi, manifesten que no van tenir-la en el moment agut, tot i que expliquen que hi han pensat molt:

Tio, que t'estàs morint! P\_008 (47:171)

Clar! El::: o sigui, des del moment en què et diuen que et trobes malament, que tens la sensació de que t'has de morir, o sigui (.hhh), vull dir... tens... quan tens un infart, és la sensació de **MM**, m'estic... (.hhh) (*Donant a entendre sensació de mort*) P\_008 (76:7)

IP: Tenies sensació de mort?

P\_009: Sí, sí. Bé... Hi va haver-hi una estona, quan vaig perdre el coneixement... mm::: que em van despertar, que::: vaig tenir la sensació o::: Em diuen que no ho expliqui, alguns! De que estava flotant, de que no tenia cap pes, que estava... em sentia molt bé, em vaig sentir molt bé, que estava alleugerint de::: de tot els... de molt de pes, i que no tenia cap obligació de res, i que estava::: flotant! [Ajá] Tenia aquesta sensació. Llavors, quan em vaig despertar, em va costar, i allò que dius::: **MM**, on estàs (.) I allò que alguns que::: que diuen, perquè ella no s'ho creia, no s'ho creia, però això em va fer... va fer... em va fer re-capacitar, dius **MM**! Perquè vaig tenir la sensació de llibertat i d'alliberament de::: Així que dius **MM**, val? I en aquest aspecte sí m'ha fet reflexionar, bé, entre cometes, per això, val? P\_009 (91:104)

Jo no vaig tenir sensació de què m'havia de morir, però que hi he pensat, molt!  
P\_010 (23:51)

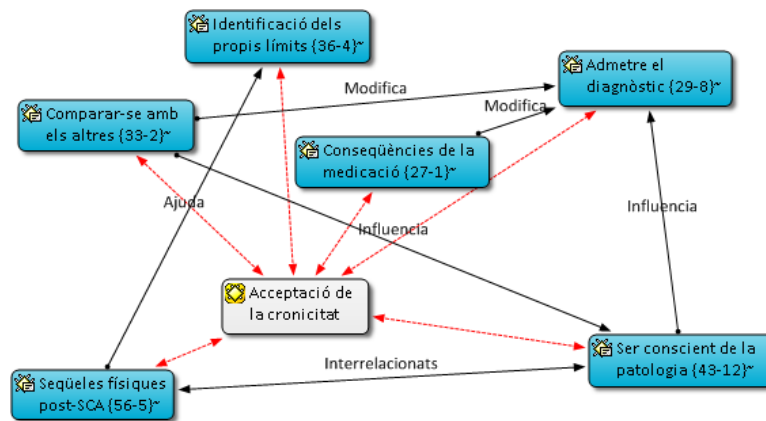
Aquesta percepció de mort que tenen les persones permet que s'adonin de la gravetat de la situació i es plantegin en un temps pròxim un desenllaç fatídic.

### 5.2.2. L'ACCEPTACIÓ DE LA CRONICITAT

En aquesta categoria es treballa com el pacient accepta la seva situació de patologia per tota la vida. Es considera que la MCV és una malaltia crònica, i l'acceptació d'aquesta condició pot ajudar a seguir endavant amb la seva vida.

Dins aquest apartat s'identifiquen totes aquelles situacions en què el pacient s'adona de la malaltia i l'accepta. Es valoren des de les *seqüeles físiques post-SCA* fins al fet de *ser conscient de la patologia*, la *identificació dels propis límits*, el fet de *comparar-se amb els altres*, *admetre el diagnòstic* i les *conseqüències de la medicació*.

El gràfic següent mostra les relacions del codi d'aquesta categoria.



Gràfic 6. Mapa de relacions de la categoria «L'acceptació de la cronicitat».

### 5.2.2.1. Seqüeles físiques post-SCA

Es considera que les seqüeles físiques que la SCA ha provocat poden fer que els pacients acceptin la patologia i la seva cronicitat. Aquestes seqüeles són variades i diferents en funció de cadascun dels pacients i moltes es van repetint al llarg del temps. En algunes ocasions condicionen la vida posterior a la SCA.

Els pacients es pregunten com estan i volen conèixer quina afectació presenten, encara que algunes vegades no obtenen prou informació:

Yo he preguntado, oye ¿cómo me ha quedado el corazón? ¿Qué parte tengo afectada, qué proporción...? ¡Nadie me dice nada! P\_005 (197:23)

Una de les conseqüències físiques que els pacients identifiquen és el fet d'ofegar-se o la sensació de falta d'aire. Aquest ofec els limita molt les accions que poden fer o que estaven fent, i fins i tot els pot arribar a provocar una sensació d'ansietat:

¡Me quedo sin aire! ¡Que me quedo sin aliento, que no puedo! P\_002 (55:47)

Me noto yo que me da más ansiedad. Me da ahogo. P\_002 (83:11)

Amb la recuperació que vaig fer aquí, bé, 123-126,<sup>31</sup> ja anava bé, no m'ofegava! Però bé, m'ofego!! [Ajá] M'ofego i ara fa dies, o sigui, que no faig res! P\_001 (173:135)

<sup>31</sup> Fa referència als batecs per minut.

Perquè des de què em van operar jo m'ofego, vull dir, a mi hi ha moments que em quedo sense respiració (hhh). La veritat és que m'han fet proves i no saben de què... Perquè tot està correcte i tot està bé. P\_003 (75:7)

¡Empecé a notar que me faltaba el aire! Me ahogaba. Me salí a la terraza, porque cogía aire y cada vez, y luego se me encharcaron los pulmones. OnP\_002 (19:47)

Alguns expliquen que han deixat de fer l'esforç que estaven fent, i fins i tot en alguna ocasió expressen que no poden continuar treballant:

Sí que noto, quan faig un esforç, **MM!** Que m'ofego, no?? [Ajá] Això sí! Però si no, normalment estic bé i no, no, no::: P\_001 (46:139)

No puedo trabajar, no puedo... no puedo hacer nada, eh::: Vas a la piscina y::: [Sí, sí] mucho ojo. P\_002 (179:144)

Altres persones consideren que no poden fer els mínims esforços, per la qual cosa busquen alternatives per poder anar als llocs on anaven fins aleshores:

Sobre todo si vamos andando por subida, yo ya las evito, en plano puedo andar bastante, pero cuando cojo una subidita... [Ajá] Llego aquí arriba... ¡que ya voy con la lengua fuera! P\_002 (57:63)

Adonar-se de les limitacions que els ha generat la SCA fa que algunes persones manifestin que no han pogut tornar a conduir amb la normalitat amb què ho feien abans:

Con la ansiedad que me da conduciendo, cuando salí del infarto. P\_002 (167:75)

La propera vegada ja no agafaré el cotxe. No! Perquè em canso! Em canso moltíssim! (.) És... I no, i no ho entenc! P\_004 (91:7)

També s'adonen que no poden seguir el mateix ritme de vida que duien:

Ara ja no puc ni sortir amb els joves, perquè no els puc seguir. P\_003 (132:51)

Una altra seqüela que manifesten els pacients és el cansament. Alguns expliquen que malgrat trobar-se bé es cansen, i d'altres expliquen que no s'acaben de trobar del tot bé. Fins i tot pensen que alguna cosa no acaba d'anar prou bé:

Bé, jo he de dir això, que estic molt, molt cansat! P\_004 (53:3)

Jo em trobo bé! Em canso! Però jo em trobo bé! P\_003 (10:51)

I jo em trobo bé! Sí! Jo em trobo bé, a veure, i que si em canso m'assento i ja està!  
I no hi ha més!! [Ajá] I::: Però::: no! Em trobo bé! Sí! P\_006 (40:147)

¡Yo no lo sé! Yo sé que m::: Encontrarme ¡yo no me encuentro bien! [Ajá] Yo... ¡me  
canso mucho! P\_002 (58:83)

Em sembla que no, bé, hi ha coses que no han d'anar gaire bé, perquè em canso  
moltíssim. P\_004 (179:4)

Aquest cansament que expressen aquestes persones durant la realització d'algunes activitats  
fa que s'adonin de la patologia que tenen i percebin les restriccions que els comporta:

No podía. La bicicleta me la ponía al 0. ¿Al 0, eh? [Sí, sí, sí] ¡Y estaba 20-25' o 30  
como mucho! ((*Bufa, assenyalant esgotament*)) Acababa reventado [Ya, ya, ya], si  
lo ponía al 1 no podía. Y el 1 no veas, que no es nada. P\_002 (35:132)

O sigui, per exemple jo, avui, e::: doncs cap allà les 11-12 h ja estava tan cansat que  
me n'he hagut d'anar a dormir, a fer la migdiada. Sí, sí, fer la migdiada abans de  
dinar. Els altres dies la faig abans i després. P\_004 (67:3)

Fins i tot perceben que la gent del seu entorn eviten fer activitats amb ells, o bé que no poden  
fer l'activitat física que sempre havien fet:

Ven que cuando salimos<sup>32</sup> me canso y esto, y no quieren hacer, lo evitan, evitan de  
decir vamos a tal sitio. P\_002 (168:79)

Quan em començo a trotar i trotar, i em canso de seguida... P\_004 (113:47)

En algunes ocasions una altra seqüela que noten és una sensació d'opressió al pit que els re-  
corda la situació que van tenir durant el moment agut de la SCA. Aquest fet permet que s'ado-  
nin de la situació i que no oblidin la SCA, i fins i tot els permet controlar els nervis que puguin  
presentar en aquell moment determinat:

---

<sup>32</sup> En aquest cas, el pacient estava explicant com el seu entorn evitava sortir amb ell perquè es cansava. El pa-  
cient explica que percep que no volen sortir ni fer activitats amb ell.



Sí que noto pressió al pit a vegades, quan estic estressat. P\_001 (147:139)

Ara no tant, però al principi més, unes punxades, punxades que mai havia tingut!  
P\_009 (26:30)

Sí que a vegades tinc un dolor! P\_001 (37:23)

Lo que me noto a veces es dolor aquí. ((*S'assenyala el pit*)) OnP\_003 (18:23)

A vegades de::: de cop i volta sentia aquella cosa aquí, aquella cosa aquí, aquella opressió aquí, i clar, si estàs aquí ho has de dir! P\_010 (74:91)

No et posis nerviós, perquè::: m'hi havia trobat alguna que si em posava nerviós em fotia una punxada! [Ajá] Fins i tot, prendre'm una pastilla de::: [Cafinitrina?] cafinitrina! P\_008 (84:79)

Adonar-se que no podien fer res ni tenien prou capacitat ocasiona que es trobin fluixos i sense ganes de continuar. Els pacients expliquen que aquesta feblesa és passatgera i que només va estar present en els primers mesos. Després manifesten que es troben cada cop millor:

No em veia capaç d'agafar una olla, no una olla, res, posar... És que no tenia força per fer això! (.) Després ja::: ja vas recuperant, però costa! P\_010 (49:31)

Però és clar, és que no, no, és que era, no, és que no::: no poder fer res, és que no podia fer res! ((*Senyor: no podía hacer nada*)) És que no podia anar d'aquí allà perquè ja... ja em sentia malament, però... Fluixa, que tot, que sembla que tot et marxi! P\_010 (12:19)

I::: la primera i segona setmana, la primera sobretot, anava a comprar i::: clar, anar jo sola evidentment no! No conduïa i així! Però un paquet de Font Vella no podia! [Ajá] I menys amb el braç dret, o sigui impossible! P\_006 (56:11)

Els primers dies, com et deia, perquè no tenia força, gens ni mica! I::: bé, gens ni mica! Sí és que, buf!! Era... No, no! És una sensació estranya, eh? Què dius, però si us plau, si només m'han posat un... una coseta de no res! I tal! Bé, no ho sé, suposo que també eren les medicacions... P\_006 (24:35)

La situació en què es troben els pacients després de presentar la SCA sovint els genera preocupació, ja que els limita en les seves activitats habituals:

Però lo d'estar a l'ordinador a Internet i adormir-me... això és superpreocupant per mi! P\_004 (170:209)

Una altra sensació que manifesten els pacients és la de mareig:

El que passa que a vegades tens sensació de mareig, a vegades! [¡Mirar la presión! ¡Usted tiene aparato, o en la farmacia!] Jo a vegades me dona la sensació que estic marejat, però me dona... [¡Podria mirar-se la presión!] OnP\_002 (23:57)

Dolor no n'he tingut més!! Em puc ofegar, puc tenir mareig. P\_003 (58:31)

En algun cas particular poden presentar seqüeles més greus, com per exemple una síncope vagal<sup>33</sup> durant la realització d'una prova d'esforç controlada, o bé algun tipus d'hemorràgia:

Que de esto después te puedo decir yo que tuvimos un, cómo es, una bajada de tensión ((*Senyora: un síncope vasovagal*)) Un síncope basal, tuve uno, cuando fui a hacer la prueba de esfuerzo. [Ajá] Yo para mí siempre he pensado que había comido poco y me vino un poco de mareo, bueno, fue un mareo que cuando me tomaron la tensión estaba a nueve, a ocho, a ocho y algo. Y yo me lo tomaron al otro brazo y... a la Candelera se le ocurrió, que es la enfermera. Y yo me noté un poco de mareo y me senté. Y entró ella y me dijo ¿qué te pasa? Digo ¡me mareo! Dice ¡no! ¡no! Siéntate en la camilla. ¡Pom! ¡Ya no me acuerdo de nada! Me acuerdo que me desperté, y digo qué pasa, he soñado que me he dormido... Dice ¿dormido? ¡El susto que me has dado! Y me dijo, te has hecho un poco de pis y bueno, notaba una poco de humedad abajo y eso... ¡Jolines, un poco! ((*Referint-se al fet que anava molt moll*)) P\_005 (189:15)

I entre... I amb aquestes, al desembre, un més després d'haver tingut l'atac, vaig tenir una hemorràgia interna, es veu que va ser una rectorràgia, ho van atribuir a unes morenes. P\_004 (4:3)

S'han vist, doncs, diferents seqüeles físiques que la SCA ha provocat en aquests pacients, i com el fet de presentar-les fa que modifiquin la seva percepció de salut i acceptin el seu nou estat i la cronicitat que comporta aquesta patologia.

---

<sup>33</sup> És com un mareig amb pèrdua de consciència, acompanyat sovint d'una baixada de la tensió arterial.

### 5.2.2.2. Ser conscient de la patologia

El fet de ser conscient de la patologia que presenten modifica les accions d'aquestes persones i l'acceptació de la cronicitat. Cada persona pren consciència a la seva manera; alguna, fins i tot, malgrat que faci un quant temps que hagi tingut la SCA, manifesta que encara no n'és conscient del tot.

Prendre consciència de la patologia que tenen ajuda aquestes persones a afrontar la nova situació de vida, tot i que en algunes situacions el pacient necessita tenir símptomes per tal de modificar els seus hàbits i adonar-se que poden succeir fets molt pitjors, com podria ser la mort. Es veu com alguns dels pacients manifesten que no són conscients en algunes circumstàncies i que se n'obliden:

Però res més, no, sí / m'ofego / a vegades jo (xtxt), o sigui, no::: no aprecio la malaltia que he tingut. [Ajá] No sóc conscient a vegades, i quan faig algun esforç... **MM** (...) Mmm! Compte, que si no... No sóc conscient realment! P\_001 (5:7)

Crec que sí! Bé, sí! [Això que mira amunt què significa?] Va, 85-90%, deixem-ho aquí! [Per què?] No el 100%, bé, perquè suposo que hi ha aquella petita part de mi que... que de tant en tant se n'oblida, no? [Ajá] I menys mal que llavors ve la Mariona,<sup>34</sup> centrada, i diu eh! [Ve la teva consciència...] Sí! Sí! El meu pepito grillo que diu... [Ajá] fes el favor! Però bé, a part d'això sí! Força bé! P\_006 (92:111)

Me n'oblido fins al moment que dius ((*Agafa aire*)) et falta aire per respirar!!! Compte!!! P\_003 (70:163)

El pas del temps fa que alguns pacients oblidin que han tingut una SCA, perquè noten que cada vegada es troben millor, tot i que de tant en tant tenen algun avís:

I quan comences a trobar-te una mica bé, ja no hi pensava que havia tingut un infart tampoc, i::: alguna pista m'havia donat, fins i tot amb una garrafa de vuit litres d'aigua que vas a comprar i::: ostres! Tampoc! Després penses::: P\_008 (30:87)

Alguns d'ells fins i tot creuen que no han patit gaire i que no els ha afectat prou. El fet de veure que la seva situació s'ha pogut resoldre sense tenir cap cicatriu al cos pot generar una manca de consciència davant la patologia que presenten:

---

<sup>34</sup> Nom fictici per mantenir l'anonimat de l'entrevistat.

Aquesta malaltia, ehh:::! jo no l'he patit tant com::: com els metges em diuen, no?? P\_001 (53:155)

Realment ha passat, però sí que realment sí que m'ha afectat, o sigui no et dono... no sóc conscient del que m'afecta, però sí que m'afecta, evidentment, no? (.) O sigui, no ha passat, com que no he patit suficient, m'han posat un stent, no he patit suficient... P\_001 (21:107)

Pero en teoría, como no tengo ninguna raja, que me lo pusieron por aquí el stent. ((*Assenyalant-se la radial*)) OnP\_003 (19:23)

Fins i tot acaben adonant-se de la importància del cor en la seva pròpia salut:

Sí, sí, entenc! O sigui, entenc de que és molt important el cor! De que no és / braç /, és que és més important el cor! És que el cor peta i s'ha acabat! Aquí no hi ha tu tia!! No?? Pots tenir un càncer molt dolent, durar un any, dos ((*Assenyala amb la mà picant a la taula*)), però veus el procediment! Però el cor és que no ho veus! I encara::: ja ho vaig veient, però encara no sóc conscient del tot!! Ehh?? P\_001 (30:159)

No totes les persones prenen consciència en el mateix moment. Alguns pacients expliquen que el primer dia és quan en són més conscients, i prioritzen la seva vida davant de tot:

Clar, a la primeria ets molt conscient i dius: home, primer ets tu i la teva vida, i de vida només hi ha una! P\_008 (22:51)

Però alguns necessiten que passi algun temps des del dia del debut de la SCA per tal d'adonar-se de la realitat de la seva patologia. Els primers dies manifesten que estaven una mica «atontats» i que prenen consciència amb el pas del temps:

I quan vaig reaccionar va ser potser, e::: els dies següents, no? Perquè jo, mentre era a la UCI i::: fins que em van portar aquí ((*Referint-se a l'hospital de Sant Joan de Déu de Manresa*)) jo estava bastant atontat, no? P\_004 (50:3)

Però... no va ser un xoc en el moment (.) Potser he pres més consciència després de molts dies. [Ajá] Quan ja portes tres cateterismes fets i quatre stents a dintre, després això et fa rumiar més que no pas el fet de l'infart en si. P\_008 (4:7)

S'observen altres persones que, amb el simple fet de trobar-se a la sala d'hemodinàmica,<sup>35</sup> ja comencen a adonar-se que la situació que estan vivint és una situació greu:

Y en aquel momento, cuando estás allí, que te están mirando con una máquina, que te ponen allí aquello que... es cuando piensas, **MM**, pero si estoy, estoy jodido, pero tampoco, yo no pensé mucho en esto. Estaba más preocupado por ellos que no... ¡por lo que yo tenía! P\_005 (6:3)

Jo realment també t'he de dir que no vaig ser conscient de la gravetat fins que em vaig veure a Sant Pau ficada a quiròfan, i que el metge em deia 90% d'artèria coronària taponat. [Ajá] Llavors vaig pensar... val! P\_006 (1:3)

Valorar el que succeeix en el seu entorn durant la situació aguda els ajuda a detectar la gravetat del que els està passant i començar a prendre'n consciència:

Però bé, jo veia que estava amb un lloc on la gent estava bastant malament. N'era plenament conscient. P\_004 (63:3)

Yo diría que no me afectó entonces. [En ese momento no le afectó] ¡No! No me afectó para nada. Me empezó a afectar cuando me trasladaron al Vall d'Hebron [Ajá], que allí me pilló, supongo que era un cardiólogo, y me dijo tienes un infarto, digo sí, me lo han dicho en Manresa, dice te voy a poner... P\_005 (5:3)

La urbana el vaig veure molt nerviós! Dic **MM**! Llavors::: en aquells moments vaig intuir que::: [Alguna cosa havia passat] alguna cosa havia passat, greu, i llavors va arribar el SEM, val? P\_009 (3:5)

Algunes persones expliquen que després de sortir de l'hospital ja sabien el que tenien, per la qual cosa eren conscients d'allò que podien fer i allò que no:

Perquè quan vaig sortir de l'hospital::: sabia el que hi havia, i quan saps el que hi ha... vull dir, ja saps el que pots fer i el que no pots, i si et passes una mica, saps que et passes, vull dir, que no::: P\_008 (71:275)

---

<sup>35</sup> Sala on es porten a terme els cateterismes cardíacs per tal de poder visionar i tractar la lesió coronària que causa la SCA.

En aquest procés de presa de consciència, la família és una ajuda important. Els pacients revelen que la família dóna suport en aquesta etapa de la vida i els ajuda a fer els canvis necessaris per tal de continuar endavant:

Después, cuando ellos<sup>36</sup> me han ido explicando cosas, ostras, te das cuenta, pues igual sí que era grave, y cuando he ido hablando con compañeros que hacemos la recuperación, en las charlas, **MM**... ¡Si esto es más grave de lo que parece! [Ajá, ¿ha ido usted tomado consciencia?] Sí, ¡sí! Pero más a través de ellos ((*Referint-se a la família*)) que no mía... porque yo... si te digo cuando me dio el infarto, yo me sentía muy bien, muy bien, anímicamente y físicamente me sentí muy bien. Por eso te digo que no fui consciente de lo que tenía. P\_005 (12:7)

En ocasions, s'aprecia com el fet de tenir fills petits pot modificar les conductes de canvi que aquestes persones fan després de presentar una SCA, ajudant a comprendre la importància de la patologia que tenen i l'adopció dels canvis necessaris:

Suposo que vas mentalitzat de que has tingut un avís [Ajá] i::: penso que encara tinc tres fills i::: són petits encara i::: i crec que::: no puc fer una mala jugada pels meus fills i la meva dona, i que com a mínim tinc que aguantar molts anys [Ajá] per... poder-los veure i::: i podríem dir que això val la pena, no? P\_009 (41:89)

A vegades reconeixen que la família ha estat conscient de la gravetat de la situació abans que el malalt mateix:

Porque es lo que te dice ella, yo no era consciente de lo que tenía. No, no has tenido nunca un infarto, ¡no sabes lo que es! Igual tú o el que no lo ha tenido, igual piensas **MM**, cuando me dé un infarto me vendrá... ((*Fa el gest d'ofegar-se i agafar-se el pit*)) [Ajá] ¡Y no! Al menos yo, ¡eh! No fue eso, solamente un dolor muy intenso, muy intenso, y una vez que te lo quitan (.) es que no tienes nada. ¡Para mí! [Ajá] ¡Para mí no tenía nada! Pero claro, sí que tenía, evidentemente, pero claro, en ese momento no... no eres con... Al menos yo, ¡eh! No era consciente de que había gravedad en lo que tenía. P\_005 (11:7)

O sigui, quan jo no hi era no n'era conscient, suposo que ell<sup>37</sup> sí, i a part, o sigui, ell no vol que faci tantes coses i que d'allò, no??! P\_006 (104:139)

---

<sup>36</sup> Es refereix a la família del pacient.

<sup>37</sup> Aquest *ell* fa referència al marit de la participant.

O sigui, eren més conscients ells de la meua situació a prop de la mort en aquell moment [Ajá] fins i tot que jo mateix! P\_008 (53:195)

Viure tot aquest procés de malaltia fa que els pacients es plantegin per primera vegada la importància i les repercussions que pot tenir una patologia cardíaca:

Informació. [Saber] Clar::: perquè tu estàs una mica, és clar, després de l'espant... [Ajá] Perquè la veritat és::: Fins aquell moment no... En aquell moment en què m'ha passat això... no li donava o no li havia donat tanta importància com... P\_009 (31:50)

Sí, sí, entenc! O sigui, entenc de que és molt important el cor! De que no és / braç /, és que és més important el cor! És que el cor peta i s'ha acabat! Aquí no hi ha tu tia!! No?? Pots tenir un càncer molt dolent, durar un any, dos ((*Assenyala amb la mà picant a la taula*)), però veus el procediment! Però el cor és que no ho veus! I encara::: ja ho vaig veient, però encara no sóc conscient del tot!! Eehh?? P\_001 (30:159)

Dins d'aquesta presa de consciència els pacients també valoren que és un requisit necessari per tal de complir amb les recomanacions alimentàries, encara que en algunes ocasions no sigui una tasca fàcil:

I per molt bé que ho vulguis fer... dinant fora és molt difícil fer-ho bé, del 100%, no?! Ja mires de compensar-ho al vespre::: ja mires de::: de compensar-ho cada setmana, però és clar, tu dines fora cada dia i ets conscient de que::: bé... de que::: fas verdura i cada dia i tall a la planxa, però dinant fora això tampoc ho fas cada dia, ja t'ho dic, et relaxes també! P\_008 (7:11)

S'observa com el fet de ser conscient o no de presentar la patologia modifica com el pacient s'adapta a la situació de vida que té en aquell moment. Per ajudar a entendre aquesta presa de consciència cal identificar en quina situació es troba el pacient per tal de poder comprendre'n millor les necessitats.

### 5.2.2.3. Identificació dels propis límits

Les persones coneixen força bé el seu cos i perceben fins on poden arribar després de presentar la SCA. Els límits de cada persona varien i són particulars de cadascuna d'elles, però les matèries solen ser similars. Aquestes limitacions que el mateix pacient identifica permeten veure l'acceptació de la situació de cronicitat de cada persona.

En alguns casos, una situació estressant pot fer oblidar la patologia cardíaca, fins al punt de no adonar-se que això els pot perjudicar. És posteriorment quan els pacients reconeixen que aquesta situació no és adequada per a ells i la seva patologia, i identifiquen que no han de continuar fent-ho:

Bé, doncs està allí, però sí que a vegades, quan m'enfado, dic **MM**, compte que no, que::: compte que no::: que no puc fer això! Què m'estic cansant::: M'estic estressant::: Que paro, no, em fa mal... [Vostè reconeix els seus límits?] Sí, sí, sí, sí, sí, vull dir de moment no, però després me'n dono compte de què és::: és que no puc! No puc! [Ajá, ajá] No puc! No puc! P\_001 (122:107)

Un esforç que pot ser considerat mínim per a ells els fa reconèixer fins on poden arribar, tot i que en alguna ocasió això generi sentiments de ràbia i frustració:

Yo en casa lo he probado alguna vez poniendo al 1 la mía. ((*Pica a la taula en senyal de resignació*)) ¡No puedo! ((*Pica a la taula*)) Se me dispara el corazón. P\_002 (180:132)

A vegades és el mateix cos el que el para de cop, i és en aquell moment quan s'adonen de fins on poden arribar:

Cuando llega un límite, yo voy bien, y de golpe y porrazo ¡frut! ((*Gesticula amb les mans com si una cosa caigués*)), me pega el bajón. P\_002 (107:63)

Les relacions familiars en algun moment puntual poden condicionar els fets, provocant que la persona visqui situacions poc agradables que facin que arribi al límit de la seva tolerància a l'estrès:

Hace poco tuve una, como una discusión con un hermano mío. [Ajá] Cuando sabe que yo no puedo alterarme nada, y::: en vez de decir paramos (.) seguía, y seguía, y claro, llega un momento que me levanté y dije por ahí no, no porque me acelero ¡y me voy! P\_002 (101:55)

En altres situacions familiars s'observa com la persona és conscient de fins on pot arribar i evita condicionar la família amb la seva situació de vida particular i amb les seves pròpies limitacions:

Ara ja no puc ni sortir amb els joves perquè no els puc seguir. Bé, tampoc tens l'edat per sortir amb els joves. Però bé. ((*Ric*)) Si no, jo quan el meu fill em diu allà,



a Badajoz, «Mama, anem!», no, aneu!, perquè jo no us puc seguir!! Porteu un ritme amb el nen, que ell vol córrer i el freno, no!!! Jo em quedo a casa i si tinc ganes de sortir, ja surto jo. Però anar amb els joves, no!! P\_003 (101:51)

Alguns pacients intenten buscar fins on poden arribar per tal de no deixar passar els moments familiars, que per a ells són agradables i satisfactoris, però evidentment sabent el que seria recomanable fer:

Ja saps, que no les pots fer! Jo no puc anar al Dragon Khan amb els meus fills... Clar, això, potser psicològicament t'afecta molt més, no? [Ajá] Córrer amb ells, jugar a pilota amb ells, i això doncs sí, això la veritat no::: P\_008 (17:19)

Però no són només els moments familiars, sinó també l'entorn social el que fa que el pacient s'adoni de fins on pot arribar, ja que pren consciència que comença a presentar seqüeles físiques:

¡Sí! Me da rabia, sí. Porque claro, cada uno sabe lo que tiene. Y cuando yo sé lo que tengo, y cuando veo otros que va, venga, que sí puedes, venga, vamos para allí (:::) pues digo, si no ves que no, no::: ¡Me quedo sin aire! ¡Que me quedo sin aliento, que no puedo! ¡Va, hombre, no pasa nada, venga, vamos a ir...! P\_002 (9:47)

Sovint, els pacients expliquen que fan accions que podrien intuir que són massa esforç per a ells, però és després quan identifiquen que no podien fer-les, ja que presenten signes físics de malestar, indicis que la patologia cardíaca està present i que pot ocasionar dificultats:

Bé, el dia que vaig agafar molt pes a Badajoz em vaig marejar, em vaig posar una pastilla sota la llengua, vaig pensar, a veure?! Perquè avui t'has passat!! I sí, sí, se'm va calmar el mareig i tot!! I vaig dir, veus com és això?? Que has portat el que no havies de portar... P\_003 (76:31)

No obstant això, altres pacients valoren prèviament la situació i es plantegen els riscos que poden sorgir pel fet de fer accions que no saben fins a quin punt poden dur o no a terme. Ho recorden com la primera prova que van fer al seu «nou cor»:

I la primera prova que vaig fer-li al meu cor va ser quan va néixer la meva néta, doncs els ascensors de la clínica van com van, no? De vegades? I estàvem amb la seva cunyada a baix i feia estona que... Diu va, doncs anem per l'escala! Dic bé, anem per l'escala, provem-ho! Feia un mes, just un mes! Perquè em va passar... bé, de què m'havien posat l'stent no, perquè la nena va néixer el 4 i això devia ser

el 5 o 6 d'octubre! I vam pujar l'escala de la clínica des de baix, l'escala vella, des de baix fins al tercer pis i cap problema! Vaig arribar a dalt més contenta! Dic: ui, que bé! P\_006 (52:11)

En altres ocasions fan allò que creuen que han de fer i que els fa sentir bé, sense tenir en compte les opinions de la resta del seu entorn:

Que he escombrat, però com que després ja no m'he vist amb cor de passar la baieta, ja la passaré un altre dia, i al que no li agradi que vingui i m'ho faci. P\_003 (95:35)

Però clar, és que si camino més de lo que jo puc, tampoc... també em trobo que llavors em trobo malament, vull dir... que jo faig el que jo considero que puc fer! P\_003 (125:19)

Per les tardes, sí, estic a casa, doncs des de fer les feines de casa, rentar plats, o::: Amb tranquil·litat... [Ajá] Doncs ho puc fer i no tinc cap tipus de por! P\_007 (18:7)

I llavors vaig anar a Terrassa, a inspecció!, i vaig presentar... Estava treballant ja aquestes dues hores! [Ajá] I resulta que la inspectora em va començar a renyar, perquè deia: «Com véns a demanar que et doni... si estàs treballant!». Dic sí!, estic treballant, perquè clar, ells van mirar l'ordenador i van veure, si estàs actiu! [Sí!] Dic sí, vaig un parell d'hores, faig el 25% del temps, m'entretinc, vaig allà, no m'exigeixen! Vaig a un encàrrec... e::: [¡Ajá! Faig una mica el que jo crec que puc fer!] Exacte! I llavors això m'ajuda a mi mentalment! P\_007 (95:175)

S'observa com els mateixos pacients veuen que no poden fer algunes accions que anteriorment duien a terme. De vegades expliquen la sensació de no atrevir-se a fer-ho:

Me ha limitado. Estoy más limitado ahora, antes podía andar más y eso. P\_002 (173:67)

Si piensas un poco::: en todo, pues ves que hay cosas que antes hacías y ahora posiblemente no podría hacerlas, ¡no lo he probado! ¡Pero creo que no podría posiblemente! P\_005 (14:15)

Perquè a més a més també feia curses d'aquestes de 10-12 km de muntanya, que encara acabava enfonsat totalment! Però clar, ara no m'atreveixo! P\_004 (149:115)

Manifesten que també volen saber com estan i conèixer fins on poden arribar, encara que expliquen que no saben si ho podran fer. A vegades fins i tot tenen dubtes de si podran fer-ho:

Porque a veces salimos a andar, a mí xxx estaba constipado, y salíamos a andar y claro, yo me quería probar a mí también, porque si no me pruebo ¡no sé cómo estoy! P\_005 (131:35)

Y mirar a ver, hasta dónde yo puedo llegar a hacer. P\_002 (124:83)

Que no podré pujar les escales perquè...! És que llavors ja arriba un punt en què et fa por tot! Penses, a veure si et... fins a on podràs arribar! P\_010 (20:39)

¡Pero creo que no podría posiblemente! P\_005 (19:15)

Tot i que hi ha pacients que tenen una perspectiva contrària i expliquen les circumstàncies que tenen i fins on poden arribar, també s'observa com amb el pas del temps els pacients ja saben el seu límit:

Vull dir, ja saps el que pots fer i el que no pots, i si et passes una mica, saps que et passes, vull dir que no::: vull dir, tenia paletes a casa i encara els hi vaig donar un cop de mà, sense passar-me, però per poc que em passés ja sabia que no em podia fer allò que dius::: P\_008 (101:275)

[Usted ya conoce un poco sus límites] Sí, sí. [¿No? ¿Con esto? Ya... con el tiempo ha ido reconociendo, pues, hasta dónde puede llegar y hasta dónde no] Ajá, y sobre todo si vamos andando por subida; yo ya las evito, en plano puedo andar bastante, pero cuando cojo una subidita... P\_002 (109:63)

En ocasions també valoren la feina que poden arribar a fer:

Això està bé, que pugui treballar una miqueta, però que no siguin vuit hores! Perquè vuit hores sí sé que no les aguanto. [Ajá] Però, e::: un parell d'hores, i tres! Així podré donar un volt! P\_004 (94:171)

Un altre punt d'influència en la identificació dels propis límits són els professionals sanitaris, ja que són els que assessoren i donen consells de salut a aquestes persones. Però sovint són també els que posen els límits de fins on arribar. En ocasions els pacients es qüestionen aquests límits que els han proposat, perquè creuen que poden fer més del que els estan recomanant:

Porque yo a veces, cuando hacemos la recuperación, yo fuerzo la bicicleta, me dice ¡a 23! Yo si puedo la pongo ¡a 26 o 27! A más, una bicicleta que es dura, es la peor que hay, pero bueno ¡a mí ya me está bien! Y... cuando nos van tomando pulsaciones y todo, digo ¿cuánto? Dice ahora 18, ¡afloja! ¡O sea, 18 de máxima de tensión! ¡Pulsaciones igual a 140! Pero bueno... ¡yo creo que podría apretar más todavía! ¡O sea, yo me veo que puedo apretar más! P\_005 (159:79)

Algunes de les proves complementàries del procés de seguiment, com ara la prova d'esforç que fan abans d'iniciar els exercicis físics, també permeten a les persones saber on són els seus límits:

Que no sé... fins que no em facin la prova d'esforç... [Exacte] que no sé fins a quin punt puc arribar! OnP\_003 (34:53)

Conèixer les limitacions que les diferents persones expliquen i manifesten ajuda a comprendre l'acceptació que tenen de la seva patologia.

#### 5.2.2.4. Comparar-se amb els altres

En el context on s'ha realitzat l'estudi, els pacients fan sessions d'exercici físic supervisat, en què en ocasions coincideixen amb altres persones que han tingut la mateixa patologia, cosa que ha afavorit propiciar diàlegs entre ells i poder parlar i comparar les seves situacions. Les relacions entre iguals formen part del complex de la recuperació després de presentar un esdeveniment cardiovascular.

S'observa que algunes vegades es comparen amb altres persones amb la mateixa patologia i que això en ocasions els ha fet prendre consciència de la patologia que tenen i de la seva gravetat en determinades circumstàncies:

¡ que ara m'he informat i::: i he conegut molts casos, no? [D'infarts estem parlant, eh?] Infarts, he conegut molts casos d'infarts, i n'hi ha que se n'han sortit bé i n'hi ha que s'han quedat, no? ¡ llavors, **MM**, no, és que... (.) que vas estar allà, no? ¡ clar... P\_009 (75:50)

Después, cuando ellos me han ido explicando cosas, ostras, te das cuenta, pues igual sí que era grave, y cuando he ido hablando con compañeros que hacemos la recuperación, en las charlas, **MM**... P\_005 (85:7)

Altres pacients s'adonen de la major gravetat i afectació de la seva patologia respecte a altres persones perquè no han pogut reincorporar-se al seu entorn laboral:

Yo me sentía, de que... ¡de que yo estaba peor que ellos! (...) Porque ellos, tal y como me lo explicaban, a mí me ha pasado esto, me ha pasado lo otro, los ves ahí (.) que están más sanos que::: ¿me entiendes? Yo. [Sí, sí, sí ¡Usted tenía esta perspectiva!] Sí, sí, bueno, y en verdad la tengo y es así, porque en verdad ellos están trabajando y yo estoy que no puedo [Ajá], pero mi::: si ya a simple vista, verlos y digo ¡pero si estos están más sanos aquí que el...! P\_002 (25:136)

Aquesta comparació amb altres malalts també els fa veure que, malgrat que tinguin la mateixa patologia, cada persona té un ritme de recuperació diferent:

Que cadascú té la seva!! Sí, sí! Tu pensa que un empleat d'una empresa client meva, l'any passat, e::: m'assabento que ha tingut un infart! **MM**! Un infart! Ostones, com està? No, no, ja està fora de perill! I al cap de quinze dies el veig a la feina, òndia tu! Jo pensava que l'infart era una cosa.... No! I llavors em va venir a mi i jo ja porto set mesos, eh? Potser sí que és lo mateix, però... P\_004 (168:195)

En altres ocasions, el pacient es planteja que potser la SCA que ha tingut ell li ha afectat àrees diferents que als altres, i que això origina major gravetat i impacte que en ells; fins i tot arriben a deduir que hi deu haver diferents graus d'afectació:

La parte que me ha tocado a mí, a lo mejor era peor y ellos tenían más tocado el corazón, pero la parte que le ha tocado es menos perjudicial que la mía, no lo sé. P\_002 (136:136)

Clar, ja he anat coneixent d'altres persones [Exacte] que han estat amb rehabilitació amb mi, ahir en vaig... en vaig trobar un pel carrer... No fa pas gaires dies un altre... Però clar, són gent que::: només els coneixes de què lo::: [Lo mateix] lo mateix que tu, no? Però t'adones de què hi ha diferents graus... ((*Referint-se a la severitat dels casos*)) Però::: en un grau pitjor que jo només n'he trobat un... que és un senyor de Sallent que el van haver d'anar a buscar amb helicòpter, que aquell sí que ho va tenir... Es veu que va... li va anar de molt, molt poc! P\_004 (39:3)

En algun moment que senties que els altres portaven un cateterisme i tot això, bua! Tu pensaves, jo en porto tres i porto quatre stents a dintre, vull dir que::: que és clar, jo anava per davant en aquest sentit, no de dir **MM**, estic pitjor, però vull dir que no::: P\_008 (60:223)

Porque yo llamaba a veces a un compañero que tenemos y se ve que está en un 70 o 75% muy afectado ¡que no puede ni andar! P\_005 (120:31)

Però no tots els participants s'identifiquen com el més greu; alguns consideren que són els que menys afectació han tingut:

Y además ves algunos que han estado muy fastidiados o han estado malos, pero bueno, yo por lo que veo dentro de lo que yo, con los compañeros que hemos coincidido y hemos hablado, ¡parece que ha sido el que menos tengo! P\_005 (68:83)

Fins i tot, el poder-se comparar amb els altres els fa reflexionar i prendre's les coses d'una altra manera i sentir-se afortunats:

Pero el hecho de convivir con gente que tiene, que ha tenido el infarto [Ajá] te hace las cosas verlas diferente ¿eh? [¿Te hace reflexionar a lo mejor?] ¡Sí! ¡Sí! Te hace reflexionar, en parte me siento un afortunado. Porque tengo algún amigo que ha tenido, y cuando me dice, yo no puedo hacer esto, yo no puedo lo otro... Joder, macho, si yo me veo con una fuerza y eso, pero a la vez pienso bueno, ¡yo he tenido lo mismo que tú! ¡Por suerte menos! Entonces es cuando te das cuenta de que tú también podrías haber estado igual... [Ajá] posiblemente, y todo esto te das cuenta y dices bueno, coño... pues ¡yo también he tenido esto! Y esto te hace pensar un poquito diferente, el convivir con ellos, el hablar diferente, ¡eso sí! Y por otro lado, lo ves positivo, dices bueno, pues yo... P\_005 (32:23)

Això també els ajuda a aprendre que no tothom compleix de la mateixa manera les recomanacions que els fan:

Esta es otra, me dicen ¡antiinflamatorios cero! ¡Y tengo amigos que tienen infarto y toman antiinflamatorios! P\_005 (179:87)

Aquest fet de comparar-se amb altres pacients, de vegades també els condueix a tenir por. Per exemple, un pacient va exposar que el mateix metge que l'estava tractant ja havia tingut dues SCA malgrat complir amb el tractament. Aquesta comparació amb el professional va fer que el pacient pogués percebre que era una patologia que afectava persones diferents, fins i tot les que tenen coneixements sobre aquesta malaltia:

Aquest altre metge em va dir, jo ja n'he tingut dos! Sí, sí, a més fent bondat, i clar, i sent metge! Sent metge! Per això que... P\_004 (132:67)

I el metge que em va atendre, diu ah... doncs jo ja n'he tingut dos, d'infarts!! Dic òndia, no m'ho digui!! No em digui això!! Un senyor molt trempat, però dic òndia,

no fumi... diu sí, sí, el primer tal, el segon qual, òndia!! I no és el primer que m'ho diu!! I metges!! És clar, saps?? P\_004 (14:35)

Però no tots els participants van tenir més por, sinó que en ocasions pensaven que havien estat de sort i s'adonaven que altres pacients estaven més afectats que ells:

Porque más que nada te afecta el hecho de tratar con gente que ha estado infartada. [Ajá] Y que esté infartada. Y a veces sientes se ha muerto fulano/a de infarto y dices **MM**, jsi esto lo he tenido yo! Y los compañeros que están **MM**, que están **MM** porque lo han tenido fuerte y dices **MM**, yo he estado de suerte. [Ajá] Sí, sí, no, no, yo dentro de cómo estoy yo, de cómo he visto a ellos, yo he estado de suerte, porque ellos han estado dos meses en operaciones, cortes por todas partes ¡bua!!! Y entonces ya te digo, eso, igual convivir con ellos te hace pensar un poquito diferente. Yo creo que el entorno este ((Referint-se a la RHB)) te afecta bastante también. P\_005 (30:23)

A més és que, a veure, si mires al darrere penses que ets molt afortunada, perquè hi ha gent que es queda més tocada::: que bé::: no sé... que està molt pitjor! [Ajá] I a veure, ja no només amb un infart sinó amb tot amb general i tal, no? P\_006 (35:111)

En alguna ocasió, el pacient percep que ha tingut un tracte diferent quan es compara amb altres pacients del seu entorn:

Lo primero que ya me cogieron tarde aquí ((Referint-se a l'hospital)), porque cuando yo vine a hacer la rehabilitación [Ajá], eeee::: según... según la gente que estaba allí, los que ee::: los que estaban allí conmigo, los tres o cuatro que estábamos haciendo rehabilitación [¿Sí?] hacía un mes que le había dado el infarto, mes y medio, dos meses, y yo llevaba ocho meses del infarto. P\_002 (131:120)

Porque cuando fui yo, seis y pico que me había dado el infarto, y estaba yo ahí con gente que le había dado hace un mes, mes y medio. P\_002 (153:128)

La forma com cada persona percep el seu propi infart i la importància que li dóna permet entendre, a vegades, la comparació que fan amb altres companys seus que han presentat altres patologies:

Vaig trobar gent després que un ha tingut una hèrnia, l'altre ha tingut això... l'altre s'ha quedat a l'atur... i **MM**, tu, però això, comparat amb el teu, ja sabem que no

és res, no? I ja et dic, sempre he esquivat donar-li un cert aire de::: **MM**, no sé ni com dir-ho, místic no és la paraula, però, escèptic, no? [Ajá] De dir **MM**... no::: jo què sé, he tingut un infart i me n'he sortit, vull dir. P\_008 (73:283)

A vegades això també permet plantejar possibles canvis en els seus tractaments:

Almenys jo parlo per mi. [Ajá] Però sí he parlat amb altres companys... que han tingut el mateix i::: en general tots em diuen el mateix. [Tots han concordat]. Tots hem concordat en aquest tema, no? Que sí, que::: un acompanyament psicològic. P\_009 (49:142)

Les diferents circumstàncies en què els pacients es comparen amb altres persones i valoren com estan ells permeten que puguin acceptar la patologia que presenten i la cronicitat que comporta la SCA.

#### 5.2.2.5. *Admetre el diagnòstic*

El fet d'admetre el diagnòstic els ajuda a entendre i acceptar la situació que estan vivint, com els afecta i com poden superar-la. Es percep com el caràcter de cada persona modifica aquesta acceptació del diagnòstic, ja que no tothom ho fa de la mateixa manera:

Tens que assimilar lo que tens, i a partir d'aquí fer la vida que tinguis que fer! [Ajá, exacte] No hi ha cap més història!!! [Sí, sí, sí, entenc, ja entenc] I cap més manera de fer les coses! P\_003 (38:175)

A vegades les creences i valors que té la persona poden modificar l'acolliment que facin del diagnòstic, i fins i tot en ocasions en aquesta acceptació es plantegen la mort com una part més de la vida:

Lo que m'ha reforçat! Penso que m'ha reforçat el fet de que, bé... on podem arribar? Arribar a què?? A viure? Sí, sí! Però és que la mort forma part de la vida! [Ajá] És acceptar-ho! Com alguna cosa que pot venir i prefereixo::: prefereixo no, és que::: per arribar aquí, si vas amb tranquil·litat, pot ser molt més agradable, no? P\_007 (25:51)

Algunes persones, fins i tot, intenten minimitzar la situació, buscant treure importància al que els ha succeït. Aquest fet, en ocasions, pot fer que els pacients s'esforcin per acabar admetent el seu diagnòstic:



Què dius, però si us plau, si només m'han posat un... una coseta de no res! P\_006 (118:35)

En aquest procés d'acceptació, algunes persones sovint reconeixen que alguna part del seu cos està morta i que no podrà funcionar més, i són aquestes expressions les que fan acceptar el diagnòstic:

Que ahí hay un::: mmm::: una parte que está muerta, que no funciona. ¡Que no funcionará más! P\_002 (174:31)

Amb tot, s'adonen que els canvis que necessiten per poder viure millor no són fàcils d'aconseguir, malgrat que intentin viure d'una forma que, segons ells mateixos, consideren normal i sense deixar de fer allò que feien:

IP: Aquests últims canvis que ha hagut de fer? [Ajá, ajá] De no agafar pesos... [Sí, sí] tot això... [Em costa, em costa!] P\_003 (108:85)

Jo no tinc per què deixar de fer una vida normal... Bé, considero que no... P\_003 (71:163)

Alguns fins i tot expliquen que no fan servir l'excusa de la SCA per deixar de fer accions i coses que feien fins aleshores:

Penso que tampoc és::: Deixes de fer tantes coses que faries normalment! O sigui, si vols buscar l'excusa de l'infart per deixar de fer coses::: malament, vull dir! Mira el que faries realment, en situació normal, i mira el que fas ara. [Ajá] O que no fas ara per l'infart, vull dir que::: Però bé::: P\_008 (36:107)

A vegades l'entorn pot condicionar l'acceptació del diagnòstic. Els fets que succeeixen al voltant del pacient ajuden en determinades ocasions a admetre el seu procés de malaltia, malgrat que manifestin que els costa:

Això em va costar molt... «Home, a aquest res, que d'aquí un mes se us quedarà...». P\_004 (135:71)<sup>38</sup>

---

<sup>38</sup> En aquest cas, el pacient ens estava explicant l'anècdota que el banc primer li oferia unes assegurances de vida i després de presentar la SCA li diuen que no l'hi poden fer.

El temps que passa també pot modificar com el pacient admeti el diagnòstic. Sovint pensaven que serien processos més curts, però d'altres reconeixen que aquest temps que ha passat els ha permès veure la magnitud de la patologia que presentaven:

IP: Vostè pensava que seria més ràpid, el procés?

P\_004: Hi va haver un moment que sí! Sí, sí! A partir d'un mes que ja m'havia passat, doncs... jo em pensava que sí i tal... I ara, en canvi, bé, s'ha com estabilitzat, però...

IP: Potser perquè es troba bé... o més eufòric, per dir-ho d'alguna forma? En aquell primer...

P\_004: Home, és clar! És que haver tingut un infart! P\_004 (152:121)

Va haver de ser una mica de temps, al sortir de l'hospital, a l'adaptació, a l'estar de baixa un mes, mes i mig. Doncs va suposar, doncs bé, un canvi moral, emocional!

P\_007 (1:3)

Encara que, a vegades, són fets posteriors relacionats amb la SCA els que fan que el pacient tingui por i això l'ajudi a admetre el diagnòstic:

Para mí ¡sí!! Y lo que me afectó ¡más!, mmm, fue el hecho de que cuando me senté, y me dijo que se te ha escapado un poco el pis, ¡qué dices, tía! Si iba meado desde aquí hasta abajo. P\_005 (100:19)

Veure que pot tornar a succeir fa que les persones vegin la situació en la qual es troben, l'acceptin i impliquin el seu entorn en aquesta etapa de la seva vida:

M'ha passat una vegada, no em passarà dues! Vull dir que si no arribo aquí, doncs no hi arribo, si no hi arribeu vosaltres i ja està! P\_006 (75:43)

Moltes vegades, dins aquesta acceptació del diagnòstic, alguns pacients assumeixen el que els ha passat amb resignació, sense plantejar-se que puguin fer-hi alguna acció determinada:

I resulta que troben una artèria que està tapada al 100%! O sigui que... bé, assumir-ho! Diuen que no poden fer res, que és la part de baix que no perjudica tant [Ajá], però bé, hi ha una artèria que està tapada al 100%! Bé... P\_007 (23:31)

D'altres manifesten canvis en el seu estat d'ànim, i alguns dels professionals responsables de les sessions educatives ho relacionen amb el fet que possiblement no hagin acceptat prou bé el diagnòstic i que es mostrin a l'exterior d'una manera més irritable:

Això de la irritabilitat, ¿es refereix a què succeeix després de l'infart, o persones que ja ho són abans? [Normalment, es donen a vegades, després de l'infart, després! Hi ha gent que té una tendència durant un temps, estan més irritables, i això és que potser no ha acceptat ben bé tot el seu procés!] OnP\_003 (1:3)

S'observa que per admetre el diagnòstic les persones tenen diferents eines i recursos que ajuden a aquesta acceptació final.

#### 5.2.2.6. Conseqüències de la medicació

Els pacients que han presentat una SCA sovint hauran de prendre diversa medicació al llarg del dia, i sovint de per vida a causa de la patologia. Cal destacar que algunes ja presentaven altres patologies que requerien medicació específica.

No obstant això, una bona part dels pacients afirmen que no prenen cap medicació abans de presentar la SCA, fet que permet veure la repercussió d'haver de prendre diferents comprimits al llarg del dia:

Potser el que més malament em va sentar va ser, ostres, nou pastilles! P\_006 (57:11)

El tenir que estar sempre alerta amb les pastilles! P\_007 (52:7)

Això també és un altre handicap, perquè és una burrada de pastilles! P\_008 (104:23)

Home no, m'atabala molt perquè::: buf...!, tanta pastilla penso que::: que no d'això, però bé, s'ha de prendre. [Ajá] Però ara ja em va dir que fins al... al febrer, que tinc que tornar amb el metge del cor, que tinc de continuar prenent això, doncs ja... val més fer-te amb la idea! P\_010 (37:115)

Clar, jo feia molt poc que havia perdut la meva mare, i ella clar, pobra dona, tenia de tot també, i::: es prenia moltes pastilles i tal. [Ajá] Dic ostres, és que amb 57 anys... semblo una iaia! Ja que dius... sí, sí, sí, és allò que, uh!! I després ja molt bé, no? Però és «durillo»! En principi és «durillo»! [Ajá], però després ja està! Molt bé! P\_006 (20:11)

També s'adonen que en algunes ocasions alguna medicació haurà de ser de per vida:

Ostres, perquè és clar, aquesta medicació ja m'han dit que no me la trauré mai!! Em van dir, tu seràs una cardiòpata per tota la vida, i llavors doncs bé, has de fer bondat! P\_004 (101:27)

Això deu ser de per vida, les pastilles? Sempre? [De per vida no hi ha res! Perquè les coses canvien!] OnP\_002 (6:17)

D'altres, però, sí que prenen medicació abans de la SCA, raó per la qual haver de prendre la medicació no els ha suposat cap dificultat; un pacient fins i tot va explicar que havia de prendre menys pastilles, ja que li havien anat ajustant la medicació:

IP: Tu ja et prenies pastilles, no, abans? [Sí!] Em comentaves::: la del colesterol::: i la de la hipertensió, ara en prens gaires més? (.) [No!] Per tant, no ha suposat un gran canvi per tu?

P\_009: No::: Gens, gens, gens, gens, inclús abans en prenia més! La cardiòloga d'allà Barcelona, la::: la de Vall Hebron em va veure... [Et va retirar] Em va retirar tot. ((*Riu*)) Va fer net, i m'ha canviat la medicació, o sigui, en prenc també pel colesterol [Ajá], unes altres per la hipertensió, també unes altres, i llavors em prenc la del::: com es diu... la famosa aquella... això ja és pel cor! [Brilique? Duoplavin?] El duoplavin, i després a l'any que::: l'aspirina i ja està. [Ajá] I res més!

IP: I ja està? Per tant això... no ha suposat un esforç.

P\_009: Què va! Al contrari, menys, perquè me'n prenc menys que abans, perquè abans em prenia, buf! Considerava ella, diu, on vas amb tant!?, em va dir! P\_009 (121:208)

Hi ha persones que expliquen que no es veuen amb cor de poder recuperar la seva vida anterior amb tota la medicació que necessiten prendre en aquests moments. Cal comprendre com era la seva vida anterior i entendre com aquest canvi els influeix, ja que alguns d'ells no podran tornar a la seva feina habitual:

Sí, sí! Bé, ara i::: a partir de... bé, no ho sé... però jo no em veig amb cor de fer el que feia, amb tot aquest material! Clar, jo vaig amb una caixa [Ajá] on tinc tota la setmana passada, dilluns, dimarts... ja veus! P\_004 (13:35)

A més a més ara he conegut més metges i un del centre d'atenció primària, e::: també, bé, quan li vaig... li vaig fer varies consultes, perquè diu com que::: on els països on treballa normalment, era vacunar-me de que si la febre groga, la malària i pastilles per aquí i pastilles per allà, a veure doncs si això podria seguir prenent! Que es veu que hi ha incompatibilitats! P\_004 (109:35)

Algun participant explica que per a ell el fet de prendre medicació és un acte mecànic:

Però com que acaba sent un acte mecànic [Ajá] no::: Però ja et dic, el fet de medicar-me, no em suposa res, vull dir, no... P\_008 (21:43)

Altres pacients identifiquen les conseqüències que els origina la medicació. Noten que pel fet de prendre-se-la es cansen més del que era habitual, tenen petites hemorràgies, dolors que no reconeixen, tos, etc.:

Me han bajado [la medicación] el latido a unas frecuencias muy bajas, entre 50x', estoy entre 46-48x', 55-56, ahí estoy en medio. [Ajá] (hhh) ¡Que apenas doy tres pedaladas y se mete a 90! P\_002 (154:132)

Em van dir que era el que t'he comentat i que estigués tranquil, que segurament era perquè la medicació que m'estan donant és una medicació que entre altres fa que la sang corri més! [Ajá] I que, doncs bé, alguna petita morena hagués pogut... Llavors clar, quan t'ho diuen, i amb aquesta seguretat, doncs, molt bé... P\_004 (81:3)

Porque claro, la medicación, hay alguna medicación que activa más los dolores musculares. P\_005 (91:15)

Es como esto, la tos que me ha dado, en una de las charlas se habló que producía tos, la medicación, el total, me parece que reseca::: el cuello ¡y te da tos! ¡A mí me pasa! [Ajá] Pues si sabéis la que es... ¡a ver si puedes solucionarlo! No, allá van... P\_005 (71:87)

A mi, l'enalapril em fa tos seca per la nit. [Per això, ara en parlarem! A part de baixar la pressió, augmenta la supervivència, ajuda a evitar la dilatació del cor.] OnP\_002 (17:41)

Fins i tot, arriben a plantejar els efectes secundaris que provoca alguna medicació, fent que es preguntin la necessitat d'haver de prendre'n tanta:

Sí, porque en la última analítica le dije ¿qué tal el hígado? Dice sí, un poco el hígado alterado ¡te ha salido! Dije, baja la medicación, ¡coño!, ¡quítamela! ¿Para qué es? ¡Es lo que decimos! A ver, yo estoy medicándome y me tomo esta, esta, esta y esta. ¿Pero son todas necesarias, realmente? (..) Porque si::: si yo no tengo colesterol, ¿para qué me das pastillas para el colesterol? P\_005 (174:83)

Molts pacients també es pregunten com influirà la presa de la medicació en la realització de les seves activitats habituals:

La medicación ¿influye?<sup>39</sup> [¡Sí! Depende del tipo de medicación, no toda, pero bastante medicación ¡influye! Lo que siempre te dan normalmente es la aspirina, la aspirina no influye. El betabloqueante influye un poquito, pero las dosis que damos... influyen poco. Luego si toma un diurético, un diazepam o alguna orfidal, ¡también influye! ¡O sea, es un global! O sea, es una persona que aparte de tener un proceso arteriosclerótico, y haz que te cuiden y haces un evento que sintomatológicamente también influye, que ha quedado un poquito tocado y que además le das una serie de medicación. ¡Seguro que influye!] OnP\_002 (5:5)

En altres circumstàncies, algunes persones manifesten que han hagut d'aprendre a portar sempre la pastilla de cafinitrina amb ells, per si la necessiten:

Que clar, tens que vigilar, tens que anar sempre amb la pastilleta al bolso... [Ajá] Però bé, vas amb la pastilleta al bolso i de moment... no l'he necessitat, quan la necessiti ja en parlarem!! P\_003 (82:71)

Al qual, doncs, el fet de tenir que estar sempre portant unes pastilles a sobre... P\_007 (3:3)

La medicació que han de prendre els pacients després de presentar una SCA i les conseqüències que pot tenir és un fet que els preocupa i a vegades els genera dubtes, que poden condicionar i modificar l'acceptació de la cronicitat.

### 5.2.3. EL LLEGAT PERSONAL

El llegat personal serien totes aquelles característiques de cada persona que modifiquen l'adaptació i l'acceptació de la nova situació de vida. Després de debutar amb la cardiopatia, els pacients inicien un període en el qual es plantegen canvis i com aquests influeixen en el seu estat de salut. Per aquest motiu es creu que els factors personals són un pilar fonamental per entendre aquesta adaptació al nou estil de salut i comprendre els motius que porten les persones a adoptar els canvis que es plantegen.

---

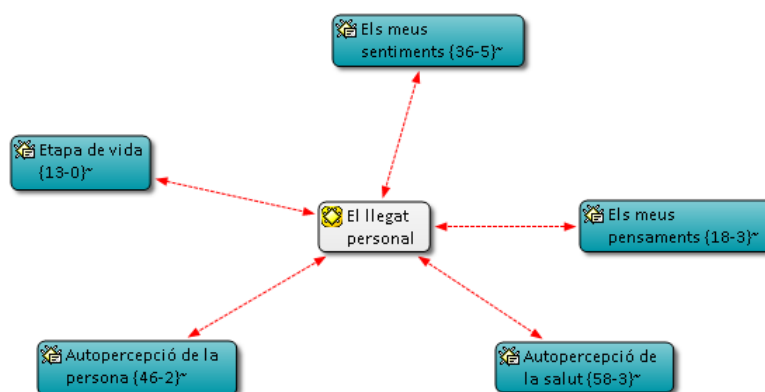
<sup>39</sup> En aquest cas, es demanava a l'expert si la medicació podia influir en les activitats habituals de la seva rutina diària.

Pender, en el seu model de promoció de la salut (Pender *et al.*, 2015), considera que les característiques i les experiències personals de cada persona modulen i modifiquen els canvis que necessiten fer per adquirir un nou estil de vida i mantenir-lo en el temps. En el seu model va tenir en compte factors biològics, psicològics i socioculturals.

En aquest cas s'observa com l'*autopercepció de la salut*, l'*autopercepció de la persona*, els meus sentiments, els meus pensaments i l'*etapa de vida* formen part del llegat personal que permet prendre decisions i adaptar-se al nou estat de salut. Les experiències prèvies que tenen els pacients s'han treballat dins la situació personal, ja que ajudaven a entendre la vida anterior del pacient i com aquesta podia ser una causa de la SCA.

Totes aquestes característiques permeten comprendre allò que fan les persones per adaptar-se a la nova situació i veure com algunes situacions prèvies al diagnòstic de SCA poden modificar aquesta acceptació.

El gràfic següent mostra les relacions entre els codis d'aquesta categoria.



Gràfic 7. Mapa de relacions de la categoria «El llegat personal».

### 5.2.3.1. Autopercepció de la salut

Dins aquest codi s'identifiquen aquelles cites que indiquen i expressen com es percep el pacient i quina interpretació fa de la seva nova situació de vida. Aquestes percepcions poden haver-se modificat després d'haver presentat la SCA, per la qual cosa es consideren un punt important a tenir en compte dins els factors personals, ja que ajuden a entendre algunes de les accions que fan els pacients i els motius pels quals les duen a terme.

Una bona part dels pacients valoren com es troben després d'haver presentat la SCA i manifesten que es troben bé i amb forces:

És que jo em trobo bé, és que no em trobo malament, sí que a vegades tinc un dolor. [Ajá] I m'he pres aquella pastilla ((*Referint-se a la cafinitrina sublingual*)) de davall de la boca, però jo crec igual això té... eh::: (...) Psicològic no ha sigut realment, perquè quan m'han fet totes les proves, ha sortit tot bé (...) Per lo tant... P\_001 (9:23)

Tot i que m'havien dit que era molt greu, però jo ja em trobava més bé. P\_004 (137:83)

Yo noto que sí, que me encuentro mejor. P\_002 (105:63)

¡Ahora no, ahora me encuentro con fuerzas, otra vez con ganas! P\_003 (33:23)

Però d'altres expliquen que hi ha dies que es troben millor i dies que es troben pitjor; fins i tot diuen que es troben limitats i ho perceben com un problema:

Hay días que estoy mejor y hay que estoy peor, pero bueno (...) Bien, dentro de lo que cabe bien. P\_002 (87:19)

El problema es eso, el que... que me encuentro limitado. P\_002 (18:96)

Tot i això, trobem pacients que tenen una percepció totalment contrària. Manifesten que no es trobaven bé i notaven que no tenien forces per fer res, i fins i tot tenien la sensació que hi devia haver alguna cosa que no acabava d'anar prou bé:

Però és clar, és que no, no és que era, no és que no::: no poder fer res, és que no podia fer res! ((*Senyor: no podía hacer nada*)) És que no podia anar d'aquí allà perquè ja... ja em sentia malament, però... Fluixa, que tot, que sembla que tot et marxi! P\_010 (12:19)

Ara ja han passat sis mesos i no m'atreveixo a córrer ni el que em diu la Briònia, ni la... la Campaneta. No, no! Encara no corro gens!! I::: e::: em sembla que no, bé, hi ha coses que no han d'anar gaire bé, perquè em canso moltíssim. P\_004 (52:3)

La constància i l'esforç són un punt favorable per poder adaptar-se als nous requeriments que el seu estat de salut els demana. Reconeixen que els primers dies després de debutar amb la SCA no podien fer gairebé res i que això els causava un cert neguit:



En relació als dies, van ser una miqueta aturats. Aturats en el sentit de que esforços o una cosa que abans no m'ho plantejava, que tampoc era gaire, però sí, doncs sí! P\_007 (50:3)

Estones, doncs pensava, bé... ja vindrà, i a estones, doncs, que em pujava per les parets! [De nervis i de tot... ] De nervis, perquè veus que no... P\_010 (89:31)

Home, diem que estic més estable! Però neguitós, eh? Perquè doncs bé... P\_003 (27:91)

Però també s'adonen que el seu estat de salut està fluctuant. Aquesta fluctuació la manifesten dient que al principi sentien que no podien fer gairebé res i ara, de mica en mica, veuen que poden anar fent cada vegada més coses, però que han hagut d'esforçar-se per aconseguir-ho:

Tornant a la primera fase que entens el que has tingut, ostres! Després que sembla que la cosa... ostres! Bé, molt bé, molt bé! [Ajá] Després un «baixón», després tornar a pujar i després bé... A mig gas estic! P\_004 (34:179)

No, no, ara ja torno a ser jo! Ara sí! Ara ja més o menys sí! Crec! No ho sé... P\_006 (61:15)

Sí! Ara en tinc ganes, fins ara no tenia ganes ni de sortir ni de fer res, tot era a base de, de, de, d'esforçar-me per fer això, per fer allò, però veia que no podia! P\_010 (28:67)

A vegades, però, tenen la sensació que no podran fer com havien fet fins ara. Expliquen que no s'hi veuen amb cor:

Però jo no em veig amb cor de fer el que feia, amb tot aquest material! P\_004 (108:35)

En ocasions s'observa que, malgrat que tinguin la sensació de trobar-se forts, perceben que després de presentar la SCA han tingut canvis de caràcter en el seu estat d'ànim:

¡Pero que sí! ¡Que anímicamente estoy más fuerte! Anímicamente me encuentro mejor, más fuerte. De carácter ¡no! ¡Aguanto menos las cosas! P\_005 (34:23)

Psicològicament estic com un llum! Hi ha dies que estic molt bé i dies que estic fatal! OnP\_003 (15:19)

Acompanyant el fet de trobar-se bé, en algunes ocasions els pacients expliquen que s'obliden de la patologia que tenen i fan algunes accions poc adequades per al seu estat de salut, i després reconeixen que no ho haurien de fer:

Com que et trobes bé, no et recordes que no pots fer les coses. Si et trobessis molt malament, doncs segur que no ho faries, no?? Però com que jo em vaig trobant bé... P\_003 (89:15)

Alguns d'ells també tenen la percepció que no han patit prou malgrat haver tingut la SCA, i manifesten que no els ha afectat gaire. Consideren que per a ells no ha tingut cap importància i que mentalment no ho han patit:

Però no (.) no he patit un infart (..) mmm fort:: vull dir, he patit un dolor al pit (.) Sí que un dolor irradiat a les xxxxxx, però no::: no he patit com un infart, per lo tant no m'ha afectat gaire! P\_001 (1:3)

Jo ja he estat... Saps què passa, que ho he viscut com una malaltia normal i corrent, que no... com si no tingués cap importància... [Ajá] Sí que la té, però vull dir, tampoc t'hi pots capficar!!! Tens que fer la vida normal i corrent i... quan sigui serà i prou...! Punt!! [Ajá] Esperem que tardi, però... P\_003 (34:159)

No he patit mentalment, no he patit mentalment!! P\_001 (153:155)

La percepció de trobar-se bé des del primer moment pot generar que en algun moment no vegin la gravetat de la situació des del principi; però algunes de les situacions personals i de l'entorn on viuen després de presentar la SCA fan que s'adonin de la importància i manifestin por per la situació:

Puede que ahí le vi más miedo::: La situación que viví, ¡que no en el infarto! ¿¡Puede sea eso!?! P\_005 (99:19)

Els mateixos companys et fan veure, no, això no ho facis! No, no! Llavors et va deixant com una miqueta::: moralment, doncs **MM**... [Fluix?] Ho és clar, fluix! P\_007 (20:15)

Psicològica, perquè::: quan et passa::: et sents una mica::: buf (.) És un cop dur! Evidentment! [Ajá] I psicològicament a vegades... no saps com::: com afrontar-ho, no? I que qualsevol cosa, els primers dies, els primers dies qualsevol tonteria ja...

ja estàs una mica acollonit, no seria potser la paraula, però sí, estàs molt sensible!  
P\_009 (98:142)

Algun pacient manifesta que està content i alegre de seguir viu i poder continuar vivint, però això es relaciona també amb la sensació de mort que van tenir aquestes persones:

Ja et dic, quan penso que podria no pensar-ho i estar a l'altre barri, doncs llavors me n'alegro, perquè si no... buff, depriment... Sí, sí... P\_004 (23:79)

Altres manifesten que encara que la situació que han viscut els ha tocat bastant, es troben físicament igual, però també que aprenen a donar importància a situacions a les quals abans ells mateixos no prestaven atenció:

Tot això et fot bastant... P\_001 (174:95)

Físicament m'he vist bastant igual! P\_001 (146:139)

Sempre tot et sembla que et fa mal! Vull dir, encara que no tinguis res, qualsevol cosa que no li dones mai importància, en aquell moment li dones, perquè pens... ai! ai! ai! És clar, i jo m::: al posar-me això::: el stent... P\_010 (8:11)

Dins de l'autopercepció de la salut es troben diferents situacions que permeten entendre com se senten els pacients i poder comprendre les seves perspectives i percepcions davant la nova situació de vida, entenent que aquesta autopercepció és un punt fort en tot el procés per poder superar-la.

#### 5.2.3.2. Autopercepció de la persona

S'entén per autopercepció de la persona quan aquesta explica i manifesta la seva manera de veure les coses, d'interpretar-les, i la forma com entén la vida. Són formes de pensar que no han canviat a causa d'haver patit una SCA. Aquestes descripcions ajuden a veure com és la persona a través de les seves explicacions; també permeten entendre com els pacients s'adapten a la situació i fan els canvis que consideren oportuns en cada cas. Descriuen característiques de comportament dels pacients, els quals intenten buscar una definició de com són:

Però entremig, si hi ha dolços, és que me'ls menjo [Ajá, ajá]. Eehh::: sóc compulsiu...! ((*Es frega les mans*)) Jo sóc maniàtic-compulsiu!! P\_001 (131:115)

Jo ja sempre he dit, jo sóc molt mala malalta. [Ajá] I... no! No! Vull dir (..) sóc rara amb tot! Si jo ja ho reconec, que sóc molt rara! P\_003 (45:151)

L'alimentació [xxxx] és bastant bona! És bastant bona, el que passa és que::: L'alimentació és bona, el que passa és que jo tinc un defecte, jo sóc molt golós!! (.hhh) I::: ja sé que no puc::: no puc menjar brioixeria i coses d'aquestes, però si hi ha xocolata, faig... no menjaré xocolata amb llet, em menjaré xocolata negra, que en puc menjar! Però em menjo, tota::: tota la tableta! Me la menjo! P\_001 (128:115)

Jo sempre he sigut una persona molt activa i::: i molt nerviosa, i clar, si havia d'aixecar un pes l'aixecava i si havia de fer això, ho feia! P\_008 (29:87)

Jo potser també... és que sóc una persona que em pot bastant el fer el ridícul, el... Tinc bastanta vergonya de que... Sí! Vull dir que... I pensava, ai! ai! I mira que com vomitis! Com et passi.... I pensava, ai! ai! P\_006 (51:11)

Sóc massa perfeccionista! Tinc camps, tinc horts... i jo, quan veig que allò no està com jo voldria veure-ho, m'estresso perquè no està com jo vull! OnP\_004 (3:6)

Perfeccionista, exigent, amb mi i amb tot el que m'envolta! Casa meva, treball, doncs tot això em crea un conflicte intern! OnP\_004 (6:12)

Alguns d'ells també expliquen que no fan canvis en els seus hàbits per adaptar-se a la nova situació; viuen la seva vida com consideren que és millor, i fins i tot reconeixen que els costa demanar o acceptar ajuda en aquestes situacions. Es consideren persones independents des de sempre i no els agrada dependre de ningú:

A part no m'agrada dependre de ningú. [Ajá] Hi ha persona que li agrada de dependre d'altres persones! No! Jo sóc molt independent! P\_003 (30:135)

P\_006: Però jo sóc d'aquelles persones i sé que vaig equivocada, eh?

IP: Per què ho dius, que vas equivocada?

P\_006: Penso que vaig equivocada perquè penso que no hi ha millor psicòleg que tu mateix! I de vegades no es pot anar tant de sobrat per la vida! A mi de moment m'ha funcionat, però clar, no és demà que no... O que em pensi que m'ha funcionat i realment hi ha un raconet que diu... no! P\_006 (95:115)

En algunes ocasions, els pacients no acaben d'entendre per què la gent del seu entorn els està tant a sobre i es preocupa per cuidar-los:

Jo continuo igual!! [Exacte!] Em diuen... és que no hi ha manera que demanis que no et facin res, tot t'ho fas! Si m'ho puc fer jo, per què m'ho tenen que fer? [Li

costa demanar ajuda?] Sí, no, no, no m'agrada demanar ajuda!! Ho sento! P\_003 (32:135)

Ah no, sí! Ho saben tots, que ho porto malament! Per tant, saben que no tenen que atabalar-me massa, perquè si no és pitjor! I ho intenten! Lo que passa... O sigui, per exemple, jo sóc una persona que m'atabala molt que m'estiguin a sobre. P\_006 (33:99)

Els primers dies de recent operada, et trobes bé?? Sí, home, sí!! Si em trobo malament, ja::: us avisaré, però no patiu, no patiu! P\_003 (107:83)

Amb tot, alguns participants es preocupen d'ells mateixos, expliquen que estan interessats pel seu estat de salut i demanen tot allò que creuen necessari:

Yo, por suerte, como somos no paro de preguntar, aa::: al fisio, al Xop,<sup>40</sup> lo voy a atabaleando [Bueno]. Xop esto, Xop lo otro! P\_005 (190:35)

De totes maneres, entendre les situacions prèvies que han viscut els pacients pot ajudar a comprendre allò que estan explicant. En ocasions, manifesten que no els afecta el tractament que ha requerit la SCA, encara que hagi sigut una intervenció quirúrgica:

No!! No!! Ja passo!! [No l'ha afectat?] No, no, no, no m'afecta, perquè ja... vull dir, ja en porto tantes d'operacions que ja no en ve d'una!! [Ajá] Perquè en porto dos, tres, quatre, cinc, sis o set!! Vull dir que no... I a més a més, vull dir que jo vaig al quiròfan, i si em diuen que tinc que anar al quiròfan hi vaig i punto, perquè a veure, si tens que patir, i pots solucionar una mica la vida per tenir una millor qualitat de vida passant pel quiròfan, a veure, hi passes i no... no pateixes. [Ajá] Perquè, quines ganes de patir, de peus o de lo que sigui, per por de passar per un quiròfan? Si no et moriràs fins que no tinguis, no sigui la teva hora!! I si et mors al quiròfan doncs alabat sigui Déu!! Ja hem viscut la nostra vida!! Si tingués jo vint anys diria, doncs sí. Però no!! Tenir por a la mort, per què? És llei de vida!!! Més tard o més d'hora hi tenim que anar-nos-en! Si em diuen ara et tens que operar perquè, mira!, tindràs millor qualitat de vida! Doncs millor qualitat de vida! P\_003 (15:59)

La vida anterior que han viscut aquests pacients, encara que hagi estat identificada com una possible causa de la SCA, en alguns moments puntuals cal tenir-la present, ja que permet

---

<sup>40</sup> Nom fictici per tal de mantenir l'anonimat del professional de salut a qui es fa referència.

entendre la seva manera de ser. Les situacions que han viscut, les seves creences i les formes de fer anteriors poden modificar la capacitat de prendre decisions després d'haver presentat la SCA:

Jo he tingut que fer-me les coses jo, perquè sí... Amb 48 anys em vaig quedar viuda! Però és que feia, feia dos anys, abans de quedar-me viuda havia tingut el meu marit ingressat un any en un hospital d'un accident! Vull dir... ((*Mou les mans en senyal de «i què més??»*)) [Ajá] He tingut de buscar-me la vida jo sempre, vull dir... com he pogut! [Exacte!] Perquè amb dues criatures, avis i... [Tot el que ha explicat] Tenies que anar... P\_003 (31:135)

A més a més, jo ja era una persona d'anar, d'anar bastant al gra amb les coses, i ara ho veus encara més, eh? [Ajá] Sí! Això sí! Però no::: no m'ha afectat! P\_004 (161:159)

Si he sigut sempre una persona de meditació, de ioga, de treball::: amb grup, de::: educació per la pau. [Ajá] De recerca::: una recerca humana... Sí que he tingut sempre aquesta inquietud, des de jove! [Ajá] O sigui, ja... Ara no té res a veure al cas, però et podria explicar moltes coses! P\_007 (59:19)

Encara que sempre hi ha persones que no es preocupen gaire per la situació viscuda i intenten continuar amb la vida que tenien abans:

A més a més, a mi no m'amoïnen aquestes coses, vull dir que... Lo que tens hi tens que **solventar-ho**! Un cop ho tens **solventat** pots continuar la vida... [Ajá] No tens que pensar amb el que podria... ha sigut, o el que podria haver sigut! Ha passat i ha passat! (..) [Sí, i tant!!] I tens que continuar vivint i tens que continuar fent lo que tinguis que fer!! [Ajá] Bé, jo crec això... P\_003 (37:175)

Altres, però, manifesten que intenten conèixer el seu cos per valorar allò que els pot anar bé o allò que no:

Això doncs em va agradar, que tot el que és estricte, doncs... Més aviat tibo a que cadascú ha de conèixer el seu cos [Ajá] i mirar del que li pot anar bé o no! Això sí! No recordo de::: cap cosa més! P\_007 (100:187)

Alguns pacients fins i tot reconeixen que la seva manera de ser influeix en les decisions de la seva nova vida, malgrat que a vegades pensin que allò que es considera nova vida per a ells ja és la vida que feien abans:

IP: Creu que per la seva manera de fer, de ser [Sí] d'un mateix, influeix en com un s'adapta en aquesta nova vida?

P\_008: Sí, totalment, clar, clar! [Sí?] Sí, sí, sí! Vull dir... res és que el que tu dius nova vida, per mi ja és lo normal, també vull dir... [Ajá] A veure [Clar, potser això sis mesos abans...] No, si no, clar, sis mesos abans, clar, jo::: aquí t'estaria parlant, aquí, de::: d'una altra cosa, segur! [Ajá] Segur, seguríssim! [Seguríssim] Bé, no en tinc cap dubte [Ajá], i que hi ha coses que per mi m'eren impossibles de fer, vull dir que::: si havia d'anar... Jo visc prop d'aquí, si m'havia d'anar a Sant Joan de Déu me n'anava a peu, coses que primer, impensables! Tampoc podia conduir perquè no em deixaven, però vull dir que::: [Sí, sí, clar]. Entén-me! P\_008 (68:257)

Sí, sí, això cada persona és::: és com... és i no hi ha més, aquest bota, aquest... ((*Referint-se al marit*)) corre com un...i jo és al revés, jo no... [Ajá] Quan em poso nerviosa em quedo més aturada. [Molt bé!] I ara, doncs, per desgràcia m'ha passat tot això::: i és clar, tot això... [Bé] suposo que... [Un cúmul, no? D'aquestes circumstàncies que es deuen haver::: ajuntat] Sí, sí, perquè això de la meva mare ja ho sabíem que havia de passar un dia o un altre, perquè... més enllà de vell ningú pot passar, però és clar, quan ve, ve! Això no t'ho treu ningú! P\_010 (82:127)

La situació aguda que han viscut els pacients permet en ocasions que siguin ells mateixos els que s'adonin de la seva forma de resoldre els problemes i intentin fer algun canvi en la seva manera de ser:

Tinc un problema i ho reconec, que quan hi ha un problema, o de qualsevol cosa, del que sigui, això no para! ((*Assenyalant-se el cap*)) [Ajá] I estic donant-li voltes constantment fins que... fins que ho tinc resolt, o ho tinc controlat! Mm::: suposo que m'han parit així! Hi ha gent que s'ho tira més potser a l'esquena i::: jo no puc parar, o no paro! [Ajá], fins que no ho tinc resolt (.) Ara és una de les coses que intento, durant el dia. [Disconnectar!] Disconnectar! (.) És dels meus problemes, reconec que tinc un problema amb això, però és amb qualsevol cosa! [Ajá] O sigui, i::: que no sé dir que no! (.) Quan::: un ve a demanar alguna cosa, doncs::: no sé dir que no! Ara estic aprenent també, això sí! [Fins aquí] Fins aquí, estic aprenent. Fins ara això no ho sabia fer i sempre... P\_009 (112:174)

En ocasions, després de presentar la SCA, expliquen que això els ha canviat la manera de ser i que no volen acceptar algunes situacions d'allò que viuen:

Por eso que ¡me he vuelto intransigente en este aspecto! ¡Sí, sí! [Ajá] No soporto que no me den información, ¡no lo soporto! [Claro, no, no, no ¡evidentemente es su visión!] ¡No lo soporto! ¡No lo soporto! P\_005 (56:67)

Jo m'he tornat molt egoista! Fins ara no ho era! Era de l'associació de veïns, del no sé què... M'apunto a un bombardeig! Ho sento, ara algú m'ha d'ajudar! És així de fàcil! OnP\_003 (48:69)

Es troben pacients que creuen que difícilment es podrà aconseguir un canvi en la manera de ser de les persones:

IP: Ara m'intento posar en el teu lloc, no? Quan::: quan em comentaves que quan vas tornar de la baixa vas arribar a la feina i et van dir...

P\_009: Clar, això és un cop i::: i dius, bé, val! (.) Això dius, entenc que servirà d'experiència! Però és clar, és el que et dic, que... les persones, crec jo que no canviem::: [D'un dia per l'altre] per molt que et diguin, i si tu ets així::: P\_009 (114:180)

Es veu com la percepció que té d'un mateix modifica com el pacient es pren la nova situació de vida i com s'hi adapta. Cal tenir present que no hi ha dues persones iguals i que cadascú tindrà unes característiques particulars que faran que s'adapti d'una manera o d'una altra, i que fins i tot farà els canvis necessaris o no.

### 5.2.3.3. *Els meus sentiments*

En aquest codi es treballen els sentiments de les persones que han presentat una SCA, és a dir, es descriuen les sensacions que han tingut.

En algunes ocasions, els pacients perceben poca confiança de l'entorn, ja que tenen la sensació que aquest no es creu tot allò que estan explicant. Tenen una sensació d'incomprensió respecte als que els envolten sobre tot allò que estan sentint i vivint, i arriben fins i tot a manifestar ràbia pel fet que no els creguin:

Y en cambio hay gente que (...) que piensa que haces un poco de teatro. [Ajá] Eso es lo que yo veo. [Es lo que usted dice] Lo que yo vea, a lo mejor no, a lo mejor en verdad se lo preguntas a ellos y me dicen no, no [Sí, sí, sí], ¡todo lo contrario! Pero me parece eso. [Tienes esa sensación::: de decir, me están diciendo esto...] ¡Sí! Pero por el otro están diciendo lo estás exagerando más de lo que es. P\_002 (8:43)

Pues todo eso. ¡Me da rabia de que no se crean lo que me está pasando! P\_002 (11:59)



Aquest entorn algunes vegades genera accions que sovint no són ben percebudes pels pacients, que se senten enganyats:

¡Me ha molestado las partes del jefe! [Ajá] Ha sido un hijo de su madre, y::: te ha molestado porque de alguna manera te has sentido, no me he sentido, ¡me ha engañado! P\_005<sup>41</sup> (72:95)

Després de presentar la SCA, un dels primers sentiments que manifesten els pacients és sentir-se perduts i dèbils:

Nosotros vamos perdidos, y entonces, es eso, vale, yo mmm... P\_005 (192:79)

No tenia força, em sentia dèbil, em sentia... P\_006 (18:11)

Penso la primeria, doncs que, que és quan penso jo que vas més perdut! P\_009 (20:9)

També s'observa que, malgrat que alguns pacients noten que es troben bé, senten impotència perquè consideren que no poden fer determinades accions:

Malament! ((*Riu*)) Em sento impotent! [Et sents impotent!] Sí! Perquè dius, a veure, què m'estàs dient! Però si jo puc! Si joestic bé! ((*Pica a la taula*)) I llavors hi ha la veueta que diu, bé, va, no et passis! Fes-los-hi cas! [Ajá] Però ja està! P\_006 (32:91)

Durant el procés de convalescència, molts pacients manifesten que necessiten sentir-se actius i útils davant la societat; volen fer coses i no haver d'estar tancats a casa:

Dono gràcies, vaig allà als matins, una estona, no tinc cap::: cap::: exigència de fer o de::: I em sento, doncs, que sóc útil davant d'unes quatre coses que puc fer, que me'n vaig amb tranquil·litat a casa i que... bé, per les tardes, síestic a casa, doncs des de fer les feines de casa, rentar plats, o::: amb tranquil·litat... [Ajá] doncs ho puc fer i no tinc cap tipus de por! P\_007 (17:7)

---

<sup>41</sup> En aquest cas el pacient explica una discussió que va tenir amb el seu responsable de la feina.

Ahora busco a ver si puedo conseguir al menos tener cuatro horitas entretenido. ¡Aunque sea haciendo lo que sea! Pero al menos, un apoyo más a la familia. [Exacto] Y que yo también salga de casa, me distraiga. P\_002 (122:83)

IP: Tenia sensació de poder sentir-se actiu? Una mica de...

P\_008: Sí, sí, totalment, sí, sí, clar, quan fa tres dies que estàs al sofà ja tens ganes de::: de fer alguna cosa! P\_008 (72:277)

Però contràriament a aquesta situació, altres pacients manifesten que es troben fluixos i se senten poc útils de vegades:

I veus que no, d'això, et sents molt inútil, més que res et sents molt malament, molt inútil! P\_010 (16:31)

Ja em sentia malament, però... fluixa. P\_010 (87:19)

Vull dir, perquè jo, sincerament, em trobo feble! OnP\_003 (9:19)

Bé, em vaig espantar, no sé si espantar, no sé, em sentia inútil! [Ajá] Amb una paraula! Jo crec que és la paraula més... més d'això, em sentia inútil, em llevava pels matins i au! Assentar-te i aquí estava assentada, donava una volteta quan arribava, perquè nosaltres tenim un passadís molt llarg a casa, doncs quan arribava a l'altra punta del passadís ja... buf!, ja buscava on havia de posar el cul, vull dir que... P\_010 (17:35)

Sentir-se rebutjat per la societat després de presentar una SCA és un fet que preocupa aquests pacients:

Penso que::: que una de les coses que sí que he trobat que he lluitat una miqueta ha estat, doncs, el no sentir-me rebutjat socialment. [Ajá] El qual penso que això és una de les qüestions que sí que hem de treballar com a persones! P\_007 (9:3)

Les persones manifesten diferents sentiments que han tingut des de l'etapa inicial de la SCA fins a situacions posteriors. Malgrat que sigui un període de temps més o menys llarg, s'observa com alguns pacients tenen sensacions similars que poden condicionar la superació de forma adequada de la situació que estan vivint.

#### 5.2.3.4. Els meus pensaments

Aquí es recullen els pensaments que els pacients han tingut després de presentar la SCA. Aquestes idees són molt variades i diferents per a cada persona. S'observa el que pensen en algunes situacions particulars després d'haver presentat la SCA, i com alguns expliquen accions dels professionals que canviarien.

Alguns pacients pensaven que no es recuperarien de la situació de SCA, altres creien que seria un procés més ràpid, i fins i tot en alguna ocasió pensen que pel fet d'haver presentat una SCA ja se'ls ha d'apartar de la societat:

Pensava que no em recuperaria! P\_010 (10:15)

Però bé, tampoc et pensaves que::: la cosa et duraria tant, saps? P\_004 (75:3)

IP: Vostè pensava que seria més ràpid el procés?

P\_004: Hi va haver un moment que sí! Sí, sí! A partir d'un mes que ja m'havia passat, doncs... jo em pensava que sí i tal... I ara en canvi, bé, s'ha com estabilitzat, però... P\_004 (189:121)

A vegades tu penses que t'han d'aparcar ja, que ja no serveixes:::! P\_008 (105:135)

En altres circumstàncies, expliquen com un canvi d'aires en la seva rutina habitual permet una millor recuperació, i fins i tot veuen que cada dia van millor:

Em va anar molt bé, home, no és que pugés i baixés contínuament, però m'ha anat molt bé, molt tranquil·la, molt bé! ((*Senyor: allà ha estat millor que aquí*)) Jo crec que m'he recuperat, aquests dies, m'ha anat molt bé [Ajá] allò, descansar, molt tranquil, perquè allà és molt tranquil, però ja... gairebé. ((*Senyor: eh::: allí estava mejor que aquí, ¡en Manresa!*)) [Bé...] I el sucre també, allà em va molt bé, allà, no sé per què, però em va molt bé. [Els aires] Els aires, no::: jo crec que el clima també pot influir, perquè, bé, jo allà no he vist mai el cel enlloc aquí Manresa, molts anys que no veig el cel com en allà, tants estels i tant d'allò. [Ajá] Però bé, és lo que hi ha! P\_010 (55:39)

Les diferents accions que fan serveixen perquè puguin prendre's la vida d'una altra manera i valorar com s'adapten a la nova situació:

Ja els hi dic, no sóc jo! Dic, tots vosaltres, va bé per desconnectar mentalment i perquè allavors puc rendir molt més inclús, si tu estàs bé... rendim millor! (..) I:::

no sols a::: la feina, sinó a la família i amb tot! Si tu estàs bé, et trobes tu bé amb tu mateix i et sents bé, en tots els àmbits rendeixes millor, no? P\_009<sup>42</sup> (85:78)

La informació rebuda durant el procés de convalescència relacionada amb la seva patologia cardíaca també els fa reflexionar. Es veu com a vegades valoren els seus hàbits i consideren que ja fan el que han de fer, tot i que, al mateix temps, pensen que els manca informació:

Per això dic que l'alimentació crec que ho faig bé! P\_001 (158:123)

Por eso que yo personalmente pienso que nos falta información. Si más no, ¡para quedarte tú tranquilo! P\_005 (142:43)

A vegades els pacients expressen que el procés de recuperació és en un període concret i que, en el seu cas particular, ja els havia passat aquest temps:

Yo llevaba ocho meses del infarto. A mí ya me ha pasado el tiempo de rehabilitación. [Ajá] Ya, por mucho que quisiera yo... ¿entiendes? Si el tiempo de rehabilitación es solo los tres primeros meses, para que puedas regenerar algo. [¿Sí?] ¡Y a mí ya me había pasado! P\_002 (152:120)

En ocasions manifesten que potser seria necessari iniciar la prevenció en l'edat adolescent, però sense deixar de banda la resta de la societat, per tal d'obtenir un millor suport d'aquesta davant la situació de MCV que presenten:

Sí! Sí! I::: i amb el tema de::: sí que es fa, el tema de dietes s'està fent bastant avui en dia. [Ajá, però potser no és l'únic] Però no és l'únic, no? I::: entre cometes, el tema de la dieta perquè no sé, m::: no ho sé si::: els nens tenen o::: el jovent tenen tan clar que si no controlem això, quan ets gran, pots tindre això, i que és de les principals causes de mortalitat que hi ha avui en dia? [Ajá] Però jo crec que si no ho enfoquem o s'explica bé, i clar, que potser més d'un canviaria la manera de::: [De fer] de fer, no? Perquè si avui en dia dius, home, se'n parla molt, no, no, sí, entre cometes! P\_009 (53:154)

Però en altres situacions s'observa com, malgrat haver-los explicat les possibles causes de la seva SCA, no acaben d'entendre els motius pels quals l'han presentat:

---

<sup>42</sup> En aquest cas, el participant ens explicava com havia après a desconnectar, i aquí ens explica allò que ell pensa i creu que va bé per poder tenir una vida més tranquil·la.

¡Pero yo no creo que por estrés te venga un infarto! ((S: *i tant!*)) ¡Yo no lo creo que del estrés te venga un infarto! ¡No lo creo! ¡Ojo, es mi opinión! ((Mmm)) ¡Porque a mí que se me tapone una arteria no sea que sea causa del estrés! Porque a mí lo que me dijo una, la que me ha dado un pelín de explicación, es que las placas de eso se han ido acumulando, y ya está. ¡Es la poca información que me han dado! Vale, pero yo no creo que un estrés te provoque que las placas se acumulen, ¡no lo sé! Es lo que te digo [Ajá], yo no lo sé, eso. P\_005 (146:51)

D'altres també expressen que les situacions estressants que cada persona viu se les provoquen elles mateixes. Això fa pensar que cada persona ha de conèixer el seu cos per tal de poder adaptar-se millor i valorar quines possibilitats de canvi es presenten en cada cas particular:

Perquè l'estrès se'l causa... penso que::: se'l provoca un mateix! Clar, això ho veus ara, en perspectiva també [Ajá], eh::: ara et parlo amb passat... [Sí, sí, és el canvi...] Tots són... Però vull dir que::: [El canvi de xip que has fet] el canvi de xip de dir::: **MM!** Clar, l'estrès, potser no n'hi havia per tant tampoc! L'estrès l'has de tenir quan cal; quan no cal, no cal que el tinguis, vull dir, home::: P\_008 (50:163)

Es veu com els pensaments dels pacients permeten entendre els canvis que fan i com s'adapten al seu nou estil de vida.

#### 5.2.3.5. *Etapas de vida*

Un altre aspecte important a treballar és l'etapa de vida dels pacients, és a dir, com perceben que l'edat els impedeix fer canvis per adaptar-se a la nova circumstància. Amb una mitjana d'edat de 57,8 anys, s'entén que encara estaran amb una vida laboral activa, però el fet de presentar la SCA ha fet que en algunes ocasions no puguin continuar amb la tasca laboral que tenien fins aleshores, tot i que en d'altres sí.

Els participants tenen present la seva edat, principalment quan perceben que per motius laborals caldrà que facin algun tipus de formació per adaptar-se al nou estil de vida que necessiten després de presentar la SCA. Sovint creuen que en alguns moments de la seva vida ja no és possible un canvi, per la qual cosa aquest factor, pròpiament biològic, de les persones, modifica l'acceptació del nou estat de salut, i trobem les persones que canvien i s'adapten i les que no, identificant-ho com una característica pròpia del participant.

Alguns pacients veuen l'edat com un punt difícil per adaptar-se al nou estat de salut. S'entén i es percep que consideren que amb la seva edat alguns canvis ja no són possibles, o bé veuen que hauran de començar de zero:

A la meua edat ja no es canvia. Per molt que et diguin i per molt que facis canviaràs una mica, però no, no... no del tot!! (...) No sé si tots fan lo mateix que jo, però... però suposo que els que som d'aquesta edat tots fem lo mateix! P\_003<sup>43</sup> (9:31)

Tu pensa que jo ja tinc 55 anys i hauré de començar de zero. P\_004 (122:55)

Les persones identifiquen que es fan grans i que possiblement una persona jove seria més efectiva que ells al seu lloc de feina:

Jo penso que també és l'edat, l'edat també no perdona, encara que no ho sembli ((*Riu*)), no... És veritat, és que ens n'anem fent grans! P\_010 (27:63)

Perquè també com a empresa, una persona amb les meves circumstàncies i amb l'edat, doncs estic totalment d'acord que econòmicament, doncs no resulta! Una persona jove serà més efectiu! P\_007 (106:7)

En alguns casos valoren l'edat dient que amb la seva edat alguns canvis ja no són possibles, que no poden dur-los a terme; altres manifesten que possiblement els costarà realitzar-los:

Tant de bo, ja estigués bé del tot, com una nena de vint anys!! Però no pots estar com una nena, ni de vint ni de quaranta ni de cinquanta!! Cada edat... [Té lo seu] Cada any, cada any tens un any més i es nota molt, eh?? [Ajá] Es nota molt!!! Perquè jo fa deu anys estava, buf! Que em menjava el món! Ara ja no puc! Ara ja no puc ni sortir amb els joves perquè no els puc seguir. Bé, tampoc tens l'edat per sortir amb els joves. P\_003 (13:51)

Nosaltres amb l'edat que tenim, jo... a mi em costa molt ara, doncs, em costarà fer aquest canvi de xip! [Però ho has de provar!] Clar! Em va la vida! Em va la salut! OnP\_003 (39:57)

D'altres valoren l'edat en relació amb l'economia familiar. Alguns dels participants, principalment els homes, contribueixen amb la principal font d'ingressos de la família, i això pot fer que es plantegin que, a la seva edat, si a ells els passa alguna cosa, la seva família en patirà les conseqüències:

---

<sup>43</sup> Aquesta pacient en el moment de fer l'entrevista tenia 67 anys.

Tens una edat, **MM!**, **MM!** Si algun dia em poso malalt::: (.hhh) no hi ha més ingressos, aquí no, no... P\_001 (113:91)

Con 48 años que tengo, ¿qué hago? No puedo trabajar, no puedo... no puedo hacer nada, eh::: P\_002 (51:144)

Jo no sé els demés l'edat que té cadascú, jo tinc 49 anys. I tinc una filla per acabar d'aixecar i etcètera, etcètera... o sigui, no cal que t'expliqui res més! OnP\_003 (10:19)

Alguns participants manifesten que a causa de la incapacitat que els ha provocat la SCA no veuen viable estudiar una carrera per tal de poder fer un canvi de vida adequat al seu estat de salut:

Si yo ahora mismo, con la edad que tengo, tengo que hacer una carrera para aprender por ejemplo informática, porque claro, yo con la edad que yo tenía, a mí la informática es la que me enseñaban en el trabajo. [Exacto] En el programa informático de la empresa y todo. [Y lo aprendía en ese momento] Pero claro, el Word y todo eso no existía. Ahora han salido todos estos programas y si no los sabes no vas a ningún lado. Claro, ahora si yo me meto ahora a aprender Word con mi edad que tengo... De joven se te quedan las cosas, pero ahora de mayor no se te quedan... Es muy complicado. [Ajá]. ¿¿¿En qué trabajo??? ¿Me entiendes? P\_002 (16:87)

Es pot observar com els pacients en algunes ocasions perceben l'edat com un problema i una dificultat per al canvi i l'adaptació al nou estil de vida que se'ls planteja.

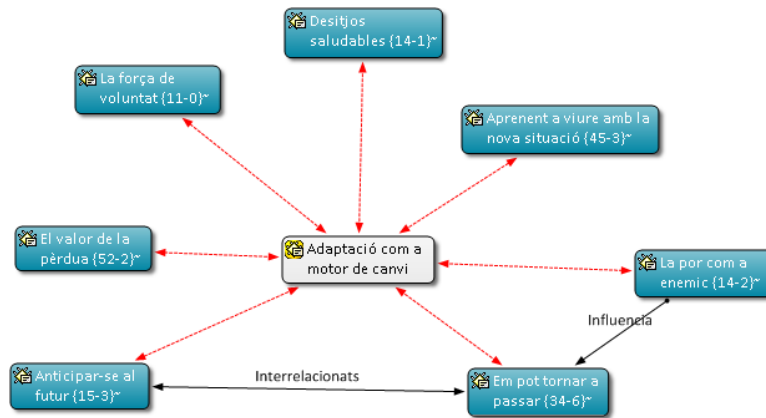
#### **5.2.4. L'ADAPTACIÓ COM A MOTOR DE CANVI**

L'adaptació a la vida post-SCA és entesa com la capacitat que tenen les persones per fer front a la nova situació de vida que els ha provocat la SCA. Aquesta adaptació permet valorar la nova vida que tenen i ajustar les seves accions a les necessitats que perceben.

Per entendre aquesta adaptació caldrà comprendre el que ha passat a les persones i veure què és allò que, a vegades, han de perdre per tal de poder viure d'una manera més saludable i adequada a la seva nova condició de salut. S'observa com els pacients, majoritàriament, passen per diferents etapes durant aquesta etapa adaptativa a la vida post-SCA.

En aquesta categoria s'identifiquen els codis següents: *el valor de la pèrdua, aprenent a viure amb la nova situació, em pot tornar a passar, anticipar-se al futur, la por com a enemic, els desitjos saludables i la força de voluntat.*

El gràfic següent mostra les relacions entre els codis d'aquesta categoria.



Gràfic 8. Mapa de relacions de la categoria «L'adaptació com a motor de canvi».

#### 5.2.4.1. El valor de la pèrdua

En el valor de la pèrdua s'inclou tot allò que els pacients han hagut de deixar de fer per adaptar-se a la nova situació, però que, a més a més, els ha provocat un sentiment negatiu de pèrdua. Aquest sentiment varia en funció de cada persona i del tipus de conseqüències que aquesta patologia genera. En altres paraules, s'entén com allò que han hagut de deixar els pacients per tal de conviure amb la SCA.

Una de les grans repercussions que ha provocat la SCA està relacionada amb la vida laboral. En la majoria de casos, després de presentar-se el procés agut es requereix un període de baixa que comporta que, durant un temps determinat, els ingressos econòmics del pacient es vegin modificats:

(...) Però realment la malaltia com a canvis, canvis no m'ha comportat, no..., m'ha comportat estar un any de baixa! P\_001 (96:51)

IP: Sí, sí. ((Riu)) Sí, sí, clar. I el fet de ser autònom, el fet d'estar un any de baixa, doncs també li va repercutir...

P\_001: Evidentment, econòmicament... P\_001 (114:93)

Alguns d'ells també es plantegen què podran fer a partir d'aquest moment. Valoren la possibilitat que en alguna ocasió no puguin continuar amb la feina que tenien fins aleshores:



Jo tinc una... una feina, bé, o tenia una feina, no crec que la pugui seguir fent, jo sóc comercial, jo venc productes d'aquí pel meu compte, ara no sé com ho faré...  
P\_004 (83:3)

A més, jo em trobo molt i molt bé, molt bé, quan tinc molta feina! ((Ric)) Sí, de veritat, sí, sí! És lo meu de veritat! Sí, sí! Sí, sí, sí, sí! A més a més, ara, quan vaig a països d'aquests on moltes vegades sóc l'únic blanc, no? Jo he treballat molt temps a Xina, i ara últimament a Àfrica, i::: bé, tinc llibertat per muntar-me la meva feina, no? I::: m'agrada moltíssim, no? I va i em passa això... Llavors això, ja... ho tinc bastant coll avall que no... que no podré seguir, vaja... Estic segur que això em diran, que no pot ser... P\_004 (174:51)

Bé, el no poder treballar, el no poder fer::: unes activitats, a::: al tenir que estar sempre alerta amb les pastilles! La meva tasca no és estar en un despatx! [Ajá] La meva tasca era de manteniment! Cap de manteniment! Era una tasca de moviment constant! I llavors això suposava que ja no podia fer-ho! P\_007 (51:7)

Fins i tot, es troben situacions en què la persona ha estat acomiadada de la feina. Malgrat que manifesti que en cap moment se li va explicar el motiu de l'acomiadament, la persona ho relaciona amb el fet d'haver presentat la SCA:

He estat fent la baixa::: I després de la baixa, el primer dia d'alta, doncs... em van comunicar l'empresa, perquè tinc un càrrec directiu, que::: em quedava sense feina. ((Aix)) [A conseqüència de l'infart?] Bé::: no et diuen res més, malauradament, però::: clar (.) [No, no, no] Imagines que és per això, no? Mm::: evidentment::: No t'ho vols creure, però::: P\_009 (6:5)

De totes maneres, presenten una actitud optimista davant els diferents canvis que tenen en l'entorn laboral i no desisteixen de trobar una nova feina que considerin adequada al seu estat de salut:

Buscar una altra feina de menys responsabilitat, però llavors, és clar (.) et comenten, quan vas a buscar, dius, m'entenguis, tu vens amb un cert nivell! [Clar] Com és que vulguis anar a menys? O sigui. [Ajá] O et diran, o::: és que estàs massa preparat per agafar aquesta altra cosa [Sí, una mica el:::], i tens que buscar un balanç, no? [És difícil!] És difícil, però bé... Però sóc optimista! P\_009 (83:70)

A banda de les conseqüències a nivell laboral que els participants expliquen, s'aprecia com en l'àmbit familiar i d'amistats els participants descriuen algunes situacions que han deixat de fer

a causa de la SCA. Perceben com les amistats ja no els avisen ni plantegen activitats que puguin fer junts:

También he dejado, y también las mismas amistades, pues antes te llamaban para irte, vamos al otro sitio; ahora ya no te llaman, porque dicen, tampoco lo vamos a llevar... P\_002 (44:67)

Aquesta situació que viuen els pacients fa que es plantegin que no volen sentir-se rebutjats per la seva condició de salut i tampoc quedar-se aïllats del seu entorn social:

Sí, pero, pero lo que yo siempre he dicho, que tampoco soy un inútil, que tampoco. Que si vamos a la montaña y yo me canso, me paro aquí, me siento, seguid vosotros, y luego ya yo, ya os pillaré ¿Entiendes? [Ajá, ya le entiendo] Pero tampoco me quiero sentir yo que por mí no se hagan las cosas. Lo que claro, al no ir yo, tampoco va la mujer, tampoco va mi hijo, nos... te quedas aislado. [Sí, sí, sí, ¿y usted a lo mejor no quería eso? ((Referint-me a quedar-se aïllat)) Claro, eso (..) Yo lo que quiero que la cosa siga igual. Pero claro, ¡adaptándose a lo que yo pueda! [Ajá] Yo ahora, por ejemplo, conducir... (..) conduzco ¿no? ¡Pero me da mucha ansiedad! Pues ya procuro de hacer viajes cortos, ¿no? O voy parándome. Me paro en cada gasolinera, nos tomamos un café y así vamos... ¿me entiendes? [Sí, sí] No, porque si no, ¡no puedo! P\_002 (12:71)

Amb tot, les persones s'adonen que no poden seguir el ritme de vida familiar que tenien fins aleshores, fins al punt d'adonar-se que aquesta situació els afecta psicològicament:

Sí, perquè jo ja portava una vida... Bé, l'única cosa, que abans anava molt a veure els partits de la meva filla amunt i avall [Ajá] i ara... no hi vaig! Però, vull dir, tampoc és perquè no hi pugui anar! No, és perquè estic bé a casa i no tinc ganes de sortir! [Ajá, ajá] Jo és que estic molt bé a casa!! P\_003 (68:119)

Ja saps, que no les pots fer! Jo no puc anar al Dragon Khan amb els meus fills... Clar, això, potser psicològicament t'afecta molt més, no? [Ajá] Córrer amb ells, jugar a pilota amb ells, i això doncs sí, això la veritat, no::: P\_008 (17:19)

En ocasions, expliquen que tampoc poden seguir amb les mateixes activitats de la llar que feien fins aquell moment; encara que ells se n'adonin, la família evita que puguin dur-les a terme:

Quan era a casa, no em deixaven fer res de res, bé, mira... anar passant dies, anar passant dies, i passaven dies i veies que allò no, no, no, no, que::: estaves bé, gens

de gana, no tenia gens de gana de menjar! Ni res, i és clar, jo pensava, si això ha de durar gaire, aquí acabaré que no, no, no::: P\_010 (13:23)

Que no, que no podia! Que no podia, no podia més! (.) Si feia alguna cosa... ui, ja ni per fer el llit, ni parlar-ne, eh::: ((*Senyor: no:::*)) Per fer aquests esforços, ui no:::!  
P\_010 (18:39)

Però no és només amb les activitats de la llar; alguns pacients veuen que no poden practicar el mateix esport que practicaven, ni tampoc fer els mateixos esforços que feien fins aleshores.

El que no és normal és que jo estigui tan cansat. Hi ha dies que quan surto a caminar he de tornar a casa. P\_004 (6:3)

Però bé, a mi m'agrada molt nedar [Ajá], i jo patia perquè pensava, igual ja no pots nedar mai més! I allò que::: això sí que penses coses::: que no podràs fer mai més!, no? I em va dir, no, clar, pots nadar! Puc jugar a esquaix? Diu: «Home! No hi vagis cada dia! Però::: quan estiguis més bé i això, si vols anar a jugar a esquaix doncs::: l'esquaix és molt::: [Ajá, és dur] És dur!» (.) No sé si jugaré mai més a esquaix... no ho sé! P\_008 (35:103)

¿Yo podré correr? ¿Yo podré hacer esto? ¿Yo podré hacer lo otro? ¡Dice, hombre!  
P\_005 (151:67)

Manifesten que ho troben a faltar o, fins i tot, que tenen por de fer-ho:

Com que sabien que jo corria, sóc de carreres de mig fons, em va dir «Ui! Fins d'aquí sis mesos no et pensis pas que podràs tornar a córrer». I bé, val, sis mesos, però no! Ara ja han passat sis mesos i no m'atreveixo a córrer ni el que em diu la Briònia, ni la... la Campaneta. No, no! Encara no corro gens!! P\_004 (37:3)

Pues no sé, el correr como corría, el hacer deporte, te da miedo a hacerlo. El... lo que hablábamos con ella, el bañarme, tenía un poco de miedo. P\_005 (15:15)

L'únic que jo trobo a faltar, doncs::: és l'esport que jo feia més, era córrer, això sí, però bé, si no es pot no es pot. I no puc, eh? No::: [Vostè nota que::: que no pot fer el mateix esforç] No, el mateix no, no, no! Que a la mínima de canvi em canso, em canso moltíssim, sí, sí. Llavors doncs, bé, vaig a caminar, vaig fer les rutes que la Briònia em va recomanar::: i més! E::: conec Manresa molt més que abans, però

bé, vaig caminant amunt i avall! Però em canso... i sobretot lo de la son... sí, sí!  
P\_004 (41:3)

Algunes persones expliquen que el fet d'estar durant els primers mesos a casa sense fer esforços comporta que sovint no entenguin les recomanacions que els han fet i això els genera dubtes:

Me han tenido seis meses en casa a::: no hacer ni un esfuerzo, intenta no hacer esto, no lo otro, ¿me entiendes? (..) No, no salgas mucho a la calle. No salgas... Es que eso, mientras que no hice la... antes de hacer la rehabilitación. [Sí, sí, sí] Después ya sí, después ya me dijeron, sal a la calle... P\_002 (61:124)

En ocasions, es percep que els pacients intenten evitar aquelles situacions que comporten esforç físic pel cansament que els provoca:

Sobre todo si vamos andando por subida, yo ya las evito; en plano puedo andar bastante, pero cuando cojo una subidita... [Ajá] Llego aquí arriba... ¡que ya voy con la lengua fuera! P\_002 (57:63)

Me ha limitado. Estoy más limitado ahora, antes podía andar más y eso. Pero, cuando no me cansaba, me iba a la montaña. [Ajá] Me tiraba una hora en la montaña, por ahí dando vueltas y no pasaba nada. Ahora vas a la montaña y hay zonas que las evitas, por otro lado, por no coger las subiditas. P\_002 (43:67)

En un cas en concret, un dels pacients va haver-se de jubilar després de presentar la SCA. Aquest fet, el pacient el reconeix com una situació estranya i manifesta que el procés que ha seguit en aquesta etapa de la seva vida no ha estat com ell s'havia imaginat, fent que ho visqui com una situació forçada:

La jubilación digamos que no ha sido natural en sí::: porque no has hecho el proceso de trabajo, porque yo he conocido a gente que estaba encargado de una empresa con 25 y pues me voy a jubilar, ¡ah, pues muy bien y eso! Y lo vas hablando el día a día, hasta que dices [Ya ha llegado el día] ¡mañana ya no vengo! ¡No has tenido eso! Si no que digamos que ¡como si te hubieran forzado a jubilarte! Y entonces pues eso... ¡Pero tampoco lo llevo tan mal! P\_005 (75:95)

Una altra pèrdua de la qual s'adonen els pacients és que no se senten capaços de conduir llargs trajectes després de presentar la SCA. Per a ells és una situació sorprenent moltes vegades, ja que manifesten que tota la vida han estat conduint i que havien pogut fer molts quilòmetres:

Yo he sido un conductor toda la vida, había llevado camión, he conducido, he hecho 60 km para ir a trabajar y 60 de vuelta cada día. [Ajá] Y ahora no soy capaz de hacer (.) ¡30 minutos! A los 15 me tengo que parar porque me pongo nervioso (..) ¡Y no me pasa nada! P\_002 (32:75)

La propera vegada ja no agafaré el cotxe. No! Perquè em canso! Em canso moltíssim! (.) És... I no i no ho entenc! I jo de quilòmetres n'he fet sempre molts, moltíssims! I ara::: no pots, no, no! I el cotxe gros ja l'he venut, i llavors anem amb un de petitet que és un Ford Ka, que per aquí a Manresa, doncs el faig anar! Però no::: ((Riu)) Amb aquest sentit ara ja fa massa temps! P\_004 (42:7)

Potser lo del cotxe. Però bé, es deixa i ja està! I ja et dic, ja me l'he venut, el cotxe, ja no el tinc! [Ajá] Ja ho he decidit, sí, sí! Viatges llargs segur que no! Perquè no! No, no! I els viatges més llargs que he fet són en aquí a Barcelona! P\_004 (59:95)

En aquest punt cal recordar que la legislació espanyola marca els diferents períodes en què no es pot conduir. Aquest tema genera preocupació, per la qual cosa els pacients intenten informar-se a través dels diferents professionals de salut, i saber en quina mesura poden ser complidors d'aquestes indicacions:

Jo en faig molts, de quilòmetres, i aleshores no... no pots conduir! Això sí que ho vaig trobar a faltar, poder conduir! P\_008 (70:271)

Pa: Este tipo de enfermedad ¿nos puede traer algún tipo de problema a la hora de ir a renovar el carnet de conducir? [Sí! (..) ¡Depende de cómo estés! Te pedirán un papel del cardiólogo] Hombre, ahora voy a hacer la trampa, ¡siempre que yo declare que me ha pasado algo...!

Pb: Si et passa alguna cosa és el que t'ha dit abans, l'assegurança no et cobrirà! [A causa d'això, et redueixen el temps del carnet de conduir i et demanen què prens. Ells tenen uns barems, allà! I això, això, això... ¡No se lo daré!]

Pa: Por la HTA, me lo han quitado cinco años, ¡ahora lo tengo que renovar cada cinco años! [Pero si tú no lo dices, ¡no se entera ni Dios!] Pero claro, lo dije... OnP\_002 (10:23)

No, tampoc als tres mesos? [Sí! Als tres mesos està permès! Encara que no tinguis un infart, però si prens molt medicament, si moltes coses, coses d'aquestes que actuen a nivell neurològic, a nivell de la pressió, a nivell de... Home, si prens una pastilleta de res, no! Però... però hi ha gent que condueix i pren quinze pastilles!] OnP\_002 (24:13)

En ocasions s'observa com algunes persones estan preocupades per si podran continuar fent les mateixes activitats que feien fins aleshores; tot i que a vegades la percepció que tenen és que no els han privat de res, en altres circumstàncies manifesten que ja els han informat que no podran fer-les:

No m'ha privat de res!!! Una cosa... bé, vaig estar uns mesos que sí que em van dir que era millor que no viatgés, però si ja m'ho esperava, jo!! Que ja no tenia humor per viatjar ja... [Ajá] Però després jo faig la vida normal que feia abans... P\_003 (51:131)

No, home, per mi no és normal, això! No, no. Pensa que jo abans venia de Xina o Mèxic, que són llocs amb molts canvis, canvis horaris, i a::: Tant d'aquí com allà, a mi m'agrada molt la muntanya, e::: i arribar d'estar 24 hores de viatge i pujar un 4.000, Mèxic. A::: o al revés, arribar aquí al vespre i posar-me a córrer al matí. Clar, per mi això seria lo normal. Ja em van dir que això me n'oblidés. Clar, això me n'he hagut d'oblidar... Sí, sí! Però tant, tant... ostres! Buff!! Lo del cansament... P\_004 (15:43)

Alguns es demanen si podran anar en avió, altres si podran saltar amb paracaigudes, fins i tot algun demana si podrà continuar sent donant de sang:

No sé fins a quin punt et limita això, no sé si... físicament, per fer coses, no sé si em limita per moltes coses, això, això no ho sé, llavors... li vaig dir, no vaig pensar a preguntar-li a::: a la Briònia es diu? Aquella noia. [Ajá] No vaig preguntar-li, si mai he d'anar amb avió, no passa res amb això? [En principi no hauria de...] No::: bé, jo no vaig pensar en preguntar-l'hi. ((*Senyor: ho hauríem d'haver fet!*)) És que no vaig pensar a preguntar-l'hi! P\_010 (66:79)

Viatjar en avió? [Viatjar amb avió? Cap problema, els avions estan pressuritzats, l'únic problema que tindràs amb l'avió és el temps que faci que has fet un infart, perquè hi ha unes normes d'aviació internacional! Em sembla que són quatre mesos! No sé si són quatre o cinc mesos! O de tres a cinc mesos, no ho sé exactament!] OnP\_002 (3:9)

Noooo! No, no, vull dir, jo home, jo abans m'agradava::: saltar amb paracaigudes::: i mil coses d'aquestes que ara, ja... És un exemple, eh::: vull dir... P\_008 (13:19)

Donant de sang, podem donar sang? Si érem donants de sang? [No! Només que prenguis una píldora d'aquestes, ja... t'envien a casa! Perquè clar, els passes beta-blocs a la sang!] OnP\_002 (2:7)

De totes maneres, sempre s'observa com alguna persona manifesta que no ha hagut de deixar de fer res, tot i que sí que explica que ha canviat algun dels seus hàbits:

No, no, no he deixat de fer res! Sí, bé, he deixat d'anar amb tren! Em fan anar amb avió, ara! [Bé...] No hi ha manera que em deixin anar amb tren!! Perquè com que em va passar en el trasllat de l'AVE a l'altre tren... em diuen que nou hores de viatge són masses hores!! P\_003 (39:131)

Totes aquestes pèrdues que exposen els pacients els ajuden a valorar quines accions de canvi i millora en la seva vida poden fer per tal d'adaptar-se a la SCA, i així assumir-ho com una part més en la seva vida.

#### 5.2.4.2. *Aprenent a viure amb la nova situació*

S'entén per *aprenent a viure amb la nova situació* el fet d'acostumar-se a la nova situació de vida que tenen aquestes persones. La valoració que fan els pacients de la seva situació post-SCA pot variar en diferents aspectes. S'ha de recordar que cada persona té unes particularitats i unes característiques personals que marcaran la lectura que facin de la seva nova vida. Els pacients expliquen que en algunes circumstàncies s'habituen a la situació que tenen, però que en altres no. Això està relacionat amb els plantejaments de vida que es fan després d'haver presentat la SCA, per adaptar-se i construir aquesta nova vida que tenen.

Sovint hi ha pacients que no entenen molt bé allò que els ha passat i no acaben de veure clarament les sensacions que tenen. Fins i tot alguns expliquen que ho deixarien tot per començar en un altre lloc de nou, ja que manifesten que no volen seguir amb aquesta situació:

Mira, jo veig que, jo ara agafaria, plegaria de tot, me n'aniria a Cuba, al Carib, m'oblidaria de tot, i viuria molt bé [Ajá, ajá] / hagués pogut viure molt bé / P\_001 (32:87)

Llavors clar, estàs amb una cosa, que et sembla... sempre tot et sembla que et fa mal! Vull dir, encara que no tinguis res, qualsevol cosa que no li dónes mai importància, en aquell moment li dónes, perquè penses... ai! ai! ai! És clar, i jo m::: al posar-me això::: el stent... P\_010 (43:11)

Hagués continuat de baixa, hagués continuat ja deixant-ho tot perquè no tinc ganes de continuar, no... P\_001 (97:51)

Però no tots desitgen evadir-se de la situació que tenen després de la SCA; altres manifesten que busquen altres formes per poder construir la seva nova vida:

Pero a lo mejor no sé, a lo mejor trabajando pues me cambia la:: la cosa y puedo seguir... He estado toda la vida conduciendo un toro. [Ajá] Y conduciendo y llevando coche y llevando camión, a lo mejor un trabajillo de esos asín:: ¿me entiendes? De torero en una empresa cuatro horitas, cargando y descargando camiones, que no haces esfuerzo, puedo estar. ¡No lo sé! P\_002 (129:96)

Alguns pacients afirmen que l'entorn familiar els fa adonar-se que encara no s'han acostumat a allò que han de fer per adaptar-se a la nova vida que tenen i es plantegen que caldrà integrar-se de nou:

Llavors ja tenim crits!!<sup>44</sup> Que no pots portar pes! Que aquí, que allà, que més enllà... Però bé! Això encara no m'hi he acostumat! I ha fet un any, eh! P\_003 (20:87)

I doncs suposava, doncs integrar-me una altra vegada a::: al dia a dia! P\_007 (7:3)

Altres valoren els canvis a nivell laboral que han de fer per habitar-se a les necessitats que tenen després de presentar la malaltia coronària. Es plantegen fins i tot si seran capaços de fer-ho:

Sí, però no, perquè... Perquè **MM**, si agafo més responsabilitat m:: m'ho sabré agafar bé? M'estressaré? Perquè em diuen, no l'estrès, em fa molt riure que em diguin... diu el metge... no, no, no et pots estressar! P\_009 (77:54)

Bé, no sé si podré fer aquesta feina, però bé... P\_004 (100:27)

Algunes persones es veuen capacitades per valorar com estan. Intenten fer una comparació entre el que feien abans i el que poden fer ara i valorar fins on poden arribar. Alguns s'adonen que els costa adaptar-se, encara que altres creuen que ho han fet bé:

---

<sup>44</sup> En aquest cas, ens estava explicant que anava molt carregada quan tornava de comprar. Es refereix a la seva jove, que l'escriu per aquestes accions.



Doncs perquè em pensava que no... Em costava molt, no, no, jo::: no em feia a la idea, jo... P\_010 (45:19)

No, no, home, sempre hi ha dies que dius **MM**, no pots ni fer això, ni fer allò, sempre surt aquest flaix, eh:: Però... però bé::: t'hi acostumes i punt! Vull dir que no::: P\_008 (100:243)

IP: Creus que t'has adaptat a aquesta nova situació que t'ha comportat l'infart?  
P\_006: Crec que sí! Bé, sí! [Això que mira amunt què significa?] Va, 85-90%, deixem-ho aquí! [Per què?] No el 100%, bé, perquè suposo que hi ha aquella petita part de mi que... que de tant en tant se n'oblida, no? P\_006 (34:109)

Es pot observar com algunes persones expliquen que alguns dels canvis que han hagut de fer per adaptar-se a la nova vida els han resultat difícils d'adoptar:

Se'm fa difícil de vegades fer el menjar amb sal i sense, normalment trec el meu.  
P\_006 (80:83)

P\_006: El que em costa més és no fer de tot i:::

IP: Què vols dir no fer de tot? A veure!

P\_006: No, o sigui, per exemple, doncs això l'entitat, e::: Posar-te, i si estàs muntant una cosa, doncs implicar-te molt! Per exemple, hem estat a la cavalcada de Reis... Bé, hi he estat des del primer... bé, des del primer dia no, perquè clar, ja no em convocaven a reunions, ja no així, perquè... Però ara ja últimament sí! Perquè l'entitat nostra és coorganitzadora amb l'Agrupació Cultural del Bages, i llavors doncs... I el dia de la cavalcada doncs sí, em vaig fer tota la cavalcada, però al fi i al cap és caminar! Però caminar, controlar i així... sí, que venia el meu gendre que::: doncs estàvem tots dos, no? Però bé, aquestes són les coses que potser em costen una mica més! P\_006 (117:83)

De vegades algun pacient manifesta que complir amb les recomanacions i la rehabilitació li ha permès anar superant la situació de vida que té:

He fet, he estat deu setmanes i això m'ha anat molt bé, perquè m'he anat superant... he anat fent coses [Ajá] i això m'ha anat molt bé [I a..] I això és el més important, ehh?!?! P\_001 (72:11)

En ocasions intenten fer pactes amb la seva vida que els serveixen per construir el seu camí a partir d'ara. Algunes vegades, però, no saben com continuar i seguir endavant, i fins i tot

alguns expliquen que han embolicat els professionals sanitaris en fer-los creure una situació que no era del tot real:

IP: Una mica també el dilema de::: jo sé que he de fer això, no? [Ajá] He de portar una vida tranquil·la, però clar, la situació...

P\_009: Per això, et demanen una altra cosa, no? I clar, hi ha aquest tema, m::: Bé... de moment intento... M::: li estic donant moltes voltes. [Ajá] Com... perquè ja sé que al final... P\_009 (82:68)

No! Em sentia que els matins i::: bé, què faig... I bé, llavors vaig anar al metge de capçalera. Com que estava de vacances, que era l'agost!, n'hi havia un altre, i li vaig dir... d'alguna manera el vaig enredar! (..) Li vaig dir no, que jo em sento bé i tal! No! Però si tu has tingut un infart! Vas... P\_007 (92:163)

Malgrat tot, alguns participants expliquen que no els ha fet falta construir una nova vida, ja que manifesten que continuen fent el que feien abans:

Però és per això, vull dir, però bé, tampoc és cap problema!! Tant és anar amb tren com en avió!! [Sí, sí, sí, el fi és el mateix!!] El fi és el mateix, vull dir que no... Jo faig lo que feia abans i ja està... P\_003 (84:167)

En casos particulars hi ha pacients que reconeixen que han hagut de fer un canvi en les seves prioritats de vida, en un intent de recuperar el màxim de la seva vida anterior amb la família i trobar un equilibri:

Però arriba un dia que això ho talles i tornes a sortir al carrer i tornes a anar a treballar i tornes a anar... Et tornes a empenyar amb els nens, els meus nens, un perquè té un all un perquè té una ceba, un perquè té això, l'altre perquè està pre-adolescent total i pel que sigui... Clar, tot això ha quedat en segon pla! [Ajá] Tot el que tu donaves una sèrie de prioritats, no? (..) queden en segon pla per tu, perquè ho has d'anar aparcant::: I pel teu entorn també, perquè el dia a dia... és potser pitjor que::: els hàbits saludables, no? P\_008 (24:51)

Sovint, manifesten que volen tornar a la normalitat:

Vull dir, això... canvies aquestes coses, però és clar, ja et dic, tot forma part d'una mica de la relaxació també, de la relaxació o::: que estàs... Ooo::: a la normalitat una altra vegada, entre cometes, no? P\_008 (38:115)

En aquest aprenentatge de la nova vida, alguns dels pacients reconeixen haver rebut suport i consell dels professionals de salut, encara que no és fins que no ha passat un quant temps que no s'adonen que allò que se'ls havia explicat eren els diferents passos que han fet per habitar-se a la seva nova vida:

Bé, ja m'ho deien, tranquil·la, que ja... tranquil·la, que ja... Sí, sí, però bé, ha hagut de passar el temps! P\_010 (48:27)

Busquen també com poden evitar les situacions d'estrès per adequar-se a la nova situació de vida que tenen:

A mi em preocupa, per exemple, canviant de tema, és el tema de l'estrès, de l'ansietat, perquè jo sóc... pel treball que tinc, tinc molt estrès, tinc molta ansietat! El factor de l'ansietat ja és meu, el factor de l'estrès ja me'l porta... [Ja ve després] ja ve tot junt! Es conta que lo primer que va malament, en una situació d'estrès, d'ansietat, e::: hi ha la::: un factor, no? OnP\_003 (35:53)

Altres participants expliquen que els primers dies estaven molt sensibles amb la situació de vida post-SCA i tenien la sensació que no sabien què havien de fer, fins i tot de no poder complir amb allò que suposadament havien de fer:

I que qualsevol cosa, els primers dies, els primers dies qualsevol tonteria ja... ja estàs una mica acollonit, no seria potser la paraula, però sí, estàs molt sensible! P\_009 (100:142)

Que he tingut aquest procés, i aquest procés, doncs, és que bé, al principi et deixa, bé i ara què? Tot això, doncs e::: anar buscant, anar buscant aquesta tranquil·litat! P\_007 (61:19)

Les creences i valors de persones ajuden a fer balanç davant la nova situació de vida. Un dels pacients explica que l'experiència d'haver viscut en una cultura indígena durant una temporada i ser practicant de tècniques de meditació i relaxació han estat punts claus per poder ser conscient de la situació i l'han ajudat a adaptar-se al nou estat de salut:

Sí, la meditació penso que és una de les parts, clau! P\_007 (22:23)

Sí, intento fer-ho en algun moment! [Ajá] Ja no és... m'hi poso, ara no! Si no que ser conscient en cada moment, i això m'ha ajudat! [Ajá] Aquesta situació encara m'ha reforçat més el estar a cada moment conscient! P\_007 (62:27)

Aquesta manera de ser de les persones, sovint els fa prendre decisions relacionades amb les activitats que anteriorment feien:

Yo he planteado que cuando hay una hora de distancia al hospital más cercano he dicho que ¡no! OnP\_003 (31:43)

El fet d'acostumar-se a la nova vida té diferents sentits per als diferents participants. Cada persona intenta valorar la seva nova vida i allò que ha hagut de canviar en funció de les seves circumstàncies. No tots expliquen que els ha estat fàcil acostumar-s'hi, però en la gran majoria s'observa que, dins de les seves possibilitats, s'han habituat a la nova situació.

Cal valorar també tot el conjunt de vida que tenen. Sovint la percepció que tenen de la seva vida fa que expliquin que no volen continuar. Alguna persona, en adonar-se de la situació familiar que l'envolta i les conseqüències que això podia generar, porta a terme accions per adaptar-se a la seva nova situació de vida:

Suposo que vas mentalitzat de que has tingut un avís [Ajá] I::: penso que encara tinc tres fills i::: són petits encara i::: i crec que::: no puc fer una mala jugada pels meus fills i la meva dona, i que com a mínim tinc que aguantar molts anys [Ajá] per... poder-los veure i::: i podríem dir que això val la pena, no? P\_009 (41:98)

Manifesten que la situació que tenen els fa reflexionar per tal de poder construir de nou la seva vida, i afirmen que això no els suposa un sacrifici:

IP: Has canviat potser una mica les prioritats...

P\_009: Sí, perquè he canviat molt les prioritats, perquè és el que et dic, tinc tres fills (.) I així el gran, doncs, em vaig perdre molts anys de la seva vida, en canvi el petit l'he gaudit molt! Molt, no? Ja m'ho diuen, tota la resta, em diuen que el tinc molt mimat. [Ajá] Potser sí, però clar, només perquè, dic **MM**, aquest que és el darrer, doncs volia... he volgut gaudir-ho tot, no? Tot el que he pogut! [Ajá] Perquè és veritat, passa volant, el temps passa volant! I si no frenes... Perdó ((*Es moca*)) I si no et frenes, doncs::: no te n'adones i dius **MM** [On sóc, no?], on sóc, no? I els nens ja... [Ja són grans...] ja no són nens i ja volen sols i **MM**, i tu què has fet, no? I::: bàsicament és això, ara encara, doncs, amb això, doncs, encara m'ha fet, m::: reflexionar més en aquest aspecte, i llavors els sacrificis de::: de la dieta o del menjar, doncs::: no em són::: no els considero sacrificis [Ajá], al contrari, no? P\_009 (96:132)

S'observa que és important conèixer i saber la valoració que els pacients fan de la seva nova situació de vida per tal de poder-se adaptar a la vida post-SCA.

#### 5.2.4.3. *Em pot tornar a passar*

S'entén com *em pot tornar a passar* aquelles situacions que els pacients identifiquen com a preavisos de poder tenir una altra SCA. Els pacients sovint manifesten tenir por que els pugui tornar a succeir.

Molts d'ells ho identifiquen amb el fet d'haver d'estar alerta durant la resta de la seva vida. Tenen la percepció de perill constant:

Viure en el perill constant, compte, el perill el pots tenir igual! Perquè encara que estiguis operada, si no fas bondat... també el pots tenir, no??? P\_003 (81:71)

Ens plantegeu, que és que esteu amb un risc imminent! OnP\_003 (5:19)

Altres ho relacionen amb una sensació de temor que els torni a succeir un altre episodi de dolor cardíac:

Sí::: potser és por, jo no vull dir que no, però és clar, ja tens aquella cosa de dir, compte, perquè::: que no... [Que no em torni a passar! No?] Oi, i tant! Sí, sí, això sí que no voldria, no! P\_010 (72:91)

Perquè el::: potser el::: la por a tenir-ne un altre em va marcar molt! Moltíssim! De seguir... Sí, sí! Això... I ara encara quan ho penso... clar, tinc por! P\_004 (35:187)

Algunes persones són capaces d'identificar estats que viuen com a situacions estressants que els podrien provocar un altre esdeveniment cardíac:

Quan faig algun esforç... **MM** (...) mmm, compte, que si no... P\_001 (71:7)

Jo veig que això<sup>45</sup> me provocarà un altre cop... vull dir... em tornarà a passar. P\_001 (98:55)

¡No, porque me acelero y me voy! P\_002 (102:55)

---

<sup>45</sup> En aquest cas el pacient ens explicava la seva situació laboral. Ens deia que el fet de pujar i baixar cada dia de Barcelona a Manresa i les cues que es trobava conduint li provocaven estrès, fent que ho identifiqués com un factor que li podria provocar un altre esdeveniment cardíac.

D'altra banda, les seqüeles físiques que sovint presenten aquests pacients, a part d'ajudar a prendre consciència de la patologia que tenen, els fan plantejar la possibilitat de tenir una altra SCA:

Coges una serie de miedos y coges aprensiones a la mínima que tienes un dolor... Porque claro, la medicación, hay alguna medicación que activa más los dolores musculares, los hace más fuertes por lo que me comentaron, ¿no? Y a veces estás en casa y empieza un dolorcito aquí ((*Assenyalant-se el pit*)), otro aquí o lo que sea, de estar resfriado, de toser, pues el pecho te duele. Y ya no estás tranquilo, tienes una inquietud que no antes que te doliera, decías ¡bua!!! ¡Ya está! Y ahora ¡no! ¡Ahora, quieras que no, te preocupas! P\_005 (16:15)

Jo clar, m'acollonia i dic què passa! [Em pot tornar a passar, no...?] Exacte! Però punxades, ara venia ara marxa, però abans... P\_9 (27:30)

S'adonen que necessiten cuidar-se per evitar una altra situació com la que van viure:

Que::: que en cualquier momento si no me::: cuido [Claro] ¡me puede volver a dar!  
P\_002 (137:144)

En algun cas en concret, recorden la seva vida abans de la SCA i se'ls fa difícil imaginar com podria tornar a ser haver de passar per aquesta situació en un entorn diferent al que han tingut. Transmeten respecte davant d'aquest fet:

Llavors clar, això que em passi quan sóc a::: Gabon o::: Gabon encara, no sé, República del Congo, no fa gens de gràcia! No! Bé, no sé si podré fer aquesta feina, però bé... P\_004 (9:27)

Altres pacients es plantegen la repercussió que podria tenir en el seu entorn laboral el fet de tenir una altra SCA durant la jornada de treball:

He tingut que buscar-ho una miqueta, perquè l'empresa al principi deia, osti Albert,<sup>46</sup> e::: clar, et podem tindre, però clar, a tu ja t'han donat ara lo que és la pensió; el fet de treballar, tot són problemes, inclús que em doni allà un infart! [Ajá] Podràs ser un problema per a ells o no? Clar, això és un risc! P\_007 (87:143)

---

<sup>46</sup> Nom fictici per mantenir l'anonimat de l'entrevistat.

Clar, a mi em dóna un atac de cor, que m'han de venir a buscar amb ambulància i tot! Doncs vénen a buscar, a veure què, a veure.... I llavors clar, aquest tipus de risc per l'empresa, tampoc! No estan... que assumim aquest risc, molt bé! O millor que no! (.) Clar, i tenen la seva raó! I dir que no! Ara estic a veure un temps si, a veure que... Potser més endavant ja ho veurem, no? P\_007 (88:147)

Un dels dubtes que genera més inquietud entre aquestes persones és com serà la propera vegada i quines conseqüències pot tenir:

Porque yo ahora, si me viene otro infarto (..) ¿Cómo me va a venir? (.) ¿Por qué me puede venir? P\_005 (47:47)

Clar, i llavors és això el que... I això et pot passar més endavant, inclús em preocupa el fet que més endavant què pot passar? P\_007 (41:135)

Primero que piensas ¿por qué no me puede venir otra vez? ¿Por qué no me puede venir más fuerte? ¿Igual me quedo en el sitio? [Ajá] Puede ser, porque a mí nadie me ha dicho no te puede volver a pasar... P\_005 (35:23)

Altres pacients manifesten que després de presentar la SCA ja coneixen la seva simptomatologia davant d'un altre esdeveniment cardíac, i que no poden viure pensant que en tindran un altre:

Recordo un comentari, no sé, d'una metgessa en un informe o d'una infermera, que em va dir, ara ja saps quina és la teva sensació d'infart, perquè no tots els infarts donen la mateixa simptomatologia. [Exacte!] Ara ja saps quina és la teva, ho dic perquè si et tornes a trobar... P\_008 (98:215)

No! Penso que no n'he de tenir! O sigui::: no puc viure pensant que tindrà un altre infart. [Val, no vius això] No visc, no, no! Això no vol dir que demà em llevi al matí i::: sant tornem-hi! Però vull dir que::: [Ajá] però vull dir que no::: com a mínim sé la sensació d'un infart! P\_008 (59:207)

Tot i això, es troben persones que assumeixen amb tranquil·litat la possibilitat de tenir un altre esdeveniment cardíac:

Sensació! Una sensació de que, bé... perquè vas a dormir! Quan vas a dormir no ets conscient, pesa aquesta consciència! I llavors pot passar! Pot passar... Mira, potser em dóna i ja està! I em quedo dormit, o sigui que no em quedo neguitós, dormo. P\_007 (33:71)

Alguns dels pacients busquen informació de com actuar davant un altre esdeveniment cardíac, i també es plantegen que si es troben lluny de l'hospital creuen que no arribaran a ser atesos a temps:

Però si passa això llavors és millor venir-te cap a aquí! [¿Pero cómo? Venirse...] No, no, primer te tomes això i després... [Si t'ha passat el dolor, si usted se toma una pastilla de debajo la lengua y se le ha pasado el dolor ¡ya está! A lo mejor era un trombitito que, una plaquita...] ¡Luego te quedas en casa! OnP\_002 (21:49)

Però si és lo que li dic jo! Si tinc un dolor com el que em va passar, és que no arribo! [És que no cal anar allà dalt! Vés aquí, a qualsevol bosc!] Que no arribo! A l'hospital? M'entens?? OnP\_003 (23:29)

Tots aquests interrogants, dubtes i incerteses que expressen els pacients els ajuden a anar-se adaptant a la vida després de presentar la SCA i a poder continuar endavant amb les limitacions o dificultats que cadascun d'ells es va trobant i vivint. Per a molts pacients, la sensació de poder tenir una altra SCA els marca la vida després de presentar la patologia, i l'adaptació i afrontament que fan de la nova situació de vida que tenen.

#### 5.2.4.4. Anticipar-se al futur

Dins l'anticipació al futur s'observen els plantejaments que els pacients fan cap a un temps posterior. Busquen conèixer i saber allò que podran fer després de presentar la SCA i en algunes ocasions mostren preocupació al respecte.

En ocasions es pregunten quant temps pot durar aquesta situació que ara tenen, i fins i tot són capaços de posar un límit de temps a la seva vida si no aconsegueixen adaptar-se al nou estat de salut:

No pienso que a ver, ¿cuánto::: voy a durar así? Pues si::: hace::: año y medio, dos años. P\_002 (144:148)

Que sóc bastant realista i que la meva vida té una duració de deu anys més com a molt, amb aquest ritme i se m'acaba, eh!? Sóc conscient, eh?! [Però, per què ho diu, això?] Per l'estrès, per l'ànim, perquè, **MM**, no tinc la tranquil·litat que tindria que tenir, no la tinc (...) No la tinc! P\_001 (162:63)

Amb tot, encara que algunes persones sentin que estan estables, no es plantegen com serà el futur proper:



Home, diem que estic més estable! Però neguitós, eh? Perquè doncs bé... el futur no se sap, no?? Sí, sí! P\_004 (27:91)

En ocasions, manifesten que la seva preocupació en un futur és com es podran reincorporar a l'entorn laboral i que, si aconseguixen reincorporar-s'hi, creuen que ho passaran malament per les circumstàncies que tenen:

Bé, ja ho veurem! Ara de moment plantejar-me-la, encara no me la plantejo, perquè clar, encara no he pogut començar a treballar, però quan comenci... Tu pensa que jo ja tinc 55 anys i hauré de començar de zero. O sigui que... I encara que pogués fer aquesta feina, els clients se'n van! Són clients que ja no hi són! Llavors, doncs bé... aquesta serà una preocupació. Quan em passa això, penso, potser no cal, eh? És una preocupació, però la puc... puc estar preocupat per això perquè estic viu! Perquè, doncs, si això m'hagués passat a Dakar és possible que no ho hagués contat! P\_004 (18:55)

Veus, això que et deia d'aquests països que jo vaig normalment tenen un estiu, molt, molt llarg, i l'última vegada que vaig anar a Senegal, que era a l'octubre, feia moltíssima calor, moltíssima! Fins i tot la gent es queixava! I jo ho vaig passar malament! I ara estic segur que ho tornaré a passar malament. Però bé... no hi pensem! P\_004 (147:103)

Altres plantejaments que es fan aquestes persones estan relacionats amb l'intent de buscar una calma que els pugui ajudar a adaptar-se a la seva nova situació de salut:

Preveig? Sí, d'aixecar-me cada matí i fer alguna cosa, quan em calmi, però clar, m'he de calmar! P\_001 (149:151)

En un cas en concret, s'observa com una situació que el pacient ha passat, i que sap que en un futur no gaire llunyà haurà de tornar a succeir, li genera que no acabi d'entendre els fets que està vivint i les proves que li estan fent:

Ya estoy pensando en que de aquí dos años tengo que... me tendrán que volver a hacer pruebas, porque tienes que volver a hacer el tribunal médico, a ver si has mejorado, no has mejorado, que ya saben que no voy a mejorar si... [Ajá] Pero yo no sé, ¿por qué no hacen la cosa ya que sea de decir, esto es lo que tienes, ya de por vida, por qué si ya...? Saben que el corazón no se regenera. [Sí, sí, sí, ya le entiendo] Pues a lo mejor tendré:: ¡un poco más de:: aguante, un poco menos

de aguante, de ahí no voy a pasar...! Entonces por qué vas a tener cada dos años, venga pruebas, para aquí, esfuerzos... P\_002<sup>47</sup> (53:148)

Dins aquesta anticipació, el pacient també busca comprendre què li pot succeir si no compleix amb tot allò que se li recomana, i manifesta que té dubtes relacionats amb aquest aspecte:

¿A qué me llevaría? Ves... ¡son las dudas! [La consecuencia de hacer esto ¿cuál es?] ¡Exacto! Me diga, pues ¡no! ¡No te pases! Porque el otro día, pues estaba a 145 pulsaciones y a 18 de máxima, ¡bueno, pues vale! Pero yo si... me encontraba (.hhh), buffff (.hhh), buffff ¡pero yo decía, no, puedo dar más, si quiero! Eso es lo que quiero, que me diga [Ajá] si hago ese paso más... la causa, ¿qué puede pasar? Porque es... las dudas que yo tengo, y de paso... yo creo que... es lo que te digo, si cuando más esfuerzo físico haga me voy a encontrar mejor ¿voy a evitar otro infarto con eso? ¿O no? P\_005 (161:79)

Però també es pregunten què caldrà fer després de seguir el programa de rehabilitació:

Et sents bé, et sents que estàs repenjat, que tens un puntal, que tens algú que t'està apoiant i no sé què, i que tu ho estàs enfocant molt bé! Però després, quan s'acaba això, què fem? Quan sortim d'aquí, què fem? Clar... aquesta és la gran pregunta! OnP\_003 (11:19)

Algunes persones fins i tot es plantegen què caldrà fer, després d'algun temps, amb la presa de medicació:

Durant els tres mesos fem el medicament que fem, i després? [No, no! Si tu quedes bé, normalment quedes amb dos o tres fàrmacs, una aspirineta no influeix en la conducció, la simvastatina no influeix en la conducció i el betabloq que puguis prendre evidentment tampoc! Vull dir que si has quedat bé i prens... tres o quatre cosetes d'aquestes no passa res!] OnP\_002 (4:15)

Però aquesta anticipació al futur no només preocupa el pacient. La família en alguna ocasió els fa adonar que ja no volen fer plans i que viuen el dia a dia:

---

<sup>47</sup> Cal dir que en aquest cas el pacient es troba pendent d'un tribunal mèdic d'aquí a dos anys, per valorar de nou el grau d'incapacitat que li ha provocat la SCA. Aquesta previsió de futur que fa de la situació que ha de viure en breu li genera malestar.

¡No, no! ¡Tienes la misma vida! ¡Eso sí, pensar solamente en mañana! Me iré aquí, me iré allá... Tal día me iré allá y ya está, ¡y punto, nada más! No pensar de aquí...

P\_005<sup>48</sup> (180:95)

Majoritàriament, s'observa com l'anticipació al futur genera diferents pensaments i accions en les diferents persones que han presentat una SCA.

#### 5.2.4.5. La por com a enemic

La por seria un sentiment que manifesten els pacients que els ajuda a adaptar-se a la nova situació de vida que tenen. Cal remarcar que no fa referència a la por de tenir un altre esdeveniment cardíac, ja que aquest aspecte ha estat treballat dins el codi *em pot tornar a passar*.

S'observa com alguns pacients manifesten clarament que tenen por, sense relacionar-ho directament amb cap causa, i fins i tot diuen que tenen por davant de qualsevol circumstància:

I jo dic, millor que no sigui res, però és clar, tu has de... de... d'explicar-ho, perquè si no... [Ajá] perquè tens por! [Sí, sí] En una paraula, tens por, i ja està i no hi ha més, però bé... I fins ara, ara esperar a veure què passa. [De mica en mica] Sí, sí. [Si vostè es va trobant bé:::] I ara estic contenta perquè veig que... cada vegada tinc més ganes de fer coses, tinc més::: P\_010 (75:91)

És que llavors ja arriba un punt en què et fa por tot! P\_010 (54:39)

Algun pacient explica que té por, però concretament de fer esforços. Explica dificultats per seguir la pauta de rehabilitació que té marcada, encara que sigui sota supervisió:

Però tenia molta por, molta por! Fins i tot la Campaneta m'ho va haver de dir una vegada: bé, escolta, si et passa alguna cosa ets al lloc adequat! [Ajá] I tant, i és clar, tenia raó! Llavors, doncs bé... vaig perdre una mica la por! P\_004 (3:3)

Altres també manifesten por de fer l'activitat que abans feien. S'observa com sovint requereixen algun professional per tal que els ajudi a superar aquesta por que els impedeix adaptar-se a la nova vida:

---

<sup>48</sup> En aquesta entrevista la parella de l'entrevistat hi va ser present; és qui afirma que ja no vol fer plans, i aquí es mostra la resposta obtinguda del pacient.

¡Xop, tengo miedo a bañarme! Dice ¿por qué? ¡Yo qué sé por qué! ¡Porque me da miedo, tío! Me da miedo tirarme al agua, meter la cabeza debajo... Dice ¡no tienes que tener miedo! P\_005 (43:35)

A vegades, els comentaris que poden fer els professionals sanitaris poden provocar l'efecte contrari al desitjat i fer que encara tinguin més por:

Llavors encara em va fer agafar més por aquell senyor, perquè diu «Vostè ha tingut un infart agut de miocardi, i això és molt sèrio, i a partir d'ara, doncs... el cuidarem, el pitjor diguem ja ha passat, però bé, a partir d'ara vostè haurà de seguir unes regles molt estrictes». P\_004 (49:3)

Però no només han estat els comentaris els que han generat més por a la persona; algunes situacions que han passat després de presentar la SCA també hi han contribuït:

Ahí sí<sup>49</sup> cogí miedo. ((*Senyora: ¡mucho miedo!*)) [Ahí, ¿sí?] Sí, porque yo antes, cuando tuve el infarto, a las dos semanas yo me encontraba perfectamente, ¡había días que corría y todo!! ¡Sí! Sí ¡Sí! Y corría, ojo, ¡no hacer maratones! P\_005 (24:15)

En ocasions es veu com alguns dels pacients, malgrat buscar adaptar-se a la seva nova situació de vida, es plantegen que potser no estan del tot recuperats i tenen por davant d'aquest fet:

I por, doncs, a no estar al 100%, a no respondre prou bé... Jo diria que potser una mica anava per aquí la cosa! Però bé, ara ja, prova superada! P\_006 (60:15)

La por és un sentiment que ajuda les persones que han presentat una SCA a adaptar-se a la nova situació de vida, i a veure com ells mateixos es troben. Permet valorar, també, quines accions poden fer i quines no per habitar-se a la seva circumstància personal i veure els canvis que els són necessaris.

#### 5.2.4.6. Desitjos saludables

Els desitjos saludables serien aquelles demandes que fan les persones que han presentat un esdeveniment cardiovascular. Són necessitats que els pacients creuen que els ajudarien a adaptar-se a la nova situació de vida i reorientar-los en el cas de sentir-se perduts. S'observa com aquestes demandes necessiten que siguin acomplertes per tal que els pacients puguin adaptar-se a la nova situació.

---

<sup>49</sup> Aquí fa referència a la síncope vagal que va presentar aquest pacient.

Alguns pacients creuen que el fet de deixar de treballar els permetria poder viure més tranquils i que això els ajudaria a adaptar-se a la vida post-SCA:

Per tant, jo crec que lo millor seria és... bé, no... Agafar la baixa... i tranquil·litat, i... amb això poder viure i s'ha acabat. I llavors, sí que jo crec que allargaria la meua vida (.hhh), però jo crec, crec, eh!?! P\_001 (102:63)

Però d'altres persones busquen tot el contrari. Demanen poder fer alguna tasca laboral per sentir-se útils i que això els ajudi a evitar estar tanta estona a casa:

Al lloc que treballo també és un lloc de manipulació i tractament i venda de productes ecològics! [Ajá] O sigui que està dins d'un procés... Oferim, doncs, productes sans per persones perquè::: tinguin una alimentació que, bé, que pugui ser més efectiva que un producte que està tractat químicament o tal... Bé, doncs això també em fa sentir una mica útil! [Ajá] Cap als demás! Que això també és molt important! P\_007 (24:43)

Y ahora estoy mirando a ver si puedo conseguir cuatro horas [Para poder...] o tres o dos horas. [Las que sean] Al menos entretenerme [Claro], y no estar tantas horas metido en casa. P\_002 (128:91)

Malgrat tenir unes pautes d'exercici físic marcat i seguir-les, algun pacient creu que té necessitat de més, i considera que pot fer més esforç del que se li està proposant:

Pero a la vez veo y tiene razón, porque a ella le gusta mucho andar y::: que necesito más, ¡necesito machacarme más! [Más] ¡Sí! ¡Andar más, sí, sí!! P\_005 (59:79)

La família en ocasions planteja situacions poc agradables al pacient, fent que aquest reclami que necessita el seu espai:

Tots ho sabeu, no, que m'heu de deixar el meu espai? P\_006 (89:107)

En relació amb el suport que reben aquests pacients, malgrat que en facin una valoració molt positiva comenten la necessitat de poder tenir un psicòleg a disposició, per tal d'ajudar-los en aquesta etapa d'adaptació a la nova vida post-SCA:

Aquesta és la meua experiència, l'únic que::: com és si... si es pogués fer... que quan et passa alguna cosa d'aquestes, doncs que tinguéssim::: més assessorament::: no sé si una part psicològica? P\_009 (46:138)

I no... Ja sé que és demanar molt, però ja que heu fet això, no podeu continuar fent un torn més aprofundit i més personal? OnP\_003 (14:19)

No arribo! [Però això no ho pots pensar!] Doncs digue'm el que he de pensar! Això és el que t'estic demanant! [Evidentment, aquesta por us l'heu de treure!] Doncs explica'ns com ho hem de fer! [Si no la podeu treure sols, heu de demanar ajuda, evidentment!] Doncs tornem a estar a lo d'abans, doneu-nos-la! Feu un programa! OnP\_003<sup>50</sup> (24:33)

Alguns d'ells també demanen tècniques i eines per poder desconnectar de la rutina habitual i de l'estrès que genera:

Doncs a mi el que m'agradaria és::: que algú em fes veure, o ensenyar-me, tècniques de dir::: no, com desconnectar el teu cap, que no pensi::: I l'únic que m'han dit és, doncs no, para i així, intento fer això. [Ajá] No sé res més, ara! No ho sé si hi ha alguna cosa més. P\_009 (117:182)

Conèixer les necessitats que perceben els pacients ajuda a comprendre les seves demandes i descobrir noves formes d'acompanyament per tal de millorar l'adaptació a la nova situació de vida.

#### *5.2.4.7. La força de voluntat*

Dins aquest codi es recullen totes les aportacions que els pacients fan demostrant que tenen voluntat per fer front a la seva nova situació de vida i que tenen la intenció de canviar per tal d'adaptar-se al seu estat de salut.

Alguns participants expressen aquesta intenció de canviar amb l'objectiu de poder adequar-se a la seva nova vida. Alguns d'aquests canvis poden estar relacionats amb l'activitat física, d'altres amb viure una vida més tranquil·la o fins i tot amb treure importància a algunes situacions per tal d'habituar-s'hi millor:

Però sí que la intenció és agafar i fer alguna cosa, no? El que passa és que me tinc que relaxar mentalment de tot! Tot el que tinc! [Ajá] M'he de mentalitzar que el que tinc ja és suficient! Que no necessito més, per poder fer aquestes coses! P\_001 (44:135)

---

<sup>50</sup> En aquest cas, s'estava comentant la necessitat d'un programa de suport psicològic.

I quan em planti aquí, doncs buscaré una bicicleta encara que sigui de segona mà, m'és igual, a mi. Bicicleta estàtica o lo que sigui. [Ajá] I... com que tinc l'habitació gran farem exercici cada dematí. P\_003 (116:107)

Sí, sí. Y se lo planteo ahora; cuando acabemos la recuperación, vamos a intentar madrugar, un bocata, un agua y a la mañana tirarnos siete u ocho kilómetros cada mañana. P\_005 (60:79)

A veure si m'explico! Jo, per exemple, em reincorpo i intentaré de dir: lo que fins ara era molt important, pensar que no és tan important, però jo estic en aquest moment, doncs, envoltat de coses que em fan estressar, de coses que jo no... Ni que tu no ho vulguis! Estàs patint un estrès igualment? OnP\_003 (36:53)

D'altres expliquen que ja fan accions per poder-se adaptar i que tenen el propòsit de seguir-ho fent, tot i que en algun moment reconeixen que els costa:

Estoy tomando medicación. Me han bajado [la medicación] el latido a unas frecuencias muy bajas, entre 50x', estoy entre 46-48x', 55-56, ahí estoy en medio [Ajá] (hhh), que apenas doy tres pedaladas y se mete a 90 [Claro] y sigo, tengo que hacerla [Sí, sí, sí], tengo que hacerla por... [Usted tiene voluntad] Sí, sí. Lo hago y cada dos por tres me estoy controlando, porque claro, cuando yo veo que me paso de 100, ¡eh, para! P\_002 (62:132)

[Exacto ¡Usted tiene la voluntad esta del cambio!] ¡Aunque me cuesta! [Ya, ya, ya] ¿¿Cuesta, eh?? Porque ya con montarme en el coche ya me duele el pecho. P\_002 (142:144)

S'observa com la vida personal que envolta els pacients els serveix de motivació i voluntat per seguir vivint amb la nova vida que tenen. Manifesten que un nét, per exemple, és un bon motiu per fer bondat:

Vull fer més bondat! Penso que em queda molta vida per davant i... [Ajá] i que tinc una néta molt maca per criar! I tant! P\_006 (98:123)

A mesura que transcorre el temps, les persones manifesten més ganes de fer canvis i perceben millor allò que cal fer:

Ara ja tinc ganes de fer-ho, sí, sí! Ara a vegades::: em poso, doncs ara hauria de fer això i ara allò, i tinc més ganes de fer-ho. P\_010 (63:71)

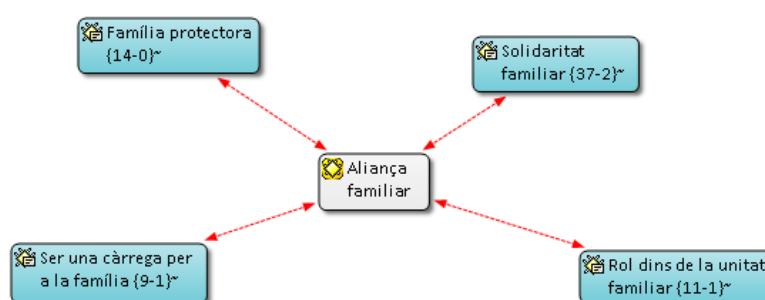
La força de voluntat és molt important perquè fa que les persones percebin la necessitat de canviar per poder adaptar-se a la nova situació de vida i mantenir-ho, almenys, durant un període de temps.

### 5.2.5. L'ALIANÇA FAMILIAR

En aquesta categoria es treballen, des de la visió del pacient, totes les conseqüències que creuen que pot ocasionar una SCA en el seu entorn, principalment en la família. La família és un punt de suport, tant per als pacients com per als professionals de la salut. Entendre com una SCA modifica l'estructura familiar pot ajudar a fer accions dirigides a diferents punts per tal de millorar l'adaptació del pacient a la vida post-SCA.

Dins aquesta categoria s'identifiquen els codis següents: la *solidaritat familiar*, la *família protectora*, el *rol dins de la unitat familiar* i *ser una càrrega per a la família*.

El gràfic següent mostra les relacions entre els codis d'aquesta categoria.



Gràfic 9. Mapa de relacions de la categoria «L'aliança familiar».

#### 5.2.5.1. Solidaritat familiar

La solidaritat familiar tindria lloc, des de la perspectiva del pacient, quan la família se solidaritza amb ell per tal que l'adaptació al seu nou estat de salut sigui millor, però s'hi engloben també els canvis que ha provocat en la família el fet de tenir una SCA. Els pacients expliquen circumstàncies, accions, fets i sentiments de la família que l'ajuden o no a adaptar-se a la seva nova situació de vida, però també manifesten capacitat d'empatia davant la família i pensar més en els familiars que no en ells mateixos.

Els pacients expliquen com alguns dels seus familiars han canviat els hàbits alimentaris per donar-los suport i fer que d'aquesta manera l'adaptació a la nova situació de vida sigui més confortable, tot i que són conscients que a vegades això pot ser un esforç per al seu familiar:



Ella también se ha puesto la misma dieta que yo, el niño también la tiene::: y llega un momento que ella también::: [Claro] ¡Se cansan! Yo le digo muchas veces, ¿no?, pues haced vosotros vuestra dieta y yo hago la mía. ¡Y ya está! P\_002 (95:31)

Me salgo con la mujer a dar un paseo. ¡A tomarnos un café por ahí! (..) [¡Vaya! ¿Que lo habéis cogido como un hábito?] ¡Un hábito! [Incluso su mujer, también] ¡Sí, sí, mi mujer cada día:::! Es más, a veces es ella la que también me dice, va vamos, venga, vamos a dar una vuelta. P\_002 (3:27)

Porque tengo la suerte que a ella le gusta andar, pues entonces [Aprovecháis] ¡el apoyo ya lo tengo! [¡Eso sí!] ¡Lo mío ya es seguirla a ella! ((*Riu*)) En esto es seguirla. [Tiene un buen soporte, ¡eh! ¿con ella?] ¡Sí! ¡Mucho! En el aspecto este ¡sí! Incluso discutimos, que a veces no tengo ganas y::: ((*Riu*)) ¡hay que andar! P\_005 (157:79)

La que tinc més estrès sóc jo, per cuidar-lo, perquè faci les coses com les ha de fer!  
OnP\_004<sup>51</sup> (7:14)

Però des d'una perspectiva totalment contrària, la família en ocasions ha fet canviar als pacients els seus hàbits de vida per tal de poder adequar les seves accions a les necessitats que té:

No volen<sup>52</sup> que vagi amb tren i faig lo mateix que si anés amb tren!! Però bé, per no discutir callo i no dic res. No val la pena. [Bé, també miren per vostè...] Sí::: Sí, sí, sí. Em diuen, mama, si val lo mateix anar amb tren que amb avió. Dic, sí, sí, lo que vosaltres digueu!! No em val la pena... P\_003 (52:131)

Amb tot, alguns participants són molt crítics amb la situació familiar que els envolta. Creuen que no els han donat el suport necessari i pensen que la família podria haver fet més per cuidar-los i estar al seu costat:

Home::: podrien fer alguna cosa?... Mmm... Potser::: No ho sé, estar més atents a que no faci esforç, de vegades això no se'n donen compte, sí que se'n donen compte de pren la pastilla, no mengis, però de l'esforç no es donen compte, no (.hhh), no ho sé. P\_001 (93:43)

---

<sup>51</sup> En aquesta ocasió és la senyora la que està explicant el que sent.

<sup>52</sup> Fa referència al fill, a la jove i a la filla.

Els pacients manifesten la capacitat de posar-se al lloc del seu familiar i entendre i explicar allò que devien sentir quan va presentar la SCA. Comenten la sensació de fer-los patir, generar-los estrès i també espantar-los, principalment en el moment agut:

Ho va viure malament, va viure que jo marxava i que::: que es quedava sola [Ajá], i ella, doncs, també es va estressar (...) P\_001<sup>53</sup> (110:83)

Perquè estaven<sup>54</sup> molt espantats, la veritat és que els hi vaig donar un bon ensurt! P\_006 (63:27)

A mi m'ho van dir quan ja m'havien operat, perquè el meu cas va ser que::: e::: un::: dilluns la meva dona es va despertar al sonar el despertador i em va trobar estirat a terra a l'habitació, eh? Una cara de color... lila-marró, es veu, i bé... Jo només recordo això que va començar a cridar, cridar, va cridar el meu fill, va... van trucar al 112! P\_004 (61:3)

I va estar esperant una hora i mitja [Pobra!], val? Patint i anant demanant a l'hospital, però si m'han dit que el portaven aquí amb urgències, amb l'ambulància (.) [Aquí no ve ningú, aquí no arriba ningú...] Aquí no ve ningú, bé, arribàvem, però no... Aquí no hi és, què passa, on el teniu? No m'hagués agradat estar al seu lloc tampoc! P\_009<sup>55</sup> (104:166)

S'adonen que tampoc els hauria agradat estar en la situació que els seus familiars van viure:

No m'hagués agradat estar al seu lloc tampoc! P\_009 (54:166)

Però no són només els pacients que es posen al lloc de les seves parelles; sovint succeeix la situació contrària: la pròpia parella s'identifica com una part més del procés de malaltia:

Jo vinc d'acompanyant, hem patit un infart, i ens estem habituant ara a la nova situació! OnP\_004 (4:8)

En altres circumstàncies, el pacient percep que la seva parella té por que li pugui tornar a succeir un esdeveniment cardíac i que ella no pugui fer res per ajudar-lo. Expliquen que la seva parella no vol quedar-se a soles amb ell:

---

<sup>53</sup> Fa referència a la seva dona.

<sup>54</sup> Fa referència al seu marit i als seus fills.

<sup>55</sup> Fa referència a la seva dona.

Pero tampoco quiere irse a ningún sitio a solas conmigo, la montaña o cosas así, por lo que pueda pasar, porque si dice, a lo mejor, vamos a tal sitio a buscar... setas o lo que sea ¡y pasa cualquier cosa allí en la montaña! ¿Quién te saca de allí? ¡Si estoy sola, yo no te puedo llevar en coche! P\_002 (42:75)

Aquesta sensació que percep el pacient pot modificar l'adaptació a la seva nova situació de vida, i fins i tot en algun moment provocar-li una adaptació més lenta i progressiva, malgrat que amb això no vol dir que no li hagin donat suport:

Pero lo más apoyo es mi mujer. Aunque también, también le cuesta a ella, también. Muchas veces::: P\_002 (94:31)

Alguns dels pacients manifesten que van veure com la família era més conscient de la gravetat del moment i estava més preocupava que no ells mateixos:

O sigui, eren més conscients ells de la meua situació a prop de la mort en aquell moment [Ajá], fins i tot que jo mateix! [Ajá] El que passa, ja et dic, insisteixo, han passat dotze mesos! Clar, tot... [Tot canvia, no?] tot es difumina una mica, que no::: P\_008 (54:195)

A veure, jo suposo que el meu marit ho ha portat pitjor, perquè es va espantar molt i... o sigui, quan jo no hi era no n'era conscient, suposo que ell sí, i a part, o sigui, ell no vol que faci tantes coses i que d'allò, no?? I::: buf!! I moltes doncs bé, plega, i fas lo primer, veus, ja t'ho deia, no sé què... Per això, no m'atabalis, si us plau! Que això tampoc em va bé! P\_006 (39:139)

Fins i tot, en algun cas la mateixa filla del pacient manifesta que li ha anat de poc de no poder conèixer la seva néta:

En aquell moment, doncs bé, la meua filla embarassada, li faltava un mes per... per tenir la nena i bé, em va dir... vist que has de ser àvia, doncs hi has arribat pels pèls! P\_006 (2:3)

Altres vegades, els pacients reconeixen que han de fer algunes activitats que ells no acaben de tolerar prou bé, però que ho fan per la família. Expliquen que van de vacances per la seva família:

Me voy de vacaciones cada año, no lo hago por mí, lo hago por mi mujer. [Claro, por la familia] Sí, sí, mi mujer y mi hijo, y yo intento... Y nos vamos a Salou, donde

sea, cojo el coche, aunque nos paremos tres o cuatro veces por el camino, pero bueno... [Sí, sí] Yo lo hago por ellos, porque, ya que están todo el año sufriendo... ¡Tampoco vamos a estar el mes de vacaciones aquí en casa! [Exacto] Si podemos salir diez días o... cinco o cuatro ¡pos salimos! [Exacto ¡Usted tiene la voluntad esta del cambio!] ¡Aunque me cuesta! [Ya, ya, ya] ¿¿Cuesta, eh?? Porque ya con montarme en el coche ya me duele el pecho. Y no me duele, ¡es mental!, pero... P\_002 (63:144)

Entre altres repercussions que pot comportar una SCA a la família, els pacients manifesten que es van arribar a plantejar la situació que potser els seus fills haurien de deixar d'estudiar, ja que la seva patologia no els permetia treballar i no podrien guanyar diners per pagar-los els estudis:

Ostres! Aquí si tu haguessis faltat, no saps pas si hagués pogut continuar! Això va ser lo més difícil. P\_004 (73:3)

En altres ocasions, s'adonen que els fills són petits i que encara tenen unes necessitats, que requereixen el seu suport:

Els meus fills són relativament petits encara, un té::: dotze i l'altre en té set, he sigut pare més de gran, no? I::: i clar, et sap greu, perquè segons quines coses són els teus fills! P\_008 (16:19)

S'observa com en la situació aguda crítica molts dels pacients pensen en els seus familiars i focalitzen els seus pensaments en allò que passaria si ells no sobrevisquessin a la situació:

Allà<sup>56</sup> vaig estar pensant amb la meva filla! Jo tinc una filla que està estudiant enginyeria a Barcelona i::: bé, clar... si t'haguessis mort aquí, e::: no saps si hagués pogut continuar, perquè està a una universitat molt bona, però també és molt molt cara. I::: després... tinc una filla de divuit anys i un fill de catorze. [Tres fills teniu?] Dos, dos [Dos!], divuit i catorze i::: bé, de fet ara en tenen dinou i quinze. Però bé, bàsicament vaig pensar sempre... més amb la meva filla! No? Perquè, doncs... bé!! Ja et dic, que ja la tenim a Barcelona, e::: és un coco, està fent la carrera que voldria i al lloc on voldria i a mi doncs m'agradaria poder-l'hi donar! P\_004 (1:3)

---

<sup>56</sup> Fa referència a la seva estada a la unitat de cures intensives de Terrassa.

També expliquen que la seva preocupació no estava relacionada amb ells mateixos, sinó que pensaven més en els altres:

Sí, sí! Amb aquest sentit estic més preocupat jo per ells que no::: que no... P\_004 (183:63)

Sí, yo preocupado por ellos sí, porque pensé, vaya susto que les he pegado, porque::: Que claro, que te preocupas un poco. Pero en ti::: no... yo no pensaba en mí porque yo me encontraba bien. Eso yo... ((*Senyora: no era conscient*)) No, de lo que tenía, ¡no! P\_005 (8:7)

IP: Pensaves en ells? [Sí] Potser més que en tu? [Sí, això sí] P\_008 (95:193)

Alguns d'ells, fins i tot, van plantejar-se la necessitat d'haver d'acomiar-se dels seus familiars a causa de la percepció de mort que tenien:

Perquè me'n recordo quan em va passar i::: la infermera, ai la infermera, la metgessa del SEM va dir::: el que em va confirmar el que tenia, i que em tenia i així::: Me'n recordo que vaig comentar, **MM**, no, que tinc que veure els meus fills, que m'he d'acomiar, i així! I ella em va dir, tranquil, que ja tindràs temps, no? Però [Tu no...] en aquells moments el cap va::: va a tota velocitat, no? P\_009 (43:102)

#### 5.2.5.2. Família protectora

S'entén com la família protectora aquella percepció que tenen els pacients sobre la protecció que creuen que exerceix la família sobre ells.

Aquest pacient explica que la seva parella no el vol deixar sol en aquesta situació i també evita que pugui quedar-se tancat a casa sense sortir:

¡Tampoco me quiere dejar solo! P\_002 (118:79)

Tampoco quiere que me quede::: estancado, porque, yo, e::: P\_002 (117:75)

En altres ocasions s'observa que no els deixen fer allò que als mateixos pacients els agradaria fer. Veuen com la família té la necessitat de saber tot allò que els passa:

Després no hi ha maneres que em deixin baixar caminant!! Jo m'enfado!! P\_003 (122:135)

Y a veces, pues, con ella nos enfadamos a veces, porque ¡no se lo comento! P\_005 (93:15)

En algunes ocasions, els pacients no volen donar gaires explicacions als seus familiars amb la intenció de no preocupar-los:

Pero al faltarnos esa información, se preocupa el de al lado, por eso cuando yo noto algo raro y haces así ((*Passant-se la mà pel pit, com si tingués dolor*)), ¡bua! Pero si tuvieses la información suficiente, tú le dirías a ella... no tendrías miedo a decir eso para no preocuparla. [Claro] Mira, la dirías... y como tendrías la información que necesita, pues no, porque esto, es esto y esto y no es nada, tranquilo. [Ajá] Ellos, los de al lado, estarían más tranquilos (.) y nosotros los pacientes estaríamos más tranquilos también. P\_005 (124:31)

Expliquen que tenen la percepció que el familiar creurà que els està enganyant o bé que els amaga informació:

Sí, porque ella se piensa que yo le estoy ocultando información. Que igual... Porque a veces salimos a andar, a mí xxx estaba constipado, y salíamos a andar y claro, yo me quería probar a mí también, porque si no me pruebo ¡no sé cómo estoy! Y sí, hacíamos subidas y eso, y claro, al estar resfriado, al estar tapado ¡te cuesta más respirar! ¡Ay! ¡Ya! ((*Fa gestos d'esgotament per donar a entendre que la senyora li demana si es troba bé o no!*)) ¡No! ¡Estoy bien! Pero ¿por qué? ¡Se preocupa más! ¡Porque cada una tiene una parte de información! [Ajá] De ella y mía. P\_005 (42:35)

S'observa també que la família creu que el seu familiar tindrà uns límits davant d'algunes situacions, però el pacient no està gaire d'acord amb el que plantegen els seus familiars:

«Perquè per tu no podràs fer-ho!» Perdona?? Sí, clar que podré fer-ho, no? P\_006 (109:143)

Amb això del pernil la meva dona diu: no, no! Que no en pots prendre! OnP\_001 (12:24)

En alguna ocasió, el pacient se sent recriminat davant dels comentaris d'alguns dels seus familiars:

La meva mare em va matxucar, per què ens fas aquests espants, clar, tampoc... és el que et dic, tampoc és que mengéssim, que mengem a casa malament! P\_009 (109:166)

Quan ho va veure la meva jove va... va rondinar i va dir «és que això, és que no pot ser!». Però és que tenia que ser!!! Havia comprat i bé tenia que arrastrar!!! «l el carro??». Però si el carro ja el tenia, però el tenia ple d'una altra cosa, vull dir... tenia que portar-ho. P\_003 (77:31)

El suport que dona la família sovint resulta necessari i imprescindible per al pacient per fer front a la seva situació de vida i aconseguir adaptar-se.

### 5.2.5.3. Rol dins de la unitat familiar

En aquest codi s'agrupen totes aquelles manifestacions que han fet els pacients en referència al seu paper dins de la seva unitat familiar. En aquest sentit cal tenir presents les diferents estructures familiars que pot haver-hi i les diferències culturals per tal d'entendre allò que fan les persones.

Alguns dels participants expliquen que són els màxims responsables de la família, principalment a nivell econòmic, fet que fa que el temps de recuperació i/o baixa laboral pugui repercutir en l'economia de la unitat familiar:

Mira::: no ho sé::: sóc pare de família, per tant tota la responsabilitat de casa es a mi, no? P\_001 (89:35)

Pensando estás en el paro, tienes una familia que mantener... P\_002 (121:83)

Si t'haguessis mort aquí, e::: no saps si hagués pogut continuar, perquè està a una universitat molt bona, però també és molt molt cara. P\_004 (71:3)

D'altres manifesten que els costa acceptar que la família els doni un cop de mà i que no és necessari que facin totes les tasques de la llar:

Però la meva filla ja porta la casa ella, vull dir, no... és que jo no tindria que comprar... [Res!] ni una barra de pa! P\_003 (109:87)

Es troben alguns pacients als quals els neguiteja el fet que la seva parella hagi de començar a fer les feines de la llar, quan fins aleshores no ho havia fet mai:

Estones, doncs, pensava, bé... ja vindrà, i a estones, doncs, que em pujava per les parets! [De nervis i de tot... ] De nervis, perquè veus que no... que veia, ell no havia fet mai res a casa, perquè no havia fet mai res a casa, perquè per sort no ho havia hagut de fer, i veus que tot, perquè tot no podia, és que no, no, no, no em veia capaç de fer res! No em veia capaç d'agafar una olla, no una olla, res, posar... És que no tenia força per fer això! (.) Després ja::: ja vas recuperant, però costa!  
P\_010 (15:31)

I altres que, malgrat saber que no poden fer algunes tasques de la llar, les fan per mantenir mínimament les seves obligacions familiars:

La roba l'he estesa. La roba també pesa! Vull dir... estendre... plegar-la... tot això ho vaig fent!!! [Ajá] Perquè si no ho faig jo... P\_003<sup>57</sup> (97:35)

Es pot observar i comprendre com la SCA pot modificar el rol del pacient dins la seva unitat familiar. Això comporta que la persona faci una adaptació diferent en funció de les repercussions que hagi pogut viure. El fet de ser home o dona condiciona també les tasques de la unitat familiar. S'observa com els homes, principalment, se senten com els que porten la càrrega econòmica de la família, i les dones com les encarregades de mantenir la llar en condicions.

#### 5.2.5.4. Ser una càrrega per a la família

La percepció que tenen els pacients de ser una càrrega per als seus familiars pot modificar l'adaptació al nou estat de salut. Pot comportar que vulguin o no adoptar canvis en els seus estils de vida i complir o no amb el tractament prescrit.

Conèixer aquesta sensació ajuda en ocasions a entendre el suport que dóna la família i les accions que fa el mateix pacient. Malgrat que no tots tenen aquesta sensació de ser una càrrega per a la família, alguns ens expliquen que això els ha limitat pel que fa a seguir amb alguns dels hàbits d'oci que tenien:

Que si vamos a la montaña y yo me canso, me paro aquí, me siento, seguid vosotros y luego ya yo, ya os pillaré ¿entiendes? [Ajá, ya le entiendo] Pero tampoco me quiero sentir yo que por mí no se hagan las cosas. P\_002 (111:71)

---

<sup>57</sup> Cal indicar que aquesta participant havia passat per una intervenció de *by-pass* aortocoronari i que li és desaconsellat fer esforços i/o portar pes.



Fins i tot acaben manifestant que no volen ser una càrrega per a ningú, o bé que no volen que la família deixi de fer el que feia habitualment per cuidar-lo:

Y yo tampoco quiero, que yo tener que ser una carga para nadie. P\_002 (139:144)

Ell té que deixar de fer per cuidar o ha de::: Quina qüestió moral a mi em pot donar [Ajá] pel fet de que passi així... de que vegi el meu fill que ha de deixar de fer ell per cuidar-me! Això fa molt mal! P\_007 (84:135)

Que tingui que deixar de fer, perquè em tingui que cuidar! P\_007 (82:127)

Manifesten que tampoc volen que la família prengui com una obligació haver de fer el mateix que fan ells:

Yo le digo muchas veces ¿no? Pues haced vosotros vuestra dieta y yo hago la mía.  
¡Y ya está! P\_002 (96:31)

Que els mateixos pacients expliquin tenir la sensació de càrrega permet veure la comprensió de la patologia que tenen.



## CAPÍTOL 6. DISCUSSIÓ

---



En aquest apartat procedirem a comparar els resultats obtinguts en l'estudi realitzat amb altres que s'han trobat en la literatura en contextos i situacions similars. Seguirem un ordre semblant al que s'ha seguit en la redacció dels resultats, separant-los en dos blocs segons els temes identificats en l'anàlisi de les dades i aprofundint en les categories i codis que conformen cadascun d'aquests temes.

S'entén per *adaptació i canvi en l'estil de vida* un conjunt de factors, tant personals com de l'entorn, que permeten a la persona adaptar-se al nou estil de vida que necessiten després de presentar la SCA i poder superar amb èxit aquesta situació (Cazorla *et al.*, 2004; Kottke *et al.*, 2013; Rolley & Thompson, 2012), però per aconseguir aquesta superació, tal com apunten Astin *et al.* (2014), aquestes persones necessiten fer una valoració del seu passat, del present que viuen i del futur per aconseguir retornar a la seva vida normal.

Les experiències anteriors que ha tingut la persona afectada de SCA són un punt modificador de la conducta de salut. Com sosté el model de Pender (Pender, 1996; Pender *et al.*, 2015), les conductes prèvies relacionades amb la persona, les seves característiques personals, la família, l'herència genètica i l'entorn són factors clau en la generació de conductes saludables que faciliten la creació d'un nou estil de vida. En el context d'aquest estudi han emergit dos temes principals que descriuen aquest canvi. *El nou estil de vida* estaria relacionat amb les conductes prèvies de la persona i amb les característiques que l'envolten, com són la família, l'herència genètica i l'entorn, tal com Pender els descriu en el seu model de promoció. D'altra banda, les característiques personals de caire més psicològic han estat identificades com la categoria *la superació del nou estat de salut*, juntament amb el conjunt d'influències interpersonals, identificades com *l'aliança familiar*, categoria descrita dins aquest mateix tema de superació.

Aquest estudi ha permès comprendre les percepcions, creences i valors en la resposta davant la malaltia i l'experiència de cures, plantejant noves opcions en la cura d'aquestes persones que han debutat amb cardiopatia, cosa que pot permetre crear plans organitzatius, programes i polítiques sanitàries adequats a la seva experiència (Morse, 2004).

## **EL NOU ESTIL DE VIDA DE LES PERSONES QUE HAN DEBUTAT AMB SCA**

Les implicacions d'un nou estil de vida estan relacionades amb totes aquelles característiques que motiven la persona a adoptar canvis en l'estil de vida. En aquest estudi s'observa com la valoració que fan aquestes persones de les causes que els poden haver provocat la SCA, juntament amb tot el suport rebut dels professionals sanitaris, l'entorn i la seva família, aporta motivació i ajuda a detectar la importància d'un canvi d'hàbits per aconseguir generar el nou estil de vida que els és necessari per a la seva patologia cardíaca.

### **La vida anterior com a causa de la SCA**

Identificar com la vida anterior de la persona pot haver estat causa de la SCA és una categoria que agrupa diferents codis que ens expliquen com les persones s'adonen de quines condicions prèvies poden haver-la provocat, juntament amb situacions personals que han tingut i els signes d'alarma que, després de presentar l'esdeveniment cardíac, han relacionat amb la SCA. Aquestes causes relacionades amb la SCA ja han estat identificades en la literatura per diferents estudis (Astin *et al.*, 2014; Framingham Heart Study, 2014a), que han demostrat la relació causa-efecte. No obstant això, creiem que és important que els mateixos pacients les identifiquin, ja que en la seva adaptació les idees i preconcepcions que tenen i la manera com es plantegen el fet d'haver presentat la SCA poden ajudar a modificar les seves accions futures per adaptar-se a la nova situació de vida i modificar el seu afrontament.

En aquest sentit, Astin *et al.* (2014) estudien la relació entre les causes de la malaltia cardíaca i els estils de vida, i expliquen com els pacients intenten donar sentit al que els ha succeït i entendre'n el perquè, identificant estils de vida no suficientment saludables que podrien ser una de les causes d'haver presentat la SCA. Bergman i Berterö (2001) també van treballar amb les causes que els mateixos informants relacionaven amb la SCA, com són l'herència, els estils de vida i les demandes, tot i que destaquen les dificultats per diferenciar un aspecte d'un altre i remarquen la interacció d'aquests tres conceptes. Identifiquen el fet de ser fumador com un hàbit no saludable i, juntament amb una dieta rica en colesterol i hipercalòrica i un estil de vida sedentari, com a possibles causes de presentar una SCA. En aquest estudi, els participants han identificat aquestes **condicions causals possibles**, fent que es plantegin la necessitat d'haver de canviar aquests hàbits per fer front a la situació de vida que tenen després d'haver presentat l'esdeveniment cardíac. Per la seva part, Thronson *et al.* (2016) també van poder percebre com els estils de vida anteriors que les persones tenien podien fer plantejar la seva relació amb la seva malaltia cardiovascular.

Bergman i Berterö (2001) també destaquen la importància d'identificar l'herència genètica com una característica familiar que influeix en la possibilitat de presentar una SCA, és a dir, com una **condició causal possible** que genera el record de la situació que van viure els familiars propers dels pacients, fins al punt que els provoqui esglai i comencin a reaccionar i a prendre consciència de la situació que han viscut.

Així mateix, l'estrès i les exigències de la societat actual són factors que els participants en l'estudi han identificat com a **condicions causals possibles** d'haver presentat la SCA; Galick, D'Arrigo-Patrick i Knudson-Martin (2015) ja ho van identificar en la metasíntesi d'estudis qualitius que van dur a terme per descriure en profunditat l'experiència de dones que havien presentat una malaltia cardíaca.

Un altre aspecte que cal destacar és la **situació personal** de cada pacient, font de motivació per generar nous comportaments i conductes. Galick *et al.* (2015) parlen d'aspectes com el divorci o l'adolescència dels fills com fets originaris que poden causar la SCA.

### **L'acompanyament rebut després de presentar la SCA**

El suport que aquests pacients reben de tot el seu entorn, ja sigui professional o social i familiar, és rebut com una influència positiva per aconseguir generar el nou estil de vida.

Cada pacient verbalitza diferents demandes; un bon seguiment i suport professional pot servir per resoldre les inquietuds que tenen. El **suport professional** és percebut pels pacients com un aspecte positiu amb el qual se senten agraïts, pel tracte i la forma de cuidar que han rebut. Astin *et al.* (2014) sostenen que aquest accés, interpretació i integració de consells i informació és un punt clau per tal de poder aconseguir un canvi en l'estil de vida d'aquestes persones. Doyle *et al.* (2011) afegeixen que aquest suport és motivador per poder generar els canvis. Apareix també la por que limita les persones perquè puguin avançar en la seva recuperació i seguir endavant; Urzainqui *et al.* (2011) també van observar aquesta por i aquests dubtes en el seu estudi, aportant que en el moment crític és necessari un bon **suport professional** per a aquestes persones.

Amb tot, les dades de l'estudi mostren que els participants són força crítics amb aquest suport facilitat, i qüestionen la informació que reben. Gregory *et al.* (2006) constaten també que aquestes persones busquen informació de personal qualificat. El **suport professional** sovint ajuda a entendre la **influència de la informació professional** en les persones que han debutat amb SCA. Tal com sostenen Abbasi *et al.* (2014), en el seu estudi amb pacients postcirurgia cardíaca, el compliment de les recomanacions i la creença que això ajudarà a prevenir una altra SCA genera conductes promotores de salut, per la qual cosa es conclou que la informació i el suport professional que reben aquestes persones que han debutat amb SCA influeix en el canvi d'hàbits. En ocasions, la informació rebuda és percebuda com a insuficient. Gómez, Casajús, Gómez & Martínez (2012) van identificar també aquesta necessitat d'informació. Això fa pensar en la necessitat de valorar la informació facilitada a aquests pacients i intentar detectar aquells aspectes que caldria matisar o aprofundir.

Els participants, davant de la informació rebuda, reaccionen amb una sensació d'incertesa i desconfiança. Tal com apunten Astin *et al.* (2014), els professionals sanitaris són una bona font d'**informació professional i influència** per a aquestes persones que han debutat amb SCA, però remarquen la necessitat de considerar la persona com un tot holísticament. Aquests investigadors destaquen la importància de treballar els aspectes individuals que preocupen aquestes persones. Kangasniemi *et al.* (2016) destaquen també aquest **suport professional** de

forma holística, com un element crucial per generar en aquestes persones la responsabilitat de les seves pròpies cures.

Per la seva banda, Cole *et al.* (2013) treballen amb elements facilitadors per a la modificació dels hàbits; ells identifiquen com el **suport professional** influencia positivament el canvi d'hàbits, evidenciant que una bona comunicació amb empatia encoratja el canvi. Aquest aspecte fa pensar que cal establir bones eines comunicatives entre els professionals sanitaris per tal de poder facilitar i promocionar canvis en els estils de vida i adequar-ho a les necessitats de cadascun dels pacients. L'estudi mostra com els pacients identifiquen que tenen informació i que necessiten acompanyament. Així mateix, Murray *et al.* (2013) també van treballar amb elements facilitadors per mantenir un canvi en l'estil de vida, com són el suport social i el suport formal, aglutinant el suport de l'**entorn familiar** i de l'**entorn socioeconòmic** en el primer i el **suport professional** en el segon.

A través de la realització d'aquest estudi s'ha pogut captar la necessitat d'informar dels objectius que es volen assolir per aconseguir una major implicació per al canvi d'hàbits. En aquest sentit, Cole *et al.* (2013) constaten que el pacte dels objectius entre el professional de salut i el pacient és un element facilitador per aconseguir canvis en l'estil de vida. En l'entorn de l'estudi és sabut que en les consultes d'infermeria es feia un seguiment dels objectius marcats pel protocol d'assistència.

Juntament amb aquest suport professional, l'**entorn familiar i socioeconòmic** és identificat com un altre aspecte important al respecte. Astin *et al.* (2014) ho identifiquen com un paper important en la recuperació de la SCA i en el suport per poder adoptar canvis en l'estil de vida. Galick *et al.* (2015) indiquen que una bona relació familiar, a part de donar suport, aporta seguretat a aquestes persones després de presentar la SCA per fer front a la nova situació de vida que tenen.

En el nostre estudi s'evidencia com els participants identifiquen la família més propera com un punt de suport important i principal en la seva recuperació, provocant que es percebi l'**entorn familiar** com una peça clau en aquestes persones que han debutat amb SCA, tal com Urzainqui *et al.* (2011) van poder comprovar en el seu estudi.

L'**entorn socioeconòmic** és identificat amb el fet de sentir-se cuidat i amb suport, i està relacionat amb l'encoratjament a aquestes persones per aconseguir un bon compliment de les recomanacions per aconseguir un canvi d'hàbits; la pressió social és percebuda per tenir un impacte positiu en l'adherència a les recomanacions dietètiques (Heo, Lennie, Moser *et al.*, 2009; Heo, Lennie, Okoli & Moser, 2009).



### La importància d'un canvi d'hàbits: una decisió indispensable

Detectar la importància d'un canvi d'hàbits és una categoria que s'ha pogut percebre després de la realització d'aquest estudi, però per aconseguir-ho és necessari un suport, com s'ha pogut veure en l'apartat anterior, a través dels professionals que acompanyen aquest tipus de persones amb SCA i de la informació que reben, per tal d'aconseguir un bon compliment terapèutic i adquirir nous hàbits i conductes saludables.

Entendre el canvi d'hàbits que les persones porten a terme per adaptar-se a la nova situació i poder generar un nou estil de vida és un punt que s'ha reflectit en els **nous comportaments i conductes** adquirits, que les persones adopten després de presentar la SCA, juntament amb el compliment o no de les recomanacions terapèutiques. Prendre's la vida amb més tranquil·litat i aprofitant el dia a dia, tal com Galick *et al.* (2015) manifesten, fa adonar-se dels **nous comportaments i conductes** que són necessaris per poder adaptar la vida després de presentar l'esdeveniment cardíac i descobrir com les persones tenen un rol actiu en la seva cura.

També identifiquem la importància d'un canvi d'hàbits i el bon **compliment terapèutic** per aconseguir generar un nou estil de vida adaptat a les seves necessitats. Astin *et al.* (2014) constaten la necessitat de tenir una dieta saludable, però destaquen la importància de fer-ho amb petits canvis i amb motivació, per tal de poder facilitar aquest canvi i aconseguir un millor control de la patologia. També remarquen la importància que els pacients tinguin consciència del valor que té aquest canvi d'hàbits i que identifiquin com és el seu cos ara, després de presentar la patologia.

La gran majoria de participants manifesten que segueixen les recomanacions, encara que alguns expliquen que ho fan a la seva manera. Per la seva banda, Gregory *et al.* (2006) afegixen a aquest **compliment terapèutic** les dificultats que poden tenir aquestes persones per mantenir al llarg del temps aquests canvis. En l'estudi s'aprecia com alguns dels participants inclouen alguns dels hàbits en la seva rutina de feina, tot i que en altres el fet de tornar a la normalitat provoca que deixin de ser tan estrictes i es generi un **incompliment terapèutic**.

Els resultats de l'estudi fan pensar que el canvi d'estil de vida ha d'anar acompanyat d'un bon suport per modificar i mantenir els hàbits de vida obtinguts per aconseguir passar d'un **incompliment terapèutic** a un **compliment terapèutic**. La família s'ha percebut com un bon punt de suport en aquesta etapa; Kangasniemi *et al.* (2016) manifesten que les parelles ajuden aquestes persones afectades amb SCA a preparar-se aliments saludables, per aconseguir seguir amb les recomanacions saludables. Però la situació social també pot influir en l'adherència a les recomanacions terapèutiques; així, les festes de Nadal o el fet d'haver de menjar fora de casa són aspectes que condicionen. Heo, Lennie, Moser *et al.* (2009) descriuen aquestes dificultats socials com situacions que poden limitar el compliment de les recomanacions.

També hem pogut veure com els participants són capaços d'identificar aquells hàbits alimentaris que no acaben de complir del tot bé, identificant-ho com a **incompliment terapèutic**, i fer accions de canvi per poder-los seguir i aconseguir un bon **compliment terapèutic**. En aquest sentit, Hartford (2005) manifesta que els participants prenen mesures per controlar els FRCV i modifiquen la seva dieta, però a més a més, també mantenen una bona salut física al llarg del temps, tot condicionat per la percepció que els mateixos participants tenen de l'adherència al tractament.

Això fa pensar que els participants busquen estratègies i alternatives per millorar el compliment. En aquest aspecte, Lally *et al.* (2011), en un estudi en què van treballar amb l'experiència de desenvolupar hàbits, exposen estratègies per aconseguir canviar-los, ja sigui creant rutines o conductes alternatives. No obstant això, requereixen una evolució progressiva i sovint crear una estructura més planificada per a un bon **compliment terapèutic**. Murray *et al.* (2013) sostenen que la planificació i la monitorització dels hàbits saludables són elements facilitadors per mantenir els canvis en els estils de vida i generar el compliment de les recomanacions facilitades pels professionals de salut, així com per integrar-los en el dia a dia d'aquestes persones.

Adequar les recomanacions a les característiques de cada persona es percep com una necessitat. Heo, Lennie, Moser *et al.* (2009), encara que treballen només la percepció dels pacients en l'adherència a les recomanacions dietètiques, plantegen el valor que aquestes persones donen a l'alimentació, per exemple com una font de plaer. Això fa pensar que per aconseguir un bon **compliment terapèutic** caldrà considerar aquests aspectes en el moment de plantejar canvis en la rutina d'aquestes persones.

Cal remarcar que resulta difícil identificar la línia de separació entre el compliment i l'incompliment terapèutic, pel fet que aquests dos aspectes estan interrelacionats i que, a més a més, reben influència de tot l'entorn de la persona que ha presentat una SCA per aconseguir crear un nou estil de vida.

## **SUPERAR AMB ÈXIT LA NOVA SITUACIÓ DE VIDA QUE PRESENTEN LES PERSONES QUE HAN DEBUTAT AMB SCA**

La superació del seu estat de salut canviant, provocat per la patologia cardiovascular, és un punt que està influenciat i conformat per diferents aspectes de la persona. En aquesta etapa de la seva vida, les persones interioritzen i accepten la patologia que han presentat, però sovint han de fer una adaptació en la seva vida, tenint en compte tot allò que han passat i comptant amb l'aliança que la família els pot proporcionar.

### La vivència d'aquell dia

En l'estudi es pot veure que durant la **situació aguda** alguns dels participants reconeixen que no es pensaven que tinguessin una SCA, i d'altres manifesten que les **idees preconcebudes**, és a dir, l'imaginari que tenien d'una SCA, ha estat totalment diferent del que han presentat ells. Gómez *et al.* (2012) van identificar aquest reconeixement del problema en l'estudi que van dur a terme, on van descriure aspectes similars als que han aparegut al nostre estudi, com són el desconeixement dels símptomes i la no-identificació.

Aquesta situació del diagnòstic de la SCA provoca en ocasions un xoc i sorpresa. MacDermott (2002) va realitzar un estudi per entendre el que era viure amb una SCA, i en què també va poder trobar la sorpresa com un aspecte que reconeixen els participants després de ser informats del seu diagnòstic. Pattenden, Roberts i Lewin (2007) van identificar també aquesta sensació de xoc després de rebre el diagnòstic. Això fa plantejar que les **idees preconcebudes** que tenen aquestes persones poden influenciar com la persona explica la vivència que té d'aquell dia.

En l'estudi apareix també la **sensació de mort** com una percepció que els pacients descriuen, en ocasions relacionada amb el dolor que van presentar. Sutherland i Jensen (2000) exploren les percepcions de dones majors de 70 anys que han tingut una SCA i destaquen que les participants manifesten que van haver d'enfrontar-se a la mort, però també ho relacionen amb els canvis que han presentat en el seu cos. Malgrat que només es descriu aquesta percepció en dones d'aquestes edats, en l'estudi veiem com gent més jove també presenta aquesta percepció de mort, cosa que fa pensar que la SCA és una situació crítica i greu per a les persones que l'estan vivint.

### L'acceptació de la cronicitat

Les **seqüeles físiques de la SCA** ajuden a acceptar la cronicitat d'aquesta patologia. El cansament, la fatiga, la sensació de falta d'aire, entre altres, són algunes de les seqüeles que s'han evidenciat. En aquest sentit, Andersson, Borglin i Willman (2013) identifiquen una manca d'energia constant com un tema important a destacar i que en ocasions resulta difícil de gestionar. Per a Murray, Honey, Hill, Craigs i House (2012) aquesta manca d'energia també és percebuda com una barrera que influeix els canvis en els estils de vida. Per la seva banda, Brink, Karlson i Hallberg (2006) identifiquen la fatiga com la seqüela més molesta després de presentar la SCA. Per a Heo, Lennie, Okoli i Moser (2009) la falta d'aire i el dolor al pit són les percepcions que manifesten els pacients que afecten la seva qualitat de vida. Amb una altra visió, Hildingh, Fridlund i Lidell (2006) identifiquen el dolor com una restricció que afecta la vida de les persones que han presentat una SCA.

El fet de no tenir prou energia per dur a terme activitats que prèviament feien modifica la vida posterior, fent que condicioni el fet d'**admetre el diagnòstic** i valorar la situació de vida que

tenen. En ocasions, per admetre el diagnòstic els participants manifesten que en minimitzen les conseqüències; per la seva banda, Brink *et al.* (2006) valoren aquesta minimització com una estratègia per fer front a la situació de cronicitat que presenten aquestes persones.

La resignació davant dels fets succeïts apareix com un condicionant per **admetre el diagnòstic**; MacDermott (2002) explica que resignar-se a acceptar el diagnòstic va acompanyat del reconeixement que la patologia presentada no té cura i que apareix principalment en un curt període de temps.

**Identificar els propis límits** i com es troben els pacients després d'haver presentat la SCA pot ajudar a entendre als professionals sanitaris que en moltes ocasions és necessari posar-nos al lloc de l'altre i comprendre que cada persona té unes particularitats. Al mateix temps, la persona afectada de SCA s'adona de fins on pot arribar. Sutherland i Jensen (2000) mostren també com els participants necessiten testar-se a si mateixos per veure fins on poden arribar.

En l'estudi es percep que les persones prenen consciència en diferents etapes de la seva vida. Això cal tenir-ho present davant les cures que infermeria presta a aquests tipus de pacients, ja que es pot estar treballant amb pacients que es trobin en diferents etapes de la seva conscienciació. No s'ha d'oblidar la família en tot aquest procés, ja que pot ser un gran aliat de cara a aconseguir canvis de conducta (Goldsmith *et al.*, 2012).

Per poder **ser conscients de la patologia** que presenten, en algunes ocasions els pacients es plantegen les repercussions que pot tenir la patologia cardíaca. Bergman i Berterö (2003) constaten que els seus participants perceben que estan afectats per la SCA, fet que els recorda que tenen una vida fràgil i finita. Per la seva part, Brink *et al.* (2006) destaquen l'acceptació de l'infart com una condició, influenciada per la perspectiva que tenen els pacients de la gravetat de l'esdeveniment cardíac.

La medicació que han de prendre aquestes persones sovint pot condicionar la vida posterior en haver de saber en quines ocasions caldrà prendre-se-la, així com els efectes secundaris que provoca. Aquesta valoració de les **conseqüències de la medicació** també ha estat identificada per Pattenden *et al.* (2007).

A través de la realització de l'estudi, s'ha pogut veure com les persones tenen la necessitat de **comparar-se amb els altres** per tal de fer front a la seva situació de vida, cosa que també els ajuda a prendre consciència i a valorar com estan. Sutherland i Jensen (2000) treballen amb la idea que comparar-se amb els altres és un element motivador i que dóna confiança a les persones per aconseguir els seus objectius i superar la situació de vida que presenten. D'altra banda, Gregory *et al.* (2006) ho identifiquen com una necessitat que ajuda als canvis d'estils

de vida. Hildingh *et al.* (2006) afegeixen que aquesta comparació amb els altres ajuda aquestes persones a veure que no estan soles durant la recuperació.

### **El llegat personal**

Les característiques i experiències de cada persona, és a dir, l'**autopercepció de la persona**, condicionen l'adaptació i superació del nou estat de salut. Tal com identifiquen Cole *et al.* (2013) en el seu estudi, les creences personals que generen canvis positius beneficien la salut, d'on es conclou que aquestes persones han d'agafar la responsabilitat dels seus canvis conductuals.

En l'estudi s'ha pogut veure, en l'**autopercepció de la salut**, com en algunes ocasions les persones han identificat canvis en el seu estat d'ànim després de presentar la SCA. Heo, Lennie, Okoli i Moser (2009) descriuen que l'humor és un factor psicològic que afecta la percepció de la qualitat de vida dels pacients que presenten una SCA. Kangasniemi *et al.* (2016) afegeixen que un benestar mental ajuda a conviure amb la nova situació de vida que presenten aquestes persones.

Els **sentiments** de les persones que han debutat amb SCA poden condicionar i modificar com superar la situació de vida plantejada. En l'estudi s'ha vist que en ocasions experimenten una sensació d'impotència, de sentir-se fluixos i poc útils després de presentar la patologia cardíaca. Murray *et al.* (2013) identifiquen aquests sentiments com una barrera o una facilitació per als canvis, i entre ells hi ha la frustració i l'estrès com a factors condicionants en l'adaptació. D'altra banda, Nymark, Mattiasson, Henriksson i Kiessling (2014) identifiquen angoixa i impotència quan els seus participants no saben com contactar amb els professionals sanitaris.

Sentir-se perdut és un **sentiment** que manifesten els participants, que genera la idea que potser caldria un suport més proper els primers dies de postsituació aguda. Un altre sentiment afegit, identificat per Bergman i Berterö (2001), és la tristesa que experimenten aquestes persones que han debutat amb SCA, i que pot ser una dificultat durant la recuperació. Aquests aspectes fan pensar en la importància d'uniques cures d'infermeria centrades en el procés i la narrativa de la persona afectada amb SCA.

Aquest estudi també ha identificat els **pensaments** que manifesten aquestes persones després de presentar la SCA. En aquest sentit, Astin *et al.* (2014) descriuen que els processos de pensament estimulen els canvis en la situació de vida i permeten donar resposta a la situació de vida que presenten aquestes persones.

Des de l'àmbit de la infermeria caldria plantejar valorar totes aquestes circumstàncies per tal d'entendre per què els pacients fan allò que fan, ja que la seva percepció i forma de ser modifiquen l'adaptació al nou estat de salut.

### **L'adaptació com a motor de canvi per recuperar la vida**

La idea ***em pot tornar a passar*** està relacionada amb el fet d'estar sempre alerta i tenir la percepció de perill constant. Astin *et al.* (2014) també identifiquen aquesta idea de presentar un segon esdeveniment cardíac com un aspecte relacionat amb els canvis de vida que necessiten les persones que han debutat amb SCA. Per la seva banda, MacDermott (2002) va relacionar principalment l'esforç físic amb el fet de presentar una altra vegada una SCA.

En ocasions, alguns dels participants es plantegen com serà el seu futur a partir d'aquest moment. Sota el codi ***anticipar-se al futur***, Gregory *et al.* (2006) identifiquen la incertesa sobre el futur, relacionant-la amb l'anticipació del futur que fan els participants. MacDermott (2002) també descriu allò desconegut com un aspecte que genera neguit a llarg termini per la situació que poden presentar aquestes persones en un temps posterior a la SCA.

Els participants en l'estudi destaquen que són capaços d'identificar els canvis necessaris per poder viure un període de temps més llarg. Astin *et al.* (2014) assenyalen que aquestes persones aprenen a viure amb incertesa sobre la seva salut futura i a centrar-se a viure el present, cosa que fa pensar que cal entendre de forma holística cada persona per comprendre l'***anticipació del futur*** que s'imagina.

Els plantejaments que fan els participants en l'estudi dins el codi ***em pot tornar a passar***, com ara valorar la possibilitat de tenir un altre esdeveniment de SCA, fan pensar en la incertesa que perceben aquestes persones i relacionar-la amb ***anticipar-se al futur***. En aquest sentit, Thronson *et al.* (2016) destaquen dels seus participants la incertesa sobre el seu futur saludable i que valoren la possibilitat de tenir un altre esdeveniment cardíac.

***La por com a enemic*** ha estat identificada com una de les primeres emocions que han experimentat aquests pacients els primers dies després de presentar la SCA. En aquesta línia, Doyle *et al.* (2011) afegeixen que la por és un element motivador per generar adaptació a la nova situació de salut. Per contra, Hildingh *et al.* (2006) identifiquen la por com un element de restricció davant la recuperació de la SCA.

L'estudi mostra que algunes persones tenen ***por*** davant de qualsevol circumstància. Nymark *et al.* (2014) identifiquen por i angoixa davant de qualsevol situació estanya que sigui desconfortant per a aquesta persona, com un element incapacitant. Autors com Anderson *et al.* (2013)

constaten que quan la persona pren consciència de la seva por pot comprendre la situació de fragilitat que presenta.

El nostre estudi mostra com, dins **la força de voluntat**, la motivació i la intenció de canvi són aspectes que tenen en compte els participants per adaptar-se. Hildingh *et al.* (2006) destaquen que la motivació és una característica que fa que les persones estiguin receptives als canvis necessaris per poder superar l'estat de salut que presenten.

Dins **el valor de la pèrdua** es reflecteixen aquelles pèrdues que han identificat les persones afectades amb SCA, coses que han deixat de fer a causa d'haver presentat la patologia. Els participants destaquen la reincorporació laboral com un aspecte que els preocupa i que condiciona l'adaptació. Per la seva part, Gómez *et al.* (2012) treballen la reinserció laboral dins l'adaptació a la situació com un aspecte modificador de les conductes que tenen aquestes persones, i destaquen que alguns dels participants mostren por de tornar a la feina, però que altres intenten accelerar el procés per tal de recuperar la normalitat.

En el codi **aprenent a viure amb la nova situació**, els participants en l'estudi manifesten diferents aspectes que s'han plantejat de la seva nova vida i situacions que han hagut de canviar. Gómez *et al.* (2012) mostren com la SCA afecta els plans de vida d'aquestes persones, evidenciant la necessitat de fer canvis en les propostes de retorn a la normalitat. Cal recordar que els professionals de la salut ja els adverteixen que després de la situació aguda que han viscut han de deixar passar el temps, per tal d'anar-se acostumant a la nova situació i buscar les maneres com poden anar tornant a la normalitat de la vida prèvia. L'amenaça per a la salut que suposen els esdeveniments cardíacs està acompanyada d'un procés cíclic en què les persones que han debutat amb SCA fan canvis en la seva vida. Tot i que en ocasions no acaben sent modificacions en els seus estils de vida, acaben modificant la seva pròpia identitat. Aquesta reflexió que aporten Astin *et al.* (2014) ens fa pensar que aquestes persones **aprenen a viure amb la nova vida**, buscant un equilibri que els permeti adaptar-se als canvis que són necessaris per a la seva patologia i d'aquesta manera poder superar-ho. Sutherland i Jensen (2000) destaquen que les persones són capaces d'aprendre de les seves limitacions i acceptar els nous estils de vida que requereixen, superant les incerteses i recuperant el control de la seva vida.

Les dades de l'estudi mostren com els participants intenten fer una comparació entre el que feien abans i el que poden fer ara. Galick *et al.* (2015) destaquen que les persones fan diferents esforços per canviar aspectes de la seva vida i remarquen que aquests esforços són una ajuda per centrar-se en les seves fortaleses i poder seguir **aprenent a viure amb la nova situació**. La valoració de les experiències que han tingut aquestes persones és un aspecte que també destaquen Bergman i Berterö (2003).



Autors com Abbasi *et al.* (2014) identifiquen el concepte de *renéixer* a través de les percepcions dels participants, ja que consideren que les persones que han tingut alguna patologia cardíaca pensen que són una altra persona amb característiques diferents d'abans de presentar-la. En l'estudi es percep com els participants busquen construir la seva nova situació de vida, és a dir, **aprendre a viure amb la nova situació**. Alguns manifesten que han fet un canvi de prioritats en la seva vida. Per la seva banda, Anderson *et al.* (2013) destaquen que aquests canvis són indefinits, descriuen que la seva vida mai no serà la mateixa i destaquen una lluita constant d'aquestes persones en el seu dia a dia. Per a Astin *et al.* (2014), qualsevol canvi necessita l'acceptació d'una modificació en l'estat de salut; podem dir que en aquest estudi l'acceptació de la nova vida com un procés crònic permet que la persona pugui generar canvis en la seva manera d'afrontar la nova situació de vida i poder-la superar.

Les creences i valors d'aquestes persones que han debutat amb SCA són un aspecte que cal destacar; encara que en l'estudi només hagin estat manifestats en un cas, poden ajudar a entendre com aquestes persones **aprenen a viure amb la nova situació**. Podem dir que és un punt a tenir en compte en el moment de planificar les cures en aquest tipus de persones, ja que segurament aconseguirem millors resultats de compliment terapèutic si entenem els ideals que influeixen en els nostres pacients i podrem adequar el tractament de forma més personalitzada. En l'estudi també s'ha pogut veure com els participants tenen uns **desitjos saludables**, en què es plantegen les cures que reben del seu entorn familiar i professional i proposen accions de millora en l'acompanyament.

### **L'aliança familiar**

En l'aliança familiar es treballen aquells canvis que la SCA pot provocar en l'entorn familiar. Ateses les diferents conseqüències que pot provocar una SCA en una família, cal valorar cada estructura familiar per tal de poder adequar les accions de suport i d'ajuda per part dels professionals per acompanyar els pacients en la seva adaptació. Però això requereix que s'entengui el seu pensament per ajudar-los a adaptar-se a la nova situació de vida.

La família ajuda a superar la situació; en ocasions, fins i tot, els pacients identifiquen una **família protectora** que a vegades pot ser beneficiosa. Astin *et al.* (2014) van detectar la sobreprotecció familiar en la revisió que van dur a terme, que en ocasions pot comportar tensió i frustració en la família. En l'estudi es destaca la recriminació per part dels familiars en algunes accions.

A banda de no preocupar-los, en l'estudi s'identifiquen situacions en què els participants es preocupen més pels seus familiars que no per ells mateixos. Aquest aspecte, treballat dins la **solidaritat familiar**, mostra l'empatia que demostren les persones que han presentat una SCA envers els seus familiars. Nymark *et al.* (2014) expliquen aquest intent de protegir els altres



com la posició que adopten els participants per tal de no preocupar ni donar més feina al seu entorn. Urzainqui *et al.* (2011) afegixen que també pot sorgir por en l'entorn familiar pel fet de parlar d'aquests temes.

Però cal remarcar que, tal com apunten Bergman i Berterö (2003), la importància de tenir la família al costat del pacient permet que aquest se senti estimat i se senti viu. En aquest estudi, l'**aliança familiar** que es crea permet adonar-se de la importància d'implicar la família en el procés i fer-la partícip, arribant al punt que la parella mateixa s'identifiqui com una part més del procés de malaltia, percebent la **solidaritat familiar**.

S'observa així mateix com els participants expliquen que els seus familiars també fan l'esforç d'adoptar un canvi en els hàbits alimentaris per facilitar-los l'adaptació al nou estil de vida; això sovint resulta ser una font de motivació per al canvi, exemplificant també la **solidaritat familiar**. Goldsmith *et al.* (2012) manifesten aquest aspecte com un suport de l'entorn per identificar estratègies per als canvis en els estils de vida, i destaquen com els familiars canvien els hàbits de la llar per ajudar el seu familiar.

En ocasions s'observa que el **rol dins de la unitat familiar** es veu afectat per la situació que viuen aquestes persones. A vegades hi ha repercussions en l'economia familiar a causa de la baixa laboral i/o el temps de recuperació que requereix la patologia. Pattenden *et al.* (2007) van observar també aquest canvi de rol dins de la unitat familiar, i destaquen que molts dels cuidadors-familiars manifesten el canvi de situació que han tingut després de l'esdeveniment cardíac del familiar.

## 6.1. LIMITACIONS

Una de les principals limitacions que ens vam trobar en aquest estudi és la relacionada amb l'àrea d'estudi, la Catalunya central. Pensem que aquesta zona ja està influenciada, suposadament, per un estil de vida mediterrani, per la qual cosa alguns dels canvis necessaris per adaptar-se a la patologia cardíaca estaven relacionats amb la dieta que molts dels pacients ja feien, de manera que no els suposava una gran adaptació en la seva vida, fet pel qual en ocasions va ser difícil poder abordar el canvi d'hàbits des de la seva totalitat.

Una altra limitació està relacionada amb la naturalesa de l'estudi mateix, on els resultats es contextualitzen en l'àmbit «rural» de la població estudiada, cosa que d'alguna manera limita la generalització.

Una altra limitació de l'estudi és la relacionada amb el fet que els pacients han valorat l'entorn familiar com un punt de suport molt important en la seva adaptació. Això no es va preveure en el disseny de l'estudi, per la qual cosa es creu que seria necessari abordar més profundament la possible afectació de les famílies davant una síndrome coronària aguda presentada en algun familiar proper. Per tant, no es descarta la possibilitat d'estudiar el fenomen des del punt de vista dels familiars.

D'altra banda, cal destacar que en l'estudi finalment no es va poder estudiar tota la variabilitat dels participants, ja que la majoria estaven casats i convivien amb la família, fet pel qual es podria valorar en estudis posteriors abordar participants amb altres característiques de convivència i d'estat civil, així com participants d'edat avançada i persones amb altres graus d'autonomia i que requerissin el suport d'algú per tenir cura d'ells mateixos.

Una altra limitació trobada en aquest estudi està relacionada amb la selecció dels participants; malgrat haver-se detallat concretament i explicat a la infermera d'enllaç els criteris d'inclusió dels participants, cal tenir present que la seva relació terapèutica amb ells en ocasions podia influenciar l'elecció. En futurs estudis es podria plantejar la possibilitat que fos el mateix investigador qui seleccionés els participants basant-se en les històries clíniques, per no tenir cap vincle amb la població susceptible d'estudi. No obstant això, aquest punt és delicat, ja que disposar d'un «porter» en la selecció dels participants i el plantejament de l'estudi és assegurar la seva inclusió en l'estudi.

D'altra banda, cal destacar la natura exploratòria i observacional de l'estudi, que, alhora que permet estudiar el fenomen globalment i de forma holística, limita la inferència i l'establiment de causalitat.

## **6.2. IMPLICACIONS PER A LA PRÀCTICA CLÍNICA**

A partir de la realització d'aquest estudi s'han pogut detectar les diferents dimensions que intervenen en l'adaptació i el canvi d'estil de vida en persones que han debutat amb síndrome coronària aguda. Això permetrà perfilar alguns aspectes del seguiment d'aquest tipus de pacients i poder fer una millor valoració de l'entorn. La utilització del model de Pender en la promoció de conductes saludables ens ha ajudat a tenir en compte les dificultats i les barreres que es poden trobar en l'adaptació al nou procés de vida. En aquest sentit, es podria plantejar l'ús del model de Nola Pender en el seguiment de les persones que han debutat amb SCA, ja que permetria fer un abordatge global, considerant també tots els aspectes de l'entorn de la persona i valorant aquelles dificultats o facilitats que sorgeixen en el canvi d'estil de vida i l'adaptació després del debut amb SCA. Aquest aspecte requeriria una formació específica

dels professionals d'infermeria en l'aplicació concreta del model per a la valoració i seguiment dels pacients amb SCA. Posteriorment, un cop començada la implementació d'aquesta nova valoració, s'hauria d'avaluar l'eficàcia real d'aquesta «nova intervenció» infermera basada en el model de Nola Pender.

També es pot plantejar una reformulació de les intervencions educatives que es fan dins el programa de seguiment del pacient amb cardiopatia, per tal d'ajudar a aconseguir una bona adaptació i un canvi d'estil de vida a més llarg termini. Un dels canvis que es proposa es refereix a la metodologia d'aquestes intervencions, ja que el fet de dur a terme les sessions com si fossin una «classe magistral», d'entrada sembla poc útil per als participants, ja que manifesten que tota la informació que els donen ja està recollida en la documentació facilitada sobre el control dels factors de risc. En aquest sentit es podrien preparar les sessions amb un format més participatiu, on els pacients plantejessin dubtes, dificultats, preguntes, a les quals es pogués donar resposta en la mateixa sessió. També es podria plantejar una sessió-taller de dietes pràctica, per tal de donar opcions de menús saludables i que els mateixos participants poguessin fer-les. Creiem que el més adequat seria que aquestes sessions les liderés un dietista-nutricionista. Cal mencionar que s'hauria d'avaluar l'eficàcia d'aquestes intervencions per veure la seva repercussió en el cost assistencial sanitari i en la morbimortalitat per causa cardíaca.

Davant la influència de les noves tecnologies en salut, es podria crear algun sistema de seguiment, a través d'alguna aplicació tecnològica que permetés un contacte més directe amb el professional per poder resoldre els dubtes que sorgeixen en el dia a dia de les persones que han debutat amb SCA. Creiem que al darrere d'aquesta aplicació hi hauria d'haver el cardiòleg, infermeria experta en cardiologia, fisioteràpia, psicologia i un dietista-nutricionista, que ajudessin en el disseny de la plataforma però que alhora estiguessin disponibles per a la resolució de dubtes.

Amb la intenció de resoldre els dubtes que tenen aquestes persones, es podria crear una plataforma virtual de comunicació que, sota la supervisió d'algun professional de salut, fos un sistema de relació entre els pacients que permetés resoldre entre ells els dubtes que tenen i d'aquesta manera poder anar adaptant-se millor des de la perspectiva de persones amb condicions similars.

No es descarta poder retornar els resultats aportats en aquest estudi a l'equip de persones que fa el programa de seguiment del pacient cardíaca, per intentar buscar aquells punts susceptibles de millora que els participants de l'estudi han evidenciat, com són què cal fer un cop s'acaba el seguiment de les deu setmanes o la necessitat de saber com estan i fins on poden arribar. Tal com es va veure durant la realització de l'estudi, els participants necessitaven la figura d'un psicòleg que acompanyés en aquest procés; ara podem dir que a dia d'avui ja s'ha

incorporat al programa de seguiment. Una altra figura que potser caldria incorporar a l'equip seria un professional de les Ciències de l'Activitat Física i l'Esport, que continués el seguiment iniciat pel fisioterapeuta i d'aquesta manera poder disminuir l'ansietat i l'angoixa que presenten les persones quan finalitza el seguiment del programa del pacient cardíaca.

### **6.3. IMPLICACIONS PER A LA RECERCA**

Es creu que caldria realitzar un nou estudi qualitatiu que permetés abordar pacients amb característiques personals diferents, com ara el fet d'estar vidu, la falta de suport familiar o diferents unitats familiars, amb l'objectiu de poder descriure de forma més heterogènia el fenomen d'estudi.

Després de l'ús del model de Nola Pender en aquest estudi, es planteja la possibilitat d'utilitzar-lo en les valoracions de les consultes de seguiment del pacient amb cardiopatia i poder-ne avaluar l'eficàcia en aquest entorn en concret. Caldria per tant dissenyar un estudi de pre- i postintervenció o bé un assaig clínic per avaluar l'eficàcia d'aquesta nova valoració (nova intervenció).

Una altra implicació per a la recerca seria plantejar i dissenyar un projecte educatiu amb aquestes persones que han debutat amb cardiopatia, tenint en compte les necessitats que s'han evidenciat amb la realització de l'estudi, i posteriorment avaluar l'eficàcia i l'impacte d'aquest projecte.

També es proposa el disseny d'altres estudis qualitius que se centrin en altres patologies cròniques prevalents en el nostre entorn, per tal de poder arribar a descriure els elements centrals del procés d'adaptació que presenten les persones amb patologia crònica i que permetessin la generalització.

D'altra banda, caldria plantejar abordar el fenomen d'estudi en un context més urbà, per tal de poder veure les necessitats que presenten els pacients d'aquest medi.

Així mateix, seria interessant proposar el disseny d'un instrument o guió d'entrevista clínica per a les infermeres del servei de cardiologia, per tal que poguessin implementar una valoració-avaluació d'aquests pacients. L'objectiu d'aquest projecte seria homogeneïtzar una entrevista (igual per a tots), entrenar les infermeres i garantir la seva formació. Per a aquest disseny es requeriria la realització de grups focals que impliquessin infermeres de l'àmbit. Un cop dissenyat el guió de l'entrevista, caldria dissenyar un estudi de pre- i postintervenció per avaluar l'eficàcia de l'entrevista en l'atenció i la valoració d'aquests pacients.

Cal plantejar si seria bo esperar que els pacients hagin pres consciència del seu procés de malaltia abans de fer l'educació sanitària. Per poder respondre a això, es requeriria un estudi quasi experimental que permetés fer una intervenció educativa en grups diferents per tal d'avaluar-ne l'eficàcia. S'hauria de plantejar la possibilitat de dissenyar un estudi on es fes l'educació sanitària en dos temps diferents i que es poguessin comparar els dos grups. Caldria també tenir en compte els factors contextuals i personals dels participants en l'estudi.



## **CAPÍTOL 7. CONCLUSIONS**

---





La realització d'aquest estudi permet entendre com és l'experiència de les persones que han presentat una SCA, entenent els factors implicats en aquesta adaptació al nou estil de vida i el manteniment dels canvis al llarg del temps. Cal destacar les conclusions següents:

- Les persones que han debutat amb SCA són capaces d'identificar les causes que han pogut contribuir al desenvolupament de l'esdeveniment cardíac i iniciar canvis en la seva vida per tal de fer front a la seva nova situació, canviant així el seu estil de vida.
- Les persones afectades amb SCA necessiten un bon suport tant professional com familiar i social. Això no obstant, aquest acompanyament requereix una bona informació i comunicació per part dels professionals.
- L'adaptació al nou estat de salut requereix comprendre la importància d'un canvi d'hàbits; això implica principalment temps i, alhora, prendre consciència del significat d'aquest canvi.
- La vivència que tenen les persones del moment agut de la SCA i les emocions i sensacions que van patir ajuden a prendre consciència de la gravetat de la situació que van viure.
- Els professionals de la salut han d'entendre els motius i les experiències de les persones que fan o no fan canvis en els seus estils de vida.
- Entendre les característiques personals, les creences, els ideals i els sentiments de les persones és necessari per comprendre de manera profunda les seves accions.
- La família és un puntal a destacar en l'adaptació, ja que sovint és la millor coneixedora de l'entorn de la persona i és font de motivació i suport per aconseguir superar la situació.
- Els pacients que han debutat amb SCA tenen por de la malaltia en si i del seu futur, per la qual cosa cal adequar intervencions per tal d'acompanyar les persones en aquesta situació i que puguin disminuir les seves pors.



## **APORTACIONES A CONGRESSOS**

---



Aquí es detalla la difusió feta fins al moment de l'estudi en diferents congressos del territori nacional, juntament amb la referència on es poden consultar els resums de les presentacions:

- Sociedad Española de Cardiología. Congreso de las Enfermedades Cardiovasculares. 22-24 d'octubre del 2015. Bilbao, Espanya. COMUNICACIÓ PÒSTER.
  - • Puiggrós-Binefa A, Perramont M, Bardallo MD, Monforte-Royo C. «Estudio del proceso de adaptación a los cambios de estilos de vida en pacientes que debutan con síndrome coronario agudo. Resultados preliminares». *Rev Esp Cardiol.* 2015; 68 Supl 1:1179. ISI Journal Citation Reports © Ranking: 2015: 4.596 (CARDIAC & CARDIOVASCULAR SYSTEMS: 22/124). ISSN: 0300-8932.
- VII Congreso Iberoamericano de Investigación Cualitativa en Salud. «Ciudadanía y transdisciplinariedad: Tejiendo redes». 5-7 de setembre del 2016. Barcelona, Espanya. COMUNICACIÓ ORAL.
  - • Puiggrós-Binefa A, Tort-Nasarre G, Monforte-Royo C. «Factores personales influyentes en la adaptación al nuevo estilo de vida en pacientes que debutan de Síndrome Coronario Agudo». A: *Libro de Resúmenes VII Congreso Iberoamericano de Investigación Cualitativa en Salud.* «Ciudadanía y transdisciplinariedad: Tejiendo redes». 5-7 de setembre del 2016. Barcelona, Espanya. Pàgs. 178-179. ISBN: 978-84-608-4312-2.



## REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

---





- ABBASI, M.; MOHAMMADI, N.; NASRABADI, A. N.; FUH, S. B. & SADEGHI, T. (2014). «Re-birth after coronary bypass graft surgery: a hermeneutic-phenomenological study». *Global Journal of Health Science*, 6(3), 235-240. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v6n3p235>
- AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (2014). *The «5 A's» Model for Treating Tobacco Use and Dependence-2000: Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update Overview*. Recuperat de <http://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/tobacco/clinicians/presentations/2008update-overview/slide42.html>
- AGGARWAL, B.; LIAO, M.; CHRISTIAN, A. & MOSCA, L. (2009). «Influence of Caregiving on Lifestyle and Psychosocial Risk Factors Among Family Members of Patients Hospitalized with Cardiovascular Disease». *Journal of General Internal Medicine*, 24(1), 93-98. <https://doi.org/10.1007/s11606-008-0852-1>
- AJZEN, I. (1991). «The theory of planned behavior». *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- AJZEN, I. (2011). «The theory of planned behaviour: Reactions and reflections». *Psychology & Health*, 26(9), 1113-1127. <https://doi.org/10.1080/08870446.2011.613995>
- ALBERT, M. A.; GLYNN, R. J.; BURING, J. & RIDKER, P. M. (2006). «Impact of Traditional and Novel Risk Factors on the Relationship Between Socioeconomic Status and Incident Cardiovascular Events». *Circulation*, 114(24), 2619-2626. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.106.660043>
- ALEGRÍA-EZQUERRA, E.; ALEGRÍA-BARRERO, E. & ALEGRÍA-BARRERO, A. (2015). «La guía europea de dislipemia. Fortalezas y debilidades». *Revista Española de Cardiología. Suplementos*, 15, 14-17. [https://doi.org/10.1016/S1131-3587\(15\)70119-6](https://doi.org/10.1016/S1131-3587(15)70119-6)
- ALLIGOOD, M. R. (2014). *Modelos y teorías en enfermería* (8a ed.). Barcelona: S.A. Elsevier España.
- ALSÉN, P.; BRINK, E.; BRÄNDSTRÖM, Y.; KARLSON, B. W. & PERSSON, L.-O. (2010). «Fatigue after myocardial infarction: Relationships with indices of emotional distress, and sociodemographic and clinical variables». *International Journal of Nursing Practice*, 16(4), 326-334. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2010.01848.x>

- ALSÉN, P. & ERIKSSON, M. (2016). «Illness perceptions of fatigue and the association with sense of coherence and stress in patients one year after myocardial infarction». *Journal of Clinical Nursing*, 25(3-4), 526-533. <https://doi.org/10.1111/jocn.13088>
- ALTHAIA (2014). *Memòria Anual. Fets i Dades 2014*. Althaia. Recuperat de [http://www.althaia.cat/transparencia/wp-content/uploads/2015/06/2014\\_memoria.pdf](http://www.althaia.cat/transparencia/wp-content/uploads/2015/06/2014_memoria.pdf)
- ALTHAIA (2015). *Memòria Anual. Fets i Dades 2015*. Althaia. Recuperat de <http://www.althaia.cat/transparencia/wp-content/uploads/2016/09/Memoria-interactiva-Fets-i-Dades-2015.pdf>
- ALTHAIA (2017). *El Portal de la transparència | TRANSPARÈNCIA*. Recuperat de <http://www.althaia.cat/transparencia/>
- ÁLVAREZ-SALA, L. A.; SUÁREZ, C.; MANTILLA, T.; FRANCH, J.; RUILOPE, L. M.; BANEGAS, J. R. & BARRIOS, V. (2005). [«PREVENCAT study: control of cardiovascular risk in primary care»]. *Medicina clínica*, 124(11), 406-410. <https://doi.org/10.1157/13072841>
- ANDERSSON, E. K.; BORGLIN, G. & WILLMAN, A. (2013). «The experience of younger adults following myocardial infarction». *Qualitative Health Research*, 23(6), 762-772. <https://doi.org/10.1177/1049732313482049>
- ARRANZ, S.; CHIVA-BLANCH, G.; VALDERAS-MARTÍNEZ, P.; MEDINA-REMÓN, A.; LAMUELA-RAVENTÓS, R. M. & ESTRUCH, R. (2012). «Wine, beer, alcohol and polyphenols on cardiovascular disease and cancer». *Nutrients*, 4(7), 759-781. <https://doi.org/10.3390/nu4070759>
- ARRIZABALAGA, J. J.; CALAÑAS-CONTINENTE, A.; VIDAL, J.; MASMIQUEL, L.; DÍAZ-FERNÁNDEZ, M. J.; GARCÍA-LUNA, P. P.; CORRIDO, F. *et al.* (2003). «Guía de práctica clínica para el manejo del sobrepeso y la obesidad en personas adultas». *Endocrinología y Nutrición*, 50(Supl. 4), 1-39.
- ASTIN, F.; HORROCKS, J. & CLOSS, S. (2014). «Managing lifestyle change to reduce coronary risk: a synthesis of qualitative research on peoples' experiences». *BMC Cardiovascular Disorders*, 14, 96. <https://doi.org/10.1186/1471-2261-14-96>
- BACHMANN, J. M.; WILLIS, B. L.; AYERS, C. R.; KHERA, A. & BERRY, J. D. (2012). «Association Between Family History and Coronary Heart Disease Death Across Long-Term Follow-Up in Men: The Cooper Center Longitudinal Study». *Circulation*, 125(25), 3092-3098. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.111.065490>

- BANDURA, A. (1977a). «Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change». *Psychological Review*, 84(2), 191-215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- BANDURA, A. (1977b). *Social learning theory* (1a ed.). Oxford, England: Prentice-Hall Series in Social Learning.
- BARTFIELD, J. K.; OJEHOMON, N.; HUSKEY, K. W.; DAVIS, R. B. & WEE, C. C. (2010). «Preferences and Self-efficacy for Diet Modification Among Primary Care Patients». *Obesity*, 18(2), 430-432. <https://doi.org/10.1038/oby.2009.284>
- BASSAND, J.-P.; HAMM, C. W.; ARDISSINO, D.; BOERSMA, E.; BUDAJ, A.; FERNÁNDEZ-AVILÉS, F.; WINDECKER, S. *et al.* (2007). «Guidelines for the diagnosis and treatment of non-ST-segment elevation acute coronary syndromes: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Non-ST-Segment Elevation Acute Coronary Syndromes of the European Society of Cardiology». *European Heart Journal*, 28(13), 1598-1660. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehm161>
- BAUTISTA, M. C. & ENGLER, M. M. (2005). «The Mediterranean diet: is it cardioprotective?». *Progress in Cardiovascular Nursing*, 20(2), 70-76. <https://doi.org/10.1111/j.0889-7204.2005.04558.x>
- BECKMAN, A. L.; BUCHOLZ, E. M.; ZHANG, W.; XU, X.; DREYER, R. P.; STRAIT, K. M., SPATZ, E. S. *et al.* (2016). «Sex Differences in Financial Barriers and the Relationship to Recovery After Acute Myocardial Infarction». *Journal of the American Heart Association*, 5(10), e003923. <https://doi.org/10.1161/JAHA.116.003923>
- BERGMAN, E. & BERTERÖ, C. (2001). «You can do it if you set your mind to it: a qualitative study of patients with coronary artery disease». *Journal of Advanced Nursing*, 36(6), 733-741. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.02040.x>
- BERGMAN, E. & BERTERÖ, C. (2003). «“Grasp life again”. A qualitative study of the motive power in myocardial infarction patients». *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2(4), 303-310. [https://doi.org/10.1016/S1474-5151\(03\)00098-7](https://doi.org/10.1016/S1474-5151(03)00098-7)
- BERGMAN, E.; MALM, D.; BERTERÖ, C. & KARLSSON, J. (2011). «Does one's sense of coherence change after an acute myocardial infarction?: A two-year longitudinal study in Sweden: Does one's sense of coherence change?». *Nursing & Health Sciences*, 13(2), 156-163. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2011.00592.x>

- BERKMAN, L. F. (2005). «Tracking Social and Biological Experiences. The Social Etiology of Cardiovascular Disease». *Circulation*, 111(23), 3022-3024. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.104.509810>
- BERRA, K. (2010). «Challenges of changing lifestyle to reduce risk for cardiovascular disease». *Journal of Cardiovascular Nursing*, 25(3), 223-227. <https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e3181cec7e4>
- BERRA, K.; MILLER, N. H. & JENNINGS, C. (2011). «Nurse-Based Models for Cardiovascular Disease Prevention from Research to Clinical Practice». *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(2 Suppl.), S42-S50. [https://doi.org/10.1016/S1474-5151\(11\)00115-0](https://doi.org/10.1016/S1474-5151(11)00115-0)
- BRINK, E.; KARLSON, B. & HALLBERG, L. (2006). «Readjustment 5 months after a first-time myocardial infarction: reorienting the active self». *Journal of Advanced Nursing*, 53(4), 403-411. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03737.x>
- CARPENTER, C. J. (2010). «A Meta-Analysis of the Effectiveness of Health Belief Model Variables in Predicting Behavior». *Health Communication*, 25(8), 661-669. <https://doi.org/10.1080/10410236.2010.521906>
- CASEY, D. (2007a). «Findings from non-participant observational data concerning health promoting nursing practice in the acute hospital setting focusing on generalist nurses». *Journal of Clinical Nursing*, 16(3), 580-592. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01557.x>
- CASEY, D. (2007b). «Nurses' perceptions, understanding and experiences of health promotion». *Journal of Clinical Nursing*, 16(6), 1039-1049. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01640.x>
- CAZORLA, M.; ORTIGOSA, L.; ISLA, P.; VIVAS, E.; GIL, D.; GÓMEZ, M. J.; JUNCÀ, C. *et al.* (2004). «La percepción del paciente con cardiopatía isquémica a los dos años del primer evento coronario». *Enfermería en Cardiología: Revista Científica e Informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología*, 31, 30-35.
- CDC/NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS (2015). *NHANES - About the National Health and Nutrition Examination Survey*. Recuperat de [https://www.cdc.gov/nchs/nhanes/about\\_nhanes.htm](https://www.cdc.gov/nchs/nhanes/about_nhanes.htm)
- CENTRO DE ESTUDIOS ECONÓMICOS Y EMPRESARIALES (2014). «El coste de las enfermedades cardiovasculares ascenderá en 2020 a 8.800 millones de euros en España». Recuperat de

<http://www.astrazeneca.es/prensa/notas-de-prensa-corporativas/Article/28082014--nota-de-prensa-cebr>

- CHATZIEFSTRATIOU, A. A.; GIAKOU MIDAKIS, K. & BROKALAKI, H. (2013). «Cardiac rehabilitation outcomes: modifiable risk factors». *British Journal of Nursing*, 22(4), 200-207. <https://doi.org/10.12968/bjon.2013.22.4.200>
- CHOWDHURY, R.; KHAN, H.; HEYDON, E.; SHROUFI, A.; FAHIMI, S.; MOORE, C. & FRANCO, O. H. (2013). «Adherence to cardiovascular therapy: a meta-analysis of prevalence and clinical consequences». *European Heart Journal*, 34(38), 2940-2948. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/eh295>
- CHRISTIANSEN, M. K.; JENSEN, J. M.; BRØNDBERG, A. K.; BØTKER, H. E. & JENSEN, H. K. (2016). «Cardiovascular risk factor control is insufficient in young patients with coronary artery disease». *Vascular Health and Risk Management*, 12, 219-227. <https://doi.org/10.2147/VHRM.S106436>
- CHRYSOHOOU, C.; PANAGIOTAKOS, D. B.; PITSAVOS, C.; DAS, U. N. & STEFANADIS, C. (2004). «Adherence to the Mediterranean diet attenuates inflammation and coagulation process in healthy adults. The Attica study». *Journal of the American College of Cardiology*, 44(1), 152-158. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2004.03.039>
- COLE, J. A.; SMITH, S. M.; HART, N. & CUPPLES, M. E. (2013). «Do practitioners and friends support patients with coronary heart disease in lifestyle change? A qualitative study». *BMC Family Practice*, 14(1), 1.
- CONNER, M. & NORMAN, P. (ed.) (2007). *Predicting health behaviour: research and practice with social cognition models* (2a ed., repr.). Maidenhead: Open Univ. Press.
- CONRAADS, V. M.; DEATON, C.; PIOTROWICZ, E.; SANTAULARIA, N.; TIERNEY, S.; PIEPOLI, M. F.; JAARMA, T. *et al.* (2012). «Adherence of heart failure patients to exercise: barriers and possible solutions: A position statement of the Study Group on Exercise Training in Heart Failure of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology». *European Journal of Heart Failure*, 14(5), 451-458. <https://doi.org/10.1093/eurjhf/hfs048>
- CÓRDOBA, R.; CAMARELLES, F.; MUÑOZ, E.; GÓMEZ, J.; DÍAZ, D.; RAMÍREZ, J. I. & CABEZAS, C. (2014). «Recomendaciones sobre el estilo de vida». *Atención Primaria*, 46(Suppl. 4), 16-23. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(14\)70048-4](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(14)70048-4)

- CURRY, L. A.; NEMBARD, I. M. & BRADLEY, E. H. (2009). «Qualitative and Mixed Methods Provide Unique Contributions to Outcomes Research». *Circulation*, 119(10), 1442-1452. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.107.742775>
- D'AGOSTINO, R. B.; VASAN, R. S.; PENCINA, M. J.; WOLF, P. A.; COBAIN, M.; MASSARO, J. M. & KANNEL, W. B. (2008). «General cardiovascular risk profile for use in primary care the Framingham Heart Study». *Circulation*, 117(6), 743-753. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.107.699579>
- DAVIS, C.; MCMURRY, K. & MCMURRY, M. (2009). *American Heart Association 2010 Dietary Guidelines*. Recuperat de [http://americanheart.biz/idc/groups/heart-public/@wcm/@adv/documents/downloadable/ucm\\_312853.pdf](http://americanheart.biz/idc/groups/heart-public/@wcm/@adv/documents/downloadable/ucm_312853.pdf)
- DE LORGERIL, M.; SALEN, P.; MARTIN, J.-L.; MONJAUD, I.; DELAYE, J. & MAMELLE, N. (1999). «Mediterranean diet, traditional risk factors, and the rate of cardiovascular complications after myocardial infarction». *Circulation*, 99(6), 779-785. <https://doi.org/10.1161/01.CIR.99.6.779>
- DEL RÍO MORO, O.; MALDONADO VÁZQUEZ, A.; DAVÓS JIMÉNEZ, R.; GAROZ MARTÍN, B.; GUTIÉRREZ NOGUERA, A.; LOZANO LÁZARO, G.; VILLALTA SEVILLA, M. *et al.* (2005). «Educación sanitaria a pacientes con cardiopatía isquémica». *Enfermería en Cardiología: Revista Científica e Informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología*, 35, 24-27.
- DICICCO-BLOOM, B. & CRABTREE, B. F. (2006). «The qualitative research interview». *Medical Education*, 40(4), 314-321. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2006.02418.x>
- DICKINSON, H. O.; MASON, J. M.; NICOLSON, D. J.; CAMPBELL, F.; BEYER, F. R.; COOK, J. V.; FORD, G. A. *et al.* (2006). «Lifestyle interventions to reduce raised blood pressure: a systematic review of randomized controlled trials». *Journal of Hypertension*, 24(2), 215-233. <https://doi.org/10.1097/01.hjh.0000199800.72563.26>
- DILIS, V.; KATSOULIS, M.; LAGIOU, P.; TRICHOPOULOS, D.; NASKA, A. & TRICHOPOULOU, A. (2012). «Mediterranean diet and CHD: the Greek European prospective investigation into cancer and nutrition cohort». *British Journal of Nutrition*, 2012(108), 699-709. <https://doi.org/10.1017/S0007114512001821>
- DIMATTEO, M. R. (2004). «Variations in Patients' Adherence to Medical Recommendations: A Quantitative Review of 50 Years of Research». *Medical Care*, 42(3), 200-209. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000114908.90348.f9>



- DJOUSSÉ, L.; DRIVER, J. A. & GAZIANO, J. M. (2009). «Relation between modifiable lifestyle factors and lifetime risk of heart failure». *JAMA: the Journal of the American Medical Association*, 302(4), 394-400. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1062>
- DONTAS, A. S.; ZEREFOS, N. S.; PANAGIOTAKOS, D. B. & VALIS, D. A. (2007). «Mediterranean diet and prevention of coronary heart disease in the elderly». *Clinical Interventions in Aging*, 2(1), 109-115.
- DOUGHTY, R. N.; WRIGHT, S. P.; PEARL, A.; WALSH, H. J.; MUNCASTER, S.; WHALLEY, G. A.; SHARPE, N. *et al.* (2002). «Randomized, controlled trial of integrated heart failure management. The Auckland Heart Failure Management Study». *European Heart Journal*, 23(2), 139-146. <https://doi.org/10.1053/euhj.2001.2712>
- DOYLE, B.; FITZSIMONS, D.; MCKEOWN, P. & MCALOON, T. (2011). «Understanding dietary decision-making in patients attending a secondary prevention clinic following myocardial infarction». *Journal of Clinical Nursing*, 21(1-2), 32-41. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03636.x>
- DUMIT, N. Y.; NOUREDDINE, S. N. & MAGILVY, J. K. (2016). «Perspectives on barriers and facilitators to self-care in Lebanese cardiac patients: A qualitative descriptive study». *International Journal of Nursing Studies*, 60, 69-78. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.03.009>
- ECKEL, R. H.; JAKICIC, J. M.; ARD, J. D.; DE JESUS, J. M.; MILLER, N. H.; HUBBARD, V. S. & YANOVSKI, S. Z. (2014). «2013 AHA/ACC guideline on lifestyle management to reduce cardiovascular risk: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines». *Journal of the American College of Cardiology*, 63(25Part B), 2960-2984. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2013.11.003>
- ELMER, P. J.; OBARZANEK, E.; VOLLMER, W. M.; SIMONS-MORTON, D.; STEVENS, V. J.; YOUNG, D. R. *et al.* & PREMIER Collaborative Research Group (2006). «Effects of comprehensive lifestyle modification on diet, weight, physical fitness, and blood pressure control: 18-month results of a randomized trial». *Annals of Internal Medicine*, 144(7), 485-495. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-144-7-200604040-00007>
- ESTRUCH, R.; MARTÍNEZ-GONZÁLEZ, M. A.; CORELLA, D.; SALAS-SALVADÓ, J.; RUIZ-GUTIÉRREZ, V.; COVAS, M. I. *et al.* & PREDIMED STUDY INVESTIGATORS (2006). «Effects of a Mediterranean-style diet on cardiovascular risk factors a randomized trial». *Annals of Internal Medicine*, 145(1), 1-11. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-145-1-200607040-00004>

- ESTRUCH, R.; ROS, E.; SALAS-SALVADÓ, J.; COVAS, M.-I.; CORELLA, D.; ARÓS, F.; MARTÍNEZ-GONZÁLEZ, M. A. *et al.* (2013). «Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet». *New England Journal of Medicine*, 368(14), 1279-1290. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1200303>
- EUROASPIRE II STUDY GROUP (2001). «Lifestyle and risk-factor management and use of drug therapies in coronary patients from 15 countries». *European Heart Journal*, 22(7), 554-572. <https://doi.org/10.1053/euhj.2001.2610>
- FARRELL, T. C. & KEEPING-BURKE, L. (2014). «The primary prevention of cardiovascular disease: nurse practitioners using behaviour modification strategies». *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 24(1), 8-15.
- FISHBEIN, M. & AJZEN, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Addison-Wesley Pub.Co.
- FORASTIERE, F. & AGABITI, N. (2013). «Assessing the link between air pollution and heart failure». *The Lancet*, 382(9897), 1008-1010. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61167-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61167-8)
- FRAMINGHAM HEART STUDY (2014a). *History of the Framingham Heart Study*. Recuperat de <https://www.framinghamheartstudy.org/about-fhs/history.php>
- FRAMINGHAM HEART STUDY (2014b). *New Offspring Spouse Cohort | Framingham Heart Study*. Recuperat de <https://www.framinghamheartstudy.org/participants/new-offspring-spouse.php>
- FRAMINGHAM HEART STUDY (2014c). *Offspring Cohort | Framingham Heart Study*. Recuperat de <https://www.framinghamheartstudy.org/participants/offspring.php>
- FRAMINGHAM HEART STUDY (2014d). *Omni Cohorts | Framingham Heart Study*. Recuperat de <https://www.framinghamheartstudy.org/participants/omni.php>
- FRAMINGHAM HEART STUDY (2014e). *Original Cohort | Framingham Heart Study*. Recuperat de <https://www.framinghamheartstudy.org/participants/original.php>
- FRAMINGHAM HEART STUDY (2014f). *Third Generation Cohort | Framingham Heart Study*. Recuperat de <https://www.framinghamheartstudy.org/participants/generation-three.php>



- FRISOLI, T. M.; SCHMIEDER, R. E.; GRODZICKI, T. & MESSERLI, F. H. (2011). «Beyond salt: life-style modifications and blood pressure». *European Heart Journal*, 32(24), 3081-3087. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehr379>
- FUNDACIÓN DIETA MEDITERRÁNEA (2010). *QUÈ ÉS LA DIETA MEDITERRÀNIA?* Recuperat de <http://dietamediterranea.com/ca/nutricio-saludable/#piramide>
- FUNDACIÓN DIETA MEDITERRÁNEA (2015). *10 recomanacions bàsiques de la Dieta Mediterrània | FUNDACIÓN DIETA MEDITERRÁNEA*. Recuperat de <http://dietamediterranea.com/ca/dieta-mediterrania/decaleg/>
- FUNDACIÓN ESPAÑOLA DEL CORAZÓN (2013). *Decálogo de una vida sana: Diez reglas para evitar infartos*. Recuperat de <http://www.fundaciondelcorazon.com/prevencion/decalogo-de-la-vida-sana/679-decalogo-de-la-vida-sana.html>
- FUSTER, V. & IBÁÑEZ, B. (2008). «Actualización en diabetes y enfermedad cardiovascular: Diabetes y enfermedad cardiovascular». *Revista Española de Cardiología. Suplementos*, 8(3), 35C-44C. [https://doi.org/10.1016/S1131-3587\(08\)73553-2](https://doi.org/10.1016/S1131-3587(08)73553-2)
- GALICK, A.; D'ARRIGO-PATRICK, E. & KNUDSON-MARTIN, C. (2015). «Can Anyone Hear Me? Does Anyone See Me? A Qualitative Meta-Analysis of Women's Experiences of Heart Disease». *Qualitative Health Research*, 25(8), 1123-1138. <https://doi.org/10.1177/1049732315584743>
- GALLOWAY, R. D. (2003). «Health Promotion: Causes, Beliefs and Measurements». *Clinical Medicine and Research*, 1(3), 249-258.
- GARDNER, B.; LALLY, P. & WARDLE, J. (2012). «Making health habitual: the psychology of “habit-formation” and general practice». *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 62(605), 664-666. <https://doi.org/10.3399/bjgp12X659466>
- GEBAUER, S. K.; PSOTA, T. L.; HARRIS, W. S. & KRIS-ETHERTON, P. M. (2006). «n-3 fatty acid dietary recommendations and food sources to achieve essentiality and cardiovascular benefits». *The American Journal of Clinical Nutrition*, 83(6 Suppl.), 1526S-1535S.
- GENERALITAT DE CATALUNYA, DEPARTAMENT DE SALUT (2012). *Malalties cardiovasculars*. Canal Salut. Generalitat de Catalunya. Recuperat de <http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.af261f715269a25d48af8968b0c0e1a0/?vgnnextoid=>

[c852c891b1ee5310VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vnextchannel=c852c891b1ee5310VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vnextfmt=default#div\\_01](http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.af261f715269a25d48af8968b0c0e1a0/?vnextoid=f11a2043ca2da210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vnextchannel=c852c891b1ee5310VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vnextfmt=default#div_01)

GENERALITAT DE CATALUNYA, DEPARTAMENT DE SALUT (2013). *Infart agut de miocardi*. Canal Salut. Generalitat de Catalunya. Recuperat de [http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.af261f715269a25d48af8968b0c0e1a0/?vnextoid=f11a2043ca2da210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vnextchannel=f11a2043ca2da210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD#div\\_05](http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.af261f715269a25d48af8968b0c0e1a0/?vnextoid=f11a2043ca2da210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vnextchannel=f11a2043ca2da210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD#div_05)

GENERALITAT DE CATALUNYA, DEPARTAMENT DE SALUT (2014). *Anàlisi de la mortalitat a Catalunya, 2012*. Barcelona: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. Recuperat de [http://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/947/analisi\\_mortalitat\\_catalunya\\_2012\\_avan%C3%A7\\_resultats.pdf?sequence=1](http://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/947/analisi_mortalitat_catalunya_2012_avan%C3%A7_resultats.pdf?sequence=1)

GENERALITAT DE CATALUNYA, DEPARTAMENT DE SALUT (2015a). *La piràmide de l'alimentació saludable*. Recuperat de [http://salutpublica.gencat.cat/ca/ambits/promocio\\_salut/alimentacio\\_saludable/la-piramide-de-lalimentacio-saludable/indexb.html](http://salutpublica.gencat.cat/ca/ambits/promocio_salut/alimentacio_saludable/la-piramide-de-lalimentacio-saludable/indexb.html)

GENERALITAT DE CATALUNYA, DEPARTAMENT DE SALUT (2015b). *Pressupost del Departament de Salut per a l'any 2015*. Recuperat de <http://cercador.gencat.cat/cercador/AppJava/index.jsp?q=despesa+en+malalties+cardiovasculares>

GIBSON, I.; FLAHERTY, G.; CORMICAN, S.; JONES, J.; KERINS, C.; WALSH, A. M.; CROWLEY, J. *et al.* (2014). «Translating guidelines to practice: Findings from a multidisciplinary preventive cardiology programme in the west of Ireland». *European Journal of Preventive Cardiology*, 21(3), 366-376. <https://doi.org/10.1177/2047487313498831>

GOLDSMITH, D. J.; BUTE, J. J. & LINDHOLM, K. A. (2012). «Patient and Partner Strategies for Talking about Lifestyle Change Following a Cardiac Event». *Journal of Applied Communication Research*, 40(1), 65-86. <https://doi.org/10.1080/00909882.2011.636373>

GOLDSMITH, D. J.; GUMMINGER, K. L. & BUTE, J. J. (2006). «Communication About Lifestyle Change Between Cardiac Patients and Their Partners». *Applied Interpersonal Communication Matters: Family, Health, and Community Relations*, 5, 95-117.

GÓMEZ, J. A. (ed.) (2001). *Factores cardioprotectores del vino*. Edicomplet: Madrid.

- GÓMEZ, M.; CASAJÚS, G.; GÓMEZ, C. & MARTÍNEZ, A. (2012). «Percepciones y experiencias vividas por el paciente con un primer infarto, e impacto en su entorno social, familiar y laboral». *Enfermería en Cardiología*, Año XIX (55-56), 67-75.
- GORTNER, S. R. & NAHM, H. (1977). «An overview of nursing research in the United States». *Nursing Research*, 26(1), 10-33.
- GRAHAM, I.; ATAR, D.; BORCH-JOHNSEN, K.; BOYSEN, G.; BURELL, G.; CIFKOVA, R.; ZAMPELAS, A. *et al.* (2007). «European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary: Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (Constituted by representatives of nine societies and by invited experts)». *European Heart Journal*, 28(19), 2375-2414. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehm316>
- GRANDES, G.; SÁNCHEZ, A.; CORTADA, J. M.; BALAGUÉ, L.; CALDERÓN, C.; ARRAZOLA, A. & THE «PRESCRIBE VIDA SALUDABLE» GROUP. (2008). «Is integration of healthy lifestyle promotion into primary care feasible? Discussion and consensus sessions between clinicians and researchers». *BMC Health Services Research*, 8, 213. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-213>
- GRAVES, K. D. & MILLER, P. M. (2003). «Behavioral medicine in the prevention and treatment of cardiovascular disease». *Behavior Modification*, 27(1), 3-25. <https://doi.org/10.1177/0145445502238690>
- GREGORY, S.; BOSTOCK, Y. & BACKETT-MILBURN, K. (2006). «Recovering from a heart attack: a qualitative study into lay experiences and the struggle to make lifestyle changes». *Family Practice*, 23(2), 220-225. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmi089>
- GROVE, S. K.; GRAY, J. R. & BURNS, N. (2016). *Investigación en enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia* (6a ed.). Barcelona: Elsevier.
- GUBA, E. G. & LINCOLN, Y. S. (1994). «Competing paradigms in qualitative research». A N. Denzin & Y. Lincoln (ed.), *Handbook of qualitative health research* (vol. 2, 105-117). Thousands Oaks, California: SAGE.
- GUTIÉRREZ-SÁNCHEZ, Á. & PINO-JUSTE, M. (2011). «Validación de la versión en español de las propiedades psicométricas de la escala Self-Report Habit Index (SRHI) para medir hábitos de ejercicio físico». *Revista Española de Salud Pública*, 85(4), 363-371. <https://doi.org/10.1590/S1135-57272011000400005>

- HANSEN, T. B.; ZWISLER, A. D.; BERG, S. K.; SIBILITZ, K. L.; BUUS, N. & LEE, A. (2016). «Cardiac rehabilitation patients' perspectives on the recovery following heart valve surgery: A narrative analysis». *Journal of Advanced Nursing*, 72(5), 1097-1108. <https://doi.org/10.1111/jan.12904>
- HARE, D. L.; TOUKHSATI, S. R.; JOHANSSON, P. & JAARMA, T. (2014). «Depression and cardiovascular disease: a clinical review». *European Heart Journal*, 35(21), 1365-1372. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/eh462>
- HARRIS, W. S.; MOZAFFARIAN, D.; RIMM, E.; KRIS-ETHERTON, P.; RUDEL, L. L.; APPEL, L. J.; SACKS, F. *et al.* (2009). «Omega-6 fatty acids and risk for cardiovascular disease a science advisory from the American Heart Association Nutrition Subcommittee of the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism; Council on Cardiovascular Nursing; and Council on Epidemiology and Prevention». *Circulation*, 119(6), 902-907. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.108.191627>
- HARTFORD, K. (2005). «Telenursing and patients' recovery from bypass surgery». *Journal of Advanced Nursing*, 50(5), 459-468. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03427.x>
- HARVARD MEDICAL SCHOOL. BRIGHAM AND WOMEN'S HOSPITAL (2015). *About the Women's Health Study*. Recuperat de <http://whs.bwh.harvard.edu/index.html>
- HARVARD TH CHAN SCHOOL OF PUBLIC HEALTH (2016). *HOME | Health Professionals Follow-Up Study*. Recuperat de <https://www.hsph.harvard.edu/hpfs/>
- HAVEMAN-NIES, A.; BUREMA, J.; CRUZ, J. A. A.; OSLER, M. & VAN STAVEREN, W. A. (2002). «Dietary Quality and Lifestyle Factors in Relation to 10-Year Mortality in Older Europeans. The SENECA Study». *American Journal of Epidemiology*, 156(10), 962-968.
- HAYMAN, L. L. & REINEKE, P. R. (2003). «Preventing coronary heart disease: the implementation of healthy lifestyle strategies for children and adolescents». *Journal of Cardiovascular Nursing*, 18(4), 294-301.
- HE, K.; LIU, K.; DAVIGLUS, M. L.; JENNY, N. S.; MAYER-DAVIS, E.; JIANG, R. & HERRINGTON, D. (2009). «Associations of dietary long-chain n-3 polyunsaturated fatty acids and fish with biomarkers of inflammation and endothelial activation (from the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis [MESA])». *The American Journal of Cardiology*, 103(9), 1238-1243. <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2009.01.016>

- HEO, S.; LENNIE, T. A.; MOSER, D. K. & OKOLI, C. (2009). «Heart failure patients' perceptions on nutrition and dietary adherence». *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(5), 323-328. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2009.05.005>
- HEO, S.; LENNIE, T. A.; OKOLI, C. & MOSER, D. K. (2009). «Quality of life in patients with heart failure: ask the patients». *Heart & Lung: The Journal of Critical Care*, 38(2), 100-108. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2008.04.002>
- HILDINGH, C.; FRIDLUND, B. & LIDELL, E. (2006). «Access to the world after myocardial infarction: experiences of the recovery process». *Rehabilitation Nursing: The Official Journal of the Association of Rehabilitation Nurses*, 31(2), 63-68. <https://doi.org/10.1002/j.2048-7940.2006.tb00127.x>
- HINDIEH, W.; PILOTE, L.; CHEEMA, A.; AL-LAWATI, H.; LABOS, C.; DUFRESNE, L. *et al.* & PRAXY INVESTIGATORS (2016). «Association between family history, a genetic risk score, and severity of coronary artery disease in patients with premature acute coronary syndromes». *Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology*, 36(6), 1286-1292. <https://doi.org/10.1161/ATVBAHA.115.306944>
- HU, F. B.; STAMPFER, M. J.; MANSON, J. E.; RIMM, E.; COLDITZ, G. A.; ROSNER, B. A.; WILLETT, W. C. *et al.* (1997). «Dietary fat intake and the risk of coronary heart disease in women». *New England Journal of Medicine*, 337(21), 1491-1499. <https://doi.org/10.1056/NEJM199711203372102>
- HU, F. B.; STAMPFER, M. J.; RIMM, E.; ASCHERIO, A.; ROSNER, B. A.; SPIEGELMAN, D. & WILLETT, W. C. (1999). «Dietary fat and coronary heart disease: a comparison of approaches for adjusting for total energy intake and modeling repeated dietary measurements». *American Journal of Epidemiology*, 149(6), 531-540.
- HU, F. B.; STAMPFER, M. J.; RIMM, E. B.; MANSON, J. E.; ASCHERIO, A.; COLDITZ, G. A.; WILLETT, W. C. *et al.* (1999). «A prospective study of egg consumption and risk of cardiovascular disease in men and women». *JAMA*, 281(15), 1387-1394. <https://doi.org/10.1001/jama.281.15.1387>
- IJZELENBERG, W.; HELLEMANS, I. M.; VAN TULDER, M. W.; HEYMANS, M. W.; RAUWERDA, J. A.; VAN ROSSUM, A. C. & SEIDELL, J. C. (2012). «The effect of a comprehensive lifestyle intervention on cardiovascular risk factors in pharmacologically treated patients with stable cardiovascular disease compared to usual care: a randomised controlled trial». *BMC Cardiovascular Disorders*, 12(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/1471-2261-12-71>

- INSTITUT D'ESTADÍSTICA DE CATALUNYA (2016). *Idescat. Unió Europea. Esperança de vida en néixer. Per sexe. Resultats*. Recuperat de <http://www.idescat.cat/economia/inec?tc=3&id=8717>
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2016). *Defunciones según la causa de muerte. Año 2014*. Recuperat de <http://www.ine.es/prensa/np963.pdf>
- JEFFERSON, G. (1984). «Transcript notation». A J. M. Atkinson & J. Heritage (ed.), *Structures of social action*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- JEFFERSON, G. (2004). «Glossary of transcript symbols with an introduction». *Pragmatics and Beyond New Series*, 125, 13-34.
- JOKHADAR, M. & WENGER, N. K. (2009). «Review of the treatment of acute coronary syndrome in elderly patients». *Clinical Interventions in Aging*, 4, 435-444. <https://doi.org/10.2147/CIA.S3035>
- JOSHIPURA, K. J.; HU, F. B.; MANSON, J. E.; STAMPFER, M. J.; RIMM, E. B.; SPEIZER, F. E. & WILLETT, W. (2001). «The effect of fruit and vegetable intake on risk for coronary heart disease». *Annals of Internal Medicine*, 134(12), 1106-1114. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-134-12-200106190-00010>
- JUDD, S. E. & TANGPRICHA, V. (2009). «Vitamin D deficiency and risk for cardiovascular disease». *The American Journal of the Medical Sciences*, 338(1), 40-44. <https://doi.org/10.1097/MAJ.0b013e3181aaee91>
- KÄHKÖNEN, O.; KANKKUNEN, P.; SAARANEN, T.; MIETTINEN, H.; KYNGÄS, H. & LAMIDI, M.-L. (2015). «Motivation is a crucial factor for adherence to a healthy lifestyle among people with coronary heart disease after percutaneous coronary intervention». *Journal of Advanced Nursing*, 71(10), 2364-2373. <https://doi.org/10.1111/jan.12708>
- KANGASNIEMI, M.; HIRJABA, M.; KOHONEN, K.; VELLONE, E.; MOILANEN, T. & PIETILÄ, A.-M. (2016). «The cardiac patients' perceptions of their responsibilities in adherence to care: A qualitative interview study». *Journal of Clinical Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jocn.13642>
- KAVOURAS, S. A.; PANAGIOTAKOS, D. B.; PITSAVOS, C.; CHRYSOHOOU, C.; ARNAOUTIS, G.; SKOUMAS, Y. & STEFANADIS, C. (2010). «Physical activity and adherence to Mediterranean diet in-



- crease total antioxidant capacity: the ATTICA Study». *Cardiology Research and Practice*, 2011, 248626. <https://doi.org/10.4061/2011/248626>
- KELEHER, H.; PARKER, R.; ABDULWADUD, O. & FRANCIS, K. (2009). «Systematic review of the effectiveness of primary care nursing». *International Journal of Nursing Practice*, 15(1), 16-24. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2008.01726.x>
- KEMPPAINEN, V.; TOSSAVAINEN, K. & TURUNEN, H. (2012). «Nurses' roles in health promotion practice: an integrative review». *Health Promotion International*, 28(4), 490-501. <https://doi.org/10.1093/heapro/das034>
- KEYS, A.; MENOTTI, A.; KARVONEN, M. J.; ARAVANIS, C.; BLACKBURN, H.; BUZINA, R. & TOSHIMA, H. (1986). «The diet and 15-year death rate in the seven countries study». *American Journal of Epidemiology*, 124(6), 903-915.
- KING, D. E.; MAINOUS, A. G.; CARNEMOLLA, M. & EVERETT, C. J. (2009). «Adherence to healthy lifestyle habits in US adults, 1988-2006». *The American Journal of Medicine*, 122(6), 528-534. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2008.11.013>
- KING, D. E.; MAINOUS, A. G. & GEESEY, M. E. (2008). «Adopting moderate alcohol consumption in middle age: subsequent cardiovascular events». *The American Journal of Medicine*, 121(3), 201-206. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2007.12.004>
- KIVINIEMI, M. T. & ROTHMAN, A. J. (2008). «What do people think about changes in health behaviors? Differential perceptions of consequences of increases and decreases in health behaviors». *Psychology & Health*, 23(7), 867-885. <https://doi.org/10.1080/14768320701360500>
- KNOOPS, K. T.; DE GROOT, L. C.; KROMHOUT, D.; PERRIN, A.-E.; MOREIRAS-VARELA, O.; MENOTTI, A. & VAN STAVEREN, W. A. (2004). «Mediterranean diet, lifestyle factors, and 10-year mortality in elderly European men and women: the HALE project». *JAMA*, 292(12), 1433-1439. <https://doi.org/10.1001/jama.292.12.1433>
- KOTTKE, T.; BAECHLER, C.; CANTERBURY, M.; DANNER, C.; ERICKSON, K.; HAYES, R.; WILKINSON, J. *et al.* (2013). *Institute for Clinical Systems Improvement. Healthy Lifestyles*. Recuperat de [http://aegleclinic.com/wp-content/uploads/2015/05/ICSI\\_Health-Care-Guidelines.pdf](http://aegleclinic.com/wp-content/uploads/2015/05/ICSI_Health-Care-Guidelines.pdf)
- KOURIS-BLAZOS, A.; GNARDELLIS, C.; WAHLQVIST, M. L.; TRICHOPOULOS, D.; LUKITO, W. & TRICHOPOULOU, A. (1999). «Are the advantages of the Mediterranean diet transferable to

other populations? A cohort study in Melbourne, Australia». *British Journal of Nutrition*, 82(1), 57-61. <https://doi.org/10.1017/S0007114599001129>

KRIPALANI, S.; YAO, X. & HAYNES, R. B. (2007). «Interventions to enhance medication adherence in chronic medical conditions: a systematic review». *Archives of Internal Medicine*, 167(6), 540-549. <https://doi.org/10.1001/archinte.167.6.540>

KRIS-ETHERTON, P.; ECKEL, R. H.; HOWARD, B. V.; JEOR, S. S.; BAZZARRE, T. L. & NUTRITION COMMITTEE POPULATION SCIENCE COMMITTEE AND CLINICAL SCIENCE COMMITTEE OF THE AMERICAN HEART ASSOCIATION (2001). «Lyon Diet Heart Study Benefits of a Mediterranean-Style, National Cholesterol Education Program/American Heart Association Step I Dietary Pattern on Cardiovascular Disease». *Circulation*, 103(13), 1823-1825. <https://doi.org/10.1161/01.CIR.103.13.1823>

KROMHOUT, D. & BLOEMBERG, B. (2002). «Diet and Coronary Heart Disease in the Zutphen Study». A D. Kromhout, A. Menotti & H. Blackburn (ed.), *Prevention of Coronary Heart Disease: Diet, Lifestyle and Risk Factors in the Seven Countries Study*, 71-84. Springer US. Recuperat de [http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4615-1117-5\\_6](http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4615-1117-5_6)

KROMHOUT, D.; KEYS, A.; ARAVANIS, C.; BUZINA, R.; FIDANZA, F.; GIAMPAOLI, S.; PEKKARINEN, M. et al. (1989). «Food consumption patterns in the 1960s in seven countries». *The American Journal of Clinical Nutrition*, 49(5), 889-894.

LALLY, P. & GARDNER, B. (2011). «Promoting habit formation». *Health Psychology Review*, 7(Suppl. 1), S137-S158. <https://doi.org/10.1080/17437199.2011.603640>

LALLY, P.; VAN JAARSVELD, C. H. M.; POTTS, H. W. W. & WARDLE, J. (2010). «How are habits formed: Modelling habit formation in the real world». *European Journal of Social Psychology*, 40(6), 998-1009. <https://doi.org/10.1002/ejsp.674>

LALLY, P.; WARDLE, J. & GARDNER, B. (2011). «Experiences of habit formation: A qualitative study». *Psychology, Health & Medicine*, 16(4), 484-489. <https://doi.org/10.1080/13548506.2011.555774>

LAWRENCE, M. & KINN, S. (2012). «Determining the Needs, Priorities and Desired Rehabilitation Outcomes of Young Adults Who Have Had a Stroke». *Rehabilitation Research and Practice*, 963978. <https://doi.org/10.1155/2012/963978>



- LEAL, J.; LUENGO-FERNÁNDEZ, R.; GRAY, A.; PETERSEN, S. & RAYNER, M. (2006). «Economic burden of cardiovascular diseases in the enlarged European Union». *European Heart Journal*, 27(13), 1610-1619. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehi733>
- LEE, S.; COLDITZ, G.; BERKMAN, L. & KAWACHI, I. (2003). «Caregiving to children and grandchildren and risk of coronary heart disease in women». *American Journal of Public Health*, 93(11), 1939-1944.
- LIANOV, L. & JOHNSON, M. (2010). «Physician competencies for prescribing lifestyle medicine». *JAMA*, 304(2), 202-203. <https://doi.org/0.1001/jama.2010.903>
- LICHTENSTEIN, A. H.; APPEL, L. J.; BRANDS, M.; CARNETHON, M.; DANIELS, S.; FRANCH, H. A.; WYLIE-ROSETT, J. *et al.* (2006). «Diet and lifestyle recommendations revision 2006. A scientific statement from the American Heart Association nutrition committee». *Circulation*, 114(1), 82-96. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.106.176158>
- LIN, J. S.; O'CONNOR, E.; WHITLOCK, E. P. & BEIL, T. L. (2010). *Behavioral counseling to promote physical activity and a healthful diet to prevent cardiovascular disease in adults: a systematic review for the US Preventive Services Task Force*, 153(11), 736-750. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-153-11-201012070-00007>
- LINDHOLM, L. H.; EKBOM, T.; DASH, C.; ERIKSSON, M.; TIBBLIN, G. & SCHERSTEN, B. (1995). «The impact of health care advice given in primary care on cardiovascular risk». *British Medical Journal*, 310(6987), 1105-1109.
- LIU, S.; MANSON, J. E.; LEE, I.-M.; COLE, S. R.; HENNEKENS, C. H.; WILLETT, W. C. & BURING, J. E. (2000). «Fruit and vegetable intake and risk of cardiovascular disease: the Women's Health Study». *American Journal of Clinical Nutrition*, 72(4), 922-928.
- LIU, S.; STAMPFER, M. J.; HU, F. B.; GIOVANNUCCI, E.; RIMM, E.; MANSON, J. E.; WILLETT, W. C. *et al.* (1999). «Whole-grain consumption and risk of coronary heart disease: results from the Nurses' Health Study». *American Journal of Clinical Nutrition*, 70(3), 412-419.
- LLOYD-JONES, D.; ADAMS, R. J.; BROWN, T. M.; CARNETHON, M.; DAI, S.; DE SIMONE, G. *et al.* & AMERICAN HEART ASSOCIATION STATISTICS COMMITTEE AND STROKE STATISTICS SUBCOMMITTEE (2010). «Executive summary: heart disease and stroke statistics--2010 update: a report from the American Heart Association». *Circulation*, 121(7), 948-954. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.109.192666>

- LLOYD-JONES, D.; NAM, B.-H.; D'AGOSTINO, R. B.; LEVY, D.; MURABITO, J. M.; WANG, T. J.; O'DONNELL, C. J. *et al.* (2004). «Parental cardiovascular disease as a risk factor for cardiovascular disease in middle-aged adults». *JAMA*, 291(18), 2204-2211. <https://doi.org/10.1001/jama.291.18.2204>
- LÓPEZ-BASTIDA, J.; SERRANO-AGUILAR, P. & DUQUE-GONZÁLEZ, B. (2003). «Los costes socioeconómicos de las enfermedades cardiovasculares y del cáncer en las Islas Canarias en 1998». *Gaceta Sanitaria*, 17(3), 210-217.
- MACDERMOTT, A. F. (2002). «Living with angina pectoris - A phenomenological study». *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 1(4), 265-272. <https://doi.org/10.1016/S1474-51510200047-6>
- MAIQUES GALÁN, A.; BROTONS CUIXART, C.; VILLAR ÁLVAREZ, F.; MARTÍN RIOBOÓ, E.; BANEGAS, J. R.; NAVARRO PÉREZ, J.; GIL GUILLÉN, V. *et al.* (2014). «Recomendaciones preventivas cardiovasculares». *Atención Primaria*, 46(Supl. 4), 3-15. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(14\)70047-2](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(14)70047-2)
- MANCIA, G.; FAGARD, R.; NARKIEWICZ, K.; REDON, J.; ZANCHETTI, A.; BÖHM, M.; ZANNAD, F. *et al.* (2013). «Guía de práctica clínica de la ESH/ESC para el manejo de la hipertensión arterial». *Revista Española de Cardiología*, 66, 880.e1-e64. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2013.07.016>
- MARSHALL, K. (2011). «Acute coronary syndrome: diagnosis, risk assessment and management». *Nursing Standard*, 25(23), 47-58. <https://doi.org/10.7748/ns2011.02.25.23.47.c8329>
- MARTÍNEZ-GONZÁLEZ, M. A. & GEA, A. (2012). «Mediterranean diet: the whole is more than the sum of its parts». *British Journal of Nutrition*, 108(4), 577-578. <https://doi.org/10.1017/S0007114512001833>
- MARTÍNEZ-GONZÁLEZ, M. A. & SÁNCHEZ-VILLEGAS, A. (2004). «The emerging role of Mediterranean diets in cardiovascular epidemiology: monounsaturated fats, olive oil, red wine or the whole pattern?». *European Journal of Epidemiology*, 19(1), 9-13.
- MARUTHUR, N. M.; WANG, N.-Y. & APPEL, L. J. (2009). «Lifestyle interventions reduce coronary heart disease risk results from the premier trial». *Circulation*, 119(15), 2026-2031. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.108.809491>

- MCINTOSH, M. J. & MORSE, J. M. (2015). «Situating and Constructing Diversity in Semi-Structured Interviews». *Global Qualitative Nursing Research*, 2, 1-12. <https://doi.org/0.1177/2333393615597674>
- MCKEE, G.; BANNON, J.; KERINS, M. & FITZGERALD, G. (2007). «Changes in Diet, Exercise and Stress Behaviours using the Stages of Change Model in Cardiac Rehabilitation Patients». *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 6(3), 233-240. <https://doi.org/10.1016/J.EJCNURSE.2006.10.002>
- MCNAUGHTON, S. A.; DUNSTAN, D. W.; BALL, K.; SHAW, J. & CRAWFORD, D. (2009). «Dietary quality is associated with diabetes and cardio-metabolic risk factors». *Journal of Nutrition*, 139(4), 734-742. <https://doi.org/10.3945/jn.108.096784>
- MESA COORDINATING CENTER (2016). *MESA Website*. Recuperat de <https://www.mesa-nhlbi.org/>
- MILES, M. B.; HUBERMAN, A. M. & SALDANA, J. (2014). *Qualitative Data Analysis: A Methods Sourcebook* (3a ed.). Thousands Oaks, California: SAGE Publications.
- MILLS, N. L.; DONALDSON, K.; HADOKÉ, P. W.; BOON, N. A.; MACNEE, W.; CASSEE, F. R.; NEWBY, D. E. *et al.* (2009). «Adverse cardiovascular effects of air pollution». *Nature Clinical Practice Cardiovascular Medicine*, 6(1), 36-44. <https://doi.org/10.1038/ncpcardio1399>
- MOGILEVSKY, A.; DE MOGILEVSKY, R. D. & MOGILEVSKY, I. (1999). *Para alejar el infarto: 25 años de rehabilitación de cardíacos*. Inter-médica.
- MOOKADAM, F. & ARTHUR, H. M. (2004). «Social support and its relationship to morbidity and mortality after acute myocardial infarction: systematic overview». *Archives of Internal Medicine*, 164(14), 1514-1518. <https://doi.org/10.1001/archinte.164.14.1514>
- MOREIRAS, O.; CUADRADO, C.; DEL POZO, S. & RODRÍGUEZ, M. (2007). «Determinantes nutricionales de un envejecimiento sano: Proyecto HALE (Healthy Ageing: Longitudinal study in Europe)». *Clínica e Investigación en Arteriosclerosis*, 19(1), 30-36. [https://doi.org/10.1016/S0214-9168\(07\)74168-2](https://doi.org/10.1016/S0214-9168(07)74168-2)
- MORENO SAN PEDRO, E. & GIL ROALES-NIETO, J. (2003). «El modelo de creencias de salud: Revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa: Hacia un análisis funcional de las creencias en salud». *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3, 91-109.

- MORSE, J. M. (2004). «Qualitative Significance». *Qualitative Health Research*, 14(2), 151-152. <https://doi.org/10.1177/1049732303260863>
- MORSE, J. M. (2008). «Confusing Categories and Themes». *Qualitative Health Research*, 18(6), 727-728. <https://doi.org/10.1177/1049732308314930>
- MORSE, J. M. (2015a). «Analytic Strategies and Sample Size». *Qualitative Health Research*, 25(10), 1317-1318. <https://doi.org/10.1177/1049732315602867>
- MORSE, J. M. (2015b). «Data Were Saturated...». *Qualitative Health Research*, 25(5), 587-588. <https://doi.org/10.1177/1049732315576699>
- MORSE, J. M. & FIELD, P. A. (1995). *Qualitative research methods for health professionals* (2a ed.). London: SAGE Publications.
- MORYŚ, J. M.; BELLWON, J.; HÖFER, S.; RYNKIEWICZ, A. & GRUCHAŁA, M. (2016). «Quality of life in patients with coronary heart disease after myocardial infarction and with ischemic heart failure». *Archives of Medical Science*, 2, 326-333. <https://doi.org/10.5114/aoms.2014.47881>
- MURRAY, C. & LOPEZ, A. (2002). *The World Health Report 2002. Reducing Risks, promoting Healthy life*. France: World Health Organization. Recuperat de [http://www.who.int/whr/2002/en/whr02\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf?ua=1)
- MURRAY, J.; CRAIGS, C. L.; HILL, K. M.; HONEY, S. & HOUSE, A. (2012). «A systematic review of patient reported factors associated with uptake and completion of cardiovascular lifestyle behaviour change». *BMC Cardiovascular Disorders*, 12, 120. <https://doi.org/10.1186/1471-2261-12-120>
- MURRAY, J.; FENTON, G.; HONEY, S.; BARA, A. C.; HILL, K. M. & HOUSE, A. (2013). «A qualitative synthesis of factors influencing maintenance of lifestyle behaviour change in individuals with high cardiovascular risk». *BMC Cardiovascular Disorders*, 13, 48. <https://doi.org/10.1186/1471-2261-13-48>
- MURRAY, J.; HONEY, S.; HILL, K.; CRAIGS, C. & HOUSE, A. (2012). «Individual influences on lifestyle change to reduce vascular risk: a qualitative literature review». *British Journal of General Practice*, 62(599), e403-e410. <https://doi.org/10.3399/bjgp12X649089>

- NATIONAL HEART, LUNG, AND BLOOD INSTITUTE (2011a). *¿Qué es la angina? - NHLBI, NIH*. Recuperat de <http://www.nhlbi.nih.gov/health-spanish/health-topics/temas/angina/>
- NATIONAL HEART, LUNG, AND BLOOD INSTITUTE (2011b). *¿Qué es un ataque cardíaco o ataque al corazón? - NHLBI, NIH*. Recuperat de <http://www.nhlbi.nih.gov/health-spanish/health-topics/temas/heartattack/>
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (2014). *Behaviour change: individual approaches*. Recuperat de <https://www.nice.org.uk/guidance/ph49/resources/guidance-behaviour-change-individual-approaches-pdf>
- NESS, A. R. & POWLES, J. W. (1997). «Fruit and vegetables, and cardiovascular disease: a review». *International Journal of Epidemiology*, 26(1), 1-13.
- NEWBY, D. E.; MANNUCCI, P. M.; TELL, G. S.; BACCARELLI, A. A.; BROOK, R. D.; DONALDSON, K. *et al.* & ESC HEART FAILURE ASSOCIATION (2015). «Expert position paper on air pollution and cardiovascular disease». *European Heart Journal*, 36(2), 83-93. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehu458>
- NICHOLS, M.; TOWNSEND, N.; LUENGO-FERNÁNDEZ, R.; LEAL, L.; GRAY, A.; SCARBOROUGH, P. & RAYNER, M. (2012). *European Cardiovascular Disease Statistics 2012*. Brussels: European Heart Network.
- NIGHTINGALE, F. (1859). *Notes on nursing: What it is and what it is not*. Philadelphia: Lippincott.
- NILSEN, P.; GARDNER, B. & BROSTRÖM, A. (2013). «Accounting for the role of habit in lifestyle intervention research». *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 12(1), 5-6. <https://doi.org/0.1177/1474515112459296>
- NURSES' HEALTH STUDY (2016). *History | Nurses' Health Study*. Recuperat de <http://www.nurseshealthstudy.org/about-nhs/history>
- NYMARK, C.; MATTIASSON, A.-C.; HENRIKSSON, P. & KIESSLING, A. (2014). «Emotions delay care-seeking in patients with an acute myocardial infarction». *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 13(1), 41-47. <https://doi.org/10.1177/1474515113475953>
- O'DONNELL, C. J. & ELOSUA, R. (2008). «Factores de riesgo cardiovascular. Perspectivas derivadas del Framingham Heart Study». *Revista Española de Cardiología*, 61(3), 299-310. <https://doi.org/10.1157/13116658>

OMS (2013). *Información general sobre la HIPERTENSIÓN en el mundo. Una enfermedad que mata en silencio, una crisis de salud pública mundial* (p. 40). Recuperat de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO\\_DCO\\_WHD\\_2013.2\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf?ua=1)

OMS(2017a). *OMS | Enfermedades crónicas*. Recuperat de [http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/es/](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/)

OMS (2017b). *OMS | «Envejecer bien», una prioridad mundial*. Recuperat de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/lancet-ageing-series/es/>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2010). *Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud*. Recuperat de [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789243599977\\_spa.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789243599977_spa.pdf?ua=1)

PAGANINI-HILL, A. (2011). «Lifestyle Practices and Cardiovascular Disease Mortality in the Elderly: The Leisure World Cohort Study». *Cardiology Research and Practice*, 2011, 983764. <https://doi.org/10.4061/2011/983764>

PANAGIOTAKOS, D. B.; PITSAVOS, C.; CHRYSOHOOU, C.; STEFANADIS, C. & TOUTOUZAS, P. (2002). «Risk stratification of coronary heart disease in Greece: final results from the CARDIO2000 Epidemiological Study». *Preventive Medicine*, 35(6), 548-556. <https://doi.org/10.1006/pmed.2002.1108>

PANAGIOTAKOS, D. B.; PITSAVOS, C. & STEFANADIS, C. (2006). «Dietary patterns: a Mediterranean diet score and its relation to clinical and biological markers of cardiovascular disease risk». *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, 16(8), 559-568. <https://doi.org/10.1016/j.numecd.2005.08.006>

PARSCHAU, L.; RICHERT, J.; KORING, M.; ERNSTING, A.; LIPPKE, S. & SCHWARZER, R. (2012). «Changes in social-cognitive variables are associated with stage transitions in physical activity». *Health Education Research*, 27(1), 129-140. <https://doi.org/10.1093/her/cyr085>

PASCA, A. J. & PASCA, L. (2011). «Transición nutricional, demográfica y epidemiológica: Determinantes subyacentes de las enfermedades cardiovasculares». *Insuficiencia cardíaca*, 6(1), 27-29.

PATTENDEN, J. F.; ROBERTS, H. & LEWIN, R. J. P. (2007). «Living with heart failure; patient and carer perspectives». *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 6(4), 273-279. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2007.01.097>



- PEÑALVO, J. L.; SANTOS-BENEIT, G.; SOTOS-PRieto, M.; BODEGA, P.; OLIVA, B.; ORRIT, X.; FUSTER, V. *et al.* (2015). «The SI! Program for Cardiovascular Health Promotion in Early Childhood: A Cluster-Randomized Trial». *Journal of the American College of Cardiology*, 66(14), 1525-1534. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2015.08.014>
- PENDER, N. J. (1990). «Expressing Health Through Lifestyle Patterns». *Nursing Science Quarterly*, 3(3), 115-122. <https://doi.org/10.1177/089431849000300306>
- PENDER, N. J. (1996). *Health Promotion in Nursing Practice* (3a ed.). Appleton & Lange.
- PENDER, N. J.; MURDAUGH, C. L. & PARSONS, M. A. (2002). *Health promotion in nursing practice* (4a ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- PENDER, N. J.; MURDAUGH, C. L. & PARSONS, M. A. (2015). *Health Promotion in Nursing Practice* (7a ed.). Harlow, Essex: Pearson.
- PEREYRA GIRARDI, C. I. P.; MILEI, J. & STEFANI, D. (2011). «Factores Psicosociales de Riesgo en la Enfermedad Cardíaca». *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 20(3), 221-229.
- PÉREZ-MANCHÓN, D.; ÁLVAREZ-GARCÍA, G. M. & GONZÁLEZ-LÓPEZ, E. (2014). «Motivación para cambiar estilos de vida no saludables y riesgo cardiovascular». *Enfermería Clínica*, 24(6), 351-355. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2014.06.004>
- PERK, J.; DE BACKER, G.; GOHLKE, H.; GRAHAM, I.; REINER, Ž.; VERSCHUREN, M.; WOLPERT, C. *et al.* (2012). «European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012): The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR)». *European Heart Journal*, 33(13), 1635-1701. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehs092>
- PLÁ VIDAL, J. & SALVADOR RODRÍGUEZ, J. (2006). *Aspectos psicológicos en las enfermedades cardiovasculares*. Madrid: Sociedad Española de Cardiología.
- POLIT, D. F. & HUNGLER, B. P. (1993). *Essentials of nursing research: Methods, Appraisal and Utilization* (3a ed.). Philadelphia: J. B. Lippincott Company.

- PROCHASKA, J. O. & DICLEMENTE, C. C. (1983). «Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390-395.
- PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C. & NORCROSS, J. C. (1992). «In search of how people change: applications to addictive behaviors». *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.47.9.1102>
- PRYDE, M. M. & KANNEL, W. B. (2011). «Efficacy of dietary behavior modification for preserving cardiovascular health and longevity». *Cardiology Research and Practice*, 2011, 820457. <https://doi.org/10.4061/2011/820457>
- RAHIMI, A. R.; SPERTUS, J. A.; REID, K. J.; BERNHEIM, S. M. & KRUMHOLZ, H. M. (2007). «Financial barriers to health care and outcomes after acute myocardial infarction». *JAMA*, 297(10), 1063-1072. <https://doi.org/10.1001/jama.297.10.1063>
- RANTHE, M. F.; PETERSEN, J. A.; BUNDGAARD, H.; WOHLFAHRT, J.; MELBYE, M. & BOYD, H. A. (2015). «A Detailed Family History of Myocardial Infarction and Risk of Myocardial Infarction - A Nationwide Cohort Study». *PLoS ONE*, 10(5), e0125896. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0125896>
- REINER, Ž.; CATAPANO, A. L.; DE BACKER, G.; GRAHAM, I.; TASKINEN, M.-R.; WIKLUND, O. *et al.* & CLINICAL PRACTICE GUIDELINES COMMITTEE OF THE SPANISH SOCIETY OF CARDIOLOGY. (2011). «Guía de la ESC/EAS sobre el manejo de las dislipemias». *Revista Española de Cardiología*, 64(12), 1168.e1-e60. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2011.09.014>
- RICH, A.; BRANDES, K.; MULLAN, B. & HAGGER, M. S. (2015). «Theory of planned behavior and adherence in chronic illness: a meta-analysis». *Journal of Behavioral Medicine*, 38(4), 673-688. <https://doi.org/10.1007/s10865-015-9644-3>
- RODRÍGUEZ, L. R. (2007). «La Teoría de la Acción Razonada. Implicaciones para el estudio de las actitudes». *Investigación Educativa Duranguense*, 7, 66-77.
- ROEST, A. M.; MARTENS, E. J.; DE JONGE, P. & DENOLLET, J. (2010). «Anxiety and Risk of Incident Coronary Heart Disease: A Meta-Analysis». *Journal of the American College of Cardiology*, 56(1), 38-46. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2010.03.034>



- ROLLEY, J. X. & THOMPSON, D. R. (2012). «Cardiovascular disease: is it time to finally recognise it as a complex, chronic life-span illness?». *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 11(2), 135-137. <https://doi.org/10.1177/1474515111429664>
- ROSENSTOCK, I. M. (1974). «The health belief model and preventive health behavior». *Health Education & Behavior*, 2(4), 354-386. <https://doi.org/10.1177/109019817400200405>
- RUIZ OLABUÉNAGA, J. I. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto; Deustuko Unibertsitatea.
- SABATÉ, E. (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action* (World Health Organization, ed.). Geneva: World Health Organization.
- SAFFI, M. A. L.; POLANCZYK, C. A. & RABELO-SILVA, E. R. (2013). «Lifestyle interventions reduce cardiovascular risk in patients with coronary artery disease: A randomized clinical trial». *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 13(5), 436-443. <https://doi.org/10.1177/1474515113505396>
- SÁNCHEZ RAMOS, A.; ARISTIZÁBAL HOYOS, G. P.; BLANCO BORJAS, D. M. & OSTIGUÍN MELÉNDEZ, R. M. (2011). «El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión». *Enfermería Universitaria*, 8(4), 16-23.
- SANTAULARIA, N.; CAMINAL, J.; ARNAU, A.; PERRAMON, M.; MONTESINOS, J.; ABENOZA GUARDIOLA, M. & JAARSMA, T. (2016). «The efficacy of a supervised exercise training programme on readmission rates in patients with myocardial ischemia: results from a randomised controlled trial». *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 16(3), 201-212. <https://doi.org/10.1177/1474515116648801>
- SANTAULARIA, N.; CAMINAL, J.; ARNAU, A.; PERRAMON, M.; MONTESINOS, J.; TRAPE, J.; JAARSMA, T. (2013). «Randomized clinical trial to evaluate the effect of a supervised exercise training program on readmissions in patients with myocardial ischemia: a study protocol». *BMC Cardiovascular Disorders*, 13, 32. <https://doi.org/10.1186/1471-2261-13-32>
- SCHERR, C. & RIBEIRO, J. P. (2010). «Fat content of dairy products, eggs, margarines and oils: implications for atherosclerosis». *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 95(1), 55-60. <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2010005000074>
- SERRA-MAJEM, L.; ROMAN, B. & ESTRUCH, R. (2006). «Scientific evidence of interventions using the Mediterranean Diet: A systematic review». *Nutrition Reviews*, 64(2 Pt 2), S27-S47.

- SHAH, S. J.; KRUMHOLZ, H. M.; REID, K. J.; RATHORE, S. S.; MANDAWAT, A.; SPERTUS, J. A. & ROSS, J. S. (2012). «Financial Stress and Outcomes after Acute Myocardial Infarction». *PLoS ONE*, 7(10), e47420. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0047420>
- SINGH, R. B.; RASTOGI, S. S.; VERMA, R.; LAXMI, B.; SINGH, R.; GHOSH, S. & NIAZ, M. A. (1992). «Randomised controlled trial of cardioprotective diet in patients with recent acute myocardial infarction: results of one year follow up». *BMJ: British Medical Journal*, 304(6833), 1015-1019.
- SINHA, R.; CROSS, A. J.; GRAUBARD, B. I.; LEITZMANN, M. F. & SCHATZKIN, A. (2009). «Meat intake and mortality: a prospective study of over half a million people». *Archives of Internal Medicine*, 169(6), 562-571. <https://doi.org/0.1001/archinternmed.2009.6>
- SMITH, P. J. & BLUMENTHAL, J. A. (2011). «Aspectos psiquiátricos y conductuales de la enfermedad cardiovascular: epidemiología, mecanismos y tratamiento». *Revista Española de Cardiología*, 64(10), 924-933. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2011.06.003>
- SOFI, F.; CESARI, F.; ABBATE, R.; GENSINI, G. F. & CASINI, A. (2008). «Adherence to Mediterranean diet and health status: meta-analysis». *BMJ*, 337, a1344. <https://doi.org/10.1136/bmj.a1344>
- SOFI, F.; FABBRI, A.; MARCUCCI, R.; GORI, A. M.; BALZI, D.; BARCHIELLI, A.; GENSINI, G. F. *et al.* (2011). «Lifestyle modifications after acute coronary syndromes in a subset of the AMI-Florence 2 Registry». *Acta Cardiologica*, 66(6), 791-796. <https://doi.org/10.2143/AC.66.6.2136965>
- SPIEGEL, R. (2005). «World Medical Association Declaration of Helsinki». *A Psychopharmacology: An Introduction* (4a ed., 325-330). Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. Recuperat de <http://dx.doi.org/10.1002/047086947X.oth1>
- STAMPFER, M. J.; HU, F. B.; MANSON, J. E.; RIMM, E. B. & WILLETT, W. C. (2000). «Primary prevention of coronary heart disease in women through diet and lifestyle». *New England Journal of Medicine*, 343(1), 16-22. <https://doi.org/10.1056/NEJM200007063430103>
- STEWART, S.; JENKINS, A.; BUCHAN, S.; MCGUIRE, A.; CAPEWELL, S. & MCMURRAY, J. J. (2002). «The current cost of heart failure to the National Health Service in the UK». *European Journal of Heart Failure*, 4(3), 361-371. [https://doi.org/10.1016/S1388-9842\(01\)00198-2](https://doi.org/10.1016/S1388-9842(01)00198-2)

- STREUBERT, H. J. & CARPENTER, D. R. (1999). *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative* (2a ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- STRINGHINI, S.; SABIA, S.; SHIPLEY, M.; BRUNNER, E.; NABI, H.; KIVIMAKI, M. & SINGH-MANOUX, A. (2010). «Association of socioeconomic position with health behaviors and mortality». *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 303(12), 1159-1166. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.297>
- STRÖMBERG, A. (2005). «The crucial role of patient education in heart failure». *European Journal of Heart Failure*, 7(3), 363-369. <https://doi.org/10.1016/j.ejheart.2005.01.002>
- SUTHERLAND, B. & JENSEN, L. (2000). «Living with change: elderly women's perceptions of having a myocardial infarction». *Qualitative Health Research*, 10(5), 661-676. <https://doi.org/10.1177/104973200129118714>
- SVAVARSDÓTTIR, M. H.; SIGURDARDÓTTIR, A. K. & STEINSBEKK, A. (2015). «What is a good educator? A qualitative study on the perspective of individuals with coronary heart disease». *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 15(7), 513-521. <https://doi.org/10.1177/1474515115618569>
- TAYLOR, G. J. (2003). *Cardiología básica*. J & C Ediciones Médicas.
- TAYLOR, J. (2014). «Motivation and prevention of cardiovascular disease». *European Heart Journal*, 35(21), 1356-1357. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehu169>
- TENDERA, M. (2006). «How much does Europe invest in the treatment of cardiovascular diseases?». *European Heart Journal*, 27(13), 1521-1522. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehl075>
- THRONDSO, K.; SAWATZKY, J.-A. V. & SCHULTZ, A. (2016). «Exploring the Perceptions and Health Behaviours of Patients Following an Elective Ad-hoc Percutaneous Coronary Intervention: A Qualitative Study». *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 26(2), 25-32.
- TOUKHSATI, S. R.; JOVANOVIĆ, A.; DEGHANI, S.; TRAN, T.; TRAN, A. & HARE, D. L. (2016). «Low psychological resilience is associated with depression in patients with cardiovascular disease». *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 16(1), 64-69. <https://doi.org/10.1177/1474515116640412>

- TRICHOPOULOU, A.; BAMIA, C. & TRICHOPOULOS, D. (2005). «Mediterranean diet and survival among patients with coronary heart disease in Greece». *Archives of Internal Medicine*, 165(8), 929-935. <https://doi.org/10.1001/archinte.165.8.929>
- TRICHOPOULOU, A.; CORELLA, D.; MARTÍNEZ-GONZALEZ, M. A.; SORIGUER, F. & ORDOVÁS, J. M. (2006). «The Mediterranean diet and cardiovascular epidemiology». *Nutrition Reviews*, 64(s4), S13-S19. <https://doi.org/10.1111/j.1753-4887.2006.tb00258.x>
- TRICHOPOULOU, A.; COSTACOU, T.; BAMIA, C. & TRICHOPOULOS, D. (2003). «Adherence to a Mediterranean diet and survival in a Greek population». *New England Journal of Medicine*, 348(26), 2599-2608. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa025039>
- TWARDELLA, D.; MERX, H.; HAHMANN, H.; WÜSTEN, B.; ROTHENBACHER, D. & BRENNER, H. (2006). «Long term adherence to dietary recommendations after inpatient rehabilitation: prospective follow up study of patients with coronary heart disease». *Heart*, 92(5), 635-640. <https://doi.org/10.1136/hrt.2005.067611>
- URZAINQUI, L.; MORO, A.; RAMOS, C.; GARCIA, C.; PORTUONDO, M. T. & HERNÁNDEZ, T. (2011). «Efecto de la rehabilitación cardiaca en la vivencia de la enfermedad tras el IAM». *Enfermería en Cardiología: Revista Científica e Informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología*, 53, 72-81.
- VALENCIA, C.; GIRALDO, A.; PALACIO, S.; MACÍAS, A. & TORO, M. (2010). «La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables». *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 15, 128-143.
- VAN DER WAL, M. H.; JAARSMAN, T.; MOSER, D. K.; VEEGER, N. J.; VAN GILST, W. H. & VAN VELDHUISEN, D. J. (2006). «Compliance in heart failure patients: the importance of knowledge and beliefs». *European Heart Journal*, 27(4), 434-440. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehi603>
- VÁZQUEZ, M.; FERREIRA, M.; MOGOLLÓN, A.; FERNÁNDEZ, M.; DELGADO, M. & VARGAS, I. (2006). *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud: cursos GRAAL 5* (1a ed.). Bellaterra: Servei de Publicacions de la Universitat Autònoma de Barcelona.
- VERPLANKEN, B. (2006). «Beyond frequency: Habit as mental construct». *British Journal of Social Psychology*, 45(3), 639-656. <https://doi.org/10.1348/014466605X49122>

- VERPLANKEN, B. & ORBELL, S. (2003). «Reflections on Past Behavior: A Self-Report Index of Habit Strength». *Journal of Applied Social Psychology*, 33(6), 1313-1330. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2003.tb01951.x>
- VINACCIA, S. & OROZCO, L. M. (2005). «Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas». *Diversitas*, 1(2), 125-137.
- WACHELDER, E. M.; MOULAERT, V. R.; VERBUNT, J. A.; VAN HEUGTEN, C.; GORGELS, T. & WADE, D. T. (2016). «Dealing with a life changing event: The influence of spirituality and coping style on quality of life after survival of a cardiac arrest or myocardial infarction». *Resuscitation*, 109, 81-86. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2016.09.025>
- WALLSTRÖM, S.; ULIN, K.; OMEROVIC, E. & EKMAN, I. (2016). «Self-reported symptoms 8weeks after discharge: A comparison of takotsubo syndrome and myocardial infarction». *International Journal of Cardiology*, 224, 348-352. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2016.09.052>
- WANNAMETHEE, S. G.; SHAPER, A. G. & WALKER, M. (2000). «Physical activity and mortality in older men with diagnosed coronary heart disease». *Circulation*, 102(12), 1358-1363. <https://doi.org/10.1161/01.CIR.102.12.1358>
- WEBB, T. L. & SHEERAN, P. (2006). «Does Changing Behavioral Intentions Engender Behavior Change? A Meta-Analysis of the Experimental Evidence». *Psychological Bulletin*, 132(2), 249-268. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.2.249>
- WEBSITES FOR SCIENTISTS (2014a). *About the Seven Countries Study*. Recuperat de <http://seven-countriesstudy.com/about-the-study>
- WEBSITES FOR SCIENTISTS (2014b). *Mediterranean style diets and cardiovascular disease | The first study to relate diet with cardiovascular disease*. Recuperat de <http://sevencountriesstudy.com/mediterranean-style-diets-and-cardiovascular-disease>
- WEBSITES FOR SCIENTISTS (2014c). *Recent findings - Seven Countries Study | The first study to relate diet with cardiovascular disease*. Recuperat de <http://sevencountriesstudy.com/study-findings/recent-findings>
- WEBSITES FOR SCIENTISTS (2014d). *Seven Countries Study - Related studies*. Recuperat de <http://sevencountriesstudy.com/about-the-study/related-studies>

WEBSITES FOR SCIENTISTS (2014e). *The Seven Countries Study - Countries & Cohorts*. Recuperat de <http://sevencountriesstudy.com/about-the-study/countries>

WEBSITES FOR SCIENTISTS (2014f). *The Seven Countries Study - Cross cultural correlations*. Recuperat de <http://sevencountriesstudy.com/study-findings/cross-cultural-25-year-findings>

WEBSITES FOR SCIENTISTS (2014g). *The Seven Countries Study - History*. Recuperat de <http://sevencountriesstudy.com/about-the-study/history>

WEBSITES FOR SCIENTISTS (2014h). *The Seven Countries Study - The FINE study*. Recuperat de <http://sevencountriesstudy.com/about-the-study/related-studies/fine-study>

WEBSITES FOR SCIENTISTS (2014i). *The Seven Countries Study - The HALE project*. Recuperat de <http://sevencountriesstudy.com/about-the-study/related-studies/hale-study>

WEBSITES FOR SCIENTISTS (2014j). *The Seven Countries Study - The Zutphen study*. Recuperat de <http://sevencountriesstudy.com/about-the-study/related-studies/zutphen-study>

WHITLOCK, E. P.; ORLEANS, C. T.; PENDER, N. & ALLAN, J. (2002). «Evaluating primary care behavioral counseling interventions: An evidence-based approach». *American Journal of Preventive Medicine*, 22(4), 267-284. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(02\)00415-4](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(02)00415-4)

WHO MEDIA CENTRE (2013). *OMS | Enfermedades cardiovasculares*. Recuperat de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/index.html#>

WHO MEDIA CENTRE (2014). *WHO | The top 10 causes of death*. Recuperat de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>

WHO MEDIA CENTRE (2015). *OMS | Enfermedades cardiovasculares*. Recuperat de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>

WHO MEDIA CENTRE (2016). *OMS | Obesidad y sobrepeso*. Recuperat de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

WILLETT, W. C.; SACKS, F.; TRICHOPOULOU, A.; DRESCHER, G.; FERRO-LUZZI, A.; HELSING, E. & TRICHOPOULOS, D. (1995). «Mediterranean diet pyramid: a cultural model for healthy eating». *The American Journal of Clinical Nutrition*, 61(6), 1402S-1406S.

WOLF, P. A. (2009). «Stroke risk profiles». *Stroke*, 40(3 Suppl.), S73-S74. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.108.530725>



- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1986). *WHO | The Ottawa Charter for Health Promotion*. Recuperat de <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2010). *ICD-10 Version:2010*. Recuperat de <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/I20-I25>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2011). *Global status report on noncommunicable diseases: 2010* (A. Alwan, ed.). Geneva: World Health Organization.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2014). *Noncommunicable diseases country profiles 2014*. Recuperat de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128038/1/9789241507509\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128038/1/9789241507509_eng.pdf?ua=1)
- YOON, P. W.; SCHEUNER, M. T.; JORGENSEN, C. & KHOURY, M. J. (2009). «Developing Family Healthware, a family history screening tool to prevent common chronic diseases». *Preventing Chronic Disease*, 6(1), A33-A33.
- YOUNG, L. E. & JILLINGS, C. R. (2000). «Qualitative methods add quality to cardiovascular science». *The Canadian Journal of Cardiology*, 16(6), 793-797.
- YUNSHENG, M.; WENJUN, L.; OLENDZKI, B. C.; PAGOTO, S. L.; MERRIAM, P. A.; CHIRIBOGA, D. E.; OCKENE, I. S. *et al.* (2008). «Dietary quality 1 year after diagnosis of coronary heart disease». *Journal of the American Dietetic Association*, 108(2), 240-246. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2007.10.047>
- YUSUF, S.; HAWKEN, S.; ÔUNPUU, S.; DANS, T.; AVEZUM, A.; LANAS, F.; LISHENG, L. *et al.* (2004). «Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study». *Lancet*, 364(9438), 937-952. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)17018-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17018-9)
- ZIMMERMAN, G. L.; OLSEN, C. G. & BOSWORTH, M. F. (2000). «A “stages of change” approach to helping patients change behavior». *American Family Physician*, 61(5), 1409-1416.





## ANNEXOS

---



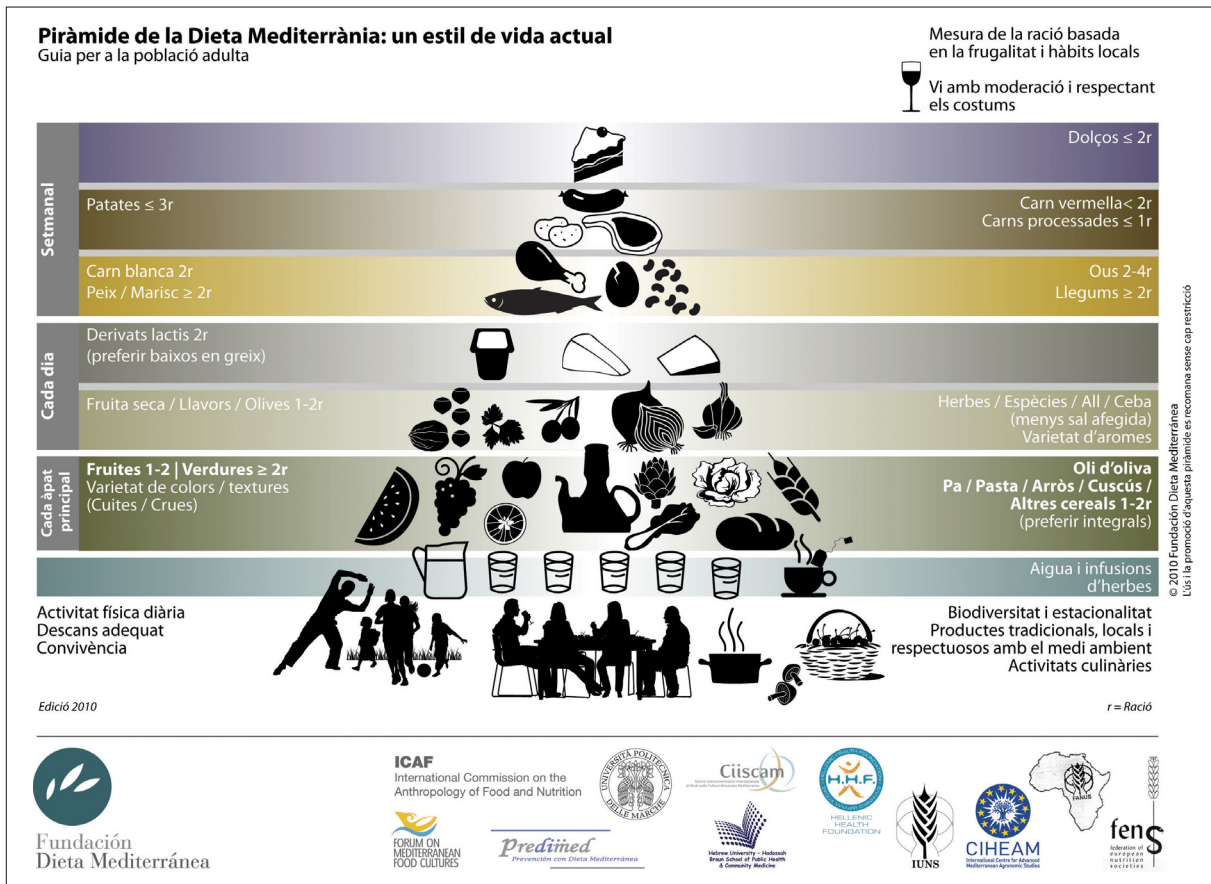
## Annex 1. Piràmide de l'alimentació saludable



Font: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, 2015a

Pòster educatiu que té per objectiu informar de manera senzilla i comprensible de l'alimentació saludable per tal de poder-la incorporar a la vida quotidiana. Dirigit a tots els usuaris dels serveis de salut, dins el programa integral per a la promoció de salut mitjançant l'activitat física i l'alimentació saludable.

## Annex 2. Piràmide de la dieta mediterrània: un estil de vida actual



Font: Fundació Dieta Mediterrània, 2010

## Annex 3. Escala d'hàbits d'activitat física

### HÁBITOS DE ACTIVIDAD FÍSICA SRHI (Self- Report Habit Index)

*"El hábito es entendido como una forma de respuesta automática que las personas desenvuelven frente a acciones repetitivas en circunstancias estables."*

A continuación lee la pregunta y contesta de cada respuesta señalando con una X la casilla que consideres teniendo en cuenta que :

**1 = nunca / 2 = casi nunca / 3 = a veces / 4 = casi siempre / 5 = es siempre.**

Realizar Actividad física-deportiva de forma regular es algo que...						
CÓDIGO		1	2	3	4	5
HAB1	Lo hago frecuentemente					
HAB2	Lo hago automáticamente					
HAB3	Lo hago sin tener conscientemente que recordarlo					
HAB4	Me hace sentir extraño (raro) si no hago eso					
HAB5	Lo hago sin pensarlo					
HAB6	No hacerlo requeriría esfuerzo					
HAB7	Pertenece a mi rutina (diariamente, semanalmente, mensualmente)					
HAB8	Comienzo a hacerlo antes de que me de cuenta que lo estoy haciendo (automáticamente)					
HAB9	Encontraría difícil no hacerlo					
HAB10	No he necesitado pensar sobre ello para hacerlo					
HAB11	Es algo típico de mi					

Escala d'hàbits d'activitat física. Self-Reported Habit Index (SRHI).

Font: Gutiérrez-Sánchez & Pino-Juste, 2011

#### **Annex 4. Programa de seguiment del pacient amb cardiopatia de la Xarxa Assistencial Universitària de Manresa**

A la Xarxa Assistencial Universitària de Manresa, Hospital Sant Joan de Déu, tots els pacients que presenten una SCA, ja sigui angina de pit o IAM, tenen la possibilitat de seguir voluntàriament la fase II del Programa de Rehabilitació Cardíaca (PRC) (Santaulària et al., 2013, 2016).

La fase I del programa s'efectua durant l'ingrés hospitalari de la persona, en què els professionals d'infermeria o els fisioterapeutes donen informació oral i escrita sobre el control dels factors de risc cardiovascular i informació per fer exercicis físics i millorar la respiració.

La fase II s'inicia un cop aquesta persona retorna al seu domicili; l'equip d'infermeria i de fisioterapeutes fan un seguiment, que consisteix en:

**TRES VISITES D'INFERMERIA**, realitzades per la infermeria de cardiologia de consultes externes, al cap d'un mes de l'alta hospitalària, al cap de tres mesos i al cap de sis mesos. Durant aquestes visites, la infermera s'encarrega de donar recomanacions per controlar els factors de risc cardiovascular i millorar l'adherència a la medicació, així com respondre als dubtes dels pacients. A més a més d'aquesta educació, també es registren dades fisiològiques com són les xifres tensionals, l'IMC o la circumferència abdominal, però també si se segueix una dieta mediterrània, els símptomes de depressió, la dependència de la nicotina i l'índex de Barthel, que recull l'autonomia d'aquestes persones per fer les activitats bàsiques de la vida diària (ABVD).

**DEU SETMANES D'EXERCICI FÍSIC SUPERVISAT**, durant tres hores a la setmana, dirigides pel servei de fisioteràpia, que consisteixen en deu minuts d'escalfament i estiraments musculars, trenta minuts d'exercici aeròbic en un cicloergòmetre, quinze minuts d'exercicis isotònics de les extremitats inferiors i superiors i cinc minuts per refredar. Abans de la primera sessió d'exercici físic supervisat es practica una prova d'esforç que permet adequar l'exercici aeròbic a cada participant.

Cal recordar que, a banda d'aquest seguiment, el cardiòleg responsable de cada pacient fa les visites corresponents. La fase I d'aquest programa està inclosa dins el procés hospitalari, per la qual cosa totes les persones diagnosticades de SCA han rebut aquesta informació. La fase II, però, és voluntària, fet pel qual de vegades es troben pacients que no segueixen les visites d'infermeria o l'exercici físic supervisat. En el nostre cas, com a criteri d'inclusió calia fer el seguiment de les visites d'infermeria, però no era una condició obligada dur a terme l'exercici físic supervisat.

Dins la fase II també s'ofereixen quatre sessions englobades en l'escola de salut de pacients cardíopates i que s'anomena «Programa de Sessions Educatives». L'objectiu d'aquestes sessions és reforçar els conceptes ensenyats durant el període de seguiment i poder recollir suggeriments i crítiques. Aquestes sessions es porten a terme tres cops a l'any i són dirigides per diferents professionals del centre assistencial.

- La primera sessió porta per títol «Reforç dietètic al pacient que ha patit un infart de miocardi», i és dirigida per un cardiòleg i la infermera de la planta d'hospitalització.
- La segona sessió s'anomena «Reforç de la informació donada sobre la patologia cardíaca i l'adherència al tractament», i és conduïda per una metgessa nutricionista.
- La tercera sessió és el «Recolzament psicològic emocional en el pacient i familiars», i està guiada per una infermera-psicòloga.
- La quarta sessió s'anomena «Taller de reducció de l'estrès basat en l'atenció plena (mindfulness) i la regulació emocional (MBSR)», i és duta a terme per un neurobiòleg expert en programació neurolingüística.

El pacient pot acudir a aquestes sessions acompanyat de la seva família, fet que permet que es puguin evidenciar les dificultats i els dubtes que es troben en el seu dia a dia.

## **Annex 5. Full d'informació al participant. Entrevista individual**

**NOM DEL PROJECTE:** «Adaptació i canvis en l'estil de vida en persones que han debutat de síndrome coronària aguda».

**INVESTIGADORA PRINCIPAL:** Antònia Puiggrós Binefa, doctoranda en Recerca en Salut de la Universitat Internacional de Catalunya. *apuiggros@althaia.cat*

**SERVEI:** Servei de Cardiologia.

**PROMOTOR:** Althaia, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa.

**Objectiu:** Sol·licitem la seva participació en aquest projecte d'investigació, que té per objectiu principal conèixer l'experiència viscuda en relació amb el canvi i l'adaptació en relació amb els estils de vida en les persones que han tingut síndrome coronària aguda (SCA).

**PROCEDIMENT:** Es farà una entrevista en profunditat a les persones escollides. L'entrevista en profunditat consisteix en preguntes obertes que permeten a l'entrevistat poder explicar la seva experiència i les seves vivències, al mateix temps que donar seva opinió i permetre-li fer una reflexió crítica. La seva participació consisteix a respondre a les preguntes que l'entrevistador li pugui fer. Aquesta entrevista serà enregistrada mitjançant gravadora d'àudio, i posteriorment serà transcrita per poder ser analitzada. Les dades seran emmagatzemades mitjançant arxius electrònics, que seran destruïts en finalitzar la investigació.

**RISCS:** La participació en l'entrevista no suposa cap risc o perill per a la salut ni física ni psíquica.

**BENEFICIS:** És possible que de la seva participació en aquest estudi no obtingui un benefici directe. Tanmateix, la identificació de les experiències viscudes d'adaptació i de canvi en els seus estils de vida podria beneficiar en un futur altres pacients en la mateixa situació.

**CONFIDENCIALITAT:** D'acord amb la Llei 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal, les dades personals que s'obtinguin seran les necessàries per cobrir les finalitats de l'estudi. En cap dels informes de l'estudi apareixerà el seu nom i la seva identitat no serà revelada a cap persona, excepte per complir amb les finalitats de l'estudi i en cas d'urgència mèdica o requeriment legal. Qualsevol informació de caràcter personal que pugui ser identificable serà conservada per mètodes informàtics amb condicions de seguretat per la investigadora o per una institució designada per ella. L'accés a aquesta informació quedarà restringit al personal del servei de cardiologia designat a l'efecte o a altre personal autoritzat, que estarà obligat a mantenir la confidencialitat de la informació. Les troballes d'aquest estudi només podran ser publicades o presentades en reunions científiques sense revelar la identitat dels participants.



**LLIBERTAT PER RETIRAR-SE DE L'ESTUDI:** La participació és lliure i voluntària, per la qual cosa si vostè ho prefereix pot retirar-se de l'estudi en qualsevol moment, sense veure's obligat a haver de donar cap explicació a ningú. La seva retirada no comportarà cap conseqüència ni per a la seva salut ni per a la seva persona.

Si us plau, si encara no ho ha fet, faci les preguntes que consideri oportunes i intentarem re-soldre-les tan bé com puguem.

## Annex 6. Full de consentiment informat. Entrevista individual

**NOM DEL PROJECTE:** «Adaptació i canvis en l'estil de vida en persones que han debutat de síndrome coronària aguda».

El pacient

He llegit el full d'informació.

He pogut fer preguntes sobre l'estudi.

He parlat amb Antònia Puiggrós Binefa.

La seva participació en aquest estudi és completament voluntària i podrà retirar-se de l'estudi en qualsevol moment que ho desitgi, sense cap conseqüència de cap tipus.

Presta lliurement la seva conformitat per a la participació en l'estudi

Data i firma del pacient

Data i firma de l'investigador

**Annex 7. Descripció del nombre de participants i distribució per sexes de les sessions educatives on es va fer l'observació. Descripció del contingut de les sessions**

Número	Número sessió	Participants	Homes	Dones	Durada total de la sessió	Tema de la sessió	Dia de la sessió
<b>1</b>	Sessió 1	17	12	5	75	Reforç dietètic al pacient que ha patit un infart de miocardi	03/02/2016
<b>2</b>	Sessió 2	18	14	4	98	Reforç de la informació donada sobre la patologia cardíaca i l'adherència al tractament	10/02/2016
<b>3</b>	Sessió 3	21	15	6	82	Recolzament psicològic emocional en el pacient i familiars	17/10/2016
<b>4</b>	Sessió 4	17	13	4	84	Taller de reducció de l'estrès basat en l'atenció plena (mindfulness) i la regulació emocional (MBSR)	24/02/2016

## **Annex 8. Full d'informació al participant. Observació no participant**

**NOM DEL PROJECTE:** «Adaptació i canvi en l'estil de vida en persones que han debutat de síndrome coronària aguda».

**INVESTIGADORA PRINCIPAL:** Antònia Puiggrós Binefa, doctoranda en Recerca en Salut de la Universitat Internacional de Catalunya. *apuiggros@althaia.cat*

**SERVEI:** Servei de Cardiologia.

**PROMOTOR:** Althaia, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa.

**OBJECTIU:** Sol·licitem la seva participació en aquest projecte d'investigació, que té per objectiu principal conèixer l'experiència viscuda en relació amb el canvi i l'adaptació en relació amb els estils de vida en les persones que han tingut síndrome coronària aguda (SCA).

**PROCEDIMENT:** S'observaran i es gravaran les sessions educacionals dins el «Programa de Rehabilitació Cardíaca». La investigadora observarà la sessió i prendrà notes dels continguts interessants per a la seva recerca sense intervenir en el transcurs de la sessió i sense exercir cap influència. Aquesta sessió serà enregistrada mitjançant gravadora de vídeo, i posteriorment es visualitzarà i s'analitzarà. Les dades seran emmagatzemades mitjançant arxius electrònics, als quals només tindrà accés la investigadora i que seran destruïts en finalitzar la investigació.

**RISCS:** La participació en l'entrevista no suposa cap risc o perill per a la salut ni física ni psíquica.

**Beneficis:** És possible que de la seva participació en aquest estudi no obtingui un benefici directe. Tanmateix, la identificació de les experiències viscudes d'adaptació i de canvi en els seus estils de vida podria beneficiar en un futur altres pacients amb la mateixa situació.

**CONFIDENCIALITAT:** D'acord amb la Llei 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal, les dades personals que s'obtinguin seran les necessàries per cobrir les finalitats de l'estudi. En cap dels informes de l'estudi apareixerà el seu nom i la seva identitat no serà revelada a cap persona, excepte per complir amb les finalitats de l'estudi i en cas d'urgència mèdica o requeriment legal. Qualsevol informació de caràcter personal que pugui ser identificable serà conservada per mètodes informàtics amb condicions de seguretat per la investigadora o per una institució designada per ella. L'accés a aquesta informació quedarà restringit al personal del servei de cardiologia designat a l'efecte o a altre personal autoritzat, que estarà obligat a mantenir la confidencialitat de la informació. Les troballes d'aquest estudi només podran ser publicades o presentades en reunions científiques sense revelar la identitat dels participants.

**LLIBERTAT PER RETIRAR-SE DE L'ESTUDI:** La participació és lliure i voluntària, per la qual cosa si vostè ho prefereix pot retirar-se de l'estudi en qualsevol moment, sense veure's obligat a haver de donar cap explicació a ningú. La seva retirada no comportarà cap conseqüència ni per a la seva salut ni per a la seva persona.

Si us plau, si encara no ho ha fet, faci les preguntes que consideri oportunes i intentarem re-soldre-les tan bé com puguem.

## Annex 9. Full de consentiment informat. Observació no participant

**NOM DEL PROJECTE:** «Adaptació i canvi en l'estil de vida en persones que han debutat de síndrome coronària aguda».

El participant

He llegit el full d'informació.

He pogut fer preguntes sobre l'estudi.

He parlat amb Antònia Puiggrós Binefa.

La seva participació en aquest estudi és completament voluntària i podrà retirar-se de l'estudi en qualsevol moment que ho desitgi, sense cap conseqüència de cap tipus.

Presta lliurement la seva conformitat per a la participació en l'estudi

Data i firma del participant

Data i firma de la investigadora

DNI

DNI

**Annex 10. Bateria de preguntes de l'entrevista semiestructurada**

- Em podria explicar què li ha suposat en la seva vida el diagnòstic de síndrome coronària aguda?
- Quins són els canvis més significatius que li ha calgut fer?
- Com descriuria l'adaptació a aquests canvis?
- Quins beneficis ha experimentat en adaptar-se a aquests canvis?
- Quines han estat les dificultats més importants per a vostè per adaptar-se a aquests canvis?
- Què l'ajudat a fer aquests canvis?
- Quina ajuda ha necessitat per adaptar-se als canvis recomanats?
- Quin suport ha tingut en la seva experiència de canvi?
- Com creu que s'ha adaptat?
- Quina ajuda necessitaria per a una adaptació millor?
- Quin grau d'autonomia té en la gestió dels canvis?
- En quina mesura compleix les recomanacions?
- Com creu que l'han ajudat terceres persones a adaptar-se a aquests canvis?
- Com descriuria el paper d'infermeria?
- Creu que va tenir sensació de mort imminent?
- Creu que hi ha una ambivalència entre «allò que he de fer» i «allò que faig»?
- Què creu que li ha pogut provocar la SCA?
- Com viu el fet que hagi de prendre's la medicació?

- Com descriuria la seva vida post-SCA?
- Com descriuria el procés de canvi viscut?
- Com va ser la situació aguda? Ha modificat algun canvi posterior?
- Què li va passar pel cap quan li van dir que tenia un IAM?
- Com creu que ho va viure la família?
- Com creu que la seva manera de ser influeix en aquest canvi de vida?



**Annex 11. Graella per a l'observació no participant**

Timing		Observació	Interpretació
Real	Vídeo		

## Annex 12. Carta d'aprovació de la Comissió Acadèmica del Doctorat en Recerca en Salut



Campus Sant Cugat  
Josep Trueta s/n  
08195 Sant Cugat del Vallès  
Tel. (+34) 935 042 000

Sra. Antònia Puigrós Bienfa  
Girona 29  
08250 Sant Joan de Vilatorrada - BARCELONA

Benvolguda Sra.

Per la present, li comunico que la Comissió Acadèmica del Doctorat en Recerca en Salut, en la seva sessió del 14 de març de 2012, i un cop estudiada la seva sol·licitud ha acordat:

S'acorda admetre a la Sra. Antònia Puigrós Binefa al Període de Recerca del Doctorat en Recerca en Salut.

S'acorda aprovar el Projecte de Tesi titulat "Procés d'adaptació als canvis en l'estil de vida en pacients que han debutat de Síndrome Coronari Agut" i nomenar la Dra. M. Dolores Bardallo Porras com a Directora de la Tesi i la Dra. Cristina Monforte Royo com a Co-Directora de la Tesi.


Adicionalment, s'informa que la normativa de la UIC estableix que cal obtenir una avaluació favorable del Comitè d'Ètica en la Recerca, abans de la posada en marxa de la investigació. Haurà d'aportar aquest informe quan l'obtingui, i també una còpia de l'aprovació del Comitè d'Ètica en la Investigació Clínica (CEIC) del centre on es realitzi l'estudi.

Aprofito l'avinentsa per saludar-la cordialment,

 Universitat Internacional de Catalunya | Facultat de Medicina i Ciències de la Salut

Carlos Velilla Giménez  
Secretari Acadèmic  
Facultat de Medicina i Ciències de la Salut

Sant Cugat del Vallès, 2 de maig de 2012

 Universitat Internacional de Catalunya

REGISTRE AUXILIAR

Sortida

17/03/2012

Data

03/05/12

## Annex 13. Carta d'aprovació de la Comissió d'Ètica de la Recerca

**CARTA APROVACIÓ PROJECTE PEL CER**

Codi de l'estudi: INF-2013-06

Versió del protocol: 1.0

Data de la versió: 18/11/13

Títol: "Procés d'adaptació als canvis en l'estil de vida en pacients que han debutat amb Síndrome Coronari Agut"

Sant Cugat del Vallès, 17 de desembre de 2013

**Investigadora: Antònia Puiggrós Binefa**

**Títol de l'estudi: "Procés d'adaptació als canvis en l'estil de vida en pacients que han debutat amb Síndrome Coronari Agut"**

Benvolgut(da),

Valorat el projecte presentat, el CER de la Universitat Internacional de Catalunya, considera que, des del punt de vista ètic, reuneix els criteris exigits per aquesta institució i, per tant, ha

**RESULT FAVORABLEMENT**

emetre aquest CERTIFICAT D'APROVACIÓ per part del Comitè d'Ètica de la Recerca, per que pugui ser presentat a les instàncies que així ho requereixin.

Em permeto recordar-li que si en el procés d'execució es produís algun canvi significatiu en els seus plantejaments, hauria de ser sotmès novament a la revisió i aprovació del CER.

Atentament,

**Dr. Josep Argemí**  
**President CER-UIC**

## Annex 14. Informe del Comitè Ètic d'Investigació Clínica



### INFORME DEL COMITÈ ÈTIC D'INVESTIGACIÓ CLÍNICA

Dr. Miquel Nolla, com a President del Comitè Ètic d'Investigació Clínica de la FUNDACIÓ UNIO CATALANA HOSPITALS

CERTIFICA:

Que aquest Comitè en la seva reunió del dimarts, 27 de maig, ha avaluat:

La proposta d'Althaia, Xarxa Assistencial de Manresa, per que es realitzi l'estudi que porta per títol: "Procés d'adaptació als canvis en els estils de vida en individus que han debutat de Síndrome Coronari Agut.", CEIC 14/48 i considera que:

Es compleixen els requisits necessaris d'idoneïtat del protocol en relació amb els objectius de l'estudi i que estan justificats els riscos i les molèsties previsible per al subjecte. La capacitat de l'investigador i els mitjans disponibles són apropiats per portar a terme l'estudi.

Són adequats tant el procediment per obtenir el consentiment informat com la compensació prevista per als subjectes per danys que es puguin derivar de la seva participació a l'estudi.

Que aquest comitè accepta que aquest estudi es digui a terme a Althaia, Xarxa Assistencial de Manresa amb Antònia Puiggròs com investigadora principal. I que l'investigador principal no ha estat present en les deliberacions i aprovació d'aquest estudi.

En aquesta reunió s'han complert els requisits establerts en la legislació vigent – SAS /3470/2009, RD 223/22004. El CEIC tant en la seva composició, com en els PNT compleix amb les normes de BPC (CPMP/ICH/135/95).

#### MEMBRES DEL CEIC DE LA FUNDACIÓ UNIO CATALANA D'HOSPITALS

Dr. Miquel Nolla	President	Metge
Dra. Anna Altés	Secretari	Metge
Dra. Imma Guasch	Vocal	Metge
Dr. Ernesto Mónaco	Vocal	Metge
Dr. Jesús Montesinos	Vocal	Metge
Dr. Josep M Tormos	Vocal	Metge
Dra. Rosa Morros	Vocal	Farmacòloga Clínica
Dr. Jaume Trapé	Vocal	Farmacèutic
Dra. Imma Torre	Vocal	Farmacèutica
Dra. Concha Antolin	Vocal	Farmacèutica primària
Sra. Laura Cedrón	Vocal	Infermera
Sra. Ana Barajas	Vocal	Psicòloga
Sra. Itziar Aliri	Vocal	Advocat
Sra. Vanessa Massó	Vocal	C. Empresarials

Barcelona, 28 de maig de 2014



Dr. Miquel Nolla  
President del CEIC

## Annex 15. Codis de transcripció

Símbol	Utilització
IP	Intervenció de l'entrevistador
P_0xx	Intervenció de l'entrevistat (xx indica el número d'entrevista)
[Text]	Indica l'inici i el final del text que se solapa en les entrevistes En l'observació no participant, aportació del personal expert
(hhh)	Inhalació audible
(.hhh)	Exhalació audible
(.)	Pausa curta
(..)	Pausa mitjana
(...)	Pausa llarga
...	Final de la frase en suspensió
:::	Allargament d'un so
<u>Subratllat</u>	Èmfasi en les paraules del discurs
xxx	Quan no s'entén (x = nombre de caràcters de la paraula)
<b>Negreta</b>	Errors, barbarismes i castellanismes
<i>/Cursiva/</i>	Transcripció aproximada
((text))	Informació conductual o contextual que aporta informació en relació amb allò de què s'està parlant. Anotació d'accions no verbals Si va precedit de la paraula senyor o senyora, indica la resposta que dona la parella de l'entrevistat

Adaptació dels codis de transcripció de Jefferson (Jefferson, 1984, 2004).

## Annex 16. Dades complementàries dels participants entrevistats a l'estudi

Número entrevista	Antecedents d'interès	Tractament farmacològic	Temps (mesos)	Dia entrevista
1	HTA, dislipèmia, obesitat, estrès, tabaquisme, consum d'alcohol, trastorn distímic, PSAOS, cardiopatia isquèmica pare	Plavix, atorvastatina, bisoprolol, enalapril, escitalopram, pantoprazol, uniket retard, tranxilium	12	17/10/2014
2	Dislipèmia, psoriasi, ansietat	Duoplavin, atorvastatina, enalapril, pantoprazol, emcorcor	19	25/11/2014
3	HTA, dislipèmia, obesitat, exfumadora, vasculopatia perifèrica, insuficiència renal crònica, esteatosi hepàtica	Atorvastatina, tramadol, alopurinol, adiro, plavix, emcorcor, nitroderm, hydropress, optovite	20	12/12/2014
4	Sense antecedents d'interès	Adiro, ticagrelor, atorvastatina, bisoprolol, tranxilium	7	28/05/2015
5	Sense antecedents d'interès	Acovil, adiro, atorvastatina, ticagrelor, ebastina, emcorcor, omeprazol, cafinitrina	6	18/08/2015
6	HTA, obesitat, cardiopatia isquèmica pare	Adiro, brilique, omeprazol, enalapril, atorvastatina, alopurinol, bisoprolol, levotiroxina, metformina	4	11/01/2016
7	Tabaquisme, dislipèmia	Adiro, brilique, omeprazol, emcorcor, ramipril, atorvastatina, cafinitrina	9	17/03/2016
8	HTA, dislipèmia, exfumador, consum d'alcohol	Emcorcor, enalapril, adiro, cafinitrina, brilique, atorvastatina, omeprazol	12	31/03/2016
9	HTA, dislipèmia, àcid úric, migranya	Duoplavin, emcorcor, atorvastatina, cafinitrina	6	01/04/2016
10	Diabetis mellitus tipus 2, insuficiència renal crònica estadi III, HTA, dislipèmia, retinopatia proliferativa, miocardiopatia hipertensiva	Adiro, plavix, losartran, pantoprazol, emcorcor, atorvastatina, prandin, janumet	3	14/04/2016

## Annex 17. Diccionari de codis utilitzats en aquest estudi

<b>ADMETRE EL DIAGNÒSTIC</b>	Quan el pacient ens està explicant i parlant de la seva acceptació del diagnòstic. Cada pacient mostra diferents formes que ens permeten entendre aquesta acceptació de la patologia: alguns minimitzen les conseqüències que han tingut, d'altres manifesten resignació... Aquestes percepcions que tenen els pacients comporten la modificació i adaptació de la seva vida davant la situació que ens estan explicant.
<b>ANTICIPAR-SE AL FUTUR</b>	En aquest codi s'han agrupat totes aquelles expressions que fan referència a plantejaments futurs que es fa la persona. Sovint mostren preocupació per la situació que estan vivint i també plantegen com podria ser tornar a tenir una altra SCA. En ocasions manifesten que no saben si poden continuar fent allò que feien, ja que desconeixen les conseqüències de dur a terme aquestes accions.
<b>APRENENT A VIURE AMB LA NOVA SITUACIÓ</b>	Dins aquest codi s'agrupen totes aquelles manifestacions del pacient sobre aquells canvis que ha hagut de fer després de presentar la SCA per tal d'adaptar-se a la nova situació de vida. Alguns d'ells manifesten que s'han acostumat i altres que no s'han acostumat a aquesta situació. Per aconseguir aquest equilibri de la seva vida alguns pacients expliquen que han hagut de fer un canvi de prioritats en les accions que feien fins aleshores; altres parlen de la superació de les diferents circumstàncies que tenen; altres expliquen que diferents fets i influències han estat font de motivació per poder aconseguir trobar aquest equilibri, i per a altres, en canvi, trobar aquest equilibri els permetia poder recuperar la seva vida anterior. El pacient ens explica com es construeix la seva nova vida després de presentar la SCA. Es plantegen diferents situacions: què podran fer ara? Com poden continuar? Quins pactes poden fer per tirar endavant? D'altres també es plantegen que en ocasions perden les ganes de continuar i no volen seguir amb aquesta situació.
<b>AUTOPERCEPCIÓ DE LA PERSONA</b>	Són totes aquelles explicacions que el pacient fa i que ens demostren com són, quina interpretació fan de les coses, de quina manera pensen, com entenen la vida; són aspectes que no han canviat a causa d'haver presentat la SCA. També permeten entendre situacions que han viscut anteriorment i que fan canviar-los.
<b>AUTOPERCEPCIÓ DE LA SALUT</b>	Quan el pacient ens explica la interpretació que fa de la seva situació de vida, explica com se sent davant la nova vida que té després de presentar la SCA. S'inclou també la manera com es veu la persona després de presentar l'esdeveniment cardíac, ja que sovint fa referència a com es veia ell abans i com es veu després.
<b>COMPARAR-SE AMB ELS ALTRES</b>	Quan el pacient compara la seva situació amb la d'altres pacients o amb altres situacions similars que coneix i que creu que podrien ser similars a la seva. Aquesta comparació en ocasions permet que s'adonin de la gravetat de la situació que estan vivint i que modifiquin l'acceptació de la seva patologia, cosa que pot influenciar la seva nova situació de vida. Alguns pacients es veuen millor i d'altres es veuen pitjor.
<b>COMPLIMENT TERAPÈUTIC</b>	Quan el pacient reconeix o explica que segueix les recomanacions terapèutiques que el personal sanitari li ha transmès. Poden ser recomanacions de compliment o bé, en algun moment, excepcions que pot fer sense que puguin comportar-li repercussions en el seu estat de salut. Aquest compliment inclou el farmacològic, el dietètic, el d'activitat física i el canvi d'hàbits tòxics, com són el tabaquisme i el consum d'alcohol. En aquest codi s'inclou també la capacitat que tenen les persones per poder identificar els hàbits saludables que són necessaris per a la seva patologia.
<b>CONDICIONS CAUSALS POSSIBLES</b>	Quan el pacient identifica possibles causes que li poden haver provocat la SCA. S'han identificat diferents àmbits, com són l'entorn laboral, la família, les experiències i situacions poc agradables per a la persona, l'estrès o l'herència genètica; també s'observa com la persona identifica aquells hàbits previs a la SCA que ara no són beneficiosos per a la seva nova situació de vida.
<b>CONSEQÜÈNCIES DE LA MEDICACIÓ</b>	Quan el pacient descriu algunes situacions o fets físics que nota i que interpreta que poden ser produïts pel tractament farmacològic que està prenent. També manifesten una certa dependència relacionada amb el fet d'haver de portar sempre alguna medicació determinada, com és el cas de la cafinitrina, amb la intenció de poder-se-la prendre en cas de necessitat. Entre altres conseqüències trobem que la diferent medicació que prenen els fa pensar sovint que no podran tornar a fer el que feien abans.
<b>DESIJOS SALUDABLES</b>	Quan el pacient ha identificat accions de millora que creu que l'ajudaran a millorar l'afrontament i que li seran de suport en situacions en què un mateix es pugui sentir perdut a conseqüència de la nova situació de vida. Identifiquen accions per sentir-se útils, voler viure tranquils, tenir l'obligació de fer alguna cosa, com podrien millorar o quines necessitats creuen que tenen.
<b>EL VALOR DE LA PÈRDUA</b>	Són totes aquelles pèrdues que el pacient percep que ha tingut després de presentar la SCA. Sovint impliquen modificacions en la seva rutina, canvis de feina, amistats, canvis físics, aficions, emocions... que el pacient identifica com una pèrdua i que per a ell tenen aquest valor negatiu. Serien totes aquelles coses que han hagut de fer arran d'haver presentat la SCA.

<b>ELS MEUS PENSAMENTS</b>	Quan el pacient expressa el que pensa davant de situacions particulars que està vivint; ens explica les seves idees i creences sobre allò que pensa i allò que li passa, que poden influenciar les seves accions posteriors. En ocasions pot condicionar el compliment terapèutic. L'expressió d'aquests pensaments permet entendre les accions que fa i les pèrdues que ha tingut.
<b>ELS MEUS SENTIMENTS</b>	Aquí s'agrupen els sentiments que han tingut els pacients i com s'han sentit després de presentar la SCA. Sovint hi ha sentiments d'incomprensió per part de l'entorn, trobar-se perdut sense saber què fer o la necessitat d'estar actiu.
<b>EM POT TORNAR A PASSAR</b>	Quan el pacient ens explica que s'ha plantejat la possibilitat de tenir una altra SCA i això li genera neguit i respecte. Sovint identifiquen una situació d'alerta constant per tota la vida.
<b>ETAPA DE VIDA</b>	Quan el pacient explica que per la seva edat creu que no pot fer segons quines accions, identifica barreres i dificultats... Seria l'etapa de vida en què es troben els pacients i que pot generar canvis.
<b>FAMÍLIA PROTECTORA</b>	Quan el pacient ens demostra i ens explica que la família exerceix una sobreprotecció cap a ells; és la percepció del pacient davant la manera com se sent cuidat pels seus familiars.
<b>IDEES PRECONCEBUES</b>	Quan el pacient ens explica allò que va pensar quan va presentar la SCA i com s'havia imaginat que seria. Són aquells pensaments que va tenir quan va rebre la notícia de la SCA; ens descriuen com va ser la situació en el moment del diagnòstic de la patologia i hi ha la manifestació que no s'esperaven que poguessin tenir una SCA, no s'ho podien creure, no s'ho esperaven.
<b>IDENTIFICACIÓ DELS PROPIS LÍMITS</b>	Quan el pacient ens explica, parla, comenta... els límits que presenta pel fet de tenir SCA; molts cops ell mateix identifica fins on pot arribar. Els pacients s'adonen que no poden fer esforços, veuen que han d'anar a un ritme més lent i necessiten avaluar fins on poden fer i allò que no poden.
<b>INCOMPLIMENT TERAPÈUTIC</b>	Quan el pacient ens explica que no segueix les recomanacions terapèutiques que se li han proposat a través del personal sanitari; també admeten que fan algunes accions que no són apropiades per aconseguir un canvi d'hàbits.
<b>INFLUÈNCIA DE LA INFORMACIÓ PROFESSIONAL</b>	Quan el pacient ens explica com és la comunicació, principalment amb el personal sanitari; pot ser informació positiva o negativa. Aquí el pacient també identifica la necessitat d'estar informat, quin dubtes sorgeixen durant el seu dia a dia i com podrien ser resolts a través d'aquests professionals. Valoren com aquesta informació els influeix en el canvi de vida que requereixen.
<b>L'ENTORN FAMILIAR</b>	Quan el pacient explica com el nucli familiar li ha donat suport per adaptar-se a la nova situació de vida. Els pacients sovint tenen la sensació de sentir aquest suport, tot i que en algunes ocasions manifesten tot el contrari.
<b>L'ENTORN SOCIOECONÒMIC</b>	Quan el pacient explica com la societat (amics, treballadors, companys de feina...) l'ha ajudat a adaptar-se a la nova situació de vida, oferint-li ajuda, suport, control, seguiment, vigilància... També valoren la situació econòmica en la qual es troben, si els ha estat una font de facilitats o de dificultats.
<b>LA FORÇA DE VOLUNTAT</b>	Quan el pacient ens explica que té voluntat per canviar i que està motivat per poder-ho fer. Mostren la intenció de canvi.
<b>LA POR COM A ENEMIC</b>	Quan el pacient manifesta que té por, està espantat, angoixat davant la situació de vida que està tenint, però no per la possibilitat de poder tenir una altra SCA. Aquest sentiment de por els pot ajudar a adaptar-se a una nova vida.
<b>LA SITUACIÓ PERSONAL</b>	Quan el pacient ens explica com era la seva vida personal abans de presentar la SCA. Parla de gustos, preferències, llocs de treball, hàbits i exercicis que feia abans de presentar la SCA. Són totes aquelles descripcions que permeten entendre la vida anterior d'aquests pacients. En algunes ocasions s'observa que han hagut de fer canvis a causa d'altres patologies.
<b>NOUS COMPORTEMENTS I CONDUCTES</b>	Quan el pacient ens explica els canvis que ha fet en relació amb els hàbits de vida. S'inclouen també aquelles situacions en què el pacient manifesta que ha tingut un canvi de ritme a causa dels canvis necessaris per a la nova situació de vida.
<b>ROL DINS DE LA UNITAT FAMILIAR</b>	Quan el pacient ens explica i ens mostra quin paper té dins el seu nucli familiar. Cal tenir present que hi ha tasques que són explicades de manera diferent per part dels homes i dones, relacionades amb les diferències culturals.
<b>SENSACIÓ DE MORT</b>	Quan el pacient ens explica que ha tingut la sensació que es podia morir, principalment centrada en el moment agut de la patologia.



<b>SEQÜELES FÍSQUES POST-SCA</b>	Quan el pacient manifesta conseqüències, principalment físiques, que li han quedat a causa d'haver presentat la SCA. En ocasions parlen de situacions d'incapacitat, però principalment són totes aquelles manifestacions físiques, que el pacient explica com poden ser: ofec, opressió, cansament...
<b>SER CONSCIENT DE LA PATOLOGIA</b>	Quan el pacient ens diu que és conscient de la malaltia o que s'adona de la situació que té. També s'hi troben manifestacions que ens marquen tot el contrari: la manca de consciència. Cada persona té un procés diferent per prendre consciència, però ens manifesten que en general és fora de la situació aguda; fins i tot en ocasions manifesten una relaxació d'aquesta consciència.
<b>SER UNA CÀRREGA PER A LA FAMÍLIA</b>	Quan el pacient ens explica que s'adona que pot ser una càrrega, principalment per a la seva família, tot i que en altres ocasions no tenen aquesta percepció.
<b>SIGNES D'ALARMA DE LA SCA</b>	Quan el pacient descriu situacions que poden estar relacionades amb el fet d'haver presentat la SCA. El pacient identifica, un cop ja ha passat la situació aguda de la SCA, aquelles sensacions, fets i signes que va mostrar i que ara identifica com a possibles avisos o indicis de presentar-la.
<b>SITUACIÓ AGUDA</b>	Quan el pacient descriu la situació que va viure en el moment de tenir la SCA. A vegades expliquen que no s'ho volien creure, d'altres que no acabaven de veure clara la situació que tenien. També s'inclouen els records que tenen d'aquell moment.
<b>SOLIDARITAT FAMILIAR</b>	Quan el pacient ens explica tot allò que pensa que ha sentit la família, fa una interpretació de les conseqüències que podia tenir la seva situació en el seu entorn familiar. Sempre des de la perspectiva de l'afectat de SCA, manifesten que a vegades la família ha fet un canvi d'hàbits per donar-los suport. En ocasions presenten una actitud força crítica i proposen accions sobre com els agradaria que els cuidés la família. També ens expliquen el fet de pensar més en la família que en ells mateixos.
<b>SUPORT PROFESSIONAL</b>	Quan el pacient ens explica el suport que ha rebut dels diferents professionals sanitaris, que els encoratja a canviar. Valoren també el tracte rebut, els programes de suport i manifesten que se senten agraïts, però també expliquen aquelles coses que els han molestat.



