

INVESTIGACIÓN & CUIDADOS

Revista de la Organización Colegial de Enfermería de la Comunidad Valenciana



40/41

Nº 40/41 - 2º y 3º cuatrimestre 2020

DIRECTOR

José Antonio Ávila Olivares

SUBDIRECTOR

Francisco Pareja Llorens

COMITÉ EDITORIAL

Coordinación: M^o Dolores Gil Estevan

Elena Andina Díaz

M^o Pilar Bonet Manso

Manuela Domingo Pozo

Ricardo Martín Peñalver

Francisco Javier Gómez Robles

Cesar Rico Beltrán

M^o Luisa Ruiz Miralles

María Torres Figueiras

Diego Ibáñez Gallardo

M^o Elena Ferrer Hernández

Ruth López Donat

COMITÉ ASESOR

Antonio Núñez Hernández

Juan Fabra Benet

Jesús Ribes Romero

Jose A. Forcada Segarra

Miguel Romero Lorente

Isabel Casabona Martínez

Luis Garnes Fajardo

Encarna Martínez Hernández

José Verdú Soriano

Joseph Adolf Guirao Goris

Alberto Gálvez Toro

Modesta Salazar Agulló

Antonio Peña Rodríguez

Montserrat Angulo Perea

Belén Estevan Fernández

M^o del Mar Ortiz Vela

M^o Teresa Pinedo Velázquez

José Ramón Martínez Riera

Vicente Bellver Capella

COMITÉ TÉCNICO Y FINANCIERO

Juan José Tirado Darder

Belén Paya Pérez

Franciso Mulet Falcó

Antonio Verdú Rico

Felipe Serrano Gómez

Eugenia Gordo Casañ

Isabel Castelló López

Juan Caballero García

Pedro J. Homero Arnue

RELACIONES INTERNACIONALES

Ascensión Marroquí Rodríguez

M^o. José Muñoz Reig

DISEÑO Y MAQUETACIÓN

Luis Mira-Perceval Verdú



Revista incluida en el Catálogo colectivo de Publicaciones periódicas de Ciencias de la Salud
Revista incluida, con carácter exhaustivo en CUIDEN y con carácter selectivo en la base de datos Bdlic.
Revista indexada en CINAHL, LATINDEX y ENFISPO
Revista sociofundadora del Consejo Iberoamericano de Editores de Revistas de Enfermería y afines (CIBERE)

SUSCRIPCIONES

Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)

c/Xàbia, 4^o 3^a pta. 10 46010 VALENCIA

Teléfono: 963298088 - E-mail: cecova@cecova.org

Cuenta de ingreso de la suscripción: 2077-0482-16-3100518783

ENVÍO DE TRABAJOS

Colegio de Enfermería de Alicante

C/ Capitán Dema, 16 (Esq. Pardo Gimeno) 03007

Alicante

Tlf. 965121372 y 965123622

E-mail: cealicante@cecova.org

EDITA

Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)

TARIFA 3 NÚMEROS (1 AÑO)

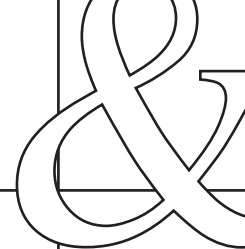
Colegiados/as de la Comunidad Valenciana: Gratuito

Colegiados/as de otras provincias: 20 euros

Alumnos/as de Enfermería: Gratuito

ISSN: 1698-4587

Dep. legal: M-22516-2004



SUMARIO

NORMAS DE PUBLICACIÓN	4
------------------------------------	---

ARTÍCULOS ORIGINALES

Caso clínico: proceso de cuidados enfermeros en rehabilitación cardíaca	5
--	---

M^o Faz Pujalte Aznar, Raúl Jover Ruiz.

Proyecto de investigación: Programa de deshabituación tabáquica en trabajadores del Departamento Xàtiva-Ontinyent	11
--	----

Cristina García Monzón.

Intervención de la enfermera especialista en salud mental para aumentar la resiliencia en personas con cáncer de colon	18
---	----

Laura Sánchez Moñino.

Características del cuidador familiar en la población de Alcora (Castellón)	23
--	----

Cristina Blaya Fernández, Carmen Anarte Ruiz,

Ángel Masoliver Forés, Carmen Gorriz Abril.

Expectativas y grado de satisfacción de las gestantes sobre la atención sanitaria recibida en el parto	34
---	----

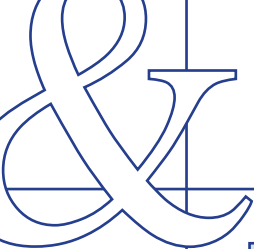
Lilit Artenyan Markosyan, Clara González Cebolla,

Pilar Juarros Folgado, Rubén Alfaro Blázquez.

ARTÍCULO ESPECIAL

Percepción y sensibilidad hacia la neumonía de una muestra de población de adultos jóvenes adscrita al Consultorio Auxiliar de Juan Llorens (Valencia)	42
---	----

Autores: María Isabel Bueno Juan, María José Arroyo Cháfer, María Luisa Sanchis Flor.



La revista Investigación & Cuidados es una publicación de carácter científico abierta a todos aquellos trabajos de investigación que contribuyen al desarrollo de la Enfermería en todas sus vertientes: asistencial, docente, gestión e investigación. Investigación & Cuidados valorará para su publicación todos aquellos trabajos que dentro del campo de estudio de la Enfermería aportan contribuciones para su desarrollo como Disciplina. Se someterán todos los trabajos que se presenten a un sistema de valoración por expertos. Todos los trabajos aceptados quedan como propiedad permanente de Investigación & Cuidados y no podrán ser reproducidos en parte o totalmente sin permiso de la revista. No se aceptarán trabajos publicados en otra revista, hecho que el autor deberá declarar en la carta de presentación del artículo. El consejo editorial acusará recibo de los trabajos enviados a la revista e informará acerca de su aceptación así como se reserva el derecho de rechazar originales que no juzgue apropiados.

ESTRUCTURA DE LOS MANUSCRITOS

1. El manuscrito deberá realizarse utilizando el programa Word como procesador de texto y en Excel o PowerPoint cuando se trate de gráficos. Respecto al texto, la presentación será a espacio y medio, a un cuerpo de letra de 12 (Times New Roman) o 10 (Arial), en DIN A4, dejando los márgenes laterales, superior e inferior de 2,5 cm.
2. Las imágenes digitales, tendrán una resolución de 300 dpi, a un tamaño de 10 x 15 cm y en formato jpg. Las tablas, cuadros, gráficos o imágenes se enviarán aparte del texto, cuyo número no excederá de cinco, debiendo estar numeradas y acotadas según su orden de aparición en el texto y conteniendo título, leyenda o pie de foto.
3. El texto del manuscrito, incluida la bibliografía, deberá ajustarse a un máximo de 3.000 palabras. Se intentará restringir al máximo las abreviaturas y siglas, que se definirán cuando se mencionen por primera vez. Las páginas se numerarán consecutivamente, desde la página del título, en el ángulo superior o inferior derecho. Todos los artículos tendrán que incluir un resumen, que no superará las 250 palabras en el caso de resúmenes no estructurados, y entre tres y diez palabras clave, en castellano y en inglés. En cualquier caso, el manuscrito completo no podrá exceder de 12 páginas para originales y revisiones y 4 para cartas al director.
4. En la primera página deberá aparecer: título, autores con nombre completo y centro de trabajo, dirección para la correspondencia, e-mail y teléfono de contacto. Se admiten un máximo de 6 firmantes o un nombre de grupo de investigación.
5. La segunda página deberá contener el resumen y las palabras clave. Debe incluir un breve comentario que responda a la pregunta ¿Qué contribución tiene este trabajo a la Enfermería? en un párrafo de extensión máxima de cincuenta palabras. No más de 300 palabras. El resumen debe contener el propósito de la investigación, OBJETIVOS /HIPOTESIS procedimientos básicos, hallazgos principales y conclusiones principales. deben aparecer de 3-10 palabras clave (Se recomienda consultar los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) en: <http://decs.bus.br/E/homepagee.htm>. Para verificar las palabras clave en inglés puede consultar los Medicus Subject Headings (MeSH) del Index Medicus en <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.htm>)

6. En las páginas sucesivas aparecerá el texto:

- A.- Si se trata de un artículo original:
- Introducción: propósito estudio y justificación.
 - OBJETIVO/HIPOTESIS
 - Material y métodos, Sujetos y métodos.
 - Resultados.
 - Discusión.
 - Bibliografía.

B.- Si se trata de revisiones o trabajos conceptuales:

- Introducción.
- Desarrollo del tema a analizar.
- Conclusiones del análisis.
- Bibliografía empleada.

C.- Carta al director:

- Esta sección es el lugar donde los lectores de Investigación & Cuidados pueden exponer sus comentarios, preguntas o críticas acerca de los artículos publicados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Deberá cumplir los requisitos de uniformidad (estilo Vancouver) a los que se acoge la Revista.
- Las referencias bibliográficas deben ir al final del artículo según el orden de aparición de las citas en el texto.
- Las citas deben numerarse consecutivamente siguiendo el orden con el que aparecen por primera vez en el texto, en forma de superíndices escritos antes del signo de

puntuación si lo hubiere.

- Si se trata de una referencia de un trabajo realizado por dos autores se nombran ambos y si son varios se pondrá el nombre del primero seguido de et al.
- En caso de abreviar nombres de las revistas se utilizará el estilo de Index Medicus e Index de Enfermería.
- Se evitará el uso de frases imprecisas como citas bibliográficas; no pueden emplearse como tales "Observaciones no publicadas" o "comunicación personal".
- Los originales aceptados pero no publicados, se incluyen en las citas bibliográficas como "en prensa" (entre paréntesis).

El manuscrito será enviado a través de correo electrónico a cecova@cecova.org en soporte Word. Las hojas irán numeradas en el ángulo superior derecho. El consejo editorial propondrá a los autores las modificaciones que considere necesarias para la publicación del artículo original. En esos casos los autores deberán remitir el original con las modificaciones en un plazo no superior a 1 mes pues en caso contrario no se garantiza su publicación.

ESTRUCTURA PARA LOS ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

Además de las normas generales de publicación, en el caso de que el manuscrito presentado se trate de una investigación, contendrá los siguientes apartados:

- a) Resumen y palabras clave:** la extensión del resumen no será superior a 250 palabras y tiene que aportar la información necesaria para poder conocer el/los objetivos del estudio, la metodología básica utilizada, los resultados más destacados y las principales conclusiones. Las palabras clave se situarán debajo del resumen, debiendo identificarse de tres a diez términos que definan el contenido del trabajo para su inclusión en las bases de datos nacionales e internacionales.
- b) Introducción:** debe definir claramente los objetivos del estudio y resumir la justificación del mismo, situándolo en el contexto de otros trabajos publicados.
- c) Material y método:** se ha de especificar el diseño, la población y muestra, las variables estudiadas, el/los instrumento/s para la recogida de los datos, estrategias para garantizar la fiabilidad y la validez de los mismos, así como el plan de análisis, concretando el tratamiento estadístico. Se especificarán, asimismo, los aspectos éticos vinculados a los diferentes diseños.
- d) Resultados:** iniciar con una descripción de los sujetos estudiados, posteriormente presentar la información pertinente a los objetivos del estudio. Las tablas, figuras, gráficos, etc., han de ser claras y relevantes, estando acotadas en el texto por orden de aparición. No repetir en el texto los datos expuestos en las tablas o gráficos y destacar o resumir sólo las observaciones más destacables.
- e) Discusión y conclusiones:** sin repetir los datos expuestos en el apartado anterior se tendrá que explicar el significado de los resultados, las limitaciones del estudio y las implicaciones en futuras investigaciones, así como la posible generalización de los hallazgos. También se compararán los resultados con otros trabajos similares y, a modo de conclusión, se intentará dar respuesta a los objetivos del estudio.
- f) Agradecimientos:** deberán dirigirse a las personas o instituciones que han contribuido sustancialmente al estudio, siempre que sea pertinente.
- g) Bibliografía:** se ajustará a lo indicado en el apartado de referencias bibliográficas.

REQUISITOS ÉTICOS Y LEGALES

Para garantizar la protección de personas y animales, en los estudios que se hayan realizado con humanos, en el apartado de Método se deberá mencionar que éstos han dado su consentimiento informado y que se ha respetado su anonimato y la confidencialidad de los datos, así como que se han realizado conforme a las normas oficiales vigentes y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki (<http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/index.html>).

El envío del manuscrito ha de ir acompañado de una carta firmada por todos los autores en la que declaren que:

- Todos los autores han participado en la redacción del manuscrito y aprueban la versión final del mismo que se adjunta a esta declaración, así como el envío para su publicación.
- En el caso de contener un apartado de agradecimientos, las personas que se citan han dado su aprobación para ello.
- Se han obtenido los permisos necesarios, en su caso, para reproducir textos, tablas, figuras o fotografías de otras publicaciones, así como fotografías originales de personas.
- El manuscrito no ha sido publicado en ninguna otra revista ni enviado al mismo tiempo a otras revistas.
- Si el trabajo ha sido presentado en algún evento científico, se ha hecho constar expresamente en el manuscrito.
- Se cede a CECOVA la propiedad intelectual del trabajo, así como el derecho a la reproducción de datos o ilustraciones en otras publicaciones de la editorial.



Caso clínico: proceso de cuidados enfermeros en rehabilitación cardíaca

Clinical case: nursing care process in cardiac rehabilitation

Autores: M^a Faz Pujalte Aznar¹, Raúl Jover Ruiz².

¹ Diplomada Universitaria en Enfermería por Universidad de Valencia, Máster Universitario en Ciencias de la Enfermería y Doctoranda por la Universidad de Alicante. Enfermera de la Unidad de Cardiología del Hospital General Universitario de Elche.

² Diplomado Universitario en Enfermería por la Universidad CEU-Cardenal Herrera, Cursando Máster Universitario en Ciencias de la Enfermería por la Universidad de Alicante. Enfermero de la Unidad Integral Ambulatoria Especializada del Hospital General Universitario de Elche.

e-mail: pujalte.mf@hotmail.es

RESUMEN

La rehabilitación cardíaca forma parte del tratamiento de los pacientes con cardiopatía, ayuda en la recuperación de su enfermedad y aumenta el estado de salud de la población. En este caso clínico se presenta a una paciente que, tras ser dada de alta por presentar un ángor inestable, realizada una angioplastia es incluida en rehabilitación cardíaca. Se realiza un proceso de cuidados, se valoran los patrones funcionales de Gordón y se identifican NANDAs, NICs y NOCs para el abordaje terapéutico. El objetivo planteado en este caso clínico fue desarrollar e implantar cuidados de salud integrales adaptados al nuevo estado de salud tras la aparición de una cardiopatía.

Palabras clave: rehabilitación cardíaca, enfermedades cardiovasculares, proceso de enfermería, diagnóstico de enfermería, cumplimiento y adherencia al tratamiento.

ABSTRACT

The cardiac rehabilitation is part of the treatment of the patients with cardiopathy, helps in the recovery of its illness and the state of health of the population increases. In this clinical case it presents to itself a patient that, after being discharged for presenting an unstable angor, an angioplastia to realized it is included in cardiac rehabilitation. A care process is realized the functional Gordón bosses are valued, NANDAs, NICs and NOCs are identified for the therapeutic collision. The

target raised in this clinical case was to develop and to implant integral care of health adapted to the new state of health after the appearance of a cardiopathy.

Key words: *cardiac rehabilitation, cardiovascular diseases, process of infirmery, I diagnose of infirmery, fulfillment and adhesion to the treatment.*

INTRODUCCIÓN

La enfermedad cardiovascular causa 4 millones de fallecimientos en Europa y 1,9 millones en la Unión Europea, ⁽¹⁾. Dicha patología supone un importante consumo de recursos humanos y económicos, lo que lleva a plantearse a las distintas organizaciones sanitarias, la puesta en marcha de estrategias orientadas a la prevención y la promoción de la salud con el desarrollo de programas de educación sanitaria.

En 1963, la OMS en Ginebra recomendó la realización de programas de actividad física para dichos pacientes a través de la Rehabilitación Cardíaca (RC) y definió los objetivos de la misma en su informe nº 270 como: "El conjunto de actividades necesarias para asegurar a los cardiopatas una condición física, mental y social óptimas que les permita ocupar por sus propios medios un lugar tan normal como les sea posible en la sociedad" ⁽²⁾.

La RC comienza a tomar un carácter multidisciplinar que va más allá del entrenamiento físico supervisado, siendo apoyado con programas nu-

tricionales, de abandono de tabaco y de ayuda psicológica, haciéndose necesaria la inclusión de la Prevención Secundaria en las Enfermedades Cardiovasculares ^(3,4)

El abordaje del paciente tras un episodio cardíaco incluye como eje sustancial la RC como parte de su tratamiento terapéutico y recuperación posterior. Esta se desarrolla desde el momento del ingreso y hospitalización, continuando durante toda su vida. La RC se divide en tres fases claramente identificables: A) Fase I: Comprende el periodo de hospitalización en la unidad de cuidados intensivos y sala de hospitalización con actividades intra-hospitalarias: valoración del paciente, estratificación de riesgo cardiológico e información y propuesta de cambio del estilo de vida. B) Fase II: Fase de convalecencia, se inicia tras el alta hospitalaria con actividades en régimen de hospital de día: entrenamiento físico y refuerzo de los cambios en el estilo de vida propuestos. C) Fase III: Fase de mantenimiento de los cambios de estilo de vida y comprende toda la vida del paciente.

Concretamente el proceso de cuidados enfermeros fue realizado durante la fase II de convalecencia donde se realiza un seguimiento continuo de su estado de salud y de su vuelta a la normalidad.

El objetivo planteado fue desarrollar e implantar cuidados de salud integrales adaptados a su nuevo estado de salud tras la aparición de una cardiopatía.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Mujer de 70 años que ingresa con dolor centro torácico, diagnosticada de ángor inestable. Se le realiza exploración física, pruebas complementarias; analítica de sangre, electrocardiograma, ecocardiografía y posteriormente angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP). Tras el alta hospitalaria es derivada a la Unidad de Prevención y RC para su inclusión en el programa. Esta unidad permite adaptar las actividades, los cuidados y las intervenciones de forma integral y multifactorial.

La paciente acude a la primera toma de contacto con la enfermera y se recogen los siguientes datos; resumen del historial cardiológico de ingreso hospitalario, antecedentes familiares, posibles alergias, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión,

dislipemia, nunca ha fumado ni otros hábitos tóxicos, insuficiencia venosa periférica, apendicetomía y prótesis de rodilla.

Vive con su marido, piso con ascensor en zona urbana, sus dos hijas están casadas e independizadas, buen soporte familiar y social, jubilada, nivel de estudios primarios, cuidadora principal la propia paciente, se encarga de la alimentación y la medicación. Autónoma para las actividades básicas de la vida diaria.

VALORACIÓN

Se realizó una entrevista individualizada sobre los principales FRCV implicados en su enfermedad, se recogen constantes vitales, parámetros antropométricos, cifras de colesterol, triglicéridos, hemoglobina glicosilada, y transaminasas.

A continuación, se valoran los Patrones Funcionales de Gordón ⁽⁵⁾ de mayor relevancia, con posibilidad de alteraciones con respecto a la normalidad; patrón percepción-manejo de la salud y patrón nutricional metabólico. Se administran dos escalas; cuestionario sobre frecuencia de alimentos (Predimed) ⁽⁶⁾ y Test Morisky-Green ⁽⁷⁾, terminando de perfilar un desequilibrio nutricional y una falta de cumplimiento farmacológico.

En alteraciones del patrón percepción-manejo de la salud, verbalizó tener una salud regular, refería olvidos ocasionales de medicación relacionadas con el horario de la comida. Sus hábitos higiénicos eran correctos, no fumaba y la vacunación estaba actualizada.

En el patrón nutricional-metabólico, incluía comidas con aporte de nutrientes de todos los grupos con escasez en el número de raciones de pescado, el aporte de cereales y bollería industrial excedía a las recomendaciones cardiosaludables para la enfermedad y realizaba tres comidas al día. No añadía sal a las comidas e intentaba evitar las grasas saturadas.

En el cuestionario de frecuencia de alimentos obtuvo una puntuación de 9 sobre 14 totales y con el test Morisky-Green se detectó incumplimiento farmacológico.

DIAGNOSTICO, PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN DE CUIDADOS

En cuanto a la alteración detectada de los patrones y cuestionarios anteriores, se implementó la taxonomía enfermera identificando NANDA(8) ,



NIC (9) y NOC; diagnósticos, intervenciones y resultados para resolver los problemas de su actual estado de salud y relacionados con su enfermedad.

Se priorizaron los diagnósticos en función de los patrones valorados y su posible repercusión para su estado actual. En los resultados consensuados junto al paciente se evaluaron indicadores con escala Likert de 5 puntos, siendo 1 el menos deseable y 5 la mayor puntuación deseable para este proceso de cuidados.

Se identificaron dos NANDAs; incumplimien-

to del tratamiento y disposición para mejorar la nutrición, patrones alterados y prioritarios para estabilizar el manejo de la enfermedad y el estado de salud. Se establecen los NOCs; conducta de cumplimiento y conocimiento de la dieta y las NICs pautadas fueron; manejo de la medicación, enseñanza de medicamentos prescritos, manejo de la nutrición y asesoramiento nutricional junto a las actividades específicas referidas a cada intervención.

A continuación, se expone en la tabla 1 y 2 los diagnósticos más relevantes junto a todos

Tabla 1. Diagnósticos (NANDA), Resultados (NOC), Intervenciones (NIC)

Incumplimiento del tratamiento (00079) R/C habilidades personales y de desarrollo M/P conducta indicativa de incumplimiento del tratamiento.

Dominio: 0010, Principios Vitales

Clase:0001, Valores

NOC: Conducta de cumplimiento (1601)

Dominio: Conducta y conocimiento en salud (IV)

Clase: Conducta (Q)

Indicadores:

160101-Confianza en el profesional sanitario sobre la información recibida

160103-Comunica seguir la pauta prescrita.

NIC:2380 Manejo de la Medicación

Actividades:

- Comprobar la capacidad del paciente para automedicarse
- Vigilar la eficacia de la modalidad de administración de la medicación
- Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente
- Observar si hay signos y síntomas de toxicidad de la medicación
- Desarrollar estrategias con el paciente para potenciar el cumplimiento del régimen de medicación prescrito

NIC: 5616 Enseñanza: Medicamentos prescritos

Actividades:

- Enseñar al paciente a reconocer las características distintivas de los medicamentos
- Informar al paciente tanto del nombre genérico como del comercial de cada medicamento
- Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento
- Instruir al paciente acerca de la dosis, vía de administración y duración de los efectos de cada medicamento
- Instruir al paciente acerca de la administración/aplicación de cada medicamento
- Evaluar la capacidad del paciente para administrarse los medicamentos él mismo

Tabla 2. Diagnósticos (NANDA), Resultados (NOC), Intervenciones (NIC)

Disposición para mejorar la nutrición (00163) M/P Aporte adecuado de alimentos

Dominio: 0010, Principios Vitales

Clase: 0002, Gestión de la salud

NOC: 1802 Conocimiento: dieta

Dominio: conocimiento y conducta en salud (IV)

Clase: conocimiento sobre la salud (S)

Indicadores:

- 180201-Descripción de la dieta recomendada
- 180202-Explicación del fundamento de la dieta recomendada
- 180203-Descripción de las ventajas de seguir la dieta recomendada
- 180204-Establecimiento de objetivos para la dieta
- 180206-Descripción de las comidas permitidas por la dieta
- 180207-Descripción de las comidas que deben evitarse

NIC: 1100 Manejo de la nutrición

Actividades:

- Determinar las preferencias de comidas del paciente
- Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida
- Realizar una selección de comidas
- Ajustar la dieta al estilo del paciente.

NIC: 5246 Asesoramiento nutricional

Actividades:

- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto
- Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente
- Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar
- Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional
- Determinar el conocimiento por parte del paciente de los cuatro grupos alimenticios básicos
- Comentar los gustos y aversiones alimentarias del paciente

los NOCs y NICs incluidas en este proceso de atención de cuidados.

EVALUACIÓN

Al finalizar el proceso de cuidados del paciente incluido en el programa de prevención y rehabilitación cardíaca, se realizó una nueva medición de los resultados obtenidos después de las intervenciones y actividades enfermeras, mediante indicadores de resultados con una

escala Likert (1 al 5), estableciendo las puntuaciones correspondientes al inicio y al final del programa como se muestran tabla 3. Se aprecia una puntuación superior en los indicadores al final comparándolos con el inicio del proceso de cuidados, permite a su vez cuantificar objetivamente la adquisición de nuevos conocimientos sobre medicación (cumplimiento farmacológico) y modificaciones en hábitos nutricionales de alimentación. Por lo tanto, en los NOCs propues-



Tabla 3. Indicadores NOCs y puntuaciones

INDICADORES NOCs	PUNTUACIÓN INICIO	PUNTUACIÓN FINAL
NOC: Conducta de cumplimiento (1601)		
160101 - Confianza en el profesional sanitario sobre la información recibida	3	5
160103 - Comunica seguir la pauta prescrita.	2	5
NOC: 1802 Conocimiento: dieta		
180201 - Descripción de la dieta recomendada	3	5
180202 - Explicación del fundamento de la dieta recomendada	1	5
180203 - Descripción de las ventajas de seguir la dieta recomendada	2	5
180204 - Establecimiento de objetivos para la dieta	3	4
180206 - Descripción de las comidas permitidas por la dieta	1	5
180207 - Descripción de las comidas que deben evitarse	3	5

tos se alcanzan unas mejores puntuaciones al final respecto al inicio del proceso de cuidados.

DISCUSIÓN

En este proceso de cuidados realizado durante su asistencia a varias sesiones de la consulta de enfermería en RC, se han valorado exclusivamente dos patrones funcionales relacionados directamente con la prevención cardiovascular y RC como son; la adherencia farmacológica al tratamiento prescrito y la alimentación cardiosaludable, modificando hábitos y estilos de vida de la paciente.

En adherencia farmacológica está sobradamente documentado, como el incumplimiento en tratamientos crónicos a largo plazo alcanzan porcentajes muy elevados, añadiendo sobrecostes sanitarios por reingresos, comorbilidad y mortalidad(10). La enfermera detecta errores de administración junto a posibles olvidos del tratamiento y a través de la relación terapéutica, se crea un clima de confianza que permite la enseñanza y el manejo correcto de medicación. También elabora conjuntamente con la paciente estrategias para evitar olvidos como la utilización de pastilleros semanales o el recuento de pastillas (recomendaciones Test Morisky-Green

(7)). Todo ello proporciona el apoyo educativo necesario para mejorar el autocuidado en adherencia farmacológica de la paciente.

El segundo diagnóstico se aborda desde la necesidad de mejorar hábitos nutricionales que están directamente relacionados con evitar el sobrepeso, controlar las cifras lipídicas y el mantenimiento de los valores tensionales dentro del rango terapéutico. En prevención cardiovascular supone un importante reto, la adquisición de hábitos cardiosaludables; como equilibrar la dieta, aumentar el número de raciones de pescado, evitar alimentos con grasas saturadas y trans e incluir cantidades suficientes de cada grupo de alimentos. La enfermera como profesional experta en educación para la salud y con formación en estrategias, instrumentos y metodología educativa interviene directamente en la modificación de estos hábitos nutricionales. La paciente muestra una mejor distribución de grupos de alimentos, incluyendo pescado azul y adquiriendo recomendaciones de la dieta mediterránea (Estudio Predimed(6)), aumenta el número de comidas de tres a cinco como resultado de disminuir cantidades de alimentos y distribuir las raciones nutricionales en varias comidas.

Ambos diagnósticos identificados y desarrollados en el proceso de atención de enfermería de este caso clínico incluido en RC, son fundamentales para la recuperación, estabilización y reincorporación de la paciente a su vida, aumentando la calidad de vida tras aparecer una enfermedad como la cardiopatía y que requiere un tratamiento crónico continuado y unos autocuidados específicos durante toda su vida.

Las limitaciones encontradas en este caso clínico fueron la continuidad a largo plazo en el mantenimiento de una correcta adherencia terapéutica tras finalización del programa de RC, se debería establecer una continuidad entre especializada y primaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ferreira-González I. Epidemiología de la enfermedad coronaria. *Rev. Esp. Cardiol.* 2014; 67 (2):139-144.
2. World Health Organization. Technical Report Series 270. Rehabilitation of patients with cardiovascular diseases. Ginebra: Report of WHO Expert Committee, 1964 .
3. Christopher J, O'Donnel R. *Factores de riesgo cardiovascular. Perspectivas derivadas del Framingham Heart Study.* *Rev. Esp. Cardiol.* 2008; 61: 299 –310.
4. Haines SG, Feinlaub M, Kannel WB. *The relationship for psychosocial factors to coronary Heart Disease in the Framingham Study III. Eight years incidence of CHD.* *Am. J. Epidemiol.* 1980; 111: 37-58.
5. Gordon M. Manual de diagnóstico de enfermería. 11ª Ed. McGraw-Hill Libros; 2007.
6. García-López M, Toledo E, Beunza J, Aros F, Estruch R, Salas-Salvadó J, et al. Mediterranean diet and heart rate: The PREDIMED randomised trial. *International Journal of Cardiology*, 2014; 171(2):299–301.
7. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care* 1986; 24: 67-74.
8. Herdman TH, Kamitsuru S. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación (2015-2017). Madrid: Elsevier; 2015.
9. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2018.
10. Fuster V. Un problema alarmante en prevención secundaria: bajo cumplimiento (estilo de vida) y baja adherencia (farmacológica). *Rev. Esp. Cardiología* 2012; 65 (Supl. 2): 10-16.



Proyecto de investigación: Programa de deshabituación tabáquica en trabajadores del Departamento Xàtiva-Ontinyent

Smoking cessation programme for workers of Xàtiva-Ontinyent health department

Autora: Cristina García Monzón
Hospital Lluís Alcanyís (Xàtiva)

e-mail: crisgarmonzon@gmail.com

RESUMEN

Es sabido de los efectos negativos del hábito tabáquico sobre la salud de la población, entre otros. Se estima que el consumo de tabaco, supone unos costes anuales de 8.780 de euros para las empresas, según puso de manifiesto el Informe del Comité Nacional para la prevención del tabaquismo. Teniendo en cuenta el impacto que supone el hábito tabáquico sobre la salud, el absentismo, las pérdidas de productividad laboral y sobre el incremento de accidentes laborales es fácil entender el gran interés que puede tener realizar un programa de deshabituación tabáquica para los trabajadores. El principal objetivo de este trabajo será realizar un programa de deshabituación tabáquica para los trabajadores del departamento Xàtiva – Ontinyent. En dicho programa participarán 15 trabajadores fumadores y se basará en sesiones grupales e individuales presenciales, utilizando cuestionarios específicos y material didáctico. Para la evaluación del programa se usarán los datos recogidos sobre la adherencia de los participantes al programa, su grado de satisfacción y la abstinencia de los mismos en diferentes momentos durante y después del programa.

Palabras clave: Tabaquismo; Deshabituación tabáquica; Trabajadores de hospital; Salud laboral; Promoción de la salud.

ABSTRACT

It is known of the negative effects of smoking habit on the health of the population, among

others things. It is estimated that the consumption of tobacco involves annual costs of 8,780 euros for companies, as revealed in the Report of the National Committee for the Prevention of Smoking. Considering the impact of smoking on health, absenteeism, lost productivity and the increase in accidents at work, it is easy to understand the great interest that can have a program of smoking cessation for workers. The main objective of this work will be to carry out a smoking cessation programme for workers in the Xàtiva - Ontinyent department. This program will involve 15 smoking workers and will be based on group and individual face-to-face sessions, using specific questionnaires and didactic material. For the evaluation of the program, the data collected on the adherence of the participants to the program, their degree of satisfaction and abstinence at different times during and after the program will be used.

Key words: Smoking; Smoking cessation; Hospital workers; Occupational health; Health promotion.

INTRODUCCIÓN

La OMS define el tabaquismo como “enfermedad adictiva crónica que evoluciona con recaídas”. Siendo la nicotina, uno de los componentes del tabaco, la principal responsable de este efecto adictivo. Se considera que el tabaco es una de las drogas que más dependencia física provoca, incluso más que la cocaína y la

heroína que se conocen como drogas “duras”⁽¹⁾.

En el siglo XX, fumar estaba socialmente aceptado y era conocida como una actividad inocua y refinada. En la década de los 50 en Inglaterra, R. Dolí y A. Hill iniciaron los estudios acerca de los efectos perjudiciales en la salud del tabaco. Estudiaron a un número importante de médicos fumadores y no fumadores. En este estudio se demostró las enfermedades que surgían entre las personas fumadoras, siendo la que más destacaba el cáncer de pulmón. A partir de entonces se empezó a presentar importantes contribuciones que demostraban el peligro del hábito tabáquico tanto en fumadores activos como en pasivos y su relación con enfermedades graves, como por ejemplo el cáncer, EPOC y el infarto de miocardio.⁽²⁾

El tabaco se ha convertido en una de las epidemias del siglo XXI según la OMS ⁽³⁾. Siendo el tabaco la primera causa de muerte evitable en el mundo ⁽⁴⁾, matando aproximadamente a la mitad de los fumadores regulares ⁽⁵⁾. Específicamente a causa del tabaco, cada año mueren más de 7 millones de personas, de ellas 6 millones son fumadores directos y 890.000 son los “fumadores pasivos”. Se estima que la mitad de las personas fumadoras morirá por enfermedades relacionadas con el tabaco y que perderán entre 10 a 15 años de vida ⁽⁶⁾. El tabaquismo es la principal causa de enfermedad, discapacidad y muerte prematura prevenible y responsable de 36,2 millones de años de vida potencialmente perdidos ⁽⁷⁾. Por los motivos previamente mencionados y por los costes económicos, ambientales y sociales que provoca el hábito tabáquico, éste se ha convertido en uno de los mayores problemas a nivel mundial de salud pública ⁽³⁾.

A pesar de todo lo anteriormente comentado y todos los cambios que a nivel social se han producido, el hábito tabáquico en casi todos los países, inclusive en España, está socialmente aceptado, incluyendo en el ámbito laboral a pesar de su clasificación como droga adictiva por sus particularidades de tolerancia, dependencia psicológica y física ⁽⁸⁾. Actualmente, el instrumento más utilizado para medir el grado de adicción a la nicotina es el Test de Fagerström ⁽⁹⁾. La dependencia al tabaco se encuentra reconocida en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM V), y la cataloga

como una adicción (Trastornos relacionados con sustancias y Trastornos adictivos)⁽¹⁰⁾.

En los últimos años se ha producido una disminución progresiva del consumo de tabaco según los datos recogidos en la Encuesta Nacional de Salud 2017 del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, publicados en Junio del 2018 ⁽¹¹⁾. La cifra de fumadores en España, actualmente se situaría en el 24,4%, frente a un 50,7% de personas que nunca han fumado y un 24,9% de ex fumadores. Siguen fumando más los hombres, aunque las diferencias son menores entre los jóvenes. El porcentaje de fumadores es del 25,6% en hombres y del 18,8% en mujeres. En referencia al grupo de edad, en los hombres, la mayor proporción de fumadores se sitúa en el bloque de 25-44 años, mientras que en las mujeres el mayor número de fumadoras, se amplía entre los 16-44 años coincidiendo con la etapa fértil de su vida.

Este descenso progresivo del número de fumadores concuerda con la aplicación políticas sanitarias que han restringido el hábito tabáquico en los lugares públicos y ambientes de trabajo. Así se aprobó una medida legislativa la “Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro y la publicidad de los productos del tabaco” ⁽¹²⁾ (conocida por la sociedad como Ley antitabaco), y modificada posteriormente por la vigente Ley 42/2010, de 30 de diciembre ⁽¹³⁾. Además también coincide con el aumento de la conciencia social sobre los problemas sanitarios, sociales, económicos y laborales derivados del tabaquismo ⁽¹⁴⁾.

Todo esto conlleva inevitablemente significativos costes para la sociedad, tanto derivados de la utilización de los recursos sanitarios (costes directos), como derivados de las pérdidas de productividad laboral (costes indirectos) ⁽⁷⁾. Se calcula que el consumo de tabaco en las empresas, supone unos costes anuales de 8.780 de euros, según puso de manifiesto el Informe del Comité Nacional para la prevención del tabaquismo publicado en 2009. En esta cifra se incluyeron los costes derivados del absentismo laboral por enfermedades relacionadas con el consumo del tabaco (292,57 millones de euros), la pérdida de productividad en el lugar de trabajo (6720,80 millones de euros) y los costes adicionales de lim-



pieza y conservación de instalaciones (1768.50 millones de euros). Cada trabajador que fuma en España cuesta a su empresa unos 1700 euros al año ⁽¹⁵⁾.

Considerando el impacto que supone el tabaquismo sobre el absentismo y las pérdidas de productividad laboral y sobre el aumento de accidentes laborales, es posible deducir el gran interés que puede tener para las empresas impulsar programas cuyo fin sea la deshabituación tabáquica de sus empleados. Además, está demostrado que los programas de deshabituación tabáquica en el lugar del trabajo se presentan como una herramienta útil para fomentar el abandono del tabaquismo ⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾. Así, mientras las revisiones de los trabajos que evalúan el consejo médico presentan una proporción de abandono del hábito tabáquico que oscila entre el 5 y el 10 % en el primer año, las revisiones de programas en el medio laboral hallan tasas de abstinencia entre el 15 y el 20% ⁽¹⁸⁾.

Dada la importancia de actuar frente a este factor de riesgo, se han desarrollado acciones integrales desde los servicios de prevención de las empresas y desde las instituciones sanitarias autonómicas y centrales. Concretamente a nivel laboral, los programas de deshabituación tabáquica llevados a cabo por el personal de medicina y enfermería del trabajo pueden abarcar a un mayor número de fumadores y no únicamente a los que acuden a los servicios sanitarios.

Justificación del estudio

En concordancia con la disminución del número de personas fumadoras, hay estudios que demuestran que también ha habido una reducción en el consumo en población trabajadora de instituciones sanitarias ⁽¹⁹⁾.

De la Encuesta Nacional de Salud (2014-2016) se desprende que entre los adultos que trabajan, el 22.1% (32.7 millones) son fumadores. Por sector de actividad, las cifras parten desde un 11% de consumo de cualquier tabaco en el sector de la educación al 34.3% entre los trabajadores de la construcción ⁽²⁰⁾. La prevalencia global estimada de consumo de tabaco en los/las trabajadores/as hospitalarios/as es del 28,1% ⁽²¹⁾, por lo que siendo alta en comparación con la prevalencia de la población general (24,4%). Además se ha conocido que esta disminución no

se ha producido de la misma forma en los diferentes colectivos, los profesionales de medicina y enfermería presentan un menor hábito tabáquico que el resto del personal como auxiliares de enfermería, administrativos, celadores etc. ⁽²¹⁾.

Concretamente en el departamento de salud Xàtiva-Ontinyent según los datos que se han recogido desde la vigilancia de salud de los trabajadores desde septiembre de 2018 a Junio de 2019, la prevalencia de trabajadores con hábito tabáquico es de un 30.8% de los cuales un 46,7% les gustaría dejar de fumar. Anteriormente desde el servicio de medicina preventiva se ofertaba un servicio para los trabajadores de deshabituación tabáquica, pero por motivos de cambios de puesto de trabajo de los profesionales encargados de este programa, hace 9 años que no se desarrolla ninguno. Dada la relevancia del asunto por todos los beneficios de salud, económicos, sociales y medioambientales que ofrece la deshabituación tabáquica, considero de vital importancia la puesta en marcha en el Departamento de Salud Xàtiva-Ontinyent desde el servicio de Prevención de Riesgos Laborales de un programa de deshabituación tabáquica para los trabajadores del departamento.

OBJETIVOS

Objetivos generales

El objetivo principal de este trabajo es implantar desde el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales un programa de deshabituación tabáquica destinado a la población trabajadora del departamento de salud Xàtiva-Ontinyent (Valencia)

Objetivos específicos

- Captar a trabajadores fumadores que deseen voluntariamente abandonar el hábito tabáquico.
- Facilitar el proceso de deshabituación tabáquica a los trabajadores mediante el empleo de las diferentes técnicas de ayuda disponibles en la actualidad y ayudar al mantenimiento de la conducta abstinentes y el afrontamiento de los problemas emergentes durante el abandono del tabaco.
- Promover hábitos saludables que mejoren el bienestar general de los trabajadores del departamento de salud.

- Conocer el grado de satisfacción de los participantes en el programa y la idoneidad del mismo con los fines perseguidos.

HIPÓTESIS

Un programa para la deshabituación del hábito tabáquico, llevado a cabo en los trabajadores del departamento Xàtiva-Ontinyent, en el que se emplean diversas herramientas junto con recomendaciones individualizadas, será efectivo para disminuir el porcentaje de fumadores y mejorar su salud.

METODOLOGÍA

El modelo en el que se basa el proyecto es un modelo participativo.

Población de referencia y de estudio

El departamento de salud Xàtiva-Ontinyent acoge varias comarcas de la Comunidad Valenciana como son La Vall d'Albaida, La Costera, La Canal de Navarrés y parte de la Ribera Alta, en conjunto suponen una superficie geográfica de más de 2000 kilómetros cuadrados de extensión, dando cobertura sanitaria a un total de 208.548 habitantes. Este departamento está compuesto por 2 hospitales, Hospital Lluís Alcanyís de Xàtiva y el Hospital General d'Ontinyent, 2 centros de especialidades, el Españoletto y el centro de especialidades de Ontinyent, y 17 zonas básicas de salud con sus respectivos consultorios auxiliares. Además, cuenta con diversas unidades de refuerzo como son la UCA, Odontopediatría, SAMU, Unidad de Salud Sexual y Reproductiva y Unidad del Cáncer de Mama.

En el año 2018, el total de trabajadores del departamento de salud Xàtiva-Ontinyent fueron 2.585 personas, de los cuales más de la mitad eran personal sanitario. El servicio de Prevención de Riesgos Laborales UP5, durante el periodo de septiembre de 2018 a Junio de 2019, en este departamento de salud realizó un total de 493 reconocimientos de vigilancia de la salud, de los cuales 152 declararon tener hábito tabáquico y de ellos 71 querían abandonarlo.

Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión son:

- Trabajadores del Departamento de Salud Xàtiva-Ontinyent

- Trabajadores fumadores

Los criterios de exclusión son:

- Trabajadores que no acepten participar voluntariamente en el programa.
- Trabajadores que no se encuentren en la fase contemplativa o de preparación de acuerdo a las etapas del proceso de cambio de Prochaska y DiClemente.
- Trabajadores que prevean que no van a poder completar el programa.
- Tener patologías psiquiátricas asociadas a psicosis y/o deterioros cognitivos.

Tamaño muestral y procedimiento de muestreo

Para un correcto funcionamiento del programa se ha estimado que el número máximo de participantes, en este proyecto sea de 15 personas por grupo a causa de considerarse el tamaño máximo para un grupo de educación para la salud (22) y además por la falta de recursos y espacio para albergar a más participantes.

Para captar a los trabajadores para que se adhieran al programa se repartirán folletos y trípticos informativos por las instalaciones del departamento y mediante la aceptación y ayuda de la gerencia se enviará vía email la información a todos los trabajadores, además de ser colgada en la página web principal del departamento (Infonet). Igualmente, aquellos trabajadores que acudan al servicio de prevención de riesgos laborales a realizarse la vigilancia de la salud y cumplan los criterios para participar se les comentará la posibilidad de que participen en el programa.

Por otra parte, los primeros 15 trabajadores que cumplimenten la solicitud de participar en el programa y la hagan llegar al servicio de prevención de riesgos laborales UP5 y que además cumplan los criterios de inclusión y exclusión serán los participantes del programa. Por otro lado, se habilitará una lista de espera por si algún miembro del grupo decide rechazar su participación antes de que dé comienzo el mismo.

Diseño del estudio

Una vez recibida las solicitudes de los trabajadores, se comprobará quienes cumplen los criterios de inclusión y de exclusión. Aquellas personas que sean aptas para el programa, por



riguroso orden de solicitud se les confirmará su participación y se acordará una fecha para una pequeña entrevista antes de comenzar las sesiones grupales con el fin de cumplimentar su ficha personal y explicarle brevemente la dinámica que se seguirá (temas de los talleres, actividades, seguimiento...), de esta manera es posible que se aumente la adherencia al programa.

Se realizarán 3 sesiones individuales, 5 grupales y 3 de seguimiento telefónico, estructurados de la siguiente forma:

- Las sesiones grupales:

- Las cuatro primeras sesiones se realizarán con una periodicidad semanal, preferiblemente el mismo día de la semana y en el mismo horario.
- La quinta y última sesión se llevará a cabo a las 3 semanas de la tercera sesión, es decir al mes del cese del hábito tabáquico.

- Las sesiones individuales:

- La primera sesión será la inicial del programa, antes de que se empiece las sesiones grupales.
- La segunda sesión será a la semana de la 4 sesión grupal, es decir a las 2 semanas de haber dejado de fumar.
- La tercera y última sesión individual se realizará a las dos semanas después de la 5 sesión grupal coincidiendo con haber conseguido estar mes y medio sin fumar.

- Seguimiento telefónico

Se realizará una llamada telefónica a cada uno de los participantes para preguntar si siguen sin fumar, esto se hará a los 3, 6 y 12 meses después del cese de consumo. El profesional encargado deberá contar con una ficha de registro de cada participante, en la misma se apuntarán las respuestas de éstos y será de utilidad para evaluar los resultados del programa. Asimismo, el seguimiento telefónico hace que el paciente refuerce en el tiempo el compromiso de dejar de fumar, esto también se puede hacer en la consulta del servicio de prevención de riesgos laborales UP5 en caso de que el trabajador acuda por motivos distintos.

Análisis de datos

Una vez finalizado todo el programa, es decir al año aproximadamente de que los participan-

tes abandonaran el hábito tabáquico, se podrán analizar todos los datos recogidos durante el proceso. En este momento se estará en disposición para conocer el número de participantes que han conseguido la deshabituación tabáquica, aquellos que hayan sufrido recaídas y los motivos y su grado de satisfacción con el programa.

Dificultades y limitaciones del estudio

Las dificultades y limitaciones del proyecto radican en los siguientes aspectos:

- Dificultad de captar a los participantes ya que el departamento Xàtiva-Ontinyent tiene una dispersión geográfica considerable y muchos trabajadores se encuentran a bastante distancia del hospital Lluís Alcanyís de Xàtiva donde está ubicado el servicio de prevención de riesgos laborales UP5.

- El servicio de Prevención de Riesgos laborales UP5 abarca dos departamentos de salud, el de Gandía y Xàtiva-Ontinyent. Según la organización del servicio los profesionales de vigilancia de la salud de éste se desplazan según las necesidades, 2-3 días a la semana al hospital San Francesc de Borja de Gandía. Por este motivo, podrá haber dificultad para acordar un día a la semana en el que los interesados en el programa puedan asistir a las sesiones.

- Un porcentaje de los trabajadores del departamento Xàtiva-Ontinyent son eventuales, por lo que pueden existir casos de pérdidas de participantes cuando cesen su contrato.

Plan de trabajo

Aplicabilidad y utilidad práctica de los resultados

Este programa pretende mejorar la salud de los trabajadores del departamento de salud Xàtiva-Ontinyent. Hay suficiente evidencia científica para saber la importancia del hábito tabáquico como problema de salud por lo que se justifica sobradamente la utilidad de estas intervenciones que además se engloban en políticas de salud como la Ley 28/2005 o la Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/95. Por otro lado, como ya se ha mencionado en apartados anteriores existen motivos económicos que amplían los beneficios que pueden obtenerse de los programas de apoyo a la deshabituación.

Incrementar y perfeccionar las estrategias de

intervención para promover la deshabitación tabáquica, permitirá en un futuro comprobar la efectividad de estos programas con los se podrá

obtener una disminución de personas fumadoras y como consiguiente los beneficios colaterales mencionados anteriormente.

El programa se desarrollará en las siguientes etapas:

ACTIVIDADES	Meses		1		2		3		4		5		6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		
	Semanas		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20					
Búsqueda bibliográfica																											
Solicitar permiso a Gerencia																											
Elaboración de los materiales																											
Dar a conocer el programa a los trabajadores																											
Recopilación de solicitudes de participación																											
Revisar si cumplen los criterios de inclusión y exclusión																											
Contacto para acordar cita entrevista inicial																											
1ª Sesión Individual																											
1ª Sesión Grupal																											
2ª Sesión Grupal																											
3ª Sesión Grupal																											
4ª Sesión Grupal																											
2ª Sesión Individual																											
5ª Sesión Grupal																											
3ª Sesión Individual																											
Seguimiento telefónico																											
Evaluación del programa																											

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Corvalán B. MP, Corvalán B. MP. El tabaquismo: una adicción. Rev Chil enfermedades Respir [Internet]. septiembre de 2017 [citado 6 de septiembre de 2019];33(3):186-9. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482017000300186&lng=en&nrm=iso&tlng=e
2. Calvo Fernández J, López Cabanas A. El tabaquismo. Universida. 2003.
3. OMS | Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2008. WHO. 2013
4. OMS. Tabaco [Internet]. 2019 [citado 4 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
5. AECC. Algunos datos de interés sobre el tabaco [Internet]. 2015 [citado 4 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/prevencion/no-fumes>
6. OPS. Acerca del Programa del Control del Tabaco [Internet]. [citado 4 de septiembre de 2019]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11318:about-tobacco-control-program&Itemid=1187&lang=es
7. Silvia DC, Martín Nuñez I. Impacto presupuestario de un programa de deshabitación tabáquica en empresas. Med Secur Trab (Madr) [Internet]. 2009 [citado 28 de junio de 2019];55(216):46-55. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X200900300006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
8. Vicente-Herrero MT, López-González A., pont-Martínez P, Santamaría-Navarro C, de Paz Merchan S, Rodríguez-Fernández R. Situación actual del tabaquismo entre los trabajadores de correos-España tras la Ley 28/2005. Med Secur Trab (Madr) [Internet]. 2008 [citado 28 de junio de 2019];54(213):87-95. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-11546X2008000400010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
9. Roa-Cubaque MA, Parada-Sierra ZE, Albarracín-Guevara Y, Alba-Castro E, Aunta-Piracon M, Ortiz-León M. Validación del test de Fagerström para adicción a la nicotina (FTND). Rev Investig en Salud Univ Boyacá [Internet]. 1 de diciembre de 2016 [citado 6 de septiembre de 2019];3(2):161. Disponible en: <http://revistasdigitales.uniboyaca.edu.co/index.php/rs/article/view/185>
10. Psiquiatría AA de. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). 5.a ed. Arlington; 2014.
11. Sanidad M De. Encuesta Nacional de Salud. España 2017. Principales resultados [Spanish National Health Survey 2017. Main results]. 2018;1-12. Disponible en: https://www.msccs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE2017_notatecnica.pdf%0Ahttps://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE2017_notatecnica.pdf
12. BOE. Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro y la publicidad de los productos del tabaco [Internet]. BOE num 309 2005. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2005/12/27/pdfs/A42241-42250.pdf>
13. BOE. Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. BOE [Internet]. 2010 [citado 11 de septiembre de 2019];318. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/>



- act.php?id=BOE-A-2010-20138
14. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. Informe 2016: Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España [Internet]. Ministerio de Sanidad SS e I, editor. Madrid; 2016 [citado 9 de septiembre de 2019]. 239 p. Disponible en: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2016_INFORME_OEDT.pdf
 15. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Evaluación del Control del Tabaquismo sobre los costes empresariales y sanitarios. [Internet]. [citado 28 de junio de 2019]. Disponible en: http://www.cnpt.es/doc_pdf/Informe_fiscalidad_01.pdf
 16. Cahill K, Lancaster T. Workplace interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014; 2017(12).
 17. Fishwick D, Carroll C, McGregor M, Drury M, Webster J, Bradshaw L, et al. Smoking cessation in the workplace. *Occup Med (Chic Ill).* 2013;63(8):526-36.
 18. Sala M, Serra I, Serrano S, Corbella T, Kogevinas M. Evaluación de un programa de deshabituación tabáquica en el medio laboral. *Gac Sanit.* 2005;19(5):386-92.
 19. Sánchez AR, Torres LÁP de, Luna FS, Ruiz-Moral R. Prevalence of tobacco consumption among young physicians at a regional university hospital in southern Spain: a cross-sectional study. *BMJ Open* [Internet]. 1 de febrero de 2018 [citado 12 de septiembre de 2019];8(2):e018728. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29391377>
 20. Telegrafos EPECY. Factores relacionados con el hábito tabáquico en personal sanitario. 2018;(January):10-8.
 21. Martínez C, Martínez-Sánchez JM, Antón L, Riccobene A, Fu M, Quirós N, et al. Prevalencia de consumo de tabaco en trabajadores hospitalarios: Metaanálisis en 45 hospitales catalanes. *Gac Sanit.* 2016;30(1):55-8.
 22. Riquelme Pérez M. Metodología de educación para la salud. *Pediatría Atención Primaria* [Internet]. junio de 2012 [citado 14 de septiembre de 2019];14:77-82. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322012000200011&lng=en&nrm=iso&lng=en

Intervención de la enfermera especialista en salud mental para aumentar la resiliencia en personas con cáncer de colon

Intervention of the nurse specialist in mental health to increase resilience in people with colon cancer

Autora: Laura Sánchez Moñino.
Hospital Marina Baixa (Villajoyosa)

e-mail: laura.sanchez1803@gmail.com

RESUMEN

El cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo, y en concreto, el cáncer de colon es el tercer tipo de cáncer que causa un mayor número de fallecimientos. Actualmente es el tumor maligno de mayor incidencia en España. Esta enfermedad es una de las más temidas por su clara relación con la muerte, provocando, en muchos casos, un malestar emocional desde el diagnóstico, y durante todo el transcurso de la enfermedad, reduciendo la calidad de vida de las personas que la padecen. Sin embargo, existen múltiples recursos que pueden favorecer el afrontamiento positivo ante el cáncer, siendo diversas las investigaciones en los últimos años que han indicado este hecho. Uno de estos recursos es la resiliencia.

Con este proyecto de investigación se pretende evaluar la eficacia de una intervención psicoeducativa llevada a cabo por la Enfermera Especialista en Salud Mental, con el objetivo de aumentar la resiliencia en personas con diagnóstico reciente de cáncer de colon. Se plantea un estudio analítico cuasi-experimental pre-post de la intervención enfermera, sobre una muestra de 25 personas, cuyos datos obtenidos se someterán a tratamiento estadístico con el programa de análisis SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), para después extraer los resultados correspondientes.

Se considera que este trabajo puede contribuir de manera significativa al desarrollo de la Enfermería, tanto en el ámbito de la salud mental como

en el de la oncología, proporcionando cuidados de calidad en una enfermedad tan prevalente en la actualidad como es el cáncer de colon.

Palabras clave: oncología, resiliencia, cáncer de colon, enfermera especialista salud mental, programa psicoeducativo.

ABSTRACT

Cancer is one of the main causes of morbidity and mortality in the world, and specifically, colon cancer is the third type of cancer that causes a greater number of deaths. Currently, it is the malignant tumor with the highest incidence in Spain. This disease is one of the most feared due to its clear relationship with death, causing, in many cases, an emotional discomfort from the diagnosis, and throughout the course of the disease, reducing the quality of life of people who suffer from it. However, there are multiple resources that can favor positive coping with cancer, with several investigations in recent years that have indicated this fact. One of these resources is resilience.

This research project aims to evaluate the effectiveness of a psychoeducational intervention carried out by the Nurse Specialist in Mental Health, with the aim of increasing resilience in people with recent diagnosis of colon cancer. A quasi-experimental analytical study pre-post of the nursing intervention is proposed, on a sample of 30 people, whose data obtained will be subjected to statistical treatment with the SPSS analysis program (Statistical Package for the Social Sciences), to then extract the corresponding results.



It is considered that this work can contribute significantly to the development of Nursing, both in the field of mental health and in the oncology, providing quality care in a disease so prevalent at present as is colon cancer.

Key words: *oncology, resilience, colon cancer, mental health nurse specialist, psychoeducational program.*

INTRODUCCIÓN

A pesar de los avances en la medicina y la investigación clínica en oncología, cáncer sigue siendo una palabra demasiado cercana a la muerte¹.

Esta enfermedad es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo. Y en concreto, el cáncer colorrectal es el tercer tipo de cáncer que causa un mayor número de fallecimientos². El cáncer se considera, después de las enfermedades cardiovasculares, la segunda causa de muerte en España, con unas 103.000 muertes en el año 2012³. En nuestro país se estima una previsión de 315.413 casos nuevos para el año 2035⁴.

Oír cáncer genera casi automáticamente una respuesta emocional pesimista, asociada a una idea de soledad y a veces de sentimientos de culpa. Procesos que provocan en la persona y en la familia una gran angustia, llegando incluso a experimentar emocionalmente la propia vida como un fracaso¹. Su diagnóstico provoca un fuerte impacto en la persona y en las de su alrededor. La adaptación al cáncer es influida tanto por la sociedad, como por la propia persona y la enfermedad⁵. Es por ello por lo que el modo de afrontamiento de cada persona ante esta nueva situación va a ser fundamental a la hora de evolucionar de una manera más favorable o no. Se ha visto en estudios anteriores que los factores psicológicos, conductuales y sociales influyen en la progresión del tumor⁶, así como que la capacidad de afrontamiento permite manejar el estrés, mantener la dignidad personal, las relaciones significativas, y recuperar e incrementar la función física⁷.

El malestar emocional que esta enfermedad provoca, no sólo afecta al nivel físico de la persona, sino también a nivel psíquico, generando, en muchas ocasiones, tal y como establecieron Kaplan, Espasa y Jovell^{8, 9}, situaciones afectivas

como depresión y ansiedad. Pérez Cárdenas¹⁰ expone que la persona que padece esta enfermedad puede llegar a recrear una vivencia de muerte que llegue a reforzar estas emociones. Es por ello que la intervención sanitaria en el ámbito de la salud mental cobra tanta importancia en el tratamiento de estas personas, y más aún si dicha intervención se realiza de forma temprana. Vargas et al¹¹, en su estudio sobre cuidados paliativos en oncología, afirmó que mientras más rápido se vea el enfermo involucrado en un proceso de apoyo integral, mejor será su capacidad de adaptación a su condición. De esta manera, se acompaña al individuo durante todo el proceso de la enfermedad, enseñándole a afrontarlo de una manera constructiva.

La resiliencia es un factor clave en el afrontamiento positivo del cáncer. Los resultados de estudios revisados en la bibliografía indican que la resiliencia puede influir positivamente en la recuperación de enfermedades graves, y en este caso, de la enfermedad oncológica. Por ello se plantea el presente Proyecto de Investigación, cuya finalidad es la de elaborar un Programa Psicoeducativo que intente potenciar el nivel de resiliencia de personas con diagnóstico reciente de cáncer de colon.

JUSTIFICACIÓN

En base a lo anteriormente expuesto, queda plasmado en la evidencia científica que el cáncer y todo lo que conlleva su diagnóstico ejerce un gran impacto sobre la vida de la persona. En concreto el cáncer de colon supone una fuerte afectación tanto a nivel emocional como a nivel físico, ya que los efectos secundarios de la enfermedad, así como la cronicidad de ésta, suponen un cambio en la vida de la persona, al cual es necesario adaptarse.

La sintomatología ansioso-depresiva que estas personas pueden llegar a sufrir está fuertemente relacionada con el nivel de resiliencia de cada una de ellas. Así lo establece un estudio en personas con cáncer de colon¹², donde se observó que las personas que presentaron síntomas depresivos tenían una resiliencia menor. Estos hallazgos sugieren que las intervenciones para mejorar la esperanza podrían ser reemplazadas por aquellas dirigidas a mejorar la resiliencia personal, y que además, deben comenzarse tan pronto como sea posible en

las personas con cáncer¹², ya que está demostrado que las personas resilientes poseen una actitud más positiva y una mayor capacidad de adaptación frente a los problemas de la vida cotidiana.

Por ello, creemos indispensable y muy beneficioso para estas personas el hecho de ser resilientes, pues supondría una mejora en su capacidad de adaptación a los estresores que conlleva dicha enfermedad. Además, la resiliencia no es necesariamente un rasgo heredado, sino una habilidad que se puede aprender y dominar¹³.

La enfermera especialista en salud mental tiene los conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes necesarias para llevar a cabo ésta práctica, ya que entre sus competencias se encuentra la de "educar en materia de salud mental a personas, familias, grupos y comunidades"¹⁴. Además, en sus intervenciones potencia la promoción de la salud, mediante técnicas y métodos de enfermería que procuran la autonomía y calidad de vida del paciente¹⁵.

Por la gravedad de la patología oncológica y la bibliografía que avala la importancia de llevar a cabo intervenciones de fomento de la resiliencia en personas recientemente diagnosticadas de cáncer¹², se ha planteado este proyecto de investigación y creemos justificada su elaboración.

HIPÓTESIS

El Programa Psicoeducativo llevado a cabo por la Enfermera Especialista en Salud Mental aumentará la resiliencia de las personas recientemente diagnosticadas de cáncer de colon.

OBJETIVOS:

GENERAL:

Evaluar la eficacia de un Programa Psicoeducativo para aumentar la resiliencia en personas recientemente diagnosticadas de cáncer de colon.

ESPECÍFICOS:

- Evaluar la mejora del nivel de resiliencia de las personas con cáncer de colon.
- Determinar la mejora del ajuste mental a la enfermedad.
- Determinar la mejora de la calidad de vida de las personas con cáncer de colon.
- Evaluar la mejora de síntomas de ansiedad en el proceso oncológico.
- Evaluar la mejora de síntomas de depresión en el proceso oncológico.

METODOLOGÍA:

DISEÑO:

Se plantea un estudio analítico cuasiexperimental pre-post de la intervención enfermera, longitudinal y prospectivo.

POBLACIÓN:

Personas recientemente diagnosticadas de cáncer de colon, pertenecientes al servicio de Oncología Médica del Hospital Marina Baixa, en Villajoyosa (Alicante), independientemente del sexo, y con edad comprendida entre 25-65 años.

MUESTRA:

En previsión de la posible pérdida de sujetos durante el desarrollo del programa, se iniciará con una muestra de 25 personas, estimándose que finalicen unas 8-12 personas. En caso de abandono o pérdida de sujetos, no se sustituirán por otros, ya que el programa es de duración limitada y se cree que dificultaría el avance del resto de participantes.

MÉTODO DE MUESTREO:

Se llevará a cabo el método de muestreo consecutivo, no probabilístico, por ser el más acorde al proceso de reclutamiento de la muestra.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Tener un diagnóstico de cáncer de colon.
- Estar en seguimiento en el servicio de Oncología Médica del Hospital Marina Baixa.
- Edad 25-65 años.
- Estar consciente y orientado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- No haber firmado el consentimiento informado.
- Haber participado anteriormente en estudios similares.
- Tener antecedentes de sintomatología ansioso-depresiva.
- Tiempo desde el diagnóstico mayor a 3 meses.
- Estar hospitalizado en el momento de reclutamiento de la población.
- Estar en fase terminal.

ÁMBITO DE ESTUDIO:

Unidad de Salud Mental de Adultos (USMA) del Departamento de Salud de Marina Baixa en Villajoyosa (Alicante). La Enfermera Especialista



de Salud Mental llevará a cabo la acogida de los participantes en su consulta, y el desarrollo de la intervención en la sala común del Centro de Salud Almassera de Tonda, donde se ubica la USMA.

VARIABLES:

VARIABLE INDEPENDIENTE:

- Intervención psicoeducativa grupal por parte de la EESM.

VARIABLES DEPENDIENTES:

- Nivel de resiliencia
- Ajuste mental al cáncer
- Calidad de vida
- Nivel de ansiedad
- Nivel de depresión
- NOC (1309): Resiliencia personal

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS:

- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Número de hijos
- Nivel de estudios
- Profesión

VARIABLES DE SALUD:

- Tiempo desde el diagnóstico
- Estadío del tumor
- Pronóstico

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

El primer día que los participantes acudan a la consulta de enfermería se hará la acogida de éstos al programa. Así mismo, se evaluará a los sujetos mediante los siguientes instrumentos:

- Valoración por Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon.
- Escala de resiliencia de Wagnild y Young.
- Escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC).
- Cuestionario de Calidad de Vida QLQ-C30.
- Escala EVA de Sintomatología ansioso-depresiva.

INTERVENCIÓN:

El Programa Psicoeducativo tendrá una duración de cuatro meses y constará de nueve sesiones. Cada sesión tendrá una duración de 90 minutos y una frecuencia semanal, excepto la última, que se realizará al mes de la octava sesión.

El contenido del Programa será el siguiente:

- SESIÓN 1: Presentación.
- SESIÓN 2: Cáncer de colon.
- SESIÓN 3: Resiliencia.

- SESIÓN 4: Resiliencia en Oncología (Parte 1).
- SESIÓN 5: Resiliencia en Oncología (Parte 2).
- SESIÓN 6: Cineforum.
- SESIÓN 7: La familia.
- SESIÓN 8: Cierre de programa.
- SESIÓN 9: Recuerdo.

TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS:

Tras la finalización de la fase de desarrollo del programa psicoeducativo grupal, todos los datos y las variables se someterán a tratamiento estadístico con el programa de análisis SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

Se efectuará un análisis descriptivo para todas las variables. Las cualitativas se describirán con frecuencias y porcentajes para cada una de sus categorías, y las cuantitativas con mediana, mínimo y máximo. La evolución de las variables de resultados o dependientes, medidas antes (pre-programa) y después (post-programa) se analizará mediante pruebas no paramétricas, teniendo en cuenta el tamaño reducido de la muestra y que se trata de datos apareados (para cada sujeto tendremos dos medidas: pre y post). Estas pruebas serán el test de McNemar para variables dependientes nominales y la prueba de Wilcoxon para variables dependientes ordinales.

Se considerará un nivel de significación estadística de 5% ($p < 0,05$), o lo que es lo mismo, un intervalo de confianza del 95%.

Una vez obtenidos los datos, se realizará el análisis comparativo de los resultados antes y después de la intervención enfermera, y se extraerán los resultados correspondientes.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO:

- Muestra demasiado pequeña, por lo que al no existir una distribución normal, quizás no se pueda rechazar la hipótesis nula.
- No haber dispuesto de datos previos aproximados sobre niveles de resiliencia en la población a estudio.
- Al no existir grupo control, no se puede asegurar que los cambios aparecidos sean debidos a la propia intervención, sino a otras intervenciones o factores no controlados.
- Falta de cooperación de los encuestados al proporcionar la información correspondiente.
- Factores de confusión: sujetos ya tratados por

psicooncología.

- Abandono del programa de algunos sujetos antes de su finalización.

- Falta de evidencia científica encontrada sobre el presente tema de investigación.

- Sesiones insuficientes dedicadas a la familia: sólo se da una.

Como posibles soluciones a las limitaciones encontradas, nos podríamos plantear aumentar el tamaño de la muestra, pasando de ser una única enfermera a ser dos las que llevaran a cabo el programa, así como que la intervención se hiciera sobre dos grupos, obteniendo así grupo control. Además, se podría añadir como criterio de exclusión que los participantes hubieran sido tratados anteriormente por psicooncología, evitando así factores de confusión.

ASPECTOS ÉTICOS:

Se solicitará la conformidad y aprobación del proyecto al Comité Ético de Investigación Clínica de la Institución correspondiente, y a las Direcciones de Oncología y de Enfermería del departamento de salud de Marina Baixa en Villajoyosa (Alicante).

Se respetará la protección de la confidencialidad de los participantes siguiendo la recomendación del artículo 21 de la Declaración de Helsinki (2004) y la Ley Orgánica de Protección de Datos 15/1999 del 13 de diciembre.

Y por último, se llevará a cabo el cumplimiento de las directrices estipuladas en la Ley de Autonomía del Paciente 41/2002, de 14 de noviembre, en la cual se regulan los derechos del paciente en cuanto a la información y la necesidad del consentimiento informado, respetando siempre el derecho a abandonar el estudio en cualquier momento, así como la protección de la historia clínica.

RESULTADOS ESPERADOS:

Se espera obtener diferencias estadísticamente significativas entre las evaluaciones de las variables medidas antes y después del programa de intervención psicoeducativa grupal, es decir, que dicha intervención haya sido realmente eficaz.

Esto se reflejará en los participantes del grupo en relación a:

- El aumento del nivel de resiliencia de las personas con cáncer de colon.

- La mejora de la calidad de vida de las personas con cáncer de colon.

- La disminución de sintomatología ansioso-depresiva en el proceso oncológico.

- La mejora del ajuste mental al cáncer.

De confirmarse la hipótesis, se demostraría que el programa psicoeducativo grupal llevado a cabo por la enfermera especialista en salud mental es una herramienta útil para el aumento del nivel de resiliencia en las personas recientemente diagnosticadas de cáncer de colon.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Kapla H, Sadock B. Sinopsis de Psiquiatría. 8ª ed. Madrid (Esp): Editorial médica panamericana; 2001.
2. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
3. Sociedad Española de Oncología Médica. Las cifras del cáncer en España [Internet]; 2016. Disponible en: http://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/LAS_CIFRAS_DEL_CANCER_EN_ESP_2016.pdf
4. Sociedad Española de Oncología Médica. Las cifras del cáncer en España [Internet]; 2017.
5. Harrison J, Maquire P. Predictors of psychiatric morbidity in cancer patients. Br J Psychiatry 1994; 165: 593-598.
6. Greer S. Psycho-oncology, its aims, achievements and future tasks. Psychooncology 1994; 3: 87-101. ; Holland JC. Psychooncology overview, obstacles and opportunities. Psycho-oncology 1992; 1: 1-13.
7. Hamburg DA, Adams JE. A perspective on coping behavior: seeking and utilizing information in major transitions. Arch Gen Psychiatry 1967; 17 (3): 277-284.
8. Jevell A. El paciente oncológico: la visión de los pacientes y sus familias. Asociación española contra el cáncer. Mayo 2004.
9. Pérez Cárdenas C. Equipo multidisciplinario de atención a pacientes oncológicos en atención primaria de salud. Revista Cubana de oncología 2000; 16(3): 158-62.
10. Comunicado: Mandato para el cambio de los especialistas europeos en cáncer. Hispanidad. Berlín, 2008. Disponible en: <https://webgate.epa.eu/>
11. Vargas G, Espósito G. Dolor y cuidados paliativos en Oncología: Evaluación, manejo y tratamiento. Editorial Expansión Científica. Caracas, Venezuela; 1999.
12. Solano, J., da Silva, A., Soares, I., Ashmawi, H. and Vieira, J. (2016). Resilience and hope during advanced disease: a pilot study with metastatic colorectal cancer patients. BMC Palliative Care, 15(1).
13. Hlubocky, F., Rose, M. and Epstein, R. (2017). Mastering Resilience in Oncology: Learn to Thrive in the Face of Burnout. American Society of Clinical Oncology Educational Book, 37, pp.771-781.
14. Orden SPI/1356/2011, de 11 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería de Salud Mental.
15. Cibanal Juan, M. (2007). A propósito de la especialidad en Enfermería en Salud Mental. Revista Española de Sanidad Penitenciaria, 9(2).



Características del cuidador familiar en la población de Alcora (Castellón)

Characteristics of the family caregiver in the Alcora population (Castellón)

Autores: Cristina Blaya Fernández, Carmen Anarte Ruiz, Ángel Masoliver Forés, Carmen Gorriz Abril.
Unidad Docente Multiprofesional Atención Familiar y Comunitaria

e-mail: canarte710K@cv.gva.es

RESUMEN

Introducción

El cuidador principal de un familiar en situación de dependencia es una figura cada vez más habitual en las consultas de Atención Primaria. En esta figura del cuidador se centra la educación sanitaria y el apoyo emocional.

Objetivos

Describir las características sociodemográficas del cuidador familiar en personas dependiente de la población de Alcora.

Metodología

Estudio descriptivo transversal con cuidadores familiares alcorinos. Se emplearon varios cuestionarios validados para recoger datos sobre los cuidadores y las personas a las que cuidan. Se utilizó una captación oportunista con un total de 49 personas. El análisis de las variables se realizó mediante los programas estadísticos de Epidat y SPSS.

Resultados

De los cuidadores participantes, el 85,7% eran mujeres y el 14,3% restante hombres, con una edad media de 56,82 años (rango, 34-84 años). El 67,3% presentaban sobrecarga, que se relacionó con la elevada dependencia de la persona cuidada.

Discusión

El cuidador desconoce cuánto tiempo tendrá que serlo, por ello debemos conocerlo y brindarle las ayudas que necesita como personal sanitario.

Conclusiones

El perfil sociodemográfico del cuidador alcorino es una mujer casada, hija de mediana edad, con escaso nivel de estudios y sin remuneración. La sobrecarga de esta cuidadora está relacionada con las horas dedicadas al día en cuidar y con el nivel de dependencia de la persona cuidada.

Palabras clave: Cuidadores, dependencia psicológica, Atención primaria de salud, Salud de la Familia.

ABSTRACT

Introduction

The main caregiver of a dependent family member is an increasingly common figure in Primary Care consultations. Health education and emotional support are focused on this figure of the caregiver.

Objectives

To Describe the sociodemographic characteristics of the family caregiver in dependent people of the Alcora population.

Methodology

Descriptive cross-sectional study with Alcorino family caregivers. Several validated questionnaires were used to collect data on the caregivers and the people they care for. Opportunistic recruitment was used with a total of 49 people. The analysis of the variables was performed using the Epidat and SPSS statistical programs.

Results

Of the participating caregivers, 85.7% were women and the remaining 14.3% men, with a mean age of 56.82 years (range, 34-84 years). 67.3% presented overload, which was related to the high dependence of the person cared for.

Discussion

The caregiver does not know how long it will have to be, so we must know him and give him the help he needs as a health worker.

Conclusions

The sociodemographic profile of the Alcorino caregiver is a married woman, middle-aged daughter, with a low level of education and without remuneration. The overload of this caregiver is related to the hours dedicated to caring per day and to the level of dependency of the person cared for.

Key words: *Caregivers, Dependency psychological, Primary health care, Family Health.*

INTRODUCCIÓN

En 1999, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió al cuidador primario como "la persona del entorno de un paciente que asume voluntariamente el papel de responsable del mismo en un amplio sentido; este individuo está dispuesto a tomar decisiones por y para el paciente y a cubrir las necesidades básicas del mismo, ya sea de manera directa o indirecta"¹.

En nuestro país, el alargamiento de la expectativa de vida debido al descenso de la natalidad y la mortalidad justifica una elevada longevidad, es decir, un envejecimiento poblacional. Así mismo, el riesgo asociado de padecer enfermedades crónicas, han provocado que exista un gran número de personas mayores que necesitan ayuda de otras para desenvolverse en su vida diaria provocando cierto grado de dependencia.^{2,3}

Se estima que de los españoles mayores de 65 años dependientes que reciben algún tipo de cuidado, el 84,9% es informal. El cuidador principal de este tipo de cuidados la mayoría de las veces es un familiar, quien soporta la mayor parte de la sobrecarga física y emocional.⁴

El objetivo que persiguen las políticas sociales

de atención a las personas mayores es "el envejecimiento en casa". Para ello, en España en el año 2006 se aprobó la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en Situación de Dependencia que configura el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), con la que se busca cubrir la atención a los dependientes facilitando una atención pública de calidad basando su acceso en función del nivel de dependencia.⁵

Esta ley pretende garantizar una serie de garantías a las personas dependientes como teleasistencia, ayuda a domicilio, centros de día y prestaciones económicas para el cuidador familiar o para contratar a un asistente personal.⁵

España sigue su proceso de envejecimiento. Según los datos del Padrón Continuo (INE) a 1 de enero de 2016 hay 8.657.705 personas mayores (65 y más años), un 18,4% sobre el total de la población (46.557.008).²

El 8,5% de la población española que vive en casa declara algún tipo de discapacidad para las actividades de la vida diaria, y el 55,8% de estas personas son dependientes.⁶

Además, según la «Encuesta mayores 2010», el 87% de las personas mayores en España prefieren vivir en casa y el 63% prefieren ser cuidados por la propia familia. Para llegar a ese objetivo, es necesario que los cuidadores informales tengan una buena formación y un buen apoyo.⁷

La OMS está creando 'iSupport!, una herramienta de apoyo para cuidadores que tiene como objetivos aliviar cargas y mejorar la autonomía y la salud mental al poner énfasis en la autoayuda.⁸

El cuidador principal de un familiar en situación de dependencia es una figura cada vez más habitual en las consultas de Atención Primaria (AP). Es el vínculo esencial entre el paciente, su familia y el equipo de AP. En esta figura del cuidador se centra la educación sanitaria y el apoyo emocional.³

Aunque el reconocimiento social de la figura del cuidador informal es cada vez mayor, el cuidador sigue necesitando conocimientos específicos para cuidar y su percepción de apoyo social es insuficiente aumentando el riesgo de desarrollar el 'síndrome de sobrecarga del cuidador'.⁴

A menudo estos cuidadores sufren presiones físicas, emocionales y económicas que pueden



causar mucho estrés y necesitan recibir apoyo por parte de los servicios sanitarios, entre otros.⁸

La problemática sobre este tema recae por un lado en la creciente demanda de cuidados y, por otro lado, en la disminución de personas con disponibilidad para cuidar cuando aparece la dependencia. Aun así, en España, el cuidado se sigue quedando dentro del núcleo familiar. Por ello, asumir dicho rol no es inocuo.⁹

Cuidar a familiares puede ser una labor gratificante y enriquecedora si se desarrollan las estrategias adecuadas. Sin embargo, paralelamente existe evidencia científica acerca de las repercusiones negativas en el proceso de cuidado, común a la mayoría de los cuidadores.⁴

Podemos definir la tarea que realizan como un cuidado basado en relaciones afectivas y de parentesco. Se delimita en un ámbito privado, de "asuntos de familia", en los parece que están solos, en una a sociedad donde muy pocos se implican.⁹

Es importante darle al cuidador la relevancia que se merece y reconocer el esfuerzo y la dedicación de cuidar a un ser querido e identificar el tipo de cuidados prestados, la posible sobrecarga del cuidador y la visibilidad del mismo.

Objetivos

Objetivo principal

- Describir las características sociodemográficas de los cuidadores familiares en personas dependientes de la población de Alcora.

Objetivos específicos

- Describir las características de la persona cuidada.
- Conocer el grado de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar.
- Averiguar si la sobrecarga del cuidador está relacionada con la dependencia del paciente.
- Conocer las horas dedicadas a cuidar al día y su relación con el test de Zarit.
- Saber si existe relación entre la sobrecarga del cuidador y el tiempo que lleva desempeñando esta labor.
- Valorar la sobrecarga del cuidador en diferentes sexos.
- Averiguar si el nivel de dependencia de la persona cuidada está influenciada por su clase social.

- Comparar los resultados del test de Zarit entre los cuidadores principales y los que comparten el cuidado.

Material y métodos

Tipo de estudio

Para llevar a cabo el presente proyecto de investigación se realizó un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y de secuencia transversal.

Población de estudio

El estudio se llevó a cabo en la provincia de Castellón de la Plana, más concretamente en el municipio de Alcora, El centro de salud de este pueblo da cobertura aproximadamente a 11.000 habitantes, repartidos en ocho consultas de medicina y cinco de enfermería.

La población de estudio se constituyó con los cuidadores alcorinos, atendiendo a los siguientes criterios de inclusión:

- Tener la mayoría de edad establecida por la ley.
- Ser familiar de la persona a la que presta los cuidados.
- Cuidadores principales durante un periodo de tiempo.

Por tanto, se tomaron como criterios de exclusión:

- Cuidadores no familiares.
- Cuidadores que no asuman el rol de cuidador principal.

Para captar a dichos cuidadores, se realizó una búsqueda activa mediante visitas domiciliarias, atención en consulta y avisos urgentes a domicilio tanto en el horario de Atención Primaria como en Atención Continuada. La muestra a analizar fue exhaustiva, es decir, se estudiaron todos los cuidadores que cumplían los criterios de selección y que quisieran participar voluntariamente durante los meses de julio de 2017 a febrero de 2018, obteniéndose una muestra de 49 personas.

Variables e instrumentos de medida

Como instrumentos de medida se seleccionaron tres cuestionarios validados: Escala de sobrecarga del cuidador (Zarit), índice de Barthel y cuestionario sobre cuidadores de personas dependientes.^{10,11} Para decidir si se utilizaba el test de Zarit completo

o su versión abreviada, previamente a su elección se realizó un estudio piloto con 10 cuidadores. Tras la obtención de los resultados y su posterior análisis se concluye que el test sin reducir aporta información más verídica, ya que nos determina el grado de intensidad de sobrecarga y no la mera presencia o ausencia de la misma.

- Variables principales:

Para obtener la información sociodemográfica de la muestra se empleó un cuestionario validado por la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología mediante el "Estudio de investigación sociosanitaria sobre cuidadores de personas mayores dependientes". Se ha basado en una encuesta online realizada a cuidadores a nivel nacional, en todas las comunidades autónomas, llegando a una muestra total significativa de 820 cuidadores. Tiene un nivel de confianza del 95% y un error muestral del 0,3 %.

La encuesta reúne información de las condiciones y perfil sociodemográfico, tanto del cuidador como de la persona cuidada, agrupados en 4 apartados: datos personales del cuidador/a, datos de interés profesional del cuidador/a, relación con la persona cuidada y datos de la persona dependiente (Tabla 1).¹¹

- Variables secundarias:

Para valorar la sobrecarga del cuidador se usó el test de Zarit, un cuestionario autoadministrado que consta de 22 ítems, agrupados en tres factores: impacto del cuidado, relaciones interpersonales y expectativas de autoeficacia^{12,13}. Existen 5 posibles respuestas (nunca, rara vez, algunas veces, bastantes veces, casi siempre), que puntúan de 1 a 5 en la escala tipo likert. Se obtiene un rango entre 22 y 88 puntos. En función de la puntuación obtenida se establece los diferentes grados de sobrecarga: 'ausencia de sobrecarga' (≤ 46), 'sobrecarga ligera' (47-55) y 'sobrecarga intensa' (≥ 56). El estado de sobrecarga ligera se reconoce como un riesgo para generar sobrecarga intensa. El grado de sobrecarga intensa se asocia a mayor morbilidad del cuidador.¹⁰

De la misma forma, se empleó el índice de Barthel, para medir la autonomía de 10 actividades de la vida diaria que se consideran básicas: comer, lavarse, vestirse, arreglarse, continencia (urinaria y fecal), ir al retrete y trasladarse sillón/

cama, deambular y subir y bajar escaleras. Se obtiene una estimación cuantitativa de su grado de dependencia, entre 0 y 100 puntos, con intervalos de 5 puntos hasta un máximo de 15 en algunas actividades. Los puntos de corte sugeridos para facilitar la interpretación son: de 0 a 20 dependencia total, de 21 hasta 60 dependencia severa, comprendidos entre 61 y 90 dependencia moderada, desde 91 a 99 dependencia escasa y 100 independencia, por tanto a mayor puntuación menor nivel de dependencia.¹⁰

Estrategia de análisis

El análisis de estas variables se realizó mediante los programas Epidat y SPSS.

Para el análisis de univariantes se calculó:

- En las variables cuantitativas, la media aritmética y intervalo de confianza del 95% (IC 95%).
- En el caso de las variables cualitativas, la estimación puntual y el IC 95%.

Para el análisis de bivariantes se obtuvo:

- Prueba de T de Student y de Mann-Whitney para una variable cualitativa y una variable cuantitativa.
- Regresión para comparar dos variables cuantitativas.

Aspectos éticos

El trabajo fue enviado en Julio de 2017 a la Comisión de Investigación Clínica (CIC) del departamento de salud de Castellón, siendo evaluado positivamente y aprobado.

Se les informó a los sujetos participantes en el estudio la finalidad de sus datos. Para dejar constancia, se entregó el consentimiento informado y la hoja de información sobre el tipo de estudio a tratar. Además, aseguramos la garantía de confidencialidad y la protección de ficheros informatizados. Para ello no se publicarán datos que puedan identificar a los participantes en la investigación realizada.

Afirmamos que ni residente ni tutores colaboradores tienen conflicto de intereses y que el trabajo no percibe asignaciones económicas externas o de cualquier otro tipo.

Resultados

Se obtuvo una muestra de 49 cuidadores familiares en la población de Alcora. Sus características sociodemográficas describen que el 85,7%



son mujeres y 14,3% hombres. La edad del cuidador varía desde los 34 hasta los 84 años, con una media de $56,82 \pm 3,7$ años. El tiempo que llevan dedicando a cuidar fue de $6,7 \pm 2,3$ años con una media de $17,46 \pm 2,4$ horas al día. El 77,6% estaban casados/as o conviven en pareja, el 22,4% restante no tenían pareja, bien porque son viudos/as, están separados/as o solteros/as.

Al analizar el nivel de estudios encontramos que el 10,2 % no tenían estudios, el 65,3% eran estudios primarios, el 18,4% estudios secundarios y el 6,1% estudios superiores. En cuanto al ámbito laboral, el 73,5% se dedicaban exclusivamente al cuidado del familiar, sin ejercer otra labor fuera de esta y sin recibir remuneración (95,9%). El 26,5% además de cuidar tienen otra ocupación.

Más de la mitad, el 75,5% residían en Alcora, misma población que el familiar al que cuidan, el 24,5% restante, tuvieron que trasladarse de ciudad para cuidar. De ellos, pese a que este cuidador se identificaba como principal, el 26,5% no convivían en la misma casa, siendo el 73,5% convivientes.

El familiar que más cuidaba era el hijo/a con un 57,1%, seguido del cónyuge con un 22,4%. Ser padre/madre, tío/a o nuera/yerno oscilaba entre 4,1% y 6,1%, quedando a la cola hermano/ y nieto/a con un 2%. **(Tabla 2) Tabla 2: Características sociodemográficas del cuidador familiar**

De esta muestra de 49 cuidadores el 46,9%(IC 95 %: $\pm 14,0$) no compartían el cuidado del familiar con otra persona, y el 53,1%(IC 95% $\pm 14,0$) compartían el cuidado, de éstos que sí compartían el cuidado, el 19,2%(IC 95% : 6,6 y 39,4) eran cuidados por una persona ajena a la familia, y el 80,8%(IC 95%: $\pm 15,1$) compartían el cuidado con otro familiar. En este caso, el familiar que ejercía como segundo cuidador de mayor a menor frecuencia son: hijo/a del paciente con un 35,5%(IC 95%: $\pm 18,5$) persona ajena a la familia y esposo/a 19,4%(IC 95%: 7,5 y 37,5), otros hijos/as 12,9%(IC 95%: 3,6 y 29,8), tío/a 6,5%(IC 95%: 0,8 y 21,4) y por último sobrino/a y padre/madre con un 3,2%(0,1 y 16,7)

El 73,5%(IC 95%: $\pm 12,4$) no cuida a otro familiar, pero el 26,5%(IC 95%: $\pm 12,4$) tenían

otra persona a su cargo, siendo el otro progenitor el familiar más cuidado con un 43,8% [IC 95%= 19,8 y 70,1], seguido de hijo/a con un 31,3%(IC 95%: 11 y 58,6), nieto /a 12,5%(IC 95%: 1,6 y 38,3) y por último sobrino/a y hermano/a con un 6,3%(IC 95% : 0,2 y 30,2

En referencia a los datos recogidos sobre persona cuidada, la edad media fue de $75,24 \pm 6,7$ años. De esa media, habían 9 valores atípicos (18,31%, IC 95%= 6,5 y 30,2) de los cuales, 4 pacientes (8,2%, IC 95%= 2,3 y 19,6) tenían edades comprendidas entre los 2 y 14 años y 5 pacientes (10,2%, IC 95%= 3,4 y 22,2) sus edades oscilaban entre los 95 hasta los 102 años. El 28,6% de los familiares cuidados eran hombres, mientras que el 71,4% correspondían al género femenino.

Según la Clasificación Nacional de Ocupaciones (CNO) 14 las clases sociales encontradas en este estudio se clasificaron en 4 grupos: 8,2% directivos y propietarios-gerentes del comercio y de los servicios personales, otros técnicos no superiores, artistas y deportistas (clase II); 2% cuadro y mandos intermedios, administrativos y funcionarios, en general, personal de los servicios de protección y seguridad (clase III); 87,8% trabajadores manuales cualificados y semicualificados de la industria, comercio y servicios, sector primario (clase IV); 2% trabajadores no cualificados (clase V). **(Tabla 3) Tabla 3: Características del familiar cuidado**

Con respecto a las patologías diagnósticas de los pacientes, el 26% correspondían al aparato circulatorio, seguidas con un 13,6% de síntomas, signos y estados mal definidos y 11,2%, enfermedades endocrinas. Los puestos sucesivos las ocupaban enfermedades del sistema nervioso (10,7%) y trastornos mentales (8,7%). **(Tabla 4) Tabla 4: Patologías diagnosticadas de los pacientes**

La puntuación media del test de Zarit fue de 50,96(IC 95%: $\pm 3,8$), que se correspondía a un nivel de sobrecarga leve. El 67,3% presentaban sobrecarga, de este porcentaje el 28,6%(IC 95%: $\pm 12,6$) tenían sobrecarga leve y el 38,8%(IC 95%: $\pm 13,6$) intensa, siendo el 32,7%(IC 95%: $\pm 13,1$) los cuidadores los que no presentaban sobrecarga en el desempeño de su rol.

En referencia al índice de Barthel para medir el grado de dependencia del paciente, se obtuvo una media de 40,71 (IC 95%:± 9,6), correspondiente a una dependencia severa. Sólo el 2% (IC 95%:0,1 y 10,9): no necesitaba ayuda para las actividades de la vida diaria (Independencia), otro 2% (IC 95%:0,1 y 10,9) tiene una dependencia escasa, el 18,4% (IC 95%:6,5 y 30,2) dependencia moderada, y 38,8% (IC 95%:± 13,6) tenían tanto dependencia severa como total. Por tanto, el 96 % tenían una elevada dependencia frente al 4% que carecían de ella o era escasa.

Para averiguar si el nivel de sobrecarga del cuidador obtenido mediante el test de Zarit estaba relacionado con el nivel de dependencia del paciente, dato que conocemos a través de Barthel, se realizó una prueba de regresión, tomando al test de Zarit como variable dependiente. Se obtuvo una $p < 0,026$, por lo que fue estadísticamente significativo, es decir, cuando la puntuación del test de Zarit disminuye (menor sobrecarga), el índice de Barthel aumenta (menor dependencia), son inversamente proporcionales. El 8,1% ($r=0,081$) de la variación del Zarit depende del valor de Barthel.

Coeficientes: $ZARIT=56,03-0,125 \times \text{Barthel}$

La mayoría de los cuidadores que presentaron sobrecarga intensa, está relacionada con la dependencia total del familiar. En la tabla 5, se hace visible la dependencia significativa entre ambos test. (**Tabla 5: Tabla de contingencia Zarit y Barthel**)

También se realizó un análisis de regresión entre el nivel de sobrecarga del cuidador y las horas que dedicaban a cuidar en el día encontrándose una $p < 0,019$ y $r = 0,093$ y el mismo análisis para relacionar el tiempo (en años) dedicado a cuidar con el cansancio del cuidador ($p < 0,5$).

Se empleó la T de Student para calcular la diferencia entre sexos en los resultados del test de Zarit ($p < 0,307$); la relación entre la clase social del paciente y su nivel de dependencia ($p < 0,449$); y la puntuación de Zarit con los cuidadores que compartían esta labor ($p < 0,589$). Ninguna de estas relaciones establecidas resultó estadísticamente significativa, por lo que se utilizó la prueba de Mann-Whitney, aplicable a muestras

pequeñas y confirmó los resultados obtenidos mediante la T de Student.

Discusión

Comparación con otros estudios

El cuidador desconoce cuánto tiempo tendrá que serlo, por ello debe formarse, planificarse y prepararse para poder desarrollar su función en las mejores condiciones. No solo debe adaptarse a las circunstancias del día a día, sino que también tiene que enfrentarse a la vida después de la muerte del enfermo (posible aparición de duelo patológico).

El conocer a este tipo de cuidador nos permitirá saber qué tipo de necesidades requiere y cómo podemos ayudarlo desde el punto de vista sanitario. Dichos cuidadores deben ser considerados recursos esenciales en la atención de estas personas dependientes.

Según la bibliografía actualizada, el perfil del cuidador en España se trata de una mujer casada, hija del familiar, de unos 57 años y con estudios primarios^{3,4,7,14,15}. Estos datos coinciden con los resultados del presente trabajo, donde se hace evidente el papel primordial de esta cuidadora en el ámbito familiar.

Esta asignación de tareas se realiza desde una perspectiva de género arraigada en nuestra sociedad y que se basa en la «división sexual del trabajo» por la que los hombres han accedido al empleo formal, asalariado y a los derechos sociales, mientras las mujeres han sido relegadas a la realización de las tareas menos valoradas: el trabajo de cuidado no remunerado, inherente del sexo femenino.⁶

Con respecto a la persona cuidada, la mayoría son mujeres, entre un rango de edad de 75 a 90 años³, diagnosticadas de enfermedades circulatorias que causan elevada mortalidad². La clase social predominante corresponde a la número IV, perteneciente a los trabajadores de industria y del sector primario, según la Clasificación Nacional de Ocupaciones (CNO)¹⁴. Esto se debe a que la principal fuente de ingresos de las familias de Alcora proviene de las fábricas de azulejos y cerámica típicas de esta zona de Castellón.

Limitaciones

En nuestro país, según la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de De-



pendencia (EDAD 2008), el 19% de las personas de 65 y más años tienen una discapacidad por la que requieren ayuda para realizar actividades de la vida diaria³. En la población de Alcora compuesta por 10.535 habitantes según los datos aportados por el INE en 2016, hay 1859 personas con edad mayor o igual a 65 años. El 19% de esa población es de 353 personas, es decir, la cifra de cuidadores es más baja de lo que se ha podido estudiar.

Otra limitación del trabajo, fue la difícil captación de la muestra de estudio, ya que no hay un registro en Abucasis (programa informático de la Generalitat Valenciana de Salud) sobre cuidadores, ni tampoco se les diagnostica de 'Cansancio del rol del cuidador'. Por ello, se tuvo que hacer una muestra exhaustiva de la población de cuidadores que cumplían los criterios de inclusión y exclusión.

Como sesgos presentes del estudio, encontramos dos:

- El sesgo de respuesta, aquel que ocurre cuando los encuestados, consciente o inconscientemente, dan una respuesta que piensan que el entrevistador quiere oír.

- El otro sesgo que podríamos contemplar es el de no respuesta o efecto del voluntariado, ya que dependiendo del grado de interés que pueda tener un individuo que participa voluntariamente en una investigación puede diferir sensiblemente en relación con otros sujetos.

Aplicabilidad y utilidad clínica

Como enfermeros tenemos que cuidar de los que cuidan, colaborar en retrasar la institucionalización del paciente y aportar las herramientas imprescindibles para facilitar el deseo vital de la persona cuidada de permanecer entre los suyos y envejecer en casa.

Desempeñamos un papel importante en la salud tanto de los cuidadores, como de sus familias; abordaje que se hace patente en el ámbito de Atención Primaria.

Para identificar a este cuidador de forma más rápida y eficaz, se propone crear un registro unificado de todos los profesionales sanitarios con acceso a la Historia Clínica (HC), usando el mismo lenguaje y que quede reflejada la labor que está desempeñado. En ese lenguaje común, se podría destacar los diagnósticos enfermeros NANDA relacionado con la sobrecarga de cuidar, si es el caso:

- 00061 Cansancio del cuidador
- 00062 Riesgo de cansancio del rol del cuidador

Además, al igual que aparecen en Abucasis iconos y símbolos que indican la presencia de alergias o discapacidad, se podría crear uno para indicar el rol del cuidador en personas que estén desempeñando esta función.

Todas estas mejoras, facilitarían el estudio de esta población y podríamos abordar su salud trabajando de forma multidisciplinar médicos, enfermeros y trabajadores sociales.

Conclusión

- En vista de los resultados aportados por este estudio, el perfil sociodemográfico del cuidador alcorino es: mujer casada, hija de mediana edad, con escaso nivel de estudios, que presenta sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador y que no perciben remuneración, incluso deben gastar dinero en desplazamientos.

- El perfil sociodemográfico de la persona dependiente cuidada es una mujer de 76 años perteneciente a la clase social IV, trabajador cualificado o semicualificado de industrias y del sector primario, con diagnóstico de enfermedades que afectan al aparato circulatorio.

- No es tan notable compartir el cuidado del paciente en el tiempo sino el número de horas dedicadas al día, por ello las ayudas a estas personas debe aliviar esa franja horaria, facilitando esta tarea, ya que en este trabajo queda demostrada la relación entre el índice de Barthel y el test de Zarit, es decir a mayor dependencia de la persona cuidada mayor sobrecarga del cuidador.

- No se encontró relación entre el resultado de Zarit en diferentes sexos ni entre cuidadores que comparten el cuidado. Tampoco resultó estadísticamente significativo el nivel de dependencia del paciente con su clase social.

- Sin la importante función del cuidador, una sociedad tan longeva y envejecida como la nuestra difícilmente podría sustentarse.

BIBLIOGRAFÍA:

1. OMS: Organización Mundial de la Salud [Internet]. Definición de 'cuidado primario'. [citado 20 Mayo 2017] Disponible en: <http://www.who.int/es/>
2. Abellán García, A; Ayala García, A; Pujol Rodríguez,

- R (2017). Un perfil de las personas mayores en España, 2017. Indicadores estadísticos básicos. Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 15, 48 p. [Fecha de publicación: 31/01/2017; última versión: 27/03/2017].
3. Guía de atención a las personas cuidadoras familiares en el ámbito sanitario (2014) Generalitat valenciana [citado 25 mayo 2017]. Disponible en: http://www.san.gva.es/documents/156344/0/Guia_de_atencion_a_las_personas_cuidadoras_familiares_en_el_ambito-sanitario.pdf
 4. Gómez Sánchez, A. Intervenciones de enfermería en el cuidador informal del adulto dependiente. *Nubercientífic*. 2014, 2(11): 21-26.
 5. Ley 39/2006, de 14 de Diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. BOE, 15-12-2007.
 6. Fernández G, Bailon E. La invisibilidad de los cuidados que realizan las mujeres. *Atención Primaria*. 2014;46(6):271-72. doi: 10.1016/j.aprim.2014.05.003
 7. Cadafalch Rabasa, M. Els cuidadors familiars. Repte pendent del sistema de la dependència. [Internet.] *Debats Catalunya Social, Propostes des del Tercer Sector*, nº 37. Julio 2014 [citado 5 junio 2017]. Disponible en: http://www.tercersector.cat/sites/www.tercersector.cat/files/dossier_els_cuidadors_familiares._repte_pendent_del_sistema_de_la_dependencia_juliol_2014.pdf
 8. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: OMS; 2015. [citado 7 junio 2017] Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf
 9. Tripodoro V, Velosov, Lanos V. Sobrecarga del cuidador principal de pacientes en cuidados paliativos. Publicación del Instituto de Investigaciones Gino Germani Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires. 2015; 17: 307-330
 10. Escalas programa informático Abucasis. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.
 11. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG) y LINDOR. Estudio de investigación sociosanitaria sobre cuidadores de personas mayores dependientes. *Cuidadores 2015*. [citado 25 junio 2017] Disponible en: <http://www.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/seggestcuidador.pdf>
 12. Ramos del R B., Flores Bobadilla, A. C., & Figueroa López, C. G. (2017). Relación de carga percibida del cuidado y pensamientos disfuncionales en padres cuidadores con cardiopatías congénitas. *Vertientes. Revista Especializada en Ciencias de la Salud*, 19(1): 24-28.
- Montero Pardo X, Jurado Cárdenas S, Valencia Cruz A, Méndez Venegas J, Mora Magaña I. Escala de carga del cuidador de Zarit: evidencia de validez en México. *Psicooncología (Internet)*. 10 de junio de 2014 [citado 5 de mayo de 2017]; 11(1). Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/44918>
13. Domingo A, Marcos J: Propuesta de un indicador de "clase social" basado en la ocupación. *GacSanit* 1989; 3(10):320-326.
 14. Alonso A, Garrido A, Díaz A, Casquero R, Riera M. Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS. *Aten Primaria* 2004; 33: 61-68



Tabla 1: Variables en la encuesta “perfil del cuidador”

	Variable	Tipo	Medida	Objetivo
Datos personales del cuidador/a	Edad	Cuantitativa continua	Años	Describir las características sociodemográficas de los cuidadores familiares
	Sexo	Cualitativa dicotómica	Hombre/Mujer	Describir las características sociodemográficas de los cuidadores familiares
	Estado civil	Cualitativa	Soltero/a Casado/a Conviviente Separado/a Divorciado/a Viudo/a	Describir las características sociodemográficas de los cuidadores familiares
	Nivel de estudios	Cualitativa	Sin estudios Estudios primarios Estudios secundarios Estudios superiores	Describir las características sociodemográficas de los cuidadores familiares
	Trabaja en otro lugar	Cualitativa dicotómica	Sí/No	Describir las características sociodemográficas de los cuidadores familiares
	Remuneración	Cualitativa dicotómica	Sí/No	Describir las características sociodemográficas de los cuidadores familiares
Datos de interés profesional del cuidador/a	Experiencia en cuidar	Cuantitativa continua	Años	Describir las características sociodemográficas de los cuidadores familiares
	Tiempo dedicado al día en cuidar	Cuantitativa continua	Horas	Describir las características sociodemográficas de los cuidadores familiares
	Traslado	Cualitativa dicotómica	Sí/No	Describir las características sociodemográficas de los cuidadores familiares
Relación con la persona cuidada	Parentesco	Cualitativa	Esposo/a, hermano/a hijo/a, madre/padre, otros familiares: Nuera, yerno, nieto/a, sobrino/a, etc.	Describir las características sociodemográficas de los cuidadores familiares
	Convive con el familiar	Cualitativa dicotómica	Sí/No	Describir las características sociodemográficas de los cuidadores familiares
	Comparte el cuidado	Cualitativa dicotómica	Sí/No	Describir las características sociodemográficas de los cuidadores familiares
	A su cargo algún familiar más	Cualitativa dicotómica	Sí/No	Describir las características sociodemográficas de los cuidadores familiares
Datos de la persona dependiente	Edad	Cuantitativa continua	Años	Describir las características sociodemográficas de los cuidadores familiares
	Sexo	Cualitativa dicotómica	Hombre/Mujer	Describir las características sociodemográficas de los cuidadores familiares
	Nivel socioeconómico	Cualitativa nominal	Profesión del paciente y de su cónyuge en su vida laboral; en caso de niños, profesión de los padres.	Describir las características sociodemográficas de los cuidadores familiares
	Patología	Cualitativa nominal	Secciones del CIE-9	Describir las características sociodemográficas de los cuidadores familiares

Tabla 2: Características sociodemográficas del cuidador familiar

Variables	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
SEXO			
Hombre	7	14,3%	3,5 y 25,1
Mujer	42	85,7%	± 9,8
TOTAL	n=49	100%	
ESTADO CIVIL			
Convive en pareja	38	77,6%	± 11,7
Sin pareja	11	22,4%	± 11,7
TOTAL	n=49	100%	
NIVEL DE ESTUDIOS			
Sin estudios	5	10,2%	3,4 y 22,2
Estudios primarios	32	65,3%	± 13,3
Estudios secundarios	9	18,4%	6,5 y 30,2
Estudios superiores	3	6,1%	1,3 y 16,9
TOTAL	n=49	100%	
OTRO TRABAJO			
No trabaja en otro lugar	36	73,5%	± 12,4
Trabaja en otro lugar	13	26,5%	± 12,4
TOTAL	n=49	100%	
REMUNERACIÓN POR CUIDAR			
No reciben remuneración	47	95,9%	± 5,5
Reciben remuneración	2	4,1%	0,5 y 14
TOTAL	n=49	100%	
TRASLADO DE CUIDAD			
No se ha trasladado	37	75,5%	± 12,0
Se ha trasladado	12	24,5%	± 12,0
TOTAL	n=49	100%	
VIVE CON EL FAMILIAR			
No convive con el familiar	13	26,5%	± 12,4
Convive con el familiar	36	73,5%	± 12,4
TOTAL	n=49	100%	
PARENTESCO			
Cónyuge	11	22,4%	± 11,5
Hermano/a	1	2%	0,15 y 10,8
Hijo/a	28	57,1%	± 13,9
Madre/padre	3	6,1%	1,3 y 16,9
Nuera/yerno	3	6,1%	1,3 y 16,9
Nieto/a	1	2%	0,1 y 10,9
Tío/a	2	4,1%	0,5 y 14
TOTAL	n=49	100%	

Tabla 3: Características del familiar cuidado

Variables	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
SEXO			
Hombre	14	28,6%	± 12,6
Mujer	35	71,4%	± 12,6
TOTAL	49	100%	
CLASE SOCIAL			
Clase II	4	8,2%	2,3 y 19,6
Clase III	1	2%	0,1 y 10,9
Clase IV	43	87,8%	77,6 y 98
Clase V	1	2%	0,1 y 10,9
TOTAL	n=49	100%	



Tabla 4: Patologías diagnosticadas de los pacientes

Patologías	Sección CIE 9	Frecuencia	%
Enfermedades del sistema circulatorio	7	63	26,0
Enfermedades endocrinas, de la nutrición y metabólicas y trastornos de la inmunidad	3	33	13,6
Síntomas, signos y estados mal definidos	16	27	11,2
Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	6	26	10,7
Trastornos mentales, del comportamiento y el desarrollo neurológico	5	21	8,7
Enfermedades del aparato genitourinario	10	15	6,2
Enfermedades del sistema osteo-mioarticular y tejido conjuntivo	13	14	5,8
Neoplasias	2	14	5,8
Enfermedades del aparato respiratorio	8	13	5,4
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	4	6	2,5
Lesiones y envenenamientos	17	5	2,1
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	12	2	0,8
Enfermedades del aparato digestivo	9	2	0,8
Anomalías congénitas	14	1	0,4
TOTAL		242	100

Tabla 5: Tabla de contingencia Zarit y Barthel

		ZARIT			TOTAL f (%) [IC 95%]
		Sin sobrecarga f (%) [IC 95%]	Sobrecarga Leve f (%) [IC 95%]	Sobrecarga Intensa f (%) [IC 95%]	
BARTHEL	Dependencia Total	4 (8,2%) [2,3 y 19,6]	3 (6,1%) [1,3 y 16,9]	12 (24,5%) [±13,08]	19 (38,8%) [±14,6]
	Dependencia Severa	6 (12,3%) [±10,3]	8 (16,3%) [± 11,4]	5 (10,2%) [3,4 y 22,2]	19 (38,8%) [±14,6]
	Dependencia Moderada	6 (12,3%) [±10,3]	1 (2%) [0,1 y 10,9]	2 (4,1%) [0,5 y 14]	9 (18,40%) [± 10,8]
	Dependencia escasa	0 (0%) [0,0 y 7,3]	1 (2%) [0,1 y 10,9]	0 (0%) [0,0 y 7,3]	1 (2%) [0,1 y 10,9]
	Independiente	0 (0%) [0,0 y 7,3]	1 (2%) [0,5 y 14]	0 (0%) [0,0 y 7,3]	1 (2%) [0,1 y 10,9]
	TOTAL	16 (32,70%) [±14,2]	14 (28,60%) [±13,7]	19 (38,80%) [± 14,6]	n=49 (100,00%) [92,7 y 100]

Expectativas y grado de satisfacción de las gestantes sobre la atención sanitaria recibida en el parto

Expectations and degree of satisfaction of pregnant women on the health care received in childbirth

Autores: Lilit Artenyan Markosyan, Clara González Cebolla, Pilar Juarros Folgado, Rubén Alfaro Blázquez.
Hospital Universitario y Politécnico La Fe De Valencia.

e-mail: pijuafo@gmail.com

RESUMEN

Introducción: La embarazada adquiere conocimientos y experiencias que con la información recibida por la familia, comunidad y valores culturales, constituyen sus expectativas sobre el parto. Favorecer su cumplimiento se ha relacionado con mayor nivel de satisfacción.

Objetivo: Evaluar el grado de cumplimiento de las expectativas sobre la atención recibida en el parto de las gestantes atendidas en el medio hospitalario.

Metodología: Estudio observacional, longitudinal y prospectivo. Se seleccionaron 60 gestantes durante el tercer trimestre de gestación, pertenecientes al Departamento de Salud La Fe, Valencia. La recogida de datos se realizó con la encuesta validada, Expectation and Experience of Birth Scale (EEBS), adaptada al castellano. Consiste de un primer cuestionario autocumplimentado que identifica las expectativas y evalúa su importancia, y otro heteroadministrado, entre los 7-15 días postparto, que evalúa su grado de cumplimiento y satisfacción.

Resultados: La seguridad y atención proporcionada por los profesionales fueron las expectativas más cumplidas, mientras que la ingesta e intimidad las menos. Los ítems más importantes fueron: seguridad y control de salud del bebé, cuidados del equipo sanitario y acompañamiento. Las expectativas cumplidas y su grado de satisfacción mostraron relaciones significativas respecto al acompañamiento, acceso a la información, cuidados de la matrona y contacto piel con piel.

Conclusiones: Las expectativas cumplidas fueron el mejor predictor de satisfacción en el parto. Las matronas, a través de la educación maternal, pueden mejorar la relación entre expectativa y realidad y por tanto la satisfacción.

Palabras clave: Parto, satisfacción del paciente, enfermeras obstétricas.

ABSTRACT

Introduction: The pregnant woman acquires the knowledge and collects the experiences from the information that she receives from the family, community and cultural values. The combination of those three aspects creates her expectations about labour. The fulfilment of those expectations is directly linked to a higher level of satisfaction.

Objective: To evaluate the degree of compliance with the expectations about the care assistance provided to the pregnant woman during the labour in the hospital context.

Methodology: Observational, longitudinal and prospective study. Sixty pregnant women were selected during their third trimester of gestation, they all belonged to the Health Department "La Fe", Valencia. The data collection was carried out through a validated survey: "Expectation and Experience of Birth Scale" (EEBS), adapted to Spanish language. It consists of a first self-evaluating questionnaire that identifies expectations and evaluates their importance, and another hetero-administered, between 7-15 days postpartum, which evaluates their degree of fulfillment and satisfaction.



Results: *The safety and attention provided by doctors and nurses were the most fulfilled expectations, while the intake and intimacy the least. The most important items were: safety and health control of the baby, care of the health team and accompaniment. The accomplished expectations and their degree of satisfaction showed significant relationships regarding accompaniment, access to information, midwife care and skin-to-skin contact.*

Conclusions: *The fulfilled Expectations were the best predictor of labour satisfaction. Midwives, through maternal education, can improve to match the relationship between expectation and reality, resulting in satisfaction.*

Keywords: *Childbirth, patient satisfaction, obstetric nurses.*

INTRODUCCIÓN

Durante el embarazo la mujer adquiere conocimientos y comparte experiencias que la capacitan para tener la habilidad e información necesaria para sus cuidados y los del recién nacido. Estos conocimientos y experiencias interfieren en las expectativas que tiene sobre el parto.

Las expectativas se basan fundamentalmente en: las experiencias clínicas significativas sobre sí misma y los demás; la información recibida por la familia, comunidad y los propios valores culturales; y las costumbres y tradiciones¹.

Diversos estudios consideran que los términos "expectativas" y "preferencias" no deben emplearse como sinónimos. Mientras que la expectativa es cognitiva y requiere un grado de conocimiento y experiencia previa, la preferencia es motivacional y está relacionada con una aspiración o deseo basado en las posibles opciones^{2,3}.

Aunque las expectativas tienen diferentes aspectos a valorar, los resultados tratan de encontrar una relación entre las expectativas (lo que la mujer espera) y las experiencias (lo que realmente sucede). Una experiencia maternal positiva del nacimiento puede tener beneficios perdurables y mejorar el vínculo materno filial⁴. Sin embargo, si una mujer espera que su parto sea doloroso, realmente experimentará más dolor durante el proceso. En cambio, cuando una mujer espera tener un alto nivel de control, tenderá a tener dicho nivel de control durante el parto^{5,6}.

Por otro lado, una revisión⁷ indica que las expectativas son el factor más importante relacionado con la satisfacción. La calidad de la atención determina una buena experiencia de parto⁸. Por tanto, es pertinente tener en cuenta las expectativas de las mujeres y sus parejas para adecuar los cuidados⁹. Conocer estos aspectos y en especial los motivos de no satisfacción, nos descubrirán aquellos aspectos que convendría mejorar.

Para nuestro estudio se empleó la taxonomía utilizada por Reynolds y Perrin¹⁰ basada en la relación entre el apoyo que es esperado y el que es realmente recibido. Pueden aparecer según las mediciones de este estudio cuatro posibilidades de relación entre expectativas y experiencias: expectativas cumplidas (ocurre lo que ella esperaba), expectativas no cumplidas (no ocurre lo esperado), experiencias inesperadas (cuando ocurre un hecho que la mujer no esperaba que ocurriera), y experiencias nulas (cuando una mujer espera que algo no ocurra y esto efectivamente no ocurre).

El tipo de parto influye en la percepción de la experiencia de la madre. Existe una menor satisfacción en el caso del nacimiento por cesárea. En las situaciones donde hay que realizar intervenciones urgentes (partos instrumentados o cesáreas), resulta más difícil asimilar lo que está sucediendo, lo que puede conllevar un sentimiento de falta de control, con mayor riesgo de tener expectativas negativas en futuros embarazos¹¹.

Según los estudios realizados por Attanasio et al.¹², la confianza y el apoyo se asocian positivamente durante el proceso de parto en las nulíparas. De la misma manera, la comunicación entre la mujer y los profesionales, así como la percepción de la toma de decisiones compartida, han demostrado ser factores muy importantes¹¹.

El propósito de nuestro estudio es comparar las expectativas del momento del parto de las mujeres embarazadas con la realidad, así como identificar aquellos factores que pueden influir en el mayor o menor grado de satisfacción.

El objetivo principal es identificar y evaluar el grado de cumplimiento de las expectativas sobre la atención en el parto de las gestantes atendidas en el Hospital Universitario y Politécnico La Fe.

Como objetivos específicos:

- Relacionar el grado de cumplimiento de las expectativas con distintas variables sociodemo-

gráficas y obstétricas.

- Determinar aquellos aspectos que las gestantes consideran más importantes durante la atención al parto.
- Determinar el grado de satisfacción sobre la atención recibida durante el parto y en qué ítems existe mayor satisfacción.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño: Estudio observacional, descriptivo, longitudinal y prospectivo.

Tiempo del estudio: Octubre 2016 a Mayo de 2018.

Ámbito de estudio: Centros de Salud Campanar, Trinitat y Tendetes, del Departamento de Salud La Fe, Valencia.

Población: Gestantes en tercer trimestre de gestación (28 semanas o más) en el momento de la realización del Cuestionario 1.

Se consideran criterios de inclusión:

- Ser mayor de edad (18 años o más).
- Firmar el consentimiento informado.
- Parto asistido en el Hospital La Fe de Valencia.

Se consideran criterios de exclusión:

- Cesáreas programadas.
- Barrera idiomática.
- Malformaciones fetales graves.
- Muerte intrauterina o al nacimiento.

Procedimiento de muestreo: Muestreo consecutivo.

Variables sociodemográficas: Edad, estado civil, nivel de estudios, país y/o zona de origen, centro de salud.

Variables obstétricas: Asistencia a clases de educación maternal, paridad, semanas de gestación, fecha probable de parto y fecha real de parto, forma de terminación del parto y episiotomía.

Instrumentos utilizados: Encuesta validada Expectation and Experience of Birth Scale¹³ (EEBS) adaptada al castellano por método de traducción-retrotraducción por un panel de expertos de profesionales sanitarios bilingües. Consta de dos cuestionarios, ambos con 36 ítems, con respuestas cerradas (Sí/No):

Cuestionario 1: Su finalidad es identificar las expectativas de las gestantes sobre el parto y la

importancia del ítem (poco, algo, mucho). Este cuestionario fue autoadministrado durante la visita con la matrona del centro de salud.

Cuestionario 2: Su finalidad es valorar la consecución de las expectativas consultadas en el Cuestionario 1; y el grado de satisfacción (nada, poco, algo, mucho). Este cuestionario se llevó a cabo por vía telefónica entre los 7-15 días posparto.

Cálculo de resultados: Para determinar el porcentaje de expectativas cumplidas y las experiencias inesperadas, seguimos los siguientes pasos:

- Determinar número de respuestas "Sí" a lo esperado, medido en el Cuestionario 1 (Total Sí).
- Determinar número de respuestas "No" a lo esperado, medido en el Cuestionario 1 (Total No).
- Porcentaje de lo esperado y lo sucedido (Expectativa cumplida): Suma del número de elementos que cada persona respondió "Sí" ocurrido (Cuestionario 2) de los individuos que sí lo esperaban, dividido por el número de elementos que cada persona respondió "Sí" esperado.
- Porcentaje de lo esperado y no sucedido (Expectativa no cumplida): Suma del número de elementos que cada persona respondió "No" ocurrido (Cuestionario 2) de los individuos que sí lo esperaban, dividido por el número de elementos que cada persona respondió "Sí" esperado.
- Porcentaje de lo no esperado pero sucedido (Experiencia inesperada): Suma del número de elementos que cada persona respondió "Sí" ocurrido (Cuestionario 2) de los individuos que no lo esperaban, dividido por el número de elementos que cada persona respondió "No" esperado.
- Porcentaje de lo no esperado y no sucedido (Experiencia nula): Suma del número de elementos que cada persona respondió "No" ocurrido (Cuestionario 2) de los individuos que no lo esperaban, dividido por el número de elementos que cada persona respondió "No" esperado.

Análisis de datos: Se realizó un análisis descriptivo univariante de los datos. Las variables categóricas se expresaron como frecuencias absolutas (n) y relativas (%), mientras que las variables numéricas se expresaron como medias y desviaciones típicas. Los resultados obtenidos se representaron mediante tablas y gráficos.



Con el fin de estudiar la asociación o independencia de las variables categóricas sociodemográficas y obstétricas con el cumplimiento o no de las expectativas de las pacientes durante el parto, se obtuvieron las tablas de contingencia simples entre cada par de variables. Para la comparación de proporciones se utilizó el test exacto de Fisher (con simulación Montecarlo del p-valor en el caso de variables cualitativas con más de dos categorías). La comparación de las variables cuantitativas según el cumplimiento o no de las expectativas de las pacientes se realizó con el test t-Student, en caso de verificarse sus condiciones de aplicabilidad (normalidad de la variable en cada grupo e igualdad de varianzas), o el test de los rangos con signo de Wilcoxon, en caso contrario. Se consideró una asociación estadísticamente significativa cuando el p-valor del test es menor o igual que 0.05. El análisis se realizó mediante el software estadístico R (versión 3.4.0).

Consideraciones éticas: Se solicitó autorización al hospital, así como la aprobación del Comité de Ética e Investigación Clínica. Se informó verbalmente a cada gestante en el momento de la captación la naturaleza y objetivos del estudio, junto con la entrega de una hoja informativa. A su vez, se entregó un consentimiento informado por escrito a cada gestante.

El estudio cumple los requisitos enunciados en la Ley 41/2002 del 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del Paciente y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica; y la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal.

RESULTADOS

La muestra final fue de 60 participantes. La edad media fue de 33 años (rango 24-42). Sobre las variables obstétricas, la media de edad gestacional al parto fue de 39.7 semanas. El resto de variables se recogen en la (Tabla 1).

Respecto a nuestro objetivo principal, los resultados fueron:

- En qué medida la gestante espera que ocurra un suceso y ocurre: 75.2% (expectativa cumplida).
- En qué medida la gestante espera que ocurra un suceso y no ocurre: 24.2% (expectativa no cumplida).

- En qué medida la gestante no espera que ocurra un suceso y ocurre: 34.49% (experiencia inesperada).

- En qué medida la gestante no espera que ocurra un suceso y no ocurre: 34.59% (experiencia nula).

Las expectativas esperadas más cumplidas, con un valor del 100% fueron: (3) Se controlará la salud de mi bebé con los instrumentos necesarios, (4) Se me realizará una exploración vaginal para comprobar la dilatación, (5) Recibiré fluidos intravenosos (goteros), y (28) Las matronas tratarán a mi familia educadamente. El resto de expectativas y su grado de cumplimiento se recogen en la (Tabla 2).

Podemos afirmar que existe una relación estadísticamente significativa (P-valor 0,00487) entre el número de gestaciones y la expectativa cumplida sobre la atención recibida en el proceso de parto, siendo las primigestas las que obtuvieron un mayor porcentaje de expectativa cumplida en el ítem (11) Recibiré ayuda y cuidados por parte de una matrona.

En cuanto a la importancia en relación con las expectativas, valoraron como muy importante su seguridad y la del bebé durante el proceso, los cuidados ofertados por parte del equipo sanitario y el acompañamiento de su pareja. Por otro lado, consideraron como menos importante la ingesta e hidratación durante el parto, la posición adoptada en el expulsivo y la asistencia recibida por parte de estudiantes de matrona.

En cuanto a la satisfacción, se describe como "poco satisfechas" a aquellas gestantes que contestaron "nada/poco/algo"; y muy satisfechas si contestaron "mucho satisfacción". Los ítems peor valorados, con poca satisfacción han sido los referentes a la ingesta y a la implicación en la toma de decisiones, así como que la pareja pudiera coger al bebé al nacer. Sin embargo, los ítems mejor valorados, con mayor grado de satisfacción, guardan relación con la no complicación del parto, la sensación de seguridad y la disponibilidad de habitación individual (Gráfico 1).

Al comparar la satisfacción con el cumplimiento de expectativas se evidencian resultados estadísticamente significativos. Un 96,3% de las gestantes manifestaron un grado de satisfacción alto al cumplir su expectativa sobre el acompañamiento. Otros de los ítems con "mucho satisfac-

ción" fueron: (11) Recibí ayuda y cuidados por parte de una matrona (p-valor 0,0087), (19) Fui informada inmediatamente cuando algo iba mal conmigo o con el bebé (p-valor 0,0001), (20) Fui implicada en la toma de decisiones sobre los cuidados y tratamientos" (p-valor 0,0001) y, por último, (33) Las matronas me dieron a mi bebé en brazos justo después de nacer" (p-valor 0,001).

Al relacionar la satisfacción con el tipo de finalización del parto, los resultados obtenidos indican que las gestantes que finalizaron su proceso mediante cesárea urgente mostraron poca satisfacción con el acompañamiento y el contacto piel con piel precoz. En contraposición, las gestantes que tuvieron un parto eutócico (PE) o un parto instrumentado (PI), valoraron con gran satisfacción aquellos ítems relacionados con el acompañamiento, siendo ligeramente superior en PI (Gráfica 2).

DISCUSIÓN

La encuesta empleada en nuestro estudio, Expectation and Experience of Birth Scale (EEBS), nos ha permitido analizar la satisfacción de las mujeres en cuanto a diferentes acontecimientos que suceden durante el parto. En la mayoría de los ítems analizados, se observa que las pacientes con mayor satisfacción se corresponden con aquellas que cumplieron sus expectativas. Esta relación se establece sobre todo en los ítems referentes al dolor, al acompañamiento, a recibir ayuda por parte de la matrona, al contacto piel con piel y a ser implicada en la toma de decisiones.

El estudio realizado por Tanglakmankhong¹³, determina que las expectativas cumplidas fueron el mejor predictor de satisfacción y que la sensación de seguridad es uno de los ítems de mayor satisfacción.

No existe unanimidad sobre el momento idóneo para evaluar la satisfacción en el posparto¹⁴. Diversos autores consideran demasiado pronto realizar la encuesta antes de la primera semana debido a los cambios que se producen en el entorno de la puerpera, que pueden modificar de forma notable la percepción de lo acontecido¹⁵.¹⁶. Hemos considerado el periodo ideal entre los 7-15 días postparto, ya que la puerpera ha tenido tiempo para adaptarse a su nueva condición familiar y, además, no ha pasado el tiempo suficiente como para olvidar detalles relevantes.

La presencia de un familiar durante el parto y especialmente de la pareja ha sido considerada como muy importante por las mujeres, incluso en países donde su presencia no estaba permitida¹⁷. Son diversos los estudios que confirman que permitir a un familiar estar presente no solo mejora la satisfacción de la experiencia del parto, sino también los resultados de éste, con un menor uso de intervenciones obstétricas¹⁸.

En un estudio realizado por Dr. Díaz-Sáez et al.¹⁹, se concluyó que las primigestas consideraban la información de los profesionales escasa y en ocasiones contradictoria, lo que contribuye a aumentar sus sentimientos de miedo y angustia previos. Es por ello por lo que cuando reciben información adecuada, los niveles de satisfacción aumentan, tal y como se muestra en nuestro estudio, donde la satisfacción sobre la información recibida alcanza porcentajes de hasta el 70%. Así mismo, la disponibilidad de habitación individual se valoró positivamente con respecto a la intimidación, siendo un factor influyente sobre la satisfacción de las madres, tal y como se evidencia en nuestros resultados.

En cuanto a las limitaciones del estudio, una de las principales fue la pérdida de muestra (28.57%) debido a: la pérdida de seguimiento posparto, no entregar la encuesta a tiempo, cesárea programada y cambio de departamento. Señalar que el estudio solo se ha realizado en un único hospital, por lo que los resultados no son extrapolables.

En futuras investigaciones, sería interesante explorar las fuentes de las expectativas e identificar aquellos motivos de su incumplimiento, con el fin de actualizar, implementar y estandarizar los protocolos pertinentes respecto a la ingesta e hidratación, cesárea humanizada, etc. para mejorar la satisfacción de las gestantes.

CONCLUSIONES

Las expectativas cumplidas de las gestantes sobre su parto son un buen factor predictor del grado de satisfacción. Aspectos como la seguridad, la atención, el acompañamiento y la información son considerados de gran importancia. La asistencia a clases de educación maternal, la información e implicación, podrían mejorar la relación entre expectativa y realidad y, por tanto, la satisfacción. Es necesaria la presencia de pro-



fesionales formados capaces de apoyar, respetar y hacer partícipe a la embarazada en la toma de decisiones, considerándola como protagonista del proceso, mejorando así la calidad asistencial.

AGRADECIMIENTOS

A Paqui Corpas por su ayuda en la elaboración de los datos estadísticos. A las matronas de los Centros de Salud de Campanar, Trinidad y Tendetes por su implicación en el estudio y sobre todo a las participantes del estudio por su colaboración.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Press I. Patient satisfaction: defining measuring, and improving the experience of care. *Journal for Healthcare Quality*. 2002;25(3):1-47
2. Barron CJ, et al. Patient expectations of physiotherapy: definitions, concepts, and theories. *Physiotherapy Theory & Practice*. 2007;23(1): 37-46.
3. Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2002;186(Suppl):160-72.
4. Elvander C, et al. Birth experience in women with low, intermediate or high levels of fear. Findings from the First Baby Study. *Birth*. 2013;40(4):1-13.
5. Ayers S, Pickering A. Women's expectations and experience of birth. *Psychology and Health*. 2005;20(1):79-92.
6. Green J. Expectations and experiences of pain in labour: Findings from a large prospective study. *Birth*. 1993;20(2):65-72.
7. Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Social Science & Medicine*. 1997; 45(12):1829-43.
8. Valdés C, et al. Satisfacción de la mujer respecto al rol de la matrona/matrón en la atención del parto en el contexto del modelo de atención personalizada en Chile. *Matronas profesión*. 2016; 17(2):62-9.
9. Arbués E, et al. Satisfacción materna con la experiencia de parto. *Metas enfermería*. 2015;18 (1):62-5.
10. Reynolds J, Perrin N. Mismatches in Social Support and Psychosocial Adjustment to Breast Cancer. *Health Psychology*. 2004;23(4):425-30.
11. Marín D, et al. Diferencias en la satisfacción de la madre con el nacimiento de su hijo en función de variables sociodemográficas y clínicas. *NURE Investigación*. 2013;10(63):24-32.
12. Attanasio LB, et al. Confidence and positive childbirth experiences in U.S. hospitals: a mixed methods analysis. *Maternity Child Health Journal*. 2014;18(5):1280-1290.
13. Tanglakmankhong K. Childbirth expectations and childbirth experiences among Thai pregnant women. *Scholar Archive*. 2010; 535.
14. Arnau Sánchez J, et al. Explorando las emociones de la mujer en la atención perinatal. Un estudio cualitativo. *Aquichan*. 2016;16(3):370-381.
15. Sumner LA, et al. The influence of prenatal trauma, stress, social support, and years of residency in the US on postpartum maternal health status among low-income Latinas. *Maternity Child Health Journal*. 2011;15(7):1046-1054.
16. Liamputtong P. Giving birth in the hospital: childbirth experiences of Thai women in northern Thailand. *Health Care for Women International*. 2004;25(5):454-480.
17. Essex HN, Pickett KE. (2008). Mothers without companionship during childbirth: an analysis within the Millennium Cohort Study. *Birth*. 2008;35(4):266-276
18. Goodman P, et al. Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*. 2004; 46(2):212-219.
19. Díaz-Sáez J, et al. La comunicación y la satisfacción de las primíparas en un servicio público de salud. *Gaceta Sanitaria*. 2011;25(6):483-489.



Grado de satisfacción

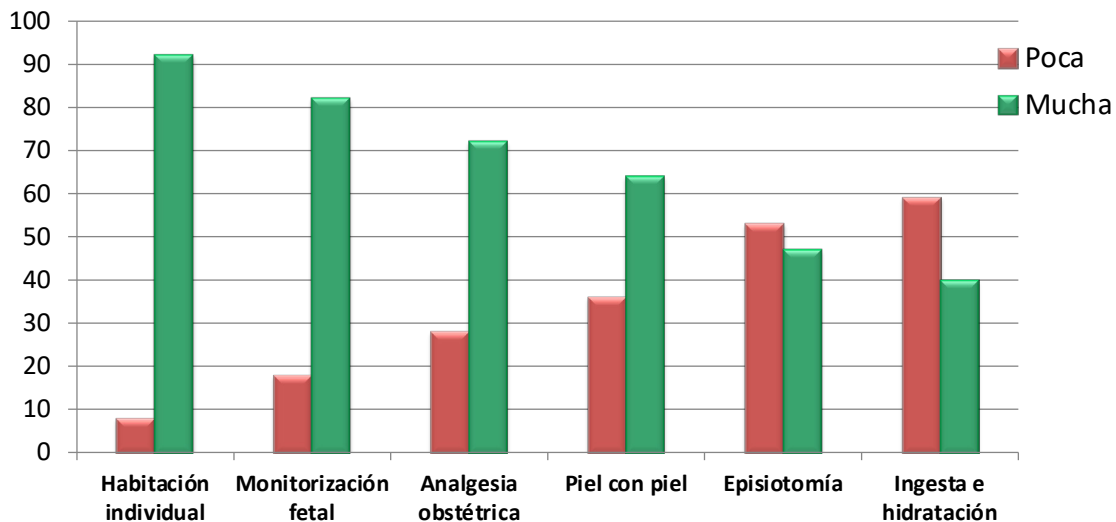


Gráfico 1. Grado de satisfacción.

Grado de satisfacción según el tipo de parto

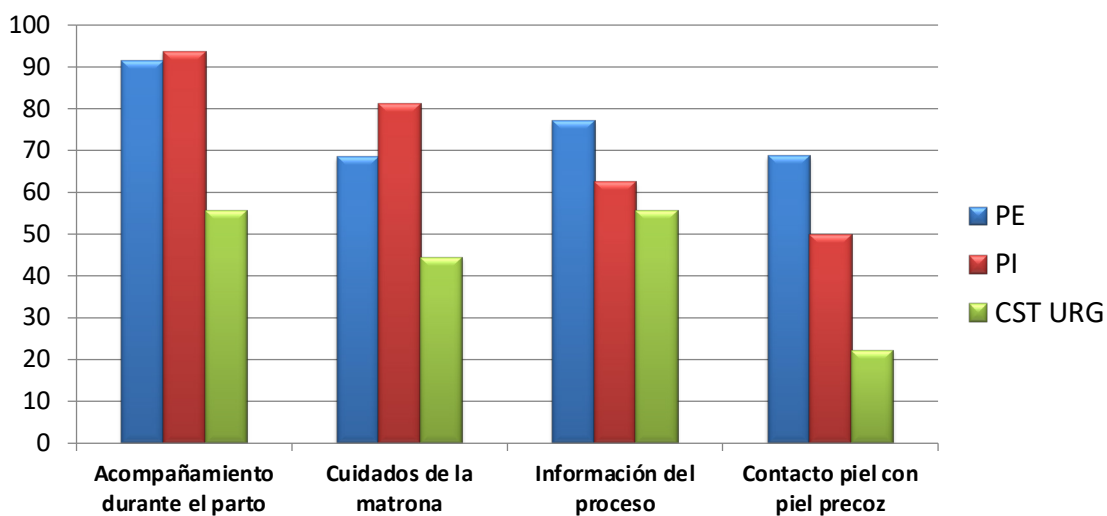


Gráfico 2. Grado de satisfacción según la finalización del parto.



Variables sociodemográficas			Variables obstétricas		
	n	%		n	%
EDAD EN AÑOS			PARIDAD		
<25	2	3,33%	Primigesta	31	51.6 %
25-35	40	66,66%	Multigesta	29	48.3 %
>35	18	30%	CST anterior	3	10.3 %
			Parto vaginal	26	89.6 %
ESTADO CIVIL			EDUCACIÓN MATERNAL		
Soltera	15	75%	Sí	50	83.3 %
Casada conviviente	45	25%	No	10	16.6 %
NIVEL DE ESTUDIOS			FINALIZACIÓN DEL PARTO		
Sin estudios	0	0%	Eutócico	35	58.3 %
Secundaria	6	10%	Instrumentado	16	26.6 %
Medios	15	25%	CST urgente	9	15%
Superiores	39	65%			
PAÍS Y/O ZONA DE ORIGEN			TIPO DE ANALGESIA		
España	48	80%	Neuroaxial	55	91.6%
África	2	3,33%	Local	2	3.3 %
Sudamérica	8	13%	Ninguna	3	5%
Asia	1	1,66%			
Europa Este	1	1,66%			
CENTRO DE SALUD			EPISIOTOMÍA EN EL PARTO		
Campanar	23	38.33%	Sí	38	74,50%
Tendetes	20	33.33%	No	13	25,50%
Trinidad	17	28.33%			

Tabla 1. Descripción de la muestra.

	EXPECTATIVA ESPERADA %	
	CUMPLIDA	NO CUMPLIDA
3. Se controlará la salud de mí bebé con los instrumentos necesarios.	100	0
4. Se me realizará una exploración vaginal para comprobar la dilatación	100	0
5. Recibiré fluidos intravenosos (goteros).	100	0
28. Las matronas tratarán a mi familia educadamente.	100	0
27. Las matronas me hablarán educadamente.	98,33	1,66
35. Mi bebé y yo estaremos seguros durante el parto y el nacimiento.	98,33	1,66
26. Recibiré asistencia sanitaria por parte de estudiantes de matrona.	97,67	2,32
25. Los ginecólogos/as estarán preparados para ayudarme.	96,66	3,33
11. Recibiré ayuda y cuidados por parte de una matrona.	94,91	5,08
31. Las matronas estarán encantadas de ayudarme.	94,91	5,08
13. Recibiré información de las matronas sobre el progreso.	93,33	6,66
8. Tendré una persona cercana a mí lado durante el periodo de parto.	93,3	6,6
1. Recibiré medicación para reducir el dolor.	93,22	6,77
9. Tendré a mi pareja a mi lado durante el periodo de parto.	90	10
16. Tendré una matrona que me oriente durante el parto.	90	10
34. Las matronas tendrán un buen cuidado de mi bebé tras nacer.	90	5
15. Estaré en una habitación en la que se conserve mi intimidad.	87,93	12,07
14. Tendré mis piernas levantadas en posición ginecológica.	86,54	13,46
19. Seré informada inmediatamente cuando algo vaya mal.	86,21	13,79
12. Recibiré información de matronas sobre métodos de alivio del dolor.	85,96	14,03
10. Será posible contactar con mi familia durante el proceso.	76,08	23,91
17. Mi parto será asistido por una matrona.	75	25
20. Seré implicada en la toma de decisiones sobre los cuidados.	71,43	28,57
36. Mi pareja tendrá la oportunidad de coger al bebé después de nacer.	71,18	28,81
30. Las matronas contactarán con los ginecólogos/as por mí.	70,9	29,09
29. Las matronas me ayudarán a hablar con el ginecólogo.	70,37	29,62
24. Recibiré anestesia antes de la episiotomía.	66	18
33. La matrona me dará a mi bebé en brazos justo después de nacer.	62,5	37,5
18. Mi parto será asistido por un ginecólogo/a.	59,57	40,43
2. Recibiré medicación para inducir el parto	58,33	41,66
23. Se me realizará una episiotomía.	56,25	43,75
21. El parto será asistido con instrumentos si es necesario.	36	64
32. Las matronas estarán ocupadas y no tendrán tiempo.	20	80
7. Compartiré habitación con otras mujeres en la misma situación.	12,5	87,5
22. Se me realizará cesárea si hay alguna complicación.	12,07	87,93
6. Podré comer y beber durante el trabajo de parto.	11,76	88,23

Tabla 2. Porcentajes de expectativas esperadas.

Percepción y sensibilidad hacia la neumonía de una muestra de población de adultos jóvenes adscrita al Consultorio Auxiliar de Juan Llorens (Valencia).

Perception and sensitivity towards pneumonia of a young-adult population group assigned to the Juan Llorens Auxiliary Clinic (Valencia)

Autores: María Isabel Bueno Juan ¹, María José Arroyo Cháfer ², María Luisa Sanchis Flor ³

^{1,2,3} *Enfermera del Consultorio Auxiliar Juan Llorens, Valencia.*

e-mail: mabeliusbuju@hotmail.com

RESUMEN

Partiendo de una investigación cuantitativa descriptiva llevada a cabo mediante encuestas estructuradas de respuesta cerrada a usuarios de consultas de enfermería de atención primaria, quisimos determinar la percepción y sensibilidad hacia la neumonía de una muestra de entre 15 y 50 años con el fin de desarrollar estrategias preventivas ad hoc para este grupo y conseguir así, reducir su incidencia (que en España aumenta año tras año¹), y que además, es una de las tres causas de muerte a nivel mundial en el adulto y la principal causa de mortalidad infantil².

Se escogieron estas cohortes para comparar si existía un conocimiento diferente por razón de edad versus las que el estudio PneuVue®³ investigó entre 2015-2016 (mayores de 50 años) y para las que concluyó que gozaban de un buen grado de conocimiento y concienciación sobre la neumonía, pero deficiente en cuanto a su prevención por vacunación.

El resultado determinó que nuestra muestra es mayor conocedora de esta enfermedad, aunque su percepción acerca del riesgo a padecerla es menor que en los resultados de PneuVue®. En cuanto a las medidas preventivas para evitarla, se identificó la inmunización como la de elección, habiendo más proporción de adultos jóvenes vacunados que de mayores.

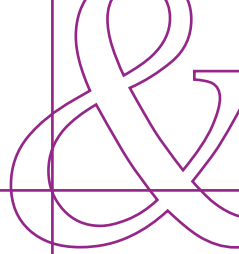
Palabras clave: Neumonía, adulto joven, percepción, vacuna antineumocócica.

ABSTRACT

A descriptive quantitative analysis was carried out through structured closed-response surveys to adult users (15 to 50 years old) of primary care nursing consultations, aiming to determine their perception and sensitivity towards pneumonia, which is one of the three causes of death worldwide in adults, and the main cause of infant mortality². This, will allow to develop ad hoc preventive strategies to reduce the disease incidence (steadily increasing every year¹) amongst the selected population group.

The selected cohort was chosen to understand whether knowledge about pneumonia of adults under 50 years old was comparable to that shown by adults over 50 years old in the PneuVue®³ study (2015-2016), who had a good degree of knowledge and awareness about pneumonia, but a deficiency in its prevention through vaccination.

The obtained results in the present study indicate that the 15 to 50 years old sample is more knowledgeable about the disease than the cohort selected by the PneuVue®³ study. In contrast, the risk perception associated to suffering the disease is lower in the younger cohort. In regard to pneumonia prevention, immunization was identified as the best option, with a higher proportion of young



adults having been vaccinated within the 15-50 years old cohort.

Key words: pneumonia, young adult, perception, pneumococcal vaccine.

INTRODUCCIÓN

La neumonía, aparte de ser la tercera causa de muerte global a nivel mundial en el adulto y la primera causa de muerte infantil (según la OMS), es el motivo de muerte que más aumenta año tras año en nuestro país, por lo que la vacunación disponible se hace imprescindible para atajar este aumento de incidencia, aunque su difusión se vea mermada por motivos de diversa índole como el económico, político, la desinformación o falta de ella,...

Por otro lado, dado que existe en nuestro país una buena concienciación acerca de la vacunación antineumocócica en la infancia, tal y como demuestran los altos índices de cobertura vacunal⁴ y que de igual modo, en las etapas más avanzadas de la vida también se halla ese sentimiento de protección inmunológica demostrable hacia esta enfermedad, resulta curioso comprobar cómo en las cohortes de adultos jóvenes (aquellas que engrosan nuestra pirámide poblacional actual) la tasa de vacunación es menor que en las de la base y el pico, ya que es este grupo de población el que sostiene básicamente nuestro sistema (sanitario y demás), por lo que sería conveniente desarrollar estrategias de vacunación adecuadas a las características de este grupo para garantizarles una buena calidad de vida y

evitar muertes prematuras, así como contribuir a la reducción del gasto sanitario.

Por eso, y conjugando ambas premisas como justificación de este estudio, pretendimos conocer la percepción y sensibilidad que tenían los adultos jóvenes de entre 15 y 50 años adscritos a la zona básica de salud dependiente del Consultorio Auxiliar Juan Llorens (Valencia), para determinar el grado de conocimiento que tenían acerca de esta enfermedad y poder desarrollar así intervenciones en materia de educación para la salud y prevención primaria, adaptadas, que consiguieran disminuir los casos de neumonía, principalmente aumentando las vacunaciones (pero también con medidas higiénico dietéticas).

Para lograrlo, tomamos como fuente de inspiración el estudio PneuVUE®, que ya midió estos parámetros para las cohortes de mayores de 50 años durante los años 2015-2016 y usamos un método parecido de recogida de información, que nos permitió contrastar los datos obtenidos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se elaboraron unas encuestas estructuradas de respuesta cerrada para recabar la información necesaria para nuestro estudio, inspirándonos en las preguntas que se usaron en PneuVUE® (aunque añadiendo algunos ítems/preguntas más) con el fin de poder comparar resultados (si bien es cierto que PneuVUE® se llevó a cabo en 9 países europeos, conocemos los datos individuales de España) siendo el diseño de la encuesta el siguiente:

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de la entrevista:

__/__/____ Sexo:

M / F EDAD: __años

Alergias Conocidas: _____

Antecedentes Patológicos:

Enfermedad Pulmonar (EPOC, Asma, Tabaquismo...) Diabetes

Hipertensión Arterial

Patología Cardiovascular

Alcoholismo

Enfermedad Hepática crónica

Otras: _____



1.- ¿Sabe usted lo qué es la neumonía?

Sí/No/NS

1.1-Si la respuesta es NO...Explicación de enfermedad infecciosa.

2.- “Algunos tipos de neumonía pueden ser contagiosos (pasar fácilmente de una persona a otra)”.

Verdadero/Falso

3.- ¿Considera que está en riesgo de contraer una neumonía?

Gran riesgo/Cierto Riesgo/ Ningún Riesgo/NS-NC

4.- ¿Cuáles cree que son los motivos de muerte entre los adultos en España?

(Ordenar del 1 al 4según su orden de prioridad).

Enfermedades cardíacas

Accidentes de tráfico

La neumonía

La gripe

5.- “La neumonía puede tratarse, pero no prevenirse.”

Verdadero/Falso

6.- ¿Cree que estos factores ayudan a prevenir la neumonía? Mantenerse en buena

forma física y llevando una alimentación sana. Sí/No No fumar. Sí/No

Vacunarse contra la neumonía. Sí/No Llevar

ropa de abrigo. Sí/No.

Evitar el contacto con niños enfermos. Sí/No.

Evitar pasar mucho tiempo en lugares con aire acondicionado. Sí/no

7.- ¿Conoce las vacunas contra la neumonía?

Sí/No/NS

8.- ¿Se ha vacunado para prevenir la neumonía?

Sí/No/NS 8.1.-

Si la respuesta es Sí... ¿Quién le informó?

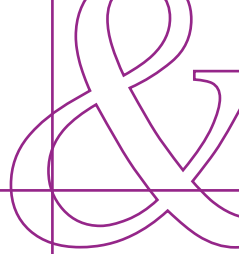
Médico/Enfermera/Medios de Comunicación/Familiares-amigos 8.2.- Si la

respuesta es No... ¿Por qué?

Efectos adversos/Miedos/Falta de Información/Ideología-creencia/No estoy en riesgo.

En cuanto a la metodología empleada, se entrevistaron a usuarios colaboradores que acudían a las consultas de enfermería para cualquier fin, y que estaban comprendidos entre los 15 y los 50 años. Estas entrevistas, con una duración de 10 minutos aproximadamente, se llevaron a cabo

por enfermería durante la última quincena del mes de Enero de 2018 y todo el mes de Febrero del mismo año, consiguiéndose una n final de 88 participantes, por lo que los resultados, quedan circunscritos a esta zona básica de salud, aunque sí que podrían indicarnos una tendencia extrapolable.



RESULTADOS:

Analizando pregunta por pregunta y comparando las respuestas (en el caso de que coincidan en ambos estudios) con las dadas por los participantes (adultos mayores) de PneuVUE® de España, los resultados son los siguientes:

1. A la pregunta “¿Sabe usted lo que es la neumonía?”:

Participantes de PneuVue® (adultos mayores): 84% respondieron que sí.

Adultos jóvenes: 89.5% respondieron que sí.

Gráfico 1.

2. A la afirmación “Algunos tipos de neumonía pueden ser contagiosos”: Participantes de PneuVUE® (adultos mayores): el 42% respondieron que era cierto.

Adultos jóvenes: un 45.97% respondió que era cierto.

3. A la pregunta “¿Considera usted que está en riesgo de contraer una neumonía?”:

Participantes de PneuVUE® (adultos mayores): 11% respondieron que estaban “en gran riesgo” y un 43% respondieron que estaban “en riesgo”.

Adultos jóvenes: el 4,59% respondieron que estaban “en gran riesgo”, y el 31,03% que estaban “en riesgo”. **Gráfico 2.**

1. Cuando tienen que ordenar los motivos de muerte en España: Participantes de PneuVUE® (adultos mayores): el 41% cree que el primer motivo son los accidentes de tráfico, y solo un 3% cree que lo es la neumonía.

Adultos jóvenes: el 50,57% de los encuestados cree que la primera causa de muerte en España son las enfermedades cardíacas, y un 9,19%, cree que es la neumonía. **Gráfico 3.**

2. A la afirmación “la neumonía puede tratarse, pero no prevenirse”: Participantes de PneuVUE® (adultos mayores): el 39% cree que es falso.

Adultos jóvenes: el 75% cree que es falso.

3. Cuando se les pregunta sobre si hay factores que puedan prevenir la neumonía:

Participantes de PneuVUE® (adultos mayores): el 92% creen que mantenerse sano es un factor protector, seguido de no fumar (91%), evitar pasar

mucho tiempo en lugares con aire acondicionado (72%), llevar ropa abrigada (69%) y por último, vacunarse contra la neumonía (66%).

Adultos jóvenes: el 89. 64% cree que no fumar es un factor protector, el 73,56% cree que vacunarse es un factor protector, el 71, 25% cree que mantenerse en buena forma física es un factor protector, el 26,42% cree que evitar el contacto con niños enfermos es un factor protector y el 25,27% cree que evitar pasar mucho tiempo en lugares con aire acondicionado, también protege. Por último solo el 12,62% cree que llevar ropa de abrigo es un factor protector. **Gráfico 4.**

4. A la pregunta “¿Conoce las vacunas contra la neumonía?”:

Participantes de PneuVUE® (adultos mayores): un 9% respondieron que sí.

Adultos jóvenes: el 22.99% respondió que sí.

5. A la pregunta “¿Se ha vacunado para prevenir la neumonía?”: Participantes de PneuVUE® (adultos mayores): el 3% respondió que sí. Adultos jóvenes: el 5.74% respondió que sí. **Gráfico 5.**

5.1: A la pregunta “¿Quién le informó sobre las vacunas antineumocócicas en caso de que se la/s haya puesto?”:

Participantes de PneuVUE® (adultos mayores): el 73% respondieron que el médico.

Adultos jóvenes: el 40% fue informado por el médico, y el 60% por la enfermera.

5.2. En caso de no haberse vacunado, a la pregunta “¿Por qué?": Participantes PneuVUE® (adultos mayores): no tenemos datos.

Adultos jóvenes: el 64% respondieron que por falta de información, el 12% porque no se consideraban en riesgo, el 2% por miedos, y nadie rechazó la vacuna por ideología o efectos adversos.

CONCLUSIÓN

Tras analizar los resultados obtenidos con nuestra encuesta, podemos afirmar que los adultos jóvenes tienen un mayor conocimiento acerca de lo que es la neumonía que los entrevistados en PneuVUE® (en cuanto a concepto, medidas preventivas y fisiopatología de la enfermedad), pero no se sienten tan en riesgo de contraerla como los adultos mayores, tal y como se puede apreciar en el Gráfico 2, por lo que podemos afirmar que

el factor edad influye a la hora de estar mejor informados, pero también influye en la percepción y sensibilidad que tienen acerca de contraer una posible infección por neumonía, ya que se manifiestan mayoritariamente "sin" o en "bajo riesgo" de enfermarse por ella (creen que es una enfermedad de gente más mayor, por lo que consideran la edad como un factor protector, que influye a la hora de no vacunarse).

Estos adultos jóvenes, al igual que los más mayores, desconocen que las muertes por neumonía son 4 veces más numerosas que las causadas por accidentes de tráfico y más de 75 veces más numerosas también que las causadas por la gripe⁵ (aunque con una distribución desigual según edad), siendo en España una causa de muerte que no deja de crecer año tras año, y que se sitúa en 2017 como la tercera causa de muerte global tras las acaecidas por las afecciones cardiovasculares y los tumores⁶, por lo que existe al igual que en el grupo de adultos mayores, un conocimiento deficitario en este aspecto que se debería reforzar con educación sanitaria para concienciar a la población acerca de los riesgos reales y mortalidad de una enfermedad que parece ser considerada como "banal" o "de gente muy mayor".

Es cierto que la población mayor de 65 y menor de 5, tiene un riesgo más elevado de contraer neumonía⁷, aunque también eleva el riesgo de padecerla el tener alguna patología de base, y el 35% de los adultos jóvenes encuestados la presentaban, principalmente, el tabaquismo, seguida de diabetes y enfermedades cardiovasculares, por lo que no hay que descuidar tampoco las estrategias de prevención primaria y secundaria en esta horquilla de edades, ya que cuando se les informaba de este dato al finalizar la encuesta, la mayoría lo desconocía y se sorprendía (muchos no consideraban el hábito tabáquico como una "enfermedad").

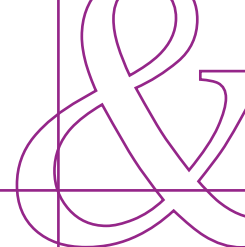
Por último, recordar que una buena estrategia en prevención primaria, ayuda a disminuir la incidencia de casos de neumonía, al aumentar el número de inmunizados y educados para prevenir esta enfermedad. Cabe destacar aquí el papel preponderante del sanitario como mejor agente de salud, sobre todo, el de enfermería, ya que es el colectivo que más tiempo pasa con el usuario en su contacto con las instituciones sanitarias y

como ha quedado demostrado en nuestra pequeña investigación, es el mejor informador acerca de los recursos disponibles en el sistema sanitario en cuanto a medidas preventivas y dador de consejos de cariz higiénico-dietéticos, así como también el principal administrador de vacunas (aumentando las coberturas vacunales directamente), por lo que tiene un papel más activo en el abordaje preventivo de esta enfermedad y habrá que reconocerle esta función, sin menoscabar el papel del colectivo médico al respecto⁸. De hecho, la captación activa se ha demostrado en este estudio como un buen abordaje a la hora de incrementar las coberturas en vacunación antineumocócica.

Por todo esto, concluimos pues con que no hay que dejar de trabajar en materia preventiva con la población más mayor por ser la que mayor riesgo presenta de contraer una neumonía, pero sin descuidar a las cohortes más jóvenes, ya que la concomitancia de patologías de base y deficiencias en sus conocimientos (como ellos mismos refieren en la encuesta y se ve reflejado directamente en la pregunta 8.2) pueden aumentar el riesgo de padecerla, por lo que sería conveniente adaptar las estrategias en materia de educación sanitaria a esta realidad, haciendo campañas a nivel local o estatal sobre la vacunación antineumocócica principalmente (los adultos jóvenes referían no haberse vacunado principalmente, por falta de información). Sería útil para ello también, en trabajos posteriores, analizar los factores sociodemográficos asociados a los encuestados (edad, sexo, nivel de estudios), para analizar si influyen de una manera significativa acerca de este conocimiento y sensibilidad hacia esta enfermedad y poder incidir directamente y adaptativamente en las variables que tuvieran un papel determinante

BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones según causa de muerte. 2017. Disponible en: <http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=EstadisticaC&cid=1254736176780&menú=ultiDatos&idp=1254735573175>
- ² Organización Mundial de la Salud (OMS). Neumonía 2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs331/es/>
- ³ IPSOS Game Changers. Estudio PneuVEU. Una nueva perspectiva de la neumonía en las personas mayores. 2016.



Disponible en: <https://www.ipsos.com/sites/default/files/migrations/en-uk/files/Assets/Docs/Publications/ipsos-healthcare-pneu-vue-report-spain.pdf>

⁴ Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Coberturas de vacunación, datos estadísticos (2017). Disponible en: www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prev-Promocion/vacunaciones/coberturas.htm

⁵ EUROSTAT, 2013. Causas defunción por lugar de residencia y ocurrencia.

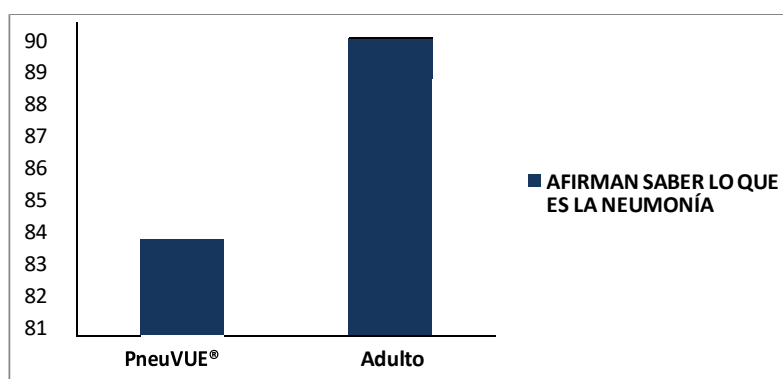
⁶ Instituto Nacional de Estadística (INE). Los fallecimientos y sus

causas. 2017. Disponible en <http://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=7947>:

¹⁷ Neumoexpertos en prevención. Esther Redondo, Ángel Gil. La edad como criterio de vacunación antineumocócica con VNC13. 2017. Disponible en: <https://neumoexpertos.org/pacientes/>

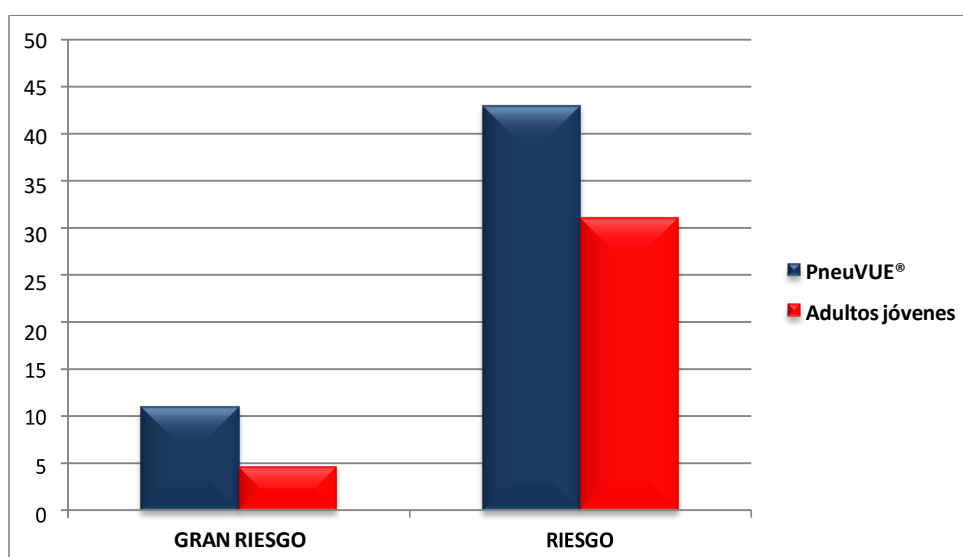
⁸ Lode H, Ludwig E, Kassianos G. Pneumococcal infection-low awareness as a potential barrier to vaccination: results of a European study. Adv Ther 2013;30 (4):387-405

Gráfico 1. Conocimiento sobre la neumonía



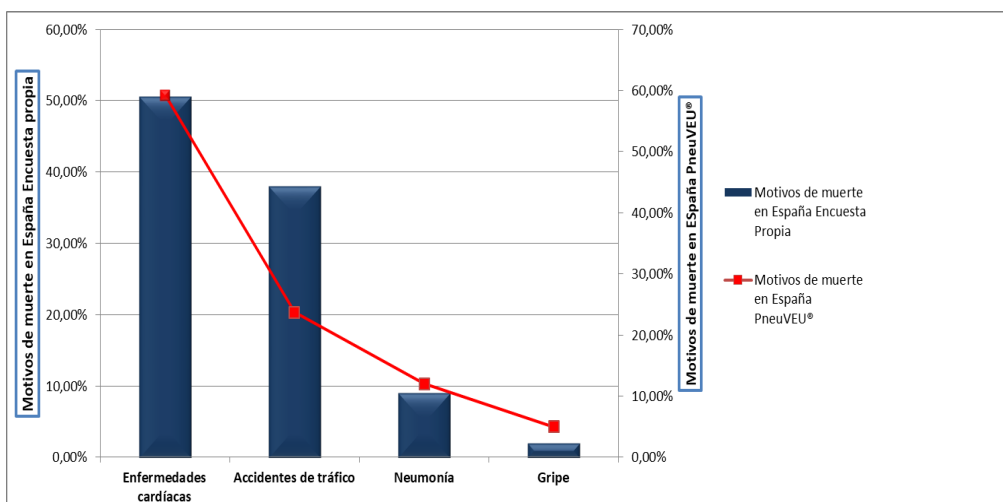
Fuente: Elaboración propia a través de los datos obtenidos en la encuesta propia y PneuVUE®.

Gráfico 2. Percepción del riesgo de padecer neumonía



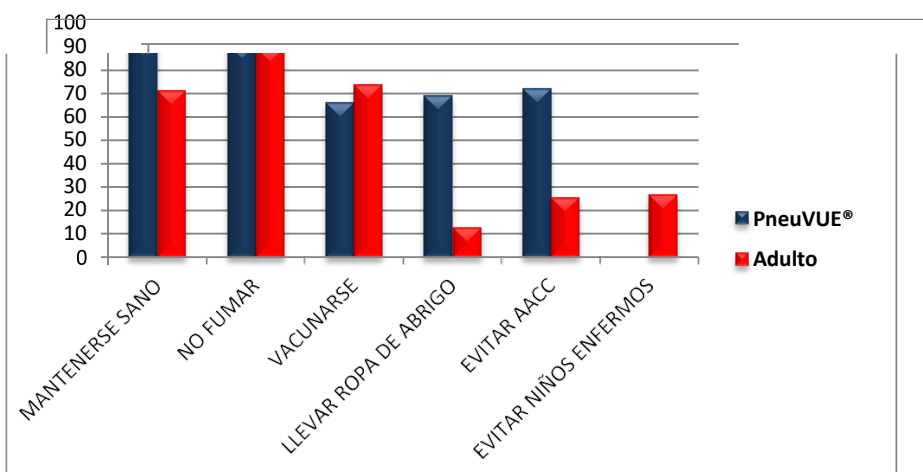
Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta PneuVUE® y la del presente estudio.

Gráfico 3. Motivos de muerte en España según la opinión de los adultos jóvenes en Encuesta propia y Estudio PneuVUE®



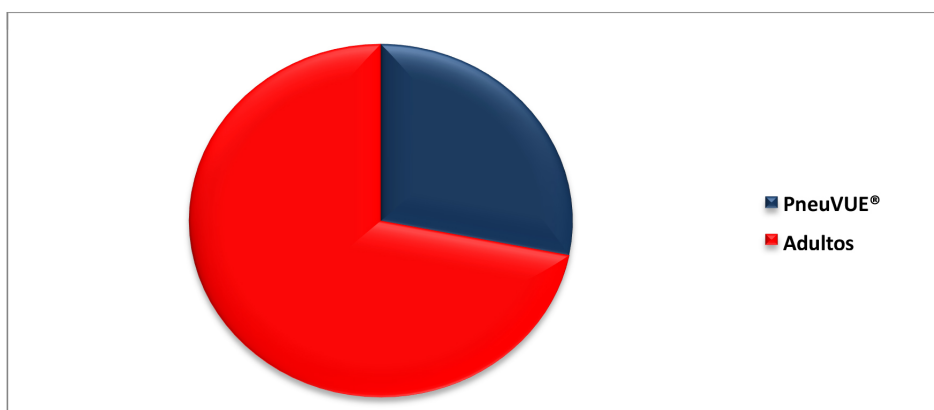
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos extraídos de la encuesta propia y Estudio PneuVUE®

Gráfico 4. Factores que previenen la neumonía



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en la encuesta propia y PneuVUE®.

Gráfico 5. Conocimiento de las vacunas antineumocócicas por parte de los entrevistados



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos extraídos de la encuesta del presente estudio y PneuVUE®.



EDICIONES CECOVA

Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana



www.bibliotecadigitalcecova.com



¿Conoce las *ventajas* del Seguro de Automóvil de A.M.A.?



Ventajas en nuestros talleres preferentes

Recogida y entrega gratuita, limpieza exterior, prioridad en la reparación, 50% dto. sobre el precio de la franquicia, vehículo de cortesía según disponibilidad...



Reparación y sustitución de lunas

En nuestra red de talleres colaboradores de lunas a través del 912 74 86 95 o del click to call de nuestra página web.



Servicios gratuitos de ITV y Gestoría

Inspección audiovisual y manual previa, gestión de cita con la ITV y servicio de chófer para pasar la inspección. Servicio gratuito e ilimitado de trámites administrativos relativos a la documentación del conductor principal.

Tasas e impuestos oficiales no incluidos.



Servicio Manitas Auto

Pequeñas operaciones en el vehículo asegurado y en las que no sea necesario acudir al taller, como sustitución de consumibles, configuración de dispositivos electrónicos, instalación de accesorios, etc.

1 servicio de hasta 2 horas gratis al año.



Y ahora le ofrecemos asesoramiento personalizado para planificar la forma de pago de su seguro.

A.M.A. ALICANTE

Castaños, 51
Tel. 965 20 43 00
alicante@amaseguros.com

A.M.A. CASTELLÓN

Mayor, 118
Tel. 964 23 35 13
castellon@amaseguros.com

A.M.A. VALENCIA

Pza. América, 6; esquina
Avda. Navarro Reverter, 17
Tel. 963 94 08 22
valencia@amaseguros.com

LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

www.amaseguros.com

913 43 47 00 / 900 82 20 82

Síguenos en



y en nuestra APP



A.M.A.
agrupación mutual
aseguradora



Esta PROpuesta es para ti, de PROfesional a PROfesional.

En Sabadell Professional trabajamos en PRO de los PROfesionales del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana Cecova. Innovamos constantemente nuestra oferta de productos y servicios para ayudarte a conseguir tus objetivos, proteger tus intereses, propulsar iniciativas y proponer soluciones financieras únicas, a las que solo pueden acceder PROfesionales como tú. Soluciones como esta:

Cuenta Expansión Plus PRO

La cuenta que trata con rigor y seriedad el dinero de los PROfesionales con la que tendrás acceso a los principales servicios y productos que requieras en tu día a día.

Si quieres conocer todas las ventajas que te ofrece la Cuenta Expansión Plus PRO, contacta con nosotros e identifícate como miembro de tu colectivo profesional y un gestor especializado te explicará con detalle las ventajas que tenemos para PROfesionales como tú.

Te estamos esperando.