



Investigación & Cuidados

Revista de la Organización Colegial
de Enfermería de la Comunidad Valenciana

1^{er} Semestre 2007, Vol. 5, N^o. 10



ARTÍCULOS ORIGINALES

- Actuación de Enfermería en un Colegio de Educación Especial. Enfermería: elemento clave
- Hábito alimentario del desayuno en una población escolar rural y urbana
- Convenio CEU-CECOVA: la evaluación de una experiencia
- “All-i-menta”: Desarrollo de hábitos alimentarios saludables en la población escolar

ARTÍCULO ESPECIAL

- Efectividad del Consejo sobre Deshabitación Tabáquica en el Puerperio Hospitalario

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

AGENDA DE ENFERMERÍA

ENFERMERÍA EN LA RED

DIRECTOR:

José Antonio Ávila Olivares

SUBDIRECTOR:

Francisco Pareja Llorens

COMITÉ EDITORIAL

Coordinación: Elena Ferrer Hernández

Elena Andina Díaz

M^a Pilar Bonet Manso

Manuela Domingo Pozo

Ricardo Martín Peñalver

Francisco Javier Gómez Robles

Cesar Rico Beltrán

M^a Luisa Ruiz Miralles

María Torres Figueiras

COMITÉ ASESOR

Antonio Núñez Hernández

Juan Fabra Benet

Jesús Ribes Romero

Jose A. Forcada Segarra

Vicenta Coso Pardos

Juan A. González Sabaté

Carmen Chasco Parramon

Carmen Mihi Hornos

Miguel Romero Lorente

Isabel Casabona Martínez

Luis Garnes Fajardo

M^a Ángeles Aparici Navarro

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^a del Mar Ortiz Vela

Silvia Campos Soler

M^a Teresa Pinedo Velázquez

José Ramón Martínez Riera

COMITÉ TÉCNICO Y FINANCIERO

Juan José Tirado Darder

Belén Paya Pérez

Francisco Mulet Falcó

Antonio Verdú Rico

Felipe Serrano Gómez

Eugenia Gordo Casañ

Isabel Castelló López

Manuel Ribera Mella

Juan Caballero García

Pedro J.Homero Arnue

RELACIONES INTERNACIONALES

Asunción Marroquí Rodríguez

M^a José Muñoz Reig**ILUSTRACIONES**

María Hidalgo Sánchez

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 Bdic

Revista sociofundadora del Consejo Iberoamericano de Editores de Revistas de Enfermería y afines (CIBERE)

SUSCRIPCIONESConsejo 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 2 NÚMEROS (1 AÑO)

Colegiados/as de la Comunidad Valenciana: Gratuito

Colegiados/as de otras provincias: 20 euros

Alumnos/as de Enfermería: 6 euros

SUMARIO

EDITORIAL 3**NORMAS DE PUBLICACIÓN** 5**ARTÍCULOS ORIGINALES**Actuación de Enfermería en un Colegio de Educación Especial. Enfermería: elemento clave 6
Ana Belén Millán SáezHábito alimentario del desayuno en una población escolar rural y urbana 15
Isabel Vilanova Guitart
Maria Bruch Crespiera
Joan Carles Casas BaroyConvenio CEU-CECOVA: la evaluación de una experiencia 22
Fernando Fernández Candela
Ricardo Martín Peñalver
José Antonio Ávila Olivares
Ana M^a Canto Verdú
Desiré Soler Marcos
Rosa Delia García López“All-i-menta”: Desarrollo de hábitos alimentarios saludables en la población escolar 28
Arancha Altozano Olmedo
Silvia García López
Nuria Tortajada Gómez
M^a del Señor Barba Jiménez**ARTÍCULO ESPECIAL**Efectividad del Consejo sobre Deshabitación Tabáquica en el Puerperio Hospitalario 35
Ana Gallego Mahiques
Carolina Ruiz Cáceres
Estela Martí Beneito**BIBLIOGRAFÍA COMENTADA** 45**AGENDA DE ENFERMERÍA** 46**ENFERMERÍA EN LA RED** 47

Maquetación e Impresión: Gráficas Estilo, Alicante

ISSN: 1698-4587

Dep. legal: M-22516-2004

LA DIRECCIÓN DE LA REVISTA NO SE HACE RESPONSABLE DEL CONTENIDO DE LOS ARTÍCULOS

La localidad alicantina de Villajoyosa acogió, en el mes de marzo, el I Congreso Nacional de Enfermería y Salud Escolar. Este evento científico-profesional tuvo una gran aceptación en el colectivo de Enfermería de toda España, ya que participaron más de 500 enfermeras/os provenientes de la práctica totalidad de comunidades autónomas.

El interés que el campo de la “Enfermería y Salud Escolar” despierta en el colectivo de Enfermería, quedó bien patente, posicionándose como un escenario idóneo para nuestro desarrollo profesional, tal y como señalaba el lema del Congreso.

La presente revista está dedicada, de manera monográfica, a la Enfermería Escolar y a este Congreso, recogiendo en sus páginas algunas de las comunicaciones presentadas en el mismo.

El formato de su editorial varía para acoger, en lugar de una firma invitada como viene siendo habitual, esta vez a dos, la del cardiólogo Valentín Fuster y la del psi-

quiatra Luis Rojas Marcos. Ambos eminentes científicos tuvieron la amabilidad de remitir sendas cartas de apoyo a la Organización del señalado congreso, las cuales se reproducen en esta sección.

Cabe señalar que tanto la Ministra de Sanidad, Elena Salgado, como la Ministra de Educación, Mercedes Cabrera, remitieron un saludo para los participantes. Además el conocido científico Mariano Barbacid también se sumó a las personalidades que quisieron dar su apoyo a este congreso mediante un extenso y didáctico escrito. Estos documentos por motivo de espacio, lamentándolo mucho, no podemos reproducir.

Este I Congreso Nacional de Enfermería y Salud Escolar marca un antes y un después en la reivindicación de la presencia de esta nueva figura en los centros educativos y la revista Investigación & Cuidados quiere colaborar en esta línea.

José Antonio Ávila
Director

Sr. D. José Antonio Avila
Presidente
Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana
C/ Xabia nº 4 – 3ª
46010 – VALENCIA

Luis Rojas Marcos
147 East 36 th Street
New York N.Y. 10016. USA
Nueva York, 26 de marzo de 2007



Estimado Presidente

Agradezco su amable invitación y la oportunidad que me ofrece de poder dirigirme a los asistentes del I CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA Y SALUD ESCOLAR que, organizado por el Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana, se va a celebrar en la localidad de Villajoyosa.

Como espectador de primera mano, me encuentro frecuentemente con enfermos cada vez más jóvenes que presentan trastornos psiquiátricos desde edades muy tempranas. A lo largo de mi trayectoria como médico y psiquiatra he comprobado que los jóvenes actuales tienden a iniciarse durante la infancia y los años de la adolescencia en el consumo de alcohol y drogas, y un porcentaje preocupante de ellos se convierten en adictos a estas sustancias. Igualmente, no pocos empiezan a sufrir desde muy jóvenes trastornos alimenticios como la anorexia, la bulimia o la obesidad. Estas patologías constituyen en la actualidad un grave problema de Salud Pública, dañan seriamente el desarrollo físico, emocional y social de los jóvenes y casi siempre afectan negativamente la calidad de su vida una vez adultos.

Es, pues, de vital importancia buscar soluciones para prevenir estas enfermedades e identificarlas precozmente antes de que sea demasiado tarde. Desde esta premisa, considero esencial la celebración de eventos como el I Congreso Nacional de Enfermería y Salud Escolar, y absolutamente necesaria la creación de la figura de la Enfermera Escolar.

No cabe la menor duda de que la Prevención constituye la herramienta más contundente y eficaz para promover y proteger la salud de los ciudadanos. Está ampliamente demostrado que fomentar hábitos de vida saludables, especialmente entre los miembros más pequeños de la población, produce excelentes resultados a corto, medio y largo plazo, garantiza niños sanos, y asegura la información necesaria para que jóvenes y adultos puedan hacer frente al peligroso escenario de consumo y conductas de riesgo que existen en la actualidad.

La presencia e intervención continuadas de un Profesional de Enfermería que lleve a cabo programas de Educación para la Salud en los centros educativos es, sin duda, el mejor punto de partida para promover la salud física, mental y social

■ Investigación & Cuidados

de la población y prevenir los efectos devastadores de numerosas enfermedades evitables e incluso muertes prematuras. De hecho, me consta que este recurso profesional está logrando excelentes resultados en los países donde ya está instaurado.

Por todo ello, aplaudo esta iniciativa del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA) y espero que pronto los centros educativos de España puedan contar con un profesional de enfermería que además de desarrollar funciones asistenciales, promueva hábitos saludables de vida.

No me queda más que desearles el éxito que se merecen en la celebración del Congreso, y mis mejores deseos para que consigan lograr los excelentes objetivos que se han marcado.

Un cordial saludo.



Fdo.: Luis Rojas Marcos
Profesor de Psiquiatría. Universidad de Nueva York
Ex presidente del Sistema de Salud y Hospitales Públicos de Nueva York



La Educación para la Salud es una de las asignaturas pendientes, no sólo en nuestro país, sino en todo el mundo. Es importante impulsar el conocimiento de los hábitos saludables desde las escuelas para conseguir implantar una cultura a nivel comunitario que permita que los niños, que se van a convertir en los adultos del futuro, construyan su propia salud y prevengan las enfermedades coronarias.

La Federación Mundial del Corazón, la cual presido, considera que es necesario llegar a los niños en una etapa temprana para ayudarles a tomar las mejores decisiones en temas de salud que perduren por el resto de sus vidas. Por ello, mediante varias iniciativas de concienciación y defensa, busca traer nuevos conocimientos de hábitos saludables, tales como una dieta equilibrada, actividad física y una vida sin tabaco en los niños. Un claro ejemplo es nuestra colaboración con Barrio Sésamo para fomentar hábitos cardiosaludables entre los niños colombianos.

No obstante, aunque los medios de comunicación puedan ayudar, la familia y la escuela son sin duda los mejores canales para que se pueda conseguir este objetivo educativo. Los centros de enseñanza, concretamente, son lugares muy adecuados para promover la adquisición de hábitos saludables durante la infancia y la adolescencia, etapas de la vida donde se forja la conducta de los jóvenes y en las que se adquieren los hábitos que van a condicionar los comportamientos en la vida adulta, los cuales, una vez consolidados, son difíciles de modificar.

Es importante por tanto, que dentro de dichos centros se pueda encontrar un referente sanitario para la comunidad educativa y los padres de los alumnos para clarificar y unificar el mensaje que se va a transmitir a los niños en relación con el cuidado de su salud.

La iniciativa del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA) que defiende la figura de la ENFERMERA ESCOLAR en los centros de educación primaria como medio para conseguir cumplir con las funciones asistenciales, de prevención de la enfermedad, promoción de la salud y la educación en hábitos saludables, me parece acertada y necesaria.

Creo que con iniciativas similares se pueden conseguir mejoras notables en la educación sanitaria, y por tanto, en la salud, de la población adulta del futuro.



Dr. Valentín Fuster
Presidente de la Federación Mundial del Corazón

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

- En general la extensión máxima de los trabajos no debe exceder 15 folios a doble espacio con letra Times o Arial. Tamaño 12 puntos. En el procesador de textos Word de Microsoft.
- La extensión máxima del trabajo será de 12 folios para originales y revisiones y 4 folios para cartas al director.
- Se admiten un máximo de 5 ilustraciones separadas y numeradas a parte del texto.
- Se admiten un máximo de 6 firmantes o un nombre de grupo de investigación.
- Se enviarán al comité editorial 3 copias impresas y un disquete de 3'5 o CD.
- 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.

- Cada sección del trabajo ha de comenzar con una nueva página.
- En la primera página deberá aparecer: título, autores con nombre completo y centro de trabajo, dirección para la correspondencia y e-mail.
- En la segunda página deberá contener el resumen y las palabras clave. No más de 300 palabras. El resumen debe contener el propósito de la investigación, procedimientos básicos, hallazgos principales y conclusiones principales. deben aparecer de 3-10 palabras clave.
- En las páginas sucesivas aparecerá el texto:

1.- Si se trata de un artículo original:

- Introducción: propósito estudio y justificación.

- Material y métodos, Sujetos y métodos.

- Resultados.

- Discusión.

- Bibliografía.

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

- Introducción.

- Desarrollo del tema a analizar.

- Conclusiones del análisis.

- Bibliografía empleada.

3.- 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 y así como los autores responder.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Se presentarán según el orden de aparición en el texto con la consiguiente numeración.
- En el texto aparecerá la numeración de la cita en número volado independientemente de que aparezca en el texto el nombre de los autores. 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).

ILUSTRACIONES, FIGURAS Y TABLAS

Se entenderán como figuras las fotografías y las gráficas o esquemas. Ambos elementos irán numerados de forma correlativa y conjunta como figuras.

4.1. Las fotografías se seleccionarán cuidadosamente, procurando que sean de buena calidad y omitiendo las que no contribuyan a una mejor comprensión del texto. El tamaño será de 9 x 12 cm. Es muy importante que las copias fotográficas sean de calidad inmejorable para poder obtener así buenas reproducciones. Las fotografías se reproducirán en blanco y negro. No obstante, previo acuerdo económico con la editorial se admiten ilustraciones en color, caso en el que se recomienda el envío de diapositivas. Las fotografías irán numeradas al dorso mediante una etiqueta adhesiva, indicando además el nombre del primer autor, con una fechas se señalará la parte superior, debe procurarse no escribir en el dorso ya que se producen surcos en la fotografía. Se presentará por separado, dentro de un sobre y los pies de las misas deben ir mecanografiados en hoja aparte.

4.2. Las gráficas se dibujarán con tinta china negra, cuidando que el formato de las mismas sea de 9x12 cm. o un múltiplo. Se tendrán en cuenta las mismas normas del apartado 4.1. para las fotografías,

4.3. Tablas. Se presentarán en hojas aparte que incluirán: a) numeración de la tabla b) enunciado (título) correspondiente, y c) una sola tabla por hoja. Se procurará que sean claras y sin rectificaciones; las siglas y abreviaturas se acompañarán siempre de una nota explicativa al pie. Si una tabla ocupa más de un folio se repetirán los encabezamientos en la hoja siguiente.

Actuación de Enfermería en un Colegio de Educación Especial Enfermería: elemento clave

Comunicación presentada en el I Congreso Nacional de Enfermería y Salud Escolar “la Escuela: un escenario de desarrollo profesional”. Villajoyosa 29, 30 y 31 de marzo de 2007. Galardonada con el Primer Premio.

Autores: Ana Belen Millán Sáez

Diplomada en Enfermería. Centro Público de Educación Especial “Francisco del Pozo” Madrid

Nursing intervention in a school for children with special needs: a key element

ABSTRAC

The aim of this article was to describe nursing interventions developed in a school for children with special needs. The information shown is the result of a previous study and analysis of our own interventions. The objectives of the study are: showing our professional profile and searching how to properly register our interventions in order to

improve health care assistance. This study will also serve as a starting point for other professionals who may join this field.

Both individual and group interventions took place in a school for children with special educational needs, these interventions were multi and interdisciplinary.

The nursing department priority was to improve students quality of

life by meeting their needs and health problems, preventing illnesses and accidents and promoting the health of all the educational community in a coordinated intervention with all the school team.

Key words: *Special needs, health promotion, educational, school nurse.*

RESUMEN

En el interés de mostrar la actividad profesional de los/as Enfermeras/os que trabajan en los colegios de Educación Especial, se realiza este trabajo fruto de un estudio y análisis de nuestra actuación; con el fin de dar a conocer nuestro perfil profesional, investigar el modo de protocolización de nuestra actuación para mejorar la calidad de atención para su desarrollo profesional y servir de base y punto de partida a nuevos profesionales de

Enfermería que puedan incorporarse en este ámbito profesional.

El contexto de nuestra actuación va a ser un colegio de Educación Especial, atendiendo a niños y jóvenes con “necesidades educativas especiales” y llevando a cabo nuestra actuación de manera individual y como parte de un grupo de profesionales, de modo multidisciplinar e interdisciplinar.

El Servicio de Enfermería mantendrá la prioridad de mejorar la calidad de vida de nuestro alumna-

do, atendiendo a sus necesidades y problemas de salud, prevención de enfermedades y accidentes y así como promoviendo la salud de toda la comunidad educativa, en una actuación coordinada dentro del equipo escolar.

Palabras clave: *Educación Especial, promoción de la salud, educativo, enfermería escolar.*

INTRODUCCIÓN

El profesional de Enfermería lleva ya más de una década trabajando dentro de los colegios de Educación Especial, siendo parte integrante de la comunidad educativa del centro, pero este ámbito y perfil profesional es ampliamente desconocido así como, la actividad que en él se realiza, incluso para los propios enfermeros/as; existiendo la tendencia de limitar nuestra labor a una simple función asistencial, que si bien es importante, no es la única; sino favorecer el desarrollo integral de un niño que presenta dificultades en su desarrollo y maduración y no sólo déficits insalvables.

El interés de mostrar la actividad profesional de Enfermería en este contexto educativo, se realiza este trabajo fruto de un estudio y análisis de nuestra actuación; con el fin de dar a conocer nuestro perfil profesional, investigar el modo de protocolización de nuestra actuación para mejorar la calidad de atención para su desarrollo profesional y servir de base y punto de partida a nuevos profesionales de Enfermería que puedan incorporarse en este ámbito profesional.

La siguiente comunicación es apenas una síntesis de nuestra actuación en el contexto de un colegio de Educación Especial y debería ir acompañada todos los registros y protocolos que se han tenido que confeccionar para concretar nuestra actividad.

PECULIARIDADES DE UNA ACTIVIDAD EN UN COLEGIO DE EDUCACIÓN ESPECIAL

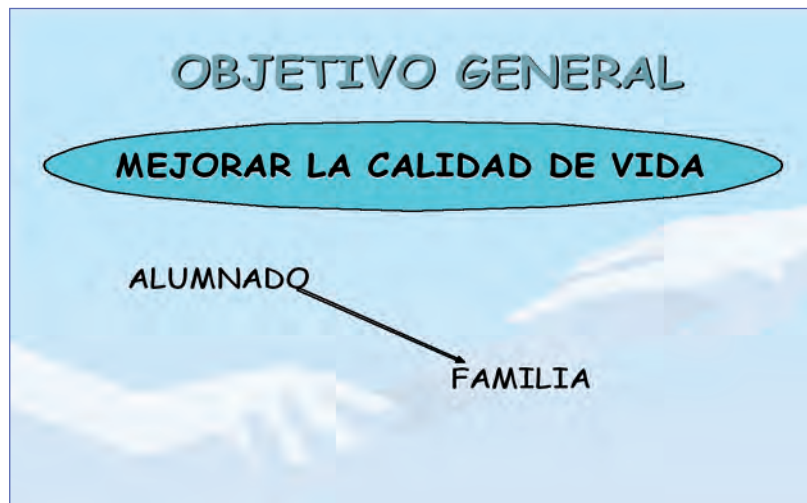
El contexto de nuestra actuación va a ser un colegio de Educación Especial, atendiendo a niños y jóvenes con “necesidades educativas especiales” y llevando a cabo nuestra actuación de manera individual y como parte de un grupo de profesionales, de modo multidisciplinar e interdisciplinar.

- El contexto: Colegio
- POBLACIÓN DIANA:
 1. Niños, adolescentes.
 - Edades comprendidas entre 3 y 21 años
 - Niños con patología motórica, sensorial y/o psíquica
 - Necesidades sanitarias específicas
 2. Toda la comunidad educativa, incluida la familia
- Actividad en un contexto escolar. Atención específica a la población escolar, pero también a su familia, su entorno y a toda la comunidad educativa.
- Personal de Enfermería es el único responsable sanitario del centro, llevando a cabo una planificación y actuación sanitaria en el centro y su autogestión.



FINALIDAD DE LA ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA

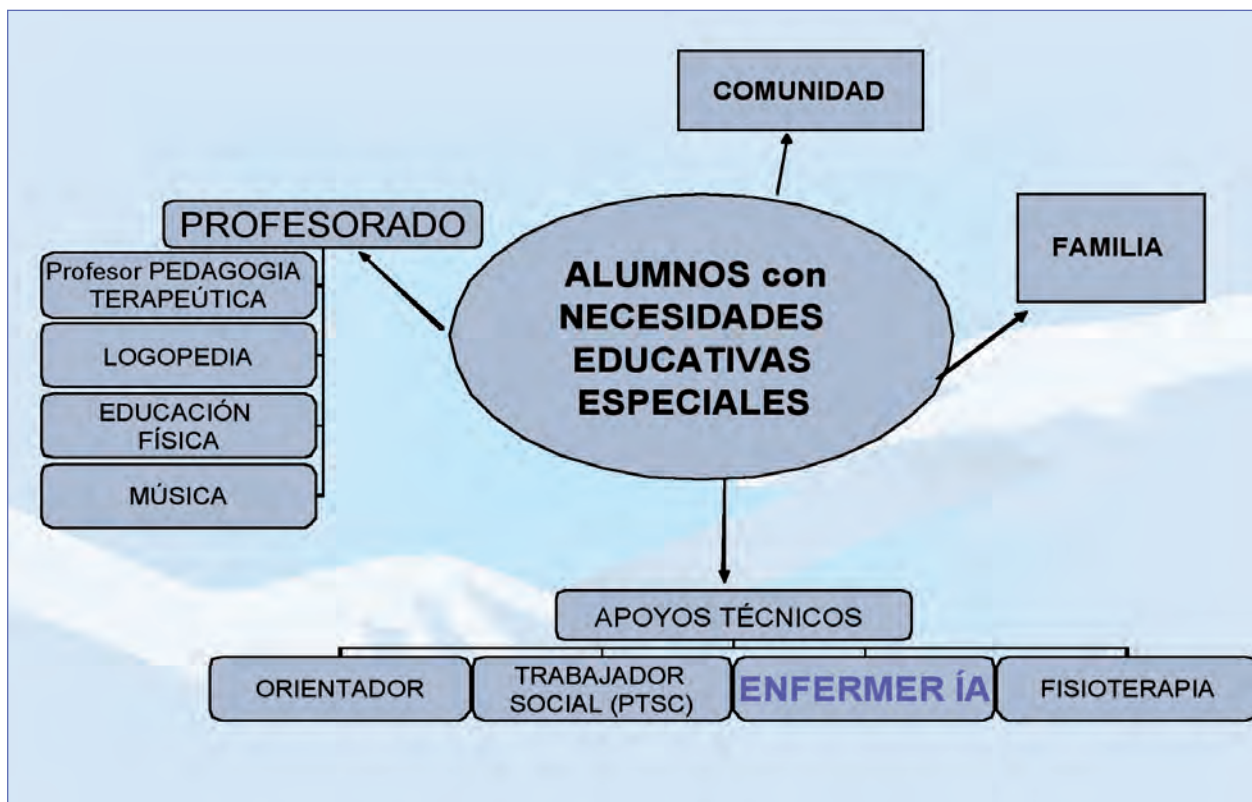
El Servicio de Enfermería mantendrá la prioridad de mejorar la calidad de vida de nuestro alumnado, atendiendo a sus necesidades y problemas de salud, prevención de enfermedades y accidentes y así como promoviendo la salud de toda la comunidad educativa, en una actuación coordinada dentro del equipo escolar (1).



La Salud Escolar implica la atención integral del individuo, individual y/o colectivamente, atendiendo a los aspectos físicos, psíquicos y sociales para favorecer su bienestar y desarrollo integral.

Para poder proporcionar una atención de calidad es necesario estudiar este ámbito de trabajo, elaborar protocolos de actuación que unifiquen los planes de cuidado de Enfermería en estos centros y así definir nuestro perfil profesional.

Nuestra actuación debe realizarse de una manera interdisciplinar con el resto de profesionales que trabajan con nosotros como son profesores de Pedagogía Terapéutica, Orientadores, Logopedas, Fisioterapeutas, Trabajador Social, etc. y una coordinación eficaz, dinámica y eficiente entre todos y con los recursos externos al centro, ya sean sanitarios como sociales.



Deberemos concretar nuestra actuación en la persecución de objetivos específicos como son:



1. Conocer el nivel de salud de los alumnos y estudio de campo sobre el contexto escolar y comunitario.
2. Lograr la detección y tratamiento precoz de los problemas de salud:
 - Atender las necesidades/problemas de salud de la población escolar.
 - Derivación en los casos y su atención interdisciplinaria si así se precisara.
3. Prevenir la enfermedad y/o sus complicaciones, mediante una actuación preventiva de enfermedades y educación para la salud.
 - Desarrollo de programas y proyectos de EpS adecuados a nuestra población, con el fin que cuiden su salud y adquieran habilidades y hábitos que favorezcan su desarrollo.
 - Programa de Buco-dental.
 - Programa de adquisición de habilidades básicas y autonomía personal.
 - Escuela de Padres.
4. Promover la inmunización correcta de los escolares.
 - Programa de vacunaciones.
5. Contribuir a una óptima coordinación y actuación interdisciplinaria entre los profesionales del centro, así como la participación en el Departamento de Orientación.
 - Enfermería es parte del Departamento de Orientación del centro, participando en la evaluación inicial del alumno y detección de sus necesidades en todos los ámbitos.
 - Enfermería forma parte de la Comisión de Comedor, con el fin de perseguir que la alimentación del alumnado sea equilibrada y adecuada a su edad.
6. Mejorar la calidad de atención con la coordinación de agentes sanitarios (entidades e instituciones sanitarias que son externas al centro) y la formación permanente.
 - Se mantiene una coordinación con los recursos externos al centro para la dotación de recursos, participación en proyectos conjuntos y interrelación e información mutua sobre el estudio de casos determinados para proporcionarles una mejor atención.
7. Potenciar la participación y relación con los padres de los alumnos, informándoles y formándoles sobre diversos aspectos de salud que favorezca su promoción y fomento y les dote de las herramientas y estrategias necesarias para dar respuesta a las necesidades de su hijo y de su propio entorno familiar.
 - Informar a los padres.
 - Formar y orientar a los padres.
 - Favorecer su participación activa.
 - Mantener un seguimiento de la evolución clínica de sus hijos.

METODOLOGÍA de trabajo de Enfermería dentro del centro educativo.

La metodología de trabajo debe partir del estudio y análisis del contexto situacional, estudiar las demandas que se nos han planteado como personal integra-

■ Investigación & Cuidados

do de la comunidad educativa y búsqueda de los recursos que nos serán necesarios en nuestra actuación.

- Estudio de las necesidades y problemas de salud de la población escolar de un colegio de Educación Especial. Diagnósticos específicos NANDA.
- Estudio del contexto escolar: alumnos, profesionales, recursos propios y externos.
- Estudio y análisis de la legislación de Educación Especial.
- Investigación de los protocolos específicos de Enfermería que podrían adaptarse a nuestro ámbito de trabajo y trabajo en la realización de protocolos específicos para utilizar en este ámbito.

FUNCIONES DEL DIPLOMADO EN ENFERMERÍA EN C.E.E. (Colegio de Educación Especial) y su PAPEL PROFESIONAL

La enfermería como miembro de la comunidad educativa del Colegio de Educación Especial se implicará en el desarrollo integral del alumno y para ello, contribuirá a la atención de toda la comunidad educativa.

Enfermería lleva a cabo 4 funciones principales, que están interrelacionadas (2).



Funciones

1. Asistencial:

Involucra a las acciones más directamente relacionadas con la atención, tratamiento y rehabilitación de la salud del alumno



2. Docente:

Instrumento prioritario en la promoción de la salud y la adquisición de habilidades y hábitos saludables.

**3. Administrativa y de gestión:**

Trata sobre todos los aspectos de gestión del proceso de atención y dotación al Servicio de Enfermería de los recursos materiales necesarios y su reposición.

**4. Investigadora:**

Es indispensable para el desarrollo profesional de la Enfermería y para una calidad en la atención que proporcionamos a la sociedad.

Su objetivo es el perfeccionamiento del ejercicio profesional y absolutamente necesaria en el ámbito educativo porque no existe documentación sobre nuestro trabajo.

FUNCIÓN INVESTIGADORA

- PROTOCOLOS de ACTUACIÓN
- PROYECTOS EpS
- INVESTIGACIÓN S.DOWN.
Centro de Investigaciones Biológicas
- COMUNIDAD MADRID

ACTUACIONES DE ENFERMERÍA EN UN COLEGIO DE EDUCACIÓN ESPECIAL**1. Prevención de la enfermedad y/o sus complicaciones.**

Estudio del nivel de salud del alumnado. Actualización permanente del conocimiento clínico del alumno, mediante:

- Revisión de la historia clínica del alumno así como un análisis de sus problemas de salud predominantes y sus necesidades inmediatas.
- Entrevistas con los padres, comunicación telefónica o mediante circular.
- Valoración interdisciplinar como miembro del Departamento de Orientación.
Evaluación Inicial. Detección de problemas/necesidades.

1. IDENTIFICACIÓN NECESIDADES/APOYOS
2. ADECUACIÓN EN SU ATENCIÓN: clase, entorno, barreras.
3. Identificación de los apoyos que precisa su atención
 - Profesor de Pedagogía Terapéutica: El DUE debiera informar sobre los problemas de salud del niño, sus cuidados dentro del aula y las precauciones que deben tomar en su atención.
 - Serv.Logopedia.
 - Serv. Fisioterapia.
 - Servicio de Enfermería: técnicas específicas, adecuación dentro del aula, precauciones por parte de personal que atiende al alumno, etc.
 - Actualización de historiales.
 - Estudio de casos y de las enfermedades-síndromes inusuales.

Investigación & Cuidados

- Se realizan reuniones interdisciplinarias para el estudio de casos e información al resto de profesionales del centro sobre las precauciones en la atención a determinados alumnos.

Vigilancia, control y atención a la población escolar.

1. Actuación diaria y continua para la recuperación y/o mantenimiento de la salud en la población escolar.

- Actuación asistencial. Prestación de cuidados.
- Asistencia en cualquier situación patológica o urgencias.
- Administración de la medicación prescrita por el facultativo y autorizada por los padres.
- Curas diarias.
- Realización de técnicas específicas de enfermería: sondajes urinarios, aplicación de aerosoles, vigilancia y control de traqueotomía, aspiración de secreciones, administración y control de oxigenoterapia, alimentación por gastrostomía y otras que puedan precisarse.
- Control de la alimentación diaria del alumnado: idoneidad de dieta y cantidad, alergias e intolerancias y dietas específicas.
- Información diaria a los padres, sobre incidencias que acontezcan.

2. Control y seguimiento sistemático del alumno:

- Control de dietas específicas, con información y asesoramiento específico a cuidadores, auxiliares de comedor y cocinera.
- Control de una alimentación equilibrada y participación en la Comisión de Comedor, para la evaluación mensual de los menús.
- Control de higiene.
- Control de tránsito intestinal, en determinados casos.
- Control de nuevas necesidades/patologías.
- Valoración antropométrica y control de peso-dieta en determinados alumnos.
- Realización de Historia de Enfermería y fichas sistemáticas: Registro de medicación individual y mensual, ficha de incidencias, ficha de exploración física y control antropométrico, control de alimentación e higiene, etc.
- Valoración interdisciplinar del alumnado.

3. Actuación preventiva de enfermedades.

- Vigilancia continuada del alumno y su medio.
- Potenciación de la higiene.
- Revisión del Programa de Inmunización de la población escolar según calendario de vacunación escolar vigente.

2. Educación para la salud.

Será necesario mantener la vigilancia epidemiológica y fomentar una EpS que potencie hábitos saludables en la comunidad escolar y el desarrollo de la autonomía personal del alumno.

El logro de dicho objetivo precisa la colaboración activa de los padres, lo que conlleva informarles y formarles sobre temas de salud, aprovechando las entrevistas, circulares y todo tipo de contacto con ellos.

Actuaciones específicas:

- Fomento de hábitos saludables: una dieta equilibrada, ejercicio regular e higiene correcta.
- Fomento de la autonomía en la alimentación.
- Participación en Campañas de Educación para la Salud propuestas por la CAM y Ayuntamiento.
- Seguimiento y fomento del lavado de dientes después de comer.
- Fluoración semanal con los alumnos que no se lo traguen y siempre que, haya apoyo y colaboración por parte de profesores y auxiliares.
- Control de peso-dieta en determinados alumnos.



PROYECTO HIGIENE ESCOLAR: HIGIENE INTEGRAL



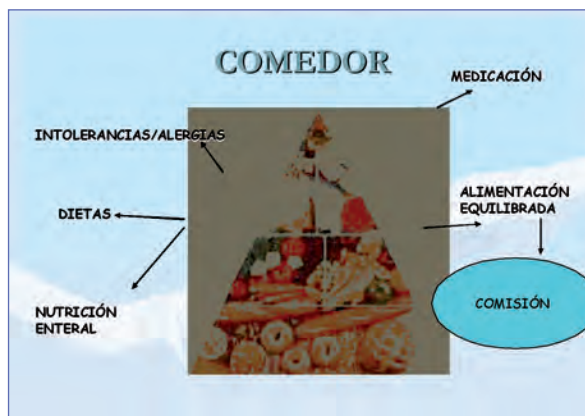
3. Coordinación y actuación interdisciplinar entre los profesionales del centro.

- Se participará en el Departamento de Orientación y reuniones colectivas, de valoración o análisis de problemas del alumnado, cuando se precise mi presencia y las necesidades de atención del alumnado lo permitan.
- Se proporcionará información, al resto de profesionales, sobre las patologías y problemas de salud de los distintos alumnos, así como de las consecuencias que se pueden derivar y riesgos/precauciones a tener en cuenta en su atención:
- Se informará al profesorado, auxiliares y resto de profesionales del centro, al inicio del curso (sobre todo, los nuevos alumnos) y cuando sea necesario.
- En los DIACs, (Documento Individual de Adaptación Curricular) en el apartado de “Aspectos sanitarios” se informará de sus patologías del alumno y sobre las atenciones y precauciones que pueda precisar.
- En INTRANET, se mantendrá actualizado el enlace “Síndromes y/o enfermedades” para información sobre los problemas de nuestro alumnado.

SÍNDROMES

Acondroplasia Adrenoleucodistrofia Agenesia Angioma Píal		Cromosopatía 18 en anillo Síndrome de Cockayne		
Síndrome de Angelman		Hipomelanosis de Ito		
	Leucodistrofia metracromática Síndrome de Lenz Leucomalasia Lisencefalia	Mulibey		
	Parálisis cerebral infantil		Rett Rubinstein-Tayb Síndrome de Williams	Steinert - distrofia miotónica Sturge-Weber
Tetralogía de Fallot			Síndrome de West	
			Síndrome de Williams	

- En las clases, existirá un cartel informativo sobre las precauciones de atención y riesgos que pueden presentar cada alumno.
- Atención al comedor: Dada la gran cantidad de intolerancias alimenticias en el Comedor se informa al principio de curso a las auxiliares y responsables de comedor, de las alergias e intolerancias alimenticias de los alumnos, para evitar el desconcierto que se produce el primer día y se mantiene una vigilancia y control diarios de los alimentos en cada caso. Reuniones mensuales de comedor para analizar el menú.



4. Búsqueda de recursos.

- Recursos propios del Servicio de Enfermería para la atención directa: Material e instrumental sanitario y material fungible que precisa una reposición periódica.

■ Investigación & Cuidados

- Durante el curso contamos con un intercomunicador (walky) para mi localización.
- Reuniones y contactos con el exterior con profesionales sanitarios e instituciones locales, cuando se precise para una mejor atención al alumno:
 - Conocimiento exhaustivo de su situación clínica.
 - Traslado de un accidentado o enfermo grave a un centro hospitalario.
 - Búsqueda de recursos para el desarrollo de la Educación para la salud.

5. Relación con las familias.

RELACIÓN CON FAMILIAS

○ **Control y seguimiento periódicos :**

- ✍ Entrevista inicial y apertura de Ficha Sanitaria
- ✍ Actualización de historiales.
- ✍ Información: medicación, vacunas, higiene, necesidades detectadas, ... etc

○ **Información:**

Incidencias y Indicación de las recomendaciones

○ **Educación para la Salud :**

- ✍ Reuniones, contactos telefónicos,
- ✍ Hojas informativas (ej. reacciones post-inmunización), circulares, ...etc.
- ✍ ESCUELA DE PADRES .

CONCLUSIONES

La Enfermería ya forma parte de ámbitos de trabajo que no eran tradicionales y su desarrollo profesional es cada vez mayor, pero debemos seguir trabajando para dar cada día una mejor respuesta a las situaciones cambiantes de nuestra sociedad. Queda mucho por hacer pero congresos como éste favorecen la difusión de experiencias y su estudio.

No existe nada escrito, no hay bibliografía específica ni a través del medio de Internet, por lo que la bibliografía que se incluye a continuación simplemente es documentación que se ha consultado por ser básica de Enfermería o legislación específica del contexto educativo que nos ocupa en la Comunidad de Madrid.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Frías A. "Enfermería Comunitaria". Edit. Masson, 1991.
- 2.- Martín A. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Edit. Mosby/Doyma, 1994; 53-54.

OTRA BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Caritg J. Problemas de salud en la infancia. Grupo Hermes. Edit. General-Edit.Coimbo, 1995.
- Colomer C., Alvarez-Dardet C. Promoción de Salud y Cambio Social. Edit.Masson. 2001.
- FEAPS (Confederación Española de Organizaciones en Favor de las Personas con Retraso Mental).Manuales de Buena Práctica. Educación para personas con retraso mental-Orientaciones para la calidad. Edit. SIIIS.Centro de Documentación y Estudios. NA-3420-2000.
- Frías A. Salud Pública y Educación para la Salud. Edit.Masson, 2004.
- López N., Berdún S., Prieto V. Protocolo de actuación de Enfermería: Niños con Necesidades Educativas Especiales. Documentación de seminario. Comunidad de Madrid. 2003.
- Mec. Las necesidades educativas especiales del niño con deficiencia motórica. Mec, 1991. Centro de Desarrollo Curricular. CNREE. Madrid.1991.
- Mec. Las Necesidades Educativas Especiales del niño con deficiencia auditiva. Centro Nacional de Recursos para Educación Especial. Madrid. 1991.

Hábito alimentario del desayuno en una población escolar rural y urbana

Autores: Isabel Vilanova Guitart ***, Maria Bruch Crespiera **, Joan Carles Casas Baroy ***

(*) *Enfermera Atención Primaria Área Básica de Salud Ripollet*

(**) *Enfermera Atención Primaria Área Básica de Salud Lluçanès*

(***) *Departamento de Salud Comunitaria Universidad de Vic*

Breakfast dietary habit in rural/urban school populations

ABSTRACT

Frequent wrong breakfast dietary habits are detected daily in school population during our nursing practice in a paediatric clinic. These wrong habits could lead to several health problems.

Aim: to learn about breakfast characteristics in a rural and urban school population in order to design an intervention to improve breakfast habit.

Methods: descriptive cross-sectional study which included 387 students (n=387) of 11-13 years old studying 5th and 6th year of primary school in ten public schools, both urban (Ripollet) and rural (Lluçanès) of Barcelona area.

A representative randomized sample of 5 schools out of 9 is studied in the urban area, and all the 5 schools are studied in the rural area. For data collection a questionnaire is used (dietary reminder) which is given to students during three no consecutive days through school term 2003-2004 in two different seasonal periods.

Results: of all the students studied, 6'74% (urban) and 4'5% (rural) left home in the morning having no breakfast at all. Only 37'35% (urban) and 22'72% (rural) had for breakfast only some milk before leaving home. Bakery products intake during breakfast was found to be 42'8% in urban area

and 44'54% in rural area; sandwich intake was 72'37% and 68'18% respectively.

Conclusions: unhealthy dietary habits were detected in school population, both rural and urban. Intervention strategies should try to: avoid children leaving home in the morning having no breakfast at all, reduce bakery products intake and increase milk, cereals and fruit intake. As health professionals these findings suggest us the possibility of planning a health education programme for both parents and students.

Key words: : diet, dietary habits, breakfast, school, health education.

RESUMEN

En la práctica diaria asistencial de nuestras consultas de enfermería pediátrica, se detectan hábitos erróneos respecto al desayuno en los escolares y que podrían relacionarse con determinados problemas de salud.

Objetivo: conocer las características de desayuno en una población

escolar rural y urbana, con el propósito de diseñar una intervención para mejorar este hábito alimentario.

Material y métodos: Estudio descriptivo de diseño transversal. La población objeto de estudio es de 387 alumnos (n=387) con edades comprendidas entre 11 y 13 años, que estudian 5º y 6º de primaria, Ciclo Superior, en 10 escuelas públicas de

ámbito urbano (Ripollet) y rural (Lluçanès) de la provincia de Barcelona. Se estudia una muestra representativa de 5 escuelas sobre un total de 9 en la zona urbana, seleccionadas de forma aleatoria, y en la zona rural se estudian todas (5). Los datos se obtienen a partir de una encuesta (recordatorio dietético) dirigida y auto cumplimentada,

■ Investigación & Cuidados

durante tres días no consecutivos, a lo largo del curso escolar 2003-2004, en dos periodos estacionales diferentes.

Resultados: Del total de alumnos estudiados, un 6'74% (urbano) y un 4'5% (rural) salen de casa sin desayunar. Un 37'35% (urbano) y un 22'72% (rural) sólo han tomado leche antes de salir de casa. El consumo de bollería durante el desayuno

es de 42'8% en la zona urbana y 44'54% en zona rural; y el consumo de bocadillos es de 72'37% y 68'18% respectivamente.

Conclusiones: Se detectan hábitos poco saludables en nuestra población escolar sea del ámbito rural o urbano. Las estrategias de intervención deben ir dirigidas a intentar que los niños y las niñas no salgan de casa en ayunas, reducir el

consumo de bollería e incrementar el consumo de leche, cereales y fruta. Como profesionales de la salud nos sugiere la posibilidad de planificar un programa de educación para la salud dirigido a padres y escolares.

Palabras clave: Alimentación, hábitos alimentarios, desayuno, escolar, EpS.

INTRODUCCIÓN

La edad escolar debe considerarse como una etapa muy sensible a cualquier carencia o desequilibrio, ya que, tanto el crecimiento como el desarrollo armónico deseable para todos los niños pueden verse comprometidos (1).

Las consecuencias de los desequilibrios alimentarios durante la infancia se reflejan en la salud del futuro adulto. Ésta es la mejor época de la vida para adquirir buenos hábitos que se alargarán el resto de la vida (2).

Nuestra cultura alimenticia proporciona, en general, un desayuno insuficiente, o bien nulo, y una comida y cena abundantes; por eso la mayor parte de la jornada laboral se afronta con un bajo nivel calórico. La población escolar asume este mismo modelo de alimentación, motivo de preocupación entre profesionales sanitarios y educadores (3-4).

Muchos estudios han analizado la influencia del desayuno sobre el rendimiento físico e intelectual en las actividades realizadas durante las mañanas (5-6).

Los niños que no desayunan están menos atentos, más adormecidos y más irritables (7-8); y difícilmente consiguen complementar con las otras raciones del día las aportaciones necesarias de energía, calcio y otros nutrientes (9).

Otros estudios han sugerido que desayunar ocasiona cambios metabólicos que pueden tener un efecto negativo en el control del peso (10), es decir, que la obesidad se puede asociar en parte a la omisión del desayuno (11).

También se ha señalado la influencia positiva del desayuno sobre algunos indicadores de salud como el IMC o las concentraciones de colesterol plasmático (12).

En los EEUU, el estudio conocido con el nombre de Bogalusa reflejaba que el 16% de los niños de 10 años no desayunaban (13).

Esta misma situación se describe en diferentes estudios realizados en países occidentales, donde también se ha puesto de manifiesto el impacto negativo de la ausencia del desayuno en la adecuación nutritiva (14).

Según el barómetro Europeo del desayuno Kellogg's, (1996-1998)(15), a pesar de que uno de cada dos adultos reconoce los beneficios de un buen desayuno para empezar adecuadamente el día, en Europa hay 7 millones de niños que cada mañana van a la escuela sin desayunar.

En la mayoría de los estudios publicados en nuestro país, entre el 5 y el 10% de los escolares no toman el desayuno, aumentando la proporción con la edad (16-17-18).

En la ciudad de Bilbao se ha monitorizado la configuración del desayuno de los escolares desde el año 1984(9-19-20). En aquella época uno de cada cinco niños iba a la escuela sin desayunar (19).

Para empezar bien el día se necesita energía; aquella que nos suministran las proteínas, los hidratos de carbono y las grasas, así como una aportación adecuada de vitaminas y minerales. Un vaso de leche, tomado antes de salir de casa por las mañanas, no es suficiente aunque se acompañe de un bocadillo más tarde. Para empezar el día con ganas, el niño debe de-

sayunar bien antes de ir a la escuela (21).

Sabiendo la importancia que el desayuno tiene sobre el desarrollo y la actividad física e intelectual del niño, con este estudio queremos conocer este hábito desde el punto de vista cualitativo, en una zona urbana y una rural, de forma que después de los resultados se puedan promover hábitos de salud positivos.

OBJETIVOS GENERALES

- Conocer el hábito alimentario del desayuno en una población escolar (ciclo superior) rural y urbana.
- Valorar la posibilidad de intervenir para modificar y/o mejorar estos hábitos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1- Conocer las características sociodemográficas de los niños.
- 2- Conocer el porcentaje de alumnos que salen de casa sin desayunar (no hacen el primero).
- 3- Conocer el porcentaje de alumnos que no desayunan en la escuela (no hacen el segundo).
- 4- Conocer el porcentaje de alumnos que desayunan en casa y durante el recreo.
- 5- Conocer el porcentaje de alumnos que no desayunan.
- 6- Conocer las razones por las cuales no desayunan.
- 7- Conocer el porcentaje de alumnos que solo toman leche antes de salir de casa.
- 8- Conocer el porcentaje de alumnos que consumen bollería para desayunar.

- 9- Conocer el porcentaje de alumnos que consumen bocadillo para desayunar.

MATERIAL Y MÉTODO

Es un estudio descriptivo de diseño transversal.

La población objeto de estudio es de 387 alumnos (n=387) con edades comprendidas entre 11 y 13 años que cursan 5º y 6º de primaria Ciclo Superior en 10 escuelas de ámbito urbano y rural.

Las de origen urbano corresponden a la población de Ripollet (Valles Occidental) provincia de Barcelona, con una población de 32.429 habitantes y una economía predominantemente de carácter industrial.

Las de origen rural pertenecen a las poblaciones de Prats de Lluçanès, Olost de Lluçanès, Oristà y Sant Bartomeu del Grau que forman el Área Básica de Salud Lluçanès provincia de Barcelona, con un total de 6.434 habitantes y una economía preferentemente agrícola.

En la zona urbana, puesto que se trata de un número de alumnos muy amplio, se ha estudiado una muestra representativa de 5 escuelas sobre un total de 9, obteniéndose de forma aleatoria e incluyendo escuelas públicas y privadas.

En la zona rural se han estudiado todas las escuelas que corresponden al ABS del Lluçanès con un total de 5 escuelas.

Tanto en la zona urbana como en la rural se han utilizado conglomerados (aulas) como unidades de muestra.

Se informó por escrito a la Dirección de las escuelas pidiendo su consentimiento.

Los datos se han obtenido a partir de una encuesta (recordatorio dietético) pasada a los alumnos sin previo aviso, anónima y dirigida (auto cumplimentada) donde se registran los alimentos ingeridos para desayunar tanto en casa como en el recreo durante 3 días no consecutivos a lo largo del curso escolar 2003-2004 en dos estaciones diferentes (invierno-primavera) con el fin de tener en cuenta la variabilidad estacional del consumo.

Para facilitar una mejor determinación de los alimentos las encuestas se elaboraron mediante dibujos de productos que los niños toman con mayor frecuencia.

Se han eliminado 15 (3,87%) encuestas mal cumplimentadas.

Previamente se llevó a cabo una prueba piloto en una escuela de la comarca del Bages con 20 alumnos de 5º y 6º de primaria ciclo superior. Como consecuencia, se realizaron una serie de modificaciones en el cuestionario inicial para aumentar el grado de comprensión.

El análisis de los datos se ha realizado mediante el programa estadístico SPSS versión 11.0. Se ha procedido a realizar un análisis descriptivo de las diferentes variables.

Dado que la mayoría de alumnos encuestados reparten su desayuno en dos tomas cualitativamente diferentes, pero complementarias, se ha considerado

■ Investigación & Cuidados

como desayuno la sumatoria del desayuno en casa más el desayuno de la escuela.

RESULTADOS

Características Socio-demográficas

- Edad: niños entre 11 y 13 años
- Alumnos de origen urbano 261 (n=261)
- Alumnos de origen rural 111 (n=111)
- Sexo:

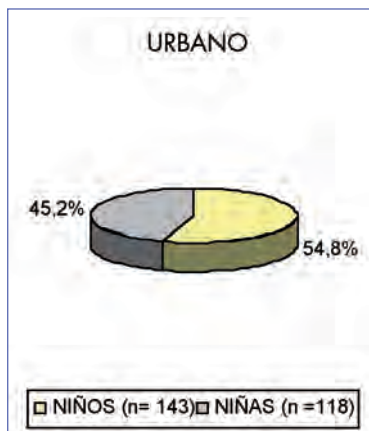


Figura 1. Porcentaje de alumnos zona urbana según sexo.

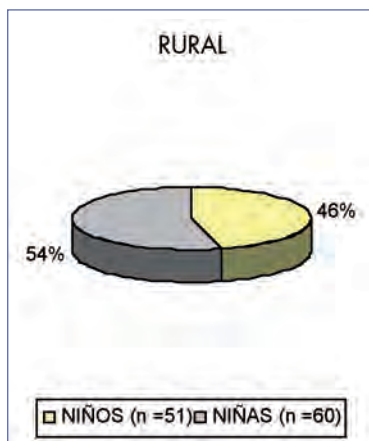


Figura 2. Porcentaje de alumnos zona rural según sexo.

- País de origen de los padres.

Tabla 1. Procedencia de los padres

	Autóctonos	Fuera Estado Español
Urbano	238 (91,2%)	23 (8,8%)
Rural	99 (89,2%)	12 (10,8%)

Tendencia de los alumnos a desayunar

- Alumnos que desayunan en casa y en la escuela; que sólo lo hacen en casa y que sólo lo hacen en la escuela.

Tabla 2. Porcentaje de alumnos según tendencia a desayunar

	Desayuno en casa y en la escuela	Desayuno solo en casa	Desayuno solo en la escuela	No desayunan	No han contestado el desayuno en casa y/o la escuela
URBANO	74,23 %	12,90 %	6,74 %	0,63 %	5,50 %
RURAL	78,98 %	14,95 %	4,5 %	0,30 %	1,27%

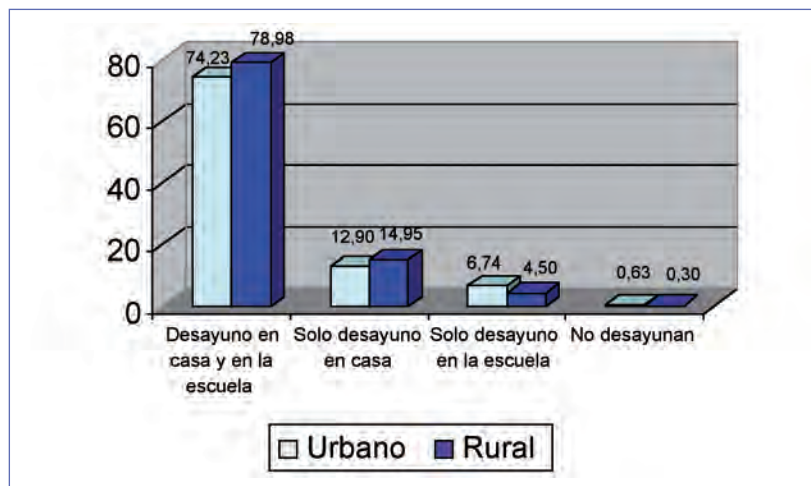


Figura 3. Porcentaje de alumnos según tendencia a desayunar.

- Razones por el cual no desayunan en casa o en la escuela los tres días de estudio.

Tabla 3. Razones de los alumnos que no han desayunado

	URBANO	RURAL
Me levanto tarde. Se me ha olvidado.		1 (100 %)
No tenía nada para comer	1 (20 %)	
No tenía hambre. No quiero desayunar.	3 (60 %)	
No contesta	1 (20 %)	

Tabla 4. Razones para no desayunar.

RAZONES	No desayunan en casa		No desayunan en la escuela	
	URBANO	RURAL	URBANO	RURAL
1- No tenía hambre.	30 48,4 %	5 31,15 %	27 23,89 %	16 30,77 %
2- Luego no tengo hambre para almorzar.	0	0	1 0,88 %	4 7,69 %
3- Ya he desayunado en casa.	0	0	12 10,61	23 44,25 %
4- Porque sólo desayuno una vez.	9 14,51 %	8 50 %	21 18,58 %	2 3,84 %
5- Porque me levanto tarde	5 8,06 %	2 12,5 %	0	0
6- Porque no me lo han puesto.	0	0	2 1,77 %	0
7- Porque no lo quiero.	7 11,29 %	0	15 13,27 %	1 1,92 %
8- Porque me lo he olvidado.	1 1,61 %	0	13 11,50 %	4 7,69 %
9- No me encontraba bien	1 1,61 %	0	1 0,88 %	1 1,92%
10- No había nada para comer.	1 1,61 %	1 6,25 %	1 0,88 %	1 1,92%
11. No fui a la escuela.	0	0	4 3,53 %	0
12- Estoy a dieta.	0	0	2 1,77 %	0
13. No contestan	8 12,91 %	0	14 12,38 %	0

FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS EN EL DESAYUNO (CASA + ESCUELA)

- Alumnos de origen urbano n=96 (37,35%) y de origen rural n=25 (22,72%) que han tomado leche sola antes de salir de casa.

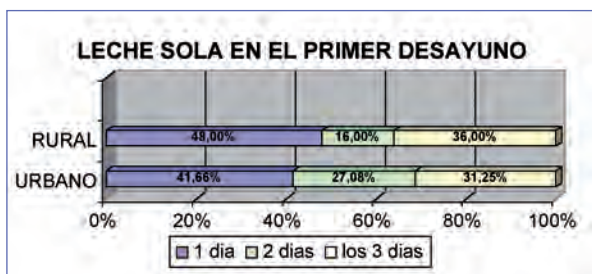


Figura 4. Porcentaje de alumnos que consumen uno, dos o los tres días de estudio leche sola en el primer desayuno.

- Alumnos de origen urbano n=110 (42,8%) y de

origen rural n=49 (44,54%) que han consumido “bollería” en el desayuno.

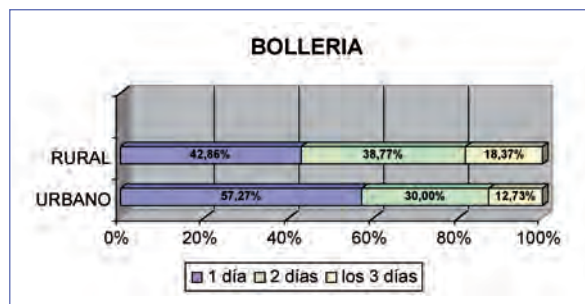


Figura 5. Porcentaje de alumnos que consumen uno, dos o los tres días de estudio “bollería”

- Alumnos de origen urbano n= 186 (72,37%) y de origen rural n=75 (68,18%) que han consumido bocadillo en el desayuno.

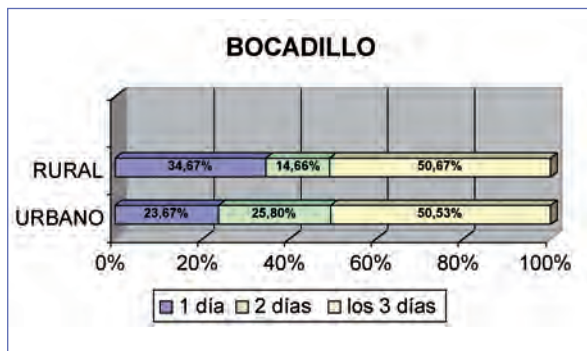


Figura 6. Porcentaje de alumnos que consumen uno, dos o los tres días de estudio el bocadillo.

DISCUSIÓN

Las prácticas alimentarias de los escolares encuestados refleja que un 0,63% de los escolares de la zona urbana y un 0,30% de la zona rural no desayunan, cifra que coincide con el 0,85% del estudio realizado en Madrid(18) (zona urbana) y el 0,99% obtenido en Granada(4) (zona rural).

El bajo porcentaje de niños que no desayunan encontrado en nuestro estudio no coincide con la experiencia general de la mayoría de estudios publicados en nuestro país (8-17) donde entre el 5-10% de los escolares no desayunan. Desconocemos si este bajo porcentaje de alumnos que no desayunan habría sido lo mismo si hubieran contestado la encuesta todos los alumnos. Este hecho podría ser atribuible a que los niños que no han contestado el cuestionario 5,5% zona urbana y 1,27% zona rural fueran niños que no desayunan.

Es importante destacar los niños que salen de casa sin ingerir ningún alimento: un 6,74% de la zona urbana y un 4,5% de la zona rural, datos que se pueden comparar con el 4% obtenido en el estudio PLENUFAR 2(22) realizado en escuelas de ámbito urbano y rural de Barcelona; resultados de que difieren en los estudios realizados en Madrid (18) (zona urbana) y Jaén (23) (zona rural) con un 1,63% y un 1,92% respectivamente. Estas cifras son importantes por las consecuencias que comporta un ayuno largo en la salud y en el rendimiento escolar.

Los principales motivos por los cuales no toman nada antes de salir de casa son: "porque no tienen hambre" argumento que coincide con el estudio realizado

en Valencia (26) seguido de "porque sólo desayuno una vez".

El 37,35% de alumnos de la zona urbana y el 22,72% de la zona rural toman exclusivamente leche antes de salir de casa. En diferentes estudios de ámbito urbano(24-26) los resultados oscilan entre un 25,1% y un 54,97% con respecto a otros estudios de ámbito rural(4-23-25) donde éstos van desde un 18,8% a un 43,27%. Valores importantes a tener en cuenta ya que aunque se trata del alimento principal del desayuno de los niños, por sus características nutritivas no contiene la aportación de calorías suficiente para tener un rendimiento escolar. El 31,25% (zona urbana) y el 36% (zona rural) de los alumnos aplican este hábito los tres días estudiados.

El 12,9% de alumnos de la zona urbana y el 14,95% de la zona rural no toman nada a media mañana, datos que se aproximan a las de un estudio realizado en la ciudad de Córdoba(27) con un 8,3%, y uno realizado en un pueblo de la provincia de Jaén(23) con un 18,63%. Éstos difieren de los resultados obtenidos en un estudio de ámbito urbano(18) donde la cantidad de alumnos que no desayunan en la escuela es en un 58%, hábito poco aconsejable dado que está muchas horas sin tomar alimentos y se pueden producir hipoglucemias al final de la mañana, y como consecuencia una disminución del rendimiento escolar.

El 42,8% de alumnos de origen urbano y el 44,54% de origen rural consumen "bollería" al menos uno de los 3 días estudiados, datos que coinciden con un estudio realizado en Madrid(28) en una zona urbana donde consumen el 40%; porcentaje importante ya que es poco recomendable como a base de una dieta saludable, dado que lleva un alto contenido en azúcares y grasa saturada que se traduce en calorías excesivas y un aumento de cifras de colesterol.

A causa de una amplia oferta de alimentos se dejan de consumir los de carácter básico como el pan, y se introducen nuevos más elaborados y transformados, de aquí que se ha tenido en cuenta a los alumnos que han consumido bocadillo en el desayuno: un 72,37% (zona urbana) y un 68,18% (zona rural); de éstos, un 50,53% y un 50,67% respectivamente han consumido los tres días de estudio, ocupando el pan el primer lugar de entre los cereales consumidos en el segundo desayuno.

CONCLUSIÓN

La mayoría de los resultados obtenidos no difieren de los que se han encontrado en otros estudios. Todos y cada uno de ellos merecen cierta atención, pero especialmente habría que reflexionar en determinados hábitos considerados poco saludables como:

- No desayunar; - Salir de casa sin tomar nada o bien sólo con un vaso de leche; - Un consumo excesivo de "bollería".

A pesar de los esfuerzos que durante los últimos años se están llevando a cabo por promover la comida del desayuno, con buenos resultados, se tiene que seguir trabajando con la colaboración conjunta de padres, profesores, sanitarios y alumnos.

Este estudio nos ha permitido analizar y profundizar sobre una comida que requiere especial atención y dedicación tanto a los adultos como a los niños. Como profesionales de la salud, por el qué hace en la parte práctica, nos sugiere la posibilidad de planificar un programa de Educación Sanitaria adecuado para los padres y los escolares, donde se transmitan conocimientos sobre el desayuno tanto a nivel cualitativo como cuantitativo y donde se refleje la importancia de esta comida, de manera que motive a mejorarlo. Todo eso con la consecuente evaluación de nuestra intervención.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cervera P, Clapes J, Rigolfas R. Alimentació i dietoteràpia 3ª edició, Mcgraw Interamericana, 1999.
2. Cervera Ral P. Alimentación de los escolares y adolescentes, Revista ROL de Enfermería, 1985. 112: 54-57.
3. Vázquez Martínez C. Manual de alimentación y nutrición para educadores. Madrid: Edita Caja Madrid, 1992.
4. Pena Blanco G, Fernández-Crehuet Navajas MN, Villanueva Tamayo E, Ruiz Jaldo JV, Vázquez Hermoso MA. Hábitos alimentarios entre la población escolar del medio rural. Revista Atención Primaria, 1996. volumen 18 nº 8 452-7.
5. López I, De Andraca I, Perales CG, Heresi E, Castillo M, Colombo M. Breakfast omission and cognitive performance of normal, wasted and student school children. Eur J Clin Nutr 1993; 47: 533-542.
6. Korol D. Breakfast and performance. Kellogg Company, 1997.
7. Mahan, L K., y Escott-Stump S. Nutrición y dietoterapia de Krause, 9ª ed., McGraw-Hill Interamericana, Madrid, 1998.
8. Alvarez Piñeiro ME, Lage Yusty MA., Lijó Dávila R, López López-Leitón TJ. Aporte nutricional del desayuno de alumnos de educación primaria. Gaceta Sanitaria. Sep1999 Año XXXVI(305): 29-34.
9. Aranceta J, Pérez C. Consumo de alimentos y estado nutricional de la población escolar de Bilbao. Guías alimentarias para la población escolar. Bilbao: Área de Salud y Consumo, Excmo. Ayuntamiento de Bilbao, 1996.
10. Schlundt DG, Hill JO, Shrocco T, Pope-Cordle J, Sharp T. The role of breakfast in the treatment of obesity: a randomized clinical trial. Am J Nutr 1992; 55(3): 645-651.
11. Siega-Riz, Popkin BM, Carson T. Trends in breakfast consumption for children in the United States from 1965-1991. Am J Clin Nutr 1998; 67(4): 748S-756S.
12. Sérog P. Le tour d'Europe du petit déjeuner. Cah Nutr Diét 1997; 32(Supl. 1):1S20-1S22.
13. Nicklas TA, Farris RP, Bao W, Berenson GS. Temporal trends in breakfast consumption patterns of 10-year-old children: The Bogalusa Heart Study. School Food Service 1995; 19: 72-80.
14. Morgan KZ, Zabik ME, Stampely GL. The role of breakfast in diet adequacy of the US adult population. J Am Coll Nutr 1986; 5: 551-563.
15. Barometre Europeene Kellogg's du petit déjeuner 1996-1998. Paris: Servicio de Prensa Kellogg's, 1999.
16. Gómez López J, López Jiménez MR. Hábitos alimentarios en adolescentes: resultados de un estudio transversal en el municipio de Madrid según diferentes grupos de edad. Alimentación, Nutrición y Salud, 1996; 4: 69-71.
17. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio sobre conductas de los escolares relacionadas con la salud. 1990.
18. Rivero Martín MJ, Román Riechman E, Cilleruelo Pascual ML, Barrio Torres J. La importancia del desayuno en la alimentación infantil. Form Contin Nutr Obes 2002; 5(6): 331-6.
19. Aranceta Bartrina J, Pérez Rodrigo C, Santolaya Jiménez J, Gondra Rezola J. Evolución de la ingesta dietética aprobada con la ración del desayuno en los escolares de Bilbao (1984-1994). Nutrición Clínica 1997; XVI: 171-177.
20. Aranceta J, Santolaya J, Gondra J, Delgado A. Evaluación de consumo y de hábitos alimentarios en los comedores escolares de colegios públicos de la Villa de Bilbao. Arch Pediatr 1986; 37: 523-534.
21. López Nomdedeu C. El desayuno del niño en edad escolar. Ministerio de Sanidad y Consumo 1990.
22. Castells M. ¿Qué comen los jóvenes? Gustos dietéticos. Nutrición y obesidad 2001;4: 159-161.
23. Agudo Matarán P, Montore Sánchez MªD, Aranda Marín AM. Hábitos alimentarios en el desayuno y recreo de los alumnos de primaria. Centro de Salud. Marzo 1998. V:6-N3:pg 157-160.
24. Durá Travé T. El desayuno de los alumnos de Educación Secundaria Obligatoria (ESO). Nutrición Hospitalaria 2002, 17:189-196.
25. Durá T, Mauleón C, Gúrpide N. Hábitos y preferencias alimentarias en la población escolar. Enfermería Clínica, Sep-Oct 2000- V:10-N:5. pg 207-212.
26. Gabaldón Mª J, Abad I, Brage R. Valoración cualitativa del desayuno en una población escolar. Enfermería Científica, Abril 1991, 109:85-86.
27. Pérula de Torres LA, Herrera Morcillo E, de Miguel Vázquez Mª D, Lora Cerezo N. Hábitos alimentarios de los escolares de una Zona Básica de Salud de Córdoba. Rev Esp Salud Pública Marzo-Abril 1998; Vol 72, Nº 2: 147-150.
28. Folguera Álvarez MªC, Bonilla Palomares Y. Hábitos de salud en los escolares. Revista ROL de Enfermería Abril 1996 XIX (212): 59-63.

Convenio CEU – CECOVA: La evaluación de una experiencia

Autores: Fernando Fernández Candela, Ricardo Martín Peñalver, José Antonio Ávila Olivares, Ana M^a Cantó Verdú, Desiré Soler Marcos, Rosa Delia García López

CEU-CECOVA agreement: An experience assessment

ABSTRACT

The CEU-San Pablo University of Elche and the Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA) signed a collaboration agreement with the purpose of promoting nursing students' participation in the different activities developed by the working team "School Health Nursing" created by the CECOVA. This way, students would be able to gain some

training in the school nursing projects organised by this working team.

A survey was carried out in order to measure students' satisfaction regarding this professional field. The aim of the survey was to know their opinion and learning obtained, which will allow us to make the necessary changes in the project in case they were necessary.

The principles of school nursing

are: the promotion of healthy habits in young population, prevention and assistance of school accidents and the follow-up of students with chronic diseases.

It can be said that the school nurse is a key element in this health field to guarantee a healthier future.

Key words: School nursing, health education, training, health promotion and healthy habits.

RESUMEN

La Universidad CEU-San Pablo de Elche y el Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA), suscribieron un acuerdo de colaboración, cuya finalidad es fomentar la participación de los alumnos de Enfermería en dicha universidad, en las actividades y prácticas que desarrolle el Grupo de Trabajo "Enfermería en Salud Escolar" creado por el Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA). De esta manera los alumnos hacen prácticas

en los Proyectos de Enfermería Escolar ejecutados por el Grupo de Trabajo de CECOVA.

Para poder medir el grado de satisfacción de los alumnos con respecto a este campo profesional, se ha realizado una encuesta con la finalidad de conocer su opinión y aprendizaje, que a la vez nos va a permitir la reorientación general o específica del proyecto o de algunos de sus apartados si así fuese necesario.

La Enfermería Escolar tiene como esencia el fomentar los hábi-

tos saludables en nuestra población más joven, prevención y atención en los accidentes escolares, es decir, actividad asistencial en las escuelas, control y seguimiento de los menores con enfermedades crónicas.

Podemos decir que el enfermero escolar es una pieza clave en este campo de salud para asegurar un futuro más saludable.

Palabras claves: Enfermería escolar, EpS, prácticas, promoción de la salud, hábitos saludables.

A veces sentimos que lo que hacemos es tan sólo una gota en el mar, pero el mar sería menos si faltara esa gota.

Madre Teresa de Calcuta

INTRODUCCIÓN

Como dice en su carta de bienvenida el Excmo. y Magfco. Sr. D. Alfonso Bullón de Mendoza y Gómez de Valugera, Rector de la UCH-CEU.

“La Universidad Cardenal Herrera-CEU pertenece a la Fundación Universitaria San Pablo CEU, institución benéfico-docente sin ánimo de lucro y con más de 70 años de experiencia en el campo de la enseñanza. Los promotores de la Fundación San Pablo-CEU pertenecen a la Asociación Católica de Propagandistas, organismo creado en 1908 por el Padre Ayala.

El proyecto educativo de la Fundación se basa en los principios del Humanismo Cristiano y el compromiso con la excelencia académica y la formación integral del alumno.

La Fundación inauguró sus obras en Valencia en 1971 y en Elche en 1994. La Generalitat Valenciana aprobó la Ley de creación de la Universidad Cardenal Herrera-CEU que viene funcionando como tal desde el curso 2000-2001.

La UCH-CEU nace con vocación de servicio a la sociedad, por ello asume el compromiso de conectar estrechamente la actividad universitaria con el mundo profesional específico de cada alumno” (1).

La titulación de Enfermería en Elche inició su andadura en el curso 2003-2004. Aunque realmente es muy joven, desde el inicio de su actividad académica, ha estado rodeada por una constante inquietud en formar a los estudiantes de Enfermería en todos los campos y actividades de la misma, mostrando a los alumnos, todas las posibles salidas profesionales, tanto las actuales como las emergentes de la disciplina.

Ésta es una de las razones por las que la Universidad contacta con el Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA), con el objetivo de conocer el quehacer profesional de sus colegiados y las líneas de desarrollo profesional que plantea dicha institución.

El Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA) engloba a los profesionales de Enfermería colegiados en las tres provincias de la Comunidad Valenciana, máximo exponente en la defensa de los intereses profesionales valencianos, siendo uno de sus campos de desempeño profesional, la enfermería escolar (2).

El Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA), “en el marco de sus objetivos específicos de fomento de los intereses generales de la educación para la salud, considera importante cooperar con la formación práctica de jóvenes en el ámbito y materia de sus competencias, a fin de promocionar la mejora formativa de los jóvenes en edad escolar”.

Para ello en el año 2006 decide crear el Grupo de Trabajo “Enfermería en Salud Escolar”.

OBJETIVOS GENERALES:

- Organizar y gestionar las diferentes actividades de desarrollo profesional de la Enfermería en la comunidad escolar.
- Potenciar la figura del profesional de enfermería y su inclusión dentro del departamento de orientación de los centros escolares.
- Intervenir en la escuela desde la triple perspectiva enfermera: función asistencial, de prevención de enfermedades y problemas de salud y promoción de la salud, así como, ser el agente mediador entre la familia, la escuela y la salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Elaborar un plan de formación en Enfermería y Salud Escolar dirigido a diplomados de Enfermería interesados en el tema, así como formación específica a grupos de población.
- Abrir líneas de investigación en Promoción y EpS y en estilos de vida de escolares y adolescentes, analizando las deficiencias en materia de salud en los centros escolares con el fin de justificar la necesidad de crear la figura de la Enfermera Escolar.
- Intervenir, diseñar, elaborar, ejecutar y evaluar programas de EpS adaptados a las necesidades de cada centro educativo.
- Diseñar, elaborar, aplicar y evaluar materiales de EpS tanto propios como en colaboración con instituciones.

- Difundir estudios, informes de EpS mediante publicaciones y participar en medios de comunicación con el objetivo de argumentar la necesidad de crear la figura de la Enfermera Escolar.
- Consolidar la cohesión interna del grupo y la participación de sus miembros como representantes del grupo en Instituciones, Jornadas, Congresos y/o reuniones nacionales e internacionales.
- Establecer colaboraciones, acuerdos y/o convenios con entidades, organizaciones, instituciones, agentes sociales, etc... en el desarrollo de programas tendentes a la formación de nuestros escolares en materia de salud.
- Buscar patrocinadores y aportaciones externas de instituciones y/u organizaciones que permitan financiar las diferentes actividades y proyectos.
- Servir de referencia, asesoría y consultoría a profesionales e instituciones que lo soliciten.
- Establecer acciones orientadas a prestigiar y dar a conocer la nueva salida profesional de la enfermería, la Enfermería Escolar a los diferentes ámbitos de la sociedad.
- Asumir y aplicar como forma de trabajo y de interrelación las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (3).

Uniando los intereses de ambas instituciones en Febrero de 2006 se firma en Elche (Alicante) el siguiente documento.

ACUERDO DE COLABORACIÓN ENTRE LA UNIVERSIDAD CEU-SAN PABLO DE ELCHE Y EL CONSEJO DE ENFERMERÍA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA (CECOVA)

“La Universidad CEU-San Pablo de Elche y el Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA), se encuentran mutuamente interesados en suscribir un acuerdo de colaboración en el campo de la docencia que redunde en beneficio de la preparación de los alumnos que cursen en dicha Universidad los estudios de Diplomado en Enfermería. Y para ello acuerdan suscribir un acuerdo de colaboración, cuya finalidad es fomentar la participación de los alumnos que cursen los estudios de Enfermería en la Universidad CEU-San Pablo de Elche, en las actividades y prácticas que desarrolle el Grupo de Trabajo de Educación para la Salud creado por el Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA).

El Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA), ofrece las actividades formativas que viene realizando su Grupo de trabajo de Educación para la Salud en diferentes centros educativos, a disposición de la Universidad CEU-San Pablo de Elche, con el fin de posibilitar la participación de alumnos de Enfermería en dichas actividades”.

En nota de prensa de la Universidad CEU Cardenal Herrera dice:

“La Universidad CEU Cardenal Herrera ha firmado un convenio pionero con el CECOVA (Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana), que permitirá a los estudiantes de tercer curso de enfermería del CEU realizar prácticas en los programas de educación para la salud que organizan los colegios de enfermería de la Comunidad en los centros escolares.

Con este convenio se pretende reivindicar la figura del enfermero en los centros educativos, que pueden jugar un papel importante desde el punto asistencial, educativo y de coordinación de la comunidad docente con la sanitaria. Se trata de alcanzar el nivel de muchos países como Francia, Inglaterra o Estados Unidos, que ya han integrado al enfermero en sus centros escolares como una figura más de la plantilla.

Con la aplicación de los acuerdos firmados, los alumnos de esta universidad se convertirán en los primeros de España con la posibilidad de recibir este tipo de formación. Además, contarán con la tutela del grupo de trabajo Enfermería en Salud Escolar, dependiente del CECOVA” (4).

Cualquier intervención que se realice de Educación para la Salud tiene que ser evaluada (5).

MATERIAL Y MÉTODOS

Para poder medir el grado de satisfacción de los alumnos con respecto a este campo profesional se realizó un estudio descriptivo, aplicándose un cuestionario de 23 preguntas tipo Likert, anónimo y

autoadministrado, agrupadas en diferentes dimensiones o áreas de conocimiento y percepción (6).

Las dimensiones estudiadas fueron: Conocimientos en Educación para la Salud (EpS) y de la Enfermera Escolar, Convenio Universidad CEU-CECOVA, Características del programa: practicum de Enfermería escolar y relación profesor-alumno, Percepción personal, Competencia de la Enfermería Escolar y un apartado de Sugerencias y Opiniones.

El cuestionario se aplicó en Febrero de 2007 a la totalidad de los estudiantes de 3º de Enfermería, que en esa fecha ya habían realizado las prácticas de Enfermería Escolar. Antes de su aplicación se realizó un pilotaje a 10 alumnos para valorar la comprensión de las preguntas, corrigiendo aquellos ítems que ofrecían dudas. La muestra total fue de 40 alumnos, a los cuales se les facilitó el cuestionario durante la asistencia a una clase de obligada asistencia, solicitando el respectivo permiso a la profesora de la asignatura para poder disponer de 20 minutos para su cumplimentación.

Para el análisis descriptivo de las dimensiones estudiadas se utilizó el programa SPSS v. 14.0.

RESULTADOS (Ver Tabla 1)

- En el primer bloque que habla de CONOCIMIENTOS SOBRE EDUCACIÓN PARA LA SALUD (preguntas 1-3) los resultados ponen de relieve la importancia que dan los estudiantes a la formación y conocimientos en Promoción de la

Salud para poder desarrollar una educación escolar en salud.

Crean también que la Educación para la Salud es una buena herramienta para desarrollar su trabajo como futuros profesionales.

Es importante que en el currículum de la Carrera de Enfermería se incluyan estas áreas de conocimiento (pedagogía, psicología, habilidades de comunicación) para que en un futuro el profesional sanitario sea capaz de realizar la labor de enfermero escolar, así como proporcionar recursos a padres y profesores para orientar a los alumnos.

- En la segunda área de estudios correspondiente a la ENFERMERA ESCOLAR (preguntas 4-5) los alumnos están de acuerdo con el convenio entre la Universidad y CECOVA y están dispuestos a apoyar a la figura de la Enfermera Escolar.

Con la inclusión del profesional de enfermería en los centros escolares, se ayudará a los alumnos a que sepan defenderse de los riesgos a los que se van a enfrentar en el futuro. Convirtiéndose así en el agente mediador entre la familia, la escuela y la salud.

- En el tercer bloque sobre el PRACTICUM DE ENFERMERÍA ESCOLAR (preguntas 6-8) la gran mayoría de los encuestados considera satisfecha su estancia en enfermería escolar. Destacando de igual manera los objetivos de reivindicación social, desarrollo profesional y nuevos escenarios de trabajo. Resaltamos que estos alumnos recomiendan la realiza-

ción de estas prácticas, a los alumnos de otras universidades españolas.

- En el punto que trata de la RELACIÓN PROFESOR-ALUMNO (preguntas 9-12) los alumnos encuestados están de acuerdo que debe haber un tutor de prácticas y valoran muy positivamente la accesibilidad del mismo. Es necesaria esta figura del tutor, ya que hay que orientar al alumno en prácticas. El estudiante debe recurrir a él cuando lo crea oportuno y éste debe brindarle su apoyo y resolverle y/ o ayudarle en las dudas que puedan surgirle. El tutor es una figura de referencia y muy importante en las prácticas de enfermería escolar.

Una buena relación/ comunicación profesor-alumno es esencial en estas prácticas ya que el enfermero escolar va a ser el principal pilar en el aula para el alumno prácticas.

- En el 5º punto que habla sobre la PERCEPCIÓN PERSONAL (preguntas 13-18) los alumnos están en desacuerdo con la duración de las prácticas ya que las consideran demasiado cortas, aunque demuestran su satisfacción con el plan de trabajo y las actividades realizadas.

Un periodo de prácticas de una semana resulta insuficiente para poner en práctica los conocimientos adquiridos en la Universidad. También la premura en la preparación de los programas ha sido un tema muy criticado por los alumnos ya que no han podido profundizar todo lo que ellos hubiesen deseado.

■ Investigación & Cuidados

Por el contrario, los estudiantes destacan el haber adquirido nuevos conocimientos durante este periodo adjuntándose a la información adquirida en la Universidad Cardenal Herrera.

- En el último bloque se estudia la COMPETENCIA de la ENFERMERÍA ESCOLAR (preguntas 19-23). En cuanto a la aceptación de la enfermería escolar, los estudiantes encuestados consideran que una vez conocido el programa, esta nueva rama de la Enfermería entra en sus opciones profesionales.

También consideran que en el Plan de Estudios de Enfermería del CEU, es necesaria la inclusión de una asignatura de Enfermería Comunitaria, actualmente esta rama está dentro de la asignatura de Salud Pública en 3º curso.

Para realizar esta tarea, la enfermera no sólo tiene que haber recibido una formación teórica sobre los temas de salud, sino habilidades y destrezas pedagógicas para saber expresarlas y enseñarlas.

TABLA 1. RESULTADOS CUESTIONARIO. Porcentaje (%)

	p1	p2	p3	p4	p5	p6	p7	p8a	p8b	p8c	p9	p10	p11	p12
Totalmente en desacuerdo		5		2,5	2,5	5	5	2,5		2,5		2,5	5	2,5
En desacuerdo	2,5	15	5			5		2,5	5		5	12,5	15	15
De acuerdo	20	40	10	10	25	25	27,5	35	35	27,5	45	30	32,5	45
Totalmente de acuerdo	77,5	40	85	87,5	72,5	65	67,5	60	60	70	50	55	47,5	37,5

	p13	p14	p15	p16	p17	p18	p19	p20	p21	p22	p23
Totalmente en desacuerdo	22,5	5	2,5	2,5	2,5	5		5	2,5	5	7,5
En desacuerdo	37,5	35	12,5	20	7,5	15	12,5	10	27,5	5	15
De acuerdo	30	47,5	50	47,5	27,5	42,5	20	50	30	30	30
Totalmente de acuerdo	10	12,5	35	30	62,5	37,5	67,5	35	40	60	47,5

CONCLUSIONES

Es un estudio novedoso, no en cuanto a la evaluación de prácticas clínicas de estudiantes de Enfermería, sino por ser la primera vez que se realizan prácticas de Enfermería Escolar por parte de una Universidad, tal como entendemos esta figura.

Una vez analizado este estudio concluimos que:

No se trata únicamente de que el alumno adquiera conocimientos sobre la salud, sino que sepa transmitirlos en su desarrollo profesional, para capacitar a otras personas a que decidan libremente qué conductas realizar para mejorar su calidad de vida.

La enfermera será un referente para una comunidad, ya sea de alumnos, de usuarios de centros de salud o de hospitales. Es tarea de ella la de desarrollar actividades, hacer a las personas más reflexivas en cuanto a su propia salud, y lo que es más importante, hacerlas conscientes de que son ellas mismas las que pueden dirigir todas sus energías a tener un buen estado físico, psíquico y social.

En definitiva, instaurar una CULTURA DE SALUD entre los escolares.

La Enfermería Escolar tiene como esencia el fomentar los hábitos saludables en nuestra población más joven, prevención y atención en los accidentes escolares, es decir, actividad asistencial en las escuelas, control y seguimiento de los menores con enfermedades crónicas.

Debemos tener en cuenta que hablamos de una población con un elevado porcentaje de riesgo, y el mejor hábito para prevenir las malas conductas es atacarlas desde un principio en la escuela, promocionando hábitos y estilos de vida saludables, ya que estas conductas garantizan un estado de salud óptimo y beneficia el futuro de la salud de la población.

Podemos decir que el enfermero escolar es una pieza clave en este campo de salud para asegurar un futuro más saludable.

La escuela es el segundo elemento socializador del niño (el primero es la familia), por lo tanto, actuando desde el inicio de la educación del niño, podremos intervenir en las conductas generadoras de salud para el futuro y prevenir muchísimos problemas como drogodependencias, obesidad, embarazos no deseados, una higiene adecuada, o el respeto a uno mismo y a los demás.

Desde esta posición los estudiantes apoyan este nuevo campo de Enfermería Escolar, porque consideran importante la inclusión de enfermería en las aulas, ya que así abordaría desde el inicio

de la etapa escolar las funciones de enfermería.

El hecho de introducir la Educación para la Salud a una edad temprana proporciona una interiorización del concepto de Enfermera.

Los escolares deben conocer la figura enfermera no sólo como simple administradora de técnicas, sino como educadora.

Los escolares deben asimilar y entender la imagen socializadora, educadora y formadora de la enfermera.

La enfermera tiene que ser un referente en materia de salud para la comunidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. <http://www.uch.ceu.es/principal/uch-ceu/bienvenida>.
2. <http://www.cecova.org/>
3. <http://www.enferalicante.org/~formularios/pdf/GrupoTrabajoSaludEscolar/objetivos.pdf>
4. Acuerdo de colaboración entre la Universidad CEU-SAN PABLO de Elche y el Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA).
5. Serrano MI. "La Educación para la salud del siglo XXI: Comunicación y Salud"; Díaz de Santos; Madrid, 1998.
6. Marqués F., Sáez S., Guayta, R.; "Métodos y medios en promoción y educación para la salud". UOC, Barcelona 2004.

OTRA BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Cajas Rojas: "Educación para la salud". Ed. M.E.C. Madrid, 1993.
- Colomer C., Álvarez C.; "Promoción de la salud y cambio social". Ed. Masson, 2001.

- García R. "Valoración de los estudiantes sobre sus prácticas de Enfermería Comunitaria". Metas de Enfermería, marzo 2004; 7 (2): 20-26.

- Perea Quesada; "Educación para la Salud. Reto de nuestro tiempo." Díaz de Santos, Madrid 2004.

- Perea R., Bouché, H.; "Educación para la Salud". Ed. Díaz de Santos. 2004.

- Restrepo H. "Promoción de la salud: Cómo construir vida saludable". Ed. Panamericana. 2001.

- Rochon A. "Educación para la Salud. Guía práctica para elaborar un proyecto". Barcelona: Masson. 1991.

“All-i-menta”: Desarrollo de hábitos alimentarios saludables en la población escolar

Autores: Arancha Altozano Olmedo, Silvia Gandía López, Nuria Tortajada Gómez, M^a del Señor Barba Jiménez
Grupo de trabajo “Enfermería y Salud Escolar”
CECOVA- Colegio de Enfermería de Valencia

“All-i-menta”: developing healthy dietary habits in school population

ABSTRAC

Several studies show that wrong dietary habits determine health status. To give an effective response to the challenge of improving population diet it is necessary a global intervention, in this way, it is of main importance healthy habits education, in which the school appears as the most suitable setting to teach healthy habits from early childhood.

“All-i-menta” is a project addressed to primary students and

which has been put into practice in Mare Nostrum school in Valencia. After an interview with the teachers, a survey was conducted that confirmed some wrong dietary habits that needed some changing.

The main objective of the project was to increase the acquisition and specially the maintenance of healthy dietary habits.

After the end of the workshops a subjective assessment survey was carried out among students and tea-

chers, this survey was repeated one year after. The results show that the development of the project is an adequate starting point to reach the desired objectives, as some positive changes have appeared in students after the intervention.

Key words: Diet, health promotion, health education, school nurse, school and children obesity.

RESUMEN

Numerosos estudios ponen de manifiesto que los malos hábitos alimentarios condicionan el estado de salud. Para dar una respuesta efectiva al reto de mejorar la alimentación de la población es necesaria una actuación desde todos los ámbitos, cobrando un peso fundamental la educación en hábitos saludables y considerando el entorno escolar el escenario apropiado para inculcar hábitos saludables desde la infancia.

All-i-menta es un proyecto dirigido a alumnos de Primaria, puesto

en marcha en 3^o y 4^o curso del C.P. Mare Nostrum de Valencia. Tras entrevistarnos con los profesores, pasamos un primer cuestionario a los alumnos, donde confirmamos algunas conductas alimentarias que se pueden corregir.

El objetivo fundamental del proyecto es favorecer la adquisición y especialmente el mantenimiento de hábitos de alimentación sana.

Tras la finalización de los talleres, se pasó a los alumnos y a los tutores una encuesta de evaluación subjetiva, y un año después hemos

vuelto a pasar el mismo cuestionario de hábitos. Los resultados evidencian que el desarrollo del proyecto es un punto de partida adecuado para conseguir los objetivos deseados, pues se han producido algunos cambios positivos en los alumnos tras la intervención.

Palabras clave: Alimentación, promoción de la salud, EpS, enfermería escolar, escuela, obesidad infantil.

INTRODUCCIÓN

La Constitución Española reconoce como derechos fundamentales la salud y la educación en sus artículos 27 y 43; la educación sanitaria compete a las Administraciones Públicas según la Ley General de Sanidad.

La Ley 1/1994, de 28 de marzo de Salud Escolar de la Generalitat Valenciana, pretende adecuar el papel educador que la escuela tiene en todos los ámbitos como la salud y el consumo. Esta ley establece una colaboración estrecha entre las instituciones y profesionales de la sanidad y de la docencia.

En la misma línea, la LOE insta en su Preámbulo a que los objetivos educativos sean asumidos no sólo por las Administraciones educativas y por los componentes de la comunidad escolar, sino por el conjunto de la sociedad, asignando pues responsabilidad educativa a todas las personas e instituciones sociales, reforzando esta idea en el Capítulo IV, sobre la Cooperación entre Administraciones.

Según esta Ley, la FINALIDAD DE LA EDUCACIÓN PRIMARIA es proporcionar a todos los niños y niñas una educación que permita afianzar su desarrollo personal y su propio bienestar. Marca como OBJETIVOS de esta etapa educativa, contribuir a desarrollar en los niños y niñas las capacidades que les permitan valorar la higiene y la salud de su propio cuerpo, conocer y valorar la naturaleza y el entorno, adquirir habilidades para la prevención

de conflictos, desarrollar hábitos de trabajo individual y en equipo, entre otros; objetivos todos que –unos de forma directa, y otros de forma indirecta– se perseguirán en el presente proyecto educativo.

Según el MEC, la EDUCACIÓN PARA LA SALUD tiene como objetivo la adquisición de conocimientos y el desarrollo de hábitos que fomenten estilos de vida saludables que favorezcan el bienestar y el desarrollo personal, familiar y de la comunidad. Numerosos estudios ponen de manifiesto la importancia que reviste la ALIMENTACIÓN para mantener un buen estado de salud y prevenir muchas enfermedades (1).

Más de 1.000 millones de personas adultas en todo el mundo tienen sobrepeso y, de ellas, al menos 300 millones son obesas, de acuerdo a los datos que maneja la Organización Mundial de la Salud (OMS). En España, el índice de obesidad entre la población adulta es del 14,5% y en el caso de los ciudadanos con edades entre los 2 y los 24 años, el porcentaje es del 13,9%. Unas cifras preocupantes si se tiene en cuenta que la obesidad se asocia con enfermedades crónicas como cardiovasculares, hipertensión, diabetes o ciertos tipos de cáncer. De hecho, de los 10 factores de riesgo identificados por la OMS como claves para el desarrollo de enfermedades crónicas, cinco están estrechamente relacionados con la alimentación y el ejercicio físico (2).

Para dar una respuesta efectiva al reto de mejorar la alimentación de la población es necesaria una actuación desde todos los ámbitos, pero cobra un peso fundamental la educación en hábitos saludables desde edades tempranas. Nuestra propuesta es que la alimentación saludable se desarrolle en cada una de las aulas y en las diferentes etapas educativas. Para ello, se hace necesario incluirla de forma adecuada en el proyecto educativo del centro, en el proyecto curricular de etapa, y en la programación de aula.

OBJETIVOS

Los objetivos que nos hemos planteado en nuestro trabajo son:

- Valorar la salud del propio cuerpo, no sólo como la ausencia de enfermedad, sino como un bienestar físico, psicológico, y social, que hay que querer y cuidar.
- Valorar la influencia de la alimentación equilibrada y la actividad física en el mantenimiento y mejora de la salud.
- Desarrollar una actitud crítica razonada frente a los mensajes que comporten hábitos poco saludables, desde el medio social y la publicidad.
- Asumir con responsabilidad las decisiones personales respecto a las conductas que afecten a la propia salud.
- Desarrollar hábitos de trabajo individual y en equipo, aprendiendo valores y normas de convivencia.
- Potenciar el aprendizaje reflexivo y significativo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Todo aprendizaje surge de una interacción entre los conocimientos previos que el alumnado posee y el nuevo conocimiento a asimilar (3). Para procurar que el aprendizaje de los alumnos sea significativo, partiremos de su experiencia vital y sus hábitos alimentarios, comenzando las actividades con una indagación por parte de los alumnos sobre sus estilos de vida, como veremos en el desarrollo de las sesiones. Los resultados de este cuestionario sobre preferencias, que se adjuntan en anexos, nos orientaron sobre sus intereses concretos acerca de la alimentación, tal como explicaremos más adelante en la evaluación inicial. Esto favorece el aprendizaje significativo, pero también la motivación inicial.

Nos basaremos en la participación y responsabilidad de los estudiantes en su propio proceso de aprendizaje como requisito imprescindible para la construcción de sus conocimientos. Se les considera, por tanto, sujetos activos de sus aprendizajes, pues especialmente en el tema que nos ocupa, serán sujetos activos en los hábitos alimentarios que decidan incorporar a su vida. Las experiencias de aprendizaje en la Educación para la Salud aportan a los alumnos oportunidades para aplicarlas en su vida cotidiana (4).

Una estrategia especialmente efectiva es el trabajo en grupo de iguales, que se desarrollará sobre todo en la sesión última con el juego de mesa "El Glotonet". Sus principales ventajas son una

mayor adecuación de los contenidos y estrategias y una mayor motivación, además de potenciar habilidades de comunicación y valores de convivencia.

El guión de las intervenciones que después expondremos, estará sujeto a modificaciones derivadas de la evaluación continua de las interacciones "in situ", pues los alumnos, como protagonistas de su propio aprendizaje, podrán proponer y disponer, previa negociación dialéctica con la enfermera escolar que lleve a cabo la intervención educativa.

Las actividades y juegos han sido creados y elaborados por las autoras del Proyecto, procurando la innovación metodológica.

Nuestro proyecto se dirige a alumnos de 2º Ciclo de Primaria, es decir, 3º y 4º. Con estructura similar podría ajustarse a otros niveles educativos dentro de Primaria, pero hemos elegido esta etapa escolar por acotar los contenidos a un nivel específico y por accesibilidad a poner en marcha inmediatamente la intervención educativa en estos cursos del Colegio Público Mare Nostrum de Valencia, dentro del Programa de Educación para la Salud que está desarrollándose actualmente en esta escuela de Primaria por dos enfermeras del Grupo de Trabajo "Enfermería y Salud Escolar" del CECOVA.

Participaron un total de 70 alumnos, entre 3º y 4º curso: 4 grupos de alumnos (entre 14 y 25 alumnos por grupo), con línea en castellano y en valenciano. En estos alumnos se confirman los

datos generales sobre hábitos alimentarios de la población infantil y juvenil (Según datos de la Conselleria y del Ministerio de Sanidad y Consumo).

Los cuestionarios utilizados son de elaboración propia, excepto el de hábitos alimentarios elaborado por el grupo de trabajo ENSE de Alicante, a quienes agradecemos que lo hayan compartido con nosotras; dichos cuestionarios se pasaron en las aulas en horario lectivo y con la colaboración de los profesores.

DESARROLLO DE ACTIVIDADES**SESIÓN PREVIA:****ACTIVIDAD 1: "DINÁMICA DE PRESENTACIÓN"****OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Presentación mutua estableciendo un clima de confianza.

DESARROLLO:

Breve introducción sobre en qué va a consistir nuestro taller. Presentación con micrófono uno por uno, diciendo el nombre, una afición, y la comida preferida.

ACTIVIDAD 2: CUESTIONARIO: HÁBITOS ALIMENTARIOS**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Recoger información sobre los hábitos alimentarios de los alumnos.
- Indagación por parte del alumnado de sus propios hábitos alimentarios.

ACTIVIDAD 3: ENCUESTA: INTERESES DEL ALUMNADO**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Averiguar qué aspectos de la alimentación les interesan más a los alumnos para tratarlos durante el taller.

ACTIVIDAD 4: “¿QUÉ COMO?”**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Potenciar la reflexión sobre sus hábitos alimentarios, comenzando así el ciclo del aprendizaje significativo.

DESARROLLO:

Entregamos a los alumnos dos fichas para que las rellenen en casa y nos las entreguen en la primera sesión, sobre qué han comido durante un día laboral, y un domingo, detallando todas las comidas y todos los alimentos.

SESIÓN PRIMERA:**ACTIVIDAD 1: “LA RUEDA DE LOS ALIMENTOS”****OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Distinguir los diferentes grupos de alimentos, nutrientes y sus funciones.
- Adquirir nociones básicas de dieta equilibrada y dieta mediterránea.

DESARROLLO:

- La construcción de la Rueda será conjunta y activa por parte de los alumnos, ayudados por las orientaciones teóricas de las

enfermeras. Favorecemos así un aprendizaje constructivo, y no meramente memorístico.

- Cada alumno irá pegando su alimento en su grupo correspondiente.
- Compartiremos conocimientos sobre dieta equilibrada y dieta mediterránea.

ACTIVIDAD 2: “ANALIZANDO ETIQUETAS”**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Aprender a “leer” etiquetas, conociendo el significado de los términos.
- Conocer la composición de alimentos “de moda”.

DESARROLLO:

- Llevaremos al aula etiquetas de alimentos variados. Estudiaremos cuál es la estructura básica de una etiqueta y qué elementos suele presentar. Entre ellos, destacaremos el contenido de los diferentes nutrientes, aplicándolo a lo que ya hemos aprendido sobre la rueda de los alimentos.
- Entre las etiquetas, haremos mención especial a alimentos “de moda” entre los jóvenes, como bollería industrial, golosinas, gusanitos de diferentes marcas, y de diferentes bebidas como zumos, néctares, refrescos... Procuramos así enlazar la teoría con la vida real y cotidiana.

ACTIVIDAD 3: EXPERIMENTO**OBJETIVO ESPECÍFICO:**

- Concienciar de la importancia

de la adecuada conservación de los alimentos.

DESARROLLO:

- En esta primera sesión llevaremos un par de piezas de fruta, como una manzana y un plátano, los pelaremos y cortaremos por la mitad, y dejaremos al aire ambiente en la clase, en el lugar que acordemos con ellos, a la espera de ver qué ocurre en los siguientes días.

ACTIVIDAD 4: RECOGIDA DE LOS MENÚ DE LOS ALUMNOS**SESIÓN SEGUNDA:****ACTIVIDAD 1: “ANALIZO MI MENÚ”****OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Estudiar juntos los menús de los alumnos en relación a la rueda de los alimentos.
- Observar la presencia o no de “comida basura” en la dieta de los alumnos.
- Autoanálisis de los propios hábitos alimentarios.

DESARROLLO:

- Seleccionaremos de entre los menús de los alumnos, aquéllos más interesantes para ser analizados, que puedan servir de ejemplo a los demás. Los relacionaremos con la rueda de los alimentos estudiando si la alimentación de cada alumno es equilibrada.
- Compararemos la dieta de un día laboral y uno festivo.

■ Investigación & Cuidados

- Analizaremos también el menú de la escuela, de ese día, y si es posible del siguiente, según el interés de los alumnos.

ACTIVIDAD 2: “CUIDARSE ES SALUD”

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Distinguir a través de un juego aquellos hábitos alimentarios que son saludables.
- Comprender los factores que inciden en la adopción de hábitos alimentarios.

DESARROLLO:

- El juego consiste en la clasificación de fichas sobre hábitos alimentarios en dos columnas: “Me cuido” y “No me cuido”.
- Entre todos, iremos viendo hábito por hábito y ordenaremos las fichas por orden numérico. Si la clasificación ha sido correcta, se formará una frase: “CUIDARSE ES SALUD”.

ACTIVIDAD 3: EXPERIMENTO

Observaremos cómo están la manzana y el plátano... Se organiza un debate sobre la correcta conservación de los alimentos.

ACTIVIDAD 4: PROPUESTAS DE LOS ALUMNOS

OBJETIVO ESPECÍFICO:

- Estimular la aplicación de lo aprendido en casa. ¡en la cocina!

DESARROLLO:

- Esta actividad surge en respuesta a los resultados de las encues-

tas sobre intereses del alumnado, quienes eligieron entre sus temas preferidos las recetas de cocina.

- Presentaremos a los alumnos una recopilación de recetas sencillas y saludables para que puedan hacerlas en casa si alguno de ellos está interesado en aventurarse en la cocina. El recetario se quedará en la biblioteca del colegio para uso y disfrute de la comunidad escolar.

SESIÓN TERCERA: JUGUEMOS AL “GLOTONET”

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Reforzar conceptos básicos de alimentación y dieta equilibrada a través del aprendizaje colaborativo de forma lúdica.
- Conocer el cuerpo humano, en particular, el aparato digestivo y el proceso de la digestión a través del juego.
- Fomentar el trabajo en equipo y la cooperación entre iguales.

DESARROLLO:

- Se trata de un juego de mesa en el que el tablero es la silueta de un cuerpo humano, en el que está dibujado el aparato digestivo, dividido en casillas que iremos recorriendo con una ficha, respondiendo preguntas y realizando pruebas.

RESULTADOS

EVALUACIÓN INICIAL:

Tras una reunión previa entre el profesorado y las enfermeras escolares, los alumnos (n=70) cumplieron un primer cues-

tionario sobre hábitos alimentarios (5). A través de él detectamos cuáles eran los estilos alimentarios de los alumnos antes de la intervención educativa. Datos más destacables (gráficas 1, 2 y 3):

- El 18% de los alumnos desayuna bollería industrial.
- Sólo el 28% bebe zumo en el desayuno, y el 14% toma fruta.
- El 22% de los alumnos bebe menos de 1 litro de agua al día.
- Un 17% no toma verdura nunca, y sólo un 17% come verdura todos los días.
- En cambio, el 54% comen fruta a diario, aunque no sabemos la cantidad.
- Un 22% de los encuestados nunca come legumbres.
- Un 66% come carne más de 3 veces por semana; un 32% come pescado más de tres veces por semana y un 14% no lo consume nunca.
- El 23% come dulces y bolsas de fritos o similares todos los días.
- El 26% bebe refrescos carbonatados a diario.
- Un 62% se quedan en el comedor del colegio a comer a medio día.
- En cuanto a la televisión, un 66% cena viendo la televisión, un 55% merienda viéndola, y un 42% desayuna frente a ella. De hecho, es la televisión el hábito de ocio más frecuentado: cabe señalar que la mitad de los alumnos está frente a una pantalla (televisión, consola, ...) más de dos horas al día.

También se pasó un segundo cuestionario sobre las preferen-

cias de los alumnos de cara a nuestro proyecto (gráfica 4), nos ayudó a enfocar los contenidos a desarrollar en los talleres, haciendo más hincapié en el tema “Comer y beber sano”. Nos sorprendió que en segundo lugar eligieron el tema “Comprar y cocinar”, y por eso se preparó un Recetario Infantil.

EVALUACIÓN CONTINUA:

A través de la interacción con los alumnos, se crearán espacios de negociación y participación para hacer de las intervenciones un escenario flexible y adaptado a los intereses, conocimientos, habilidades y motivaciones del alumnado. Las preguntas y las expresiones de los alumnos nos servirán de aprendizaje como docentes para saber si están aprendiendo e incorporando significativamente las ideas.

EVALUACIÓN FINAL: inmediata, y un año después:

El día siguiente a la finalización del proyecto se pasó a los alumnos un último cuestionario subjetivo, de preguntas cerradas, para conocer la incidencia inmediata. El grado de satisfacción de los alumnos fue alto en general, remarcando aspectos como:

- Le gustó a un 99%.
- El 70% aseguró que había aprendido.
- El 65% reconocía haber cambiado sus hábitos alimentarios.
- El 70% compartió lo aprendido con su familia.
- El 98% repetiría los talleres.

- Tras la intervención, un año después, hemos vuelto a pasar el mismo cuestionario de hábitos alimentarios que se pasó inicialmente (n=65). Lo que nos ha servido para comparar la evolución de los hábitos de los escolares tras la implantación del proyecto.

AUTOEVALUACIÓN:

Como proceso de carácter formativo, orientado a mejorar nuestra labor pedagógica y a promover el desarrollo profesional continuo, favorece el reconocimiento de las fortalezas y la superación de las debilidades de los docentes, para lograr mejores aprendizajes en los alumnos. Consideramos una fortaleza pedagógica el hecho de ser un equipo de trabajo, pues nos sirve como autoevaluación la triangulación de pareceres o inquietudes. Para ello es fundamental la comunicación, el diálogo y la colaboración entre nosotros, y a su vez, junto con la maestra tutora de la clase.

En general, podemos considerar esta experiencia como muy positiva, pero creemos necesaria la continuidad y ampliación con actividades para profesores, padres y sociedad en su conjunto, pues la decisión de hábitos alimentarios no es sólo individual, sino que está influida por múltiples factores por lo que son necesarios más programas de educación para la salud globales y coordinados.

DISCUSIÓN

La comparativa de los resultados de los cuestionarios (gráfi-

ca 5) nos invita a reflexionar sobre las necesidades de los alumnos en cuanto a educación alimentaria. La alimentación de los jóvenes está cada vez más alejada de la dieta mediterránea según el Decálogo de la Dieta Mediterránea (6) ya que consumen más carne, bollería y refrescos que lo recomendado, mientras que la ingesta de frutas, verduras, cereales y pescado ha disminuido.

También observamos que dulces, papas, o refrescos (productos elaborados y de alto nivel calórico), forman parte de su dieta diaria en un número importante de ellos. Estos hábitos alimentarios van asociados en su mayoría a un consumo de televisión paralelo, sobretudo a la hora de la cena. A esto se suma el ocio sedentario (la televisión o consola), con todo lo que puede conllevar (falta de comunicación, consumo, modas publicitarias, aislamiento, etc.).

Los resultados evidencian que el desarrollo del proyecto es un punto de partida adecuado para conseguir los objetivos deseados, pues se han producido algunos cambios positivos en los alumnos tras nuestra intervención como por ejemplo: el aumento del consumo de fruta en el desayuno, la disminución del consumo de dulces, fritos, bollería y refrescos. Las cuestiones donde no se han producido cambios, nos sirven de indicativo para hacer mayor hincapié en esos temas en futuros proyectos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Agencia Española de Seguridad Alimentaria Estrategia NAOS. Invertir la tendencia de la obesidad. Madrid. 2005.
2. Fuster, P. et al. Guía de alimentación cardiosaludable en Atención Primaria., Editores: Félix, J y Pascual, V.
3. Aznar, P. (et. al.) Teoría de la Educación: un enfoque constructivista. Ed. Tirant Lo Blanc. 1999.

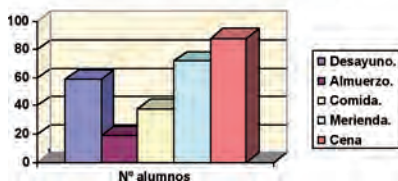
4. Delval, J. Aprender en la vida y en la escuela. Ed. Morata. Madrid. 1999.
5. Grupo de trabajo “Enfermería en Salud Escolar” (ENSE) de Alicante. Cuestionario de Salud Escolar.
6. Decálogo de la dieta mediterránea. IV Congreso Internacional de Barcelona sobre la Dieta Mediterránea. 2002 (www.dietamediterranea.com).

OTRA BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Quiles, J., Carlos S. ¡Comer bien para vivir mejor! Apuntes básicos de Alimentación y Nutrición.. Monografies sanitàries XXII. Serie D Núm 22. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat i Consum. IVESP. 1996.

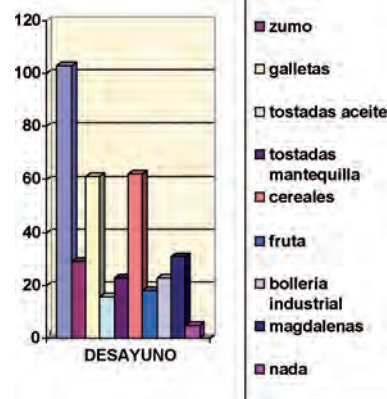
- Schön, D.A) La formación de profesionales reflexivos. Ed. Paidós-MEC. Barcelona, 1992.

¿Qué comidas haces al día?



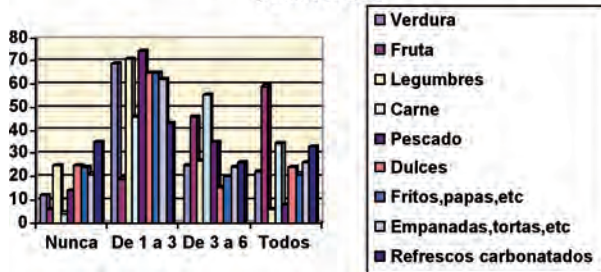
GRÁFICA 1

¿Qué tomas para desayunar?



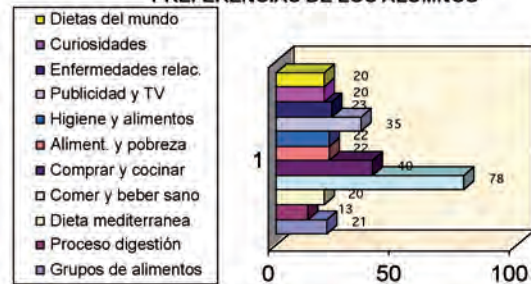
GRÁFICA 2

¿Cuántos días por semana consumes los siguientes productos?

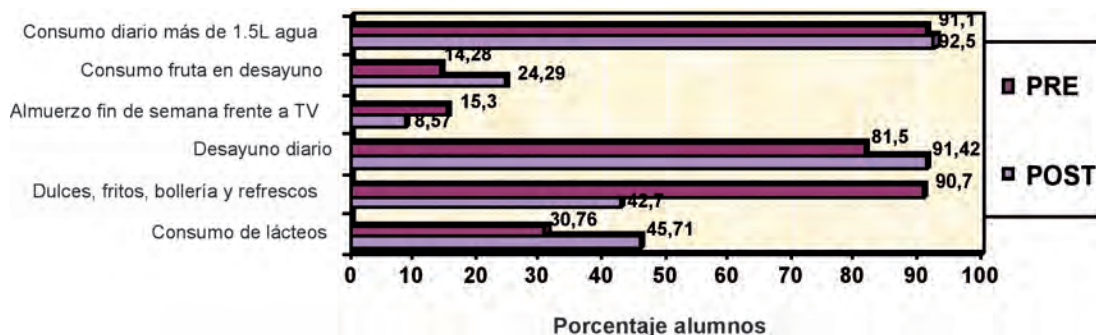


GRÁFICA 3

PREFERENCIAS DE LOS ALUMNOS



GRÁFICA 4



GRÁFICA 5

Efectividad del Consejo sobre Deshabitación Tabáquica en el Puerperio Hospitalario

II PREMIO CECOVA DE INVESTIGACION PARA RESIDENTES DE MATRONAS 2ª edición 2006

Autores: Ana Gallego Mahiques, Carolina Ruiz Cáceres, Estela Martí Beneito

Smoking cessation advice effectiveness in Hospital Postpartum

ABSTRAC

OBJECTIVE: to find out if smoking cessation advice during hospital postpartum is useful in stopping the habit, decreasing tobacco use or helping a phase change in both the woman and her partner.

METHODS: a quasiexperimental study was carried out in several hospitals in the Valencian Community (year 2005-2006), addressed to postpartum smoking women admitted in maternity wards and/or their partners. A total sample of 171 participants was recruited (123 women and 45 men). Some questionnaires were administered to participants which help us to obtain a sociodemographic profile of the sample, detailed information of their smoking habit and their tobacco dependence level.

Intervention group also received

a systematic brief intervention against smoking. In both groups there was a telephone follow-up one and three months after first contact, assessing the changes occurred regarding their smoking habit.

RESULTS: in the one and three-months post-intervention follow-up we found that:

The intervention benefited 28,6% men and 43,3% women, as all of them completely gave up smoking, in comparison with 5% men and 10,7% women in the control group.

The intervention also helped to reduce the number of cigarettes (men reduced an average of 5,1 cigarettes \pm 7,9 standard deviation and women 0,8 cigarettes \pm 5,2). However, we observed in the control group an increase of 0,9 cigarettes \pm 4,2 in men and also an increase

by 2,4 cigarettes \pm 4,2 in women.

Also after the intervention it was found a change in the phase of the smoking cessation process: 57,1% men and 52,2 % women, against 10% men and 14,28% women in the control group.

CONCLUSIONS: a brief systematic intervention against smoking during hospital postpartum was effective.

According to our data, the reinforcement carried out during follow-ups increase the chances of giving up smoking, reduce tobacco use intensity and/or helping to move forward in the process of phase changing. All the above suggests that new interventions could increase success rate.

Key words: Tobacco, postpartum, intervention and midwife.

RESUMEN

OBJETIVO: Conocer si el consejo sobre deshabituación tabáquica en el puerperio hospitalario propicia el abandono, la disminución del

consumo de tabaco o bien el cambio de fase, tanto en la púérpera como en su pareja.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un estudio cuasiexperimental en

varios hospitales de la Comunidad Valenciana (año 2005-2006), dirigido a las mujeres púérperas fumadoras ingresadas en la sala de maternidad y/o su pareja fumadora. El total

■ Investigación & Cuidados

de la muestra fue de 171 participantes (123 mujeres y 45 hombres).

Al total de participantes se les administró una serie de cuestionarios, obteniendo un perfil sociodemográfico de los mismos, una información detallada sobre su hábito tabáquico, así como su nivel de dependencia al tabaco.

Las personas incluidas en el grupo intervención recibieron, además, una intervención mínima sistematizada para dejar de fumar.

En ambos grupos hubo un seguimiento telefónico, al mes y a los 3 meses del primer contacto, valorando los cambios producidos con respecto al hábito tabáquico.

RESULTADOS: Tras la revisión realizada al mes y a los 3 meses, se observó que:

La intervención benefició al 28,6% de los hombres y al 43,3% de las mujeres, los cuales abandonaron completamente el hábito tabáquico, frente al 5% de los hombres y al 10,7% de las mujeres que lo abandonaron en el grupo control.

Además, en la intervención se obtuvieron beneficios en cuanto a la reducción del nº de cigarrillos, (los hombres redujeron una media de 5,1 cigarrillos \pm 7,9 desviación típica y las mujeres 0,8 cigarrillos \pm 5,2), en contraposición al grupo control, en el que se observó un aumento de 0,9 cigarrillos \pm 4,2 en hombres y un aumento de 2,4 cigarrillos \pm 4,2 en mujeres.

Otro aspecto que mejoró con nuestra intervención, fue el cambio de fase en el proceso de abandono

del hábito tabáquico: 57,1% hombres y 52,2 % mujeres, frente al 10% de hombres y 14,28% de mujeres en el grupo control.

CONCLUSIONES: La intervención mínima sistematizada para dejar de fumar, realizada en el puerperio hospitalario, ha sido efectiva.

Según los datos obtenidos en nuestro trabajo, el refuerzo realizado durante el seguimiento aumenta el abandono del hábito tabáquico, reduce la intensidad de consumo y/o ayuda a avanzar en el proceso de cambio de fase. Todo ello indica que nuevas intervenciones podrían elevar las tasas de éxito

Palabras clave: Tabaco, puerperio, intervención, matrona.



INTRODUCCIÓN

El hábito de fumar es uno de los principales problemas de salud nuestro país y del mundo moderno. El tabaco constituye en los países desarrollados la primera causa prevenible de pérdida de

salud y de muerte evitable y prematura. Por tanto, el tabaquismo es el principal problema de salud pública susceptible de prevención. El dejar de fumar es la principal decisión en materia de salud que puede adoptar un fumador a lo largo de toda su vida¹.

Los costes sanitarios, familiares y sociales derivados del consumo de tabaco son muy elevados. El Ministerio de Sanidad y Consumo ha estimado que, en 2001, el gasto médico directamente dependiente de enfermedades atribuibles al tabaco ha superado los 605.000 millones de pesetas².

En consecuencia, el Ministerio de Sanidad ha catalogado el hábi-

to tabáquico como un problema de salud pública de primer orden.

Durante mucho tiempo se sostuvo que las mujeres presentaban cierta inmunidad frente al tabaco, debido a que el hábito tabáquico era sobre todo masculino, y la mayoría de evidencia científica se realizó en varones³. En la actualidad, en el mundo occidental, la prevalencia del tabaquismo entre las mujeres ha aumentado considerablemente y actualmente se sabe que el tabaco afecta a ambos sexos por igual. Además, en la mujer, existen unas especificidades en cuanto a los riesgos del hábito tabáquico: Existe un aumento del riesgo de infarto agudo de miocardio en aquellas

mujeres mayores de 35 años que fuman y toman anticonceptivos orales, mayor riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria y de embarazo ectópico, disminución de la fertilidad, aumento del riesgo de aborto, parto prematuro y bajo peso al nacer, aparición más temprana (1 año de adelanto) de la menopausia y riesgo aumentado de fracturas de cadera.

El mayor aumento de prevalencia de tabaquismo en las mujeres se ha dado principalmente en edades comprendidas entre los 25 y los 44 años, que precisamente son las que presentan las mayores tasas de fertilidad en nuestro medio. Está demostrado que durante el embarazo el tabaco es perjudicial para el feto, siendo uno de los pocos factores prevenibles asociados con el bajo peso al nacer, el nacimiento pretérmino y la muerte perinatal⁴. Sin embargo, también es cierto que el embarazo es una situación fisiológica, en la cual las mujeres prestan una mayor atención a su estilo de vida y por lo tanto, están más motivadas para abandonar el hábito tabáquico. De hecho, hay un porcentaje de mujeres que abandonan el tabaco de forma espontánea durante el embarazo⁵.

Sin embargo, si bien es cierto que durante el embarazo hay un porcentaje de mujeres que abandonan espontáneamente el hábito tabáquico o reducen el número de cigarrillos, se ha observado que existe una recaída importante en el posparto⁶.

En un trabajo realizado por Doz Mora JF, et al, sobre el aban-

dono del hábito tabáquico durante el embarazo y el postparto, se obtuvieron los siguientes resultados: de las gestantes que fumaban antes del embarazo, un 46% dejó de fumar (la mayoría lo hizo antes de la primera visita de control); otro 44% disminuyó el consumo de tabaco; respecto al total de las gestantes el 27% fumó durante el embarazo. En el postparto, el 80,3% de las gestantes que dejó de fumar, recayó.

El concepto de fumador pasivo, utilizado para calificar a quienes respiran el ambiente polucionado, ha sido ampliamente difundido desde los años 70, donde comienzan a ponerse en evidencia los efectos del humo de tabaco ambiental sobre el individuo no fumador⁷.

Al igual que la exposición al humo de tabaco es perjudicial para el feto durante el embarazo, también son conocidas las consecuencias de esta exposición en los recién nacidos de padres fumadores.

En primer lugar, la madre fumadora tiene una producción de leche inferior que la no fumadora, pero además es menos proclive a dar de mamar y pasa antes a la lactancia artificial que la mujer no fumadora. Además, la leche materna de fumadoras, contiene menor cantidad de yodo que la obtenida de no fumadoras.

También el hábito de fumar en los padres confiere un riesgo significativamente mayor del síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL), siendo el factor de riesgo modificable más fuerte del SMSL.

Parece demostrado, además, el papel del tabaquismo pasivo como factor de riesgo en la aparición de enfermedades de las vías respiratorias bajas. Existe una relación entre la exposición al humo del tabaco en edades tempranas de la vida y el posterior desarrollo de hiperreactividad bronquial, así como alteraciones en las pruebas de función respiratorias e infecciones de vías respiratorias altas y bajas (neumonías, otitis medias).

Una manifestación global de cómo los niños que conviven con fumadores tienen, en general, peor estado de salud, lo constituye el hecho de que muestren mayor absentismo escolar.

Por tanto, el hábito de fumar en los padres, es una fuente común, pero prevenible de morbilidad en la lactancia y la niñez. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha identificado la necesidad de reducir el hábito de fumar en los padres como un elemento clave de acción para promover la salud y el desarrollo en la primera infancia⁸.

El papel del personal sanitario puede ser esencial para inducir a la persona a dejar de fumar. En concreto, la matrona, por su proximidad al usuario, se encuentra en una situación especial en relación con las posibilidades de intervención sobre el tabaquismo.

Las intervenciones de baja intensidad, como conversaciones breves de consejo y la entrega de material educativo, han demostrado aumentar significativamente la

■ Investigación & Cuidados

tasa de abandono del hábito tabáquico⁹.

Nuestro estudio pretende demostrar que el puerperio hospitalario es un momento clave para plantearse dejar de fumar y tener éxito en el intento, puesto que es una etapa de especial sensibilidad y receptibilidad para los consejos de salud, lo que los hace especialmente eficaces¹⁰.

HIPÓTESIS

La realización de una intervención por parte de la matrona para dejar de fumar durante el puerperio hospitalario, es efectiva para que las puérperas y/o sus parejas lo logren con éxito a corto y medio plazo.

OBJETIVOS

Objetivo general: Conocer si el consejo sobre deshabituación tabáquica en el puerperio hospitalario propicia el abandono, la disminución del consumo de tabaco o bien el cambio de fase tanto en la puérpera como en su pareja.

Objetivos específicos: Obtener el perfil de las mujeres puérperas y/o su pareja fumadora que ingresen en la sala de maternidad. (Variables sociodemográficas, obstétricas, datos sobre el consumo de tabaco, Test de Fagerström simplificado, Test de Glover-Nilson, Test de Richmond) y valorar si el profesional sanitario (matrona, médico) realiza consejo mínimo sobre deshabituación tabáquica.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio cuasiex-

perimental (grupo intervención-grupo control) en varios hospitales de la Comunidad Valenciana durante los años 2005-2006. Nuestro estudio estuvo dirigido a un grupo de mujeres puérperas fumadoras ingresadas en la sala de maternidad y/o su pareja fumadora: 123 fueron mujeres y 45 hombres. En total nuestra muestra fue de 171 participantes.

En primer lugar, se realizó una encuesta a la mujer puérpera y/o a su pareja, previo consentimiento informado verbalmente, en la que se le indicaba que habría un seguimiento telefónico al mes y a los tres meses.

PROCEDIMIENTO

En primer lugar, se obtuvo una lista de las mujeres puérperas y/o pareja de las salas de maternidad, que fumaban o llevaban menos de 1 año sin fumar. Seguidamente, eran incluidos aleatoriamente en el grupo de intervención o de control.

A todos lo que accedieron a participar en nuestro estudio se les administró: Hoja de recogida de datos sociodemográficos, obstétricos y hábito tabáquico, test de Fagerström simplificado, test de Glover-Nilson y test de Richmond.

A las personas incluidas en el grupo intervención, según la fase en que se encontraban en el proceso de deshabituación (según la normativa de la SEPAR)¹¹, se les realizó: Fase de precontemplación: consejo sanitario, folleto informativo; Fase de contemplación: consejo sanitario, folleto

informativo y guía de ayuda; Fase de preparación: consejo sanitario, folleto informativo, guía de ayuda, recomendar visita médico de familia para programa terapéutico específico (UCA, psicólogo...); Fase de acción: consejo sanitario, folleto informativo, guía de ayuda, recomendar visita médico de familia y reforzar la conducta y Fase de mantenimiento: reforzar la conducta.

En ambos grupos se realizó un seguimiento por vía telefónica, en el cual, mediante un nuevo cuestionario, se valoró si se había producido algún cambio con respecto al hábito tabáquico. Este seguimiento se realizó al mes y a los tres meses desde la primera encuesta.

RESULTADOS

Todos los datos fueron insertados en una base de datos Access y analizados con el programa SPSS 12.0. Se comprobó la diferencia de porcentajes de fumadores en el grupo de intervención frente al grupo control mediante la prueba de Chi cuadrado, la diferencia de nº de cigarrillos en el grupo de intervención frente al grupo control con la prueba de Levene y T para la igualdad de varianzas, y la diferencia en el cambio de fases en el grupo de intervención frente al grupo control con la prueba de Mann-Whitney.

Características de la muestra

Nuestra muestra está formada por 171 personas, de las cuales 72% son mujeres y 28% son hom-

bres, con una edad media de $31,7 \pm 4,6$ años (límites 18-46). Del total de la muestra 95 personas pertenecen al grupo intervención y 66 al grupo control (tabla 1)

En la tabla 2 se describen las características sociodemográficas de la muestra, distribuidas según el sexo; en la tabla 3, las características obstétricas de las mujeres pertenecientes a nuestro estudio y en la tabla 4.1, 4.2, 4.3, el hábito tabáquico.

El tipo de dependencia tabáquica que presentaba nuestra muestra al inicio de nuestra intervención, quedó distribuida según se indica el gráfico 1.1 y 1.2.

En cuanto al abandono del hábito tabáquico, en la revisión realizada al mes del primer contacto se observa que:

De los 28 hombres pertenecientes al grupo intervención, 5 han dejado de fumar y 23 no. De los 20 pertenecientes al grupo control, 1 ha dejado de fumar y 19 no ($p=0,184$).

A los tres meses del primer contacto se observa que, de los 28 hombres pertenecientes al grupo intervención, 8 han dejado de fumar y 20 no. De los 20 hombres pertenecientes al grupo control, 1 ha dejado de fumar y 19 no ($p=0,039$).

Por lo que se refiere a las mujeres, en la revisión realizada en el primer mes, podemos ver que:

De las 67 pertenecientes al grupo intervención, 22 han dejado de fumar y 45 no. De las 56 mujeres perteneciente al grupo control, 8 han dejado de fumar y 48 no ($p=0,017$).

En la revisión realizada a los 3 meses, los resultados son:

De las 67 mujeres pertenecientes al grupo intervención, 29 han dejado de fumar y 38 no. De las 56 mujeres del grupo control, 6 han dejado de fumar y 50 no ($p=0$). (Gráfico 2)

En lo relativo a la reducción del consumo de tabaco, pasado el primer mes, los hombres pertenecientes al grupo intervención han reducido una media de 4 cigarrillos $\pm 7,5$, mientras que en el grupo control se observa un aumento $0,7$ cigarrillos $\pm 4,1$.

Pasados los 3 primeros meses, los hombres pertenecientes al grupo intervención han reducido el consumo de tabaco en una media $5,1$ cigarrillos $\pm 7,9$, mientras que en el grupo control se observa un aumento de $0,9$ cigarrillos $\pm 4,2$.

En el grupo de mujeres, los resultados obtenidos al analizar esta variable son:

Al mes del primer contacto, las mujeres pertenecientes al grupo intervención, han reducido una media de $0,3$ cigarrillos $\pm 4,3$. Esto contrasta con el grupo control, en el cual se observa un aumento $1,4$ cigarrillos $\pm 4,2$.

A los tres meses, las mujeres pertenecientes al grupo intervención, han reducido el consumo en $0,8$ cigarrillos $\pm 5,2$. Sin embargo, en el grupo control, han aumentado una media de $2,4$ cigarrillos $\pm 4,2$. (Gráfico 3)

Al analizar los cambios de fase producidos en el proceso de abandono del hábito tabáquico, encontramos que:

Al cabo de un mes, de los hombres incluidos en el grupo control y que se encontraban en fase de precontemplación, mejoraron de fase un $12,5\%$. De los que estaban en fase de contemplación empeoraron de fase un 33% . No se observan cambios en la fase de mantenimiento.

En la revisión realizada a los 3 meses, se observa que, de los hombres clasificados en la fase de precontemplación, el $12,5\%$ mejoran de fase. No hay cambios en el resto de fases.

En el grupo intervención, durante el primer mes, sucedió que:

De los hombres que se encontraban en fase de precontemplación, mejoraron el 48% ; de los que estaban en la fase preparación, el 100% pasaron a mejor fase; el 100% del grupo de acción mejoran y, por último, los hombres pertenecientes a la fase de mantenimiento, siguen sin cambios.

Al analizar los cambios producidos a los 3 meses, vemos que:

De los hombres que estaban en fase precontemplación, mejoraron un 56% . También observamos una mejoría en los hombres que estaban en fase preparación y acción (100%). No observamos cambios en los hombres que estaban en fase mantenimiento.

La evolución que siguieron las mujeres sobre las que no se intervino, fue:

En el primer mes, de las que estaban en fase precontemplación, mejoraron de fase un $3,8\%$; de las que se encontraban en fase de contemplación, empeoran un

■ Investigación & Cuidados

10,5% y mejoran de fase, un 26,3%.

A los tres meses, de las mujeres que estaban en fase de precontemplación, mejoran de fase un 19,2%; de las pertenecientes a la fase de contemplación, empeoran un 15,8% y mejoran un 10,5%; en la fase de preparación, no hay cambios; en el grupo acción, mejoran todas y en fase mantenimiento, sufren recaídas un 44,4%.

En cuanto al grupo intervención, en el primer mes se observa que:

De las mujeres que estaban en fase precontemplación, pasan a mejor fase un 53,4%; de las pertenecientes a la fase contemplación mejoran un 33,3%; en la fase preparación, también hay una mejoría (60%); mejoran también todas las que estaban en fase de acción. De las mujeres en fase mantenimiento, sufren recaídas un 6,3%.

A los tres meses, de las mujeres en fase precontemplación, mejoran un 63,3%; de las que estaban en fase contemplación, mejoran un 66,7%; en la fase de preparación hay un 80% de mujeres; de las que se encontraban en fase acción, mejoran todas. En la fase de mantenimiento se observan recaídas (12,5%), aunque se mantienen sin fumar el 87,7%.

En la fase preparación no hay cambios. Del grupo acción mejoran todas y en fase mantenimiento sufren recaída un 22,2% (gráfico 4).

CONCLUSIONES

Tras revisar la bibliografía sobre el tema no se encuentran

estudios referentes a intervenciones para la deshabituación tabáquica en el puerperio para poder establecer comparaciones, si sobre intervenciones en el embarazo¹².

Nuestra intervención para dejar de fumar durante el puerperio hospitalario dirigida a la puérpera y/o su pareja, basada en una intervención mínima sistematizada sobre el tabaquismo, ha sido efectiva.

De hecho, la intervención benefició al 28,6% de los hombres y al 43,3% de las mujeres, los cuales abandonaron completamente el hábito tabáquico, frente al 5% de los hombres y al 10,7% de las mujeres que lo abandonaron en el grupo control.

Tal y como se plasma en nuestro estudio, nuestra intervención en el puerperio logró que un 55,5% de los participantes en nuestro trabajo abandonaran el hábito tabáquico y evitó las posibles recaídas. De hecho, de las mujeres a las que se realizó intervención, sólo han recaído 2, siendo el doble las mujeres que han recaído en el grupo control. Similar a otros estudios realizados sobre reincidencia en el hábito de fumar¹³.

Además, en la intervención se obtuvieron beneficios en cuanto a la reducción del nº de cigarrillos, en una media de 5,07 cigarrillos \pm 7,9 en hombres y 0,8 cigarrillos \pm 5,2, en contraposición al grupo control en el que se observó un aumento de 0,9 cigarrillos \pm 4,2 en hombres y de 2,4 cigarrillos \pm 4,2 en mujeres.

Otro aspecto que mejoró con nuestra intervención, fue el cambio de fase producido en el proceso de abandono del hábito tabáquico (fase precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y recaída): 57,14% hombres y 52,2% mujeres pertenecientes al grupo intervención mejoraron, frente al 10% de hombres y 14,28% de mujeres que mejoraron en el grupo control.

Según los datos obtenidos en nuestro trabajo, que son acordes con otros estudios¹⁴, el refuerzo realizado en el último seguimiento, aumenta el abandono, reduce la intensidad de consumo y/o evolucionan en el proceso de cambio de fase. Por lo tanto, nuevas intervenciones podrían elevar las tasas de éxito.

Queremos resaltar que, al preguntar a las mujeres si su matrona le ha sugerido dejar de fumar, un 69,1% contesta afirmativamente y el resto contesta que "nunca". Al realizar la misma pregunta referida al profesional médico, contesta afirmativamente un 36,6% de las mujeres y el resto responde que "nunca".

Podríamos decir, al igual que lo observado en otros estudios¹⁵, que la información dada sobre el tabaquismo por los profesionales sanitarios, es deficiente. La escasa formación en el abordaje preventivo, diagnóstico, y terapéutico del tabaquismo, quizás sea una de las causas.

Destacamos que, el principal aspecto que motiva a los hombres a dejar de fumar, según respondie-

ron estos en nuestro cuestionario, es mejorar su salud; sin embargo, la principal motivación de las mujeres, es el hecho de mejorar la salud de su hijo.

Aunque el resultado de nuestra intervención ha sido positiva en ambos sexos, se observa claramente mayor beneficio en el grupo de mujeres, por lo tanto consideramos que podría ser interesante la realización de programas específicos que tengan en cuenta la diferencia de género.

El rol de la matrona en el control del tabaquismo, es muy amplio y constituye un proyecto de futuro para la disciplina, por su papel educador, de control del tabaquismo en la asistencia, docencia e investigación y por el rol social que realiza en el control de la pandemia. Las matronas tenemos que ser agentes de cambio en nuestra sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

- Villalbí JR, Pasarín MI, Nebot M, Borrell C. Mortalidad por cáncer de pulmón: inicio de declive en los varones de Barcelona. *Med Clin (Barc)* 2001; 117:727-31.
- Pardell H. Quit and Win. I Jornadas Nacionales de la Sociedad Española de Especialistas en tabaquismo (SEDET). Madrid, 2002.
- Hernández del Rev I, Romero Palacios PJ, González de Vega JM, Romero Ortiz A, Ruiz Pardo MJ. Tabaquismo en la mujer. Revisión y estrategias futuras. *Prev Tab* 2000; 2(1):45-54.
- Carrión Valero F, Maya Martínez M, Pont Martínez P, Tortajada Martínez M, Marín Pardo J. Consejo médico personalizado en el tratamiento del tabaquismo en el embarazo. *Archivos de bronconeumología*. Agosto 2003. volumen 39- número 08 p.346-352.
- Flores Mateo G, García Vidal D, Ódena Estrade A, Ibáñez Melendez Y, Daufí Subirats C y Bravo Lara E. Tabaco y embarazo ¿quién está más motivado para dejar de fumar? *Atención Primaria* Vol.26. suplemento 1, noviembre 2000.
- Lelong N, Kaminski M, Laurel-Cubizolles MJ, Bouvier-Colle MH. Postpartum return to smoking among usual smokers who quit during pregnancy. *European Journal Public Health* 2001,334-339.
- Cano Fernández J, Zabaleta Camino C, de la Torre Montes de Neira E, Yep Chullen GA, Melendi Crespo JM, Sánchez Bayle M. Tabaquismo pasivo prenatal y postnatal y bronquiolitis. *An Pediatr* 2003; 58(2):115-20.
- Roseby R, Waters E, Polnay A, Campbell R, Webster P, Spencer N. Programas de control del hábito de fumar para familiares y cuidadores para reducir la exposición de los niños al humo del tabaco en el medio ambiente. (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca de The Cochrane Plus, 2005 número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2005 issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd).
- Ministerio de Sanidad y Consumo. ISC III. Informe de Evaluación de tecnologías Sanitarias nº 40 Madrid, Septiembre de 2003. Evaluación de la eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar.
- Lando HA, Valanis BG, Lichtenstein E, Curry SJ, McBride CM, Pirie PL, Grothaus LC. Promoting smoking abstinence in pregnant and postpartum patients: a comparison of 2 approaches.
- Barrueco M, Hernández M.A, Torrecilla M. Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo 2003.
- Lumley J, Oliver SS, Chamberlain C, Oakley L. Intervenciones para promover el abandono del hábito de fumar durante el embarazo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca de The Cochrane Plus, 2005 número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2005 issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd).
- Hajek P, Stead LF, West R, Jarvis M. Intervenciones para la prevención de la reincidencia en el hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca de The Cochrane Plus, 2005 número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2005 issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd).
- Castellanos M.E, Nebot M, Rovira M.T, Pallá A, Muñoz M.I, Carreras R. Impacto del consejo medico para dejar de fumar durante la gestación. *Aten Primaria* 2002.30 - noviembre. 30(9): 556-560.
- Izquierdo M.A, Rebollo P, Martínez de Oporto P, Muñiz E, González M.M, Delgado R. El factor de riesgo Tabaco, nuestra asignatura pendiente. *Prev. Tab* 2003 5(3): 170-174.

OTRA BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Banegas JR, Rodríguez J, Graciana A, Villar F. Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1998. *Med. Clin (Barc)* 2001; 117:692-4.
- Cabezas C. Guías para ayudar a la gente a dejar de fumar. En: Guías de Educación Sanitaria y promoción de la salud del PAPPs. PAPPs-semFYC 2000.
- Directrices clínicas prácticas para el tratamiento del consumo y la dependencia del tabaco. Un informe del Public Health Service de los Estados Unidos. *JAMA* 2000; 54.
- Lancaster T, Stead L, Silagy CH, Sowden A. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings the Cochrane Library. *Br Med J* 2000;321: 355-8.
- Lantz PM, Jacobson PD, Warner KE, Wasserman J, Pollack HA, Berson J. Investing in youth tobacco control: a review of smoking prevention and control strategies. *Tob Control* 2000; 9:47-63.
- Stead LF, Lancaster T, Perera R. asesoramiento telefónico para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca de The

Investigación & Cuidados

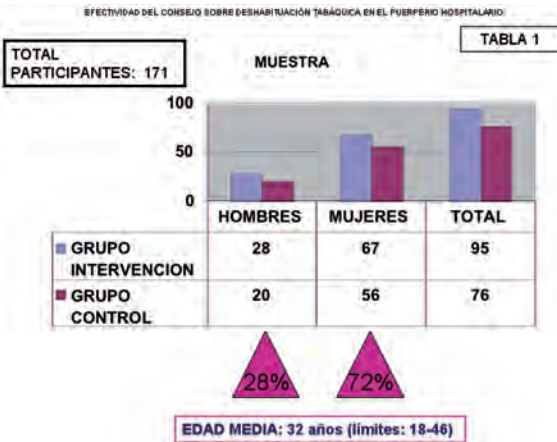
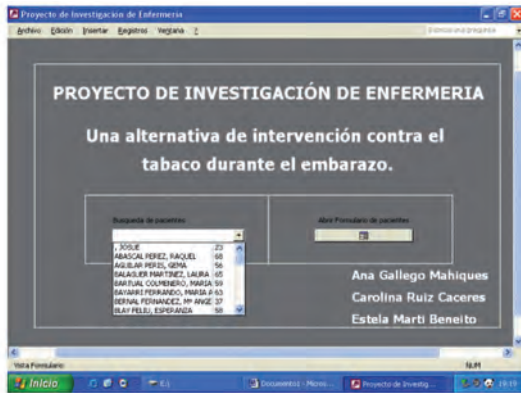
Cochrane Plus, 2005 número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2005 issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd).

- Sowden AJ, Arblaster L. Mas media intervetion for Preventing smoking in young people (Cochrane Review). Oxford, Update Software. The Cochrane Library 2001.
- Tonnesen P. Como reducir el hábito tabáquico entre los adolescentes. Eur Resp J 2002; 3(3):173-5.

- Torrecilla M, Domínguez F, Torres A, Cabezas C, Jiménez Ruiz C, Barrueco M. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del fumador. Documento de consenso. Aten Primaria 2002; 30(5):310-7.
- Ventura SJ, Hamilton BE, Mathews TJ, Chandra A. Trens and variations in smoking during pregnancy and low birth weight: evidence from the birth certificate, 1990-2000. Pediatrics 2003; 111: 1176-80.

AGRADECIMIENTOS

Dña. Laura Fitera, Francisco Donat, Francisco García, Julián González, Ferrán Ballester y por supuesto, a todas las mujeres y parejas que han participado, haciendo posible la realización de este trabajo.



EFFECTIVIDAD DEL CONSEJO SOBRE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN EL PUERPERIO HOSPITALARIO

TABLA 2

CARÁCTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

ESTADO CIVIL	HOMBRE	CASADO	66,7%
	MUJER	CASADA	78%
NIVEL DE ESTUDIOS	HOMBRE	ESTUDIOS PRIMARIOS	52,1%
	MUJER	ESTUDIOS PRIMARIOS	39%
PROFESIÓN	HOMBRE	ASALARIADO	93,6%
	MUJER	ASALARIADA	68,3%
ENFERMEDADES PREVIAS	HOMBRE	SIN ENF.PREVIA	72,9%
	MUJER	SIN ENF.PREVIA	80,7%

EFFECTIVIDAD DEL CONSEJO SOBRE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN EL PUERPERIO HOSPITALARIO

TABLA 3

CARÁCTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS

		n	%
Embarazo buscado	Sí	121	78,6
	No	33	21,4
	Total	154	100,0
Embarazo aceptado	Sí	152	98,7
	No	2	1,3
	Total	154	100,0
Lactancia	Artificial	46	30,1
	Natural	107	69,9
	Total	153	100,0
Educación maternal	Sí	79	52,3
	No	72	47,7
	Total	151	100,0
Uso de anticonceptivos	No	17	11,2
	Sí	135	88,8
	Total	152	100,0
Tipos de anticonceptivos	Diu	6	4,4
	Hormonal	61	45,2
	Natural	19	14,1
	Barrera	49	36,3
	Total	135	100,0

EFFECTIVIDAD DEL CONSEJO SOBRE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN EL PUERPERIO HOSPITALARIO

TABLA 4.1

HÁBITO TABÁQUICO

CIGARRILLOS	ANTES EMBARAZO	11-20 CIGARRILLOS	46,2%	
	DURANTE EMBARAZO	≤10 CIGARRILLOS	52,6%	17% DEJAN DE FUMAR
EDAD DE INICIO	HOMBRE	17 AÑOS (9-25)		
	MUJER	17 AÑOS (9-25)		
AÑOS FUMANDO	HOMBRE	16 AÑOS (3-34)		
	MUJER	13 AÑOS (2-24)		
MOTIVO DE INICIO	HOMBRE	FUMABAN CASI TODOS MIS AMIGOS	64,6%	
	MUJER	FUMABAN CASI TODOS MIS AMIGOS	52,0%	
FUMADORES CONVIVIENTES	HOMBRE	CÓNYUGE/PAREJA	58,3%	
	MUJER	CÓNYUGE/PAREJA	72,4%	

EFFECTIVIDAD DEL CONSEJO SOBRE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN EL PUERPERIO HOSPITALARIO

HÁBITO TABÁQUICO

TABLA 4.2

PROGENITORES FUMADORES	HOMBRE	PADRE	85,4%	
	MUJER	PADRE	62,6%	
AMIGOS FUMADORES	HOMBRE	SI	97,9%	
	MUJER	SI	99,2%	
FUMA EN DOMICILIO	HOMBRE	ANTES	SI	83,3%
		DURANTE	SI	70,8%
	MUJER	ANTES	SI	78,9%
		DURANTE	SI	67,5%
FUMA EN EL LUGAR DE TRABAJO	HOMBRE	ANTES	SI	85,4%
		DURANTE	SI	75%
	MUJER	ANTES	SI	87,5%
		DURANTE	SI	47,2%

EFFECTIVIDAD DEL CONSEJO SOBRE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN EL PUERPERIO HOSPITALARIO

GRÁFICO 1.1

TIPO DE DEPENDENCIA TABÁQUICA



EFFECTIVIDAD DEL CONSEJO SOBRE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN EL PUERPERIO HOSPITALARIO

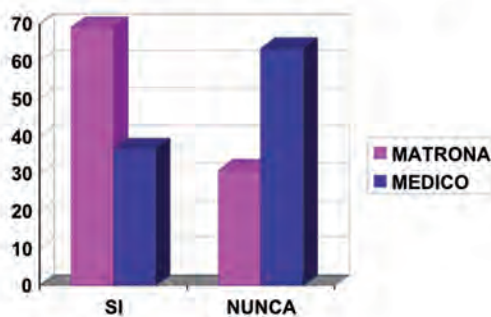
HÁBITO TABÁQUICO

TABLA 4.3

INTENTOS PREVIOS	HOMBRE	1 INTENTO	35,4%
	MUJER	NINGUN INTENTO	36,6%
TERAPIAS DE AYUDA	HOMBRE	NO	83,3%
	MUJER	NO	82,1%
RAZONES DEL FRACASO	HOMBRE	AMBIENTE DE FUMADORES	27,1%
	MUJER	ESTRES	17,9%
FASE DE PROCESO DESHABITUACIÓN	HOMBRE	CONTEMPLACIÓN	85,4%
	MUJER	CONTEMPLACIÓN	45,5%

Información dada por los profesionales

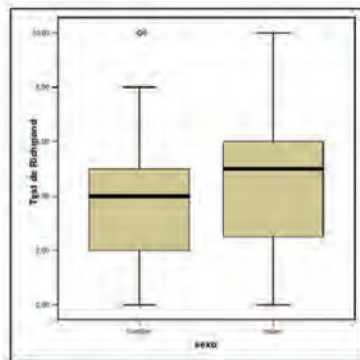
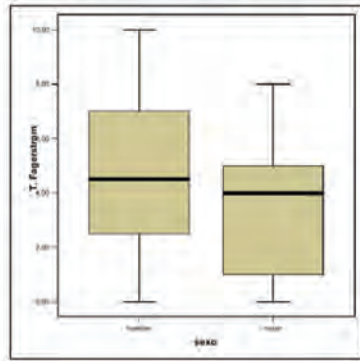
- ¿Le han sugerido dejar de fumar?



EFFECTIVIDAD DEL CONSEJO SOBRE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN EL PUERPERIO HOSPITALARIO

GRÁFICO 1.2

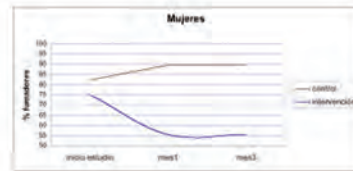
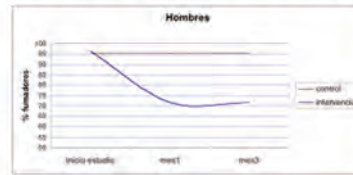
TIPO DE DEPENDENCIA TABÁQUICA



EFFECTIVIDAD DEL CONSEJO SOBRE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN EL PUERPERIO HOSPITALARIO

GRÁFICO 2

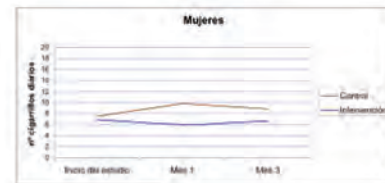
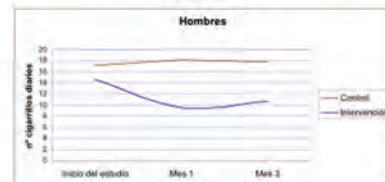
ABANDONO DEL HABITO



EFFECTIVIDAD DEL CONSEJO SOBRE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN EL PUERPERIO HOSPITALARIO

GRÁFICO 3

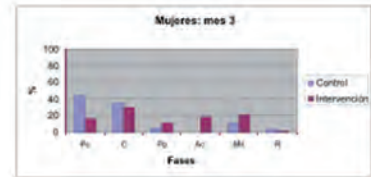
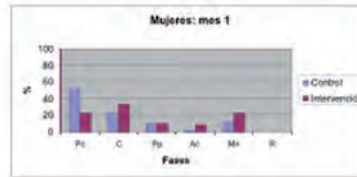
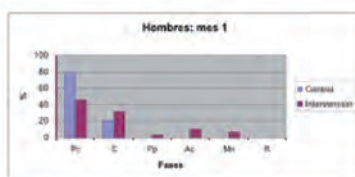
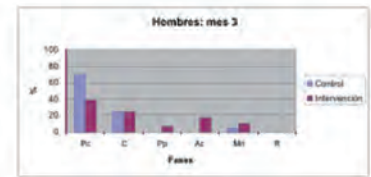
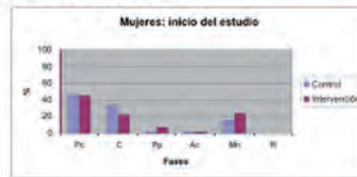
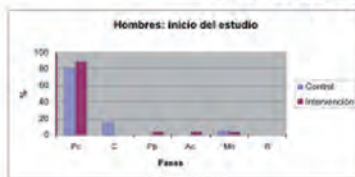
REDUCCIÓN DEL CONSUMO DE TABACO



EFFECTIVIDAD DEL CONSEJO SOBRE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN EL PUERPERIO HOSPITALARIO

GRÁFICO 4

CAMBIOS DE FASE



La Educación para la Salud del siglo XXI: Comunicación y Salud

M^a Isabel Serrano González - Díaz de Santos- Madrid 1998

El libro se estructura en 5 secciones. La primera sección se refiere a una serie de aspectos que constituyen el marco teórico de la Educación para la Salud junto con los instrumentos claves para su desarrollo en el siglo XXI; los grandes cambios socio-sanitarios del siglo

XXI, la educabilidad de la salud, los métodos cuantitativos de investigación en educación para la salud, la metodología de trabajo en EpS, la autoestima y salud, el trabajo en grupo y el desarrollo de conductas preventivas, la influencia en el comportamiento de la comunicación y el mensaje educativo y la educación en valores y transversalidad.

La segunda sección comprende unos capítulos que presentan los grandes problemas de salud del siglo XXI en los que puede incidir la EpS:

Anorexia y bulimia, la violencia, la enfermedad mental, la relación médico-paciente, las drogas, el sida, problemas de salud de la infancia y la escuela, accidentes de tráfico, la vejez y enfermedades crónicas y la promoción de la salud en la inmigración. La tercera sección se centra en la programación de los diferentes proyectos de EpS. La sección cuarta ofrece una serie de ejemplos para planificar proyectos especiales y por último en una quinta sección se ofrece una serie de recursos y técnicas que



pueden servir de apoyo a las intervenciones y desarrollar intervenciones.

Educación para la Salud. Reto de nuestro tiempo

Rogelia Perea Quesada. Díaz de Santos- Madrid 2004

La Educación para la Salud. Reto de nuestro tiempo, plantea y ayuda a resolver, desde una perspectiva educativa, problemas de salud característicos del mundo actual y que son consecuencia de los cambios sociales producidos y las formas de vida actuales. Estudia aspectos teóricos y ofrece orientaciones precisas,

por lo que es un libro reflexivo y prescriptivo, que aporta al educador para la salud fundamentos y pautas para el desempeño de sus funciones y competencias profesionales.

Está estructurado en tres partes. El primer bloque temático analiza conceptualmente qué es la educación para la salud, su dimensión antropológica, implicación en un desarrollo humano sostenible, así como los factores determinantes de la salud-enfermedad en el momento presente. La segunda parte se dedica al estudio de los principales campos

emergentes y a la problemática propia de cada contexto. El tercer bloque de contenido trata la metodología de la enseñanza y de la investigación con la finalidad de resolver problemas y mejorar la práctica educativa.

Rogelia Perea Quesada (Profesora Titular de Universidad en Pedagogía Social y Educación para la Salud. Departamento de Teoría de la Educación y Pedagogía Social de la UNED. Madrid. Directora de los programas de postgrado de Educación para la Salud en la UNED) y diez autores más nos presentan una



de las obras más completas y actualizada en este Reto de nuestro tiempo: LA EDUCACIÓN PARA LA

Métodos y medios en promoción y educación para la salud

Fernando Marqués Molías, Rafael Guayta, Salvador Sáez Universidad Oberta de Catalunya (UOC)- Barcelona 2004

Esta obra abre un amplio abanico de posibilidades prácticas de intervención para diferentes profesionales relaciona-

dos con la educación para la salud, aportando multitud de medios y recursos didácticos aplicados a la educación sanitaria de escolares, personas sanas y pacientes, con un enfoque individual (entrevista sanitaria) y con métodos orientados a colectivos y grupos. El contenido de las diferentes aportaciones teórico-prácticas viene avalado por la contrastada trayectoria profesional de los diferentes autores, lo que hace de este

manual un instrumento útil en el campo de la promoción de la salud. La pluralidad de autores aporta una visión multiprofesional de la educación sanitaria. Así, están presentes, entre otras, la visión de pedagogos y psicólogos pasando por epidemiólogos junto con otras de publicistas o periodistas, lo que forma un rico calidoscopio que nos indica la complejidad del acto educativo y de promoción de la salud.



■ Investigación & Cuidados

I CONGRESO DE ASOCIACIÓN NAVARRA DE MATRONAS

FECHA: 15 y 16 noviembre de 2007

LUGAR: Pamplona

MÁS INFORMACIÓN:

Tf. 948 27 40 50 fax: 948 24 82 27

www.matronasdenavarra.com

cnmatronas@congresosnavarra.com

XX CONGRESO ESTATAL DE ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

FECHA: 15 y 16 noviembre de 2007

LUGAR: Barcelona

MÁS INFORMACIÓN: congresobarcelona@hotmail.com;

IV CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE VACUNOLOGÍA

FECHA: 29 de noviembre a 1 de diciembre de 2007

LUGAR: Valencia

MÁS INFORMACIÓN: www.vacunas.org; www.gva.es;
congresos.valencia@viajeseci.es



XII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE CALIDAD ASISTENCIAL

FECHA: 13 al 16 de noviembre

LUGAR: Córdoba

MÁS INFORMACIÓN: 902 190 848, 667 560 679

II JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS PALIATIVOS "AMPLIANDO HORIZONTES"

FECHA: 9 de noviembre de 2007

LUGAR: La Coruña

MÁS INFORMACIÓN: www.Orzancongres.com

VIII JORNADAS DE ENFERMERÍA QUIRÚRGICA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

FECHA: 30 de noviembre y 1 de diciembre

LUGAR: Valencia

MÁS INFORMACIÓN: 902 190 848, 667 560 679

III ENCUENTRO NACIONAL DE COMISIONES DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

FECHA: 14 al 16 de noviembre de 2007

LUGAR: La Rioja

MÁS INFORMACIÓN: Tel: 941394000 / 901222902, Fax: 941394075, E-mail: empresas@termaeuropa.com

XIII REUNIÓN ANUAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA NEUROLÓGICA (SEDENE)

FECHA: del 23 al 24 de noviembre de 2007

LUGAR: Barcelona

MÁS INFORMACIÓN: Sociedad Española de Enfermería Neurológica; www.sedene.com; sedene@uex.es; Tf. 934827246



Investigación & Cuidados

Revista de la Organización Colegial de Enfermería de la Comunidad Valenciana

(Suscripción a la revista)

Quienes estén interesados en recibir de forma periódica esta revista, deben cumplimentar el Boletín de Suscripción mediante el formulario que encontrarán en www.portalcecova.es

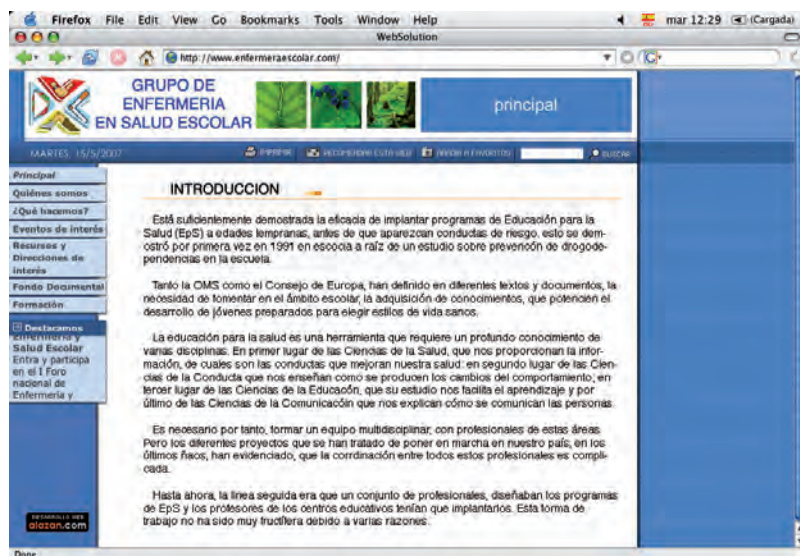


Enfermeraescolar.com es el portal del Grupo de Trabajo “Enfermería en Salud Escolar” ENSE del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA).

Este Grupo de Trabajo fue creado en Septiembre de 2005 y su objetivo es organizar y gestionar las diferentes actividades de desarrollo profesional de la Enfermería en la comunidad escolar, potenciando la inclusión de la figura del Enfermero/a escolar en los centros escolares no universitarios.

Los objetivos específicos son:

- 1.- Elaborar un plan de formación en Enfermería y Salud Escolar dirigido a diplomados de Enfermería interesados en el tema, así como formación específica a grupos de población.
- 2.- Abrir líneas de investigación en Promoción y EpS y en estilos de vida de escolares y adolescentes, analizando las deficiencias en materia de salud en los centros escolares con el fin de justificar la necesidad de crear la figura de la Enfermera Escolar.
- 3.- Intervenir, diseñar, elaborar, ejecutar y evaluar programas de EpS adaptados a las necesidades de cada centro educativo.
- 4.- Diseñar, elaborar, aplicar y evaluar materiales de EpS tanto propios como en colaboración con instituciones.
- 5.- Difundir estudios, informes de EpS mediante publicaciones y participar en medios de comunicación con el objetivo de argumentar la necesidad de crear la figura de la Enfermera Escolar.



- 6.- Consolidar la cohesión interna del grupo y la participación de sus miembros como representantes del grupo en Instituciones, Jornadas, Congresos y/o reuniones nacionales e internacionales.
- 7.- Establecer colaboraciones, acuerdos y/o convenios con entidades, organizaciones, instituciones, agentes sociales, etc... en el desarrollo de programas tendientes a la formación de nuestros escolares en materia de salud.
- 8.- Buscar patrocinadores y aportaciones externas de instituciones y/u organizaciones que permitan financiar las diferentes actividades y proyectos.
- 9.- Servir de referencia, asesoría y consultoría a profesionales e instituciones que lo soliciten.
- 10.- Establecer acciones orientadas a prestigiar y dar a conocer la nueva salida profesional de la enfermería, la Enfermería Escolar a los diferentes ámbitos de la sociedad.
- 11.- Asumir y aplicar como forma de trabajo y de interrelación las nuevas tecnologías de la información y la comunicación.

En este portal podemos encontrar información general del Grupo de Trabajo ENSE como sus objetivos, normas de funcionamiento, líneas de trabajo, proyectos de Enfermería Escolar que se están desarrollando, etc.

También podemos encontrar información sobre eventos científicos relacionados, recursos y direcciones de interés y un fondo documental con archivos muy interesantes para los enfermeros que hacen Educación para la Salud en la escuela.

En el Foro del Grupo de Trabajo “Enfermería en Salud Escolar” puedes participar y contactar con las Enfermeras Escolares de la Comunidad Valenciana.

TecnoProfesional: disfrute de una tesorería equilibrada



Consejo de Enfermería de
la Comunidad Valenciana
CECOVA



TecnoProfesional es **un crédito permanente que le permitirá equilibrar su tesorería** con un **interés preferente**, que se aplica sólo a la cantidad utilizada y durante el tiempo en el que disponga del dinero:

- Sin* comisión de estudio ni de apertura
- Sin* gastos de formalización
- Sin* gastos de no disposición
- Sin* gastos de renovación
- Sin* gastos de intervención

Aproveche una vez más las **ventajas exclusivas** que TecnoCredit le ofrece **solo por formar parte de su Colegio Profesional**.

TecnoCredit le dejará un buen sabor de boca

Llévese este exprimidor Kenwood de regalo⁽¹⁾ al hacerse cliente de TecnoCredit.



*Regalo exclusivo
para nuevos clientes.*

(1) Promoción válida hasta finalizar existencias (500 uds.), por la apertura de una TecnoCuenta con un saldo mínimo de 300 €.

Infórmese en cualquier oficina SabadellAtlántico o Solbank, llamando al **902 323 555** o en **tecnocredit.com**

Grupo Banco Sabadell

TecnoCredit

