

RIDEC

Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria



SUMARIO

Editorial

Originales

- Conocimientos acerca del tratamiento anticoagulante oral en un grupo de pacientes: estudio transversal
- Aplicaciones móviles de control de peso y dieta saludable, ¿todas valen?
- Motivación de las personas con diabetes mellitus tipo 2 en la realización de una dieta saludable
- Análisis del diálogo intercultural en la prestación de servicios de salud en la Amazonía Colombiana
- Valoración de la calidad de vida en los pacientes crónicos pluripatológicos
- Prostitución y trata con fines de explotación sexual: una visión desde la Enfermería Comunitaria
- Activos de salud en la adolescencia: identificación de activos en el entorno escolar

ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA (AEC)

Editor Dr. Vicente Gea Caballero

DAEeditorial
Grupo Paradigma

RIdEC

La Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria (RIdEC) se distribuye a los socios de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC), así como a los principales centros asistenciales y de investigación, universidades, Escuelas Universitarias de Enfermería, sociedades científicas y profesionales de la salud, con especial difusión en España e Iberoamérica.

RIdEC es la primera revista científica especializada en cuidados de salud orientados a la familia y a la comunidad del espacio iberoamericano, lo que permite a los profesionales estar permanentemente actualizados sobre los avances que se producen en las diferentes áreas del conocimiento en el campo de la Enfermería Comunitaria.

Como órgano Oficial de la AEC está dirigida a profesionales de la Enfermería Comunitaria en todos los ámbitos de actuación.

La revista incluye una serie de secciones donde se recogen innovaciones en diversos campos de la Enfermería Comunitaria: originales, revisiones, editoriales, cartas a la directora, metodología de la investigación, instrumentos para el cuidado, etc., constituyendo un medio de comunicación que satisface con sus contenidos de investigación avanzada, tanto desde el punto de vista clínico como gestor y docente, a las enfermeras comunitarias.

RIdEC es una publicación abierta, participativa, colaboracionista a todos aquellos trabajos que tengan como objetivo contribuir a la difusión del conocimiento científico en los cuidados enfermeros al individuo, a la familia y a la comunidad, en el marco de la salud pública y comunitaria.

Los valores implícitos de esta publicación son el respeto a los principios éticos de la investigación, el rigor en los contenidos científicos, la transparencia en el proceso de selección de trabajos, la independencia editorial y el apoyo al desarrollo de la Enfermería Comunitaria.

RIdEC es una publicación semestral que publica artículos científicos revisados de forma ciega por al menos dos profesionales expertos en la disciplina enfermera. Los idiomas español y portugués son las lenguas en las que indistintamente se podrán someter artículos para su edición y de forma adicional se podrán publicar versiones en inglés o francés de los mismos.

Esta publicación es miembro de:



red iberoamericana
DE EDITORACIÓN CIENTÍFICA
en enfermería

Esta publicación está incluida en:



Cuidatge

Dialnet

Dirección editorial, redacción y administración: Difusión Avances de Enfermería (DAE). C/ Manuel Uribe, 13-bajo dcha. 28033 Madrid (España). Teléfono de atención al cliente y suscripciones: **902 22 01 02**

Envío de artículos: ridec@grupo-paradigma.com E-mail de atención al cliente, publicidad y administración: dae@grupo-paradigma.com
Periodicidad: 2 números al año.

Tarifa de suscripción anual	España	Extranjero
Personal	36 €	54 €
Instituciones	54 €	67 €
Estudiantes	29 €	36 €

RIdEC se distribuye gratuitamente entre los socios de AEC.

Protección de datos: Editorial DAE declara cumplir lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999 sobre Protección de Datos de Carácter Personal.

© AEC

© DAE, S.L.

Reservados todos los derechos.

El contenido de la presente publicación no puede ser reproducido ni transmitido por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por medio alguno, sin la previa autorización por escrito del titular de los derechos de explotación de la misma.

Normas de publicación para los autores disponibles en: <http://www.enfermeria21.com/revista-ridec/normas-de-publicacion-ridec/>
ISSN: 1988-5474

COMITÉ EDITORIAL

EDITOR

Dr. Vicente Gea Caballero

EDITOR ASOCIADO

Dr. José Ramón Martínez Riera

EDITOR ASOCIADO

Francisco Javier Pastor Gallardo

CONSEJO DE REDACCIÓN Y REVISIÓN

Dra. Carmen Luz Muñoz Mendoza
 Dra. Edurne Zabaleta del Olmo
 Luis Carlos Redondo Castán
 Dra. Maribel Mármol Lopez
 Dra. M^a José Cabañero Martínez
 Miguel Ángel Díaz Herrera
 Mireia Ladios Martín

Dr. Raúl Juárez Vela
 Dr. Jorge Casaña Mohedo
 Dr. Antonio Ruíz Hontangas
 Dr. Pablo Martínez Cánovas
 Dra. Begoña Pellicer García
 Dr. Jorge Mínguez Arias
 Dr. Enrique Castro Sánchez

CONSEJO ASESOR

- Dr. José Verdú Soriano
(Alicante-España)
- Dra. Carmen de la Cuesta Benjumea
(Alicante-España)
- M^a José Dasi García
(Valencia-España)
- Dra. Esperanza Ferrer Ferrandiz
(Valencia-España)
- Dr. Antonio Frías Osuna
(Andalucía-España)
- Sergio Romeo López Alonso
(Andalucía-España)
- Juan Ignacio Valle Racero
(Andalucía-España)
- Dr. Rafael del Pino Casado
(Andalucía-España)
- Esperanza Arriaga Piñeiro
(Andalucía-España)
- María Dolores Izquierdo Mora
(Canarias-España)
- Dr. Jorge Mínguez Arias
(La Rioja-España)
- Manuel Mañá González
(Galicia-España)
- María Paz Mompert García
(Madrid-España)
- Pilar Vilagrasa Ortí
(Barcelona-España)
- Dr. Enrique Castro Sánchez
(Londres-Gran Bretaña)
- Dra. Arminda da Silva Mendes Carneiro da Costa
(Oporto-Portugal)
- Marinha Mendonça
(Portugal)
- Dra. Roseni Rosângela de Sena
(Minas Gerais-Brasil)
- Dra. Regina Rigatto Witt
(Brasil)
- Lourdes García del Campo
(Celaya, Gto-México)
- Lety Cacique Cacique
(Celaya, Gto-México)
- Julia Teresa López España
(Nuevo León-México)
- M^a Guadalupe Martínez Martínez
(Nuevo León-México)
- Laura Rico Herrera
(Celaya, Gto-México)
- María Consuelo Castrillón Agudelo
(Antioquia-Colombia)
- Patricia Cid Henríquez
(Concepción-Chile)
- Luz Angélica Muñoz
(Santiago-Chile)
- Dra. M^a Soledad Rivera Martínez
(Santiago-Chile)
- Dra. Olivia Inés Sanhueza Alvarado
(Concepción-Chile)
- Dra. Jasna Stiepovich Beroni
(Concepción-Chile)
- Olga María Rivero González
(Cuba)

Editorial

Los medios de difusión científicos: la evolución de RIdEC	4
<i>Dr. Vicente Gea Caballero</i>	

Originales

Conocimientos acerca del tratamiento anticoagulante oral en un grupo de pacientes: estudio transversal <i>Knowledge about oral anticoagulation treatment in a group of patients: a cross-sectional study</i>	6
<i>Pedro Jorge Araujo</i>	
Aplicaciones móviles de control de peso y dieta saludable, ¿todas valen? <i>Mobile apps for weight control and healthy diet, are they all useful?</i>	22
<i>Cristina Dolado Martín, Sofía Berlanga Fernández, Marta Massip-Salcedo</i>	
Motivación de las personas con diabetes mellitus tipo 2 en la realización de una dieta saludable <i>Motivation to follow a healthy diet in persons with Type 2 Diabetes Mellitus</i>	30
<i>Xana González Méndez, Cristina Papín Cano, Rubén Martín Payo</i>	
Análisis del diálogo intercultural en la prestación de servicios de salud en la Amazonía Colombiana <i>Analysis of the intercultural dialogue in healthcare in the Colombian Amazonia</i>	37
<i>Diana Marcela Prieto Romero, Norman Giovanni Apraéz Ippolito, José Milton Guzmán Valbuena</i>	
Valoración de la calidad de vida en los pacientes crónicos pluripatológicos <i>Assessment of quality of life in chronic pluripathological patients</i>	46
<i>Elena Merlo González</i>	
Prostitución y trata con fines de explotación sexual: una visión desde la Enfermería Comunitaria <i>Prostitution and trafficking with the purpose of sexual exploitation: a view from community nursing</i>	57
<i>Rosa Isabel Fernández Raigada</i>	
Activos de salud en la adolescencia: identificación de activos en el entorno escolar <i>Health assets in adolescence: identifying assets in the school setting</i>	65
<i>Ana Ocaña Ortiz, Adrián Jesús García Galeras, Julia Colomer Revuelta, Amparo Antonaya Campos, Angeles Garrigós Ferrando, María José Martínez Arcón</i>	

Editorial

LOS MEDIOS DE DIFUSIÓN CIENTÍFICOS: LA EVOLUCIÓN DE RIdEC

La *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria* (RIdEC), como medio de difusión de conocimiento científico que es, se encuentra en pleno proceso de transformación. En el último año ha logrado indexarse en tres bases de datos, dos nacionales (*Cuidatge* y *Dialnet*) y una internacional (*Latindex*), lo que da buena muestra del rigor y el trabajo altruista y desinteresado que un gran número de profesionales vinculados/as a la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC) han desempeñado, tanto en el pasado como en el momento actual.

Ese pasado y ese trabajo se remontan, ni más ni menos, al año 1995 (un año después del nacimiento de la AEC) cuando un grupo de inquietos/as profesionales decidió, tras crear la Asociación de Enfermería Comunitaria AEC en 1994, que era necesario disponer de un medio para un fin: una revista profesional/científica para difundir noticias y conocimiento, el *Boletín de Enfermería Comunitaria* (BEC). El BEC sobrevivió muchos años siendo el vehículo que permitía publicar noticias e investigaciones a un gran número de enfermeras que quizá encontraban dificultades para conseguir publicar en otros medios científicos por diversos motivos.

Probablemente han cambiado muchas cosas y en muchos aspectos; nuestra ciencia se ha transformado sensiblemente, aumentando los grados académicos; el número de revistas enfermeras para publicar estudios se ha incrementado; la producción científica enfermera crece exponencialmente... sin embargo, no todo parece haber cambiado, ya en el año 2003 un compañero y amigo decía en un editorial¹ en relación con la historia del BEC: "*quienes integramos la gestora de la AEC, creímos que para poder cumplir con los objetivos de promoción de los servicios de enfermería, de incremento de la investigación en cuidados, y de difundir las noticias y hechos de actualidad profesional, la edición de un boletín era necesaria, y así se creó el Boletín de Enfermería Comunitaria (BEC)*".

La promoción de la enfermería comunitaria, la Atención Primaria y la salud pública, así como el incremento de la investigación en cuidados en este campo concreto de conocimiento disciplinar, siguen siendo, actualmente, los objetivos fundamentales de la RIdEC y sus líneas editoriales principales. Por ello, y a pesar de que el BEC desapareció para transformarse en una revista puramente científica, moderna y más adaptada a los tiempos actuales (RIdEC), sus objetivos y líneas siguen siendo plenamente vigentes y se han logrado mantener desde el año 1995. Esto nos obliga a valorar positivamente y en su justa medida el trabajo y las decisiones anteriores: crear el BEC y transformarlo en RIdEC. Si 23 años después los objetivos siguen siendo válidos, solo puede significar que su creación en 1995 fue muy acertada.

En estos 23 años la AEC ha logrado mantener un medio de difusión científico enfermero con carácter libre, con independencia editorial, gratuito y en formato *open acces* (todo estos aspectos, en sí mismos, serían merecedores de otro editorial...).

Actualmente trabajamos para mejorar la calidad de los estudios que publicamos, la producción regular de estos y, en especial, para aumentar la visibilidad de la revista y los trabajos de investigación que en ella se publican. Para ello el equipo editorial,

¹ Rodrigo Tolsá D. Editorial. *Boletín de Enfermería Comunitaria AEC*. [internet] 2003 [citado 13 may 2018]. Disponible en: <http://enfermeriacomunitaria.org/web/index.php/ridec/64-bec/1065-boletines-de-enfermeria-comunitaria-2003>

el equipo de revisores y asesores editoriales y la Junta Directiva de la AEC trabajan con el objetivo de indexarla progresivamente en más bases de datos, tanto nacionales como internacionales, lo que sabemos permitirá que las enfermeras con inquietudes investigadoras, pero también aquellas que quieran conocer las mejores prácticas y experiencias, consulten esas investigaciones y las utilicen para futuros proyectos o para la mejora de su práctica profesional.

No obstante, esto no es suficiente.

Es necesario que las enfermeras comunitarias tengamos un rol activo en este proceso: necesitamos empoderarnos científica y profesionalmente. Por una parte, resulta fundamental aprovechar la oportunidad que supone tener a nuestro alcance una revista como la RIdeC para difundir los estudios científicos, contribuyendo así con nuestro conocimiento y esfuerzo a aumentar la producción científica tanto personal, como de la RIdeC, como disciplinar; y, por otro lado, no limitarnos a utilizarla como medio de difusión sino también como fuente de información, valiéndonos de sus publicaciones y manuscritos anteriores. Este último aspecto va a mejorar en la medida en que aumente su presencia en bases de datos.

Por todo ello, no podemos más que felicitarnos por el crecimiento de la revista RIdeC, pero tomando el compromiso colectivo de, entre todos/as, hacerla más fuerte, más visible; trabajemos para situarla como una de las revistas de referencia en castellano en enfermería comunitaria, Atención Primaria y salud pública. Y usemos y aprovechemos el conocimiento y las experiencias que en ella se publican. Ganemos impacto.



ASOCIACIÓN DE
ENFERMERÍA COMUNITARIA

Dr. Vicente Gea Caballero

Editor de la Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria (RIdeC). Asociación de Enfermería Comunitaria de España (AEC).

Profesor Salud Pública Escuela de Enfermería La Fe (Valencia, España), centro adscrito Universidad de Valencia.

Grupo de Investigación Emergente Acreditado en Arte y Ciencia del Cuidado @GREIACC, Instituto de Investigación Sanitaria IIS La Fe (Valencia, España).

Conocimientos acerca del tratamiento anticoagulante oral en un grupo de pacientes: estudio transversal

Pedro Jorge Araujo

Responsable de Aulas de Salud del Centro de Salud de Cueva Torres (Gran Canaria). Enfermero. Máster en Investigación en Atención Primaria (Universidad Miguel Hernández). Doctor por la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria (ULPGC).

Dirección de contacto: pedroja25@hotmail.com

Resumen

Objetivo: identificar los conocimientos de los pacientes en tratamiento anticoagulante de un centro de salud de Gran Canaria.

Método: estudio descriptivo y transversal a través de un cuestionario formado por tres partes, una de las cuales era el *Oral Anticoagulation Knowledge Test*. La muestra fue de 95 pacientes.

Resultados: casi un 73% de los pacientes conocía el efecto de olvidar una dosis de Sintrom®. Un 64% de ellos sabía que el consumo habitual de una gran cantidad de verduras de hoja verde alteraba la eficacia de la medicación. Un 82% de los pacientes reconoció que el alcohol es incompatible con el Sintrom®. Tan solo un 35,6% sabía cuándo es seguro tomar una medicación que interactúa con el Sintrom®. Un 35% de ellos sabía que tomar Aspirina® o antiinflamatorios no esteroideos aumenta el riesgo de hemorragia. Solo un 40% supo identificar diferentes situaciones en las que debería buscar atención sanitaria inmediata. Casi un 74% estaría dispuesto a asistir a una sesión informativa sobre la anticoagulación oral.

Conclusiones: los pacientes tenían suficientes conocimientos acerca del efecto en la medicación de olvidar una dosis, consumir gran cantidad de verduras de hoja verde y consumir alcohol. El equipo de Atención Primaria, pero sobre todo las enfermeras, se debe implicar en la información y educación sobre la situación de los pacientes en tratamiento anticoagulante. Las enfermeras pueden, pero sobre todo deben, apostar por erigirse como uno de los pilares en la educación para la salud de este tipo de pacientes.

Palabras clave: conocimiento; anticoagulantes; Atención Primaria de salud; enfermería en salud comunitaria; centro de salud; estudio transversal; encuestas y cuestionarios.

Abstract

Knowledge about oral anticoagulation treatment in a group of patients: a cross-sectional study

Objective: to understand the knowledge by patients on anticoagulant treatment at a Health Centre in Gran Canaria.

Method: a descriptive and cross-sectional study through a questionnaire with three parts, one of which was the Oral Anticoagulation Knowledge Test. The sample included 95 patients.

Results: almost 73% of patients knew the effect of skipping one dose of Sintrom®; 64% of them knew that eating regularly a great amount of green vegetables altered the efficacy of the medication, while 82% of patients acknowledged that alcohol is incompatible with Sintrom®. Only 35.6% of patients knew when it is safe to take a medication that interacts with Sintrom®, while 35% of them knew that taking aspirin or non-steroid anti-inflammatory drugs increased the risk of hemorrhage. Only 40% of patients could identify different situations where they should look for immediate medical care. Almost 74% of patients would be willing to attend a briefing session on oral anticoagulation.

Conclusions: patients had enough knowledge about the effect on their medication of missing a dose, eating a great quantity of green vegetables, and drinking alcohol. The Primary Care team, but most of all nurses, must be involved in information and education about the situation of patients on anticoagulant treatment. Nurses can become, and in fact should become, one of the cornerstones of health education for this type of patients.

Key words: knowledge; anticoagulants; Primary Care; nursing in community health; health centre; cross-sectional study; surveys and questionnaires.

Introducción

Diversos estudios cifran el número de pacientes en tratamiento anticoagulante en España entre 800.000 y 1.000.000. Algunos autores han estimado la prevalencia de estos pacientes en torno al 1,2-1,5% de la población (1,2). La fibrilación auricular (FA) es la arritmia cardíaca sostenida más común, estando esta asociada a una mayor morbimortalidad (3). La FA constituye la patología más frecuente en el tratamiento anticoagulante. Numerosos estudios han situado la prevalencia de la misma en el 1,5-4,4% en la población adulta española (2,4,5); incrementándose con una mayor edad (4,5). Los fármacos antagonistas de la vitamina K (AVK) constituyen el tratamiento de elección para reducir el riesgo trombo-embólico en la prevención del ictus en paciente con FA. En España, se utiliza mayoritariamente acenocumarol (Sintrom®), mientras que en los países anglosajones prevalece el uso de la warfarina (Aldocumar®) (6).

El control del tratamiento anticoagulante oral en Atención Primaria (AP) está siendo asumido como un objetivo primordial de los sistemas sanitarios actuales (7). Este nivel asistencial se encarga en muchos casos del control de la terapia con AVK (8). En España, más del 80% de pacientes con FA recibe tratamiento con anticoagulantes orales (TAO), con un seguimiento dentro del ámbito de la AP del 72% de estos, lo que pone de manifiesto el papel primordial de la AP tanto en el control como en el seguimiento de los pacientes en tratamiento anticoagulante (9). El creciente número de estos hace que los profesionales enfermeros tengan que prestarles cuidados, y de ahí la necesidad de conocer las particularidades de su tratamiento (10). Para ofrecer cuidados de enfermería eficaces y eficientes, es preciso que las enfermeras estén al corriente de las últimas actualizaciones sobre los fármacos anticoagulantes, sobre todo en lo que a educación sanitaria y prevención se refiere (11).

En algunos estudios, se ha evidenciado una buena adherencia al tratamiento anticoagulante oral (12,13). En lo referente a la información sobre la anticoagulación, algunos autores han visto que el 35,8% de los pacientes declara que tiene poca información o que le gustaría tener más. En el 94,5% de los casos, es el profesional médico o el profesional enfermero quien informa al paciente (14). Para el profesional sanitario es necesario conocer el perfil del paciente con anticoagulantes orales (ACO), y si este sabe los riesgos que conlleva el tratamiento (12). Asimismo, se hace necesario que las enfermeras lleven a cabo intervenciones educativas con este tipo de sujetos. En este sentido, en un estudio se vio que el conocimiento de los enfermos se incrementó 31,5% después de la intervención y se retuvo seis meses después de la misma (15). En los últimos años, se han publicados diversos artículos y estudios que han analizado los conocimientos que poseen los pacientes que toman anticoagulantes en relación con su TAO, tanto en el ámbito nacional (16-20) como internacional (13,15,21,22).

La pertinencia de la realización de este trabajo radica en que un paciente que conoce los distintos aspectos de su enfermedad puede implicarse mejor en la gestión de su salud y en todo lo relativo al tratamiento. Así, cabe destacar que un trabajo reflejó que un 16% quiere tener más información para gestionar su enfermedad y a un 11% le gustaría participar más en las decisiones sobre su tratamiento (14). Aparte de esto, de cara a la planificación de sesiones formativas con este tipo de pacientes, se hace necesario disponer de información que ayude a las enfermeras educadoras de cara a los contenidos que van a trabajar con sus pacientes. En este sentido, saber de antemano de qué conocimientos disponen los pacientes, servirá para hacer hincapié y reforzar aquello que se ve que no tienen claro y no insistir tanto en otros aspectos que por el contrario ya dominan. De esta manera, las sesiones informativas serán más fructíferas para ambos (es decir, pacientes y enfermeras).

Así pues, y teniendo en cuenta lo apuntado anteriormente, el objetivo general de este trabajo es identificar los conocimientos que los pacientes en tratamiento anticoagulante que acuden al Centro de Salud de Cueva Torres tienen sobre su TAO.

Material y métodos

Tipo de estudio

Se ha llevado a cabo un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal mediante encuesta.

Población/muestra del estudio

La población ha estado constituida por todos los pacientes en TAO que acuden al Centro de Salud de Cueva Torres (Gran Canaria, Islas Canarias) para sus controles periódicos. En total estos fueron 261 pacientes.

La muestra estuvo conformada por 95 pacientes. Como criterios de inclusión en la investigación se ha tenido en cuenta que fueran pacientes mayores de 18 años, que supieran leer y escribir o en su defecto que un familiar les pudiera ayudar

a cumplimentar el cuestionario, y que aceptaran participar en el estudio después de haberles explicado los objetivos y la finalidad del mismo. Los pacientes han sido seleccionados de manera accidental o a conveniencia, aprovechando su cita para el control de su tratamiento o bien acudiendo al domicilio de aquellos que no podían desplazarse al centro de salud.

Variables del estudio

Las variables utilizadas en este trabajo han sido agrupadas de la siguiente manera:

- Variables sociodemográficas: edad (años), género (hombre/mujer), tiempo que lleva en tratamiento con Sintrom® (meses o años), nivel educativo (no tiene estudios/estudios primarios/estudios secundarios/Bachillerato y/o formación profesional/estudios universitarios).
- Variables relacionadas con los conocimientos sobre anticoagulación oral (cuatro alternativas de respuestas, de las cuales una sola era correcta): efecto de olvidar una dosis de Sintrom®, forma de distinguir la pastilla de Sintrom®, momento para contactar con la enfermera responsable de controlar su Sintrom®, efecto sobre el tratamiento de comer ocasionalmente una gran cantidad de verduras de hoja verde, vitamina que interactúa con Sintrom®, momento seguro para tomar una medicación que interactúa con Sintrom®, prueba del INR (*International Normalized Ratio*), tipo de pacientes que toman Sintrom®, riesgo de tener la INR por debajo de su rango, efecto sobre el tratamiento de tomar Aspirina® o antiinflamatorios no esteroideos, momento en el que se debe buscar atención sanitaria inmediata, efecto sobre el tratamiento de saltarse una dosis de Sintrom®, efecto sobre el tratamiento de beber alcohol, tiempo de controles de Sintrom® una vez estabilizada la dosis, momento en que es importante controlar los signos de hemorragia, la mejor alternativa si olvida una dosis, lo que deberían tomar los pacientes con Sintrom® en lo referente a la dieta, lo que debería hacer cada vez que se determina su INR, productos vendidos sin receta que tiene más probabilidad de interactuar con Sintrom®, riesgo de tener la INR por encima de su rango.
- Variables relacionadas con el interés en asistir a sesión informativa (sí/no/me gustaría, pero no puedo, soy paciente en atención domiciliaria), horario de la sesión informativa (mañana/tarde/me da igual) y tipo de captación de los pacientes (a través de la visita para el control del tratamiento anticoagulante/a través de llamada telefónica para que acudieran al centro a contestar al cuestionario/en el domicilio del paciente, con ayuda de un familiar).

Instrumento de recogida de datos

Se ha utilizado un cuestionario (Anexo 1) formado por tres partes: 1) Datos sociodemográficos: edad, género, tiempo que lleva en tratamiento con Sintrom® y nivel educativo, 2) Conocimientos sobre anticoagulación oral, y 3) Interés en asistir a sesión informativa, horario y tipo de captación de los pacientes. Cabe destacar que en la segunda parte se utilizó la adaptación transcultural del *Oral Anticoagulation Knowledge Test* (OAK test) (23) en un grupo de pacientes en España (24). El OAK test es un cuestionario que ha sido validado y traducido a otros idiomas (25-27). Se trata de un test compuesto por 20 preguntas con cuatro alternativas de respuesta, de las cuales solo una es correcta. Es un test autoadministrado que abarca las principales esferas del tratamiento con ACO. El mismo se cumplimenta en aproximadamente unos 20 minutos.

Es importante destacar que en el desarrollo y validación del test original en lengua inglesa (23), las personas que tomaron warfarina obtuvieron puntuaciones significativamente más altas que los que no tomaron warfarina (72% frente a 52%, respectivamente, $p < 0,001$), lo que respalda la validez de la construcción del instrumento. La confiabilidad test-retest fue aceptable, con un coeficiente de correlación de Pearson de 0,81. La fiabilidad de la consistencia interna se confirmó mediante un valor calculado de Kuder-Richardson Fórmula 20 de 0,76.

Cabe mencionar que el proceso de adaptación transcultural se llevó a cabo en dos fases (24): 1) Fase de traducción y evaluación de su adaptabilidad por parte de dos traductores (los mismos realizaron la traducción al castellano del test original en lengua inglesa de forma independiente. Asimismo puntuaron en una escala de 0-10 el grado de dificultad a la hora de traducirlo); y 2) Fase de evaluación por parte de pacientes (10 pacientes, seis hombres y cuatro mujeres, con una edad media de 64 años, realizaron una prueba piloto de la primera versión del test, utilizando una escala tipo *Likert*. Además de esto, se concretó con cada paciente una entrevista semiestructurada para valorar las dificultades encontradas al leer el test).

Para los pacientes que podían desplazarse al centro, la consulta donde acudían estos el día de control fue el lugar elegido para la recogida de los datos. Así, previamente, se les pedía permiso a los pacientes, y acto seguido y de una vez cumplimentaban

el cuestionario ellos mismo o con ayuda de un familiar. Por su lado, para los pacientes en atención domiciliaria se acudió a su domicilio y rellenaban ellos mismos o con ayuda de un familiar el cuestionario.

El periodo de recogida de datos fue desde finales de junio del año 2017 hasta finales de enero del año 2018.

Consideraciones éticas

En primer lugar se pidió permiso para la realización del estudio a la dirección y subdirección del Centro de Salud de Cueva Torres. Por su parte, a todos y cada uno de los pacientes se les informó de la finalidad y los objetivos del estudio, y se les invitó a participar en el mismo. Asimismo, se les informó de que el registro de los datos era anónimo (sin datos de carácter personal) y que se garantizaba la confidencialidad de los mismos.

Previsión del tratamiento y análisis de los datos

Con los datos recogidos a través de los cuestionarios se ha creado un matriz con ayuda del programa estadístico SPSS versión 17.0 para Windows®, realizándose posteriormente un análisis global y descriptivo de la información recogida, utilizando distribuciones de frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas. Los resultados han sido presentados a través de tablas.

Resultados

La tasa de participación de los pacientes en tratamiento anticoagulante ha sido de 36,4%. Es decir, de los 261 pacientes que se invitaron a contestar al cuestionario, tan solo quisieron hacerlo 95.

Datos sociodemográficos

Tal y como se muestra en la Tabla 1, la edad media de los pacientes fue de 71 años, predominando el sexo masculino. Llevaban una media de siete años tomando anticoagulantes orales y un poco más de la mitad de la muestra tenía estudios primarios.

Conocimientos sobre anticoagulación oral

En la Tabla 2 se pueden observar los datos relativos a los conocimientos acerca de la anticoagulación oral de los pacientes que han conformado la muestra estudiada.

A la hora de tener en cuenta el número de preguntas que habían contestado correctamente se vio que la media de respuestas correctas fue de 12,43 (IC95%: 11,52-13,34), con una desviación típica de 4,46 (mínimo de 2 y máximo de 20).

Interés en asistir a sesión informativa, horario y tipo de captación de los pacientes

Un 73,68% (70) de los pacientes estaría dispuesto a asistir a una sesión informativa sobre la anticoagulación oral. Por su parte, el horario preferido para las sesiones sería de mañana. Así lo expresó un 42,11% (40) de los pacientes. Así también, un 63,16% (60) de los sujetos en tratamiento anticoagulante que contestó al cuestionario fue captado a través de la visita para el control del tratamiento anticoagulante cuando acudió al centro de salud a hacerse el control correspondiente.

Discusión y conclusiones

En este estudio la edad media de los participantes ha sido de 71 años. En otras investigaciones consultadas se han visto medias de edad menores (13,15,16,21,22). Tan solo en dos trabajos se hallaron edades medias similares (14) y superiores (20). Con respecto al sexo, hubo un predominio masculino. Esto mismo se ha constatado en otros estudios (14,19-21). Sin embargo, algunos autores en sus investigaciones hallaron un predominio de mujeres (13,16,22).

Tabla 1. Datos sociodemográficos de la muestra del estudio (n= 95)

Edad (años)		
Media	71,06 (IC95%: 68,71-73,42)	
Desviación típica	11,56	
Mínimo	42	
Máximo	92	
Género (n, %)		
Hombre	51	53,68
Mujer	44	43,62
Tiempo que lleva en tratamiento con Sintrom® (años)		
Media	7,12 (IC95%: 5,69-8,55)	
Desviación típica	7,01	
Mínimo	0*	
Máximo	40	
Nivel educativo (n, %)		
No tiene estudios	19	20
Estudios primarios	48	50,53
Estudios secundarios	10	10,53
Bachillerato y/o formación profesional	12	12,63
Estudios universitarios	6	6,32
* (menos de un año, los pacientes llevan tan solo unos meses tomando anticoagulantes orales)		
IC= intervalo de confianza		

Tabla 2. Conocimientos sobre anticoagulación oral de la muestra del estudio (n= 95)

Olvidar una dosis de Sintrom® (acenocumarol) (n, %)		
No tiene ningún efecto	15	15,79
Puede alterar la eficacia de la medicación	69	72,63
Se permite, siempre y cuando se tome al día siguiente una dosis doble de Sintrom®	2	2,11
Se permite, siempre y cuando controle la comida que come	9	9,47
¿Cómo puede distinguir la pastilla de Sintrom® de diferentes cantidades? (n, %)		
Por el color	11	11,58
Por la forma	31	32,63
Por el tamaño	52	54,74
Por el peso	1	1,05
¿Cuándo debería contactar con la enfermera responsable de controlar su Sintrom®? (n, %)		
Cuando otro profesional sanitario añade una medicación nueva	20	21,05
Cuando otro profesional quita una medicación que tomaba habitualmente	2	2,11

Tabla 2. Conocimientos sobre anticoagulación oral de la muestra del estudio (n= 95) (continuación)

¿Cuándo debería contactar con la enfermera responsable de controlar su Sintrom®? (n, %)		
Cuando otro profesional cambia la dosis de una medicación que toma habitualmente	4	4,21
Las tres opciones anteriores son correctas	69	72,63
Si está tomando Sintrom® comer ocasionalmente una gran cantidad de verduras de hoja verde puede... (n, %)		
Aumentar el riesgo de hemorragia	29	30,53
Reducir la eficacia de Sintrom®	61	64,21
Causar vómitos y molestias en el estómago	3	3,16
Reducir el riesgo de presentar un trombo	2	2,11
¿Cuál de las siguientes vitaminas interactúa con Sintrom®? (n, %)		
Vitamina B ₁₂	24	25,26
Vitamina A	10	10,53
Vitamina B ₆	1	1,05
Vitamina K	60	63,16
¿Cuándo es seguro tomar una medicación que interactúa con Sintrom®? (n, %)		
Si se toma Sintrom® por la mañana y la medicación que interactúa por la noche	4	4,21
Si su enfermera responsable conoce la interacción y controla su INR periódicamente	30	31,58
Si toma Sintrom® un día sí y otro no	8	8,42
Nunca es seguro tomar una medicación que interactúa con Sintrom®	53	55,79
La prueba del INR es... (n, %)		
Una analítica de sangre para controlar el tratamiento con Sintrom®	76	80
Una analítica de sangre que apenas se hace cuando está en tratamiento con Sintrom®	6	6,32
Una analítica de sangre para conocer la cantidad de vitamina K que toma con su dieta	4	4,21
Una analítica de sangre que puede determinar si necesita tratamiento con Sintrom®	9	9,47
Sintrom® puede utilizarse para... (n, %)		
Tratar a personas que han sufrido un trombo	81	85,26
Tratar a personas con altos niveles de azúcar	2	2,11
Tratar a personas con la tensión alta	11	11,58
Tratar a personas con heridas graves	1	1,05
Un paciente con un INR por debajo de su rango establecido... (n, %)		
Presenta un riesgo elevado de hemorragia	30	31,58
Presenta un riesgo elevado de tener un trombo	59	62,11
Presenta una mayor probabilidad de tener una erupción como consecuencia del tratamiento con Sintrom®	1	1,05
Presenta una mayor probabilidad de experimentar efectos adversos por el tratamiento con Sintrom®	5	5,26

Tabla 2. Conocimientos sobre anticoagulación oral de la muestra del estudio (n= 95) (continuación)

Tomar Aspirina® o antiinflamatorios no esteroideos como ibuprofeno (Spidifen®) o metamizol (Nolotil®) mientras se está tomando Sintrom® (n, %)		
Reduce la eficacia de Sintrom®	55	56,84
Aumenta el riesgo de hemorragia	33	34,74
Puede hacer que se forme un trombo	4	4,21
Puede requerir incrementos en su dosis de Sintrom®	4	4,21
Una persona en tratamiento con Sintrom® debería buscar atención sanitaria inmediata... (n, %)		
Si se ha saltado más de dos dosis seguidas de Sintrom®	15	15,79
Si observa que hay sangre en las heces	38	40
Si sangra un poco por la nariz	10	10,53
Si tiene hematomas en los brazos o piernas	32	33,68
Saltarse una dosis de Sintrom® puede... (n, %)		
Hacer que el INR esté por encima del rango que el médico le ha establecido	41	43,16
Aumentar el riesgo de hemorragia	8	8,42
Hacer que el INR esté por debajo del rango que el médico le ha establecido	43	45,26
Disminuir el riesgo de tener un trombo	3	3,16
Beber alcohol mientras se está tomando Sintrom® (n, %)		
Es seguro, siempre y cuando se separen la dosis de Sintrom® y el consumo de alcohol	2	2,11
Puede afectar a su INR	78	82,11
No afecta a su INR	10	10,53
Es seguro mientras esté tomando una dosis baja	5	5,26
Una vez estabilizada la dosis de Sintrom®, ¿cada cuánto tiempo, aproximadamente, debería controlar su INR? (n, %)		
Una vez a la semana	3	3,16
Una vez al mes	84	88,42
Una vez, un mes sí y otro no	6	6,32
Una vez cada tres meses	2	2,11
Para un paciente con Sintrom®, es importante controlar los signos de hemorragia... (n, %)		
Solo cuando su INR está por encima del rango establecido	9	9,47
Siempre	74	77,89
Solo cuando su INR esté por debajo del rango establecido	7	7,37
Solo cuando se olvida una dosis	5	5,26
Si olvida una dosis, ¿cuál es la mejor alternativa? (n, %)		
Doblar la dosis el día siguiente	-	-
Tomar la siguiente dosis establecida y decírselo al profesional sanitario	82	86,32
Llamar al personal sanitario inmediatamente	8	8,42
Interrumpir totalmente el Sintrom®	5	5,26

Tabla 2. Conocimientos sobre anticoagulación oral de la muestra del estudio (n= 95) (continuación)

En lo referente a la dieta, las personas que toman Sintrom® deberían... (n, %)		
No comer nunca alimentos que contengan grandes cantidades de vitamina K	55	57,89
Tener un diario con todos los alimentos que comen	6	6,32
Ser coherentes y seguir una dieta que incluya todo tipo de alimentos	31	32,63
Aumentar la cantidad de verduras que comen	3	3,16
Cuál de los siguientes productos vendidos sin receta tiene más probabilidad de interactuar con Sintrom® (n, %)		
Terapias de sustitución de nicotina	5	5,26
Suplementos de hierbas y dietéticos	44	46,32
Medicamentos para la alergia	8	8,42
Suplementos de calcio	38	40
Un paciente con un rango de INR por encima de su rango establecido... (n, %)		
Tiene un riesgo aumentado de tener un trombo	41	43,16
Tiene más probabilidad de tener somnolencia y fatiga por el tratamiento con Sintrom®	-	-
Tiene un riesgo aumentado de hemorragia	50	52,63
Tiene menos probabilidad de presentar efectos adversos por el tratamiento con Sintrom®	4	4,21
INR= <i>international normalized ratio</i>		

En relación al nivel de estudios de los participantes, un 50,53% tenía estudios primarios. Este porcentaje ha sido inferior en otras investigaciones revisadas (14,19). Asimismo, el porcentaje de personas que no tienen estudios ha sido similar al encontrado en otros trabajos (14,19).

Casi un 73% de los pacientes en tratamiento anticoagulante sabía que el olvido de una dosis de Sintrom® altera la eficacia de la medicación. Además, un 86% de ellos tenía claro que en casos de olvido, la mejor alternativa era tomar la siguiente dosis establecida y comunicárselo a la enfermera en su siguiente control. Otros estudios han visto que los pacientes, a veces, olvidan tomar la medicación (13,14); y que además de esto, muchos de ellos necesitan que otra persona se lo recuerde y/o utilizar una alarma (14).

En algunos trabajos se ha puesto de relieve que el 68% carece de conocimientos adecuados sobre el tipo de alimentación que necesita (18). Entre los pacientes que contestaron este cuestionario, un 64% de ellos era conocedor de que el consumo habitual de una gran cantidad de verduras de hoja verde altera la eficacia de la medicación. Asimismo, casi un 58% de los pacientes pensaba que nunca debía comer alimentos ricos en vitamina K.

En torno a un 80% de los pacientes del presente estudio sabía que la prueba del INR era una analítica de sangre para controlar el tratamiento con Sintrom® y que este se puede utilizar para tratar a personas que han sufrido un trombo. Este porcentaje es superior al de otros estudios que se han revisado (18).

Algunos autores en sus investigaciones han visto que el 57% desconoce los riesgos de tener un INR alterado (18). De los resultados de este trabajo se desprende que un 62% y 53% de los pacientes estudiados sabía respectivamente que una INR por debajo de su rango establecido significa riesgo de trombosis y por encima riesgo de hemorragia.

En algunas investigaciones revisadas se ha visto que a los pacientes en muchas ocasiones les recetan fármacos no recomendados (teniendo en cuenta que son personas en tratamiento anticoagulante) y además en diversas ocasiones varios sujetos manifestaron interacciones del Sintrom® con otros fármacos (14). Entre los pacientes de este trabajo, un 57% pensaba que

tomar Aspirina® o antiinflamatorios no esteroideos mientras estaba tomando Sintrom® reducía su eficacia. Asimismo, tan solo un 35% de ellos sabía que lo que en realidad ocurre es que se aumenta el riesgo de hemorragia.

Un 40% de los pacientes de esta investigación sabía que una persona en toma Sintrom® debía buscar atención médica inmediata si observa que hay sangre en sus heces. Así también, un 78% de ellos creía que para un paciente con Sintrom® siempre es importante controlar los signos de hemorragia. Por su parte, en otros estudios se han evidenciado complicaciones relacionadas con el tratamiento en los últimos seis meses, siendo la hemorragia la más frecuente (14).

Un 82% de los pacientes de este trabajo sabía que beber alcohol mientras se está tomando Sintrom® afecta al INR. Este valor es claramente superior al registrado por otros autores, en sus respectivos trabajos (17,20).

Un 46% de los pacientes estudiados era conocedor de que los suplementos de hierbas y dietéticos tienen una alta probabilidad de interactuar con Sintrom®. En otros estudios revisados se han hallado porcentajes superiores a los que se han registrado en este estudio (17,20).

En una de las investigaciones revisadas se vio que la media de la puntuación total obtenida fue de 7,14 con una desviación estándar de 3,31 (16). Entre los pacientes estudiados se vio que la media de respuestas correctas fue de 12,43 con una desviación típica de 4,46.

Entre los pacientes que contestaron este cuestionario se halló un porcentaje considerable con conocimientos suficientes sobre el efecto en la medicación de olvidar una dosis, consumir gran cantidad de verduras de hoja verde y consumir alcohol. No obstante, también se constató que muchos de ellos no sabían cuándo es seguro tomar un medicamento que interactúa con el Sintrom®, el riesgo de hemorragia si toma Aspirina® o antiinflamatorios no esteroideos e identificar diferentes situaciones en las que debería buscar atención sanitaria inmediata, entre otras. Por su parte, algunos autores han visto que en torno al 40-50% de los pacientes tienen un nivel de conocimientos adecuados (20,22). Concretamente, algunos autores identificaron que la mayoría de los sujetos tiene conocimientos sobre, por ejemplo, la dosis prescrita, el nombre del medicamento o anticoagulante en uso (21,22), el horario de administración de los medicamentos, la cantidad a administrar y la alimentación. Sin embargo, también se ha evidenciado que el tiempo de uso del anticoagulante, los efectos adversos y los riesgos de su uso con bebidas alcohólicas fueron informaciones poco proporcionadas por los entrevistados (21).

En cuanto a las fortalezas de este trabajo, si bien algunos autores han evaluado los conocimientos que tienen los pacientes en tratamiento anticoagulante, estos no han usado de ningún instrumento pilotado previamente en este tipo de pacientes, como si hemos hecho nosotros (16,22). Así, en este trabajo se ha utilizado una adaptación transcultural del *Oral Anticoagulation Knowledge Test*.

Por otra parte, cabe destacar que este estudio tiene limitaciones que han podido influir en los resultados observados como, por ejemplo, la baja tasa de respuesta o el hecho de utilizar un muestreo de conveniencia. Respecto a la primera, hay que mencionar que esto lleva a pensar si hubiera sido más idóneo citar a cada paciente, asignándole una hora específica en vez de hacerlo el día de visita para el control del tratamiento anticoagulante. No obstante, esta opción es inviable teniendo en cuenta la organización de las distintas actividades que se llevan a cabo en el centro. Además, también se llamó a los pacientes para que acudieran al centro a contestar al cuestionario, pero solo lo hicieron unos pocos de ellos. En relación a la segunda limitación, pese a que hubiese sido bastante interesante, ya que se disponía de un marco muestral (toda la población tratada con anticoagulantes que pertenecen al centro de salud), y que además hubiera sido más pertinente calcular un tamaño muestral necesario y llevar a cabo, por ejemplo, un muestreo aleatorio simple; se optó por un muestreo no aleatorio accidental, teniendo en cuenta las características de los pacientes. En su mayoría, y esto ha quedado reflejado en la baja tasa de respuesta, acuden con prisas desde primera hora de la mañana y muchos de ellos no quieren perder tiempo en contestar a un cuestionario.

Asimismo, al contrario que otras investigaciones revisadas (19,20) en este trabajo no se ha preguntado a los pacientes si previamente habían recibido información respecto a su tratamiento y cuál había sido la fuente de esa información. Esto hubiera sido muy interesante, y sin duda habría aportado información muy valiosa de cara a la figura que debe impartir las sesiones informativas (médico, enfermera o ambos).

Es importante señalar que la comparación de estos resultados con los de otras investigaciones consultadas se hace difícil teniendo en cuenta que en muchas ocasiones no se pregunta por lo mismo o la manera de hacerlo es distinta, con lo que se tiene que ser consciente de cara a la interpretación de los hallazgos. No obstante, esto sirve para hacerse una idea de cómo se encuentra el tema abordado.

En lo referente a la implicación de los hallazgos encontrados, es importante, que el equipo de Atención Primaria, pero sobre

todo que las enfermeras, se implique en la información y educación sobre el tratamiento de los pacientes en tratamiento anticoagulante. Estas profesionales pueden, pero sobre todo deben, apostar por erigirse como uno de los pilares en la educación para la salud de este tipo de pacientes. Además de esto, las enfermeras han de llevar a cabo más estudios en esta misma línea (tanto en el ámbito regional como nacional) para ir recabando datos que sirvan de cara a los cuidados que se dispensan a este tipo de pacientes. También sería sumamente interesante evaluar los resultados de las sesiones informativas y formativas que se lleven a cabo en los centros de salud por parte del equipo de Atención Primaria; incorporando un cuestionario de satisfacción que cumplimenten los distintos pacientes para así ir viendo si los contenidos y la dinámica utilizada en las mismas es de su agrado y les ayuda a adquirir los conocimientos que necesitan de cara a los autocuidados que son necesario que vayan desarrollando. Todo esto contribuiría a la promoción de la salud de este grupo de pacientes que cada vez es más numeroso en los diferentes centros de salud que componen la red de la atención primaria de salud de la población.

A modo de conclusión, y atendiendo a las preguntas que respondieron correctamente los pacientes, cabe destacar que estos tenían suficientes conocimientos acerca del efecto en la medicación de olvidar una dosis, consumir gran cantidad de verduras de hoja verde y consumir alcohol. También sabían que debían comunicar cualquier cambio en la medicación en el próximo control, la existencia de la interacción de la vitamina K con la medicación, en qué consistía la prueba del INR, el tipo de pacientes que tomaban Sintrom®, los riesgos de tener alterado el INR (por encima o por debajo del rango establecido) y la importancia de controlar siempre el riesgo de hemorragia. No obstante, es destacable que existe un porcentaje considerable de pacientes que muestran conocimientos deficientes en relación a cuándo es seguro tomar una medicación que interactúa con el Sintrom®, el riesgo de hemorragia si toma Aspirina® o antiinflamatorios no esteroideos, identificar diferentes situaciones en las que debería buscar atención sanitaria inmediata, el efecto de saltarse una dosis, el hecho de ser coherentes y seguir una dieta que incluya todo tipo de alimentos y la interacción de los suplementos de hierbas y dietéticos con Sintrom®.

Agradecimientos

Quisiera dar las gracias, por una parte, a la directora Doña Inmaculada Prieto Falcón y a la subdirectora Doña María Campos Jiménez, del Centro de Salud de Cueva Torres, por darme el permiso para la realización de este trabajo; y por otra, a todos los pacientes por aceptar de manera amable y desinteresada participar en el estudio.

Bibliografía

- [1] González-Rojas N, Giménez E, Fernández FA, Heineger AI, Martínez JL, Villar J, et al. Preferencias por los tratamientos anticoagulantes orales para la prevención a medio y largo plazo del ictus en la fibrilación auricular no valcular. *Rev Neurol.* 2012; 55:11-9.
- [2] Rafols C, Mendivil J, Carcedo D, Restovic G, Shakespeare A. Características epidemiológicas y manejo de la fibrilación auricular en España. Póster presentado a las XXXII Jornadas de Economía de la Salud, Bilbao 15-18 mayo, 2012.
- [3] Davis RC, Hobbs FD, Kenkre JE, Roalfe AK, Iles R, Lip GY, Davies MK. Prevalence of atrial fibrillation in the general population and in high-risk groups: the ECHOES study. *Europace.* 2012 Nov; 14(11):1553-9.
- [4] Baena-Díez JM, Grau M, Forés R, Fernández-Bergés D, Elosua R, Sorribes M, et al. Prevalencia de fibrilación auricular y factores asociados en España, análisis de seis estudios de base poblacional. Estudio DARIOS. *Rev Clin Esp.* 2014; 214(9):505-12.
- [5] Gómez-Doblas JJ, Muñiz J, Alonso Martín JJ, Rodríguez-Roca G, Lobos JM, Awamleh P. Prevalencia de fibrilación auricular en España. Resultados del estudio OFRECE. *Rev Esp Cardiol.* 2014; 67(4):259-69.
- [6] Precioso Costa FJ, Larré Muñoz MJ, Navarro Ros FM, Silvero YA, Garrido Sepúlveda L, Llisterri Caro JL. Grado de control y cumplimiento terapéutico de la anticoagulación con acenocumarol en Atención Primaria. *Semerger.* 2016; 42(6):363-9.
- [7] Molina Casado MP, Sánchez-Garrido Escudero R, Rodríguez Idígoras MI, Martínez González JL. Anticoagulación oral en Atención Primaria en la provincia de Málaga. *Aten Primaria.* 2006; 38(4):239-40.
- [8] López-Lanza JR, López-Videras R, Pérez-Martín A, Ovejero-Gómez V, Bustamante-Cruz E, Gérez-Gómez R. Pacientes con anticoagulación oral supervisados en consultas de Atención Primaria: estudio en un centro de salud. *Med Gen y Fam.* 2016; 5(3):91-6.
- [9] Lobos JM, del Castillo C, Mena A, Alemán JJ, Cabrera A, Pastor A, et al. Características de los pacientes y abordaje terapéutico de la fibrilación auricular en Atención Primaria en España: Estudio FIATE. *Med Clin (Barc).* 2013; 141:279-86.

- [10] Melis Tormos E. El tratamiento anticoagulante oral. *Rev ROL Enf* 2009; 32(5):368-74.
- [11] Leyva-Moral JM, Galí-Llàcer R. Educación sanitaria en el tratamiento anticoagulante oral. *Rev ROL Enf* 2009; 32(9):573-8.
- [12] Serradilla Fernández A, Reyero Hernández MM, Guerrero Chacón B, Tobajas Tobajas ME, Reyero Hernández A. Pacientes con tratamiento anticoagulante oral. *Rev ROL Enf* 2013; 36(4):266-70.
- [13] Solano MH, Mendieta FA. Adherencia al tratamiento anticoagulante. *Repert. med. cir.* [internet]. 2014 [citado 13 may 2018]; 23(3):189-98. Disponible en: <https://www.fucsalud.edu.co/sites/default/files/2017-01/ADHERENCIA%20AL%20TRATAMIENTO%20ANTICOAGULANTE%20.pdf>
- [14] Fernández MA. Análisis del perfil socio-sanitario del paciente anticoagulado en España. FEASAN (Federación Española de Asociaciones de Anticoagulados), 2013 [citado 13 may 2018]. Disponible en: <http://anticoagulados.info/upload/20130619111410.pdf>
- [15] Izazola-Conde C, Majlut-Cruz A, Mandoki JJ, Molina-Guarneros J. Educación y evaluación del conocimiento del paciente en tratamiento con anticoagulantes orales. *Rev Med Hosp Gen Méx* 2014; 77(1):24-32.
- [16] De Felipe Medina R. Nivel de conocimientos de los pacientes anticoagulados en un centro de salud; relación con el control terapéutico. *Aten Primaria* 2003; 32(2):101-5.
- [17] Sánchez Castillo PD, Aramendia Echávarri N, Anton i Gallardo MA, Hernández Holgado N. Evaluación inicial de un programa de seguimiento de usuarios con tratamiento anticoagulante oral controlados en un centro de salud. *Nursing* 2009; 23(3):52-6.
- [18] Gómez Person H, Mateo Muñoz R, Tamayo Barrios P. Relación entre conocimientos y seguridad del paciente. Valoración conocimientos pacientes anticoagulados ambulatorios. 2015 [citado 13 may 2018]. Disponible en: http://congreso enfermeria.es/libros/2015/salas/sala3/p_1044.pdf
- [19] López Megías E, Bejarano Mateos I, Pérez Manchón E. Conocimientos, control del INR y perfil del paciente con terapia de anticoagulación oral en atención primaria. VI Congreso Internacional Virtual de Enfermería y Fisioterapia Ciudad de Granada. 2015
- [20] Matilla Navarro MS, Arranz Asenjo A, Aicua Lasterra MJ, Belinchón Moya MA, García Fernández MV, García Juan E. ¿Qué saben los pacientes ambulatorios con anticoagulantes orales sobre su tratamiento? *Metas Enferm.* 2012; 15(4):14-20.
- [21] De Castro Pimenta M, de Araújo Assis Viúdes M, Pires Figueiredo T, Moreira da Costa J, Parreiras Martins MA. Perfil de pacientes sob tratamento ambulatorial anticoagulante e nível de compeensão sobre a farmacoterapia: estudo exploratório. *Rev Saúde Com* 2015; 11(4):360-70.
- [22] Remigio Figueirêdo T, Oliveira do Nascimento M, Barros Melo da Silveira MM, Braz Costa CR, Vieira de Queiroga A, Muniz da Silva Bezerra SM. Conhecimento de pacientes em acompanhamento ambulatorial sobre a terapia de anticoagulação oral. *J. res. fundam. care. online.* [internet] 2016 [citado 13 may 2018]; 8(1):3883-92. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-27362?lang=es>
- [23] Zeolla MM, Brodeur MR, Dominelli A, Haines ST, Allie ND. Development and validation of an instrument to determine patient knowledge: the oral anticoagulation knowledge test. *Ann Pharmacother.* 2006 Apr; 40(4):633-8.
- [24] Núñez Cózar I, García Vázquez ME. Adaptación transcultural del "Oral Anticoagulation Knowledge Test". *Revista Cuidándote* [internet]. 2º trimestre 2015 [citado 13 may 2018]. Disponible en: http://revistacuidandote.eu/fileadmin/VOLUMENES/2015/Volumen10/Articulos/Adaptacion_transcultural_del_oral_anticoagulation_knowledge_test_.pdf
- [25] Rahmani P, Guzman CL, Blostein MD, Tabah A, Mulazdanov A, Kahn SR. Patients' Knowledge Of Anticoagulation and Its Association With Clinical Characteristics, INR Control and Warfarin-Related Adverse Events. *Blood* 2013; 122(21):1738.
- [26] Mahmoud Matalaqaq L, Radaideh K, Syed Sulaiman SA, Azmi Hassali M, Sk Abdul Kade MA. An instrument to measure anticoagulation knowledge among Malaysian community: A translation and validation study of the Oral Anticoagulation Knowledge (OAK) Test. *Asian Journal of Biomedical and Pharmaceutical Sciences.* 2013; 3(20):30-7.
- [27] Da Silva Praxedes MF, Nogueira Guimarães de Abreu MH, Martins Paiva S, Vaz de Melo Mambrini J, Soriano Marcolino M, Parreiras Martins MA. Assessment of psychometric properties of the Brazilian version of the oral anticoagulation knowledge test. *Health and Quality of Life Outcomes* [internet]. 2016 [cited 13 may 2018]; 14:96. Available from: <https://hqlo.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12955-016-0498-3?site=hqlo.biomedcentral.com>

ANEXO

Test de conocimientos sobre anticoagulación oral

Estimado paciente, en sus manos tiene un cuestionario para valorar los conocimientos que usted tiene sobre la anticoagulación oral.

Se trata de un cuestionario anónimo (no hace falta que ponga su nombre). Asimismo, es totalmente voluntario (no está obligado a hacerlo).

De este modo, se le informa que los datos que se deriven de este trabajo serán tratados conforme a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Parte I. Datos sociodemográficos

Edad: _____ años

Género: (marque con una X)

Hombre.

Mujer.

Tiempo que lleva con tratamiento de Sintrom®: _____

Nivel educativo: (marque con una X)

No tiene estudios.

Estudios primarios.

Estudios secundarios.

Bachillerato y/o formación profesional.

Estudios universitarios.

Parte II. Conocimientos sobre anticoagulación oral

En cada pregunta marque la respuesta que considere correcta o la que mejor complete la frase poniendo un círculo sobre la letra de la respuesta elegida (a, b, c, d). Solo una respuesta de cada pregunta es correcta. POR FAVOR, responda todas las preguntas.

1. Olvidar una dosis de Sintrom® (acenocumarol):

a. No tiene ningún efecto.

b. Puede alterar la eficacia de la medicación.

c. Se permite, siempre y cuando se tome al día siguiente una dosis doble de Sintrom®.

d. Se permite, siempre y cuando controle la comida que come.

2. ¿Cómo puede distinguir la pastilla de Sintrom® de diferentes cantidades?:

a. Por el color.

b. Por la forma.

c. Por el tamaño.

d. Por el peso.

3. ¿Cuándo debería contactar con el enfermero responsable de controlar su Sintrom®?:

- a. Cuando otro profesional sanitario añade una medicación nueva.
- b. Cuando otro profesional quita una medicación que tomaba habitualmente.
- c. Cuando otro profesional cambia la dosis de una medicación que toma habitualmente.
- d. Las tres opciones anteriores son correctas.

4. Si está tomando Sintrom® comer ocasionalmente una gran cantidad de verduras de hoja verde puede:

- a. Aumentar el riesgo de hemorragia.
- b. Reducir la eficacia de Sintrom®.
- c. Causar vómitos y molestias en el estómago.
- d. Reducir el riesgo de presentar un trombo.

5. ¿Cuál de las siguientes vitaminas interactúa con Sintrom®?:

- a. Vitamina B₁₂.
- b. Vitamina A.
- c. Vitamina B₆.
- d. Vitamina K.

6. ¿Cuándo es seguro tomar una medicación que interactúa con Sintrom®?:

- a. Si se toma Sintrom® por la mañana y la medicación que interactúa por la noche.
- b. Si su enfermero responsable conoce la interacción y controla su INR periódicamente.
- c. Si toma Sintrom® un día sí y otro no.
- d. Nunca es seguro tomar una medicación que interactúa con Sintrom®.

7. La prueba del INR es:

- a. Una analítica de sangre para controlar el tratamiento con Sintrom®.
- b. Una analítica de sangre que apenas se hace cuando está en tratamiento con Sintrom®.
- c. Una analítica de sangre para conocer la cantidad de vitamina K que toma con su dieta.
- d. Una analítica de sangre que puede determinar si necesita tratamiento con Sintrom®.

8. Sintrom® puede utilizarse para:

- a. Tratar a personas que han sufrido un trombo.
- b. Tratar a personas con altos niveles de azúcar.
- c. Tratar a personas con la tensión alta.
- d. Tratar a personas con heridas graves.

9. Un paciente con un INR por debajo de su rango establecido:

- a. Presenta un riesgo elevado de hemorragia.
- b. Presenta un riesgo elevado de tener un trombo.
- c. Presenta una mayor probabilidad de tener una erupción como consecuencia del tratamiento con Sintrom®.
- d. Presenta una mayor probabilidad de experimentar efectos adversos por el tratamiento con Sintrom®.

10. Tomar Aspirina® o antiinflamatorios no esteroideos como ibuprofeno (Spidifen®) o metamizol (Nolotil®) mientras se está tomando Sintrom®:

- a. Reduce la eficacia de Sintrom®.
- b. Aumenta el riesgo de hemorragia.**
- c. Puede hacer que se forme un trombo.
- d. Puede requerir incrementos en su dosis de Sintrom®.

11. Una persona en tratamiento con Sintrom® debería buscar atención sanitaria inmediata:

- a. Si se ha saltado más de dos dosis seguidas de Sintrom®.
- b. Si observa que hay sangre en las heces.**
- c. Si sangra un poco por la nariz.
- d. Si tiene hematomas en los brazos o piernas.

12. Saltarse una dosis de Sintrom® puede:

- a. Hacer que el INR esté por encima del rango que el médico le ha establecido.
- b. Aumentar el riesgo de hemorragia.
- c. Hacer que el INR esté por debajo del rango que el médico le ha establecido.**
- d. Disminuir el riesgo de tener un trombo.

13. Beber alcohol mientras se está tomando Sintrom®:

- a. Es seguro, siempre y cuando se separen la dosis de Sintrom® y el consumo de alcohol.
- b. Puede afectar a su INR.**
- c. No afecta a su INR.
- d. Es seguro mientras esté tomando una dosis baja.

14. Una vez estabilizada la dosis de Sintrom®, ¿cada cuánto tiempo, aproximadamente, debería controlar su INR?:

- a. Una vez a la semana.
- b. Una vez al mes.**
- c. Una vez, un mes sí y otro no.
- d. Una vez cada tres meses.

15. Para un paciente con Sintrom® es importante controlarlos signos de hemorragia:

- a. Solo cuando su INR está por encima del rango establecido.
- b. Siempre.**
- c. Solo cuando su INR esté por debajo del rango establecido.
- d. Solo cuando se olvida una dosis.

16. Si olvida una dosis, ¿cuál es la mejor alternativa?:

- a. Doblar la dosis el día siguiente.
- b. Tomar la siguiente dosis establecida y decírselo al profesional sanitario.**
- c. Llamar al personal sanitario inmediatamente.
- d. Interrumpir totalmente el Sintrom®.

17. En lo referente a la dieta, las personas que toman Sintrom® deberían:

- a. No comer nunca alimentos que contengan grandes cantidades de vitamina K.
- b. Tener un diario con todos los alimentos que comen.
- c. Ser coherentes y seguir una dieta que incluya todo tipo de alimentos.
- d. Aumentar la cantidad de verduras que comen.

18. Cada vez que se determina su INR, debería:

- a. Saltarse la dosis de Sintrom® el día de la prueba.
- b. Evitar comer alimentos muy grasientos el día de la prueba.
- c. Evitar alimentos con un alto contenido de vitamina K el día de la prueba.
- d. Comentarle a su doctor si olvidó alguna dosis de Sintrom®.

19.Cuál de los siguientes productos vendidos sin receta tiene más probabilidad de interactuar con Sintrom®:

- a. Terapias de sustitución de nicotina.
- b. Suplementos de hierbas y dietéticos.
- c. Medicamentos para la alergia.
- d. Suplementos de calcio.

20. Un paciente con un rango de INR por encima de su rango establecido:

- a. Tiene un riesgo aumentado de tener un trombo.
- b. Tiene más probabilidad de tener somnolencia y fatiga por el tratamiento con Sintrom®.
- c. Tiene un riesgo aumentado de hemorragia.
- d. Tiene menos probabilidad de presentar efectos adversos por el tratamiento con Sintrom®.

Parte III. Interés en asistir a sesión informativa, horario y tipo de captación de los pacientes

¿Estaría dispuesto/a a asistir a una sesión informativa sobre la anticoagulación oral?: (marque con una X)

- Sí.
- No.
- Me gustaría, pero no puedo, soy paciente en atención domiciliaria.

Si la respuesta ha sido afirmativa, ¿en qué horario le vendría mejor a usted asistir a dicha sesión informativa?: (marque con una X)

- Horario de mañana.
- Horario de tarde.
- Me da igual.

Tipo de captación del paciente: (marque con una X)

- A través de la visita para el control del tratamiento anticoagulante.
- A través de llamada telefónica para que acudieran al centro a contestar al cuestionario.
- En el domicilio del paciente, con ayuda de un familiar.

Muchas gracias por su colaboración

LÍDER EN FORMACIÓN ESPECIALIZADA PARA ENFERMERÍA

- Cursos CFC
- Cursos ECTS

Amplio catálogo de cursos

- Cursos de Traumatología
- Cursos de Atención Primaria
- Cursos de Nutrición y Diabetes
- Cursos de Úlceras y Heridas
 - Cursos de Gestión
 - Cursos de Quirófano
 - Cursos de Urgencias
- Cursos de Salud Laboral
- Cursos de Farmacología
 - Cursos de Oncología
- Cursos de Cuidados Intensivos
 - Curso de RCP
- Otros cursos de Enfermería



HUCI Humanizando
los Cuidados
Intensivos

aulaDAE
Grupo Paradigma

¡Novedad!

**Cursos de Humanización
en Cuidados Intensivos**

aulaDAE
Grupo Paradigma

www.auladae.com

Aplicaciones móviles de control de peso y dieta saludable, ¿todas valen?

¹ Cristina Dolado Martín
² Sofía Berlanga Fernández
³ Marta Massip-Salcedo

¹ Especialista de Enfermería Familiar y Comunitaria. ACUT Delta. Zona Delta del Llobregat. Barcelona. Dirección de contacto: cristina.dolado@gmail.com

² Enfermera. Área Básica Sta. Eulalia Sud. Hospitalet Llobregat. Barcelona.

³ Ph.D. Departamento Ciencias de la Salud/FoodLab. Universitat Oberta de Catalunya, Barcelona.

Resumen

Objetivo: analizar aplicaciones móviles de *Apps Store* de *Android* destinadas al control del peso corporal y dieta saludable en adultos sanos o con sobrepeso u obesidad.

Método: estudio descriptivo transversal, llevando a cabo una búsqueda de *apps* gratuitas, en castellano, dirigidas a adultos sanos o con alguna patología crónica, en *Google Play Store* incluidas en la categoría "Salud y bienestar". Se utilizaron las variables del *ranking* de *iSYScore*: popularidad confianza y utilidad. Además, también se añadió si participa un profesional de salud en el diseño y creación de la aplicación.

Resultados: se analizaron 76 *apps* gratuitas (un 40% ofrecía compras en su interior), de las cuales el 90% fue puntuada positivamente por los usuarios pero, al analizarlas, un 50% ofreció muy poca confianza, un 43% proporcionó mera información, sin otra o ninguna utilidad y solo en cinco *apps* participaron profesionales de la salud.

Conclusiones: estas aplicaciones móviles son una herramienta de fácil acceso y amplísima oferta. Sin embargo, las más populares no siempre son las más fiables, útiles y de calidad, ni participa en su creación un profesional sanitario. Por tanto, es necesario aumentar y/o dar a conocer la regulación existente, publicando recomendaciones científicas o proporcionando sellos de calidad a las *apps*, que sean conocidos por los usuarios, y fomentar el desarrollo de aplicaciones basadas en evidencia científica, asegurando la calidad del contenido, que proporcionen herramientas útiles. Con todo ello, las *apps* serían una herramienta beneficiosa, útil, segura, fiable y de confianza para el control de peso y dieta saludable.

Palabras clave: alimentación; tecnología; enfermería; dieta; indicadores de calidad de la atención de salud; aplicaciones móviles; eSalud; mSalud.

Abstract

Mobile apps for weight control and healthy diet, are they all useful?

Objective: to analyze the mobile applications from the *Apps Store* for *Android*, targeted to body weight control and adequate diet in healthy adults or those with excess weight or obesity.

Method: a descriptive cross-sectional study, conducting a search for free apps in Spanish, targeted to healthy adults or those with some chronic condition, included in the "Health and Wellbeing" category of *Google Play Store*. The *iSYScore* variables were used: popularity, reliability and utility. Besides, involvement of a healthcare professional in the design and creation of the application was also added.

Results: in total, 76 free apps were analyzed (40% of them offered sales inside); 90% of these achieved a positive score by users but, after analysis, 50% offered low reliability, 43% offered information only, without any other utility or no utility at all, and healthcare professionals were only involved in five apps.

Conclusions: these mobile applications represent a tool easy to access, and there is a wide offer. However, those most popular are not always the most reliable, useful and with good quality, and no healthcare professional has been involved in their creation. Therefore, it is necessary to increase and/or create awareness about the current regulations, publishing scientific recommendations or providing quality seals to the app that will be known by users; there must also be a promotion of the development of applications based on scientific evidence, ensuring the quality of their contents, that will provide useful tools. With all this, applications would be a beneficial and useful tool, safe, reliable and trustworthy, for weight control and healthy diet.

Key words: nutrition; technology; nursing; diet; quality indicators for healthcare; mobile applications; eHealth; mHealth.

Introducción

Hoy en día internet nos acompaña en nuestra vida cotidiana mediante teléfonos inteligentes (*smartphones*), tabletas u otro tipo de *gadgets*. Las últimas encuestas muestran que nueve de cada diez usuarios acceden a internet con su *smartphone*, siendo el dispositivo líder, y siete de cada diez acceden desde su ordenador fijo o portátil (1).

Una aplicación móvil o *app* es el programa informático diseñado para ser ejecutado en dichos dispositivos móviles. Se estima que se realizan 3,8 millones de descargas al día y existen 27,7 millones de usuarios activos de *apps* en España, aumentando continuamente. Además, del tiempo que un usuario usa su *smartphone*, un 89% es para usarlas (2).

Debido a su gran uso, existen numerosas aplicaciones que pueden controlar diversos aspectos de la vida, incluida la salud. Las aplicaciones centradas en esta pertenecen al mundo de la *mhealth*, por su abreviatura en inglés de *mobile health*, o mSalud (salud móvil). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es un término empleado para designar el ejercicio de la medicina y la salud pública soportada por dispositivos móviles y pertenece al mundo de la *ehealth* (eSalud), que hace referencia a la salud electrónica (3).

El número de aplicaciones relacionadas con la salud supera ya las 165.000 (4), constituyendo la tercera categoría con mayor crecimiento, después de juegos y utilidades (5) y es de las más buscadas (6). Además, están dirigidas mayoritariamente al público general. Estas son las relacionadas con los estilos de vida, entre ellos, la alimentación, la actividad física, el bienestar, etc. Concretamente, las aplicaciones más solicitadas son las relacionadas con el campo de nutrición, como las que ayudan a controlar el peso y las que ofrecen consejos sobre conseguir una dieta adecuada (7). Como ventajas, estas *apps* pueden mejorar la motivación, servir como herramienta de seguimiento y anotación de registros de control de peso en patologías, como el sobrepeso o la obesidad. Esto puede mejorar la calidad y ahorrar tiempo en la consulta con el profesional sanitario y, con ello, aumentar el cumplimiento terapéutico, haciendo que tengan las personas afectadas un papel más activo sobre su salud (8-11).

Sin embargo, existen varios desafíos, como la calidad y rigurosidad de estas *apps* de salud. Muchas de ellas no tienen funciones concretas e, incluso, algunas solo muestran información proveniente de una web, a veces sin identificar la fuente, sin otro tipo de utilidad, además de un diseño poco atractivo y ventajoso (5). Un estudio del *IMS Institute* en el que se analizaron 43.689 *apps* de salud, indica que el 45,8% no estaba relacionada con la salud, que eran trucos sin beneficios reales, y la mayoría de las *apps* eran una mera fuente de información, no diferente a las encontradas en libros, revistas especializadas o cualquier página web de internet (7).

Una de las causas de esta falta de calidad es que muchas aplicaciones han sido creadas por empresas tecnológicas sin colaboración de profesionales sanitarios o expertos en *mhealth*, lo que hace que no sean fiables y puedan llevar a un impacto negativo en la salud de los usuarios por no contener información contrastada y basada en la evidencia científica (12).

En cuanto a la confianza depositada, una encuesta a profesionales de la salud muestra que la mitad de los encuestados cree que los usuarios no tienen confianza sobre la privacidad de datos que ofrecen las *apps*, siendo esto un obstáculo para decidir su descarga y uso (13).

Debido al gran número de aplicaciones de salud existentes, resulta difícil elegir cuál es realmente útil y rigurosa desde el punto de vista de la evidencia científica y usualmente esto lleva a la descarga de múltiples *apps* de la misma temática para poder escoger. Esto puede producir lo que se denomina "infoxicación", es decir, un exceso de información que dificulta la búsqueda de la información adecuada (14).

Por todo esto, es necesaria una regulación, pues no todas las *apps* relacionadas con la salud son fiables, seguras y de calidad. Existen diferentes medidas para ello, con metodologías y objetivos diferentes. La Agencia Americana de Medicamentos (FDA) publicó en 2013 la guía *Mobile Medical Applications: Guidance for Food and Drug Administration Staff*, actualizada en 2015 (15), proponiendo una serie de recomendaciones para la evaluación crítica de las aplicaciones. Por otra parte, la Unión Europea creó un directorio de *apps* útiles y fiables en el que los evaluadores son pacientes, *European Directory of Health Apps 2012-2013* (16), que ha sido sustituido actualmente por *MyHealthApps* (17). En Reino Unido se creó la *Health Apps Library* del *National Health Service* (NHS), donde se evalúa la seguridad de las *apps* y el cumplimiento de las normas de protección de datos (18).

En España existen varias iniciativas para evaluar los diferentes indicadores de calidad y seguridad de las *apps* del ámbito de la salud como son el distintivo *apps*saludable, de la Junta de Andalucía, que las reúne en un catálogo gratuito y en abierto (19), o el índice *iSYScore*, que se trata de una escala desarrollada con un enfoque sistemático basado en la evidencia gracias al consenso de expertos. El objetivo de *iSYScore* es evaluar la fiabilidad de las aplicaciones de salud y ayudar a los

usuarios a la hora de elegir las mejores. En esta escala se analizan tres dimensiones de cada *app*: la popularidad e interés, la confianza y la utilidad, y finalmente se realiza un *ranking* anual que permite la construcción de un catálogo de aplicaciones para facilitar una elección segura y de calidad a los usuarios (20).

En definitiva, las *apps* son un recurso con un gran potencial, de fácil acceso para la mayoría de la población, pero que cuenta con una escasa regulación debido a su rápido y masivo crecimiento y a su gratuidad en la mayoría de los casos. Dentro del ámbito de la salud, como se ha comentado anteriormente, las relacionadas con el control de peso y la dieta saludable son de las más solicitadas. Muchas de las personas que las demandan sufren alguna patología en la que la dieta juega un papel importante o simplemente quieren mejorar su dieta o aspecto físico. En estos casos el uso adecuado de *apps* validadas puede ser una buena herramienta de seguimiento para su patología y beneficiarse de sus ventajas, como la motivación y adherencia al tratamiento. Por tanto, el objetivo de este estudio es analizar las aplicaciones móviles ofertadas en *Google Play* de *Android*, destinadas al control del peso corporal y dieta saludable en adultos sanos o con sobrepeso u obesidad y ver si las *apps* más buscadas y descargadas por los usuarios son realmente las más seguras, útiles y de mayor calidad con contenidos basados en la evidencia científica.

Material y métodos

Se trata de un estudio descriptivo transversal basado en el análisis de aplicaciones móviles siguiendo los criterios e indicadores de evaluación propuestos por *iSYScore*. Para realizarlo se llevó a cabo una búsqueda entre las *apps* de *Google Play Store* de *Android* incluidas en la categoría "Salud y bienestar", con el objetivo de que la búsqueda fuera lo más similar posible a la de cualquier usuario estándar, siguiendo los siguientes criterios:

1. Del *ranking* de las *apps* gratuitas más destacables de la categoría "Salud y bienestar", llamado "Top aplicaciones de Salud y bienestar", se descargaron las 20 primeras relacionadas con dieta saludable o con el control de peso.
2. Para realizar una búsqueda más concreta se utilizaron diferentes palabras clave en el buscador de *Play Store* dentro de la misma categoría. Con la intención de que estas palabras fueran las utilizadas más habitualmente por los usuarios con el mismo interés de búsqueda se utilizó *Google Trends* (21) y el autocompletado del propio buscador para hacer la búsqueda lo más próxima a la realidad posible (Cuadro 1). Se escogieron las cinco primeras palabras aparecidas en cada búsqueda, pero descartando las no acordes a la búsqueda y las ya elegidas en otra búsqueda anterior. Por ejemplo, en la búsqueda de dieta del metabolismo acelerado, se descartaron las que no se correspondían con dicha búsqueda concreta y trataban de dieta en general. La única palabra clave de la que no se obtuvieron cinco aplicaciones fue "dieta sana para mujeres", pues solo una se adapta a las condiciones impuestas.

Cuadro 1. Palabras clave elegidas para la estrategia de búsqueda en el buscador *Google Play*

Palabra introducida en el buscador de <i>Google Play</i>	Palabras elegidas aparecidas en el autocompletado
Dieta	Dieta Dietas personalizadas gratis Dieta del metabolismo acelerado Dieta para adelgazar gratis Dietas y diario de control de peso
Perder peso	Perder peso Perder peso gratis
Dieta sana	Dieta sana Dieta sana para mujeres Comida sana de <i>gym</i> dieta
Contador calorías	Contador calorías Contador calorías gratis

A las *apps* obtenidas en la búsqueda anterior se le aplicaron los siguientes criterios de inclusión:

- Gratuitas.
- Idioma: castellano.
- Dirigidas a adultos sanos o personas con alguna patología crónica.

- Temática no exclusiva relacionada con dieta y nutrición, es decir, la *app*, además de contener dicha temática, también puede tener otra relacionada como ejercicio físico.

Como criterios de exclusión se incluyen los siguientes:

- Dirigidas a profesionales de la salud.
- Temática exclusiva relacionada con ejercicio físico como, por ejemplo, salir a correr, abdominales, yoga, etc.
- Otros contenidos como hipnosis, horóscopos o juegos.

Se analizaron un total de 76 *apps* durante junio de 2017.

Para la recogida de datos se utilizó un instrumento *ad hoc*, es decir, una encuesta independiente personalizada, que contemplaba las siguientes variables recogidas en el *ranking* de *iSYScore* (22): interés popular, confianza y utilidad; cuya puntuación va de 0 a 47 puntos.

- Interés popular (puntuación de 0 a 11 puntos):
 - Los usuarios puntúan positivamente la *app*: cuatro puntos.
 - Disponible en dos plataformas (iOS y *Android*): tres puntos
 - Declarado de interés por alguna asociación de afectados: cuatro puntos.
- Confianza (puntuación de 0 a 18 puntos):

Puntuación total: sello de calidad reconocido o *apps* vinculadas a bibliotecas de las administraciones públicas: 18 puntos.

Validado por un profesional especializado, organismo sanitario o sociedad científica: cuatro puntos.

 - Promovido por una asociación de afectados: tres puntos.
 - La *app* tiene *website* asociada (indicador de responsabilidad) y compromiso de cumplimiento de protección de datos: cuatro puntos.
 - Cita fuentes de evidencia: cuatro puntos.
 - Nombra la organización responsable: tres puntos.
- Utilidad (puntuación de 0 a 18 puntos):
 - Investigación sobre una muestra pequeña de usuarios (menos de 30 usuarios): tres puntos.
 - Declaración de una sociedad científica o asociación de afectados: tres puntos.
 - Proporciona información: tres puntos.
 - Proporciona seguimiento útil en salud (*trackers*). Conecta con un equipo de salud: tres puntos.
 - Enlaza con otros afectados o usuarios: tres puntos.
 - Utiliza juegos para promocionar la salud: tres puntos.

Se eligió el índice *iSYScore* para el análisis, ya que es la única escala con baremo público de España basada en evidencia científica, y se adapta a los objetivos y los criterios de inclusión y exclusión impuestos en el estudio (20).

Para completarlo se añadió también como indicador de calidad si un profesional de la salud participó activamente en el diseño y creación de la *app*, puesto que esto influye en la fiabilidad, tal y como se ha explicado en la introducción del estudio.

Con todo ello se realizó un análisis descriptivo univariante con medidas de distribución de frecuencias.

Como dificultades y limitaciones del estudio se encontró que el algoritmo de búsqueda del autocompletado de *Google* no realiza una selección aleatoria de *app*, conteniendo sus propios sesgos, mostrando resultados limitados, lo que dificulta la muestra de aplicaciones y su procedimiento aleatorio de selección.

Resultados

De las 76 aplicaciones móviles encontradas, supuestamente gratuitas, relacionadas con la dieta saludable y el control de peso, un 40% ofrecía compras integradas, es decir, no eran totalmente gratuitas.

Los resultados de las tres variables de la escala *iSYScore* evaluadas fueron los siguientes:

- Interés popular:
 - El 90% de las *apps* fue puntuada positivamente por los usuarios. La puntuación se efectúa en forma de estrellas, de una a cinco, por lo que se consideró como puntuación positiva cuatro o cinco estrellas. Un 24,3% mostró la máxima puntuación, es decir, cinco estrellas; un 63,2% presentó cuatro estrellas como valoración, un 7,9% tres estrellas y un 2,6% dos. Ninguna *app* mostró una estrella.
 - En el apartado de disponibilidad en dos plataformas (iOS y *Android*) se obtuvo que el 43,5% se podía encontrar en ambas tiendas.
 - Ninguna *app* fue declarada de interés por una asociación de afectados.
- Confianza:
 - Casi la totalidad de las *apps* analizadas, el 97%, nombraba la organización responsable. Además, el 65% de las *apps* tenía *website* asociada y compromiso de cumplimiento de protección de datos. Un 23% estaba validada por un profesional especializado, organismo sanitario o sociedad científica pero tan solo un 3% cita fuentes de evidencia.
 - Ninguna *app* mostró un sello de calidad reconocido, ni estaba vinculadas a bibliotecas publicadas; tampoco estaba ninguna promovida por una asociación de afectados.
- Utilidad:
 - Un 25% de las *apps* analizadas proporcionan información, seguimiento útil en salud y enlaza con otros usuarios.
 - Un 28% proporciona información y seguimiento.
 - Un 43% proporciona solo información.
 - Un 7%, solo seguimiento.
 - Solo una *app* de las 76 analizadas poseía una declaración de una sociedad científica.
 - Ninguna utilizaba juegos concretamente para promocionar la salud. Tampoco tenían publicada una investigación sobre una muestra de usuarios.

Con la puntuación obtenida se llevó a cabo un *ranking* de las mejores puntuadas según los criterios de *iSYScore* (Tabla 1) Para realizar este *ranking* se eligieron las nueve primeras *apps*, ya que en el décimo puesto se obtuvo un empate cuádruple y la diferencia de puntuación con las siguientes es elevada.

Tabla 1. *Apps* con mayor puntuación en el análisis

Puesto	<i>App</i>	Puntuación total escala <i>iSYScore</i>	Puntuación usuarios
1	Podómetro y entrenador de peso	31	★★★★★
2	Dieta y <i>Fitness</i> - <i>Tecnonutri</i>	31	★★★★★
3	Nootric, dietas y adelgazar	27	★★★★★
4	<i>Fitbit</i>	27	★★★★★
5	Lifesum: <i>app</i> de vida saludable	27	★★★★★
6	Dieta y <i>fitness</i> - <i>Tecnonutri</i>	27	★★★★★
7	IMC Calculadora - Peso ideal	27	★★★★★
8	Dieta y Salud	27	★★★★★
9	Contador de calorías <i>Nutracheck</i>	27	★★★★★

También se realizó un *ranking* según las valoraciones de los usuarios (Tabla 2).

Los mejores resultados corresponden a cinco estrellas otorgadas por los usuarios y 31 puntos según *iSYScore* mientras que las peor puntuadas por *iSYScore*, con solo siete puntos, son valoradas con cinco estrellas por usuarios (Tabla 2).

Tabla 2. App con mayor puntuación por parte de los usuarios

App	Puntuación usuarios	Puntuación total escala <i>iSYScore</i>
Podómetro y entrenador de peso	★★★★★	31
Dieta y adelgazar	★★★★★	24
<i>Diet Alba</i>	★★★★★	24
Contador de calorías - <i>MyFitnessPal</i>	★★★★★	23
Mi no dieta	★★★★★	23
Asistente de dieta - perder peso	★★★★★	23
<i>MyPlate</i> : Contador de Calorías	★★★★★	23
8fit - <i>Fitness</i> , Nutrición y entrenador personal	★★★★★	20
Calculadora de Calorías <i>Fitatu</i>	★★★★★	20
Pérdida de peso diario, IMC	★★★★★	20
<i>Mammoth Hunters Fitness & Diet</i>	★★★★★	20
YAZIO- Contador de Calorías para adelgazar	★★★★★	20
<i>FitMenCook</i> Recetas Saludables	★★★★★	17
Contador de calorías - <i>EasyFit</i>	★★★★★	14
Diario de Peso, IMC	★★★★★	14
Perder peso en 30 días	★★★★★	10
Dietas Efectivas-Bajar Peso	★★★★★	10
Tabla de calorías	★★★★★	9
Contador de calorías - <i>EasyFit</i>	★★★★★	7
Dietas Sanas	★★★★★	7
Dietas para adelgazar	★★★★★	7

Discusión y conclusiones

De los resultados obtenidos en este estudio sobre aplicaciones móviles dirigidas al control de peso corporal y al seguimiento de una dieta saludable, se observa que las *apps* de esta temática suelen tener gran número de descargas, teniendo una de cada tres más de un millón. Sin embargo, muchas de ellas son parcialmente gratuitas ya que se obtienen sin coste pero incluyen algunos servicios de pago, ofreciendo compras integradas en un 40% de los casos. Además, en el caso de algunas *apps* sobre dieta pero que también monitorizan actividad física, se requiere la compra de otros elementos (weareables) como, por ejemplo, una pulsera para el registro de la actividad física. Esto puede suponer un hándicap para los usuarios, ya que al descargar la aplicación y ver que es de pago por uso en el interior, pueden optar por desinstalarla y reiniciar la búsqueda, descartando así *apps* de mayor calidad por otras que simplemente son gratuitas. Por otra parte, algunos usuarios, que deciden pagar por el contenido sin saber exactamente qué se les ofrece al no estar bien detallado, pueden encontrarse en la situación de que tras haber realizado el pago, el contenido no es tan útil como esperaban creando desconfianza en cuanto a la utilidad de las aplicaciones de la categoría (23).

En cuanto al interés popular de las *apps* analizadas, la puntuación de los usuarios es muy alta. Pero se observa que hay una fuerte discrepancia entre las puntuaciones expresadas por los usuarios y las obtenidas con la escala *iSYScore*. Solo una de las aplicaciones mejor puntuadas por los usuarios está también entre las nueve mejor puntuadas por el índice

iSYScore de este estudio e, incluso, algunas de ellas obtienen puntuaciones muy bajas que indican su baja utilidad, confianza y fiabilidad (Tablas 1 y 2). Por tanto, existe el riesgo de que los usuarios puedan orientarse por las valoraciones de otros usuarios a la hora de elegir la *app* a descargar no siendo esta ni la más útil ni la más fiable (24,25).

Aunque la mayoría, un 97%, nombra la organización responsable, se encuentra que un 35% no tiene *website* ni compromiso de cumplimiento de protección de datos de los usuarios. Además, ninguna de las *apps* resultantes de la búsqueda posee sello de calidad, lo que se traduce en una baja confianza. Si se analiza la puntuación total *iSYScore* referente a la confianza, un 28% obtuvo la mínima puntuación (tres puntos) y un 21% cero puntos, es decir, nada de confianza. Estos resultados están en línea con los expuestos en el artículo de San Mauro et al. (26) (2014), en el que se analizaron 95 *apps* de la categoría "*diet and fitness*" y la mitad de ellas se calificaron de "calidad baja".

La escala *iSYScore* incluye dentro de la evaluación de la confianza de una aplicación de salud si esta se encuentra validada por un profesional especializado, organismo sanitario o sociedad científica. En el caso de las *apps* resultantes de la búsqueda de este estudio solo un 23% cumplía este requisito. Al fijarse concretamente en si un profesional de la salud ha estado involucrado en el proceso de creación y diseño de la aplicación, se observa que solo es así en un 7% de las *apps* resultantes de la búsqueda, lo que equivale a tan solo cinco aplicaciones. Por lo tanto, el porcentaje es realmente bajo y está en línea con los resultados de otro estudio de Nikolaou et al. (27) del año 2016, en el que se analizaron 28.905 aplicaciones dirigidas a personas con sobrepeso/obesidad o para su prevención, donde se encontró que solo 17 aplicaciones (0,05%) se desarrollaron con la participación de un profesional de salud identificable.

Un 25% de las *apps* proporciona diferentes servicios (información, seguimiento y enlace con otros usuarios) que la dotan de cierta utilidad, mientras que un 28% proporciona solo información y seguimiento que aun así pueden ser útiles aunque de forma menos completa. En este sentido, una revisión sistemática de Aguilar et al. (11) del 2014, concluye que un sistema de apoyo social puede ser una herramienta importante de motivación en estos casos. Finalmente, un 43% de las aplicaciones de la búsqueda proporciona solo mera información, reduciéndose en algunos casos a explicar dietas milagro o muy bajas en calorías (1.400 kcal), sin tener en cuenta a quién van dirigidas, con el peligro que ello conlleva sobre la salud del potencial usuario.

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, el elevado alcance de las *apps* y las posibles consecuencias que un mal uso puede acarrear, se puede afirmar que las medidas para regular las aplicaciones en el campo de la salud siguen siendo escasas y, por lo tanto, existe la necesidad urgente de aumentar dicha regulación, publicando recomendaciones científicas o proporcionando sellos de calidad que sean conocidos por los usuarios, fomentando el desarrollo de *apps* basadas en la evidencia científica e incorporar profesionales sanitarios en su creación y diseño, asegurando así la calidad del contenido y proporcionando herramientas útiles que estén fácilmente al alcance de las personas interesadas en su uso. Si se consigue todo lo anterior, las aplicaciones podrían convertirse en un instrumento beneficioso, útil, seguro, fiable y de confianza para el control de peso y para llevar una dieta saludable. No obstante, es muy importante destacar que una aplicación nunca puede suplir el consejo de un profesional sanitario, pero sí puede ser una herramienta muy valiosa para empoderar a los pacientes o usuarios en el manejo de su salud.

Otro aspecto a tener en cuenta es que se requiere mayor investigación en el ámbito de las aplicaciones en el campo de la salud, con estudios más amplios, que permitan explorar aspectos como la utilización de estas *apps* con prescripción en consulta por parte de profesionales y aumentar el conocimiento que poseen los usuarios que las utilizan sobre la fiabilidad, confianza y utilidad que les proporciona.

En conclusión, las aplicaciones móviles destinadas al control del peso corporal y a seguir una dieta saludable son una herramienta al alcance de todos, con amplia oferta, y son utilizadas por gran cantidad de usuarios. Las aplicaciones mejor valoradas por los usuarios no siempre son las más fiables y útiles, además la confianza de estas aplicaciones no es muy elevada, proporcionando una de cada cinco aplicaciones ninguna confianza y una baja fiabilidad al no participar, en la gran mayoría de los casos, un profesional sanitario en su diseño. Su utilidad es baja ya que proporcionan información generalizada a toda la población, en muchos casos poco fiable, pudiendo perjudicar la salud de las personas. Todo ello dificulta la elección de la aplicación más adecuada y de mayor calidad. Por tanto, es necesario aumentar y/o dar a conocer la regulación existente, publicando recomendaciones científicas o proporcionando sellos de calidad a las *apps*, de forma que estos sellos sean conocidos por los usuarios, fomentado así el desarrollo de aplicaciones basadas en la evidencia científica que sean útiles, seguras, fiables y de confianza para el control de peso y dieta saludable.

Bibliografía

- [1] Asociación para la Investigación de Medios de Comunicación. Encuesta AIMC a usuarios de Internet 17º navegantes en la Red. Madrid; 2015.
- [2] The App Date. Sexto informe sobre el estado de las *apps* en España [internet]. The App Date; 2015 [citado 13 may 2018]. Disponible en: <http://www.theappdate.es/6o-informe-sobre-el-estado-de-las-apps-en-espana-2015/>
- [3] Organización Mundial de la Salud. Estrategia y plan de acción sobre *ehealth*; 2011.
- [4] Aitken M, Lyle J. Patient Adoption of *mhealth*. IMS Institute for Healthcare Informatics; 2015.
- [5] The App Intelligence. Informe 50 Mejores *Apps* de Salud en Español [internet]. The App Intelligence; 2014 [citado 13 may 2018]. Disponible en: <http://www.theappdate.es/static/media/uploads/2014/03/Informe-TAD-50-Mejores-Apps-de-Salud.pdf>
- [6] The App Date. Cómo descubrimos *Apps* los españoles [internet]. The App Date; 2015 [citado 13 may 2018]. Disponible en: <http://www.theappdate.es/blog/como-descubrimos-apps-los-espanoles/>
- [7] Aitken M, Gauntlett C. Patient *apps* for improved healthcare. IMS Institute for healthcare informatics; 2013.
- [8] Castelnuovo G, Manzoni G, Pietrabissa G, Corti S, Giusti E, Molinari E, et al. Obesity and outpatient rehabilitation using mobile technologies: the potential *mhealth* approach. *Frontiers in Psychology*. 2014; 5.
- [9] Green Paper on mobile health ("mhealth"). Brussels: European Commission; 2014.
- [10] Ipjian M, Johnston C. Smartphone technology facilitates dietary change in healthy adults. *Nutrition*. 2017; 33:343-47.
- [11] Aguilar-Martínez A, Solé-Sedeño J, Mancebo-Moreno G, Medina F, Carreras-Collado R, Saigi-Rubió F. Use of mobile phones as a tool for weight loss: a systematic review. *Journal of Telemedicine and Telecare*. 2014; 20(6):339-49.
- [12] Velsen L, Beaujean DJ, Gemert JE. Why mobile health app overload drives us crazy, and how to restore the sanity. *BMC Medical Informatics and Decision Making* 2013; 13(23):1-5.
- [13] Cumming P, McCray RB, Sohn Y, Sorenson G, Topol EJ, Were M, Whittaker R. How Mobile is Transforming Healthcare. The Economist Intelligence Unit Limited; 2015.
- [14] Navas MA, Albornos L, Escandell C. Acceso a fuentes de información sobre salud en España: cómo combatir la infoxicación. *Enferm Clínica*. 2012; 22(3):154-8.
- [15] Food and Drug Administration. Mobile Medical Applications: Guidance for Food and Drug Administration Staff: 2015.
- [16] Madelin R. European Directory of Health Apps 2012-2013. PatientView; 2012.
- [17] Myhealthapps, apps tried and tested by people like you [internet]. [cited 13 may 2018]. Available from: <http://myhealthapps.net/>
- [18] NHS. Health Apps Library [internet]. [cited 13 may 2018]. Available from: <https://apps.beta.nhs.uk/>
- [19] Aplicaciones de salud del Observatorio [internet]. Junta de Andalucía. [citado 13 may 2018]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/opencms/es/apps-salud/index.html>
- [20] Grau I, Kostov B, Gallego JA, Grajales F, Fernández L, Sisó A. Método de valoración de aplicaciones móviles de salud en español: el índice iSYScore. *Semergen*. 2016; 42(8):575-83.
- [21] Google Trends [internet]. [cited 13 may 2018]. Available from: <https://trends.google.es/trends/>
- [22] iSYScore. [internet]. [cited 13 may 2018]. Available from: <http://www.fundacionisys.org/es/apps-de-salud/catalogo-de-apps>
- [23] Lister C, West J, Cannon B, Sax T, Brodegard D. Just a Fad? Gamification in Health and Fitness Apps. *JMIR Serious Games*. 2014; 2(2):e9.
- [24] Dogruel L, Joeckel S, Bowman N. Choosing the right app: An exploratory perspective on heuristic decision processes for smartphone app selection. *Mobile Media & Communication*. 2014; 3(1):125-44.
- [25] García A, Gómez R. Las demasiadas aplicaciones: parámetros e indicadores para seleccionar las top *app* de lectura para niños. *Anales de Documentación*. 2015; 18(2).
- [26] San Mauro I, González M, Collado L. Aplicaciones móviles en nutrición, dietética y hábitos saludables; análisis y consecuencia de una tendencia a la alza. *Nutrición hospitalaria*. 2014; 30(1):15-24.
- [27] Nikolaou C, Lean M. Mobile applications for obesity and weight management: current market characteristics. *International Journal of Obesity*. 2016; 41(1):200-2.

Motivación de las personas con diabetes mellitus tipo 2 en la realización de una dieta saludable

¹Xana González Méndez

²Cristina Papín Cano

³Rubén Martín Payo

¹ Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. C.S. Las Vegas (Corvera de Asturias).

² Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. C.S. Piedras Blancas (Castrillón, Asturias).

³ Doctor en Ciencias de la Salud. Departamento de Medicina-Universidad de Oviedo. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud (Oviedo, Asturias).

Dirección de contacto: xana.gonzalez@sespa.es

Resumen

Objetivo: describir el tipo de motivación y las necesidades psicológicas básicas (NPB) para seguir las recomendaciones de una dieta saludable en una muestra de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2).

Material y métodos: se realizó un estudio descriptivo transversal sobre una muestra de 235 pacientes diagnosticados de DM2 del Área Sanitaria III de Asturias. Se utilizaron los cuestionarios Motiva.Diaf-DM2 y *Brief Resilient Coping Scale*. Se seleccionaron los pacientes que acudieron a los centros sanitarios colaboradores y que desearon participar en el estudio. Los datos se analizaron con SPSS versión 24.0.

Resultados: el valor más elevado de desmotivación correspondió a la variable relacionada con el mayor consumo semanal de pescado que de carne. El mejor porcentaje de motivación intrínseca se observó en los ítems relacionados con el consumo de dos o tres raciones de fruta al día y alimentos condimentados con hierbas aromáticas o especias. Las peores puntuaciones de las NPB (autonomía, competencia y apoyo social) se correspondieron con los ítems relacionados con la autonomía "soy yo quien preparo mi comida" y con el apoyo social.

Discusión y conclusiones: las personas con DM2 podrían llevar a cabo cambios de conducta que les permitieran seguir una dieta saludable si las intervenciones educativas de los profesionales sanitarios se adaptaran a su motivación y a sus NPB, esto es, autonomía, competencia y apoyo social. Esto podría dar lugar a un mejor autocontrol de la enfermedad, mejorando su calidad de vida. Por otra parte, utilizar el cuestionario Motiva.Diaf-DM2 permitiría evaluar el efecto de dichas intervenciones.

Palabras clave: diabetes mellitus tipo 2; dieta para personas con diabetes; motivación; resiliencia psicológica.

Abstract

Motivation to follow a healthy diet in persons with Type 2 Diabetes Mellitus

Objective: to describe the type of motivation and the basic psychological needs (BPNs) in order to follow recommendations for a healthy diet in a sample of patients with Type 2 Diabetes Mellitus (DM2).

Material and methods: a descriptive cross-sectional study was conducted on a sample of 235 patients diagnosed with DM2 in the 3rd Healthcare Area of Asturias. The Motiva.Diaf-DM2 and Brief Resilient Coping Scale questionnaires were used. Those patients who attended the health centres involved and wanted to take part were included in the study. Data were analyzed with SPSS version 24.0.

Results: the highest score for lack of motivation was assigned to the variable associated with the higher weekly use of fish over meat. The best percentage for intrinsic motivation was observed in the items associated with eating two or three pieces of fruit per day and food seasoned with aromatic herbs or spices. The worst scores in BPNs (autonomy, competence and social support) were assigned to the items regarding autonomy: "I am the one who prepares my food", and with social support.

Discussion and conclusions: persons with DM2 could make changes in behaviour that would allow them to follow a healthy diet, if educational interventions by healthcare professionals were adapted to their motivation and their BPNs, that is to say: autonomy, competence and social support. This could result in a better self-control of their disease, improving their quality of life. On the other hand, using the Motiva.Diaf-DM2 questionnaire would allow to assess the effect of said interventions.

Key words: type 2 Diabetes Mellitus; diet for persons with diabetes; motivation; psychological resilience.

Introducción

España es uno de los países con mayor prevalencia de diabetes en el ámbito europeo. Según la Federación Internacional de Diabetes (IDF) hay una prevalencia de un 8,3% en Europa y un 14% en España. La tendencia de esta enfermedad en las últimas décadas ha ido en aumento y se prevé que continúe del mismo modo, debido fundamentalmente a factores conductuales como la obesidad y el sedentarismo (1).

Las personas con diabetes tienen un riesgo cardiovascular y cerebrovascular superior a la población general, por lo que la probabilidad de muerte se ve aumentada. Controlar las cifras de glucemia y los factores de riesgo cardiovasculares es clave para mejorar el pronóstico de estos pacientes (2). Algunas conductas, como la dieta no saludable y la obesidad, contribuyen a un peor control de la glucemia y, por consiguiente, a una desfavorable evolución de la enfermedad (1). Por este motivo, se recomienda a las personas con diabetes seguir una dieta saludable, lo que contribuye no solo a mejorar las cifras de glucemia, sino también a disminuir el peso cuando este es excesivo (3).

Teniendo en cuenta que las personas tienen mayor facilidad para llevar a cabo cambios de conducta y mantenerlos cuando están motivadas y se sienten autónomas (4), es muy importante realizar una adecuada educación sanitaria. Esta fomenta la motivación y la adquisición de las habilidades necesarias para adoptar conductas saludables y aporta información, condición clave en el cumplimiento de una dieta saludable, ya que en ocasiones la no adherencia a esta conducta se asocia a la deficiencia de conocimientos (5).

En este sentido, cabe destacar los postulados de la Teoría de la Autodeterminación (TAD) de Deci y Ryan (7), según la cuál la motivación se estructura en forma de un continuo que distingue la desmotivación o falta de intencionalidad para actuar (6), la motivación extrínseca o conducta regulada por recompensas o agentes externos y la motivación intrínseca, por la cual las conductas se llevan a cabo por la curiosidad y el placer que se experimenta por el solo hecho de realizarlas. Además, la TAD contempla tres necesidades psicológicas básicas (NPB), que son autonomía, competencia y apoyo social, cuya satisfacción está directamente relacionada con una mayor motivación para alcanzar la conducta saludable.

Por otro lado, varios autores indican que la conducta resiliente también puede ser considerada como un predictor de cambio de conducta, sobre todo tras el diagnóstico de una enfermedad crónica, que conlleva sobreponerse a la adversidad (8). Esta afirmación se refuerza por los resultados de estudios recientes llevados a cabo con pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2), en los que se ha encontrado una relación inversa entre la resiliencia y los niveles de HbA1c (9).

En función a lo anterior, parece que conocer la motivación, el grado de satisfacción de las NPB y la resiliencia puede orientar a los profesionales de la salud para desarrollar intervenciones educativas encaminadas a mejorar la conducta dietética de las personas. Ya que no se han encontrado estudios que describan dichas características en este medio, se planteó la realización de este estudio con el objetivo de describir la adherencia y el tipo de motivación en el desarrollo de conductas relacionadas con la alimentación y la resiliencia de pacientes con DM2 en el Área Sanitaria III del Servicio de Salud del Principado de Asturias. Como objetivos específicos, evaluar la relación existente entre la dieta y las NPB, y determinar la relación existente entre resiliencia, adherencia a conductas saludables y cifras de HbA1c.

Material y métodos

Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal sobre pacientes diagnosticados de DM2 pertenecientes a los centros de salud de Sabugo, Quirinal, Cudillero, Muros de Nalón y Villalegre. Se incluyó a aquellas personas con una determinación del nivel de HbA1c, con un margen de diferencia de un mes anterior o posterior respecto de la fecha de cumplimentación del cuestionario, que voluntariamente decidieron participar y firmaron el consentimiento informado.

Para obtener la información conductual se empleó el cuestionario validado Motiva.Diaf-DM2 (10). Consta de tres partes. La primera incluye variables sociodemográficas (edad, género, nivel de estudios) y relacionadas con la enfermedad (años transcurridos desde el diagnóstico de la DM2 y el tratamiento del paciente: pauta de insulina y/o antidiabéticos orales). La segunda parte se compone, entre otras, de una serie de preguntas dirigidas a medir el tipo de motivación para la realización de conductas saludables relacionadas con la alimentación. Finalmente, incluye dos ítems para evaluar cada una de las NPB (autonomía, competencia y apoyo social) relacionadas con la dieta. Se calculó la variable sintética "dieta total" resultado del cociente cuyo numerador quedó compuesto por la puntuación media del total de ítems relacionados con la motivación a la hora de realizar una dieta saludable, y como denominador el número total de dichos ítems.

Se utilizó la versión española del *Brief Resilient Coping Scale* (11) para medir la resiliencia. Consta de cuatro ítems en formato tipo *Likert* en una escala de 1 a 5 correspondiendo la mayor puntuación con la conducta más resiliente. La cifra de HbA1c se obtuvo de la historia clínica de los pacientes.

Se realizó un muestreo consecutivo. Los profesionales de los centros de salud participantes informaron a los pacientes que acudieron a la consulta, entre febrero y diciembre de 2016, de la intención de llevar a cabo el presente estudio y solicitaron su colaboración. A aquellos que quisieron participar de manera voluntaria se les entregó por escrito el consentimiento informado y el cuestionario, para que lo cumplimentasen en el momento o posteriormente en su domicilio.

Una vez obtenida la información se realizó un análisis descriptivo de las variables utilizando los índices propios de la estadística descriptiva: frecuencias absolutas, porcentajes, medias y desviaciones típicas.

Para determinar la normalidad de la muestra se usó el test de Kolmorov-Smirnov. Se utilizaron los test no paramétricos en los análisis de las variables a estudio.

En las variables cualitativas se empleó la prueba Chi cuadrado. Para comparar medias entre subgrupos de población se utilizó la U de Mann-Whitney. Para las variables cuantitativas se usó el test de correlación de Spearman.

Para realizar el análisis estadístico se empleó el programa informático SPSS versión 24.0 y se consideraron los resultados estadísticamente significativos cuando el valor de $p \leq 0,05$.

Resultados

Participaron en el estudio una muestra de 235 pacientes, siendo la mayoría hombres (60,4%). La media de edad fue de 70,2 años (DE: 10,31) y el nivel de estudios predominante, primarios o menos (59,8%). Por otra parte, la media de años desde el diagnóstico de DM2 fue de 10,6 (DE: 8,72). La mayor parte de las personas encuestadas no utilizaba insulina (83,3%) para el tratamiento de la DM2 y sí, por el contrario, antidiabéticos orales (74,7%). La media de HbA1c fue de 7,1% (DE: 1,30). Con respecto a la resiliencia, la puntuación media fue de 3,53 puntos (DE: 0,95) en un rango de 1 (menos resiliente) a 5 (más resiliente).

En primer lugar, se analizaron los porcentajes según el tipo de motivación para cada una de las variables relacionadas con la dieta (Tabla 1). Los porcentajes de desmotivación oscilaron entre el 4,3 y el 45,3%, correspondiendo a las variables relacionadas con el mayor consumo semanal de pescado que de carne, el valor más elevado. La motivación intrínseca presentó valores con un rango comprendido entre el 13,2 y el 44%, correspondiendo en este caso el mejor porcentaje a los ítems relacionados con el consumo de dos o tres raciones de fruta al día y alimentos condimentados con hierbas aromáticas o especias (Tabla 1).

Adicionalmente, se calculó la puntuación media para cada conducta, entendiendo, de acuerdo con el modelo conductual utilizado, que la motivación puede ser entendida como un continuo con un rango de puntuación comprendido entre 0 (desmotivación) y 5 (motivación intrínseca) (Tabla 1).

Tabla 1. Porcentaje según el tipo de motivación y la puntuación media, para cada recomendación

	Desmotivación %	Motivación extrínseca %				Motivación intrínseca %	Puntuación (DE)
		Externa	Introyectada	Identificada	Integrada		
Hacer cinco comidas al día: desayuno, media mañana, comida, merienda y cena	36,6	6,4	4,3	31,9	7,7	13,2	2,07 (1,83)
Consumo diario de dos raciones de carne y/o pescado	39,2	4,7	0,4	22,4	10,8	22,4	2,28 (2,06)
Consumo semanal mayor de pescado que de carne	45,3	0,9	0,9	20,5	9,8	22,6	2,17 (2,11)
Consumo diario de una o más raciones de verdura	14,9	3,4	0,4	36,6	13,2	31,5	3,24 (1,68)
Consumo semanal de entre una y dos raciones de legumbres	4,3	3,8	0,4	28,5	28,5	34,5	3,77 (1,28)

Tabla 1. Porcentaje según el tipo de motivación y la puntuación media, para cada recomendación (continuación)

	Desmotivación %	Motivación extrínseca %				Motivación intrínseca %	Puntuación (DE)
		Externa	Introyectada	Identificada	Integrada		
Consumo diario de entre dos y tres raciones de fruta	12,0	2,6	0,4	29,9	11,1	44,0	3,58 (1,65)
Consumo diario máximo de dos cucharadas soperas de aceite vegetal (oliva, girasol, maíz o soja)	14,7	4,7	0,4	34,5	24,1	21,6	3,13 (1,62)
Endulzar alimentos con sacarina o stevia y no con azúcar	33,0	3,9	0,9	43,8	2,6	15,9	2,27 (1,81)
Comer habitualmente a la misma hora, incluso fuera de casa	24,3	3,0	3,0	17,0	21,3	31,5	3,03 (1,95)
Consumo de alimentos cocinados a la plancha, parrilla, hervidos o al horno	20,1	6,0	0	30,8	11,5	31,6	3,03 (1,86)
Excluir refrescos con azúcar y tónicas	14,9	2,1	6,0	42,1	6,8	28,1	3,08 (1,64)
Excluir "productos especiales para diabéticos"	38,2	0,4	0,9	17,3	10,2	32,9	2,60 (2,18)
Excluir salsas comerciales, harinas y rebozados	37,4	4,7	1,3	29,4	8,1	19,1	2,26 (1,98)
Consumo de alimentos condimentados con hierbas aromáticas o especias, vinagre, limón, ajo, cebolla, pimentón, perejil o laurel	7,8	4,7	0,9	13,5	30,6	42,7	3,82 (1,50)

Además de los análisis anteriores, se llevó a cabo otro considerando la realización (sí o no) de cada una de las recomendaciones dietéticas (Tabla 2). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas según el sexo en la recomendación "realiza cinco comidas al día", "consumo diario de dos o tres raciones de fruta" y "regularidad horaria en las comidas".

Por otro lado, la puntuación media de la variable "dieta total" fue de 2,87 puntos (DE: 0,78).

Tabla 2. Porcentaje de adherencia para cada recomendación

	Sí %	No %
Hacer cinco comidas al día: desayuno, media mañana, comida, merienda y cena	63,4	36,6
Consumo diario de dos raciones de carne y/o pescado	60,8	39,2
Consumo semanal mayor de pescado que de carne	54,7	45,3
Consumo diario de una o más raciones de verdura	85,1	14,9
Consumo semanal de entre una y dos raciones de legumbres	95,7	4,3
Consumo diario de entre dos y tres raciones de fruta	88,0	12,0
Consumo diario máximo de dos cucharadas soperas de aceite vegetal (oliva, girasol, maíz o soja)	85,3	14,7
Endulzar alimentos con sacarina o stevia y no con azúcar	67,0	33,0
Comer habitualmente a la misma hora, incluso fuera de casa	75,7	24,3
Consumo de alimentos cocinados a la plancha, parrilla, hervidos o al horno	79,9	20,1
Excluir refrescos con azúcar y tónicas	85,1	14,9
Excluir "productos especiales para personas con diabetes"	61,8	38,2
Excluir salsas comerciales, harinas y rebozados	62,6	37,4
Consumo de alimentos condimentados con hierbas aromáticas o especias, vinagre, limón, ajo, cebolla, pimentón, perejil o laurel	92,2	7,8

No se observó relación estadísticamente significativa entre esta variable y la edad ($p=0,956$), el nivel de estudios ($p=0,738$), el tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad ($p=0,535$), la resiliencia ($p=0,973$), ni la HbA1c ($p=0,576$). Sin embargo, sí se encontró diferencia significativa en el sexo, observándose una puntuación mayor en mujeres 3,06 (DE: 0,67) que en hombres 2,75 (DE: 0,83) ($p=0,004$) y también asociación con las NPB ($r=0,30$; $p<0,001$), pero dado el valor del estadístico, no se puede tener en consideración.

Cada una de las NPB se midió de forma independiente, con dos ítems con formato de respuesta tipo *Likert* (0= nunca a 4= siempre). Las peores puntuaciones se observaron en el ítem relacionado con la autonomía "soy yo quien preparo mi comida" y en el relativo al apoyo social (Tabla 3). Se calculó la puntuación media de cada NPB y se buscaron diferencias de acuerdo con las variables personales (edad, sexo y nivel de estudios) y las relacionadas con la enfermedad (tiempo desde el diagnóstico y HbA1c). Únicamente se observaron diferencias significativas según el sexo en la autonomía, siendo superior en mujeres que en hombres (Tabla 4).

Por otro lado, se puntuaron de forma global las NPB en un rango de 0 (menor puntuación) a 4 (mayor puntuación). La puntuación media obtenida fue de 2,67 (DE= 0,64), siendo de nuevo significativamente mayor ($p<0,001$) en mujeres (2,96; DE= 0,64) que en hombres (2,49; DE= 0,58). En relación con el nivel de estudios no aparecieron diferencias significativas ($p=0,64$).

Por último, cabe destacar la existencia de una relación positiva entre la resiliencia de los pacientes y sus NPB ($p<0,001$).

Discusión y conclusiones

Este estudio ha sido diseñado para conocer la adherencia y el tipo de motivación de los pacientes con DM2 en la realización de conductas relacionadas con la alimentación, así como sus NPB y su resiliencia.

Las personas encuestadas se encuentran más desmotivadas en el mayor consumo semanal de pescado que de carne y poseen una motivación intrínseca mayor a la hora de comer dos o tres raciones de fruta diarias y a condimentar los alimentos con hierbas aromáticas o especias. No se observó relación entre la resiliencia y las NPB de los pacientes.

Tabla 3. Porcentaje, según frecuencia de realización, de cada uno de los ítems de las necesidades psicológicas básicas

		Nunca %	Casi nunca %	A veces %	Casi siempre %	Siempre %
Competencia	Tengo confianza en mí mismo	2,9	2,0	21,6	39,2	34,3
	Me siento capaz de realizar una dieta saludable	1,9	4,8	19,1	41,6	32,5
Apoyo social	Mi familia habitualmente realiza una dieta saludable	4,4	4,4	26,2	44,2	20,9
	Las personas de mi entorno realizan una dieta saludable	6,0	4,0	31,5	39,0	19,5
Autonomía	Puedo decidir lo que voy a comer	6,3	4,9	24,8	21,4	42,7
	Soy yo quien preparo mi comida	32,4	9,5	13,8	9,0	35,2

Tabla 4. Puntuación media de las necesidades psicológicas básicas y diferencias según sexo

	Media (DT)	Sexo, media (DT)		z	p
		Hombre	Mujer		
Competencia dieta	3 (0,86)	3,07 (0,78)	2,88 (0,97)	-1,12	0,2
Influencia social dieta	2,65 (0,96)	2,67 (0,97)	2,61 (0,95)	-0,38	0,7
Autonomía dieta	2,44 (1,29)	1,78 (1,04)	3,48 (0,88)	-9,10	0,001

Al contrastar la variable "dieta total", que mide la motivación de las personas encuestadas para seguir los consejos dirigidos a llevar una dieta adecuada a su patología con las variables personales y las relacionadas con la enfermedad, solo se encontró diferencia significativa con el sexo, siendo mayor en mujeres. Esto puede ocurrir porque en la sociedad actual, las mujeres, y en mayor medida las pertenecientes a la franja de edad de las personas participantes en este estudio, son las encargadas de comprar los alimentos y de cocinar en sus domicilios y, por ello, pueden sentirse más motivadas para realizar cambios en los menús. Los resultados del estudio llevado a cabo por Julien et al. (12) sugieren que las personas con DM2 que reciben motivación autónoma hacia su dieta presentan, un año después, un nivel más alto de cumplimiento de la misma.

Conocer la motivación de los pacientes con diabetes puede resultar fundamental para conseguir un cambio en sus conductas. Puede resultar especialmente útil para realizar educación grupal tal como concluyen Raballo et al. (13) en su estudio del año 2012, según el cual el tratamiento en grupo refuerza la comunicación y la identificación entre pares, lo cual puede permitir alcanzar los objetivos clínicos promoviendo el conocimiento, la autoeficacia y las actitudes positivas tanto hacia la enfermedad en sí misma como hacia los cuidados que requiere, el locus de control interno y, en última instancia, el empoderamiento de los pacientes.

En cuanto a las NPB, las peores puntuaciones se observaron en el apoyo social y en la autonomía. Esto concuerda con un estudio de Mayberry et al. (14), en el que se relacionó la percepción de los pacientes diabéticos sobre no tener apoyo familiar con un peor control de la glucemia y, por ello, las intervenciones sanitarias deberían incluir información a los familiares para aumentar sus habilidades y motivación, con el objetivo de no interferir en los esfuerzos de autocuidado de los pacientes diabéticos. Además, Nouwen et al. (15) sugieren que el apoyo a estas necesidades en las intervenciones es clave para mejorar el autocuidado dietético en las personas recién diagnosticadas de DM2.

Además, se ha observado que la autonomía es significativamente más alta en las mujeres que en los hombres. Una de las causas puede ser, como se ha comentado antes, el hecho de que en la mayoría de los casos son las mujeres quienes se encargan de hacer la compra y preparar la comida.

Cabe destacar la existencia de una relación positiva entre la resiliencia de los pacientes y sus NPB. Esto parece ir en la línea de otros estudios en los que se observó una relación directa entre la capacidad para resolver problemas y el apoyo social con la alimentación saludable (16).

Como limitación del estudio, al utilizar cuestionarios como herramienta de recogida de datos, se debe contar con la posibilidad de que exista sesgo de complacencia, aunque el impacto de este sesgo está minimizado por el hecho de ser anónimos. Además, teniendo en cuenta que se ha realizado un muestreo no probabilístico consecutivo, es posible que la muestra se encuentre sesgada debido a las fluctuaciones en el reclutamiento de pacientes derivadas de las variaciones en la demanda asistencial en los diferentes periodos del año. Además, este tipo de muestreo hace posible que los pacientes participantes estén más motivados por su salud y, por consiguiente, no sean representativos del total de la población. También sería conveniente desarrollar nuevos estudios ampliando el número de la muestra para conocer la adherencia y tipo de motivación, y las NPB de los pacientes con DM2 a la hora de seguir las recomendaciones de los profesionales sanitarios sobre la dieta.

Los resultados obtenidos permiten concluir que las personas participantes en el estudio poseen una puntuación media más próxima a la motivación intrínseca en las conductas relacionadas con el consumo de dos o tres raciones de fruta al día y alimentos condimentados con hierbas aromáticas o especias. Además, aquellas que tienen una mayor resiliencia logran una mayor satisfacción de sus NPB.

La utilización del cuestionario basado en el modelo de autodeterminación posibilita que los profesionales sanitarios orienten las intervenciones educativas sobre conductas relacionadas con la alimentación de los pacientes con DM2 en función del tipo de motivación y de las NPB. De esta forma, podría aumentar su adherencia y, como consecuencia, se conseguiría un mejor autocontrol de la enfermedad.

Bibliografía

- [1] Federación Internacional de Diabetes. Atlas de Diabetes de la FID. 7ª ed. [internet]. Bruselas: International Diabetes Federation; 2016 [citado 13 may 2018]. Disponible en: https://www.fundaciondiabetes.org/upload/publicaciones_ficheros/95/IDF_Atlas_2015_SP_WEB_oct2016.pdf

- [2] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012 [citado 13 may 2018]. Disponible en: http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuidadospaliativos-diabetes/DIABETES/Estrategia_en_diabetes_del_SNS_Accesible.pdf
- [3] Evert AB, Boucher JL, Cypress M, Dunbar SA, Franz MJ, Mayer-Davis EJ, et al. Nutrition therapy recommendations for the management of adults with diabetes. *Diabetes Care*. 2014; 37Suppl1:S120-43.
- [4] Ryan RM, Patrick H, Deci EL, Williams GC. Facilitating Health behaviour change and its maintenance: Interventions based on Self-Determination Theory. *European Health Psychologist*. 2008; 10:1-4.
- [5] Smiley WH 3rd. Getting Patients to Their Lipid Target: a practical approach to implementing therapeutic lifestyle changes. *J Am Osteopath Assoc*. 2011; 111Suppl3:S13-7.
- [6] Deci E, Ryan R. The general causality orientations scale: Self-determination in personality. *Journal of Research in Personality*. 1985; 19(2):109-34.
- [7] Deci E, Ryan R. The "What" and "Why" of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. *Psychological Inquiry*. 2000; 11(4):227-68.
- [8] Forés A, Granés J. La resiliencia. Crecer desde la adversidad. 4ª ed. Barcelona: Plataforma Editorial; 2012.
- [9] De Nisco S. Exploring the relationship between resilience and diabetes outcomes in African Americans. *J Am Acad Nurse Pract*. 2011; 5:602-10.
- [10] Martín Payo R, González Méndez X, Papín Cano C, Suárez Álvarez J. Development and validation of a questionnaire for assessing the characteristics of diet and physical activity in patients with type 2 diabetes. *Psicothema*. 2018 Feb; 30(1):116-22.
- [11] Limonero JT, Tomás-Sábado J, Gómez-Romero MJ, Maté-Méndez J, Sinclair VG, Wallston KA, et al. Evidence for Validity of the Brief Resilient Coping Scale in a Young Spanish Sample. *Span J Psychol*. 2014; 17:1-9.
- [12] Julien E, Senécal C, Guay F. Longitudinal Relations among Perceived Autonomy Support from Health Care Practitioners, Motivation, Coping Strategies and Dietary Compliance in a Sample of Adults with Type 2 Diabetes. *Journal of Health Psychology*. 2009; 14(3):457-70.
- [13] Raballo M, Trevisan M, Trinetta A, Charrier L, Cavallo F, Porta M, et al. A Study of Patients' Perceptions of Diabetes Care Delivery and Diabetes: Propositional analysis in people with type 1 and 2 diabetes managed by group or usual care. *Diabetes Care*. 2011; 35(2):242-7.
- [14] Mayberry LS, Osborn CY. Family support, medication adherence, and glycemic control among adults with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2012; 35(6):1239-45.
- [15] Nouwen A, Ford T, Balan A, Twisk J, Ruggiero L, White D. Longitudinal motivational predictors of dietary self-care and diabetes control in adults with newly diagnosed type 2 diabetes mellitus. *Health Psychology*. 2011; 30(6):771-9.
- [16] King D, Glasgow R, Toobert D, Strycker L, Estabrooks P, Osuna D, et al. Self-efficacy, problem solving, and social-environmental support are associated with diabetes self-management behaviors. *Diabetes Care*. 2010; 33(4):751-3.

¹ Diana Marcela Prieto Romero

² Norman Giovanni Apraez Ippolito

³ José Milton Guzmán Valbuena

Análisis del diálogo intercultural en la prestación de servicios de salud en la Amazonía Colombiana

¹ Candidata a Doctoranda en Salud de la Universidad Federal de Juiz de Fora-Minas Gerais-Brasil.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1608-8003>

Dirección de contacto: dianamar1105@hotmail.com

² Profesor cátedra Departamento de Salud Pública Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia.

³ Asesor de tesis ocasional del Departamento de Salud Pública Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia.

Resumen

Objetivo: la investigación analiza la definición de diálogo intercultural desde la perspectiva indígena en relación con la institucionalidad en salud, analizando cómo se da ese diálogo en la prestación de servicios en salud en la medicina tradicional y occidental en la Asociación Indígena Zonal de Arica (AIZA) de la Amazonia Colombiana.

Método: se ha utilizado una metodología cualitativa para el análisis documental, se ha realizado un ejercicio etnográfico con la técnica de observación participante, diario de campo y entrevistas semiestructuradas a los líderes y profesionales durante los años 2009-2013.

Resultados: los resultados describen las diferencias del diálogo intercultural entre los indígenas y no indígenas.

Conclusiones: para los indígenas el diálogo es la interacción y relacionamiento entre los seres humanos y no humanos (animales, espíritus, plantas), para los no indígenas es solo una interacción entre humanos con respeto, transparencia y sinceridad. Además, en la prestación de servicios occidentales, el diálogo intercultural presenta barreras de tiempo, visuales, idioma y falta de herramientas de los profesionales; en contraste la medicina tradicional no presenta barreras de tiempo, espacio y se reconocen los saberes de los individuos, asimismo reconocen que el diálogo se desarrolla en diferentes espacios como la chagra¹, maloca² y balsas³.

Palabras clave: servicios de salud indígena; diversidad cultural; Colombia.

Abstract

Analysis of the intercultural dialogue in healthcare in the Colombian Amazonia

Objective: this research analyzed the definition of intercultural dialogue from the perspective of natives, regarding the institutionalized healthcare framework, by analyzing how this dialogue is conducted when providing patient care within traditional and Western Medicine at the Native Association of the Arica Area (AIZA) in the Colombian Amazonia.

Method: qualitative methodology was used for documentary analysis, and an ethnographic exercise was conducted with the participant observation technique, field diary, and semi-structured interviews with leaders and professionals from 2009 to 2013.

Results: the results described the differences in intercultural dialogue between natives and non-natives.

Conclusions: for natives, dialogue is the interaction and relationship between human and non-human beings (animals, spirits, plants); for non-natives it is only an interaction between humans with respect, transparency and honesty. Moreover, when providing Western healthcare, the intercultural dialogue presents barriers of time and language, as well as visual, and there is lack of tools by professionals; on the other hand, Traditional Medicine does not present time and space barriers, and the knowledge by individuals is acknowledged; they will also acknowledge that dialogue is conducted in different spaces, such as the "chagra" (glades in the forest used to plant herbs for medicinal and ritual use), the "maloca" (ancestral long house used by the natives of the Amazon) and the boats.

Key words: native healthcare services; cultural diversity; Colombia.

¹ Lugar donde las familias cultivan los alimentos y plantas para el consumo o curación de las enfermedades.

² Lugar sagrado donde las comunidades realizan los bailes tradicionales, reuniones; además es utilizado como espacio de curación.

³ Espacio donde las mujeres se reúnen a lavar la ropa o arreglar los alimentos como el pescado.

Introducción

El diálogo intercultural es indispensable en un mundo cada vez más interconectado; mejorar el diálogo y la comprensión entre las personas es más vital que nunca (1). Por lo tanto, es relevante conocer cómo se presenta dicho diálogo intercultural en la prestación de servicios de salud en territorios indígenas de la Amazonía Colombiana.

Abordar el tema demanda la definición de las palabras: diálogo intercultural, salud y prestación de servicios, además de describir el contexto en el que se desarrolla. Estas palabras han recibido diferentes definiciones en el transcurso histórico, siendo imposible citarlas todas en este documento, por lo que se describen solo las definiciones acogidas.

En la definición de "diálogo intercultural" se resalta a Dussel (2), quien afirma que para llevar un diálogo intercultural es necesario una descolonización epistemológica, entendida esta como el reconocimiento del otro ser humano con conocimientos, opiniones, etc.

Para el término "salud" se acogió la definición de la Asociación Indígena Zonal de Arica (AIZA). Se trata del equilibrio entre el hombre, la naturaleza y la cosmovisión; para los ancianos tradicionales de los pueblos MUINAS y P++NEMINA, que habitan este territorio, la salud se maneja por medio de curaciones, consejo, dietas y ritos, es lo que llaman el BIN+E KA+ UÑUA UAI---MEPIVYE IÑYJ+ +TSAMEI CAAWAJU (Calendario ecológico), el cual enseña cómo se ha de comportar en el entorno natural y qué actividades de prevención (curaciones, rituales, dietas) se tienen que realizar en cada época y en los diferentes tiempos que ocurren en el ciclo natural (3,4).

"Prestación de servicio de salud" es una categoría incorporada a través de la Ley 100 del 1993 con el Sistema de Seguridad Social Integral-SGSS. La ley reglamenta que: "la Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad...". Esta ley, en el Artículo 157, organiza los sistemas de salud en contributivo-subsidiado y para comunidades indígenas establece que las mismas forman parte del régimen subsidiado de salud (5).

En lo político administrativo, Colombia es un país que cuenta con 32 departamentos (6), en ellos habitan 102 pueblos indígenas con 65 idiomas reconocidos hasta el momento (7), a partir del Decreto 3842 de 1949 se establece el año rural para obtener el título de medicina con el objetivo de prestar los servicios de Atención Primaria en salud a los territorios más apartados incluyendo los territorios indígenas (8). Legalmente a partir de la Constitución de 1991, el Estado reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la nación (9); además, la ley 691 reglamenta la participación de los grupos étnicos en el SGSS con el objeto de garantizar el acceso y la participación de los pueblos indígenas en los servicios de salud (10). Adicionalmente, el convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) consagra la autonomía de los grupos étnicos, al establecer que la planeación y la administración de los servicios de salud ha de realizarse en cooperación con dichos pueblos, teniendo en cuenta sus condiciones geográficas, sociales y culturales, y coordinar con los mismos la prestación de dichos servicios como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales (11).

Por otra parte, el departamento del Amazonas se encuentra localizado en el extremo sur del territorio nacional colombiano, tiene una extensión de 109.655 km², cerca del 10% del total del país, de los cuales 89.338 km² son resguardos indígenas, área que corresponde al 81% del territorio departamental (12). Según el censo 2005 realizado por el DANE, habitan 67.726 personas, 37,8% de ellas en el área rural y 62,2% en el área urbana y se reconocen los siguientes pueblos indígenas: Andoke, Barasana, Bora, Cocama, Inga, Karijona, Kawiyari, Kubeo, Letuama, Makuna, Matapí, Miraña, Nonuya, Ocaina, Tanimuka, Tariano, Tikuna, Uitoto, Yagua, Yauna Yukuna y Yuri (13). En la organización político administrativa funcionan dos municipios (Leticia y Puerto Nariño) y 14 Asociaciones de Autoridades Tradicionales Indígenas. Los límites departamentales están definidos en tratados fronterizos que estableció Colombia con Perú en 1922 y con Brasil en 1907 y 1928 (14). Limita por el norte con el departamento del Caquetá y con el río Apaporis, que lo separa del departamento del Vaupés; por el este con la República de Brasil; por el sur con los ríos Putumayo y Amazonas, y por el oeste con el departamento del Putumayo y con la República del Perú.

Los pueblos indígenas que habitan en el departamento han atravesado distintos momentos históricos, los cuales es importante abordar en la medida que los pueblos sufrieron transformaciones, unos en mayor medida que otros, estos se constituyen en factores claves para el diálogo intercultural. Durante la época de la cauchería comprendida durante el periodo de 1904-1934, autores como Augusto Gómez, William H. McNeill relatan injusticias, atropellos y enfermedades que llegaron como: la gripa, el sarampión, la viruela, entre otras (estas acabaron con grupos étnicos), esta serie de sucesos obligaron el desplazamiento de varios pueblos indígenas a los ríos grandes como el Putumayo y el Caquetá. Actualmente sobre la ribera del río Putumayo y sus afluentes existen 54 comunidades indígenas, entre ellas las 12 comunidades de la Asociación Indígena de AIZA (15-17).

La bonanza⁴ del pescado, en los años 80, se desarrolló en los ríos Caquetá y Amazonas principalmente, donde existían cuartos fríos en las comunidades más grandes o también llamados cascos urbanos, allí llegaban aviones de carga para transportar grandes cantidades de pescado de especies como lecheros y pirarocú, entre otros (18). Actualmente como consecuencia de esta bonanza tan fuerte y de manera descontrolada, los indígenas afirman que la pesca es cada vez más difícil. Posteriormente, vino la bonanza de la madera que ha sido fuertemente impulsada en el río Putumayo por su navegabilidad, la principal madera explotada fue el cedro y poco a poco se ha extendido a diferentes tipos, a pesar que la explotación de madera es legal también existe la extracción ilegal de este recurso (19).

La bonanza de la coca se desarrolló en los territorios indígenas del departamento y fue más o menos simultánea a las dos bonanzas anteriores. En esta época los hombres indígenas, en su mayoría los jóvenes, se dedicaron a sembrar hoja de coca para uso ilícito; esto fue impulsado en gran medida por grupos insurgentes que llegaron a los territorios y trajo personas de diferentes lugares del país como Boyacá, Tolima, entre otras (17). En esta época, cuentan algunos indígenas, el flujo de lanchas era alta y el mercado o "remesa" que realizaban era para tres meses, con un valor de hasta seis millones de pesos; algunos indígenas abandonaron la chagra ya que había dinero para comprar todo y se consideraba innecesaria. Hoy en día, la práctica de cultivos ilícitos se ha reducido en la mayoría de los territorios indígenas (20). En esta época existían asociaciones como el Consejo Indígena del Alto y Medio Amazonas (COIDAM) y la Organización Zonal Indígena de la Pedrera Amazonas (OZIPEMA).

Algunos de estos hechos aún se viven en la actualidad con menor fuerza, pero son factores que inciden en el cambio de prácticas culturales y, por lo tanto, en el ejercicio del diálogo intercultural, teniendo en cuenta los antecedentes históricos, políticos y legales es relevante responder a la pregunta: ¿Cómo definen las comunidades indígenas de AIZA el diálogo intercultural y cómo se desarrolla este en la prestación de servicios de salud en la medicina tradicional y occidental? Tomando como objetivo: conocer las similitudes y diferencias del diálogo intercultural desde la perspectiva indígena y la institucionalidad de salud y analizar el diálogo intercultural en la prestación de servicios de salud en la Asociación AIZA.

Material y métodos

Se utilizó la metodología cualitativa porque permite, según Tylor y Borgdan (21), construir un conocimiento basado en datos descriptivos en las propias palabras de las personas, ya sean habladas o escritas. Se realizó una revisión documental, así como observación participante, de las cuales surgieron notas de campo en las que se registró sistemáticamente lo que ocurría alrededor y las actividades de las que se formó parte. Dicha actividad se llevó a cabo desde el 2009 hasta el 2013, se convivió con las personas de las 12 comunidades de AIZA, se participó en los espacios cotidianos de las comunidades como la chagra, la maloca, los puertos, etc, acogiendo el planteamiento de Guber: "Si un juego se aprende jugando, una cultura se aprende viviéndola" (22). La información obtenida fue estudiada en función del análisis interpretacional en el que, como explica Valles (23), "el investigador no presupone la existencia de estructuras o relaciones ocultas que el analista deba descubrir, más bien, se pretende identificar y categorizar elementos (temas, pautas, significados, contenidos) y la exploración de sus conexiones, de su regularidad o rareza, de su génesis".

Para el análisis se seleccionaron algunas prácticas sociales, mensajes, entrevistas semiestructuradas y consignas escritas en espacios comunitarios y discursos recuperados en la observación y las entrevistas, por medio de notas de campo, así como algunos documentos seleccionados porque contienen conceptos políticos-diálogo intercultural.

Resultados

Definición de diálogo intercultural

La ubicación geográfica de la Asociación AIZA es distante, se encuentra a 18 horas en un motor 40HP a la Chorrera o Tarapacá, cascos urbanos donde llegan vuelos aéreos para desplazarse a la capital del departamento o del país, lo que dificulta un relacionamiento constante de la asociación con la institucionalidad.

Para la asociación de AIZA, el diálogo no solamente se realiza entre seres humanos indígenas y no indígenas, sino también entre etnias, clanes, seres de la naturaleza, espíritus y energías. Este diálogo es necesario para mantener el buen equilibrio

⁴ Tiempo de abundancia.

y, por ende, la salud de la comunidades. Esto implica dietas, bailes, actividades cotidianas como la chagra⁵, la pesca, la cacería, etc. Estos aspectos no son incorporados al establecer el diálogo intercultural con comunidades indígenas por parte de las instituciones y sus funcionarios.

Para la institucionalidad, como el Centro de Salud de Arica y la Secretaría de Salud Departamental del Amazonas, el diálogo intercultural se lleva a cabo entre seres humanos con respeto, tiempo, transparencia y sinceridad.

Espacios donde se desarrolla el diálogo intercultural

Para la Asociación AIZA el diálogo intercultural se realiza en la cotidianidad, en espacios como: la chagra, la maloca⁶, la pesca, la cacería, el fogón (generalmente de leña, donde las familias o mujeres se reúnen, además de para preparar los alimentos, a compartir experiencias o dar consejos), la cancha de juego (los deportes más practicados son el fútbol y el baloncesto), el puerto donde se bañan o lavan la ropa, la escuela, el puesto de salud, etc.

El diálogo intercultural en la prestación de servicios de salud

El diálogo en la prestación de servicios de salud se presenta en tres instancias en AIZA (el médico tradicional, el médico occidental con el promotor de salud y el médico occidental en el centro de salud).

Medicina tradicional: para ser médico tradicional indígena se necesita una formación continua que pasa la mayoría de veces de padre a hijo, implica normas específicas, dietas y comportamientos que se incluyen en la formación. En la mayoría de los casos inicia en la niñez y dura varios años (más de cinco), las comunidades empiezan a reconocer y a respetar al nuevo tradicional o aprendiz a partir de los buenos resultados.

En la asociación AIZA existen 16 médicos tradicionales, reconocidos por las comunidades. En algunas de ellas, como Cartagena, los comuneros se reúnen dos veces a la semana en el mambadero⁷ de la maloca donde dialogan y comparten diferentes asuntos o temas que ellos consideran importantes o necesarios discutir. Los temas son variados desde la planeación de actividades comunitarias como una minga para la chagra comunitaria, podar la comunidad, etc., no existe una agenda de los temas a tratar.

También en este espacio las familias asisten cuando alguna persona está enferma, si el sujeto puede desplazarse llega hasta la maloca, de lo contrario un familiar se dirige a esta y le pide al médico tradicional indígena el favor de mirar y curar a la persona enferma en la casa; en esta medicina no importa el lugar donde se atiende a la persona, puede ser: la hamaca de la casa, la cocina, la maloca, etc. Los pacientes no se preocupan si llevan la mejor ropa, existe un protocolo de atención que excluye las formalidades occidentales tales como: "siéntese señora" nombre, edad, fecha de nacimiento, nombre de la Empresa Promotora de Salud (EPS)⁸, toma de signos vitales, etc. Ningún médico tradicional hace distinción por la etnia a la que se pertenece o si eres no indígena, lo importante es pedir con humildad, siempre hay una reciprocidad, no en dinero pero sí en pilas, linterna, gasolina, jabón, cigarrillos, lo que la persona considere pertinente y esté dentro de las posibilidades, "es un sistema de intercambio y reciprocidad". En esta medicina las personas son las que deciden qué es un caso o un evento de salud, de acuerdo a una interiorización de creencias.

El médico tradicional no solamente es ordenador de medicinas o procedimientos, también participa del tratamiento, como por ejemplo: en la mordedura de culebra hay dietas alimentarias y de actividades no solamente para el paciente, sino también para la familia y el médico tradicional, porque es un diálogo donde todos unidos energéticamente contribuyen al restablecimiento de ese sistema en la persona "enferma", reconociendo que la persona tiene una estrecha relación con su entorno: naturaleza, río, animales, personas, etc. En este espacio de curación se acompaña con los elementos

⁵ Lugar donde las familias cultivan los alimentos y las plantas como la hoja de coca para hacer mambe, el cual es un elemento sagrado desde la cosmovisión indígena.

⁶ Lugar sagrado donde las comunidades realizan sus bailes tradicionales, curaciones, reuniones, etc.

⁷ Espacio de conversación dentro de la maloka, donde las personas comparten las experiencias e historias a través de los elementos sagrados (mambe y ambil).

⁸ En el Sistema de Salud Colombiano, es la encargada de administrar los recursos y contratar las Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud.

sagrados de mambe⁹ y ambil¹⁰, los cuales son la representación del hombre y la mujer de acuerdo a la cosmovisión indígena.

Las personas de la comunidad, por lo general, asisten como primera instancia ante la pérdida del equilibrio al médico tradicional indígena, si el médico tradicional considera pertinente remitir a la persona a la medicina occidental lo realiza a través del promotor de salud de la comunidad. En las comunidades, el promotor y tradicional trabajan mancomunadamente para mantener la salud de los comuneros; en algunos casos cuando las personas llegan primero donde el promotor, este le informa al médico tradicional del evento y pide la colaboración de él. Algunos eventos no pasan primero por el médico tradicional como el caso de una herida que necesite sutura, primero pasa por el promotor y después del procedimiento, va al médico tradicional para trabajar mancomunadamente en que la herida no se infecte; de esta manera trabajan diariamente.

A los promotores, de acuerdo con la normatividad colombiana, no les corresponde realizar suturas o procedimientos. Sin embargo, por las distancias, algunas comunidades están a ocho horas o más del centro de salud sin garantías de transporte por no ser una urgencia de acuerdo al Sistema de Salud Colombiano, las comunidades tienen confianza en los conocimientos de los promotores, quienes tienen una experiencia promedio de 12 años.

Medicina occidental con el promotor de salud: la Asociación AIZA tiene 12 promotores de salud, cuatro de ellos son remunerados por la Dirección de Salud Departamental del Amazonas (DSDA), los ocho restantes tienen una bonificación por parte de la asociación con recursos del Sistema General de Participaciones (SGP); algunos promotores han desempeñado este cargo durante más de 12 años. De acuerdo al decreto 1811 de 1990 los promotores de salud de las comunidades indígenas tendrán el carácter de interlocutores permanentes entre las comunidades y las Direcciones Seccionales y Locales de Salud para la ejecución de las acciones y programas convenidos. Respecto de la prescripción de medicamentos, el Decreto núm. 8361 en su artículo 38 establece que solamente los médicos, odontólogos y veterinarios en ejercicio legal de sus profesiones pueden prescribirlos.

Actualmente los promotores de salud forman parte del equipo Gestión Integral de Salud Pública (GISP), de la Dirección de Salud Departamental del Amazonas. Esta los ha capacitado en diferentes temas como la Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), vacunación, salud sexual y reproductiva, entre otras. Ellos no deberían, de acuerdo a la normatividad colombiana, prestar servicios tales como realizar suturas, pero la realidad es otra, en estas comunidades tan distantes y apartadas geográficamente, los promotores que cuentan con los conocimientos e insumos necesarios llevan a cabo procedimientos de sutura, además de apoyar en la atención de parto a las parteras.

El promotor mensualmente reporta a la DSDA las actividades desarrolladas en la comunidad. Dentro de sus funciones está dar charlas y visitas casa a casa como estrategia de prevención; ellos como interlocutores realizan el diálogo de una manera distinta de como una persona no indígena lo pensaría, por ejemplo: no cita a la comunidad para que se reúna y dar una charla de signos de alarma para los niños menores de 5 años, por el contrario él da la charla a la comunidad cuando están en minga previo análisis de la pertinencia del tema en esa época, cuando están en la minga a la hora de descanso, tomando masato o caguana empiezan a conversar, es un protocolo basado en el diálogo informal, personalizado, todas las personas comparten, hablan respecto a cómo están los niños. Si tienen gripa, entre todos se aconsejan remedios naturales con plantas o actividades que no deben hacer, como dejarlo asolear mucho, entre otras; el lenguaje utilizado por el promotor es lo más sencillo y claro posible para que todos entiendan, de tal manera que no parece una charla sino más bien un conversatorio y diálogo entre todos. También hablan de otras cosas, como por ejemplo: qué hombres fueron de pesca, cómo les fue, si vieron algo en especial o si tienen alguna anécdota.

El secretario de salud de la asociación refiere que para la visita de comisiones de salud él solicita que avisen con anticipación, pero esto no siempre se da, por lo cual no hay tiempo para preparar la atención de la comunidad con calidad. Igualmente, el promotor de salud realiza un diálogo con su comunidad, en su carácter de interlocutor entre la comunidad y la institucionalidad Centro de Salud de Arica (CSA).

Medicina occidental en el centro de salud de Arica: en la comunidad de Arica está ubicado el Centro de Salud de Arica (CSA), es una Institución Prestadora de Salud (IPS) de primer nivel, en él se encuentran cuatro profesionales realizando el servicio social obligatorio. A partir de la ley 50 de 1981 se reglamenta el Servicio Social Obligatorio (SSO) en todo el

⁹ Elemento sagrado hecho de hoja de coca y yarumo.

¹⁰ Elemento sagrado hecho de tabaco y sal de monte.

territorio nacional y para todas las carreras universitarias del área de salud, el cual se prestará por una única vez en poblaciones pobres y vulnerables. En esta institución se encuentra un médico, una enfermera, un odontólogo, un bacteriólogo y un auxiliar de enfermería, no siempre el equipo de profesionales, que procede de distintas regiones del país, está completo.

La inducción a estos profesionales antes de 2008 la realizaba solamente la DSDA, ahora está a cargo del Hospital Departamental San Rafael de Leticia en colaboración con la DSDA, y en ambas instancias no les proporcionan a los profesionales las herramientas de contexto para llevar a cabo un diálogo intercultural; en especial omiten informar sobre la existencia de conceptos, como la salud propia para las comunidades, valorar la diversidad cultural, dar a conocer prácticas que para los indígenas van en pro de mejorar la salud tales como las dietas, bailes, etc., y que el objetivo es trabajar mancomunadamente para complementarse y no crear conflictos entre ambas medicinas; además de la importancia de respetar la organización política administrativa de la asociación.

En los últimos años el centro de salud ha tenido una decadencia en el suministro de insumos como medicamentos, gasolina, materiales (guantes, jeringas, etc.) hecho cada vez más notorio a partir de la ley 1122 del año 2007, que prohibió a las entidades territoriales prestar directamente los servicios de salud, razón por la cual los hospitales funcionan a través de la figura de una Empresa Social del Estado (ESE) en el ámbito departamental, quedando los centro de salud a cargo del Hospital Departamental San Rafael de Leticia de II nivel.

La mayoría de las personas de las comunidades distantes asisten al centro de salud como último recurso, otros prefieren sanar sus dolencias con medicamentos occidentales comprados en el Estrecho (Perú) porque han dejado sus prácticas tradicionales y como consecuencia a la escasez de medicamentos en el centro de salud de Arica, en este contexto las poblaciones se están orientando a volver a sus prácticas tradicionales.

El diálogo intercultural en la prestación de los servicios de salud con las personas de la comunidades de AIZA depende de los profesionales, así como van personas que creen y tratan de conocer un poco la medicina tradicional, hay otros que no les interesa o que la reconocen pero no saben cómo acercarse e interactuar en la práctica con estos sistemas de conocimientos. Estas diferentes posturas puede crear tensiones en la convivencia entre los profesionales que van a prestar el Servicio Social Obligatorio en la Asociación indígena.

Las personas indígenas que asisten al centro de salud procuran ir con sus mejores trajes. Cuando entran al mismo, hay una primera barrera visual de tipo administrativo como es un escritorio, al otro lado está el auxiliar de enfermería cumplimentando unos Registros de Información de Prestación de Servicios (RIPS), con los datos personales, listo para sacar la historia clínica del paciente, no sin antes corroborar a cuál EPS pertenece y que esta tenga habilitado el servicio de consulta externa o de lo contrario deberá ser atendido en urgencias, entendida dentro del sistema de salud colombiano, no desde las necesidades o prioridades de las personas.

Después de esperar el turno en el horario de atención del centro de salud de 8:00 a 12 am y de 2 a 5 pm, sin tener en cuenta si vienen de lugares lejanos, los hacen pasar al consultorio en el que se encuentra el profesional de la salud al otro lado de un escritorio con una bata blanca o un uniforme, quien pregunta el motivo de consulta, realiza el examen físico; unos profesionales, mejores en ese sentido que otros, formulan los medicamentos que posteriormente entregará la enfermera o el médico sin cerciorarse que las personas entiendan las indicaciones. En las consultas no se pregunta si ha visitado a algún médico tradicional y si son personas de la tercera edad; tampoco se cuenta con un intérprete, para lo cual el usuario depende del poco o mucho español que hable.

Sin embargo, también hay profesionales de la salud que han pasado y han mambeado, ido de pesca con los indígenas, asistido en las noches a la maloca para compartir, han acompañado a las reuniones de la asociación en un intento de entender, respetar y complementar las dos medicinas, pero desafortunadamente esto es momentáneo porque siempre están sujetos a la incertidumbre de cómo será el siguiente profesional que llegue. En ese sentido no hay un diálogo intercultural constante y de manera permanente en la prestación de los servicios de salud en el Centro de Salud de Arica.

Discusión y conclusiones

Existe una serie de diferencias en la definición de diálogo intercultural puestas al descubierto: para las comunidades indígenas el diálogo se lleva a cabo entre seres humanos, etnias, clanes, seres de la naturaleza, espíritus y energías; este diálogo es necesario para mantener el equilibrio, y por ende la salud de las comunidades. Para la institucionalidad el intercambio intercultural se realiza solo entre seres humanos con respeto, tiempo, transparencia y sinceridad. El estudio ratifica la interculturalidad como propuesta en el abordaje los servicios en salud (24,25).

Por otro lado, las diferencias expuestas en la prestación de los servicios de salud desde la medicina occidental y tradicional, en la cual el trato con el médico tradicional y promotor de salud es: cercano, de confianza, con tranquilidad, de acuerdo con un protocolo cultural para la atención, las personas se hacen responsables de sus cuerpos sin dejar de lado sus creencias, y no hay barreras visuales, de tiempo y espacio. En contraste, el diálogo en la prestación de los servicios de salud occidental presenta dificultades entre otras por la falta de herramientas para los profesionales, que deberían ser proporcionadas por la academia, la entidad territorial y la sociedad. Un asunto especial es la necesidad de reflexionar sobre el significado del término "urgencia" en estos territorios distantes: ¿un dolor de muela de tres días no es una urgencia? La investigación confirma la importancia de los valores socioculturales como motores de transformación (26) en los profesionales de la salud, además de brindar cuidados culturalmente competentes en los diferentes escenarios de la salud (27).

Así mismo, es necesario cerciorarse que los profesionales de la salud cuenten con conocimientos específicos para el contexto, como por ejemplo leer una gota gruesa para diagnosticar la malaria, en el caso de bacteriólogo; saber hacer un examen físico, saber hacer un examen físico, diagnosticar y prescribir medicamentos además de corroborar que las personas han entendido las indicaciones en el caso del médico; conocer y saber administrar medicamentos, realizar una citología, en el caso de la enfermera; estos son algunos ejemplos para estar en las capacidades de desempeñarse en estos territorios tan apartados y distantes.

Todo ello resulta de interés a la hora de plantear enfoques, como por ejemplo, cómo debe ser la formación de los nuevos profesionales frente a la interacción con otros sistemas de conocimiento; cómo lograr que las políticas nacionales de los diferentes países adopten el diálogo intercultural como un indicador en la prestación de los servicios de salud y que se garantice la implementación de protocolos interculturales en la atención de estas comunidades.

Bibliografía

- [1] Diálogo intercultural é indispensável num mundo cada vez mais interligado. Centro Regional de Informação das Nações Unidas. [internet] [citado 13 may 2018]. Disponível em: <http://www.unric.org/pt/actualidade/28103-diálogo-intercultural-e-indispensavel-num-mundo-cada-vez-mais-interligado>
- [2] Enrique D. Enrique Dussel. [internet].; 2202 [cited 13 may 2018]. Available from: <http://enriquedussel.com/>
- [3] Arica AIZA, Amazonas DSDA. Diagnóstico de Salud de la Asociación Indígena Zonal de AIZA Leticia. Colombia: Secretaria de Salud Departamental del Amazonas; 2013.
- [4] WHO Centre for Health Development. A glossary of terms for community health care and services for older persons: Ageing and Health Technical Report. Geneva: WHO; 2004.
- [5] Ministerio de Salud y la Protección Social. Ley 100 de 1993. Bogotá: Ministerio de Salud y la Protección Social; 1993.
- [6] Minsiterio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud Según Regiones Colombia Bogotá. Bogotá: Minsiterio de Salud y Protección Social; 2013.
- [7] Organización Nacional Indígena de Colombia ONIC. ONIC [internet]; 2015 [citado 13 may 2018]. Disponible en: <http://www.onic.org.co/noticias/818-ponencia-organizacion-nacional-indigena-de-colombia-onic>
- [8] Resolución 1058. Bogotá: Ministerio de Salud y la Protección Social; 2010.
- [9] Constitución Política de Colombia. Bogotá: Corte Constitucional; 1991.
- [10] Ley 691. Bogotá: Ministerio del Interior y de Justicia; 2001.
- [11] Organización Internacional del Trabajo. Convenio 169. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo; 1989.
- [12] Plan de desarrollo del Departamento del Amazonas. Leticia: Gobernación del Amazonas; 2012.
- [13] Colombia una nación multicultural. Bogotá: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas; 2006.
- [14] Mejía Valenzuela A. La Amazonia Colombiana. Sociedad Geográfica de Colombia. 1983; 36.
- [15] Gómez López A. Cauchería y conflictos colombo peruanos, fragmentos para una historia epidemiológica y sociocultural de la Amazonia Colombiana. Bogotá: COAMA; 1990.
- [16] William HM. Plagas y pueblos. Siglo XXI editores; 1984.

- [17] Banco de la República Centro de Estudios Económicos Regionales. Economía Regional Bogotá: Banco de la República; 2013.
- [18] Rojas S. Historia de Leticia Amazonas Colombia. Amazonasleticia.com [internet] 2013 [citado 13 may 2018]. Disponible en: <http://amazonasleticia.co/historia-de-leticia-amazonas-colombia/>
- [19] WWF. Informe Causas de la ilegalidad de la madera en Colombia un estudio sobre los flujos del comercio de la madera, los actores y los impactos de la tala ilegal. Bogotá: WWF; 2012.
- [20] Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Monitoreo de Cultivos de Coca 2014. Bogotá: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito; 2015.
- [21] Borgdan T. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós; 1987.
- [22] Guber R. La etnografía. Método, campo y reflexividad. Bogotá: Norma; 2001.
- [23] Vallés M. Técnicas cualitativas de investigación social. Madrid: Síntesis Sociología; 1999.
- [24] Mocellin Raymundo M. Interculturalidade e a conjunção de saberes que congregam a atenção em saúde. Rev. bioét. 2013; 21(2).
- [25] Duarte Dantas S. Diálogos Interculturais Reflexões Interdisciplinares. Sao Paulo: Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo; 2012.
- [26] Ferrer Arnedo C. Los valores como motores de transformación en la práctica del cuidado en Atención Primaria. Iberoamericana de Enfermería comunitaria RiIdEC. 2011; 4(2).
- [27] Gilbert J. Reflecting on intercultural dialogue in nursing. Texto Contexto Enferm. 2006; 15(1):131-6.



¡Enfermería21 se actualiza!

► Conoce todas las novedades incorporadas y el nuevo diseño web del portal líder de Enfermería

- Adaptado a múltiples dispositivos
- Más visual e intuitivo
- Acceso a todas las plataformas y servicios de Grupo Paradigma desde un mismo sitio
- Conoce a través de la sección de Diario DICEN todas las noticias del sector
- Acceso a toda la oferta formativa de DAE Formación: AulaDAE, AulaOPE, AulaEIR
- Ofertas de empleo, revistas de Enfermería, tests, documentos, libros y multitud de recursos relacionados con el mundo de la Enfermería

Valoración de la calidad de vida en los pacientes crónicos pluripatológicos

Enfermera. Máster en Investigación en Cuidados de la Salud por la Universidad Complutense de Madrid. Dirección de contacto: elenamegon@gmail.com

Resumen

Introducción: la sociedad se caracteriza por un aumento progresivo de la población envejecida, entre cuyas características sanitarias se encuentra la pluripatología. Por ello, en Castilla y León se implanta una estrategia de atención al paciente crónico pluripatológico en situación de complejidad, también llamado G3. Para tratarlos holísticamente se decide investigar sobre la percepción de su calidad de vida, específicamente en las zonas básicas de salud de La Victoria y de Magdalena de Valladolid Este.

Objetivo: valorar la calidad de vida de los pacientes pluripatológicos catalogados como G3 en la plataforma Medora en un momento aleatorio de su vida.

Método: a través de un estudio descriptivo de tipo serie de casos se evalúan cuantitativamente distintas variables empleando el cuestionario de calidad de vida SF-36, la escala EVA, el índice de Barthel y el examen Mini Mental.

Resultado: la calidad de vida de los participantes es de 49,12 puntos (DT 27,84) según el cuestionario SF-36, puntuando con 41,04 puntos (DT 27,20) la esfera física y 57,20 puntos (DT 28,47) la mental.

Conclusiones: los pacientes G3 refieren peor estado en la esfera física que en la psíquica, existiendo diferencias entre las zonas básicas de salud analizadas. De este mismo modo, el colectivo estudiado presenta mejor estado de salud mental que los valores de referencia normales de la población española.

Palabras clave: enfermedad crónica; pluripatología; G3; envejecimiento; calidad de vida; SF-36.

Abstract

Assessment of quality of life in chronic pluripathological patients

Introduction: our society is characterized by the progressive increase of an aging population, and one of their features is pluripathology. For this reason, a strategy of care was implemented in Castille and León for chronic pluripathological patients with multiple conditions in complex situation, also called G3. In order to provide holistic treatment, it was decided to conduct research on their perceived quality of life, specifically in the basic healthcare areas of La Victoria and Magdalena in Eastern Valladolid.

Objective: to assess the quality of life of pluripathological patients, classified as G3 in the Medora platform, at a random moment in their lives.

Method: a descriptive study, of the type series of cases, with quantitative assessment of different variables, by using the Quality of Life Questionnaire SF-36, the AVS scale, Barthel Index, and Mini Mental Test.

Result: the quality of life of participants reached a 49.12 score (SD 27.84) according to the SF-36 questionnaire; there was a score of 41.04 (SD 27.20) for the physical area and of 57.20 (SD 28.47) for the mental area.

Conclusions: G3 patients reported that their physical area was worse than their psychological area, and there were differences between the basic healthcare areas analyzed. Likewise, the population of the study presented a better mental health status than the normal reference values in the Spanish population.

Key words: chronic condition; pluripathology; G3; ageing; Quality of Life; SF-36.

Introducción

Los últimos cambios sociosanitarios y los avances médicos han permitido un aumento de la esperanza de vida de las personas. Esto, junto a la disminución de la natalidad, ocasiona una inversión de la pirámide demográfica, donde predomina la población envejecida. A este grupo se le asocia frecuentemente el padecimiento de una o varias enfermedades que tienden a arraigarse. Esta situación de cronicidad hace que la población mayor sea la que más utiliza los sistemas sanitarios.

Se considera pluripatología a la "coexistencia de dos o más enfermedades crónicas que conllevan la aparición de reagudizaciones y patologías interrelacionadas, que condicionan una especial fragilidad clínica que grava al paciente con un deterioro progresivo, y una disminución gradual de su autonomía y capacidad funcional, generando una frecuente demanda de atención a diferentes ámbitos asistenciales (Atención Primaria, Atención Especializada, Servicios Sociales)" (1).

Independientemente del grado de salud-enfermedad del usuario, existen distintos modelos organizativos de los sistemas sanitarios. El Sistema Nacional de Salud (SNS) español plantea en 2006 un Plan de Calidad que, posteriormente, incluye estrategias sanitarias de abordaje a la cronicidad, principalmente hacia las enfermedades que suponen una mayor prevalencia, de forma que cada comunidad autónoma establece su propio modelo de actuación (2).

En Castilla y León, el SaCyL crea en 2013 una estrategia basada en los grupos de riesgo clínico (CRG) con el fin de realizar un cuidado más personalizado a su estado. Los CRG se crean teniendo en cuenta los datos demográficos, los problemas de salud existentes y la necesidad de prescripción farmacológica de cada individuo. En el Cuadro 1 se muestran los grupos obtenidos a partir de los niveles de gravedad y los distintos estados de salud de la población. A partir de esto se forman cuatro grandes grupos que constituyen los niveles de atención sanitaria de la estrategia (3,4).

Esta estrategia se centra en el paciente crónico en situación de complejidad o pluripatológico, identificado como G3. Para poder ser incluido en este grupo se ha otorgado una prioridad especial a las patologías de mayor prevalencia e impacto en el ciudadano y el sistema sanitario, de las cuales es necesario estar diagnosticado de mínimo tres. Las enfermedades indicadas son las siguientes:

- Patología cardíaca: insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, arritmias.
- Ictus.

Cuadro 1. Relación entre los estados de salud y el nivel de gravedad

Estado de salud	Niveles de gravedad						
	0	1	2	3	4	5	6
1. Sanos (incluye No usuarios)							
2. Historia de enfermedad aguda significativa							
3. Enfermedad crónica menor única							
4. Enfermedades crónicas menores varios órganos							
5. Enfermedad crónica dominante única							
6. Dos enfermedades crónicas dominantes							
7. Tres enfermedades crónicas dominantes							
8. Enfermedad neoplásica metastásica							
9. Enfermedades catastróficas							

A cada estado de salud se le asocia un nivel de gravedad según los criterios de los CRG. De esta forma se observa que existen estados de salud que comparten el mismo nivel de gravedad, por lo que se agrupan según su tendencia y se crean cuatro grupos que suponen la estratificación de la población en G0, G1, G2 y G3, a cada uno de los cuales se les asocia unas intervenciones sanitarias específicas.

Fuente: SaCyL (3,4)

- Enfermedades neurodegenerativas, demencias.
- Diabetes.
- Enfermedades respiratorias: EPOC, asma.
- Enfermedades digestivas: enfermedades inflamatorias crónicas, hepatopatías crónicas.
- Enfermedades osteomusculares: artrosis, osteoporosis, artritis.
- Enfermedades mentales: trastornos psicóticos, depresión mayor crónica.
- Enfermedad renal crónica.

Además, este grupo cumpliría algunas de las siguientes características:

- Padecimiento de varias enfermedades crónicas concurrentes.
- Alta frecuencia hospitalaria.
- Estar polimedicado, es decir, tener un tratamiento farmacológico de más de cinco medicamentos.
- Tener disminuida la autonomía personal temporal o permanentemente.
- Edad avanzada, escaso apoyo familiar y social (4).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1948), la salud es "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia" (5), pero, ¿los sanitarios, en concreto los enfermeros, conocen las necesidades sociosanitarias de los pacientes o solo son conscientes de sus procesos patológicos? y ¿saben cómo perciben ellos su salud, es decir, si consideran que tienen buena calidad de vida o no?

Tan importante es la actuación del profesional sanitario en la afección como lo es la involucración del principal afectado, el propio paciente. Por ello, conocer las habilidades y recursos de afrontamiento de los enfermos permitiría orientar con mayor éxito su tratamiento y la actuación enfermera para mejorar su salud pues, siempre que fuese posible, se aprovecharía su energía para la consecución de los objetivos determinados.

Según Schwartzmann, en 2003, se entiende por calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) "la valoración que realiza una persona, de acuerdo con sus propios criterios del estado físico, emocional y social en que se encuentra en un momento dado, y refleja el grado de satisfacción con una situación personal en el ámbito: fisiológico (síntomatología general, discapacidad funcional, situación analítica, sueño, respuesta sexual), emocional (sentimientos de tristeza, miedo, inseguridad, frustración) y social (situación laboral o escolar, interacciones sociales en general, relaciones familiares, amistades, nivel económico, participación en la comunidad, actividades de ocio, entre otras)" (6).

Según Kalker y Roser (1987) y Haes y Van Knippenberg (1985-1987), la calidad de vida en los enfermos crónicos se refiere al nivel de bienestar de la propia persona teniendo en cuenta las patologías que padece, su tratamiento y los efectos colaterales frente a la adaptación en las esferas funcional, cognitiva, emocional, social y laboral (7).

Investigar sobre la calidad de vida de los individuos podría resultar útil para alcanzar conocimientos sobre el desarrollo de la enfermedad y el estado del paciente por medio de la comunicación entre sanitarios y pacientes, y así se adecuarían los cuidados a sus necesidades.

Para ello existen múltiples instrumentos estandarizados. Estados Unidos creó el cuestionario de salud SF-36 a principios de los años noventa y ha sido de amplia difusión y adaptación mundial por medio del proyecto IQOLA (*International Quality of Life Assessment*). Este test permite la evaluación multidimensional del estado de salud de la población, siendo una de las escalas más útiles en la valoración de la CVRS por sus adecuadas propiedades psicométricas (8).

El objetivo primario de este estudio es valorar la calidad de vida de los pacientes pluripatológicos catalogados como G3 en la plataforma Medora por medio del cuestionario validado SF-36. También se establecen objetivos secundarios:

- Valorar las capacidades físicas y mentales de los pacientes G3 en su proceso de enfermedad.
- Conocer si existen diferencias de calidad de vida entre las zonas básicas de salud analizadas.

Material y método

Diseño

Este estudio es cuantitativo y descriptivo de tipo serie de casos multicéntrico y transversal. En él no se realiza un seguimiento en el tiempo de los individuos ni existe un grupo comparador.

Criterios de inclusión y exclusión

Para poder ser incluidos en esta investigación, los individuos han de cumplir los criterios de inclusión y exclusión recogidos a continuación.

Criterios de inclusión:

- Pertener a las zonas básicas de salud de Magdalena o de La Victoria (Valladolid Este).
- Tener 50 años ya cumplidos, o ser mayor de esta edad. Se selecciona esta cifra como límite por su relación con la media de edad de 47,10 años en Castilla y León (9), así como por la distribución de la media de casos atendidos ambulatoriamente en relación con la edad en la misma comunidad autónoma. Esto se representa en el Gráfico 1, donde se observa un aumento de casos que precisan asistencia ambulatoria a partir de los 50 años respecto a los grupos de menor edad. También está relacionado con los datos obtenidos en distintos estudios basados en investigaciones epidemiológicas de Andalucía, en los que se observa un aumento de la pluripatología a partir de los 55 años (10).
- Estar catalogado como G3 en la plataforma Medora.

Criterios de exclusión:

- Haber fallecido en el periodo de citación para el estudio de los participantes.
- Encontrarse hospitalizado durante el periodo de reclutamiento.
- Tener un resultado igual o inferior a 23 puntos en el test de valoración cognoscitiva Mini Mental.

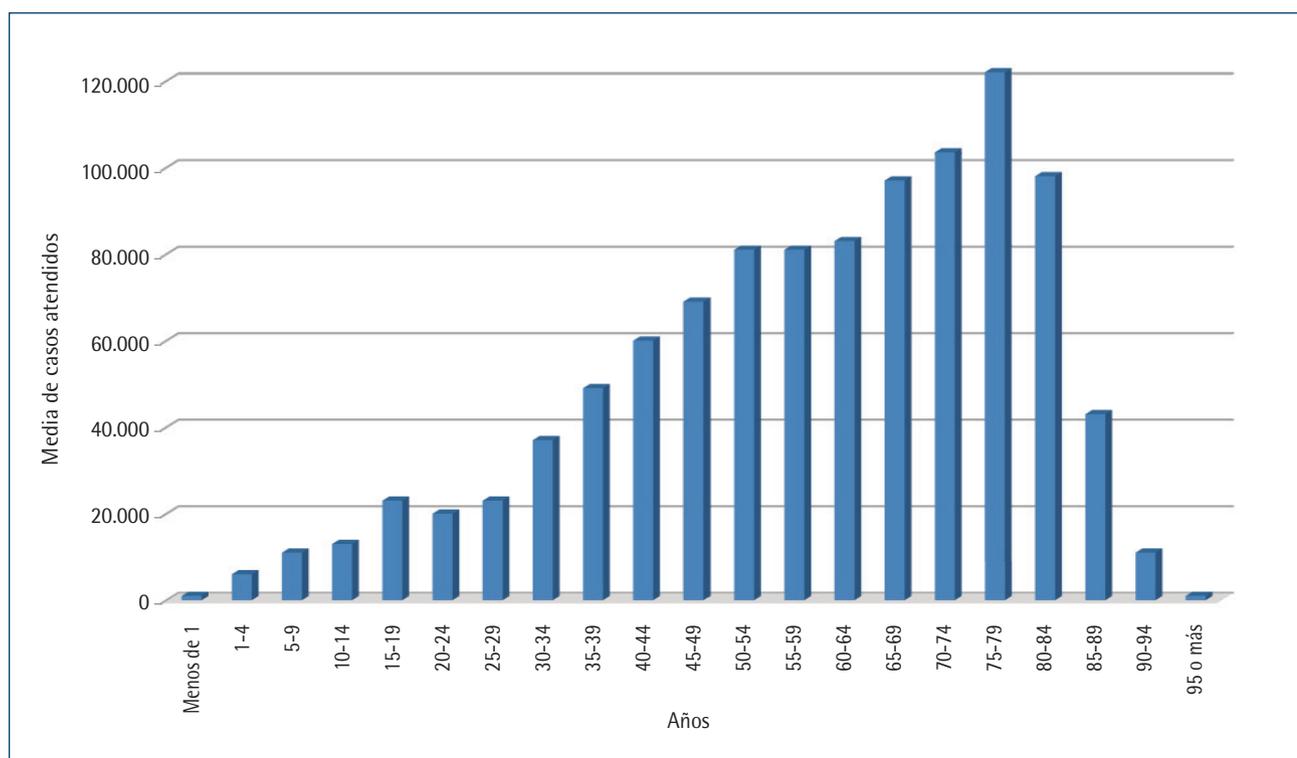


Gráfico 1. Distribución de los casos atendidos ambulatoriamente en Castilla y León según su edad

Población de estudio y muestra

Se lleva a cabo un estudio multicéntrico sobre los pacientes catalogados como G3 en las zonas básicas de salud (ZBS) de Magdalena y de La Victoria, correspondientes al área de salud urbana de Valladolid Este. Según los últimos datos disponibles del Ayuntamiento de Valladolid, los barrios que constituyen estas zonas básicas de salud se caracterizan por lo siguiente:

- La Victoria atiende a 17.647 individuos (8.982 mujeres y 8.665 hombres), cuyo crecimiento supone un 7% en los últimos 10 años. Esta población está representada por un índice de envejecimiento del 17,3% y de sobre-envejecimiento del 10,8%. Por otra parte, el índice de dependencia de esta zona es de 46,8%. Según el Ayuntamiento de Valladolid, es un barrio residencial con importante actividad comercial, de restauración y hostelería (11).
- Magdalena atiende a 9.997 ciudadanos, de los cuales 5.412 son mujeres y 4.585, hombres. Esta población ha disminuido en los últimos años y se caracteriza por un índice de envejecimiento del 22,5%; de sobre-envejecimiento del 21,65% y de dependencia del 50,65%. Esta zona es casi exclusivamente de uso residencial según el Ayuntamiento de Valladolid (12,13).

Se seleccionan por conveniencia dos grupos de pacientes asignados a dos profesionales sanitarios, uno de cada zona básica de salud, consiguiéndose 150 personas identificadas como G3. Tras la comprobación de cada uno de los potenciales participantes se concluye lo siguiente atendiendo a los criterios de inclusión-exclusión anteriormente indicados:

- 10 personas han cambiado de domicilio o han fallecido recientemente.
- 14 personas tienen un deterioro cognitivo grave.
- Nueve individuos tienen menos de 50 años.
- Cuatro de ellos están ingresados en el momento de la citación para realizar los cuestionarios y así permanecen tras varios intentos.

Por ello, se excluyen del estudio 37 de los 150 potenciales participantes, obteniendo así una población de estudio de 113 individuos que cumplen los criterios de la investigación.

Se recluta a todos los individuos que cumplen los criterios del estudio y aceptan la inclusión en el mismo y se consigue una muestra de 80 participantes, que suponen el 70,8% de la población sujeta de estudio. Los individuos restantes rechazaron su participación en el presente estudio.

Duración de la intervención

La obtención de datos se realiza entre el 9 de enero y el 31 de marzo de 2017. Las tres primeras semanas se dedicaron a la selección y citación de la muestra del estudio y durante las nueve semanas restantes se cumplimentaron los cuestionarios. Seguidamente se analizaron los documentos para la obtención de resultados estadísticos.

Procedimiento

La muestra se obtiene de los centros urbanos de Atención Primaria de La Victoria y de Magdalena en los días laborales. Se contacta telefónicamente con los posibles participantes del estudio para informarles sobre los objetivos de este y solicitar su participación asegurando el anonimato de sus datos. En los casos que aceptan ser incluidos, se les cita para la realización de una entrevista clínica en el propio centro de salud o, en caso de dificultades físicas que lo impidan, se les da la opción de realizarlo en su domicilio.

En la entrevista clínica se informa nuevamente al participante del objetivo del estudio y se le entrega el consentimiento informado impreso por duplicado, el cual debe leer, firmar y recibir una copia antes de continuar el proceso. La segunda copia del consentimiento es custodiada por el investigador principal.

Además, se cuenta con los cuestionarios impresos para su cumplimentación. Cada uno de ellos se identifica con la fecha de realización y un número identificador que cuenta con ocho dígitos para mantener el anonimato de los participantes. Los datos demográficos y los referentes a las patologías de cada individuo se obtienen de la historia clínica informática, mientras que se formula el resto de las preguntas con sus posibles respuestas en voz alta al participante para seleccionar aquella que este indique como la más adecuada.

Seguidamente se introducen todos los valores manualmente en una base de datos creada para ello; se recalibran los datos de las preguntas que lo precisan según las normas de cada test empleado y se transforman en resultados estadísticos con el programa informático seleccionado para su posterior interpretación.

Material utilizado

Para comenzar el estudio se llevaron a cabo llamadas telefónicas con las cuales contactar con los participantes. En la entrevista se emplearon formularios en formato papel para el consentimiento informado y para los distintos cuestionarios validados utilizados como variables.

Fue necesario un soporte informático con acceso a la plataforma Medora donde se encuentra la historia clínica de la cual se recopilan los datos personales de los participantes, y para la compilación y manipulación de la información obtenida por medio del programa Excel y el SPSS (versión 23).

Variables a recoger y analizar

A través de los cuestionarios se recogen las variables cualitativas nominal lugar de cumplimentación de la encuesta y dicotómica sexo. Las patologías del participante se definen como variables cualitativas dicotómicas, se obtienen de la historia clínica informatizada del mismo y se incluyen: enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, patología osteomuscular, respiratoria, digestiva, diabetes, enfermedad mental, renal, oncológica, neurodegenerativa, enfermedad en estado terminal e ictus. También se analizan las variables cuantitativas discretas que se describen a continuación:

- Índice de Barthel, con puntuación entre 0 y 100, de tal modo que a menor puntuación, mayor dependencia física. A partir de la puntuación obtenida se determina que existe dependencia moderada para los valores entre 61 y 90 puntos (14).
- Mini-examen cognitivo (*minimal state examination*), basado en Folstein et al. (1975) y Lobo et al. (1979). La puntuación máxima permitida es de 30, considerándose 23 puntos o menos como sospecha patológica (15).
- Escala Analógica Visual (EVA), con valores entre 0 y 10 puntos, interpretándose a mayor puntuación, mayor sensación de dolor en el momento de realizar la entrevista (16).

Como variable dependiente de tipo cuantitativa continua está la edad y la calidad de vida, que se define por medio del cuestionario SF-36. La puntuación de este es entre 0 y 100 puntos, considerándose una buena calidad de vida a partir de 50 puntos, existiendo mejor percepción de la misma a mayor puntuación. De igual modo se interpretan las variables relacionadas, que son cuantitativas continuas (8):

- Salud en general: valorando el estado actual y el futuro. Puede tomar valores entre 5 y 25 puntos.
- Vitalidad, relacionada con el sentimiento de energía y agotamiento, obteniendo de 4 a 24 puntos.
- Salud mental, es decir, el estado psicológico del individuo respecto a emociones, depresión y ansiedad. Para ello se califica de 5 y 30 puntos.
- Dolor corporal, que valora el dolor y su efecto a diario pudiendo alcanzar una puntuación entre 2 y 12 puntos.
- Funcionamiento físico, en relación con las limitaciones de la salud para las actividades de esta esfera. Se representa su estado entre una puntuación de 10 a 30 puntos.
- Rol físico, entendido como la interferencia de la salud en el trabajo y otras actividades en el deseo o rendimiento. Su puntuación va de 4 a 8, representando la mayor interferencia una menor puntuación.
- Rol emocional, atendiendo a las interferencias del estado emocional con el trabajo y otras actividades. Adquiere valores entre 3 y 6 puntos.
- Funcionamiento social, con una puntuación entre 2 y 10 puntos se muestra la limitación en la vida social en relación con el estado emocional.
- Evolución del grado de salud en el tiempo. Los valores posibles son entre 1 y 5 puntos en función de cómo considera que ha evolucionado su salud en el último año, siendo la máxima puntuación representativa de encontrarse mucho peor que el año anterior.

Para la obtención de la puntuación final del cuestionario SF-36, 10 de las 36 preguntas que lo constituyen se codifican según los algoritmos descritos en el manual de manejo del cuestionario SF-36 y se transforma en una escala de 0 a 100 para su posterior análisis estadístico. También se consiguen los índices resumen de Salud Física y de Salud Mental, que son componentes sumatorios de ocho de las nueve variables del cuestionario SF-36 (se excluye para ello el grupo de evolución de la salud) (8,17).

Análisis estadístico

Se lleva a cabo un estadístico descriptivo univariante y se muestran las variables cualitativas en forma de frecuencias mientras que las variables cuantitativas, tanto discretas como continuas, se representan por medio de su posición central con la media y su dispersión con la desviación típica (Tabla 1).

Se plantea la hipótesis nula de que las medias de cada variable cuantitativa son iguales en ambos cupos y su correspondiente hipótesis alternativa bilateral. Ante esto se realiza un contraste de hipótesis de dos colas entre los dos cupos empleando la prueba t de *Student* para dos muestras independientes con el programa SPSS (versión 22). A partir de esta prueba se obtiene el valor p y los intervalos de confianza con una seguridad del 95% para aquellos casos en los que se rechaza la hipótesis nula.

Consideraciones ético-legales

Se solicitó autorización al Comité de Ética e Investigación pertinente ante la necesidad de acceder a datos personales incluidos en las historias clínicas de la muestra de estudio.

Financiación

No se cuenta con financiación económica pública ni privada para la realización de este estudio.

Resultados

Una vez obtenidos los resultados se observa que el 60% de los G3 encuestados es mujer, siendo mayor el número de estas en el centro de salud de La Victoria que en el de Magdalena (58,33% frente al 41,67% de cada cupo correspondiente). Por otra parte, la media de edad de estos pacientes crónicos pluripatológicos es de 75,54 años, siendo mayores los del centro de salud de Magdalena con 75,69 años (mín. 56; máx. 96; DT 9,95), mientras que la media de edad en La Victoria es de 73,98 años (mín. 50; máx. 92; DT 10,42). De todos ellos, el 65% acudió al propio centro de salud para su valoración, siendo necesario captar al 35% restante en su domicilio o centro de institucionalización por alegar una situación de dependencia que les imposibilitaba acudir a la consulta en el centro de salud.

Tras analizar las patologías de mayor impacto indicadas anteriormente, la prevalencia en los individuos analizados se observa en el Gráfico 2.

Tabla 1. Descripción univariante de los participantes en el estudio

Sexo	Total	Porcentaje
Hombres	32	40%
• Magdalena	20	62,5%
• La Victoria	12	37,5%
Mujeres	48	60%
• Magdalena	20	41,67%
• La Victoria	28	58,33%
Edad	Media 75,54	Rango 46(50-96)
	n	Porcentaje
50-59	7	8,75
60-69	17	21,25
70-79	24	30
80-89	27	33,75
90-99	5	6,25
ZBS	Total	Porcentaje
Magdalena	40	50%
La Victoria	40	50%
Lugar de la entrevista	Total	Porcentaje
Domicilio	28	35%
• Magdalena	13	46,43%
• La Victoria	12	37,5%
Centro de salud	52	65%
• Magdalena	27	51,92%
• La Victoria	25	48,08%

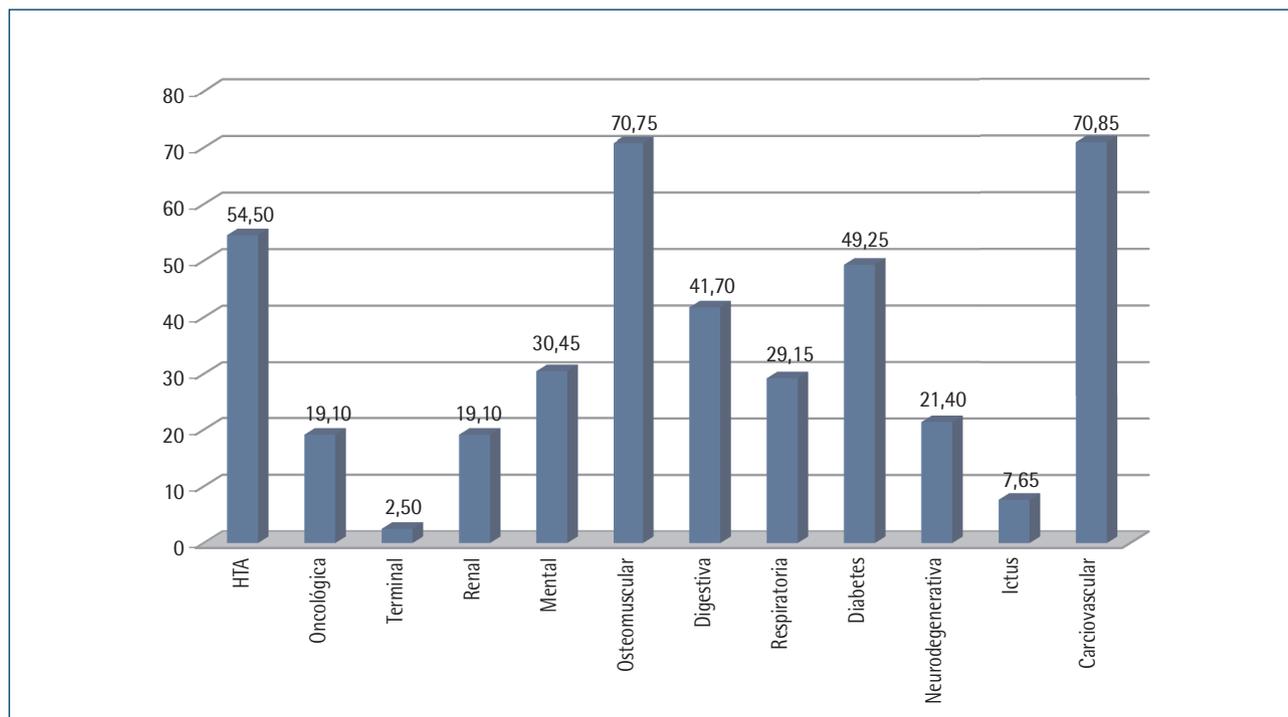


Gráfico 2. Prevalencia de la patología analizada

Estas patologías causan una dependencia moderada según el índice de Barthel (media 85,95 puntos), 5,9 puntos menos en los pacientes catalogados como G3 en La Victoria (83 puntos, DT 25,26) que en Magdalena (88,9 puntos, DT 15,58). Por otra parte, se conserva el estado cognitivo de estos G3 con 27,63 puntos de media en el examen Mini Mental. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas para el índice de Barthel ni para el Mini Mental.

La población perteneciente a la zona básica de salud de La Victoria indica tener mayor dolor (6,93, IC95% 6,84-7,01) según la escala EVA en el momento de realizar la encuesta que Magdalena (5,53, IC95% 5,38-5,67) con un valor p 0,011. De igual modo, siendo 5 el máximo valor posible en esta variable e indicativo de peor evolución, el grupo perteneciente a La Victoria considera que su salud ha empeorado en el último año con una puntuación de 3,85 (IC95% 3,8-3,9), frente al resultado de 3,13 (IC95% 3,07-3,18) de la población de Magdalena (valor p 0,002).

Respecto a la valoración de la calidad de vida propiamente dicha por medio de la encuesta SF-36, la puntuación media en este cuestionario es 49,12 (DT 27,84), desglosándose esta en el sumatorio de la esfera física con 41,04 puntos (DT 27,2) y en la esfera mental con 57,2 puntos (DT 28,47). En la Tabla 2 se muestra la distribución de este estado en cada una de las zonas básicas de salud analizadas.

Tabla 2. Medias de los Índices de Salud Física (ISF) y Mental (ISM) del cuestionario SF-36 en ambas zonas básicas de salud y sus correspondientes contrastes de hipótesis bilateral

	ZBS MAGDALENA			ZBS LA VICTORIA			valor p
	Media	IC95%		Media	IC95%		
ISF	51,19	49,97	52,4	30,9	29,39	32,41	0,001
ISM	58,56	57,02	60,1	55,85	54,54	57,16	NS

Los datos obtenidos del cuestionario SF-36 incluyen valores de 0 a 100 puntos, considerándose una buena calidad de vida una puntuación igual o superior a 50 puntos. A partir de las variables independientes de dicho cuestionario se obtienen los Índices de Salud Física (ISF) y de Salud Mental (ISM)

Debido a las importantes diferencias entre ambas zonas básicas de salud, se analizan minuciosamente las variables que determinan los índices sumatorios indicados anteriormente y se observa que la muestra procedente de La Victoria se encuentra 15,03 puntos por debajo de salud general (32,93, IC95% 31,97-33,88) que la de Magdalena (IC95% 46,87-49,03) (p valor 0,001), destacando La Victoria ligeramente sobre esta en la función física con 54 puntos (DT 29,09) frente a los 52,38 puntos (DT 26,34) de Magdalena (p valor NS) y el rol emocional con 61,67 (DT 45,01) en La Victoria ante los 54,17 (DT 41,82) de la muestra restante (p valor NS). La ZBS de Magdalena sobresale en el resto de ítems (salud general, rol físico, función social, dolor corporal, vitalidad y salud mental) entre 4,88 y 35 puntos más.

Discusión y conclusiones

Discusión

Para el cuestionario SF-36 existen normas poblacionales de las puntuaciones sumario (ISF e ISM) por grupos de edad y sexo en la población española (18). En estas, los datos pertenecientes al grupo de 50 a 64 años proceden de la "Encuesta domiciliaria sobre el uso de drogas" (19) y a partir de 65 años, de la investigación sobre "Hipertensión arterial y otros factores de riesgo en la población de 60 y más años en España" (20). Resulta complicado comparar estos grupos con los participantes del presente estudio por sus diferentes criterios de inclusión y agrupación. Aun sabiendo que no se corresponden con el grupo analizado en la presente investigación, que es el de los pacientes crónicos pluripatológicos, se decide contrastar los resultados de este estudio con las normas estandarizadas, indicando la puntuación del grupo de menor edad (50 a 64 años) y en el de mayor edad (mayores de 65 años) representado.

- En los participantes de este estudio, la puntuación media en la esfera física es de 41,04 y en el de salud mental, 57,2, encontrándose únicamente en buen estado de salud mental por poseer una puntuación mayor que 50.
- Las normas poblacionales españolas muestran una puntuación media de 45,16 (40,16 para el grupo de mayores de 65 años y 50,15 para el restante) en salud física y de 49,61 para la salud mental (48,64 y 50,58, respectivamente) (18). En estas normas se muestra que la población entre 50 y 64 años tiene mejor calidad de vida tanto en la esfera física como en la mental.

Según los resultados de la presente investigación, los pacientes pluripatológicos analizados tienen buen estado de salud psíquica por tener una puntuación mayor de 50, siendo esta mayor que la física. Además, destacan en esta esfera respecto a las normas estandarizadas por tener una puntuación mayor (57,2 frente a 49,61 puntos, respectivamente).

Respecto al estado cognitivo, se desestima la participación de aquellos individuos que presentan un Mini Mental igual o inferior a 23 puntos por indicar deterioro cognitivo. Esto interferiría con los resultados por no ser objetivamente valorables algunas de las cuestiones a analizar. De este modo, este mini-examen y el índice de Barthel indican un adecuado estado cognitivo ante un deterioro físico moderado para la realización de las actividades básicas, aspectos que influyen indirectamente sobre la esfera psicosocial de la población.

Por otra parte, los pacientes G3 investigados refieren encontrarse "más o menos igual" o "algo peor" que hace un año respecto a su estado de salud en general, existiendo diferencia entre las zonas básicas de salud analizadas, de forma que los participantes de La Victoria refieren encontrarse en peor estado que los de Magdalena (valor p 0,002).

A pesar de las diferencias en puntuación entre los cupos de población estudiados, no existe significación estadística que lo avale para los ítems de función física, rol emocional y vitalidad. Para el resto de los ítems, el valor p obtenido es menor de 0,05, indicativo de dicha diferencia. Si se valoran estos ítems en sus sumatorios de salud física y mental, sus valores p son de 0,001 y NS, respectivamente. A partir de esto se puede confirmar la existencia de diferencias entre los cupos escogidos en la esfera física, encontrándose en mejor estado los participantes de Magdalena (51,19 puntos) que los de La Victoria (30,18 puntos).

Al tratar de relacionar los índices de envejecimiento, sobre-envejecimiento y dependencia de las zonas básicas de salud estudiadas (9-11), en La Victoria, constituida por una población más joven en relación con los de la zona básica de salud de Magdalena, más envejecida, los resultados son inferiores. Este hecho no se corresponde con lo que cabría esperar, pues siendo de edad más avanzada en Magdalena, refieren mejor estado de salud física.

Fortalezas

Para la captación de la muestra ha sido de especial ayuda la relación sanitaria enfermero-paciente existente, de forma que,

la confianza profesional establecida ha facilitado la aceptación y accesibilidad de los participantes para la realización de este estudio.

De igual modo, la historia clínica informática ha permitido que la recogida y análisis de datos sociosanitarios resultase más sencilla al incluirse la mayoría de las variables de forma ordenada en la plataforma informática donde se encuentra la historia clínica (en Castilla y León se conoce como Medora).

Además, la recogida de datos ha sido efectuada por un único encuestador, por lo que el modo de entrevistar ha coincidido en todos los participantes disminuyendo el sesgo de información.

Limitaciones

La estrategia de salud por la cual surge la categorización de los pacientes crónicos pluripatológicos se implanta en Castilla y León en el año 2013. Relacionado con esta reciente instauración, no existen artículos científicos en los que se trate a dicho colectivo en el ámbito regional ni estatal. A pesar de ello, sí existen investigaciones internacionales que presentan la utilidad del cuestionario SF-36 para evaluar y mejorar la continuidad asistencial (21,22).

La bibliografía empleada es difícilmente comparable con la población a estudio, ya que gran parte de los artículos refieren un aumento de la pluripatología a partir de los 65 años, por lo que seleccionar una muestra con el criterio de inclusión de tener 50 años o ser mayor de esta edad, puede afectar a los resultados obtenidos. Además, se desconoce el tamaño muestral adecuado para que este estudio pudiese haber sido representativo de la calidad de vida de este tipo de pacientes y, los seleccionados, no han sido escogidos aleatoriamente sino por medio de un muestreo de oportunidad. Por ello, los resultados obtenidos no pueden extrapolarse para este colectivo, careciendo este estudio de validez externa.

Por otra parte, algunos participantes consideran excesivo el tiempo empleado para cumplimentar cada entrevista (20-30 minutos), por lo que podría ser mejor aceptado para su uso cotidiano una de las variantes del SF-36, que es el SF-12, que también valore la calidad de vida.

Se permitió el acompañamiento durante la cumplimentación de la entrevista, pero, al finalizar el estudio, se observó que, en algunas ocasiones, la presencia del mismo -cuidador principal o no- condicionaba las respuestas del encuestado. Por ello se sugiere la cumplimentación futura de las entrevistas en presencia única del participante en el estudio.

Respecto a los datos obtenidos, se introdujeron manualmente en la base de datos, pudiendo existir errores en su transcripción. Para disminuirlos al máximo se revisaron los datos de la base con los cuestionarios en tres ocasiones, corrigiendo los posibles errores cometidos en la transcripción. En el análisis estadístico, no se ha estudiado la distribución de patologías por zonas básicas de salud, por lo que se desconoce si su distribución es igual o diferente en las mismas.

Conclusiones

Los resultados de este estudio muestran que los pacientes G3 analizados consideran tener una mala calidad de vida. Esto se representa principalmente por una peor valoración en la esfera física que en la mental.

Los participantes presentan una precaria calidad de la salud física relacionada con un estado de dependencia moderada para la realización de las actividades básicas de la vida diaria. Haciendo frente a la esfera mental, los individuos estudiados perciben una buena calidad de salud mental y demuestran un aceptable estado cognitivo en el momento de realizar el estudio con el examen Mini Mental.

Se ha encontrado evidencia que respalde la mejor calidad de vida en la esfera física en los participantes de la ZBS de Magdalena que de La Victoria, careciendo de la misma para la esfera mental.

El modo de selección de la muestra impide extrapolar los resultados de este estudio al resto de pacientes pluripatológicos, siendo únicamente representativo de los individuos analizados.

Conseguir una buena calidad de vida debería ser un aspecto que habría que fomentar en la sociedad desde edades tempranas puesto que, en la mayoría de los casos, los años acumulan los resultados de éxitos y fracasos de toda una vida. Para ello sería importante que mejorar la calidad de vida fuese un objetivo común dentro del equipo multidisciplinar de profesionales sanitarios por medio de los cuales prevenir, controlar las enfermedades y paliar sus síntomas procurando el menor efecto de estos sobre la salud de los pacientes.

Los resultados obtenidos muestran amplias diferencias entre la patología y la calidad de vida de los individuos analizados

que responden a la distribución en las zonas básicas de salud. Ante esto surgen futuras líneas de investigación por las cuales se puede analizar cuáles pueden ser los motivos que desencadenen estas desigualdades, así como implantar estrategias que mejoren la calidad de vida y la salud de los pacientes pluripatológicos y valorar su eficacia sobre los mismos.

Debido a la limitación de tiempo para la realización de este estudio, también resultaría interesante desarrollar una futura investigación en la que se relacionen las distintas variables sociodemográficas con las patologías analizadas y los resultados de los test SF-36, EVA, Mini Mental e índice de Barthel obtenidos.

Bibliografía

- [1] Unidad de Pacientes Pluripatológicos: Estándares y Recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
- [2] Ollero Baturone M, Orozco Betrán D, Domingo Rico C, Román Sánchez P, López Soto A, Melguizo Jiménez M, et. al. Declaración de Sevilla. En Conferencia Nacional para la atención a pacientes con enfermedades crónicas; 2011. p. 604-6.
- [3] Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Modelo de estratificación de riesgo; 2014.
- [4] Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León. Junta de Castilla y León; 2015.
- [5] Ministerio de Sanidad y Consumo. Promoción de la Salud. Ginebra: OMS; 1998.
- [6] Alpi SV, Quiceno JM. Calidad de vida relacionada con la salud y la enfermedad crónica: estudios colombianos. *Psychol. av. discip.* 2012 ene-jun; 6(1):123-36.
- [7] Vinaccia S, Orozco LM. Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas.* 2005 jul-dic; 1(2):125-37.
- [8] Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, et. al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit.* 2005 Mar-Abr; 19(2):135-50.
- [9] Instituto Nacional de Estadística. Estadística de Padrón Continuo [internet] 2017 [citado 13 may 2018]. Disponible en: <http://www.ine.es>
- [10] Alguacil Herrero MD, Álvarez Tello M, Barón Franco B, Cabrera León A, Díaz-Borrego Horcajo J, Díaz Martínez A, et. al. Análisis epidemiológico. Consejería de Sanidad de la Junta de Andalucía (ed.). Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas 2012-2016; 2012. p. 24-6.
- [11] Ayuntamiento de Valladolid. La Victoria. En: Los barrios de Valladolid. Revisión del plan general de ordenación urbana de Valladolid. Valladolid: Ayuntamiento de Valladolid; 2012. p. 167-80.
- [12] Ayuntamiento de Valladolid. San Pedro Regalado-Viveros. En: Los barrios de Valladolid. Revisión del plan general de ordenación urbana de Valladolid. Valladolid: Ayuntamiento de Valladolid; 2012. p. 203-24.
- [13] Ayuntamiento de Valladolid. Pilarica-Nuevo Campus. En: Los barrios de Valladolid. Revisión del plan general de ordenación urbana de Valladolid. Valladolid: Ayuntamiento de Valladolid; 2012. p. 121-52.
- [14] Cid Ruzafa J, Damián Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Rev Esp Salud Pública.* 1997 abr-mar; 71(2):127-37.
- [15] López Miquel J, Martí Agustí G. Mini-Examen Cognoscitivo (MEC). *Rev Esp Med Legal.* 2011 jul-sep; 37(3):122-7.
- [16] Paul-Dauphin A, Guillemin F, Virion JM, Briançon S. Bias and precision in visual analogue scales: a randomized controlled trial. *Am J Epidemiol.* 1999 Nov 15; 150(10):1117-27.
- [17] Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios. Puntuación de la versión española del Cuestionario SF-36. Manual. Barcelona: Instituto Municipal de Investigación Médica; 2000.
- [18] Vilagut G, Valderas JM, Ferrer M, Garin O, López-García E, Alonso J. Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: componentes físico y mental. *Med Clin.* 2008 May; 130(19):726-35.
- [19] Alonso J, Regidor E, Barrio G, Prieto L, Rodríguez C, de la Fuente L. Population reference values of the Spanish version of the Health Questionnaire SF-36. *Med Clin.* 1998 Oct 10; 111(11):410-6.
- [20] López-García E, Banegas JR, Graciani Pérez-Regadera A, Gutiérrez-Fisac JL, Alonso J, Rodríguez-Artalejo F. Valores de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36 en población adulta de más de 60 años. *Med Clin.* 2003 Abr; 120(15):568-73.
- [21] Weeks G, George J, Maclure K, Stewart D. Non-medical prescribing versus medical prescribing for acute and chronic disease management in primary and secondary care. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Nov 22;11:CD011227.
- [22] Chen H-M, Tu Y-H, Chen C-M. Effect of Continuity of Care on Quality of Life in Older Adults With Chronic Diseases: A Meta-Analysis. *Clin Nurs Res.* 2017 Jun 20; 26(3):266-84.

Rosa Isabel Fernández Raigada

Prostitución y trata con fines de explotación sexual: una visión desde la Enfermería Comunitaria

Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Dirección de contacto: rosaisafer75@gmail.com

Resumen

Objetivos: describir la situación de las mujeres prostituidas y víctimas de trata en España, los protocolos y planes de actuación existentes e identificar los principales problemas de salud que padecen las mujeres prostituidas, así como las actuaciones a llevar a cabo desde el sistema sanitario.

Método: revisión bibliográfica narrativa entre noviembre de 2016 y abril de 2017 en las bases de datos *Dialnet*, *Cuiden* y *Pubmed*, usando como descriptores las palabras "trata", "prostitución", "salud" y "España" y como operador booleano "and".

Resultados: la trata de mujeres con fines de explotación sexual es un tipo de violencia de género que responde al patrón tradicional de sexualidad masculina, afecta a cientos de miles de mujeres en el mundo y es un delito en muchos países, suponiendo la representación extrema de las desigualdades de género en el ámbito mundial. Las mujeres víctimas de trata y prostitución presentan problemas de salud variados, que afectan a todas las esferas de su ciclo vital y con repercusiones físicas y psicológicas. Los profesionales sanitarios han de conocer los recursos que pueden asesorar, ayudar o acoger a la víctima, además de saber dar una respuesta inmediata que incluya tanto su intervención como la actuación en consecuencia.

Conclusiones: la trata de mujeres con fines de explotación sexual es la representación más extrema de la violencia de género. El sistema sanitario ha de estar preparado para ofrecer atención inicial adecuada y de calidad a las víctimas con las que se contacte, bien en consulta o en cualquier ámbito relacionado con la práctica asistencial.

Palabras clave: enfermería de salud comunitaria; enfermería de Atención Primaria; trabajo sexual; violencia contra la mujer; recursos en salud; salud sexual y reproductiva; salud de la mujer.

Abstract

Prostitution and trafficking with the purpose of sexual exploitation: a view from community nursing

Objectives: to describe the situation of women forced to prostitution and victims of human trafficking in Spain, and those existing protocols and action plans; and to identify the main health problems suffered by prostitutes, as well as the actions to be conducted from the healthcare system.

Method: a bibliographic narrative review between November, 2016 and April, 2017 in the *Dialnet*, *Cuiden* and *Pubmed* databases, using as descriptors the words "trata" ("trafficking"), "prostitución" ("prostitution"), "salud" ("health") and "España" ("Spain"), and the Boolean Operator "and".

Results: trafficking of women for sexual exploitation is a type of gender violence that responds to the traditional pattern of male sexuality, affects hundreds of thousands of women across the world, and represents a crime in many countries, being the extreme representation of gender inequalities in the global setting. Women who are victims of trafficking and prostitution will present varied health problems, which affect all areas of their life cycle, and will have physical and psychological impact. Healthcare professionals must be aware of the resources that can give advice, help or shelter to the victim; they must also know how to give an immediate answer including both their intervention and the subsequent action.

Conclusions: the trafficking of women with the purpose of sexual exploitation represents the most extreme representation of gender violence. The healthcare system must be prepared to offer initial adequate care, with good quality, to those victims contacted either during consultations or in any setting associated with patient care.

Key words: Community Health Nursing; Primary Care Nursing; sexual work; violence against women; health resources; sexual and reproductive health; female health.

Introducción

La violencia de género (VG) se expresa en la vida de las mujeres de diferentes formas (violencia física, psicológica o sexual). Esta violencia es ejercida por miembros de la familia, parejas o exparejas. Además, incluye el abuso sexual por individuos desconocidos y el tráfico o trata y la prostitución forzada, junto con la explotación laboral o la mutilación genital (1). Ya en el año 1995 se definió esta violencia contra las mujeres en el marco de la Plataforma de Acción de Beijing (2) y en septiembre de 2003 entró en vigor el Protocolo de Palermo (3), el cual define la trata de personas como "la captación, el transporte, el traslado, la acogida o la recepción de personas, recurriendo a la amenaza o al uso de la fuerza u otras formas de coacción, al rapto, al fraude, al engaño, al abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad o a la concesión o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre otra, con fines de explotación. Esa explotación incluirá, como mínimo, la explotación de la prostitución ajena u otras formas de explotación sexual, los trabajos o servicios forzados, la esclavitud o las prácticas análogas a la esclavitud, la servidumbre o la extracción de órganos".

La trata de mujeres con fines de explotación sexual se caracteriza porque es un tipo de VG que responde al patrón tradicional de sexualidad organizado en función a las necesidades masculinas, afecta a cientos de miles de mujeres en todo el mundo y además es un delito tipificado en muchos países, suponiendo todo ello la representación extrema de las desigualdades de género en el ámbito mundial (4).

Las mujeres víctimas de trata y prostitución tienen un mayor riesgo de padecer problemas de salud que pueden llegar a poner en peligro su vida, como son abusos sexuales, prácticas sexuales sin protección (en la mayoría de los casos obligadas por los clientes o redes de trata) y abusos físicos y psicológicos que las hacen totalmente dependientes y esclavas de la red mafiosa (5).

Las instituciones sanitarias desempeñan un papel esencial por constituir lugares de referencia a los cuales acuden muchas víctimas solicitando asistencia médica (5), situándose en una posición ideal para contactar, identificar y captar a mujeres que han sufrido trata y prostitución forzada. La colaboración con las diferentes asociaciones es básica para realizar el acercamiento a estas mujeres, iniciando proyectos para aumentar los conocimientos en prevención de la salud a todos los niveles (salud mental, salud sexual y reproductiva, prácticas preventivas...). Por ello, es fundamental que los profesionales sanitarios se capaciten en identificación y derivación de víctimas de trata y prostitución forzada además de conocer los recursos disponibles a ofrecer a las posibles víctimas.

Así, los objetivos planteados en el presente estudio son describir la situación de las mujeres prostituidas y víctimas de trata en España, identificar los principales problemas de salud que padecen estas, así como las actuaciones a llevar a cabo desde el sistema sanitario y mostrar los principales protocolos y planes de actuación en relación a la identificación y asistencia a las mujeres víctimas de trata con fines de explotación sexual.

Material y métodos

Revisión narrativa realizada entre los meses de noviembre de 2016 y abril de 2017. Se inició la búsqueda bibliográfica en las bases de datos *Dialnet*, *Cuiden* y *Pubmed*, usando como descriptores en *Dialnet* y *Cuiden* en una primera búsqueda las palabras "trata", "prostitución" y "España" y en una segunda búsqueda las palabras "salud" y "prostitución", usando el operador *booleano* "and". En la base de datos *Pubmed* se usan como términos *mesh* "prostitución", "salud", "España" y el operador *booleano* "and".

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- Publicaciones realizadas en idioma español o inglés.
- Publicaciones sin tener en cuenta el intervalo o periodo específico de fecha de publicación.
- Publicaciones que trataran sobre la prostitución en España.
- Publicaciones que trataran sobre la salud y las desigualdades sociales de la mujer prostituida en España.

Además de los anteriores criterios, en *Pubmed* se decidió acotar la fecha de publicación a los documentos publicados desde al año 2000 a la actualidad.

En cuanto a los criterios de exclusión:

- Publicaciones que hablen de la prostitución en un país diferente a España.
- Publicaciones que traten la prostitución masculina heterosexual u homosexual.

Una vez obtenidos los documentos de las bases de datos, se realizó una revisión de los principales documentos relacionados con el tema en las páginas web de la Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y asociaciones tanto nacionales como internacionales, así como publicaciones periódicas digitales para complementar la búsqueda en las bases de datos, junto con una búsqueda de información en el buscador en línea *Scholar Google*. Finalmente se efectuó la revisión de los documentos que se ajustaban a los objetivos planteados en el estudio, lectura crítica y síntesis de los textos revisados.

Resultados

La trata con fines de explotación sexual

Se estima en 4 millones el número de mujeres explotadas en la prostitución o forzadas a matrimonios (un 79% de las personas víctimas de trata lo son con fines de explotación sexual), las redes criminales se enriquecen económicamente de una actividad que se fundamenta en la demanda de servicios sexuales y en la alternativa que supone para los delincuentes a negocios más perseguidos y fiscalizados, como es el tráfico de armas o drogas (5,6). La trata de mujeres, niñas y niños existe a causa de la prostitución. Según estimaciones, un 90% de las mujeres que trabajan en prostíbulos, clubs, pisos, etc. son extranjeras y un porcentaje significativo de estas mujeres se encuentra en manos de redes de trata, las cuales aprovechan la situación personal de las víctimas y usan engaños como las ofertas de empleo falsas o los matrimonios engañosos (7). Este fenómeno se produce por la situación económica y política de los países de origen junto con las perspectivas de una mejor vida en el ámbito laboral, social y personal.

El mantenimiento de la prostitución se vincula con un modelo de masculinidad construida socialmente, en el que a los hombres se le suponen unos impulsos sexuales irrefrenables que han de satisfacer de manera inmediata, y la sexualidad femenina es construida como objeto pasivo de satisfacción del deseo masculino (8). Son los hombres los que perpetúan este comercio, sin embargo, el hombre se mantiene oculto, girando todo el análisis en torno a la mujer prostituida, permaneciendo protegido en una sociedad que mira para otro lado. La explotación de mujeres, niñas y niños se hace posible gracias únicamente a la demanda y al prostituidor, aunque su participación parezca secundaria (9). La "Encuesta de salud y hábitos sexuales 2003" (10) realizada en España por el Instituto Nacional de Estadística y la Secretaría del Plan Nacional sobre el sida, mostró que un 27,3% de los hombres encuestados que había tenido relaciones sexuales manifestó que alguna vez en su vida pagó por mantenerlas con una persona y el 6,7% lo había hecho en el último año. Según las comunidades autónomas, Baleares, Asturias y Aragón son los que en mayor proporción fueron usuarios de prostitución, con un 33% en Asturias.

Concebir la prostitución como un oficio no hace más que reforzar la discriminación y violencia que han sufrido y sufren las mujeres, situándonos en el lado de la balanza de la sexualidad patriarcal (11). Según datos del Ministerio del Interior a través del "Informe de Situación de la Trata de seres humanos con fines de explotación sexual en España", correspondiente a 2012, se estima que los ingresos relacionados con la prostitución podrían alcanzar en torno a los 3.024 millones de euros anuales. La prostitución es el principal destino de las víctimas de la trata con fines de explotación sexual en España. Además, el Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado (CITCO), en función a la información policial recogida en los últimos años y con la perspectiva económica que genera la industria del sexo, realiza una estimación del número de mujeres en situación de prostitución en España, señalando que este es de aproximadamente 45.000. El informe de 2014 del CITCO indica que las personas en riesgo son en su mayoría mujeres de nacionalidad rumana (seguida de la española, dominicana, brasileña, colombiana y paraguaya), en situación regular en España y detectadas en "clubes de alterne con plaza". En relación con la edad, se pone de manifiesto una disminución de la edad de las mujeres en riesgo, ya que la mayoría se encuentran en la franja de edad que abarca de los 23 a los 32 años (12). Por otro lado, la movilidad de las mujeres víctimas de trata, una vez en España, puede implicar desplazamiento a otros países de la Unión Europea, en procesos de retrafficamiento o en periodos puntuales y bajo la demanda de eventos de carácter público internacional (deportivos, políticos...) que desplazan la atención del sector de la prostitución (4).

Salud y prostitución: ¿un binomio posible?

Las mujeres víctimas de trata y prostitución van a presentar problemas de salud múltiples y variados, que afectan a todas las esferas de su ciclo vital y que van a tener repercusiones tanto físicas como psicológicas. Abusos sexuales, infecciones de transmisión sexual (ITS), consumo de drogas y fármacos, lesiones físicas y problemas psicológicos son una muestra de estos problemas de salud (5). De entre todos estos problemas, las ITS y las enfermedades derivadas de ellas son los aspectos más estudiados, como demuestran diferentes estudios al respecto.

En relación a las prácticas preventivas (uso del preservativo, conocimientos y uso de diferentes tipos de anticonceptivos o revisiones periódicas ginecológicas), un estudio (13) realizado en Asturias en 2008 arrojó un elevado uso del preservativo aunque mejorable, además de actitudes poco eficaces ante su rotura durante la relación sexual. Los resultados de la tesis doctoral de Fernández Ollero (14) sobre una muestra de 115 trabajadoras sexuales de clubs de la ciudad de Avilés (Asturias) muestran la alta prevalencia de las duchas vaginales, el desconocimiento de la píldora del día después y la falta de conocimientos en relación a las actitudes a tomar en caso de rotura del preservativo. En esa misma línea, está el estudio (15) realizado en Almería y pueblos limítrofes entre 2010 y 2013, encontrando los autores una alta frecuencia de rotura del preservativo y bajo uso de la píldora postcoital. Se puede concluir de los estudios anteriores que las mujeres conocen y usan el preservativo en las relaciones sexuales, pero tienen conocimientos y habilidades escasas en relación a la actitud a tomar frente a la rotura del preservativo y a la toma de la píldora postcoital, además de necesitar aumentar los conocimientos en relación a otro tipo de métodos anticonceptivos complementarios.

Otro de los aspectos más importantes y que afecta a la salud de las mujeres es el riesgo de contagio de una ITS. En relación al virus del papiloma humano (VPH), que es la ITS más prevalente, en un estudio (16) realizado en 2002 con mujeres inmigrantes prostituidas en Madrid, los resultados muestran que la prevalencia de VPH es elevada y está relacionada con la edad, el área de origen y la toma de anticonceptivos orales en aquellas que no usaban métodos de barrera. Por otro lado, Belza et al. (17) concluyen que existe una alta susceptibilidad al virus de la hepatitis B, aconsejando la vacunación, y en un estudio (18) realizado en Barcelona durante dos años con mujeres prostituidas y usuarios que acuden a clínicas de ITS, los autores encontraron una alta prevalencia de *Neisseria gonorrhoeae*. En esta misma línea, Folch et al. (19), en un estudio de similares características a los anteriores descritos, concluyen que se deben desarrollar estrategias educativas, sociales y preventivas adaptadas a un grupo heterogéneo, para así prevenir las infecciones por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) e ITS.

Para finalizar, es preciso destacar el consumo de sustancias psicoactivas, presente en la prostitución de muy diversas formas, con importantes repercusiones en la salud de las mujeres (20). En 2010 se publica un estudio (21) de metodología mixta en el cual la autora concluye que el consumo de alcohol, tabaco y cocaína fueron las drogas más usadas, con un patrón de consumo para facilitar la realización de los servicios sexuales. Además, la probabilidad de consumo de alcohol y cocaína aumentaba cuando el cliente lo demandaba.

Actuación e intervención desde el ámbito sanitario

La prostitución forzada y la trata con fines de explotación sexual ha permanecido al margen del sistema sanitario, no solo por la dificultad de contactar con las víctimas debido a la dificultad de acceso de estas al sistema sanitario, sino también por la falta de formación y preparación de los profesionales en relación a la identificación y actuación ante un caso de trata o prostitución en la consulta sanitaria. Los profesionales sanitarios, como cualquier otro profesional que pueda tener contacto con una posible víctima de explotación sexual, han de conocer los recursos que pueden asesorar, ayudar o acoger a la víctima, además de saber dar una respuesta inmediata que incluya tanto su intervención como la actuación en consecuencia (22). El sector de la salud tiene que desempeñar un papel instrumental en la prevención de la trata de personas y en la atención y la referencia de las víctimas. Se requiere sensibilización e implicación para que los profesionales y los servicios de salud presten atención segura y apropiada en los casos de trata de personas. Los obstáculos fundamentales son las diferencias de idioma y culturales, la información inadecuada, los recursos limitados, la escasa participación de las víctimas en el proceso de toma de decisiones, la falta de capacitación y conocimientos sobre la trata de personas y la atención a las víctimas y los problemas relacionados con la estigmatización, la discriminación, la seguridad y la protección (23). Para los profesionales sanitarios es fundamental ponerse las "gafas de género" y estar siempre alertas y con los ojos abiertos para detectar los casos en consulta, saber actuar y hacer una derivación correcta y oportuna.

En relación a los indicadores a tener en cuenta en la consulta ante una posible víctima de trata o explotación sexual se encuentran los siguientes (22,24-26):

- Generales: incapacidad de hablar el idioma español o difícilmente, no dan detalles de su dirección o lugar de residencia, no tienen pasaporte o documentos de identificación o bien son falsos y van acompañadas por una persona que hace de traductor y parece controlarlas.
- No verbales: desgana a la hora de hablar, apariencia desaliñada y descuidada, susceptibles y miedosas y extremadamente nerviosas si el acompañante está presente.
- Salud sexual y reproductiva: infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados y consecuencias de abortos mal practicados, infertilidad, abusos sexuales.
- Salud mental: depresión, ansiedad, irritabilidad, estrés postraumático, trastornos de la personalidad, trastornos adaptativos por consumo de drogas y alcohol.

Teniendo en cuenta los indicadores anteriores, como profesionales de la salud debemos reconocer estas señales y en tal caso, informar a las autoridades competentes en la materia. Los pasos a seguir serían los siguientes (27):

- Garantizar la seguridad y las necesidades básicas de la mujer.
- Evaluar si la persona es menor y, en ese caso, contactar con la unidad de protección de menores.
- Asegurarse que la mujer entiende el idioma y que no hay barreras en la comunicación.
- Generar confianza, explicando a la mujer quiénes somos.
- Escuchar, observar y preguntar, siempre atentos a las señales o indicios.
- Explicar, si fuera necesario, los diferentes pasos para la identificación de una víctima de trata y actuar en función de los resultados. En España existe el teléfono gratuito 900-105090, los email trata@policia.es, trata@guardiacivil.org, #contralatrata y el teléfono de emergencias 112.

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (28) ha elaborado una guía de recursos para mujeres víctimas de trata y en el Principado de Asturias existen tanto recursos de alojamiento (10 plazas) como ambulatorios (tres centros).

Por otro lado, las actuaciones en materia de protección y atención a las víctimas de trata con fines de explotación sexual en España se rigen por el "Protocolo marco de protección a las víctimas de seres humanos" (29). Posteriormente, diferentes comunidades autónomas, a partir del Protocolo Marco, decidieron elaborar protocolos específicos en relación a la explotación sexual, como es el caso de Galicia, Extremadura, Cataluña, Andalucía y Navarra. (22,26,30-33), aunque Asturias, además del Protocolo Marco, se rige por el "Pacto Social contra la Violencia sobre las mujeres del Principado de Asturias" (34).

Discusión y conclusiones

La prostitución y la trata con fines de explotación sexual es considerada la nueva esclavitud del siglo XXI, además de ser la peor expresión de la violencia contra las mujeres. España está a la cabeza de los países en consumo de prostitución, siendo considerado el burdel de Europa y es un negocio que mueve la mayor parte del dinero ilegal en el mundo, solo detrás del tráfico de drogas. Afecta a las mujeres de manera desproporcionada, siendo por lo tanto un crimen que no es neutral en términos de género, y los factores principales a tener en cuenta son la pobreza, el consumismo, las mafias, la migración y los clientes hombres (5,6,8,9,12).

Es fundamental un adecuado abordaje en la consulta sanitaria en caso de pacientes que puedan estar sufriendo prostitución forzada o sean víctimas de trata con esta finalidad, tanto en la identificación como en la actuación posterior, en caso de atender a una mujer víctima de trata con fines de explotación sexual. El Protocolo Marco (29) incluye como prioridad el establecimiento de protocolos de detección y denuncia de situación de trata y explotación en el ámbito sanitario (5).

Debido a las dificultades de acceso al sistema de salud, los servicios por los que mayoritariamente pueden acceder las mujeres en situación de trata son las urgencias hospitalarias o los centros de salud en las consultas de enfermería tras intervenciones relacionadas con ginecología, obstetricia, psiquiatría, etc. (24).

El conocimiento y manejo adecuado de los indicadores (22,24-26) capacitará para estar preparado y detectar en consulta casos de trata. Evidentemente, la observación de uno o varios de los indicadores no convierte a la paciente en una persona explotada. Sin embargo, los indicios descritos han de poner a los profesionales de la salud en alerta, puesto que pueden encontrarse ante una víctima o potencial víctima de trata y han de saber actuar en consecuencia (24).

Como se dijo anteriormente, los profesionales de enfermería tienen un papel muy importante en la identificación de estas mujeres (24) y la Enfermería Comunitaria tiene las capacidades para saber no solo identificar, sino también abordar estos casos en las consultas. La formación específica en colectivos en riesgos de exclusión o en exclusión social así como el trabajo comunitario y la colaboración con asociaciones u organizaciones no gubernamentales (ONG) hace de la Enfermería Familiar y Comunitaria una de las ramas más capacitadas para llevar a cabo el abordaje de este tipo de violencia. El programa formativo de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria (Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio) (35) incluye como competencias clínicas avanzadas en el ámbito familiar y comunitario la atención a la salud sexual, reproductiva y de género y la atención a la salud ante situaciones de fragilidad o riesgo sociosanitario (entre otras competencias), en este último caso con capacidad para fomentar la salud y la integración de grupos excluidos o en riesgo de exclusión social y con rotaciones y actividades formativas en asociaciones y ONG.

Sin embargo, no solo es imprescindible la formación en indicadores y modos de actuación, sino también en materia de recursos disponibles en el área geográfica en relación a la atención de las víctimas. Algunas comunidades autónomas han desarrollado sus propios protocolos a partir del Protocolo Marco (29), como es el caso de Galicia con el "Protocolo de actuación institucional sobre adopción de medidas de prevención, investigación y tratamiento de las mujeres víctimas de trata con fines de explotación sexual (2012)" (30), Extremadura con el "Protocolo de Extremadura contra la trata de seres humanos con fines de explotación sexual" (31), Cataluña (32), Andalucía (26) y Navarra con el "Protocolo de coordinación y actuación con mujeres y niñas víctimas de trata con fines de explotación sexual" (33). En Asturias no existe un protocolo específico en relación a la prostitución y explotación sexual, las actuaciones en esta materia se rigen por el Protocolo Marco y además por el "Pacto Social contra la Violencia sobre las mujeres del Principado de Asturias" (34). Un aspecto positivo es la existencia de tres asociaciones que trabajan para la protección, reinserción y prevención de las mujeres víctimas de trata con fines de explotación sexual y que son recursos no solo para las víctimas sino para todos los profesionales que puedan tener contacto con ellas. Es importante conocer la existencia de estas asociaciones, ya que son un recurso fundamental para los profesionales que trabajan no solo en Atención Primaria sino en todos los niveles asistenciales sanitarios y no sanitarios. Las asociaciones son las siguientes:

- APRAMP Asturias: la asociación tiene su sede en Avilés (Plaza Santiago López, 1, 1º, 33402. Tfno. 985 51 23 30). APRAMP realiza una atención integral a personas prostituidas y/o mujeres víctimas de trata en las ciudades de Avilés y Oviedo. Cuenta con un teléfono 24 horas 609 589 479 y un *email* sedeasturias@apramp.org. La página web de la asociación es <https://apramp.org/>
- Fundación Amaranta: la sede en Asturias desarrolla apoyo social a mujeres y adolescentes en contextos de prostitución y/o víctimas de trata con fines de explotación sexual. El contacto con la fundación se realiza a través del *email* asturias@fundacionamaranta.org y del teléfono 650 264 162. Amaranta realiza la atención a las mujeres de la ciudad de Gijón. La página web de la fundación es <http://www.fundacionamaranta.org/>
- Médicos del Mundo: la sede en Asturias lleva a cabo actividades educativas, atención psicosocial y educación de pares a personas que ejercen la prostitución. Su área geográfica de intervención es Oviedo. La sede se localiza en Oviedo (Calle Barthe Aza, 6, bajo, 33009. Tfno. 985 20 78 15) y *email* asturias@medicosdelmundo.org. Página web <http://www.medicosdelmundo.org/>

A modo de conclusión se puede afirmar que la trata de mujeres con fines de explotación sexual es la representación más extrema de la violencia de género, perpetuada por los hombres y con España como país de tránsito y de estancia. Las mujeres víctimas de trata con fines de explotación sexual y prostitución forzada van a presentar problemas de salud que engloban todos los aspectos biopsicosociales, siendo los problemas de salud derivados de las prácticas sexuales traumáticas, abusos o violaciones los más estudiados. La actuación e intervención en casos de trata y explotación sexual en España se rige por el Protocolo Marco y el Plan Integral de Lucha contra la trata; y diferentes comunidades autónomas han desarrollado protocolos específicos de actuación en intervención, aunque en Asturias no existe ningún protocolo de actuación en materia de explotación sexual.

El sistema sanitario tiene que estar preparado para dar una atención inicial adecuada y de calidad a las posibles víctimas de explotación sexual, bien en consulta o en cualquier ámbito relacionado con la práctica asistencial. Es fundamental conocer los protocolos de actuación existentes que puedan orientar en relación a los indicadores de abuso, así como las pautas a seguir para realizar una correcta entrevista y derivación a los recursos existentes. Los profesionales enfermeros son una pieza clave en relación a la identificación y derivación de las posibles víctimas, así como para el acercamiento del sistema sanitario a las asociaciones y recursos comunitarios, y están capacitados para el desarrollo de Educación para la Salud en la comunidad y en los recursos asistenciales que acogen a las mujeres.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

A la Asociación APRAMP del Principado de Asturias por su inestimable colaboración.

Bibliografía

- [1] Eguiguren Bravo P. Violencia de género y salud. Diálogo filosófico [internet] 2004 [citado 13 may 2018]; 59:261-74. Disponible en: http://www.ciudadredonda.org/admin/upload/files/1cr_t_adjuntos_163.pdf
- [2] Organización de Naciones Unidas (ONU). IV Conferencia Mundial sobre la mujer. Beijing: ONU; 1995.
- [3] Organización de Naciones Unidas (ONU). Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños, que complementa la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional. Nueva York: ONU; 2000.
- [4] García Cuesta S, Hernández Corrochano E. Las formas de trata de mujeres: reflexiones sobre algunas de las tipologías de la explotación en el siglo XXI. Dilemata [internet] 2014 [citado 13 may 2018]; 16:101-20. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4834548.pdf>
- [5] Giménez-Salinas Framis A. La explotación y trata de mujeres con fines sexuales: el papel del sector salud. Gac Sanit [internet] 2011 [citado 13 may 2018]; 25(5):351-52. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv/v25n5/editorial.pdf>
- [6] Ríos Marín AM. Migración, género y salud. Las desigualdades sociales en salud y sus efectos en la salud bio-psico-social de las mujeres en contextos de prostitución. Revista de Psicología: Universidad de Antioquía [internet] 2014 enero-junio [citado 13 may 2018]; 6(1):9-24. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4947505>
- [7] Ministerio de Igualdad. Plan Integral de lucha contra la trata de seres humanos con fines de explotación sexual 2009-2012. Madrid: Gobierno de España; 2010.
- [8] Castellanos Torres E, Ranea Triviño B. Investigación sobre prostitución y trata de mujeres [internet]. Madrid: Asociación de Promoción de Servicios Sociales (APROSERS); 2013 [citado 13 may 2018]. Disponible en: <https://www.fundadeps.org/recursos/documentos/629/Investigacion%20sobre%20prostitucion%20y%20trata%20de%20mujeres%20APROSERS.pdf>
- [9] Díez Gutiérrez EJ. El papel del hombre en la prostitución. Nuestra Bandera [internet] 2012 [citado 13 may 2018]; 2(232):39-54. Disponible http://buleria.unileon.es/xmlui/bitstream/handle/10612/2211/Papel_hombres_prostitucion_Enrique_Diez.pdf?sequence=1
- [10] Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta de salud y hábitos sexuales 2003. Madrid: Gobierno de España; 2003.
- [11] Terrón Bañuelos E, Díez Gutiérrez EJ. Educar en igualdad en una sociedad que regula la prostitución. Nuestra Bandera [internet] 2012 [citado 13 may 2018]; 2(232):77-134. Disponible en: http://buleria.unileon.es/xmlui/bitstream/handle/10612/2198/Educar%20en%20igualdad%20regulando%20la%20prostituci%C3%B3n_Enrique_Diez.pdf?sequence=1
- [12] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Plan Integral de lucha contra la trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual 2015-2018. Madrid: Gobierno de España; 2015.
- [13] Ojer Tsakiridu D, Franco Vidal A, Varela Uría JA, López Sánchez C, Junquera Llaneza ML, Cuesta Rodríguez M, et al. Conocimientos y uso de métodos anticonceptivos en mujeres que ejercen la prostitución en Asturias. Gac Sanit [internet] 2008 enero-febrero [citado 13 may 2018]; 22(1):40-3. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000100008
- [14] Fernández Ollero MJ. Prostitución, inmigración y salud: perfil de las trabajadoras sexuales de Avilés (Asturias) [tesis doctoral]. Oviedo: Consejería de Vivienda y Bienestar Social del Principado de Asturias; 2004.
- [15] Cabrerizo Egea MJ, Barroso García MP, Rodríguez-Contreras Pelayo R. Interrupción voluntaria del embarazo y uso de métodos anticonceptivos en mujeres que ejercen la prostitución en Almería. Gac Sanit [internet] 2015 [citado 13 may 2018]; 29(3):205-8. Disponible en: https://scielosp.org/pdf/gsv/v29n3/original_breve1.pdf

- [16] Del Amo J, González C, Losada J, Clavo P, Muñoz L, Ballesteros J, et al. Influence of age and geographical origin in the prevalence of high risk human papillomavirus in migrant female sex workers in Spain. *Sex Transm Infect* [internet] 2005 [cited 13 may 2018]; 81(1):79-84. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1763723/>
- [17] Belza MJ, Clavo P, Ballesteros J, Menéndez B, Castilla J, Sanz S, et al. Condiciones laborales, conductas de riesgo y prevalencia de infecciones de transmisión sexual en mujeres inmigrantes que ejercen la prostitución en Madrid. *Gac Sanit* [internet] 2004 [citado 13 may 2018]; 18(3):177-83. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv18n3/original2.pdf>
- [18] Vall-Mayans M, Saravanya M, Loureiro E, Meroño M, Arellano E, Sanz B, et al. Sexually transmitted Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae and HIV-1 infections in two risk populations in Barcelona: female street prostitutes and STI clinic attendees. *International Journal of Infectious Diseases* [internet] 2007 [cited 13 may 2018]; 11:115-22. Available from: [http://www.ijidonline.com/article/S1201-9712\(06\)00051-8/pdf](http://www.ijidonline.com/article/S1201-9712(06)00051-8/pdf)
- [19] Folch C, Esteve A, Sanclemente C, Martró E, Lugo R, Molinos S, et al. Prevalence of human immunodeficiency virus, Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae and risk factors for sexually transmitted infections among immigrant female sex workers in Catalonia, Spain. *Sex Transm Dis* [internet] 2008 [cited 13 may 2018]; 35(2):178-83. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18046265>
- [20] Meneses Falcón C. Consecuencias del uso de cocaína en las personas que ejercen la prostitución. *Gac Sanit* [internet] 2007 [citado 13 may 2018]; 21(3):191-6. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv21n3/original1.pdf>
- [21] Meneses Falcón C. Uso y abusos de drogas en contextos de prostitución. *Revista Española de Drogodependencias* [internet] 2010 [citado 13 may 2018]; 35(3):329-44. Disponible en: http://www.aesed.com/descargas/revistas/v35n3_5.pdf
- [22] Instituto de la Mujer de Extremadura. Trata de mujeres con fines de explotación sexual. Guía de recursos en Extremadura. Extremadura: Consejería de Salud y Política Social, Gobierno de Extremadura; 2013.
- [23] Organización Mundial de la Salud y Panamericana de la Salud. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Trata de personas. Hojas informativas WHO/RHR/12.42. Washington: OMS/PAHO; 2013.
- [24] Asociación para la prevención, reinserción y atención de la mujer prostituida (APRAMP). Guía de intervención con víctimas de trata para profesionales de la salud. Madrid: APRAMP; 2015.
- [25] Fundación CEPAIM. Trátame bien. Notas sobre la trata con fines de explotación sexual. Madrid: CEPAIM; 2015.
- [26] Díaz Ramos A. Guía para la comunicación de la violencia de género. Manual de intervención ante la trata con fines de explotación sexual. Andalucía: Dirección General de Violencia de Género y Asistencia a las Víctimas, Consejería de Justicia e Interior, Junta de Andalucía; 2014.
- [27] Delegación de Gobierno para la Violencia de Género. Proyecto EuroTraGuld. Herramienta práctica para la detección de víctimas de trata con fines de explotación sexual. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013.
- [28] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de recursos existentes para la atención a víctimas de trata con fines de explotación sexual. Madrid: Gobierno de España; 2014.
- [29] Ministerio de Justicia, Ministerio del Interior, Ministerio de Empleo y Seguridad Social, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Fiscalía General del Estado y Consejo del Poder Judicial. Protocolo marco de protección a las víctimas de trata de seres humanos. Madrid: Gobierno de España; 2011.
- [30] Fiscalía Superior de la Comunidad Autónoma de Galicia. Protocolo de actuación institucional sobre adopción de medidas de prevención, investigación y tratamiento de mujeres víctimas de trata con fines de explotación sexual. Galicia: Xunta de Galicia; 2012.
- [31] Consejería de Empleo, Mujer y Políticas Sociales. Protocolo de Extremadura contra la trata de seres humanos con fines de explotación sexual. Extremadura: Gobierno de Extremadura; 2015.
- [32] Gobierno de Cataluña. Protocolo de protección de las víctimas de tráfico de seres humanos en Cataluña. Barcelona: Gobierno de Cataluña; 2013.
- [33] Instituto Navarro para la Igualdad. Protocolo de coordinación y actuación con mujeres y niñas víctimas de trata con fines de explotación sexual. Navarra: Gobierno de Navarra; 2016.
- [34] Consejería de Presidencia y Participación Ciudadana. Pacto social contra la violencia sobre las mujeres del Principado de Asturias. Oviedo: Gobierno del Principado de Asturias; 2016.
- [35] Orden de 17 de junio de 2010 por la que se aprueba y publica el programa formativo de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Boletín Oficial del Estado (BOE), núm. 157, de 29 de junio de 2010.

¹ Ana Ocaña Ortiz
¹ Adrián Jesús García Galeras
² Julia Colomer Revuelta
³ Amparo Antonaya Campos
³ Ángeles Garrigós Ferrando
³ María José Martínez Arcón

Activos de salud en la adolescencia: identificación de activos en el entorno escolar

¹ EIR de Enfermería de Familia y Comunitaria, CS Fuente de San Luis (Valencia). Dirección de contacto: a.ocanao@gmail.com

² Pediatra CS Fuente de San Luis (Valencia).

³ Enfermera CS Fuente de San Luis (Valencia).

Resumen

Objetivo: identificar y clasificar los activos de salud en el entorno escolar del alumnado de 3º de la ESO de un IES de Valencia.

Método: 16 adolescentes de diferentes culturas realizaron un mapeo de activos de salud mediante la técnica fotovoz. La reflexión y análisis de las fotografías se llevó a cabo guiada por el SHOWeD. Se describieron y clasificaron los activos identificados.

Resultados: se tomaron 33 fotografías, las cuales se clasificaron en 11 categorías. Los adolescentes identificaron activos externos como "lugares o infraestructuras", como la cancha de fútbol, el aula o los compañeros; y activos internos relacionados con los "conocimientos", "actitudes" y "comportamientos", como los valores culturales, tener amistades o conocer hábitos de vida saludables.

Conclusiones: la mayoría de los activos están asociados a recursos físicos, lugares o infraestructuras, aunque los activos internos son los más numerosos. No se identifican a personas o grupos profesionales del centro escolar, la autoestima o las capacidades propias ni aspectos del proyecto educativo. El fotovoz es una técnica adecuada para grupos de diversidad cultural y dificultades idiomáticas. Potenciar, visibilizar y dinamizar los activos que componen el patrimonio de salud de la escuela pueden transformarla en un espacio participativo de desarrollo de la salud y en un activo de salud en sí misma.

Palabras clave: activos de salud; adolescencia; promoción de la salud en la escuela; fotovoz.

Abstract

Health assets in adolescence: identifying assets in the school setting

Objective: to identify and classify health assets in the school setting of students in their 3rd term of ESO (Compulsory Secondary Education) at an IES (Secondary School) in Valencia.

Method: sixteen (16) adolescents from different cultures prepared a mapping of health settings using the photovoice technique. Analysis and reflection on photos was guided by SHOWeD. Those assets identified were described and classified.

Results: in total, 33 photos were taken, which were classified into 11 categories. Adolescents identified external assets as "places or facilities", such as the football field, the classroom or their schoolmates, and internal assets associated with "knowledge", "attitudes" and "behaviours", such as cultural values, having friends, or being aware of a healthy lifestyle.

Conclusions: most assets were associated with physical resources, places or facilities, although there were a higher number of internal assets. No professional persons or groups from school were identified; self-esteem, their own abilities or aspects of the educational project were not included. Photovoice is a technique adequate for groups with cultural diversity and language difficulties. To promote, invigorate and make visible these health assets of school can lead to its becoming a collaborative space for health development, and a health asset in itself.

Key words: health assets; adolescence; health promotion at school; photovoice.

Introducción

El marco salutogénico en la promoción de la salud, frente al modelo clásico centrado en los problemas y en las necesidades, enfatiza en aquellos factores que contribuyen en lograr y mantener un óptimo estado de salud y bienestar en todas las dimensiones de la persona (1).

La promoción de la salud basada en el modelo de activos promueve que las personas y comunidades adquieran habilidades y competencias para mejorar su salud y bienestar, fomentando intervenciones de salud comunitaria que pongan en valor y potencien las capacidades y recursos de las personas y colectivos (2). Desde que Morgan y Ziglio (3) desarrollaran este modelo en 2007, el enfoque de activos de salud se ha incorporado al ámbito de la salud pública y de la salud comunitaria mediante políticas sanitarias de estrategia internacional, nacional y regional (4) y se basa en la identificación de cualquier factor o recurso que potencie las capacidades de las personas y comunidades para mantener o aumentar su salud y bienestar, y reducir las desigualdades en salud (5). El proceso de identificación de activos, o mapeo de activos, reconoce las riquezas individuales y colectivas y se transforma en una herramienta de empoderamiento, capacitación, participación y responsabilidad, tanto de la persona como de la comunidad (6).

La adolescencia es la etapa evolutiva donde las personas que se desarrollan en condiciones favorables y manteniendo relaciones saludables con su entorno, lo harán de forma positiva y maximizarán sus potencialidades. La identificación de activos de salud en población adolescente permite visibilizar aquellas fortalezas y recursos que conviene potenciar para un desarrollo saludable (7). El *Search Institute* (6) identificó cuarenta activos esenciales durante la adolescencia, la mayoría de los cuales son factores asociados al contexto social en el que viven, que mejoran la resiliencia y promueven el crecimiento de personas sanas, responsables y bondadosas. De estos cuarenta activos, veinte eran recursos externos referidos a características de la familia, la escuela o la comunidad donde viven, y el resto eran internos, es decir, características psicológicas o comportamentales del adolescente, como autoestima, responsabilidad, expectativas de futuro o capacidad para tomar decisiones. Diversos estudios (7) ponen de manifiesto que los adolescentes que cuentan con más activos logran una evolución más saludable y positiva.

Los adolescentes consumen la mayor parte de su vida cotidiana en un entorno potencialmente promotor de la salud, como es la escuela. La promoción de la salud en esta etapa mediante el modelo de activos requiere identificar qué factores o recursos del contexto escolar contribuyen significativamente a la salud y al bienestar del adolescente (7).

La exploración de los activos de salud se realiza mediante diversas técnicas basadas en la participación comunitaria (8). El fotovoz, en inglés *photovoice*, es una herramienta participativa que sitúa a las personas como creadoras de conocimiento, ofreciéndoles el espacio y la oportunidad de reflexionar sobre aquello que les proporciona salud y bienestar (9). Es una técnica de investigación que permite dar voz a través de la imagen y representar cuestiones comunitarias desde la creatividad y la subjetividad (10). El fotovoz es aplicable a la población adolescente al introducir el empleo de recursos tecnológicos, promoviendo un modo de comunicación alternativo e individual, y al estar orientado a la investigación de la realidad asumiendo un papel activo, que incorpore sus miradas y perspectivas frente a la percepción de la salud (11).

Para conocer la percepción sobre los recursos personales y sociales que los adolescentes tienen en su lugar de enseñanza, se realiza este estudio con objeto de describir y clasificar los activos para la salud identificados por el alumnado de 3º de la ESO en su centro de estudios.

Método

Para conocer las miradas de la adolescencia sobre la percepción de aquello que les proporciona salud o les ayuda a mantenerla, se diseñó un estudio cualitativo descriptivo elaborado mediante la técnica fotovoz. Este estudio obtuvo el dictamen favorable por parte del Comité Ético de Investigación Clínica Corporativo de Atención Primaria de la Comunitat Valenciana el 28 de septiembre de 2017 y se llevó a cabo entre noviembre de 2017 y abril de 2018 en el Instituto de Educación Secundaria "Jordi de Sant Jordi" de Valencia.

El alumnado participante fue de 16 adolescentes de entre 14 y 16 años, de origen español y de diversos países de Latinoamérica, África y Asia, con manejo desigual del idioma español, que cursaban 3º de la ESO en el momento del estudio y presentaron el consentimiento informado firmado por sus tutores legales.

La metodología para la identificación, categorización y visibilización de los activos se desarrolló en seis sesiones conjuntas investigadores-alumnado, de 45 minutos de duración, y de acuerdo a las siguientes fases:

Fase 1. Presentación de la actividad al alumnado

En esta fase se trabajaron las definiciones de salud, según el modelo holista de salud (12), y de activos de salud (6). Los conceptos se abordaron mediante preguntas dirigidas a la reflexión individual y posterior puesta en común:

- ¿Qué es la salud para ti? ¿Qué es un activo para la salud? ¿Qué tipo de activos podemos encontrar?
- ¿Qué cosas buenas, positivas... tengo yo y pueden ser importantes para mejorar mi salud? ¿Por qué?
- ¿Qué cosas buenas, positivas... tengo yo y pueden ser importantes para mejorar la salud en el centro escolar? ¿Por qué?
- ¿Qué cosas buenas, positivas... tiene nuestro grupo y pueden ser importantes para mejorar la salud en el centro escolar? ¿Por qué?
- ¿Qué personas, grupos y lugares (en el centro de estudios) conocemos que por lo que piensan, hacen... son (o pueden ser) buenos, positivos, importantes... para nuestra salud?

Se explicó la técnica de mapeo a emplear y se llevó a cabo un breve taller fotográfico en el que se enseñaron técnicas básicas de fotografía, se identificó a aquellas personas que no disponían de teléfono móvil o cámara fotográfica digital y se les facilitó información en cuanto a las cuestiones éticas y legales derivadas de fotografiar a personas.

Fase 2. Trabajo de campo. Identificación de activos mediante el fotovoz

En esta fase se emprendió un recorrido por el centro escolar, no dirigido, para efectuar entre una y tres fotografías de aquello que identificaran como activo de salud. Para salvar la brecha digital se facilitaron cámaras digitales a las personas que no disponían de estas o de móviles para fotografiar. En la siguiente sesión, se codificaron las fotografías realizadas para garantizar el anonimato y se remitieron por correo electrónico al personal investigador, a través de cuentas creadas para tal fin, para su impresión y posterior devolución al grupo.

Fase 3. Reflexión y discusión en el aula

En la cuarta sesión, mediante las fotografías impresas realizadas por los participantes, se estableció un proceso de reflexión y diálogo de las imágenes utilizando la técnica SHOWeD (13) adaptada al español (Cuadro 1). Se rellenó un cuestionario por cada fotografía aportada y con ellos se trabajó el significado personal y grupal del activo de salud identificado.

Fase 4. Categorización y análisis de los activos

En un proceso de discusión desarrollado en las dos últimas sesiones, el alumnado seleccionó los temas principales y las categorías en las que agruparon los activos de salud (Imagen 1). En un segundo tiempo, el personal investigador realizó un análisis descriptivo de los activos identificados y la reflexión grupal asociada, y procedió a su clasificación de acuerdo al modelo adaptado de Paredes et al. (5) en 2013 (Cuadro 2).

Cuadro 1. Cuestionario SHOWeD (adaptado de Palibroda et al. (13))

S	¿Qué es lo que se ve en la foto? (Describe lo que ves)
H	¿Qué es lo que está sucediendo? (La "historia" detrás de la imagen)
O	¿Cómo se relaciona esto con nuestra vida/salud?
W	¿Por qué crees que existe esta situación que has fotografiado?
E	¿Cómo puede esta foto educar a la gente? (Mensaje que puede dar)
D	¿Qué podemos hacer al respecto? (Cómo lo podemos visibilizar)



Imagen 1. Selección de temas y categorización de activos por el alumnado

Cuadro 2. Modelo de clasificación de activos (adaptado de Paredes et al. (5))

Activos internos		
Conocimientos <i>El Saber</i>	Actitudes <i>El Ser</i>	Comportamientos <i>El Hacer</i>
Conocer qué cosas aportan beneficios para la salud individual y comunitaria	Ánimo positivo, habilidades sociales, motivación al logro, autoeficacia, participación, autoestima, valores personales, inteligencia...	Actividad física, comer sano, no drogas, cumplimiento de proyectos personales, ayudar a los demás, buen desempeño académico...
Activos externos		
Personas	Grupos	Espacios físicos
Compañeros, profesores, otro personal del centro	De actividades del centro	Lugares, infraestructuras

Resultados

Las personas participantes realizaron 43 fotografías, 10 de las cuales fueron excluidas por ausencia de sus autores en alguna de las sesiones de reflexión y/o categorización, y establecieron 11 categorías (Cuadro 3).

Las categorías con más activos, "naturaleza" y "deporte", estaban compuestas por imágenes de las zonas de recreo donde había vegetación y por los espacios físicos o infraestructuras destinados al deporte, como el campo de fútbol y baloncesto, o la mesa de *ping-pong*.

Las categorías "social" y "relación de amistad" se diferenciaron por el grado de intimidad de la interacción social, fotografiando, para la primera, un momento de conversación entre chicos y chicas en unos bancos del patio del instituto y, para la segunda, tres amigas abrazadas sonriendo y unas manos entrelazadas.

La categoría "educación" incluyó las etiquetas de "cultura" y "educación escolar" y se retrató un aula con la pizarra de fondo y a tres compañeras de clase de diferente etnia sonriendo.

"La vida pasa" y "evolución" pretendían ilustrar el paso del tiempo y la motivación personal para superar las dificultades que se tienen en la vida. Las fotografías incluidas en estas categorías mostraban un camino formado por piedras situado en el patio, que simbolizaban los "obstáculos que se tienen que saltar a lo largo de la vida"; un atardecer visto desde la zona de recreo; un "árbol sin hojas porque es otoño", en una esquina con el cielo al atardecer de fondo y una vitrina con minerales expuestos.

"Belleza" comprendió aquellas fotografías que les parecieron "las más bonitas, que te producen buenas sensaciones", siendo estas, un primer plano de una flor de diferentes colores y un amanecer, y fue diferenciada de la categoría "arte" al entenderla como "una acción, no un resultado, y no un estado de ánimo". "Arte" agrupó una imagen de un compañero disponiéndose a realizar una foto y otra que retrata el pasillo del instituto donde se exponen cuadros y murales creados por otros cursos del centro.

Cuadro 3. Categorías establecidas y número de activos por categoría

Categorías	Nº activos
Comida sana	2
Educación	3
Naturaleza	7
Deporte	6
Evolución	1
Belleza	2
La vida pasa	3
Paisaje	2
Relación de amistad	3
Arte	2
Social	2

La categoría "paisaje" incluyó fotografías paisajísticas del área exterior del instituto, comprendiendo palmeras y árboles con un cielo azul de fondo. "Comida sana" contó con dos activos retratados por botellas de agua y cuenco de fruta variada de la cafetería.

De acuerdo a la clasificación de Paredes et al. (5) los jóvenes identificaron tanto activos internos, compuestos por "conocimientos", "actitudes", y "comportamientos"; como externos, integrados por "personas", "grupos" y "espacios físicos". Las personas participantes mencionan como activos saber que la propia cultura, tener amistades y relaciones sociales aportan beneficios, así como ser capaces de superar los obstáculos de la vida y tener habilidades sociales. Asimismo, relacionan salud con la práctica de deporte, hábitos dietéticos saludables, realizar actividades artísticas y relacionarse con los demás.

De igual modo, también identificaron los activos externos de "personas" como sus compañeros de instituto y "espacios físicos" como la cancha de fútbol y baloncesto, el patio, las zonas verdes, la mesa de *ping-pong* y el aula. Por otra parte, no se asociaron activos externos de "grupos".

Discusión y conclusiones

Los resultados muestran que, a pesar de trabajar con una definición holística de salud (12) y de activos de salud que implicara tanto dimensiones externas como internas, 21 de los 33 activos identificados, clasificados en las categorías de "naturaleza", "deporte", "educación", "belleza", "paisaje" y "evolución", se expresaron con fotografías de lugares, espacios físicos o infraestructuras, y se asociaron a activos externos. Las categorías de "la vida pasa", "relación de amistad", "comida sana", "arte" y "social" componen tanto activos externos, con compañeros que identifican como activo de salud, como internos, con conocimientos, actitudes y comportamientos que potencian la salud y el bienestar. Al igual que en otros estudios (5,14), los activos más numerosos fueron los espacios físicos o infraestructuras, y los menos identificados, los activos externos "personas" y los activos internos asociados a las actitudes o "al ser". Por otra parte, destaca la visión salutogénica adoptada por el grupo desde el inicio, no realizando fotografías en las que se identificaran necesidades, problemas, o acciones asociadas al "no hacer" como tipo de comportamiento saludable.

A finales del siglo XX, tras la Carta de Ottawa, se inició la anexión de la promoción de la salud al currículo escolar, orientada a los modelos de vida saludables y a los contextos favorables de salud. El avance lento y desigual de la inclusión de las dimensiones física, psicológica y social de la salud en las escuelas, así como la escasa presencia de programas de educación para la salud en el contexto escolar desde una perspectiva salutogénica (15), podría explicar que los activos de salud más identificados fueran los espacios físicos e infraestructuras del centro, tener conocimientos sobre hábitos de vida o presentar comportamientos saludables, mientras que las capacidades propias y los profesionales o grupos de la escuela no fueran catalogados como recursos promotores de salud y bienestar. Por otra parte, las características de la técnica empleada y la dificultad inicial que puede presentar definir, mediante imágenes y en una sola sesión, conocimientos y actitudes personales, pueden haber contribuido a la infravaloración de estos recursos.

Caan et al. (16) plantean que el patrimonio de salud, compuesto por los activos identificados por el alumnado en el centro de estudios, debería ser utilizado y desarrollado para que la escuela fuera generadora de salud, potenciando, visibilizando y dinamizando estos activos y transformándola en un espacio participativo y en un activo de salud en sí misma. Las escuelas promotoras de salud configuran estos espacios de promoción, fomento y adquisición de habilidades personales y sociales que generan valores y actitudes positivas hacia la salud (17). El significado de que los adolescentes no incluyan al equipo humano del instituto en este patrimonio de salud generado, que la autoestima o las propias capacidades no sean mencionadas, así como ningún aspecto del proyecto educativo, son cuestiones susceptibles de ser investigadas y desarrolladas conjuntamente con la comunidad educativa.

Los adolescentes participantes identificaron su identidad cultural como un activo de salud, asociándola a la forma de concebir y expresar su fuente de salud y bienestar. Frente a esta realidad de sociedad multicultural sería conveniente adquirir competencia cultural (18) e iniciar programas de educación para la salud, enmarcados en modelos de atención transculturales (19) para reconocer las creencias y prácticas de las personas que la componen y diseñar intervenciones específicas y adaptadas.

La identificación de los activos mediante la técnica fotovoz, permitió la participación de todo el alumnado, independientemente de las barreras idiomáticas y digitales existentes, así como contemplar las potencialidades de estos nuevos perfiles de participantes, miradas que valorizan en positivo la diferencia y pluralidad cultural.

La reflexión guiada con el SHOWeD durante las sesiones promovió un diálogo crítico entre el alumnado participante de cada grupo, así como la visibilización colectiva de los activos identificados de manera individual.

Una limitación de la investigación fue el bajo número de participantes y su asistencia intermitente a las sesiones. Los motivos principales fueron el abandono escolar experimentado en el centro, pasando de 30 alumnos potenciales de tercer curso de la ESO a 16, y al elevado grado de absentismo escolar característico en el grupo estudiado. Por otra parte, el número de sesiones se consideró insuficiente debido a la necesidad de emplear más de las programadas en la toma de fotografías, envío de imágenes y en la elaboración y recogida de la hoja de codificación. Las sesiones de reflexión, guiadas por el SHOWeD, donde se desarrolló la mayor participación, intercambio de ideas y reflexión sobre los activos de salud, fueron las que requirieron más tiempo y estuvieron muy condicionadas por las barreras idiomáticas del grupo.

El tipo de codificación de las fotografías para garantizar el anonimato no permitió asociar los activos identificados al género y a otras características sociodemográficas. En futuras investigaciones podría contemplarse cómo se distribuye la identificación de activos, tanto internos como externos, en función del género y cómo se exploran, organizan y utilizan los lugares o los espacios de acuerdo a esta variable.

A pesar de que el fotovoz es una herramienta que invita a la participación, sería recomendable incluirla como parte de un programa o una línea de trabajo activa y de larga duración en el centro de estudios que permitiera desarrollar actividades que pusieran en valor los activos de salud identificados.

Más allá de las limitaciones mencionadas y de la representatividad de los resultados, el estudio ha pretendido que el alumnado investigara la realidad con un objetivo práctico, que la investigación estuviera orientada a la acción y a la transformación, generando a la vez, conocimiento y resultado, y que la población de estudio no fuera mero sujeto pasivo de investigación.

Como conclusiones, es preciso indicar que la promoción de la salud mediante el modelo de activos significa poder dedicar un espacio al constructo de salud y reflexionar sobre las riquezas del espacio escolar que pueden potenciar el bienestar de su alumnado. El mapeo de activos es una metodología aplicable al contexto educativo que permite obtener información sobre el patrimonio en salud de las personas que en él desarrollan su actividad.

Este trabajo ha descrito el mapeo de activos de salud como una herramienta para obtener información sobre las riquezas que identifican los escolares en su centro de estudios y ha mostrado la potencialidad salutogénica de los centros escolares. El siguiente paso es incorporar en los proyectos docentes actividades que destaquen y conecten los activos identificados, poniendo en valor el patrimonio de salud escolar.

Agradecimientos

Este trabajo obtuvo el reconocimiento como *"Buena práctica en el Sistema Valenciano de Salud"* en la convocatoria de 2017 vinculada con la III Línea estratégica del IV Plan de Salud de la Comunitat Valenciana 2016-2020: *Fortalecer la equidad y la igualdad de género, reducir las desigualdades en salud y fomentar la participación.*

Bibliografía

- [1] Juvinya-Canal D. Salutogénesis, nuevas perspectivas para promover la salud. *Salutogenesis, new perspectives to promote health*. *Enferm Clin* [internet]. 2016 [citado 13 may 2018]; 23(3):87-8. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-salutogenesis-nuevas-perspectivas-promover-salud-S1130862113000466>
- [2] Morgan A, Hernán M. Promoción de la salud y del bienestar a través del modelo de activos. *Rev Española Sanid Penit*. 2013;15(3):82-6.
- [3] Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promot Educ*. 2007;14(2_suppl):17-22.
- [4] Cofiño R, Aviñó D, Benedé CB, Botello B, Cubillo J, Morgan A, et al. Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? *Gaceta Sanitaria*. 2016; 30:93-8.
- [5] Paredes-Carbonell JJ, Agulló-Cantos JM, Vera-Remartínez EJ, Hernán-García M. Sentido de coherencia y activos para la salud en jóvenes internos en centros de menores. *Rev española Sanid Penit*. 2013; 15(3):87-97.
- [6] Hernán M, Antony M, Mena LÁ. Formación en salutogénesis y activos para la salud [internet]. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública;

- 2010 [citado 13 may 2018]. p. 27-45. Disponible en: <https://www.repositoriosalud.es/xmlui/handle/10668/2576>
- [7] Oliva Delgado A, Pertegal MÁ, Antolin L, Reina MC, Ríos M, Hernando Á, et al. El Desarrollo positivo adolescente y los activos que lo promueven. Un estudio en centros docentes andaluces. Cons Salud Junta Andalucía [internet]. 2011 [citado 13 may 2018]; 152. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/adolescencia/desarrolloPositivo.pdf
- [8] Botello B, Palacio S, García M, Margolles M, Fernández F, Hernán M, et al. Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad. Gac Sanit. 2013; 27(2):180-3.
- [9] Rabadán Crespo ÁV, Pulido PC. La Fotografía Participativa en el contexto socio-educativo con adolescentes. Comunicación y Hombre [internet]. 2014 [citado 13 may 2018]; (10):143-56. Disponible en: http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/9753/La_fotografia_participativa.pdf?sequence=2
- [10] Doval I, Martínez-Figueira E, Raposo M. La voz de sus ojos: la participación de los escolares mediante Fotovoz. Rev Investig en Educ [internet]. 2013 [citado 13 may 2018]; 11(3):150-71. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4735528.pdf>
- [11] Eliana M, Gil G, Spira GP. Voces fotográficas: el uso de la imagen en proyectos de comunicación y desarrollo en el sur de Bolivia. Hallazgos [internet]. 2008 [citado 13 may 2018]; 9:61-81. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=413835170004>
- [12] Juárez F. El concepto de salud: una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. Int J Psychol Res [internet]. 2011 [citado 13 may 2018]; 4(1):70-9. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=299022819009>
- [13] Palibroda B, Krieg B, Murdock L, Havelock J. A Practical Guide To Photovoice: Sharing Pictures, Telling Stories and Changing Communities. Communities [internet]. 2009 [cited 13 may 2018]; 2-84. Available from: http://www.pwhce.ca/photovoice/pdf/Photovoice_Manual.pdf
- [14] Pérez-Wilson P, Hernán M, Morgan AR, Mena A. Health assets for adolescents: Opinions from a neighbourhood in Spain. Health Promot Int. 2015; 30(3):552-62.
- [15] Guerrero D, Jiménez MG, López M. Escuela saludable *versus* protectora de la salud (salugénica). Educar. 2014; 50(2):323-38.
- [16] Caan W, Cassidy J, Coverdale G, Ha MA, Nicholson W, Rao M. The value of using schools as community assets for health. Public Health. 2015; 129(1):3-16.
- [17] Ramos P, Pasarín MI, Artazcoz L, Díez E, Juárez O, González I. Escuelas saludables y participativas: evaluación de una estrategia de salud pública. Gac Sanit. 2013; 27(2):104-10.
- [18] Galao R, Lillo ML, Casabona I, Mora MA. ¿Qué es la enfermería transcultural? Una aproximación etimológica, teórica y corporativista del término. Evidentia [internet] 2005 [citado 13 may 2018]; 2(4). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n4/99articulo.php>
- [19] Navarro EB, Gualda E (dir.). Competencia cultural en salud: conocimientos, prácticas culturales, y actitudes ante los cuidados [tesis en internet]. Huelva: Universidad de Huelva; 2015 [citado 13 may 2018]. Disponible en: <http://rabida.uhu.es/dspace/handle/10272/11441?show=full>

EXPERTO DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS

32 ECTS

**SALUS INFIRMORUM
UPSA Madrid**

**¡Especialízate
en Urgencias!**

- MODALIDAD: Online
- DURACIÓN: 7 meses
- PLAZAS: 100

 **aulaDAE**
Grupo Paradigma

www.auladae.com/expertos