RICE

Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria



SUMARIO

Editorial

Espacio AEC

- 25 años de la Asociación de Enfermería Comunitaria, AEC
- X Jornadas Nacionales AEC, Valencia 2019
- · Congreso AEC 2020, en Sevilla

Originales

- Percepción de los profesionales de Enfermería de Atención Primaria sobre su formación para el abordaje del suicidio de niños y adolescentes en España
- Resultados de un programa de educación nutricional en escolares de 3 a 11 años y sus familias
- Percepción de la violencia de género como problema de salud por parte del personal sanitario del servicio de urgencias

Revisiones

- La comunicación y la entrevista motivacional en la relación terapéutica enfermera en Atención Primaria: revisión bibliográfica
- Abordaje de las arbovirosis desde la perspectiva comunitaria

ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA (AEC)

Editor Dr. Vicente Gea Caballero





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, portugués e inglés 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:





Esta publicación está incluida en:



Cuidatge



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. Mª 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
Dr. Juan José Suárez Sánchez
Dra. Marta Lima Serrano
Dra. Begoña Sánchez Gómez
Dra. María Ángeles de Juan Pardo

CONSEJO ASESOR

- Dr. José Verdú Soriano (Alicante-España)
- Dra. Carmen de la Cuesta Benjumea (Alicante-España)
- Mª José Dasí 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 Mompart 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 Mendoça (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)
- Ma Guadalupe Martínez Martínez (Nuevo León-México)
- Laura Rico Herrera (Celaya, Gto-México)
- María Consuelo Castrillón Agudelo (Antioquía-Colombia)
- Patricia Cid Henríquez (Concepción-Chile)
- Luz Angélica Muñoz (Santiago-Chile)
- Dra. Mª Soledad Rivera Martínez (Santiago-Chile)
- Dra. Olivia Inés Sanhueza Alvarado (Concepción-Chile)
- Dra. Jasna Stiepovich Beroni (Concepción-Chile)
- Olga María Rivero González (Cuba)

Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria • Vol. 12 - nº 2 diciembre 2019-mayo 2020

RIdEC

Sumario • Summary

Vol. 12 - nº 2 diciembre 2019-mayo 2020

Editorial	
10 años de RIdEC. ¡¡¡Por muchos más!!!	4
Espacio AEC	
25 años de la Asociación de Enfermería Comunitaria, AEC	6
X Jornadas Nacionales AEC, Valencia 2019	7
Congreso AEC 2020, en Sevilla	9

Originales

Revisiones

La comunicación y la entrevista motivacional en la relación terapéutica enfermera en Atención Primaria:	
revisión bibliográfica	
Communication and motivational interview in the nursing therapeutic relationship in Primary Care:	
a bibliographical review	38
Raquel Porcar Serrador, Dr. Antonio Ruiz Hontangas	
Abordaje de las arbovirosis desde la perspectiva comunitaria	
Approach to arboviroses from a community perspective	47
Carlos Vázquez-Torres, Jorge López-Gómez, José Ramón Martínez-Riera	

Editorial

10 AÑOS DE RIDEC. ¡¡¡POR MUCHOS MÁS!!!

Vicente Gea-Caballero

Editor Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria, RIdEC.

Asociación de Enfermería Comunitaria de España, AEC.

Profesor Escuela Enfermería La Fe. Grupo de Investigación emergente acreditado GREIACC, IIS La Fe. Valencia.



Este editorial es, quizá, menos científico que los habitualmente publicados en *RIdEC*, pero no por ello menos importante, ya que tenemos mucho que celebrar en este año 2019: en estas últimas X Jornadas Nacionales de la Asociación de Enfermería Comunitaria AEC, además del 25 aniversario de nuestra sociedad científica AEC, hemos celebrado también el 10º aniversario de la revista *RIdEC*.

Sin embargo, *RIdEC* no es una revista que cuente con un recorrido histórico de tan solo 10 años, sino que son muchos más. Tras crearse la AEC, pronto se hizo patente que era necesario vehiculizar la difusión de, en primer lugar, noticias y eventos referentes al mundo de la Enfermería Comunitaria; y posteriormente, publicar trabajos, experiencias y estudios que las enfermeras comunitarias de la década de 1990 ya desarrollaban. Así nació el Boletín de Enfermería Comunitaria, el BEC.

El progreso y crecimiento paralelos, tanto de la AEC como del BEC, hizo que en un momento determinado se tomara la decisión de que el BEC se transformara en una revista más puramente científica, y así nació la *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria*, *RIdEC*. Puesto en perspectiva, hay que saber valorar y agradecer en su justa medida tal decisión, tomada hace ahora más de 10 años. Por diversas circunstancias, algunos de los números iniciales se perdieron, y ese es el motivo por el que hemos decidido celebrar el 10º aniversario de *RIdEC* este año 2019.

Muchas personas han trabajado incansablemente durante estos últimos años para llegar a lo que somos hoy: dos juntas directivas, hasta cinco directores/as y otros/as tantos/as editores/as; un equipo de 18 revisores/as y 32 asesores/as editoriales; el trabajo administrativo, constante e imprescindible de soporte editorial por parte del equipo humano de la Editorial Difusión Avances de Enfermería (DAE), perteneciente a Grupo Paradigma. Es el trabajo de muchas personas, de muchos profesionales, y durante muchos años; un trabajo desinteresado, altruista, voluntario, constructivo, que no hace más que confirmarnos que el balance que podemos hacer de *RIdEC*, tantos años después, sea muy positivo.

De ser un boletín hemos pasado a ser una revista científica indexada en tres bases de datos. De ser un boletín, a ser una revista científica, humilde, pero rigurosa y seria. De tener un pequeño equipo, a actualmente colaborar más de 50 enfermeras y otras tantas en labores técnicas, que son las que consiguen que cada seis meses un nuevo número de *RIdEC* vea la luz.

Todo ello lo hacemos con ética y con transparencia: facilitamos toda la información a los/las autores/as sobre el proceso de su publicación, saben qué tiempos manejan y quién es, personalmente, el editor que gestiona su envío. Los tiempos de respuesta a consultas no suelen superar las 24-48 horas, las revisiones habitualmente se comunican en menos de un mes y el plazo máximo para publicar suele ser de seis meses. Nos enorgullecemos por ello.

Además, somos también una revista con marcado carácter formativo y educativo; a pesar de que nuestra tasa de rechazo roza el 40%, nuestro objetivo es que la mayoría de trabajos que nos remiten acaben siendo publicados, para ello ponemos todos nuestros esfuerzos en mejorarlos, aconsejando y orientando a los/as autores/as. Si finalmente son rechazados, tenemos el convencimiento de haber orientado y contribuido en la mejora del manuscrito, para que tenga serias opciones de ser publicado en otros medios científicos.

Creemos que el futuro de *RIdEC* es prometedor, seguiremos con el reto de indexarnos en nuevas bases de datos, ampliando nuestro equipo científico-técnico; en 2020 transformaremos los procedimientos para incorporar el gestor de envío de documentos *online*, para adaptarnos a la normalidad editorial actual; y programaremos dos números especiales para el corto plazo: un primero de carácter formativo, más metodológico, y un segundo, más asistencial, dirigido a la publicación de experiencias educativas desarrolladas en la comunidad.

Por todo ello, y como consecuencia de la labor, el tiempo y el esfuerzo de todas y cada una de las personas que hacéis posible que, regularmente, cada 1 de junio y cada 1 de diciembre nuevos números de *RIdEC* vean la luz, os damos las gracias por estar ahí, por publicar, por leer, por recomendar, por difundir y por compartir.

Muchas gracias a todas y todos. Muchas gracias, RIdEC. Muchas gracias, AEC.

Fdo.: Vicente Gea-Caballero

ESPACIO AEC

25 años de la Asociación de Enfermería Comunitaria, AEC

Hace 25 años nacía en Valencia la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC). Lo hacía con el ánimo de defender el incipiente desarrollo de la Enfermería Comunitaria en la no menos incipiente Atención Primaria. Los inicios fueron duros, pero alentadores y con mucha ilusión, motivación e implicación de quienes fueron sus iniciadores y principales impulsores. Gracias a ello trascendió su constitución más allá de la Comunitat Valenciana, y pronto La Rioja y Canarias se incorporaron con entusiasmo al desarrollo de la que era la primera sociedad científica de Enfermería Comunitaria en España.

Los años siguientes no fueron sencillos pero la AEC supo encontrar el espacio que como sociedad científica le correspondía, desde donde llevó a cabo importantísimas aportaciones que tuvieron una amplia resonancia. Sus congresos y jornadas se convirtieron en lugares de encuentro, análisis, reflexión y debate de las enfermeras comunitarias.

Sería larguísimo enumerar las acciones y los logros alcanzados en estos 25 años, pero al menos creo necesario destacar el que haya conseguido ser visible y reconocible en todos los espacios científicos, institucionales y sociales.

Tras estos primeros 25 años queda la que sin duda debiera ser nuestra mayor fortaleza, que no es otra que la otorgada por las propias enfermeras. Por eso planteo algunos interrogantes que han de obtener respuesta si queremos que la vida de la AEC, que es la de la propia Enfermería Comunitaria, siga sumando años. ¿Queremos ser partícipes de nuestro propio crecimiento? ¿Creemos en nuestras posibilidades? ¿Estamos dispuestas a actuar? ¿Construimos nuestra propia realidad o dejamos que otros nos la planteen? De las enfermeras comunitarias depende que una sociedad científica fuerte, visible y reconocida como la AEC y que estos 25 años sean tan solo los primeros de una larguísima y fructífera vida.

Ante todo, gracias por lo aportado, gracias por lo recibido, gracias por lo logrado. Feliz y saludable 25º aniversario de la AEC y 10º aniversario de *RIdEC*, su revista científica.

La aportación que hacemos las enfermeras comunitarias es fundamental para la salud de las personas, las familias y la comunidad; de la misma manera las enfermeras comunitarias precisamos dicha aportación para que nuestro desarrollo científico profesional sea una realidad indiscutible de sociedades científicas como la AEC. Para ello se requiere de nuestra implicación y participación directa en la AEC. De cada una de nosotras, como enfermeras comunitarias, dependerá, por tanto, lo que sea la Enfermería Comunitaria y no a la inversa.



José Ramón Martínez Riera Presidente de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC)

X Jornadas Nacionales AEC, Valencia 2019



Valencia, 6 de noviembre de 2019

El 25 de octubre de 2019 se clausuraron las X Jornadas Nacionales y el VII Encuentro Nacional de Tutores y Residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria de AEC. A la inauguración del encuentro, que reunió en Valencia a 372 enfermeras de todas las CC.AA., asistieron el Secretario General del Ministerio de Sanidad y Consumo y Bienestar Social, D. Faustino Blanco, el Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería, D. Florentino Pérez, el Presidente de la Asociación de Enfermería Comunitaria, D. José Ramón Martínez, la Directora de la Escuela de Enfermería de La Fe, Dña. Esperanza Ferrer, el Presidente de la Academia de Enfermería de la Comunitat Valenciana, D. José Antonio Ávila y el Concejal de Salud y Consumo del Ayuntamiento de Valencia, D. Emiliano García.

Las jornadas han sido un éxito desde el punto de vista de la participación y científico, que en un marco inmejorable, como son las instalaciones del Hospital Universitari i Politècnic La Fe de Valencia y la Escuela de Enfermería La Fe, han tenido un contenido científico de altísimo nivel con cinco mesas plenarias con ponentes de gran prestigio, 15 talleres impartidos por



profesionales de toda España expertos en las materias a tratar, 10 encuentros de investigación y otros, así como nueve foros de debate de temas específicos relacionados con la Enfermería Familiar y Comunitaria junto con 18 mesas de comunicaciones orales y cinco salas de defensa de póster electrónicos.

Por otra parte, cabe destacar la intensa participación en estas jornadas de asociaciones de pacientes que, en la gestión diaria de sus distintos problemas de salud, han puesto en valor la figura de la enfermera comunitaria como su tutora sanitaria.

En estas jornadas se celebró el 25º aniversario de la AEC, además del 10º aniversario de la Revista iberoamericana de Enfermería Comunitaria, RIdEC.

La mesa de clausura de las X Jornadas AEC estuvo compuesta por el presidente de la Asociación de Enfermería Comunitaria, D. José Ramón Martínez Riera; la Presidenta y Secretaria del Comité Organizador, Dña. Elena García Cuevas y Dña. Marta Gamarra Lousa; y la Presidenta y Secretario del Comité Científico, Dña. María Isabel Mármol López y D. Vicente Gea Caballero.

La Presidenta del Comité Científico, Dña. María Isabel Mármol López, destacó en las conclusiones de las jornadas la presentación de 185 comunicaciones, de las cuales fueron presentadas 85 en formato oral y 100 en formato póster, destacando entre las conclusiones cómo la Enfermería Comunitaria es aquella disciplina basada en la aplicación de los cuidados, en la salud y en la enfermedad, fundamentalmente al núcleo familiar y a la comunidad, en el marco de la Salud Pública.

Finalmente se procedió a la entrega de nueve premios concedidos a los mejores trabajos de investigación presentados en sus diferentes categorías.

La AEC quiere agradecer especialmente la participación de todos/as los/las que han hecho posible este congreso, asistentes, comités, Junta Directiva, patrocinadores y colaboradores, la Escuela de Enfermería La Fe y el Hospital Universitari i Politècnic La Fe de Valencia como sede del congreso, ponentes, voluntarios/as, alumnos/as, etc.



Congreso AEC 2020, en Sevilla

No hay momento más estimulante que encontrarnos en otoño en Sevilla, época en la que la ciudad adquiere un interés particular.

Por eso, el próximo año estaremos allí para celebrar el VI Congreso Internacional, XII Nacional de la AEC y VIII Encuentro Nacional de Tutores y Residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria, del 21 al 23 de octubre de 2020, bajo el lema "ENfermeras enREDdadas CON la comunidad".

Pretendemos crear un foro de debate, científico y profesional, sobre el papel de la tecnología de la comunicación y la información y las redes, que permita avanzar a las enfermeras comunitarias junto con la propia comunidad.

Algunos de los aspectos sobre los que pretendemos debatir y reflexionar es el papel de las tecnologías de la comunicación y la información y de las redes:

- En el cuidado centrado en la persona, familia y comunidad, usando la evidencia científica.
- En la acción política, la participación en la toma de decisiones y empoderamiento de las enfermeras comunitarias como líderes de salud.
- Como medida de participación comunitaria, teniendo en cuenta los determinantes sociales de la salud.

También se podrá debatir y reflexionar sobre otros aspectos, tales como:

- La brecha digital y la mejora de la accesibilidad a las tecnologías de la comunicación e información y a las redes de las enfermeras comunitarias, personas, familias y comunidades.
- La investigación y la innovación a través de las tecnologías de la información y comunicación y la red, entre las enfermeras comunitarias.
- El establecimiento de redes de enfermeras comunitarias con la comunidad.

Próximamente se anunciarán más avances, así como informaciones importantes, tales como los plazos para el envío de comunicaciones.

¡¡Reservad las fechas!! ¡¡Nos vemos en Sevilla!!



LÍDER EN FORMACIÓN ESPECIALIZADA PARA ENFERMERÍA



- Cursos de Humanización
- 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



Originales

- ¹ Claudia González López
- ² Isabel María Cano Montes
- ² Marisol Barrera Escudero
- ² Iris Díaz Pérez

Percepción de los profesionales de Enfermería de Atención Primaria sobre su formación para el abordaje del suicidio de niños y adolescentes en España

¹ Enfermera especialista en salud mental. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz (Madrid). Dirección de contacto: claudiagonlop@gmail.com

² Enfermera especialista en salud mental.

Cómo citar este artículo:

González López C, Cano Montes IM, Barrera Escudero M, Díaz Pérez I. Percepción de los profesionales de enfermería de Atención Primaria sobre su formación para el abordaje del suicidio de niños y adolescentes en España. RIdEC 2019; 12(2):11–7.

Resumen

Objetivo: la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda desde el año 1969 la formación en riesgo suicida de los profesionales sanitarios. La revisión de la literatura evidencia que la formación específica de enfermería en suicidio de niños y adolescentes en España es escasa o inexistente, a pesar de que supone la tercera causa de muerte en jóvenes. Los profesionales de Atención Primaria tienen un papel crucial en su detección precoz y prevención, ya que trabajan en la puerta de entrada al sistema sanitario. El objetivo que persigue esta investigación es estudiar la percepción de los profesionales de enfermería de Atención Primaria sobre su formación en esta área.

Método: estudio descriptivo transversal mixto, realizado en los años 2017-2018 mediante encuesta a enfermeras de Atención Primaria seleccionadas por muestreo no probabilístico a través de redes sociales y *mailing*. Análisis descriptivo y de contenido.

Resultados: se entrevistaron a 313 profesionales de enfermería de Atención Primaria de toda España. Casi la totalidad de la muestra puso de manifiesto que no percibe que dispone de la formación necesaria para el abordaje de la conducta suicida en la infancia y adolescencia.

Conclusiones: la formación de los profesionales de enfermería es esencial para poder ofrecer cuidados adecuados adaptados a las necesidades sanitarias y sociales actuales.

Palabras clave: suicidio; Atención Primaria de salud; niño; psiguiatría del adolescente; formación continua.

Abstract

Perception of primary care nursing professionals regarding their training in dealing with the suicide of children and adolescents in Spain

Introduction: since 1969, the World Health Organization (WHO) has recommended the training of health professionals in suicidal risk. The present literature review shows that the specific training of nurses in suicide among children and adolescents in Spain is scarce or non-existent, despite this being the third cause of death among young people. Primary care professionals play a crucial role in early detection and prevention, as they work at the gateway to the health system. The aim of this study is to investigate the perception of Primary Care nursing professionals regarding their training in this area.

Method: a mixed cross-sectional descriptive study was carried out in 2017-2018 by means of a survey in Primary Care nurses selected using a non-probability sampling method through social networks and mailing lists. A descriptive and content analysis.

Results: a total of 313 Primary Care nurses from all over Spain were interviewed. Almost all of the participants stated that they did not perceive that they had the appropriate training to deal with suicidal behavior in childhood and adolescence.

Conclusions: training of nursing professionals is essential in order to allow offering appropriate care and adapting it to current health and social needs.

Key words: suicide; Primary Care; child; adolescent psychiatry; continuing education.

Introducción

El suicidio es entendido en la actualidad como un trastorno multidimensional, más que como una reacción emocional frente a una situación vital, y es resultado de una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales (1).

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la tasa de suicidio en jóvenes entre 15 y 24 años en el mundo está aumentando de forma preocupante, suponiendo una de las tres primeras causas de muerte en este rango de edad (2,3). Constituye en la actualidad un problema de Salud Pública.

Este crecimiento alarmante de gestos y actos suicidas no parece estar acompañado de un proceso de sensibilización y formación específica de profesionales. Según la bibliografía revisada son escasas las iniciativas o guías de práctica clínica que abordan el suicidio en la infancia y adolescencia de forma aislada, e inexistentes en el caso concreto de la enfermería en España (2).

No es de extrañar que la valoración del riesgo de suicidio no se suela incorporar de forma protocolizada en las intervenciones enfermeras, ni en el ámbito hospitalario o de urgencias, ni en el ámbito comunitario de la Atención Primaria. En este último caso, la valoración del riesgo cobra vital importancia, ya que los centros de Atención Primaria suponen la puerta de entrada al sistema sanitario, y son, por tanto, los dispositivos que están en las mejores condiciones para realizar detección precoz, prevención y sensibilización sobre el suicidio.

La metodología científica enfermera ofrece diferentes diagnósticos e intervenciones taxonomizadas que posibilitarán y favorecerán la inclusión del abordaje del riesgo suicida en los procesos de atención habituales, además de poner de manifiesto las competencias enfermeras para abordarlo en la práctica profesional. Se puede destacar la existencia del diagnóstico NANDA 00150 Riesgo de suicidio (4), el recientemente incluido en la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC 2018 (5), 2813 Control del riesgo social: Suicidio o la intervención NIC 6340 Prevención del suicidio (6).

Por todo ello, la formación de los profesionales de enfermería es esencial para poder ofrecer cuidados adecuados adaptados a las necesidades sanitarias y sociales actuales. La OMS recomienda desde el año 1969 la formación en riesgo suicida de los profesionales sanitarios, y la *Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida del Sistema Nacional de Salud (SNS)* aconseja literalmente: "Se recomienda que todo profesional, tanto sanitario como no sanitario, que pueda estar en contacto con personas en riesgo de suicidio adquiera los conocimientos, actitudes y habilidades adecuados para su manejo" (2).

En definitiva, como antesala al diseño y propuesta de actividades formativas, este trabajo busca estudiar la realidad y necesidades que los profesionales de enfermería de Atención Primaria detectan y manifiestan en cuanto a su formación en suicidio en niños y adolescentes, en el contexto del:

- Aumento alarmante de los casos de suicidio, especialmente durante la adolescencia.
- La escasez de estrategias e iniciativas que fomenten la formación y sensibilización de los profesionales de enfermería.
- Las recomendaciones de organismos, tanto nacionales como internacionales, en cuanto a la capacitación de profesionales en relación al suicidio.

También se pretende, en un sentido más amplio, que el propio lector de este trabajo reflexione y se sensibilice con el hecho de prevenir el riesgo y actuar adecuadamente ante el suicidio en el ejercicio de su profesión, a partir de los objetivos del estudio: conocer la percepción del nivel de formación de los profesionales de enfermería de Atención Primaria sobre el suicidio infantojuvenil en todo el territorio español, y sensilibilizar a los profesionales de enfermería/potenciales lectores en materia de prevención del suicidio.

Método

Tipo de estudio: estudio descriptivo transversal mixto.

Instrumento: encuesta de elaboración propia de respuesta mixta, administrada a través de una plataforma *online*, Survey Monkey, abierta y distribuida desde octubre de 2017 hasta febrero de 2018.

Formulación de la pregunta: ¿Considera que los profesionales de enfermería de Atención Primaria reciben la formación necesaria para el abordaje del suicidio en niños y adolescentes? Respuesta cerrada: Sí/No. Respuesta abierta: ¿Por qué?

Muestreo: no probabilístico aleatorio intencional.

Población: profesionales de enfermería de Atención Primaria, incluyendo especialistas, generalistas y residentes de enfermería de toda España.

Reclutamiento: la divulgación de la encuesta se realizó a través de redes sociales y se notificó al delegado de la Asociación Nacional de Enfermería Familiar y Comunitaria de cada comunidad autónoma.

La encuesta permaneció abierta hasta la fecha establecida (28 de febrero de 2018), no se calculó un número específico mínimo de muestra.

Análisis de los resultados:

Las respuestas cerradas se analizaron cuantitativamente a través de la plataforma *online* Survey Monkey, las respuestas abiertas se analizaron mediante la codificación y revisión de dos investigadores. Tras la lectura de las respuestas abiertas uno de los investigadores (E1) estableció las categorías o etiquetas de respuesta.

Las categorías se compartieron con el segundo investigador (E2). Posteriormente cada investigador codificó cada respuesta abierta en una categoría de forma independiente (Tabla 1). Por lo que la categorización se realizó en tres fases: primera E1 lectura exhaustiva y establecimiento de categorías, segunda: lectura y codificación independiente por cada investigador, tercera: comparación de los resultados y establecimiento de la concordancia/fiablidad.

Tabla 1. Sistema de codificación de respuestas abiertas					
Pregunta	Quién categoriza	Primera codificación	Segunda codificación	Nª respuestas abiertas	% concordancia
Р	E1	E1	E2	209	80,81%

Consideraciones éticas:

Con el fin de garantizar la confidencialidad de los participantes, según la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, las respuestas fueron totalmente anónimas. El cuestionario disponía de un encabezado informativo previo en el cual se especificaban los objetivos del estudio y los fines de investigación de este, determinando que la cumplimentación de la encuesta suponía el consentimiento del uso de los datos.

Resultados

Se obtuvo una muestra de 313 encuestas.

El 43,45% de las enfermeras encuestadas era generalista, seguidas de un 25,56% de especialistas de Atención Primaria y un 21,73% residentes de enfermería familiar y comunitaria. El resto corresponde a profesionales enfermeras de otras especialidades que desempeñan su labor en AP.

Todas las comunidades autónomas se encuentran representadas, salvo Navarra y La Rioja.

Se recibieron 313 respuestas cerradas, de las cuales 209 también incluían respuesta abierta. Estas respuestas de orden cualitativo fueron clasificadas por los investigadores en cuatro categorías según la temática a la que aludían (Cuadro 1).

El 99,08% respondió que no cree que reciba la formación necesaria para el abordaje del suicidio en niños y adolescentes.

Las causas de la falta de formación expuestas en la respuesta abierta manifiestan que alrededor del 63% lo atribuye al

Cuadro 1. Categoría

- 1. No formación/desconocimiento/sensibilidad
- 2. Tema tabú
- 3. No es una prioridad (no se trata, muy específico)
- A. Otros

desconocimiento y falta de sensibilidad con esta problemática, aproximadamente el 18% lo relaciona con que no es una prioridad, o que es un tema muy concreto, y alrededor del 14% a que es un tema tabú. En torno a un 4% lo atribuyó a otras causas como el poco interés de los profesionales por la formación o la baja incidencia registrada de casos (Tabla 2)

El índice de concordancia entre los investigadores que realizaron la categorización y codificación fue del 80,81%.

Algunos verbatings a destacar por cada categoría de respuesta son los siguientes:

Tabla 2. Resultados respuestas abiertas				
Código	Categoría	Nº de respuestas	% de respuesta	
1	No formación/desconocimiento/sensibilización	133	63,63%	
2	Tema tabú	29	13,87%	
3	No es una prioridad/no se trata/muy específico	38	18,18%	
А	Otros	9	4,30%	

Categoría 1. No formación/desconocimiento/sensibilización

"Se estudia el problema de salud pública, pero no las herramientas de cómo abordarlo."

Categoría 2. Tema tabú

"Tanto en la carrera (universidad) como después de salir de ella, en mi opinión, sigue siendo un tema un tanto tabú, o poco visto, puesto que no se ven (o no se quieren ver) dichos casos. Por lo que no se forma a las enfermeras, a menos que te especialices en la rama de enfermera de salud mental."

"El suicidio es un tema tabú, ya en los adultos y adolescentes. En los niños aún más, es un tema del que nunca se habla; por lo tanto, es como si no existiera, no es

visible, no se percibe. Ante un problema que no se ve se infiere que no hay problema."

Categoría 3: No es una prioridad/no se trata/muy específico

"Ni siquiera hay un espacio para la promoción de la salud mental, aún menos para la detección de alteraciones de tal índole."

"Es un tema específico no tratado estratégicamente en las políticas sanitarias de mi comunidad, ni tampoco desarrollado en el programa de pregrado de las facultades de enfermería."

Las palabras más mencionadas en las respuestas abiertas fueron: formación específica, cursos y tema tabú (Figura 1). ¿Considera que los profesionales de enfermería de AP reciben la formación necesaria para el abordaje del suicidio en niños y adolescentes?

Considero Sistema Formación Continuada
Problema de Salud Falta Pediatría Trata Nula
Tema Tabú Escasa
Formación Específica Apenas Hay
Infantil Recibido Sociedad Cursos AHORA
Salud Mental Especializada Creo Suficiente Formación
Existe Plantea Abordaje Temario Programa

Fuente: Survey Monckey

Figura 1. Gráfico en nube

[&]quot;Apenas hay formación en horario laboral, y fuera de horario casi no se oferta nada sobre salud mental que no sea TEA o TDAH."

Discusión y conclusiones

El interés en el suicidio en la infancia y adolescencia es creciente, y supone un importante desafío para los profesionales de la salud que trabajan directa o indirectamente con menores. A la vista de los resultados se puede afirmar que los enfermeros de Atención Primaria en España perciben su formación y capacitación para el abordaje del suicidio en niños y adolescentes como deficitaria. Esto supone un problema del que es preciso ocuparse, si se tiene en cuenta que el volumen de menores que atenderán en su desempeño profesional por causas relacionadas con el suicidio no es despreciable, que la Atención Primaria es la puerta de entrada al sistema sanitario y donde se concentran las acciones de prevención primaria.

Las causas manifestadas por la muestra encuestada ponen el foco en el desconocimiento, lo que indica una falta de sensibilización con el suicidio, que no se considera una prioridad, a pesar de estar entre las primeras causas de muerte en la juventud y adolescencia en los países desarrollados, o a que es considerado un tema tabú, lo que advierte del estigma que lo rodea.

A los alarmantes datos epidemiológicos hay que sumar las recomendaciones de los organismos nacionales e internacionales en cuanto a la capacitación de los profesionales sanitarios para la prevención del abordaje del riesgo suicida. En este sentido recientemente la ministra de Sanidad expuso durante la jornada sobre prevención del suicidio "Una realidad silenciada", organizada por la Confederación Salud Mental España en Madrid, que "el suicidio se puede prevenir" pero que para ello, matizó, "hay que desmontar los mitos que lo rodean" (7). En el ámbito internacional, ya en 2004, la OMS realizó una reunión sobre las "Estrategias de Prevención del Suicidio en Europa", en la que se plantearon una serie de recomendaciones entre las cuales se encontraban aumentar la concienciación de los profesionales de salud, mejorar sus actitudes y reducir los tabúes hacia el suicidio y el trastorno mental, y aumentar la formación de los profesionales de Atención Primaria (8).

En virtud de ello resulta de gran importancia que el colectivo enfermero de Atención Primaria sea capaz de reconocer y responder a la presencia de factores de riesgo en la fase ambulatoria de los pacientes, con más énfasis en los niños y adolescentes, ya que todos ellos, sanos o enfermos, acudirán a las revisiones del niño sano hasta los 14 años en todo el territorio nacional. Para esto se requiere un entrenamiento previo, que dote de habilidades de evaluación, herramientas diagnósticas y competencias. El bajo uso de herramientas y la escasa presencia de la intervención en salud mental en el medio ambulatorio, relatado por la bibliografía y manifestado por los profesionales en el caso concreto de este estudio, demuestra la necesidad formativa urgente (9).

Además, en España, la *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013* presentó como objetivo general prevenir la enfermedad mental, el suicidio y las adicciones en la población general. No obstante, la implantación de este tipo de programas es muy escasa, situándonos por debajo del nivel de otros países europeos (10).

Por otro lado, que casi la totalidad de la muestra, independientemente de la vía de acceso formativa para su desempeño profesional en los centros de Atención Primaria, afirme que no se siente formada y capacitada para el abordaje de la conducta suicida, indica que la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria no es un indicador de mayor formación en el área de salud mental relacionada con el suicidio. No es de extrañar si se tiene en cuenta que en el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria la palabra suicidio no aparece en ninguna ocasión, y salud mental se cita en menos de cinco (11). En definitiva, la formación especializada en el área Familiar y Comunitaria no parece acrecentar la capacitación percibida de la enfermería para realizar intervenciones de práctica avanzada en lo concerniente al suicidio.

En suma, el desarrollo de iniciativas de concienciación de la población sobre el suicidio ha demostrado eficacia. Un estudio ha verificado un alto nivel de satisfacción y utilidad percibidas por pacientes y familiares acerca de la información sobre prevención de suicidio. Los participantes del estudio destacaron la Atención Primaria como el ámbito más adecuado para la difusión de la información preventiva. Para que los profesionales de Atención Primaria puedan proporcionar esta información ha de recibir una formación previa para adquirir los conocimientos necesarios. Se consultó con enfermeras de dos centros de salud la opinión sobre sus conocimientos respecto a conductas suicidas, obteniendo resultados subjetivos, en los que valoraban que no estaban preparadas para este tipo de situaciones, apoyando con ello la hipótesis planteada en este estudio (12).

En definitiva, la trascendencia de todo lo expuesto contrasta con los propósitos de la Comunidad Científica y las Sociedades Profesionales de España, estas muestran un alto grado de sensibilización con el problema, tal y como demuestra el número creciente de publicaciones sobre suicidio o las publicaciones de recomendaciones preventivas respaldadas por la Sociedad Española de Psiquiatría (SEP) o la *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida* del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2). Sin embargo, esta sensibilización no parece tener un suficiente calado a otros niveles (13).

La conducta suicida infanto-juvenil se ha convertido en un grave problema, ya que como se ha confirmado en diversos estudios no se cuenta aún en la actualidad con métodos eficaces de prevención y tratamiento. La formación específica para poder abordar el suicidio queda relegada al interés y sensibilización personal del profesional, suponiendo esto una desigualdad en la atención tanto en el ámbito local como nacional. No existe un plan nacional de prevención del suicidio y hasta ahora solo se han desarrollado iniciativas locales. Se requieren, por lo tanto, de mayores esfuerzos por parte de instituciones y gobiernos para reducir las defunciones y el impacto social debido a esta causa (14).

Fomentar estrategias para promover y cuidar la Salud Mental de los niños y adolescentes es fundamental para su desarrollo individual y social. Elaborar modelos de formación que contemplen al niño y adolescente como un ser bio-psico-social, atendiendo a sus necesidades en todos los ámbitos de su vida es por lo tanto primordial (15).

El papel de la enfermería es clave, ya que por la estrecha vinculación que tienen con los pacientes en el ejercicio de su profesión están en las mejores condiciones para la detección del riesgo de suicidio y para ejercer acciones de salud acertadas, encaminadas a la prevención de este acto. En el caso particular de los profesionales de enfermería de Atención Primaria, si cabe, con mayor responsabilidad, ya que ejercen su labor en la puerta de entrada al sistema sanitario, intervienen en la comunidad y están involucrados en las revisiones del niño sano, lo que constituye la oportunidad de valorar a la población infantil y adolescente, en la que será determinante la detección temprana de riesgos, la prevención e intervención en caso de ser necesario.

Si bien no se puede exigir a los profesionales de Atención Primaria conocimientos especializados sobre todas las áreas de la salud, en el caso de este trabajo es de especial importancia porque el suicidio es una de las tres primeras causas de muerte en jóvenes y adultos en todo el mundo, lo que significa que en la práctica profesional cotidiana el número de casos no será despreciable. No se puede obviar esta valoración por causas relacionadas con el tabú, estigma o falta de sensibilización con el suicidio.

En este sentido, y como limitación, no se han establecido en este estudio indicadores para cuantificar el nivel de sensibilización con el suicidio de niños y adolescentes que supone su lectura para los profesionales de enfermería de Atención Primaria; sin embargo, se sostiene que estudios como este asientan una base de concienciación para promover cambios, ya sea en la propia intervención del profesional, la oferta de formación o futuras investigaciones que estudien el impacto.

Como conclusión es preciso indicar que la formación de los profesionales de enfermería será esencial para poder ofrecer cuidados adecuados adaptados a las necesidades sanitarias y sociales actuales. Cada vez son más las iniciativas y la voluntad política en materia de suicidio, por lo que se ha de seguir dando pasos en la búsqueda de soluciones reales ante este grave problema de Salud Pública, que han de comenzar con la sensibilización y concienciación de todos los actores sociales.

Agradecimientos

Con este artículo se quiere agradecer la gran implicación que han mostrado las asociaciones autonómicas de Enfermería Familiar y Comunitaria de toda España y muchos profesionales anónimos. Este interés hace concluir que estudios como este son percibidos como necesarios.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- [1] Organización Mundial de la Salud (OMS). Prevención del suicidio: un instrumento para médicos generales [internet]. Ginebra: OMS; 2000. [citado 16 nov 2019] Disponible en: https://www.who.int/mental_health/media/general_physicians_spanish.pdf?ua=1
- [2] Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Iqualdad; 2012. [citado 16 nov 2019]. Disponible en: https://www.sergas.es/Docs/Avalia-t/avalia-t2010-02GPC-conducta-suicidaR.pdf
- [3] Organización Mundial de la Salud (OMS). Suicidio [internet]. Ginebra: OMS [citado 16 nov 2019]. Disponible en: http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide
- [4] Herdman TH, Kamitsuru S. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación, 2015-2017. Barcelona: Elsevier España; 2015.
- [5] Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E (eds.). Nursing Outcomes Classification (NOC). Measurement of Health Outcomes. Elsevier Health Sciences; 2018.
- [6] Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JMM, Wagner C (eds.). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Madrid: Elsevier; 2013.
- [7] Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Gabinete de Prensa. Notas de Prensa [internet]. [citado 16 nov 2019]. Disponible en: http://www.mscbs.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=4550
- [8] WHO European Ministerial Conference on Mental Health. Suicide prevention [internet]. Helsinki: World Health Organization; 2005 [cited 16 Nov 2019]. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96452/E87301.pdf
- [9] Bobes García J, Giner Ubago J, Daiz J. Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida [internet]. Madrid: Triacastela; 2011 [citado 16 nov 2019]. Disponible en: https://fepsm.org/files/publicaciones/Suicidio_y_Psiquiatr%C3%ADa-Texto.pdf
- [10] Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia en salud mental. Sistema Nacional de Salud 2009-2013 [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011 [citado 16 nov 2019]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/plan-CalidadSNS/docs/salud mental/SaludMental2009-2013.pdf
- [11] Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria [internet]. BOE (Boletín Oficial del Estado), núm. 157, de 29 de junio de 2010. p. 57217-50. [citado 16 nov 2019]. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2010-10364
- [12] Triñanes Y, Senra- Rivera C, Seoane G, Gónzalez A, Álvarez M, De las Heras E, et al. Satisfacción y utilidad percibidas por pacientes y familiares acerca de la información sobre prevención de suicidio. Revista de calidad asistencial. 2014; 29(1):36-42. Doi: 10.1016/j.cali.2013.09.004
- [13] Sáiz PA, Bobes J. Prevención del suicidio en España: una necesidad clínica no resuelta. Revista Psiquiatría Salud Mental. 2014; 7:1-4. Doi: 10.1016/j.rpsm.2014.01.003
- [14] Mosquera L. Conducta suicida en la infancia: una revisión crítica. Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes [internet]. 2016 [citado 16 nov 2019]; 3(1):9-18. Disponible en: https://www.revistapcna.com/sites/default/files/mosquera_2016_revision_critica_conducta_suicida.pdf
- [15] Hidalgo Vega A. La asistencia sanitaria en salud mental juvenil en España. Revista Estudios de Juventud [internet]. 2009 [citado 16 nov 2019]; 84:179–94. Disponible en: http://www.injuve.es/sites/default/files/RJ84–12.pdf

Originales

Resultados de un programa de educación nutricional en escolares de 3 a 11 años y sus familias

- ¹ Inmaculada Castell Tolòs
- ² Concepció Ferrés Gurt
- ³ Anna Bach-Faig
- ⁴ Natalia Panadero Martínez

- ¹ Enfermera. Departamento 01 de Vinaròs de la Agencia Valenciana de Salud. Diplomada Universitaria en Enfermería por la Universidad Rovira i Virgili. Máster en Nutrición y Salud por la Universidad Oberta de Catalunya
- ² Profesora colaboradora de la Universitat Oberta de Catalunya. Licenciada en Biología por la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB). Máster en Investigación en Didáctica de las Ciencias por la UAB. Doctora en Didáctica de las Ciencias Experimentales por la UAB. Grupo de Investigación LIEC (2014SGR1492) de la Universitat Autònoma de Barcelona
- ³ Profesora de Estudios de Ciencias de la Salud de la Universitat Oberta de Catalunya. Grupo de Investigación FoodLab (2017SGR 83). Licenciada en Farmacia por la Universidad de Barcelona. Máster en Salud Pública Nutricional por la Universidad de Glasgow (Reino Unido). Doctora por la Universidad de Barcelona en el campo de la Salud Pública Nutricional
- ⁴ Graduada en Enfermería por la Universidad de Valencia (UV). Máster en Nutrición y Salud por la Universitat Oberta de Catalunya

Dirección de contacto: immacastell7@hotmail.com

Cómo citar este artículo:

Castell Tolòs I, Ferrés Gurt C, Bach-Faig A, Panadero Martínez N. Resultados de un programa de educación nutricional en escolares de 3 a 11 años y sus familias. RIdEC 2019; 12(2):18–27.

Resumen

Objetivo: evaluar un programa de educación nutricional dirigido a los alumnos/as y familiares del CEIP de Canet lo Roig (Castelló), el curso 2017-18, para empoderarlos en diferentes aspectos de alimentación y nutrición y mejorar sus hábitos alimentarios.

Método: estudio cuasi experimental de antes después de aplicación de un Programa de Educación Nutricional (PEN) a los alumnos/as de 3 y 11 años y sus familias (17 madres y 24 alumnos/as). Se determinó el peso, la talla y el IMC, y la calidad nutricional mediante el test Kreceplus antes y seis meses después de la realización del programa. Los hábitos alimentarios de los alumnos/as se evaluaron a través de un cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos, el estilo de vida y los conocimientos previos a través de unos cuestionarios *ad hoc* específicos que respondieron las madres.

Resultados: el PEN redujo el IMC de los alumnos en un 3,5%, invirtiendo los valores iniciales de 8% de sobrepeso y 13% de obesidad a 13% y 8% respectivamente. Tras el programa aumentó el consumo de cereales integrales, de legumbres, de pescado blanco y azul y de frutos secos. La calidad nutricional de los infantes mejoró después del programa (calidad nutricional óptima: 17%; calidad media: 71%; calidad baja: 12% frente al 14%, 63% y 25% respectivamente al inicio del programa).

Conclusiones: este PEN incidió de manera positiva sobre el IMC y sobre la adquisición de hábitos alimentarios saludables en el entorno escolar y familiar de los niños/as.

Palabras clave: educación nutricional; niño; preescolar; sobrepeso; índice de masa corporal; dieta mediterránea; educación en salud.

Abstract

Results of a nutritional education program for schoolchildren aged 3 to 11 and their families

Purpose: to evaluate a nutritional education program for students and their relatives at the CEIP of Canet lo Roig (Castelló), in academic year 2017–18, aimed at empowering them in various aspects of food and nutrition and at improving their eating habits.

Method: a quasi-experimental before-after study on the implementation of a Nutritional Education Program (NEP) for schoolchildren aged 3 to 11 and their families (17 mothers and 24 children) was carried out. Weight, height, BMI, and nutritional quality were assessed using the Kreceplus test before and six months after the program. The eating habits of the children were evaluated through a questionnaire on the frequency of food consumption, lifestyle and previous knowledge, by means of specific ad hoc questionnaires answered by the mothers.

Results: NEP reduced BMI in children by 3.5%, and changed initial rates of overweight 8% and obesity 13% to 13% and 8%, respectively. After the program, an increased consumption of whole grains, pulses, white and oily fish, and nuts was observed. The nutritional quality in children improved after the program (optimal nutritional quality: 17%; average quality: 71%; low quality: 12%, compared to 14%, 63%, and 25%, respectively, at the start of the program).

Conclusions: the present NEP had a positive impact on BMI and on the acquisition of healthy eating habits in the children's school and family environment.

Key words: nutritional education; child; preschool; overweight; body mass index; Mediterranean diet; health education.

Introducción

Hoy en día se dispone de mucha información sobre la importancia de la adquisición de hábitos de vida saludables, pero parece que estos mensajes no penetran lo suficiente en el ambiente familiar (1). Así por ejemplo, según el estudio ALADINO (2015) (2) el desayuno de los niños entre 6 y 9 años no es el adecuado atendiendo a las recomendaciones establecidas (3) y solo el 2,8% realiza un desayuno de calidad al incluir un lácteo, un cereal y una fruta.

El sobrepeso y la obesidad son enfermedades no transmisibles con un elevado potencial de morbimortalidad que se asocia a múltiples patologías durante la infancia y la vida adulta (4). Según la última encuesta de Salud Nacional de España (2012) (5) la prevalencia de obesidad y sobrepeso infantil es del 27,8%, muy por encima de la prevalencia mundial que describe la Organización Mundial de la Salud (OMS) (18%) (4).

El aumento de la ingesta de alimentos con alto contenido calórico ricos en grasas y el descenso de la actividad física propician el desarrollo de la calificada como "epidemia del siglo XXI" (4). Parece bien demostrado que en la infancia hay una relación entre el IMC y los hábitos de vida. Así, la medía del IMC es mayor en niños que destinan más tiempo a actividades sedentarias (6). De este modo, también hay más incidencia de obesidad en niños que no desayunan o toman un desayuno de baja calidad (7).

Estos datos evidencian la conveniencia de intervenir para revertir esta situación. La educación y comunicación en salud son muy importantes, ya que son los individuos y las familias, habitualmente las madres, los que toman la mayor parte de las decisiones que afectan a su salud. Hay precedentes que demuestran la influencia positiva de tales intervenciones, como por ejemplo un estudio realizado en niños de entre 3 y 6 años y sus progenitores, que mostró un aumento de los conocimientos de estos últimos así como el incremento de la frecuencia del consumo de frutas y verduras (8,9). Conviene, pues, dotar a la comunidad de conocimientos y formación necesarios para poder elegir de manera coherente los hábitos de vida más adecuados a la situación particular de cada uno (10).

El objetivo del presente estudio ha sido evaluar un Programa de Educación Nutricional (PEN) diseñado por las autoras y dirigido a los alumnos/as y sus familiares del CEIP de Canet lo Roig para poder educar y empoderar a las familias en diferentes aspectos de la alimentación (cantidades diarias recomendadas, medida de las raciones, confección de menús equilibrados

y lectura del etiquetado nutricional) y promover la alimentación saludable y la realización de actividad física entre los niños/as participantes.

Método

Diseño de intervención: es un estudio cuasi experimental antes después en el que se aplicó un programa de intervención educativa.

Población y muestra: la población diana está constituida por los/as alumnos/as y sus familiares del CEIP de Canet lo Roig, siendo una población de 706 habitantes del Baix Maestrat, en la provincia de Castelló (11). Para la selección de la muestra se convocó a todos los padres y madres del colegio a una reunión informativa. La muestra era de 34 niños y 23 familias.

Variables e instrumentos: los instrumentos de medición para evaluar la intervención fueron los cuestionarios de recogida de datos. La variable independiente fue la intervención educativa, el antes y después de la realización del PEN. Las variables dependientes consideradas son el índice de masa corporal y las medibles mediante las respuestas a los cuestionarios: índice Kreceplus, la frecuencia de consumo de alimentos, los hábitos y estilos de vida y los conocimientos de los progenitores y de los niños/as.

Procedimientos: el PEN constó de cuatro grandes actividades. La primera actividad (septiembre de 2017) consistió en la recogida de datos y el análisis de las necesidades, utilizando diversos cuestionarios (Tablas 1 y 2). Los participantes, padres y madres de la escuela, rellenaron estos cuestionarios, tantos como hijos/as tenían escolarizados. Los cuestionarios fueron auto-administrados, pero se mantuvo contacto permanente con la responsable del programa vía telefónica o Whatsapp por si surgían dudas.

La segunda actividad fue la realización de cuatro talleres de educación nutricional dirigidos a las madres y padres de una duración de dos horas cada uno. Se llevaron a cabo durante el mes de noviembre a razón de un taller por semana.

La tercera actividad fue una Jornada de alimentación y estilos de vida e iba dirigida a los niños/as, se celebró el 9 de abril de 2018. Con esta finalidad se diseñó y elaboró un juego con diferentes pruebas relacionadas con conceptos nutricionales y con hábitos de vida. Se pretendía que, jugando, interiorizaran los conceptos que iban saliendo a lo largo del juego.

Tabla 1. Cuestionarios			
Cuestionario	Descripción	Referencia	
Datos sociodemográficos del padre o la madre	Datos relativos al familiar que participa (edad, sexo, nivel de estudios)	Ad hoc	
Datos del alumno/a	Datos relativos al alumno/a (edad, sexo, intolerancias y alergias) Antropometría del alumno/a	Ad hoc	
Encuesta de estilos de vida	15 preguntas con multirespuesta sobre estilos de vida de los alumnos que respondieron las madres	Ad hoc	
Cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos	Cuestionario donde se indica la frecuencia en la que los niños/as consumen los alimentos que aparecen en la lista	Servicio andaluz de Salud ¹⁰	
Test de calidad nutricional para niños/as hasta 14 años	Test que permite evaluar la calidad nutricional de la dieta y su adherencia a la Dieta Mediterránea de los niños/as	Test Kreceplus ¹¹	
Test de conocimientos previos	24 preguntas tipo test sobre alimentación y nutrición para evaluar los conocimientos de las madres	Ad hoc	
Cuestionario de evaluación de cada actividad	Cuestionario para evaluar cada una de las actividades del PEN	Ad hoc	

Tabla 2. Prevalencia de sobrepeso y obesidad						
	Encuesta de Salud Nacional 2012 España	Estudio ALADINO 2015 España	Estudio de Castellón 2015	Estudio de Sevilla 2010	Estudio propio 2017 inicio	Estudio propio 2018 post
	Niños/as 2-17 años	Niños/as 6-9 años	Niños/as 11 años	Niños/as 6-12 años	Niños/as 3-11 años	Niños/as 3-11 años
Sobrepeso		20,20	29,52	14,20	8,00	13,00
Obesidad		6,30	13,00	15,20	13,00	8,00
Sobrepeso + obesidad	27,80	26,50	42,52	29,40	21,00	21,00
IMC (media)		17,7			19,864	19,174

En la cuarta y última actividad, en junio de 2018 (seis meses después de la segunda actividad), los progenitores volvieron a responder todos los cuestionarios de la actividad 1.

Análisis de datos: los datos obtenidos fueron analizados con el programa estadístico R y con el software Microsoft Excel. Para la comparación de los resultados en variables cuantitativas antes y después de la intervención cuando la variable seguía una distribución normal, como es el caso de los conocimientos (medidos en número de aciertos), se utilizó la prueba de t Student para muestras relacionadas. En caso contrario, cuando no se correspondía con una distribución normal (IMC), se realizó la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon para muestras pareadas. Con respecto a las variables categóricas ordinales (calidad nutricional), también se llevó a cabo esta prueba, es decir, la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon para muestras pareadas. Se consideraron estadísticamente significativos valores de p inferiores a 0,05.

Aspectos éticos: las personas participantes no fueron expuestas a cualquier riesgo físico, psicológico, profesional u otros. Todos los procedimientos llevados a cabo dentro de este estudio se encontraban dentro de los niveles éticos del Comité de Ética de Investigación del Instituto Nacional de Salud Pública y según los principios de la Declaración de Helsinki de 1964 y sus enmiendas posteriores o estándares éticos comparables. Se obtuvo el consentimiento informado escrito de todas las madres participantes en el estudio.

Resultados

Participaron en el PEN 16 familias (70% de la muestra inicial) de las cuales tan solo 11 asistieron a todos o casi todos los talleres (siete a todos y cuatro a tres talleres). Es destacable que en todos los casos fueron las madres las que asistieron a los talleres y respondieron los cuestionarios. En la Jornada de alimentación y estilos de vida participaron el 71% de los alumnos (nueve niños; 15 niñas).

Según las curvas de Orbegozo (14), después de la realización del PEN, el 79% de los alumnos/as continuó dentro de su peso normal. Por otro lado, el 13% tenía sobrepeso, un 5% más que al inicio del programa, pero en detrimento de la obesidad que se situó en el 8%. El IMC de los alumnos/as con exceso de peso se redujo en un 3,5%. La reducción del IMC fue significativa (p< 0,05).

Después del programa, los hábitos alimentarios de los alumnos/as se modificaron. El desayuno continuaba siendo una comida habitual entre los alumnos/as y el 87% desayunaba todos los días. Se redujo el consumo de chucherías y al final del programa no había ningún niño/a que las consumiera a diario, mientras que al inicio era un 8%.

La frecuencia de consumo de alimentos se vio modificada positivamente en algunos aspectos destacables. El cambio más significativo se produjo en el consumo de frutos secos y de cereales integrales. Los frutos secos pasaron de ser de consumo mensual para el 63% de los participantes a consumo semanal para la mitad de ellos. El consumo de cereales integrales aumentó, y después del PEN cuatro de cada 10 los incluían en su dieta (pan, galletas y cereales de desayuno). Después del programa solo el 33% de los niños nunca tomaba pan integral frente al 75% del inicio del programa.

Incrementó el consumo de dos raciones de legumbres a la semana, pasando de 11 a 17 niños/as. Y el de leche entera del 21% inicial al 38%. El consumo semanal de helados disminuyó del 58% al 36%.

El consumo de carne de pollo sin piel aumentó alcanzando el 67% de la muestra. El consumo de hamburguesas y albóndigas disminuyó; así el 63% de los niños/as las consumía una vez/semana y el 25% de dos a cuatro veces/semana (inicialmente el 88% las consumía una vez/semana).

En general aumentó el consumo de pescado magro y graso. Al final del PEN los niños/as que no los comían pescado nunca o casi nunca era el 13% y 4% respectivamente frente al 17% y 20% iniciales. El consumo de pescado blanco llegó a las raciones recomendadas para cinco de cada 10 niños frente a uno de cada 10 del inicio y el consumo de dos raciones/semana de pescado graso al final del programa se vio aumentado en un 17%, llegando al 21% de la muestra.

El consumo de cacao en polvo diario se redujo del 58% al 37%. El consumo de sal en tres de cada 10 niños/as. También se redujo el consumo de *snacks* diferentes a patatas fritas (el consumo de dos a cuatro veces/semana se redujo en un 20%) y de bebidas carbonadas cuyo consumo disminuyó de una vez/semana a una a tres/mes.

Los resultados del test de calidad nutricional y adherencia a la dieta mediterránea (test Kreceplus) mostraron una mejora después de la implementación del PEN (Tabla 3), aunque no resultó ser significativa (p> 0,05). Tras el programa los alumnos/as que obtuvieron una calidad nutricional baja eran tres de los seis iniciales.

Durante los ágapes los alumnos/as que no miraban la televisión aumentaron respecto al inicio del programa (29% antes y 50% después), aunque las horas que los alumnos/as dedicaban a la pantalla diariamente se mantuvo igual que al inicio del programa (50% < una hora/día; 46% entre una a tres horas/día; 4% > tres horas/día).

Preguntas test Kreceplus	Puntuación	Inicio	Final	Variación
¿Su hijo/a no desayuna?	-1	3	3	0
¿Su hijo/a desayuna un lácteo (leche, yogurt, etc.)?	1	23	23	=
¿Su hijo/a desayuna un cereal o derivado?	1	9	16	+7
¿Su hijo/a desayuna bollería industrial?	-1	1	0	-1
¿Su hijo/a toma una fruta o zumo natural todos los días?	1	20	20	=
¿Su hijo/a toma una segunda fruta todos los días?	1	11	10	-1
¿Su hijo/a toma un segundo lácteo a lo largo del día?	1	22	20	-2
¿Su hijo/a toma verduras frescas o cocinadas una vez al día?	1	11	15	+3
¿Su hijo/a toma verduras frescas o cocinadas más de una vez al día?	1	4	3	-1
¿Su hijo/a toma pescado regularmente (al menos dos o tres veces a la semana)?	1	19	19	=
¿Su hijo/a acude una vez o más a la semana a un centro de fast-food?	-1	0	0	=
¿Su hijo/a toma bebidas carbonatadas una o más veces a la semana?	-1	0	0	=
¿Su hijo/a consume legumbres más de un día a la semana?	1	11	17	+6
¿Su hijo/a toma chucherías y dulces más de una vez al día?	-1	2	1	+1
¿Su hijo/a toma arroz o pasta casi a diario (cinco o más veces a la semana)?	1	9	11	+2
¿Utiliza aceite de oliva en su casa?	1	24	24	=
Puntuación test Kreceplus	Adherencia	Inicio	Final	Variaciór
< 5	Baja	6	3	-3
6-8	Mejorable	15	17	+2
> 9	Óptima	3	4	+1

Después del programa, los niños/as realizaban más actividad física. Así aumentó en un 13% los que hacían más de tres horas/semana, alcanzando el 33%. Se redujo considerablemente el porcentaje de los que tan solo hacían educación física en la escuela, pasando del 42% inicial al 25%.

Por último, después del programa ninguna madre indicó que nunca leyera las etiquetas de los alimentos. La mayoría lo hacía a veces (75%) y una cuarta parte siempre. Además, seis de cada 10 entendían algunos de los contenidos de las etiquetas y cuatro de cada 10 lo entendían todo.

Las madres participantes adquirieron nuevos conocimientos (Tabla 4), suponiendo un aumento significativo del número de aciertos (p< 0,05). Por ejemplo, después de los talleres seis madres más que al inicio sabían que los productos congelados tienen las mismas propiedades nutricionales que los frescos y todas ellas aprendieron qué significa la expresión "sin azúcares añadidos". Aun así hubo conceptos que no terminaron de interiorizar como la proporción de macronutrientes en una dieta equilibrada o que las calorías que aporta un cereal integral o un cereal refinado son parecidas.

Tabla 4. Acierto de las respuestas de las madres antes y después del PEN		
	Respuesta	s correctas
	Antes	Después
1 ¿Cuántas comidas se recomiendan realizar a lo largo del día?	17	17
2 Un desayuno saludable está compuesto por	17	16
3 ¿A cuántas raciones de lácteos equivale un yogur?	5	7
4 ¿Cuántos días a la semana se recomienda comer pescado azul?	10	13
5 ¿Cuántos días a la semana es aconsejable comer legumbres?	11	12
6 ¿Cuántas raciones de frutas y verduras se recomiendan al día?	5	8
7 Para comer hay macarrones con tomate y carne y una pieza de fruta. ¿Qué le falta al menú para ser completo?	11	15
8 Para comer hay una ensalada, lentejas con arroz y verduras y una fruta. ¿Qué le falta al menú para estar completo?	12	14
9 ¿Qué significa la expresión "sin azúcares añadidos"?	15	17
10 ¿De los siguientes aceites cuál crees que aporta más grasas saturadas?	9	9
11 ¿Qué son las grasas mono y poli insaturadas?	8	11
12 ¿De los siguientes alimentos cuáles son ricos en proteínas?	11	14
13 ¿Cuál es la proporción recomendada de macronutrientes para que una dieta sea equilibrada?	1	3
14 ¿Cuál de los siguientes alimentos es rico en colesterol?	12	12
15 ¿De los siguientes alimentos cuál es rico en grasas saturadas?	14	14
16 ¿Cuántas calorías aporta 1 g de grasa?	11	12
17 ¿Cuántas veces a la semana se recomienda el consumo de patatas?	12	16
18 ¿Cuál es la mejor grasa para cocinas y aliñar?	16	17
19 ¿Cuál es la cantidad diaria recomendada de agua?	17	17
20 ¿Qué porcentaje de calorías gana un alimento cuando se fríe?	7	7
21 ¿Los cereales integrales (pan, pasta, arroz) aportan menos calorías que los refinados?	5	6
22 ¿Comer huevos cada día es perjudicial para la salud?	9	17
23 ¿Los productos frescos son mejores que los congelados?	3	9
24 ¿El zumo de fruta se tiene que consumir recién exprimido?	14	11

A través de la participación en la jornada de alimentación dirigida a los niños/as, 23 de los 24 menores aprendieron que se deben tomar cinco raciones de fruta y verdura al día. De los alumnos/as mayores de 6 años, 10 de ellos sabían que la obesidad tiene como factores de riego comer mal y el sedentarismo frente a dos antes de la jornada. La Tabla 5 muestra las respuestas correctas dadas por los niños/as antes y después de participar en la jornada de alimentación. Se observó una diferencia significativa (p< 0,05) en el número de aciertos del cuestionario para evaluar los conocimientos, tanto en los niños mayores de 6 años como en los menores.

Por último, la Tabla 6 expone los factores modificables detectados al inicio del programa, la situación que se pretendía alcanzar con la aplicación del PEN y la modificación conseguida, si la hubo al final del mismo.

Tabla 5. Acierto de las respuestas de los niños/as antes y después del PEN		
	Respuesta	s correctas
	Antes	Después
Cuestionario mayores 6 años (número de niños/as > 6 años: 14)		
¿Cuántas frutas y verduras se deben comer al día?	8	13
¿Qué has de comer para desayunar correctamente?	7	11
¿Cómo debemos desayunar?	14	14
¿Comer mal y no realizar actividad física frecuentemente favorece una enfermedad, cuál es?	2	10
¿La pirámide alimentaria es un gráfico que nos dice en qué frecuencia tenemos que comer los alimentos, qué alimentos hay en la base de la pirámide y, por tanto, se deben comer todos los días?	14	12
¿A qué zona de la pirámide se sitúan los dulces?	10	11
¿Cuántas horas hemos de dormir para descansar correctamente?	14	13
¿Qué son los cereales integrales?	12	9
¿Qué alimento tiene las proteínas de mejor calidad?	4	12
Los vegetarianos que no comen ni carne, ni pescado, ni huevos ni productos lácteos, ¿cómo hacen para tomar proteínas de gran calidad?	9	11
¿Cuál es la mejor grasa para cocinar y aliñar?	11	14
Cuestionario menor 5 años (número de niños/as < 5 años: 10)		
¿Qué alimento tiene las proteínas de mejores calidad?	3	5
¿Cuántas horas hemos de dormir para descansar correctamente?	10	10
¿Cuántas frutas y verduras se deben comer al día?	6	10
¿Cómo hemos de desayunar?	10	10
¿Que debes comer para desayunar correctamente?	2	3

Tabla 6. Factores modificables				
Situación inicial	Situación deseada	Situación final		
Consumo inexistente de cereales integrales	Introducción del consumo de cereales integrales	Cuatro de cada 10 alumnos/as consumen cereales integrales al menos una vez a la semana		
Consumo de golosinas y <i>snacks</i> de dos a cuatro días por semana	Reducción del consumo de golosinas y snacks en un día o menos a la semana	No se ha invertido la situación generalmente, pero ahora ningún niño consume golosinas a diario		

Tabla 6. Factores modificables (continuación)				
Situación inicial	Situación deseada	Situación final		
Ver la televisión durante las comidas	Conversar en la familia durante las comidas, evitando las distracciones como la televisión	La mitad de los niños/as no ven la televisión durante las comidas		
La práctica de actividad física es menor a tres horas a la semana	La práctica de actividad física aumenta hasta tres horas a la semana	Un 75% de los alumnos/as hace al menos tres horas de actividad física a la semana		
Las cinco raciones de frutas y verduras diarias no se cumplen	Se toman cinco raciones de fruta y verdura al día	Situación igual a la inicial		
La mitad de los niños invierten entre una y tres horas en el uso de pantalla	Los niños/as invierten una hora o menos al día en el uso de pantalla	Situación igual a la inicial		
El desayuno de los niños/as no es completo	El desayuno de los niños/as incluye un lácteo, un cereal y una fruta	Situación igual a la inicial		
El consumo de pescado es semanal	El consumo de pescado es de dos a cuatro días a la semana	El consumo de pescado de cinco de cada 10 niños ha aumentado hasta dos a cuatro días a la semana		
Las raciones de lácteos no llegan a las recomendaciones establecidas	El consumo de lácteos es de dos raciones al día	Situación igual a la inicial		
Elevado consumo de embutidos	Consumo de embutidos semanal	Situación igual a la inicial		
Consumo de carne procesada entre dos y cuatro días a la semana	Consumo de carne procesada menos de un día a la semana	El consumo de carne procesada de seis de cada 10 niños es semanal		
Los frutos secos se consumen de manera esporádica	Los frutos secos se consumen más de tres días a la semana	El consumo de frutos secos ha aumentado, pero sin llegar a las tres raciones semanales		
La mitad de los alumnos/as toman chocolate al menos una vez a la semana	Los alumnos/as toman chocolate menos de una vez a la semana	Situación igual a la inicial		
Una tercera parte de los niños no consumen el agua necesaria para una correcta hidratación	Todos los niños/as beben entre 1,5 y 2 litros de agua al día	Situación igual a la inicial		
Algunas madres leen las etiquetas nutricionales	Las madres leen las etiquetas nutricionales y entienden su contenido	Todas las madres leen siempre o algunas veces las etiquetas nutricionales y todas entienden su contenido		
Las madres, en general, tienen conocimiento sobre cuestiones relacionadas con la alimentación y la nutrición	Las madres aumentan sus conocimientos respecto a cuestiones relacionadas con la alimentación y la nutrición	Los conocimientos de las madres sobre alimentación y nutrición han aumentado		

Discusión y conclusiones

Este PEN cumplió la misión para la que se diseñó y planificó, que era empoderar a las madres de los niños/as del CEIP de Canet lo Roig (Castellón) para mejorar su alimentación y sus estilos de vida.

Al inicio del programa había una prevalencia de sobrepeso y de obesidad del 8% y el 13% respectivamente, estas cifras se invirtieron y al final del programa el 13% de los alumnos/as tenía sobrepeso y el 8% obesidad. Esta reducción del IMC resultó ser significativa (p< 0,05). Incrementando estas cifras de prevalencia de obesidad se encuentra un estudio realizado

en Castellón (15) que situaba las cifras de obesidad en el 13% y la prevalencia de sobrepeso en el 29%. El estudio ALADINO (2) del mismo año, con datos de todo el país, cifró la prevalencia de sobrepeso y de obesidad en un 20,2% y un 6,3% respectivamente. Ambos estudios difieren del presente trabajo por los grupos de edad considerados, mientras que el Ayuntamiento de Sevilla llevó a cabo en 2010 un estudio antropométrico (13) a niños/as de entre 6 y 12 años, un grupo etario más similar al del presente trabajo, dio prevalencias del 14,2% en sobrepeso y el 15,2% en obesidad. Considerando conjuntamente sobrepeso y obesidad, se observan prevalencias del 29,4% en Sevilla, del 26,5% en el estudio ALADINO y del 42,52% en Castellón, frente al 21% en la muestra presente. Se partía, pues, de una muestra de población con menos prevalencia de sobrepeso y obesidad que en los estudios de referencia y, aunque el PEN no modificó el dato global de sobrepeso y obesidad (21%), sí que redujo la prevalencia de esta.

Las cifras de desayuno de este estudio coincidieron con los del estudio de Sevilla (13), donde el 86,3% de los escolares desayunaba, mientras que el estudio ALADINO (2) muestra un porcentaje más elevado de niños que desayunan todos los días (93%). La intervención educativa no consiguió mejorar la situación de partida. En cambio, sí que se modificaron algunos hábitos alimentarios y estilos de vida como por ejemplo el aumento del consumo de leche entera debido, quizás, a que en los talleres se comentó que la grasa de la leche entera es necesaria para la absorción del calcio y la vitamina D; y ver menos la televisión durante las comidas (29% antes y un 50% después), datos que están muy por debajo de los mostrados por el estudio antropométrico de Sevilla (13), donde un 82% de los escolares mira la televisión durante las comidas; también aumentó el ejercicio físico aunque, a pesar del progreso conseguido, los resultados en esta muestra estaban por debajo de los del estudio ALADINO, con tan solo un 33% que hacía más de tres horas/semana de ejercicio frente al 52,8% del estudio de referencia. La tasa de pantalla no se modificó como resultado de la intervención educativa, aunque de entrada los escolares de Canet lo Roig (Castellón) ya presentaban datos más deseables, con el 50% de menos de una hora/día, frente al 37% del estudio ALADINO (2).

El PEN mejoró la calidad de la dieta y aumentó la adherencia del patrón alimentario a la dieta mediterránea de estos niños, situándose por encima de los porcentajes de referencia (13), aunque esta diferencia resultó no ser significativa. Así, después del programa un 17% de los niños/as tenía una dieta con una calidad nutricional óptima, un 71% una calidad nutricional media y un 12% una calidad baja frente al 14%, 63% y 25% del inicio del programa respectivamente. Si se comparan estos resultados con el estudio de la ciudad de Sevilla (13) (nivel óptimo: 9,1%; nivel medio: 43,5%; nivel bajo: 47,5) se puede ver que los presentes resultados mostraban una mayor adherencia a la dieta Mediterránea y una mayor calidad nutricional de la dieta de los niños/as, aunque no se puede asegurar que sea consecuencia de la intervención educativa dado que no mostró significación. Otro estudio realizado en la isla de Tenerife (16) también muestra resultados similares a los de la ciudad de Sevilla.

Las madres y sus hijos e hijas adquirieron conocimientos nuevos de forma significativa, tal y como habían mostrado, tras intervenciones similares, otros estudios previos (8). Todas ellas entendían el contenido de las etiquetas nutricionales al finalizar el programa. Estos conocimientos nuevos las empoderaron para poder fomentar, promover y elegir una alimentación adecuada, saludable y equilibrada según la oferta del mercado para ellas y para sus familias. Otros estudios relacionan el aumento de conocimientos con una mejora en los hábitos de vida, pero dependerá de las habilidades y aptitudes de las participantes para cambiar y mantener esos hábitos (9,17).

Como fortaleza del PEN es destacable que hayan participado las familias, agentes fundamentales para conseguir los cambios deseables. La limitación más remarcable del estudio es el hecho que la muestra considerada es reducida, explicable por tratarse de una población de 706 habitantes, aunque incluye al 70% de los alumnos del centro escolar del municipio.

Como conclusión se puede afirmar que la implementación de este PEN aumentó los conocimientos sobre alimentación y estilos de vida saludables de las madres de los alumnos/as. Tanto el cuestionario utilizado para conocer la frecuencia de consumo de alimentos de los niños/as, como el test diseñado por el responsable del PEN para identificar los conocimientos de las madres participantes, aportaron información de base imprescindible para adaptar actividades, contenidos y vocabulario del programa. La aplicación de este PEN consiguió mejorar la puntuación del test Kreceplus, lo que indica que tras el programa la calidad nutricional de la dieta de los niños/as era mejor que al inicio del mismo y se acercaba más a la dieta mediterránea, aunque no supuso una diferencia significativa.

Además, después del programa el IMC de los alumnos/as que tenían exceso de peso se redujo significativamente en un 3,5%. Por lo tanto, este PEN incidió de manera positiva sobre el IMC y sobre la adquisición de hábitos alimentarios y de vida saludables. A la luz de estos resultados se puede afirmar que es muy importante y necesario realizar programas de esta categoría con el fin de empoderar a las familias de los niños/as y así poder inculcarles pautas correctas de alimentación y de hábitos de vida saludable para poder hacer frente y prevenir enfermedades infantiles, como la obesidad infantil, y enfermedades de la vida adulta, como la diabetes o enfermedades cardiovasculares.

Bibliografía

- [1] Rivero Urgell M, Moreno Aznar LA, Dalmau Serra J, Moreno Villares M, Aliaga Pérez A, García Perea A, et al. El Libro Blanco de la nutrición infantil en España [internet]. Zaragoza: Prensas de la Universidad de Zaragoza; 2015 [citado 16 nov 2019]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/libro blanco de la nutrición infantil.pdf
- [2] Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN). Estudio ALADINO 2015. Estudio de vigilancia del crecimiento, alimentación, actividad física, desarrollo infantil y obesidad en España [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016 [citado 16 nov 2019]. Disponible en: http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/observatorio/Estudio_ALADINO_2015.pdf
- [3] Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN). La alimentación de tus niños/as. Nutrición saludable de la infancia a la adolescencia [internet). Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010 [citado 16 nov 2019]. Disponible en: http://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=3128
- [4] Organización Mundial de la Salud (OMS). Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva N° 311 [internet]. Ginebra: WHO; 2016 [citado 16 nov 2019]. Disponible en: http://www.who.int/medíacentre/factsheets/fs311/es/
- [5] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España (2011-2012). Nota técnica. Principales resultados. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013.
- [6] Edo Martínez A, Montaner Gomis A, Bosch Moraga MR, Casademont Ferrer MT, Fábrega Bautista A, Fernández Bueno A, et al. Estilos de vida, hábitos dietéticos y prevalencia del sobrepeso y la obesidad en una población infantil. Rev Ped. AP 2010; 12(45):53-65. Doi: 10.4321/S1139-76322010000100006
- [7] Serra Majem I, Ribas Barba, L, Aranceta Bartrina, J, Pérez Rodrigo C, Saavedra Santana P, Peña Quintana, L. Obesidad infantil y juvenil en España. Resultados del estudio ENKID (1998-2000). Med Clin (Barc) 2003; 121(19):725-32. Doi: 10.1016/S0025-7753(03)74077-9
- [8] Rodrigo-Cano S, Soriano JM, Aldas-Manzano J. Valoración de la efectividad de la educación alimentaria en niños preescolares, padres y educadores. Rev Esp Nutr Hum Diet 2016; 20(1):32-9. Doi: 10.14306/renhyd.20.1.182
- [9] El-Sayed H, Martines J, Rakha M, Zekry O, Abdel-Hak M, Abbas H. The effectiveness of the WHO training course on complementary feeding counseling in a primary care setting, Ismailia, Egypt. J Egypt Public Health Assoc. 2014; 89(1):1-8. Doi: 10.1097/01.EPX.0000443990.46047.a6.
- [10] Organización Mundial de la Salud (OMS). Educación para la salud. Manual sobre educación sanitaria en atención primaria de salud. Ginebra: OMS; 1989. p. 277.
- [11] Instituto Nacional de Estadística. Cifras oficiales de población resultantes de la revisión del Padrón municipal a 1 de enero. Castellón/Castelló: Población por municipios y sexo [internet]. Madrid: INE; 2018 [citado 16 nov 2019]. Disponible en: www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=2865
- [12] Servicio Andaluz de Salud. Estudio DRECA-2. Evolución del riesgo cardiovascular en la población andaluza en los últimos 16 años (1992-2007) [internet]. Junta de Andalucía [citado 16 nov 2019]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/gestioncalidad/DRECA2/E9.pdf
- [13] García Martín A, Muñoz Rebollo R, Conjeo Gaspar G, Rueda de Castro A, Sánchez Perea J, Garrucho Rivero G. Estudio antropométrico y de hábitos de alimentación y actividad física en escolares de 6 a 12 años de la ciudad de Sevilla: Informe 2010 [internet]. Sevilla: Ayuntamiento de Sevilla: Delegación de Salud y Consumo; 2010 [citado 16 nov 2019]. Disponible en: http://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/descargar.aspx?id=3140&ttipo=documento
- [14] Sobradillo B, Aguirre A, Aresti U, Bilbaoi A, Fernández-Ramos C, Lizárraga A, et al. Curvas y tablas de crecimiento (estudios longitudinales y transversales) [internet]. Bilbao: Fundación Faustino Orbegozo Eizaguirre; 2004 [citado 16 nov 2019]. Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/f_orbegozo_04.pdf
- [15] Palomares Gimeno MJ, Sanantonio Valdearcos F, Romany Pastor C. Dieta mediterránea y estilos de vida. Relación con la obesidad en los pre-adolescentes. Acta Pediatr Esp. [internet] 2015 [citado 16 nov 2019]; 73(4):82-6. Disponible en: http://www.actapediatrica.com/index.php/secciones/originales/download/1461_c4d965636f160b28a33f8c909c4682f2
- [16] Calvo Pacheco MA. Estudio antropométrico y educación nutricional en escolares de la Isla de Tenerife [internet]. Tenerife: Universidad de la Laguna; 2010 [citado 16 nov 2019]. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=26218
- [17] Patton-López M, Manore M, Branscum A, Meng Y, Sun Wong S. Changes in Sport Nutrition Knowledge, Attitudes/Beliefs and Behaviors Following a Two-Year Sport Nutrition Education and Life-Skills Intervention among High School Soccer Players. Nutrients 2018; 10:1636. Doi: 10.3390/nu10111636

Originales

Percepción de la violencia de género como problema de salud por parte del personal sanitario del servicio de urgencias

- ¹ Almudena Vecina Oliver
- ² Tamara Miravalls Pérez
- ² Celia Poveda Rocamora

- ¹ Enfermera. Servicio Unidad Coronaria. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.
- Dirección de contacto: almudenavecina@hotmail.com
- ² Enfermera Especialista Familiar y Comunitaria.

Cómo citar este artículo:

Vecina Oliver A, Miravalls Pérez T, Poveda Rocamora C. Percepción de la violencia de género como problema de salud por parte del personal sanitario del servicio de urgencias. RIdEC 2019; 12(2):28-36.

Resumen

Objetivo: la violencia de género representa en la sociedad actual un problema de salud pública de gran magnitud y de elevada repercusión. Se plantea este estudio con el objetivo de conocer la percepción de los profesionales sanitarios del Servicio de Urgencias del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia sobre la violencia de género como problema de salud.

Método: estudio descriptivo transversal de prevalencia mediante cuestionario *ad hoc* sobre violencia de género y su relación con la salud, que incluye variables sociodemográficas y sobre nivel de conocimientos, actitudes-opiniones y soluciones, barreras existentes y posibilidades de mejora. Se realizó un análisis descriptivo de las variables de segmentación y de los ítems a partir de las frecuencias relativas y se trabajó con el contraste Chi cuadrado de Pearson.

Resultados: la tasa de respuesta fue del 58,99%. Predominaba el sexo femenino, la franja de edad entre 36 y 50 años y el personal de enfermería. El 67,1% declaró no conocer ningún caso de violencia en su entorno. El 100% indicó que la mayoría de las pacientes que sufren violencia pasan desapercibidas. El 48,8% consideró que era necesario continuar mejorando los sistemas de detección y la coordinación entre los distintos estamentos y profesionales implicados. En las preguntas cualitativas se obtuvieron respuestas diversas o ausencia de respuesta.

Conclusiones: los resultados señalan la necesidad de seguir trabajando en el abordaje de la violencia de género como problema interdisciplinar. La concienciación, la sensibilización y la formación son pilares básicos para la prevención, la detección precoz, la asistencia y el seguimiento de las víctimas.

Palabras clave: violencia de género; salud pública; cuerpo médico; personal de enfermería; servicios médicos de urgencias.

Abstract

Perception of gender-based violence as a health problem by emergency department health staff

Purpose: gender-based violence is a major public health problem in today's society and has a high impact. The aim of this study is to ascertain the perception of gender-based violence as a health problem by the health professionals in the Emergency Room of the Consortium of the General University Hospital of Valencia.

Method: a cross-sectional descriptive study on the prevalence using an ad hoc questionnaire on gender violence and its relationship with health, which includes data on socio-demographic variables and on the level of knowledge, attitudes-opinions, and solutions, existing barriers and opportunities for improvement. A descriptive analysis of segmentation variables and items was carried out based on relative frequencies and Pearson's Chi-square test for comparisons.

Results: the response rate was 58.99%. Most participants were women, 36-50 year olds and nurses. 67.1% stated that they were not aware of any cases of violence in their environment. 100% stated that the majority of patients suffering violence go unnoticed. 48.8% considered that it was necessary to continue improving detection systems and coordination between the different levels and professionals involved. As for the qualitative questions, answers were diverse or no answer were obtained.

Conclusions: our results show the need to continue working on the approach to gender violence as an interdisciplinary problem. Awareness, sensitization, and training are basic pillars for prevention, early detection, assistance and follow-up of victims.

Key words: gender-based violence; public health; medical staff; nursing staff; emergency medical services.

Introducción

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) define la violencia contra la mujer como todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada (1). Esta entidad ya estableció, en el año 1995, entre sus objetivos estratégicos, la lucha contra la violencia dirigida a las mujeres (2,3).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1998 declaró la violencia doméstica como una prioridad internacional para los servicios de salud. En ese mismo año, en España, se elaboró el primer "Plan de acción contra la violencia doméstica" (2).

Posteriormente se desarrolló la Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral (4), donde se legislaron actuaciones preventivas en diferentes ámbitos y se reforzó el papel de los profesionales sanitarios/as en cuanto al diagnóstico precoz, la asistencia y la rehabilitación de la mujer que sufre maltrato, a través de programas de sensibilización y formación continuada (5,6).

En el año 2012 se presentó un protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género, con el objetivo de establecer una pauta de actuación normalizada y homogénea para el Sistema Nacional de Salud (SNS) (7).

El Pleno del Congreso de los Diputados aprobó por unanimidad, en 2016, una proposición no de Ley por la que se instaba al gobierno a promover la suscripción de un Pacto de Estado en materia de violencia de género (8).

Dada la magnitud y la repercusión de la violencia de género, tanto en el ámbito mundial como nacional, existe una preocupación constante por su abordaje.

La OMS, en el año 2013, estimó que el 35% de las mujeres había sufrido violencia física y/o sexual en algún momento de su vida (9).

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en su última macroencuesta de violencia de género, realizada en 2015, establecía que el 12,5% de las mujeres residentes en España había sufrido violencia física y/o violencia sexual y el 25,4% había sufrido violencia psicológica de control en algún momento de su vida (10).

Según datos del Observatorio contra la Violencia Doméstica y de Género con sede en el Consejo General del Poder Judicial (CGPJ), el número de denuncias registradas en el tercer trimestre de 2018 alcanzó los 43.560 casos, con una media de 484 denuncias diarias (11).

El Departamento de Salud Valencia-Hospital General se encuentra muy sensibilizado. La Comisión de Violencia de Género presenta, entre sus objetivos, que los profesionales sean capaces de identificar posibles casos y conozcan los procedimientos a seguir en las situaciones de sospecha (12). Según datos facilitados, en el año 2017, se atendieron 63 casos en el Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario de Valencia y en el primer semestre de 2018 un total de 34 casos.

En este escenario, los profesionales sanitarios y los servicios de urgencias, como puerta de acceso al sistema sanitario, juegan un papel primordial.

Siendones et al. (13) indican que el grado de sensibilidad y el estado de alerta de los profesionales de la salud condiciona profundamente la capacidad de intervención del sistema sanitario.

Estudios relacionados estiman que solo el 17% de mujeres que se reconocía como víctimas de maltrato era identificada por los profesionales sanitarios (14). Se trata de un fenómeno "normalizado" e "invisibilizado", que llega a los servicios sanitarios en forma de hiperfrecuentación, sintomatología inespecífica, sometiéndose a más intervenciones quirúrgicas, prolongando sus estancias hospitalarias y consumiendo mayor número de fármacos (15,16).

A pesar de que el personal sanitario está sensibilizado, muchos no lo consideran un problema de salud, sino más bien un problema social y judicial (17). Un alto porcentaje admite que las principales barreras a la hora de detectar un caso son la escasa formación, la ausencia de protocolos de actuación, la elevada presión asistencial o la falta de tiempo, la inhabilitación de espacio físico y la ausencia de profesionales de otras disciplinas las 24 horas (18). En cambio, estudios recientes muestran que más del 60% de profesionales sanitarios declara haber llevado a cabo preguntas o indagado sobre violencia del compañero íntimo en la consulta (19).

Calvo et al. (16) indican que los profesionales de enfermería tienen un papel fundamental, siendo una responsabilidad ética y profesional diseñar, implementar y evaluar programas que respondan a sus necesidades específicas. Los centros de salud,

planificación familiar, salud mental y urgencias pueden ser clave para la prevención, detección precoz y atención de la mujer maltratada.

La violencia de género es un importante problema de salud pública. Para aumentar la detección precoz es fundamental la formación de los profesionales (20).

Se plantea este estudio con el objetivo de conocer la percepción de los profesionales sanitarios (enfermeras/os, médicos y residentes en formación de tercer y cuarto año de Medicina de Familia y Comunitaria) del Servicio de Urgencias del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia sobre la violencia de género como problema de salud.

Método

Se realizó un estudio descriptivo transversal de prevalencia mediante cuestionario *ad hoc* diseñado y validado, anónimo y autoadministrado, sobre violencia de género y su relación con la salud para la valoración de los objetivos propuestos. El cuestionario fue elaborado, a través de la revisión de la literatura científica y el consenso entre profesionales, por Siendones et al. (13). Se administró durante los meses de abril, mayo, junio y octubre de 2017 a todo el personal sanitario del Servicio de Urgencias con la categoría profesional de enfermera, médico y residente en formación de tercer y cuarto año de Medicina de Familia y Comunitaria del Hospital General Universitario de Valencia, que atiende al año aproximadamente 130.000 urgencias.

El ámbito de estudio fue el Departamento de Salud Valencia-Hospital General.

La población de estudio fueron los profesionales del Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario de Valencia con la categoría profesional de enfermeras, médicos o residentes en formación de tercer y cuarto año de Medicina de Familia, considerando un margen de error del 5% y niveles de confianza del 95%. La plantilla del Servicio de Urgencias contaba con un total de 103 (74,1%) enfermeras, 24 (17,26%) médicos facultativos adjuntos y 12 (8,63%) residentes de Medicina de Familia en formación de tercer y cuarto año. Estos datos fueron facilitados por el Departamento de Recursos Humanos del Hospital General Universitario de Valencia.

Para el desarrollo del estudio se optó por estas categorías profesionales por su proximidad y contacto directo con el paciente y por su nivel de formación académica.

Dentro de las diferentes especialidades médicas se eligió a los residentes de Medicina de Familia por tratarse de una especialidad que desarrolla su atención en la puerta de entrada a los servicios sanitarios, bien sea en Atención Primaria o en el Servicio de Urgencias y que se encontrarán en tercer o cuarto año por su inminente incorporación al mundo laboral.

Los criterios de inclusión fueron:

- Ser profesional sanitario del Servicio de Urgencias, con la titulación de enfermera, médico o residente de tercer o cuarto año de Medicina de Familia.
- Tener una experiencia en el Servicio de Urgencias de seis meses.
- Dar su consentimiento para participar en el estudio tras ser informados del propósito del mismo.

Los criterios de exclusión fueron:

- No encontrarse en situación laboral activa.
- No tener contacto directo con los pacientes.

La captación de los profesionales se realizó por detección oportunista acudiendo al Servicio de Urgencias en los turnos de mañana, tarde y noche. De forma previa se puso en conocimiento del jefe de Servicio de Urgencias la puesta en marcha de este proyecto para su aprobación.

Para la cumplimentación del cuestionario, antes de su entrega, se informaba de la temática del estudio, se resolvían sus consultas y se les entregaba un documento de consentimiento informado para participar en el estudio.

El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) y por el Comité Científico de la Fundación de Investigación del Hospital General Universitario de Valencia (FIHGUV).

Se analizaron las variables pertenecientes al cuestionario de estudio agrupadas en los siguientes apartados:

- Sociodemográficas: sexo, edad, categoría profesional.
- Nivel de conocimientos: conocimiento de algún caso de violencia de género, conocimiento sobre actividades de detección, ayuda y seguimiento de víctimas en su ámbito laboral y conocimiento de la existencia de protocolo interno de abordaje para la atención sanitaria.
- Actitudes y opiniones: significado de diferentes conceptos relacionados con la temática de estudio, consideración de la violencia de género como problema dentro de la sociedad, situación de las víctimas, fenómeno *iceberg*, porcentaje de casos no diagnosticados, tipos de violencia, relación con la clase social, obligaciones legales ante la sospecha de un caso, repercusiones legales derivadas de la no declaración de un caso evidente, consideración de la importancia que tiene la violencia de género como problema y actitud expectante ante un posible diagnóstico diferencial.
- Soluciones, barreras existentes y posibilidades de mejora: aplicación o no del protocolo de actuación, en qué sector recae
 mayoritariamente la resolución de esta problemática, opinión sobre la infradetección de casos, funciones del personal
 sanitario y las urgencias ante este problema, cómo aumentarían el grado de concienciación de los profesionales sanitarios,
 qué problemas organizativos encuentran en su ámbito laboral que impidan el diagnóstico de casos de violencia de género
 y qué posibilidades de mejora se plantean.

Los datos de los cuestionarios en papel se registraron en una hoja de cálculo en Excel de Microsoft Office.

Para el análisis de los datos se realizó un análisis descriptivo de las variables de segmentación y de los ítems a partir de las frecuencias relativas (porcentajes). Se trabajó con el contraste Chi cuadrado de Pearson para el análisis de la posible asociación de los ítems con las variables de segmentación de la muestra, con un nivel de significación de 0,05.

Resultados

La tasa de respuesta, calculada sobre el total de profesionales incluidos en el estudio, fue del 58,99% (n= 82). En la cumplimentación del cuestionario predominaba el sexo femenino (76,8%), la franja de edad entre 36 y 50 años (50%) y el personal de enfermería (82,9%). La distribución de la muestra en función de las variables sexo, edad y categoría profesional puede verse en la Tabla 1.

La Tabla 2 muestra las respuestas obtenidas en el cuestionario según la variable sexo. Para cada pregunta se presenta la categoría con mayor número de respuestas, quedando reflejada entre paréntesis. Los resultados de las preguntas 21, 22, 23 y 24 no se indican por tratarse de preguntas cualitativas.

En las preguntas del cuestionario sobre nivel de conocimientos, el 67,1% declaró no conocer ningún caso de violencia en su entorno. Durante su jornada laboral, el 31,7% declaró no haber visto ningún caso en los últimos tres meses, mientras el 19,5% declaró haber visto dos casos. El 64,6% conocía que en el hospital se estaban realizando actividades sobre detección, ayuda y seguimiento de las víctimas. El 58,5% sabía el protocolo interno de atención.

Con respecto a las cuestiones relacionadas con actitudes y opiniones de los profesionales sanitarios, el 62,2% creía que existían diferencias entre los conceptos relacionados con violencia. El 52,4% consideraba bastante frecuente la violencia doméstica como problema en la

Tabla 1. Variables sociodemográficas			
Variable	n (%)		
Sexo			
Mujer	63 (76,8%)		
Hombre	19 (23,2%)		
Total	82 (100%)		
Categoría profesional			
Enfermero/a	68 (82,9%)		
Médico	10 (12,2%)		
Residente Medicina	4 (4,9%)		
Total	82 (100%)		
Edad (años)			
20-35	25 (30,5%)		
36-50	41 (50%)		
51-65	16 (19,5%)		
Total	82 (100%)		

sociedad actual. El 100% de los cuestionarios analizados indicó que la mayoría de los pacientes que sufren violencia pasan desapercibidas. El 47,6% pensaba que entre el 50-70% de los casos no era diagnosticado con los medios actuales. La mayoría de los encuestados (81,7%) consideró que era muy importante el problema abordado en el cuestionario. El 62,1% aplicaba siempre o normalmente el protocolo de actuación, mientras el 37,8% no lo hacía normalmente o nunca.

Variable	Mujeres (n= 63)	Homres (n= 19)	р
Conoces algún caso de violencia doméstica en tu entorno (sí)	30,2%	42,1%	NS
Cuántos casos habrás visto en los últimos tres meses durante tu jornada laboral (≤ 3 casos)	81%	73,7%	NS
Sabías que en tu hospital se están realizando actividades sobre detección, ayuda y seguimiento de pacientes víctimas de abusos y violencia doméstica (sí)	65,1%	63,2%	NS
Conoces el protocolo interno para la atención de estos pacientes (sí)	63,5%	42,1%	NS
Crees que el significado de "violencia doméstica", "malos tratos" o "violencia de género" es el mismo (similares)	41,3%	26,3%	NS
Piensas que la violencia doméstica en nuestra sociedad es un problema (bastante o muy frecuente)	87,3%	73,7%	NS
Crees que la mayoría de las/los pacientes que la sufren (comunican su situación)	0%	0%	NS
Sabes lo que es el fenómeno <i>iceberg</i> en la violencia doméstica (sí)	44,4%	52,6%	NS
Conoces cuál podría ser el porcentaje de casos que NO son diagnosticados (≥ 50%)	57,1%	57,4%	NS
Cuál es el tipo más habitual de violencia (violencia psicológica)	57,1%	47,4%	NS
Se asocia más la violencia doméstica a clases sociales (clases sociales bajas)	47,6%	47,4%	NS
Qué factor crees que influye más en que existan malos tratos en nuestro medio (nivel sociocultural bajo)	36,5%	57,9%	NS
Conoces las repercusiones legales que pueden derivar de no declarar un caso evidente de violencia doméstica (sí)		47,4%	NS
Conoces las obligaciones legales de los sanitarios ante la mera sospecha de un caso de violencia doméstica (sí)	49,2%	52,6%	NS
Crees que es importante el problema (sí)	82,5%	78,9%	NS
Mantienes una actitud expectante para diagnosticar estos casos (sí)	79,4%	84,2%	NS
En tu trabajo, ante un/una paciente con lesiones físicas, te planteas como diagnóstico diferencial a posibilidad de que sea un maltrato (sí)	61,9%	78,9%	NS
El protocolo de violencia doméstica lo aplicas en tu trabajo habitual (sí)	65,1%	52,6%	NS
A la hora de identificar y solucionar este problema, crees que es un asunto que involucra a toda a sociedad	93,7%	100%	NS
Crees que hay problemas organizativos o estructurales en tu trabajo que impiden diagnosticar estos casos (sí)	69,8%	63,2%	NS

En las preguntas sobre posibles soluciones, barreras existentes y posibilidades de mejora se encuentra que a la hora de identificar y solucionar este problema el 95,1% indicó que se trataba de un asunto de todos (policía, jueces, psicólogos, trabajadores sociales y profesionales sanitarios). El 48,8% consideró que era necesario continuar mejorando los sistemas de detección y la coordinación entre los distintos estamentos y profesionales implicados.

En las preguntas cualitativas se obtuvieron respuestas diversas o ausencia de respuesta. Los profesionales sanitarios destacaron que las principales funciones de los sanitarios y las urgencias en este problema eran la detección, la ayuda y la información. Para modificar el comportamiento de los sanitarios, aumentando su grado de concienciación, no existió consenso en las respuestas planteadas. Entre los problemas organizativos o estructurales que impiden diagnosticar los casos destacó la falta

de tiempo, la falta de intimidad y el desconocimiento del protocolo de actuación. Con respecto a los cambios que introducirían para mejorar la capacidad de identificación de estas pacientes predominó la ausencia de respuesta.

En las cuestiones descritas no se detectó asociación de estos ítems ni con la categoría profesional, ni con el sexo, ni con la edad. En todos los casos, los p-valores asociados a los contrastes no paramétricos efectuados fueron mayores a 0,05.

En la Tabla 3 se muestran los resultados a la pregunta "¿Cuál de estos tres factores crees que influye más en que haya malos tratos en nuestro medio?" según las variables sexo, edad y categoría profesional. El 41,5% respondió que se trataba del nivel sociocultural bajo, mientras un 37,8% indicó el hecho de encontrarse en trámites de separación-divorcio. Entre esta cuestión y la edad se detectó asociación. El p-valor asociado al test no paramétrico Chi cuadrado era menor que 0,05 (p-valor= 0,01). Se observó que la franja de edad 20-35 años consideraba mayoritariamente el nivel sociocultural mientras que la franja 36-50 pensaba que era el escenario de divorcio-separación. No se detectó asociación de este ítem ni con la categoría profesional ni con el sexo.

En la Tabla 4 se muestran los resultados a la pregunta "En tu trabajo, ante un paciente con lesiones físicas, ¿te planteas como diagnóstico diferencial la posibilidad de que sea un maltrato?" según las variables sexo, edad y categoría profesional. El 57,3% se planteaba normalmente como diagnóstico diferencial la posibilidad de que fuera un maltrato, mientras el 32,9% normalmente no lo hacía. El 8,5% se lo planteaba siempre y el 1,2% no contestó. Entre esta cuestión y la edad se detectó asociación. El p-valor asociado al test no paramétrico Chi cuadrado era menor que 0,05 (p-valor= 0,01). Se observó que la franja 36-50 era la que más contemplaba la posibilidad de un maltrato. No se detectó asociación de este ítem ni con la categoría profesional ni con el sexo.

sexo y la edad de los encuestados				
Variable	Nivel sociocultural bajo	Estar en trámites de separación/divorcio	Nivel socioeconómico bajo	No contesta
Mujeres (n= 63)	36,5%	39,7%	19%	4,8%
Hombres (n= 19)	57,9%	31,6%	10,5%	0%

Mujeres (n= 63)	36,5%	39,7%	19%	4,8%
Hombres (n= 19)	57,9%	31,6%	10,5%	0%
Valor p NS				
20-35 años (n= 25)	68%	12%	20%	0%
36-50 años (n= 41)	24,4%	51,2%	17,1%	7,3%
51-65 años (n= 16)	43,8%	43,8%	12,4%	0%
Valor p		< 0,05		

NS: no significativo

Tabla 4. En tu trabajo, ante un/una paciente con lesiones físicas, ¿te planteas como diagnóstico diferencial la
posibilidad de que sea un maltrato?, diferencias según el sexo y la edad de los encuestados

Variable	Siempre	Normalmente sí	Normalmente no	Nunca	No contesta
Mujeres (n= 63)	6,3%	55,6%	36,5%	0%	1,6%
Hombres (n= 19)	15,8%	63,2%	21%	0%	0%
Valor p NS					
20-35 años (n= 25)	0%	44%	56%	0%	0%
36-50 años (n= 41)	7,3%	63,4%	26,8%	0%	2,5%
51-65 años (n= 16)	25%	62,5%	12,5%	0%	0%
Valor p < 0,05					
NS: no significativo					

Discusión y conclusiones

Más del 80% de los profesionales sanitarios que participaron en el estudio consideró que la violencia de género era un problema muy importante en la sociedad actual y más del 95% que se trataba de un problema de todos, incluido el sector sanitario. Estos datos destacan al contrastarlos con los resultados de otro estudio, de características similares, realizado en el año 2008. Entre sus conclusiones se encuentra que un bajo porcentaje de profesionales consideraba que se trataba de un problema de salud, que pocas personas acudían por este problema al hospital y la baja consideración del papel de los servicios médicos (17). Podrían justificarse estas diferencias por las campañas de información y sensibilización y la mayor presencia en los medios de comunicación de los casos de violencia de género en los últimos años.

Un hecho preocupante en este estudio es que cuando se les preguntó si conocían casos detectados de violencia durante su jornada laboral, un tercio indicó que no. Estos datos resultan llamativos al compararlos con la información facilitada por la Comisión de Violencia de Género. El número de casos registrados en el primer semestre del presente año ya es mayor proporcionalmente al del año anterior. La Macroencuesta de Violencia de Género, llevada a cabo en el año 2015, también aporta datos sobre acceso a servicios. Indica que un 34,5% de las mujeres entre 16 y 24 años afirma haber recurrido a asistencia formal y una de cada dos mujeres aproximadamente, de 35 a 64 años, ha acudido a alguno de los servicios por los que se indaga (51,0% entre 45 y 54 años) (10).

Otra cuestión destacable es que el 100% de los participantes de este estudio indicó como respuesta que la mayoría de las pacientes que sufren violencia pasan desapercibidas. La detección precoz de la violencia en las primeras fases es muy importante, ya que tanto las consecuencias físicas, como psicológicas serán menores (7). Baides (20) concluye en su estudio que la detección y abordaje precoz por parte de los equipos de Atención Primaria resulta esencial para impedir consecuencias en la salud, y parte de una relación de confianza bien establecida, que garantiza la comodidad, la privacidad y la confidencialidad. Este hecho pone de manifiesto la necesidad de realizar un abordaje temprano de las víctimas en las diferentes puertas de acceso al sistema sanitario. De ahí la importancia de la comunicación y colaboración entre los profesionales de los diferentes niveles asistenciales.

Como aspectos positivos destaca el hecho de que más de la mitad de los participantes conozca la existencia del protocolo interno de actuación y las actividades de detección, ayuda y seguimiento de las víctimas; pero se desconoce su nivel de aplicación. Otros estudios indican que aunque las enfermeras tenían un nivel medio de conocimiento (13,21) y la mitad afirmaron conocer el protocolo, solo lo aplicaron un 34% (22).

Entre las dificultades del estudio está con la falta de participación y cooperación de algunos de los profesionales sanitarios (13), así como con la falta de tiempo y tranquilidad para poder responder el cuestionario, siendo complicado encontrar el momento adecuado. Destaca la participación del personal de enfermería que alcanzó un nivel óptimo (82,9%), este hecho no debe ser concluyente puesto que se trata del colectivo con mayor representatividad del estudio, por lo que habría que hacer un análisis minucioso de los datos obtenidos. En estudios similares se relaciona este hecho con su formación más específica como cuidadores del paciente (13).

Como limitaciones es preciso señalar que la investigación se centra en el Servicio de Urgencias, por lo que los datos pueden no ser generalizables a otros servicios o niveles de asistencia como Atención Primaria. También influye en los resultados las características de la población atendida y la forma de realizar el triaje y el seguimiento de los pacientes por parte de los profesionales y de la institución.

Los resultados ponen de manifiesto la necesidad de seguir trabajando, junto con profesionales de otros sectores, en el abordaje de la violencia de género, como problema interdisciplinar (22).

Como futuras líneas de investigación en materia de violencia de género se considera de vital importancia continuar trabajando en nuevas medidas que permitan efectuar una prevención primaria y secundaria en todas las fases del ciclo vital, llevar a cabo una monitorización de las intervenciones existentes para comprobar su efectividad y averiguar cómo influye esta problemática en otros colectivos como es el caso de los menores.

Se puede concluir con el presente estudio que la concienciación, la sensibilización y la formación son pilares básicos para la prevención, la detección precoz, la asistencia y el seguimiento de las víctimas de violencia de género.

Agradecimientos

A todos y todas los/las profesionales del Servicio de Urgencias que accedieron a participar en el estudio.

A Monte Casaldàliga, por su ilusión y su apoyo en el desarrollo del proyecto.

A los miembros de la Fundación de Investigación del Hospital General Universitario de Valencia, por su ayuda y dedicación.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- [1] Organización de Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer (Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993) [internet]. ONU [citado 16 nov 2019]. Disponible en: http://www.aulaviolenciadegeneroenlocal.es/consejosescolares/archivos/declaracion_sobre_la_eliminacion_de_la_violencia_contra_la_mujer.pdf
- [2] Violencia Doméstica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003.
- [3] Guía de atención a la violencia intrafamiliar y de género. Comisión de Violencia Intrafamiliar y de Género [internet]. Hospital Clínic de Barcelona. 2008 [citado 16 nov 2019]. Disponible en: http://www.hospitalclinic.org/files/ElClinic/comites/guiavig_cas.pdf
- [4] Ley Orgánica de medidas de protección integral contra la violencia de género. LO 1/2004 de 28 de diciembre de 2004.
- [5] Ortiz-Barreda G, Vives-Cases C. Legislation on violence against women: overview of key components. Rev Panam Salud Pública. 2013; 33:61–72. Doi: dx.doi.org/10.1590/S1020-49892013000100009
- [6] Ortiz-Barreda G, Vives-Cases C. Violencia contra las mujeres: el papel del sector salud en la legislación internacional. Gac Sanit. 2012; 26:483–9. Doi: dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.09.027
- [7] Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012 [citado 16 nov 2019]. Disponible en: http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/sanitario/docs/PSanitarioVG2012.pdf
- [8] Documento refundido de medidas del Pacto de Estado en materia de violencia de género [internet]. Congreso + Senado. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [citado 16 nov 2019]. Disponible en: http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/pactoEstado/docs/Documento_refundido_PEVG_.pdf
- [9] Organización Mundial de la Salud (OMS). Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud. 2013 [internet]. Ginebra: OMS; 2013. [citado 16 nov 2019]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85243/1/WHO_RHR_HRP_13.06_spa.pdf
- [10] Macroencuesta de violencia contra la mujer 2015 [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015. [citado 16 nov 2019]. Disponible en: http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/Libro_22_Macroencuesta2015.pdf
- [11] Consejo General del Poder Judicial. Violencia doméstica y de género [internet] [citado 16 nov 2019]. Disponible en: http://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Temas/Violencia-domestica-y-degenero/Actividad-del-Observatorio/Datos-estadisticos/La-violencia-so-bre-la-mujer-en-la-estadistica-judicial--Tercer-trimestre-de-2018
- [12] Comisiones hospitalarias contra la violencia [internet]. Madrid: Comunidad de Madrid; 2017. [citado 16 nov 2019]. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/justicia/presentaci-n_jornada_31_dgm.pdf
- [13] Siendones-Castillo R, Perea-Milla E, Arjona-Huertas JL. Violencia doméstica y profesionales sanitarios: conocimientos, opiniones y barreras para la infradetección. Emergencias. [internet] 2002 [citado 16 nov 2019]; 14:224–32. Disponible en: http://emergencias.portalsemes.org/descargar/violencia-domestica-y-profesionales-sanitarios-conocimientos-opiniones-y-barreras-para-la-infradeteccion/force_download/
- [14] Cirici Amella R, Querol Viñas N, Ripoll Ramos A. La consulta sanitaria: ¿un espacio privilegiado para la detección y el abordaje de la violencia de género? FMC. [internet] 2010 [citado 16 nov 2019]; 17(8):550-9. Disponible en: https://www.fmc.es/es-la-consulta-sanitaria-un-espacio-articulo-S1134207210702139

Originales. Percepción de la violencia de género como problema de salud por parte del personal sanitario del servicio de urgencias

- [15] Blanco P, Ruiz-Jarabo C, García de Vinuesa L, Martín-García M. La violencia de pareja y la salud de las mujeres. Gac Sanit. 2004; 18(Supl 1):182-8. Doi: dx.doi.org/10.1157/13062524
- [16] Calvo González G, Camacho Bejarano R. La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje. Enferm Glob. 2014; 33:424-39. Doi: dx.doi.org/10.6018/eglobal.13.1.181941
- [17] Coll-Vinent B, Echevarría T, Farras U. El personal sanitario no percibe la violencia domestica como un problema de salud. Gac Sanit. 2008; 22:7-10. Doi: dx.doi.org/10.1157/13115103
- [18] Lozano Alcaraz C, Pina Roche F, Torrecillas Hernández M, Ballesteros Meseguer C, Pastor Rodríguez JP, Ortuño Esparza E. Formación y detección de la violencia de género en la profesión sanitaria. Rev Enferm UFSM. [internet] 2014 [citado 16 nov 2019]; 4:217-26. Disponible en: http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?lsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=27286&in-dexSearch=ID
- [19] Rodríguez-Blanes GM. Detección de violencia del compañero íntimo en atención primaria de salud y sus factores asociados. Gac Sanit. 2017; 31:410-15. Doi: doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.11.008
- [20] Baides Noriega R. Violencia de género: papel de enfermería en la prevención secundaria desde Atención Primaria. Enferm Glob. 2018; 51:484-96. Doi: dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.3.307241
- [21] Arredondo-Provecho AB, Broco-Barredo M, Alcalá-Ponce de León T, Rivera-Álvarez A, Jiménez-Trujillo I, Gallardo-Pino C. Profesionales de Atención Primaria de Madrid y violencia de pareja hacia la mujer en el año 2012. Rev Esp Salud Pública. 2012; 86:85-99. Doi: dx.doi.org/10.1590/S1135-57272012000100008
- [22] Valdés CA, García C, Sierra A. Violencia de género: conocimientos y actitudes de las enfermeras en atención primaria. Aten Primaria. 2016; 48(10):623-31. Doi: dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.01.003





www.enferteca.com

App disponible para iOS y Android





Revisiones

La comunicación y la entrevista motivacional 1 Raquel Porcar Serrador en la relación terapéutica enfermera en Atención Primaria: revisión bibliográfica

² Dr. Antonio Ruiz Hontangas

Dirección de contacto: raquelporcar17@gmail.com

² Profesor. Escuela de Enfermería La Fe. Valencia. Grupo de Investigación Emergente Acreditado GREIACC, ISS La Fe (Valencia)

Cómo citar este artículo:

Porcar Serrador R, Ruiz Hontangas A. La comunicación y la entrevista motivacional en la relación terapéutica enfermera en Atención Primaria: revisión bibliográfica. RIdEC 2019; 12(2):38-46.

Resumen

Objetivo: analizar el impacto de la comunicación terapéutica y la entrevista motivacional para establecer una relación terapéutica sobre la población atendida por las enfermeras en Atención Primaria.

Método: se llevó a cabo una revisión bibliográfica narrativa en las bases de datos: Cuiden Plus, Dialnet Plus, Scielo, Lilacs, Pubmed, Embase y CINAHL, Criterios de inclusión; artículos escritos en inglés, español y portugués, publicados entre 2008-2019, ambos inclusive, que estuviesen relacionados con las enfermeras v/o estudiantes de enfermería, con centros de Atención Primaria y/o escuelas de enfermería, y que estudiasen a la población adulta. Se evaluó la calidad documental mediante las planillas CASPE y STROBE, y los niveles de evidencia y grado de recomendación CEBM.

Resultados: la empatía, la escucha activa y el trato son las habilidades comunicativas más percibidas por los pacientes. El entrenamiento en habilidades comunicativas suministra un progreso en las capacidades de comunicación interpersonales y en la satisfacción en los pacientes. Las enfermeras describen la entrevista motivacional como un modelo que promueve y quía la relación interpersonal.

Conclusiones: los pacientes consideran que las enfermeras españolas deberían mejorar la empatía, la escucha activa y el trato que se les ofrece. En Latinoamérica, la escucha activa y el trato respetuoso son las habilidades con mayor puntuación de satisfacción. Una formación en habilidades comunicativas mejora la comunicación terapéutica. La entrevista motivacional se manifiesta como un beneficio mutuo enfermera-paciente.

Palabras clave: relación terapéutica; habilidades comunicativas; entrevista motivacional; comunicación terapéutica; Atención Primaria; enfermería.

Abstract

Communication and motivational interview in the nursing therapeutic relationship in Primary Care: a bibliographical review

Purpose: to analyze the impact of therapeutic communication and motivational interview to establish a therapeutic relationship in the population attended by nurses in Primary Care.

Method: a narrative bibliographic review was carried out in the following databases: Cuiden Plus, Dialnet Plus, Scielo, Lilacs, Pubmed, Embase, and CINAHL. Inclusion criteria: articles written in English, Spanish, and Portuguese, published between 2008-2019, both inclusive, that were related to nurses and / or nursing students, and to Primary Care centers and/or nursing schools, and focused on the adult population. Documentary quality was assessed using CASPE and STROBE forms, as well as levels of evidence and CEBM recommendation grades.

Results: empathy, active listening and manner are the communication skills most perceived by patients. The communication skills training led to better interpersonal communication skills and improved patient satisfaction. Nurses describe the motivational interview as a model that promotes and guides interpersonal relationships.

Conclusions: patients believe that Spanish nurses should improve empathy, active listening, and their manner in interacting with them. In Latin America, active listening and respectful manners are the skills achieving the highest satisfaction score. Training in communication skills improves therapeutic communication. The motivational interview entails as a mutual benefit for nurses and patients.

Key words: therapeutic relationship; communicative skills; motivational interview; therapeutic communication; Primary Care; Nursing.

¹ Graduada en Enfermería.

Introducción

La comunicación es un proceso continuo y dinámico entre dos personas, por la cual una de ellas puede afectar a otra a través del lenguaje, gestos, miradas... formado por una serie de acontecimientos variados y continuamente en interacción (1,2). Implícito a dicho concepto se encuentra el estrecho e íntimo vínculo que tiene con la relación terapéutica en la profesión enfermera (1,3). Las enfermeras, dentro del ejercicio de su práctica como gestoras de cuidados, poseen dos pilares fundamentales como son la comunicación y el tipo de relación que se entabla con las personas, siendo instrumentos básicos que potencian el efecto de sus intervenciones (4). El objetivo es conseguir que la persona se sienta comprendida mediante un establecimiento de objetivos comunes y un intercambio de ayuda mutua, donde la enfermera detecta sus necesidades desde una perspectiva holística, ayudándole a utilizar sus propios recursos para afrontar los problemas (1,5). Estudios recientes (6,7) afirman que dicha relación tiene un efecto terapéutico. En suma, otro estudio (8) añade que las actitudes y destrezas desempeñadas por las enfermeras cuando se comunican tienen un efecto directo en la relación terapéutica. Por ello, debe estar cimentada por el adecuado manejo de las habilidades comunicativas (empatía, cordialidad, respeto escucha activa) (9-12).

La entrevista motivacional (EM) es una intervención validada empíricamente y diseñada para encontrar un modo constructivo de superar los retos que suelen aparecer cuando una enfermera se adentra en la motivación para el cambio de la persona atendida, de modo que esas personas se persuadan así mismas para cambiar en función de sus propios valores e intereses (13,14). Proporciona a la enfermera una sintonización con la situación psicológica de la persona, dando lugar a una mejora en la calidad de su relación (15).

A modo de justificación, la comunicación en los servicios sanitarios (concretamente en el primer nivel asistencial) es un proceso que debe estar planificado para poder conseguir motivar a los pacientes en la adopción de nuevas actitudes y comportamientos, y ha de ser considerada como una herramienta principal en el desarrollo de la relación terapéutica (16). Facilitar cambios en el comportamiento de salud de los pacientes es una parte crítica de la práctica de las enfermeras de Atención Primaria (AP) para promover la salud y prevenir y controlar las enfermedades crónicas (17).

Gran parte de la atención sanitaria se encuentra ligada a la gestión de estas enfermedades, en las cuales la conducta y el estilo de vida determinan la salud, su calidad de vida y su longevidad. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (18), las enfermedades crónicas se deben en gran medida a factores de riesgo comportamentales. Es por ello que las enfermedades crónicas representan uno de los mayores desafíos del siglo XXI (19). Estadísticamente en el ámbito mundial es la principal causa de muerte, habiendo causado 38 millones (el 68%) de defunciones registradas en 2012 (19). El abordaje de esta población exige otro enfoque más amplio, con nuevas variables de actuación que tengan en cuenta la prevención, la atención integral y el protagonismo del propio paciente. En definitiva, un nuevo enfoque centrado en la persona y no en la enfermedad (20). Ante esta situación, un abordaje motivacional permite a la enfermera colaborar en el proceso de cambio mediante la aplicación de un estilo centrado en la experiencia del paciente bajo un clima de empatía, tolerancia, cooperación mutua y respeto (21,22).

A la vista de lo expuesto se considera importante profundizar en el tema propuesto planteando la siguiente pregunta de investigación: "¿Cuál es el impacto de la comunicación terapéutica y la EM para establecer una relación terapéutica sobre la población atendida por las enfermeras en Atención Primaria (AP)?"

El objetivo del estudio fue analizar el impacto de la comunicación terapéutica y la EM para establecer una relación terapéutica sobre la población atendida por las enfermeras en AP. Como objetivos secundarios se plantean describir las habilidades comunicativas empleadas por las enfermeras en AP, determinar la eficacia de la formación en habilidades comunicativas de las enfermeras y/o estudiantes de enfermería respecto a la relación con el paciente, y evidenciar las experiencias de las enfermeras de AP respecto al desempeño de la EM en la relación terapéutica.

Método

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa realizada en marzo de 2019, incluyéndose en la estrategia de búsqueda combinaciones de las palabras clave extraídas de los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) (relación enfermera-paciente, comunicación, enfermería, entrevista motivacional y Atención Primaria), de los Medical Subject Headings (Mesh) (nurse-patient relations, communication, health communication, nursing, primary care nursing, motivational interviewing y primary health care) y sinónimos de los términos en español e inglés. Los operadores booleanos utilizados fueron AND y OR. Se consultaron las bases de datos electrónicas Cuiden Plus, Dialent Plus, Scielo, Lilacs, Pubmed, Embase y CINHAL. Posteriormente se llevó a cabo una revisión bibliográfica inversa.

Como criterios de selección se incluyeron estudios publicados entre 2008-2019, ambos inclusive, escritos en inglés, español y portugués, que estuviesen relacionados con las enfermeras y/o estudiantes de enfermería, AP y/o escuelas de enfermería y que estudiasen a la población adulta. Se aceptaron estudios de tipo cuantitativo y/o cualitativos originales, con una puntuación igual o superior a 8 puntos en lectura crítica empleando las planillas de CASPE (23), y mayor o igual de 20 puntos con la aplicación de la declaración STROBE (24), así como, con un nivel de evidencia y grado de recomendación del Centre for Evidence Based Medicine (CEBM) de Oxford (25) igual o superior a 4C. Se excluyó la literatura gris, tesis de maestría o doctorales, así como artículos cuya población de estudio fuese exclusivamente en unidades de hospitalización y en población infantil. Excepcionalmente se aceptó un estudio fuera del rango temporal establecido por su relevancia para el estudio (obtenido en la búsqueda inversa). En la revisión bibliográfica se siguieron los criterios de calidad de la declaración Prisma (26).

Las variables del estudio fueron: la percepción y satisfacción de los pacientes respecto a las habilidades comunicativas empleadas por las enfermeras de AP, la satisfacción de los pacientes y los resultados obtenidos tras la formación en habilidades comunicativas respecto a la relación con los pacientes y las experiencias de las enfermeras en el desempeño de la EM en la relación terapéutica.

La búsqueda inicial generó 6.778 resultados. Después de aplicar los criterios de selección, los filtros y límites correspondientes, descartar duplicados y la lectura del título y resumen, se redujo a 13 resultados. Siguiendo con el cribado, tras la lectura crítica de los estudios se retiraron cuatro. Mediante la búsqueda inversa se añadieron dos artículos, quedando un total de 11 artículos seleccionados (Figura 1). El tipo de análisis de la información realizada fue narrativo, agrupando según los objetivos específicos del estudio.

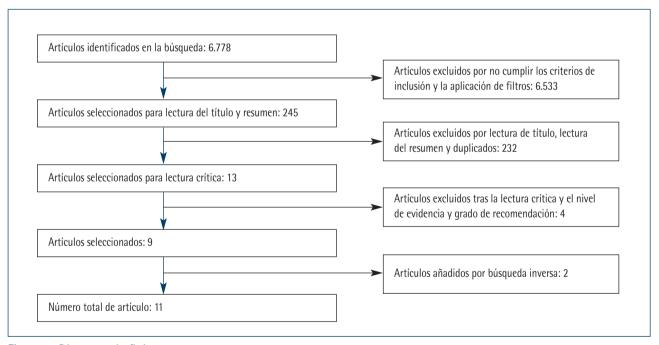


Figura 1. Diagrama de flujo

Resultados

Entre los 11 artículos seleccionados se encontraron cuatro estudios observacionales descriptivos (27–30), dos estudios cualitativos (31,32), tres ensayos clínicos aleatorizados (33–35) y dos estudios cuasiexperimentales (36,37). En la Tabla 1 se refleja la síntesis de estos estudios con sus principales objetivos, resultados, puntaciones tras la lectura crítica, así como su calidad documental. Respecto al nivel de evidencia y grados de recomendación CEBM (25): siete estudios han obtenido una puntuación 4C (27–33, 37), un estudio 3b B (36), un estudio 3b C (35), un estudio 1b B (34) y un estudio 1b A (33).

Autores, año y país	Tipo de estudio y muestra	Objetivo	Variables del estudio	Resultados	Calidad CEBM(25
Ruiz et al. (2015) (27) España	Estudio observacional descriptivo. 237 pacientes que acudían a la consulta programada de enfermería	Valorar las preferencias, satisfacción y el grado de participación de los pacientes en el proceso de toma de decisiones	Preferencias. Satisfacción. Grado de participación	Un 17,2% indicó que las principales áreas de mejora en la relación enfermera-paciente estaban relacionadas con las habilidades comunicativas para ayudar a decidir	4 C
Dios et al. (2013) (28) España	Estudio observacional descriptivo. 335 pacientes atendidos en la consulta de enfermería y la sala de curas del centro de salud	Medir la satisfacción relacionada con aspectos técnicos y comunicativos	Satisfacción	La empatía, la escucha activa y el trato son las habilidades comunicativas mayor percibidas por los usuarios, indicando la necesidad de mejora. Necesidad de diseñar programas formativos en habilidades comunicativas	4 C
Sánchez et al. (2009) (29) México	Estudio observacional descriptivo. 244 pacientes que acudían a la consulta de enfermería	Analizar cómo es la comunicación enfermera- paciente	Satisfacción en la calidad de la comunicación	Altos porcentajes relacionados con la satisfacción de los pacientes sobre la atención de las profesionales de enfermería	4 C
Góes et al. (2013) (30) Brasil	Estudio observacional descriptivo con un enfoque cualitativo. 32 enfermeras y 32 pacientes	Identificar los instrumentos de comunicación y los papeles desarrollados por las enfermeras en la interacción	Percepción de la interacción	La escucha activa obtuvo un resultado: buenos y excelentes en la mayoría (76,29%) de los casos. Necesidad de fomentar formación en habilidades comunicativas	4 C
Claramita et al. (2016) (36) Indonesia	Estudio aleatorizado de control cuasi- experimental. 30 estudiantes de 3º año de enfermería	Comparar las habilidades de comunicación de las estudiantes de enfermería midiendo el logro de los resultados de aprendizaje y el grado de satisfacción de observadores cualificados	Habilidades de comunicación	Diferencias significativas entre el grupo de intervención y el grupo control en cada una de las sesiones de comunicación. El grupo de intervención estableció una mejor capacidad de comunicación	3b B
Robles et al. (2013) (37) España	Estudio piloto, de medidas antes- después sin grupo control. 209 estudiantes	Describir cómo los estudiantes evalúan sus competencias y destrezas antes y después de un entrenamiento en habilidades de comunicación e interpersonales	Habilidades de comunicación	El tipo de habilidades que se mejoraron en los estudiantes al finalizar el entrenamiento en habilidades de comunicación fueron: la capacidad de motivación, la empatía, reflexión y capacidad para el cambio	4 C
Fukui et al. (2011) (33) Japón	Ensayo clínico aleatorizado. 8 enfermeras y 89 pacientes	Evaluar la eficacia de entrenamiento en habilidades comunicativas (curso de formación) de las enfermeras para la calidad de vida del paciente y su satisfacción (encuestas)	Satisfacción. Calidad de vida de los pacientes	Un programa de habilidades comunicativas para las enfermeras evidenció una mejora en los aspectos mentales de la calidad de vida y la satisfacción con las enfermeras	16 A

Tabla 1. S	Tabla 1. Síntesis de resultados (continuación)						
Autores, año y país	Tipo de estudio y muestra	Objetivo	Variables del estudio	Resultados	Calidad CEBM(25)		
Marín et al. (2001) (35) España	Estudio experimental de grupo control. 16 estudiantes de enfermería	Validar el entrenamiento en habilidades sociales en el área de la atención a pacientes	Entrenamiento en habilidades sociales	El entrenamiento en habilidades sociales mejora sus capacidades de comunicación interpersonal	3b C		
Wilkinson et al. (2008) (34) Reino Unido	Ensayo controlado aleatorio. 170 enfermeras	Evaluar el impacto de un programa de habilidades de comunicación de tres días sobre el cambio	Confianza en la comunicación. Nivel de satisfacción	Las habilidades comunicativas mejoraron. Efecto positivo respecto a la comunicación con el paciente y el grado de satisfacción percibido por tal	16 B		
Brobeck et al. (2011) (32) Suecia	Estudio observacional descriptivo cualitativo. 20 enfermeras	Describir las experiencias de las enfermeras de AP con la EM como un método para la práctica de la promoción de la salud	Experiencias	La EM es exigente, enriquecedor y útil, promueve la sensibilización y orientación en la relación terapéutica. Valiosa para la promoción de la salud	4 C		
Östlund et al. (2015) (31) Suecia	Estudio observacional descriptivo. 20 enfermeras	Describir las experiencias de la EM en enfermeras entrenadas en AP	Experiencias	La EM facilita el trabajo con los pacientes que necesitan un cambio de estilo de vida, proporciona un beneficio mutuo y desarrolla habilidades para fortalecer la relación terapéutica	4 C		

Para describir el primer objetivo se utilizaron estudios que contemplasen la percepción y la satisfacción de los pacientes atendidos (27-30).

En el estudio de Ruiz et al. (27) registraron información sobre la necesidad de promover cursos de habilidades comunicativas de carácter básico en respeto, cortesía o escucha activa. De una muestra de 237 pacientes, un 17,4% señaló como propuesta de mejora las habilidades comunicativas: empatía, escucha activa y el trato amable, cercano y personal.

El estudio de Dios et al. (28) demostraron la necesidad de diseñar programas formativos sobre habilidades comunicativas dirigidos a las profesionales de enfermería con el objetivo de adecuar la implicación de los pacientes en la toma de decisiones en las consultas de manera más adecuada. Asimismo, obtuvieron en sus resultados la empatía, la escucha activa y el trato como habilidades comunicativas para mejorar por parte de las enfermeras. Un 26,1% planteó propuestas de cambio a través de un cuestionario con preguntas abiertas, indicando la necesidad de recibir una atención y un trato cercano.

Sánchez et al. (29) hallaron que un 85% de los usuarios percibió que la enfermera les escuchaba atentamente, frente a un 14% que no percibió tal respuesta. Sobre el trato respetuoso, el 89% de los pacientes contestó que siempre la enfermera lo trata de manera respetuosa. El presente estudio no evidenció datos relacionados con la empatía ni con las demás habilidades comunicativas (educación y cordialidad). Como hallazgo a resaltar, no obtuvieron sugerencias de mejora en relación con las habilidades comunicativas empleadas por las enfermeras y, sin embargo, las profesionales (53%) refirieron no contar con el apoyo por parte de las instituciones para la capacitación continua sobre habilidades comunicativas por falta de personal.

Góes et al. (30) hallaron que la escucha activa fue la habilidad comunicativa más presente en las interacciones. En las mismas líneas, obtuvieron un registro respecto a la calidad de la interacción, evaluada por unos jueces expertos en habilidades comunicativas (con una puntuación de 2,03% mala, 21,69% regular, 62,87 buena y 13,45 excelente). Respecto a las demás

Revisiones. La comunicación y la entrevista motivacional en la relación terapéutica enfermera en Atención Primaria: revisión bibliográfica

habilidades comunicativas (empatía, atención, respeto, educación y cordialidad), no se observaron datos en el estudio.

Para identificar el segundo objetivo se seleccionaron tres estudios que contemplasen la satisfacción de los pacientes (32,34,36) y dos estudios que examinasen el resultado de la formación en habilidades comunicativas (35,37).

Claramita et al. (36) hallaron una mejora en la capacitación de comunicación enfermera-usuario. Los resultados obtenidos respecto al grupo de control evidenciaron que los mayores porcentajes de satisfacción se justifican en el grupo que ha recibido una formación. Los autores determinaron que los resultados obtenidos podrían utilizarse como referencia para determinar la conclusión de que la formación impartida aporta una mayor capacidad de comunicación en los estudiantes que fueron entrenados y, por tanto, una prosperidad en la relación terapéutica.

El estudio piloto de medidas antes-después realizado por Robles et al. (37) presentó un beneficio considerable tras el entrenamiento, estimando que las de habilidades de comunicación, capacidad de motivación, la empatía, la reflexión y la capacidad para el cambio se incrementaron después del ejercicio.

Fukui et al. (33) afirmaron la importancia de la formación en habilidades comunicativas en las enfermeras, mejorando la calidad de vida de los pacientes, así como su satisfacción con la relación. En suma, las enfermeras del grupo experimental proporcionaron información más intensa y más apoyo emocional y, como resultado, una mejora en los aspectos mentales de la calidad de vida del paciente. Este hallazgo se confirmó con la mejora de la satisfacción con las enfermeras.

Marín et al. (35) confirmaron la hipótesis de que después de un entrenamiento en habilidades sociales a alumnos de enfermería, mejorarían sus capacidades de comunicación interpersonal. Entre los resultados obtenidos revelaron diferencias estadísticamente significativas respecto al nivel de habilidades sociales.

Wilkinson et al. (34) demostraron que la calidad de las enfermeras en las habilidades de comunicación mejoró después de asistir a un curso, un 94,3% de las enfermeras del grupo experimental tuvo una mejoría. Además, hallaron un aumento de confianza entre la enfermera y el usuario, aumentando un 18,16% en el grupo de intervención frente a una disminución de 0,7% en el grupo control. Sobre la satisfacción de los pacientes, el grupo intervención obtuvo una media de 67/100 puntos en relación con 64/100 puntos del grupo control.

En respuesta al tercer objetivo se seleccionaron estudios que contemplasen las descripciones de las enfermeras que aplicaran en su trabajo diario la EM en las consultas (31,32). Brobeck et al. (32) realizaron un estudio observacional descriptivo; en él, las descripciones más relevantes fueron que la EM es un método calificado como exigente, enriquecedor y útil. Además, recolectaron información acerca de que la EM promueve la sensibilización y la orientación en la relación terapéutica e, igualmente, siendo una herramienta valiosa para la práctica de promoción de la salud.

El estudio de Östlund et al. (31) registró que las enfermeras que aplicaban la EM experimentaron un beneficio mutuo (enfermera-paciente) y una mejora en el desarrollo de habilidades para establecer una relación terapéutica. De la misma forma indicaron que se requiere una apertura intrínseca, disposición e interés en aprender el método (EM) en sí mismo.

Discusión y conclusiones

Los resultados de las investigaciones (26,28,30) coinciden en la necesidad de la formación en habilidades comunicativas por parte de las profesionales enfermeras, con la finalidad de mejorar la atención e interacción con los pacientes y favorecer las relaciones interpersonales. Asimismo, los estudios de Ruíz et al. (27) y Dios et al. (28) demuestran que las habilidades comunicativas: empatía, escucha activa y el trato respetuoso, son percibidas por los pacientes de manera deficiente y calificadas insatisfactoriamente por parte de las enfermeras; sin embargo, no se registraron datos sobre la cordialidad, la educación y el respeto. Coincidiendo, Góes et al. (30) hallan la escucha activa como la habilidad comunicativa más empleada por las enfermeras y, a diferencia de otros estudios (27,28), la puntuación obtenida tras la evaluación es favorable. Por otro lado, Sánchez et al. (29) evidencian una grata satisfacción percibida por los usuarios respecto al trato respetuoso y la escucha activa, observando una diferencia significativa respecto a otros estudios (27,28).

En efecto, respecto a los resultados obtenidos tras la formación en habilidades comunicativas, Claramita et al. (36) y Marín et al. (35) coinciden en que el entrenamiento sobre las estudiantes de enfermería suministra como resultado un progreso en sus capacidades de comunicación interpersonal. En las mismas líneas, Robles et al. (37) demuestran un avance, en las habilidades de comunicación de las alumnas, añadiendo, además, una capacidad de motivación, empatía, reflexión y capacidad para el cambio. Los estudios (34-36) concluyen afirmando que un entrenamiento en habilidades de comunicación en estudiantes de enfermería aporta una mayor capacidad de comunicación terapéutica. En relación con estudios cuya

muestra son enfermeras profesionales, Fukui et al. (33) señalan que tras el entrenamiento en habilidades comunicativas las profesionales tienen una mejora en la capacidad de proporcionar información más intensa y más apoyo emocional, dando lugar a una mejora en los aspectos mentales de la calidad de vida del paciente. Por otra parte, Wilkinson et al. (34) confirman un aumento de confianza entre la enfermera y el paciente. Ambos (33,34) manifiestan la importancia de la formación en habilidades comunicativas para las enfermeras con la finalidad de mejorar el vínculo terapéutico.

En cuanto a la satisfacción, en el estudio de Claramita et al. (36), el grupo de estudiantes que recibió la formación obtuvo un porcentaje de satisfacción del 100%. De igual modo, Fukui el al. (33) también demuestran implícitamente un incremento en la satisfacción con los pacientes mediante la medición de otros parámetros. Sin embargo, en el estudio de Wilkinson et al. (32) los pacientes evaluaron con 67/100 puntos a aquellas enfermeras que habían recibido el curso dando como resultado una leve mejora respecto a la satisfacción; se observa así una diferencia llamativa en entre el resultado del estudio de Claramita el al. (36) y Wilkinson el al. (34).

Tras evidenciar las experiencias de las enfermeras de AP respecto al desempeño de la EM en la relación terapéutica, Brobeck et al. (32) hallan que las enfermeras describen la EM como una manera de guiar la relación de ayuda, considerando la participación activa del paciente y teniendo la oportunidad de influir en su situación. En las misma línea, Östlund et al. (31) señalan que la EM promueve la relación interpersonal, con una atmosfera positiva y un enfoque respetuoso, dando lugar a promover y reforzar su capacidad empática. Del mismo modo fomenta un diálogo abierto y una escucha activa. Brobeck et al. (32) añaden que para que la EM sea lo más eficaz posible, las enfermeras tienen que demostrar a los usuarios comprensión y respeto durante el dialogo. Ambos estudios (31,32), coinciden en la descripción de que para establecer confianza y conseguir una conexión terapéutica es esencial escuchar con atención y respetar la opción del paciente. A los pacientes les incita a capacitar y reflexionar sobre ellos mismos para conseguir un objetivo, así como el desarrollo de la capacidad de las enfermeras para aumentar la motivación del usuario para el cambio y la mejora de su propia capacidad enfática.

Entre las limitaciones encontradas es preciso exponer que se encontraron pocos estudios en España, limitando los resultados a zonas geográficas concretas, dando lugar a resultados poco representativos. Asimismo, el reducido número de estudios y las muestras de escaso tamaño han sido un obstáculo para encontrar la tendencia, realizar relaciones y generalizaciones significativas a partir de los datos obtenidos.

Con todo, para futuras líneas de investigación sería interesante realizar estudios que contemplasen las habilidades comunicativas y la práctica de la EM empleadas por las enfermeras en zonas geográficas concretas y diversas, así como realizar estudios multicéntricos en AP, focalizando en las percepciones de los usuarios, con la finalidad de mejorar la comunicación terapéutica. Igualmente es conveniente reflexionar sobre la formación en dichas habilidades durante la formación académica en el grado de enfermería.

En conclusión, la empatía, la escucha activa y el trato respetuoso son las habilidades comunicativas que los usuarios perciben como elementos de mejora en las enfermeras españolas. En los países latinoamericanos, la escucha activa y el trato respetuoso son las habilidades con mayor puntuación de satisfacción por parte del usuario. Optimizar la formación en habilidades comunicativas mejora la comunicación terapéutica, conjuntamente con un aumento de la satisfacción de las personas atendidas respecto a la relación, tanto de las profesionales como de las/os alumnas/os de enfermería. La EM es un método que promueve la relación interpersonal, cuya aplicación se manifiesta con un beneficio mutuo (enfermera-paciente).

Bibliografía

- [1] Alférez AD. La comunicación en la relación de ayuda al paciente en enfermería: saber qué decir y qué hacer. Rev Esp Comun Salud [internet]. 2012 [citado 15 nov 2019]; 3(2). Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4059330
- [2] Maqueda MA, Martín L. La habilidad de comunicar: caminando hacia el paciente. Rev Esp Comun Salud [internet]. 2012 [citado 15 nov 2019]; 3(2). Disponible en: http://www.aecs.es/3_2_7.pdf
- [3] Ramírez P, Müggenburg C. Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. Enfermería Universitaria [internet]. 2015 [citado 15 nov 2019]; 1-2(3). Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.07.004
- [4] Ojeda RP. Estilos de relación de ayuda que practican los profesionales de enfermería con la familia del neonato hospitalizado en una institución de salud del MINSA [internet] 2017 [citado 15 nov 2019]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/7132/Ojeda_rr.pdf?se-

Revisiones. La comunicación y la entrevista motivacional en la relación terapéutica enfermera en Atención Primaria: revisión bibliográfica

- quence=1&isAllowed=y
- [5] Landete L. La comunicación, pieza clave en enfermería. Enfermería Dermatológica [internet]. 2012 [citado 15 nov 2019]; 6(16). Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4069152
- [6] Cibanal L, Arce MC, Carballal MC. Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud. 3º ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
- [7] Watson J. Filosofía y teoría del cuidado transpersonal de Watson. En: Raile M, Marriner A (eds.). Modelos y Teorías en enfermería. 7º ed. Barcelona: Elsevier; 2011. p. 91–112.
- [8] Müggenburg C, Riveros A, Juárez, F. Entrenamiento en habilidades de comunicación en enfermeras y percepción del paciente que recibe su cuidado. Revista Universitaria. 2016; 13(4):199-264. Doi: 10.1016/j.reu.2016.08.001
- [9] Alarcón AJ. La comunicación en la relación de ayuda al niño enfermo. Rev Esp Comun Salud 2013; 5(1):64-75.
- [10] Ramón R, Segura P, Palanca MM, Román P. Habilidades sociales en enfermería. El papel de la comunicación centrado en el familiar. Rev Esp Comun Salud. 2012; 3(1):49-61.
- [11] Temprano MT. Comunicación y resiliencia ante la enfermedad en la relación terapéutica médico-paciente [Tesis doctoral]. Salamanca: Universidad de Salamanca: 2015.
- [12] Van der Hofstadt CJ, Quiles MJ, Quiles Y. Técnicas de comunicación para profesionales de enfermería [internet]. 2004 [citado 15 nov 2019]. Disponible en: http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2014/11/Tecnicas-de-comunicacion-en-Enfermeria.pdf
- [13] Gantiva C, Flórez L. Entrevista motivacional en consumidores excesivos de alcohol: intervenciones efectivas para el aumento en la disposición al cambio. Psychologia: avances de la disciplina. 2015; 9(1):83-91. Doi: 10.21500/19002386.995
- [14] Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing. 3^a ed. Barcelona: Paidós; 2015.
- [15] Flórez L, Carranza WA. La entrevista motivacional como herramienta para el fomento de cambios en el estilo de vida de personas con enfermedades crónicas no transmisibles. Avances en Psicología Latinoamericana [internet]. 2007 [citado 15 nov 2019]; 25(2):63–82. Disponible en: https://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/1202
- [16] Fanjul A. Habilidades comunicativas en la Consulta de Enfermería en Unidades de Reproducción Asistida [Tesis de maestría]. Oviedo: Universidad de Oviedo; 2016 [citado 15 nov 2019]. Disponible en: http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/37478/7/Aida%20Fanjul.pdf
- [17] Pfister KA, Salveson C. Training and Experience of Public Health Nurses in Using Behavior Change Counseling. Public Health Nursing. 2010; 27(6):544-551.
- [18] Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010 [internet]. 2011 [citado 15 nov 2019]. Disponible en: https://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf
- [19] Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles [internet] 2014 [citado 15 nov 2019]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149296/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf;jses-sionid=83682F38B8E6DB11558BCC400B4B84AE?sequence=1
- [20] MSD Salud. El paciente crónico [internet] 2016 [citado 15 nov 2019]. Disponible en: https://www.msdsalud.es/Assets/docs/dossier_msd/el-paciente-cronico.pdf
- [21] Claraco LM, Arévalo E, García J. Entrevista Motivacional. En: Tazón MP, García J, Aseguinolaza L (eds.). Relación y comunicación. 2ª ed. Madrid: Difusión Avances Enfermería (DAE); 2002. p. 320-2.
- [22] Kumate J, Tapia R, Moreno K, Fernández C, Prado JA, Villasuso A. La entrevista motivacional. Elementos para su aplicación [internet]. 2013. [citado 15 nov 2019]. Disponible en: http://www.intranet.cij.gob.mx/Archivos/Pdf/MaterialDidacticoTratamiento/Manua_IEntrevista_Motivacional_Actualizacion_2013.pdf
- [23] Programa de Habilidades en Lectura Crítica Español (CASPE) [internet] 2019 [citado 15 nov 2019]. Disponible en: http://www.redcaspe.org/he-rramientas/instrumentos
- [24] Statement. Strengtheing the Eporting of Observacional Studies in Epidemiology [internet] 2009 [cited 15 Nov 2019]. Available from: https://www.strobe-statement.org/index.php?id=strobe-home
- [25] Oxford Centre for Evidence-based Medicine Levels of Evidence [internet] 2009 [cited 15 Nov 2019]. Available from: http://www.cebm.net/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009/
- [26] Hutton B, Catalá-López F, Moher D. La extensión de la declaración PRISMA para revisiones sistemáticas que incorporan metaanálisis en red: PRISMA-NMA. Med Clin (Barc). 2016; 147(6):262-6. Doi: 10.1016/j. medcli.2016.02.025

- [27] Ruiz R, Alba A, Dios C, Jiménez C, González V, Pérula LA, Barrios L. Preferencias, satisfacción y grado de participación de los pacientes en la toma de decisiones en las consultas de enfermería de los centros de salud. Enferm Clin 2011; 21(3):139-42. Doi: 10.1016/j.enfcli.2011.01.006
- [28] Dios C, Alba MA, Ruíz R, Jiménez C, Pérula L, Rodríguez MA. Valoración de la satisfacción de usuarios de consulta de Enfermería en Centros de Salud a partir de indicadores de calidad técnicos y de comunicación. Enferm. Global [internet]. 2013 [citado 15 nov 2019]; 12(31):162-76. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000300010
- [29] Sánchez P, Aguirre H, Córdoba MA, Campos M, Arboleya H. La calidad de la comunicación enfermera-paciente en los Centros de Salud de la Jurisdicción Sanitaria Benito Juárez en México D.F. Conamed [internet]. 2009 [citado 15 nov 2019]; 4(1):20-7. Disponible en: https://dialnet.uni-rioja.es/servlet/articulo?codigo=3633384
- [30] Góes JP, de Freitas KN, Freitas GR, dos Santos SH, de Almeida PC, Melo MG. Consulta de enfermagem a idosos: instrumentos da comunicação e papéis da enfermagem segundo Peplau. Escola Anna Nery. 2015; 19(1):154-61. Doi: 10.5935/1414-8145.20150021
- [31] Östlund A, Wadensten B, Kristofferzon M, Häggström E. Motivational interviewing: Experiences of primary care nurses trained in the method. Nurse Education in Practice [internet]. 2015 [cited 15 Nov 2019]; 15(2):111–8. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1471595314001607?via%3Dihub
- [32] Brobeck E, Berg H, Odencranta S, Hildingh C. Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice. J Clin Nurs 2011; 20(23-24):3322-30. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03874.x
- [33] Fukui S, Ogawa K, Yamagishi A. Effectiveness of communication skills training of nurses on the quality of life and satisfaction with healthcare professionals among newly diagnosed cancer patients: a preliminary study. Psycho-Oncology 2011; 20(12):1285-91. Doi: 10.1002/pon.1840
- [34] Wilkinson S, Perry R, Blanchard K. Effectiveness of a three-day communication skills course in changing nurses' communication skills with cancer/palliative care patients: a randomised controlled trial. Palliative Medicine 2008; 22(4):365-75. Doi: 10.1177 / 02692163080
- [35] Marín M, León MJ. Entrenamiento en habilidades sociales: un método de enseñanza-aprendizaje para desarrollar las habilidades de comunicación interpersonal en el área de enfermería. Psicothema [internet]. 2001 [citado 15 nov 2019]; 13(2):247-51. Disponible en: http://www.psicothema.com/pdf/443.pdf
- [36] Claramita M, Tuah R, Riskione P, Prabandari S, Effendy C. Comparison of communication skills between trained and untrained students using a culturally sensitive nurse-client communication guideline in indonesia. Nurse Education Toda 2016; 36:236-41. Doi: 10.1016 / jnedt.2015.10.022
- [37] Robles MA, Sánchez D, González M. Estudio piloto sobre habilidades de comunicación y couselling en estudiantes universitarios. Boletín de Psicología [internet]. 2013 [citado 15 nov 2019]; 107:7-19. Disponible en: https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N107-1.pdf

- ¹ Carlos Vázquez-Torres
- ² Jorge López-Gómez
- ³ José Ramón Martínez-Riera

Abordaje de las arbovirosis desde la perspectiva comunitaria

- ¹ Graduado en Enfermería. Licenciado en Biología por la Universidad de Alicante.
- ² Máster Gestión y Dirección de Servicios Sanitarios por la Universidad Internacional de la Rioja. Enfermero en los Departamentos de Salud de Torrevieja y Vinalopó de Ribera Salud
- ³ Doctor por la Universidad de Alicante. Profesor Titular Departamento Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia. Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad de Alicante.

Dirección de contacto: carles_vazquez@hotmail.com

Cómo citar este artículo:

Vázquez-Torres C, López-Gómez J, Martínez-Riera JR. Abordaje de las arbovirosis desde la perspectiva comunitaria. RIdEC 2019; 12(2):47-60.

Resumen

Objetivo: conocer si las intervenciones comunitarias que se han llevado a cabo para lograr el control de las arbovirosis han sido efectivas.

Método: revisión bibliográfica basada en la recolección y análisis descriptivo y comparativo de datos relacionados con el control de, al menos, una de las siguientes arbovirosis: fiebre amarilla, dengue, chikungunya o zika desde la perspectiva comunitaria. La búsqueda se realizó en las bases de datos: Ovid/Medline(R), Pubmed y Scielo siguiendo los criterios de búsqueda que comprenden artículos originales y revisiones en inglés, español o portugués publicados entre 2013 y 2019 disponibles en internet, en texto completo, acceso libre.

Resultados: se seleccionaron n= 11 estudios que evidencian que las intervenciones comunitarias son efectivas en el control de las arbovirosis. Estas produjeron un aumento del conocimiento de la población sobre las arbovirosis y de su interés en participar en acciones preventivas, así como una reducción en las densidades del vector.

Conclusiones: las intervenciones comunitarias son efectivas y han de ser el eje fundamental en el control de las arbovirosis. El éxito en la prevención se basa en la participación comunitaria, en la educación para la salud y en cómo la población, mediante su empoderamiento, puede controlar los criaderos de mosquitos.

Palabras clave: infecciones por arbovirus; participación de la comunidad; agentes comunitarios de salud; educación para la salud; fiebre amarilla; dengue; virus de chikungunya; virus del Zika.

Abstract

Approach to arboviroses from a community perspective

Purpose: to find out whether or not the community interventions that have been carried out to control arboviroses have been effective.

Method: a literature review based on collection and analysis of descriptive and comparative data related to the control of at least one of the following arboviroses: yellow fever, dengue fever, chikungunya, or zika, from a community perspective. The following databases were searched: Ovid/Medline(R), Pubmed, and Scielo, using search criteria that included original articles and revisions in English, Spanish, or Portuguese, published between 2013–2019, available on the Internet, in full text and with a free access.

Results: n= 11 studies showing that community interventions are effective in controlling arboviroses were selected. Such interventions resulted in an increased population's knowledge about arboviroses and an increased interest in participating in preventive measures, as well as a reduction in vector densities.

Conclusions: community interventions are effective and must be the fundamental axis in the control of arboviroses. Success in the prevention of arboviroses is based on community involvement, health education and how people's empowerment can control mosquito breeding sites.

Key words: arbovirus infections; community involvement; community health workers; health education; yellow fever; dengue; chikungunya virus; Zika virus.

Introducción

Las arbovirosis son un conjunto de enfermedades víricas febriles transmitidas por mosquitos que afectan a millones de personas en áreas tropicales y subtropicales de África, Asia y América principalmente (1-4). Hay unas 500 enfermedades producidas por arbovirus (5), pero las que tienen mayor incidencia son la fiebre amarilla, el dengue, la chikungunya y el zika. Estas enfermedades pueden ser transmitidas por varias especies de mosquitos, de esta forma Aedes aegypti actúa como vector de fiebre amarilla, dengue, chikungunya y zika; Aedes albopictus es vector de dengue, chikungunya y zika; y Aedes polynesiensis es vector del dengue. Por otra parte, la fiebre amarilla también puede ser transmitida por mosquitos del género Haemagogus. Las hembras de los mosquitos previamente mencionados ingieren los virus junto con la sangre de un portador infectado, ya sea una persona o un animal, y posteriormente, tras la infección del propio mosquito, inoculan el virus a otra persona al volver a ingerir sangre.

Estas enfermedades están dentro de las llamadas enfermedades desatendidas por su mayor incidencia entre las áreas más pobres del mundo y por su historia de no haber sido eficazmente atendidas por la comunidad internacional (6,7). Las mujeres y los niños son los más susceptibles y quienes más sufren sus consecuencias (8–10). Para mitigar el problema de las enfermedades desatendidas se requiere de profesionales sanitarios y un esfuerzo conjunto de la comunidad internacional (11).

Las enfermedades transmitidas por insectos vectores son complejas y dependen de la interacción de factores biológicos, ecológicos, sociales y económicos. Es decir, los determinantes de salud juegan un papel clave en la probabilidad de sufrir este tipo de enfermedades. En ausencia de vacunas (excepto para la fiebre amarilla), las estrategias de control vectorial junto con medidas preventivas personales pueden reducir la incidencia de estas enfermedades (12). Para alcanzar mejores resultados en el control vectorial es necesaria una participación comunitaria activa y realizar actividades de promoción de la salud (12,13). Como en muchos casos de problemas comunitarios de salud, el conocimiento y la actitud de la población juegan un papel clave y esto ocurre también en la implementación de medidas de control de las enfermedades transmitidas por vectores.

Cabe también señalar que la figura de la enfermera comunitaria sería la que se encargaría de este tipo de problemas en España; sin embargo, en países de bajos ingresos donde se dan la mayoría de estas enfermedades, la utilización de agentes comunitarios de salud ha sido la estrategia tomada para intentar solucionar el problema de la falta de profesionales. El uso de miembros de la comunidad para proporcionar servicios básicos de salud o información básica es un concepto que ha existido desde hace unos 50 años (14).

Desde el punto de vista epidemiológico, el virus chikungunya y el zika de origen africano se han extendido de forma generalizada por el continente americano desde 2013. Fue en Brasil donde comenzó la gran onda epidémica que se dispersó y expandió rápidamente por toda la América continental. En 2016, la Organización Mundial la Salud (OMS) reportó 69 países y territorios con transmisión vectorial. Además, 11 países habían notificado casos de transmisión de persona a persona, probablemente por vía sexual y 15 países reportaron casos de microcefalia y otras malformaciones del sistema nervioso central. Este brote fue considerado pandemia (15), y junto con la anterior epidemia causada por el virus del chikungunya (16) demuestra la gran capacidad de adaptación y dispersión de las arbovirosis mediadas por mosquitos.

Además, las arbovirosis son un grupo de enfermedades que solo pueden ser eliminadas con la participación de toda la sociedad y los diferentes gobiernos, con un control sanitario estricto y evitando el silencio epidemiológico (17-19). Los profesionales de la salud, en sus diferentes formas, pueden tener un papel clave en la prevención de las arbovirosis mediante la intervención comunitaria, haciendo que exista una participación comunitaria activa y real.

Los motivos citados anteriormente junto con la inexistencia de revisiones previas sobre este tema justifican la realización de una revisión bibliográfica sobre cómo se está abordando el problema de las arbovirosis desde la perspectiva comunitaria.

Los objetivos de esta revisión son conocer si las intervenciones comunitarias que se han llevado a cabo para lograr el control de las arbovirosis han sido efectivas y definir cuáles son los aspectos fundamentales para el control de las arbovirosis desde la perspectiva comunitaria.

Método

Diseño

Este trabajo es una revisión bibliográfica basada en la recolección y análisis descriptivo y comparativo de datos.

Estrategia de búsqueda

La búsqueda bibliográfica avanzada se llevó a cabo en las bases de datos Ovid/Medline(R), Pubmed y Scielo. Previamente se realizó la búsqueda de términos en el vocabulario estructurado y trilingüe DeCS-Descriptores en Ciencias de la Salud para encontrar los términos MeSH. Los términos obtenidos del DeCS se agruparon en tres subgrupos que aparecen a continuación y se buscaron en Ovid/Medline (R) y Pubmed en todos los campos.

Subgrupo 1: disease prevention, health promotion, primary prevention, health education, nurses, community health, community health nursing, community participation, community health workers.

Subgrupo 2: vector-borne, arboviruses, arbovirus infections, mosquito vectors, mosquito vectors, insect vectors, arthropod vectors, disease vectors.

Subgrupo 3: yellow fever, dengue, dengue virus, zika virus, zika virus infection, chikungunya virus, chikungunya fever, arboviruses, arbovirus infections.

Para la estrategia de búsqueda se combinaron los términos de cada subgrupo mediante el operador booleano OR y los subgrupos se combinaron con el operador AND (Anexo I).

En Pubmed se realizó una primera búsqueda idéntica a Medline y una segunda estrategia de búsqueda cuyos términos de búsqueda fueron: fiebre amarilla (yellow fever), dengue, zika virus, chikungunya virus, arbovirosis, *mosquito vectors*, combinados con el operador OR. Por otra parte se buscaron los términos: promoción de la salud (health promotion), educación para la salud (health education), agentes comunitarios de salud (community health workers), salud pública (public health), enfermería comunitaria (community health nursing), participación de la comunidad (community participation) combinados mediante el operador OR. Los resultados de estas dos búsquedas fueron a su vez combinadas mediante el operador AND. Finalmente también se buscaron revisiones bibliográficas en Pubmed siguiendo la misma estructura de búsqueda (Anexo II). Además se efectuó una búsqueda inversa a partir de las referencias de artículos seleccionados o de artículos similares sugeridos en las bases de datos.

La estrategia de búsqueda en Scielo se simplificó dado que las mismas estrategias seguidas en Medline y Pubmed no daban resultados (Anexo III).

Selección de estudios

Los criterios de inclusión aplicados fueron artículos originales y revisiones bibliográficas relacionados con el control de, al menos, una de las arbovirosis: fiebre amarilla, dengue, chikungunya o zika desde la perspectiva comunitaria y que evaluasen el impacto de las intervenciones en cuanto a la cantidad del vector, conocimientos y actitudes en la población, efectividad de las intervenciones o participación de la población. Además debían estar en inglés, español o portugués, publicados entre los años 2013 y 2019, disponibles en internet en texto completo y acceso libre. Inicialmente se obtuvieron n= 363 estudios, de los cuales al aplicar los criterios de búsqueda se seleccionaron n= 60, de estos se excluyeron aquellos que no cumplieron los términos de elegibilidad n= 28. Se evaluaron para elegibilidad n= 32 estudios de los cuales se excluyeron aquellos que no abordaban el tema en cuestión n= 18 y aquellos que obtuvieron una puntuación "baja" en la evaluación mediante el instrumento para la lectura crítica y la evaluación de estudios epidemiológicos (20) n= 3. (Figura 1). Tras la criba se realizó una lectura pormenorizada de los artículos seleccionados y se eligieron n= 11 estudios que aportaban información relevante para el objetivo de la revisión.

Resultados

De los estudios seleccionados n= 11, hay n= 6 que miden el impacto de las intervenciones en la cantidad del vector, ya sea mediante el índice de pupas por persona PPI, el container index CI (% recipientes infestados por larvas o pupas), el Breatou Index BI (número de recipientes infestados por cada 100 casas revisadas), el House Index HI (% de casas infestadas por larvas o pupas) o mediante la respuesta inmunológica en la población y además algunos de estos estudios también evalúan los conocimientos y las actitudes en la población (Tabla 1).

Por otra parte, hay n= 2 estudios seleccionados que evalúan exclusivamente el efecto de las intervenciones en los conocimientos y las actitudes de la población, n= 1 estudio que compara la efectividad entre dos tipos de trampas con la ayuda de la participación comunitaria, n= 1 estudio sobre la puesta en práctica de las intervenciones y n=1 estudio sobre el papel que puede tener la mujer en el control del vector y cuyos resultados se muestran a continuación (Tabla 2).

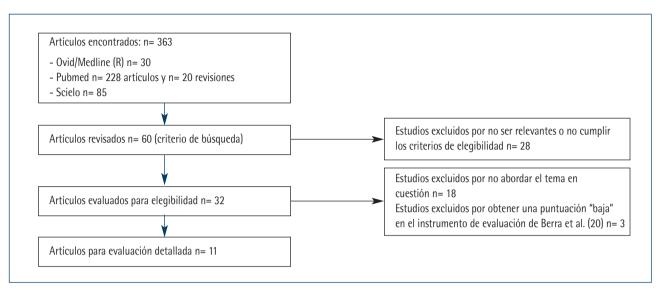


Figura 1. Diagrama de flujo

Autores y año	Enfermedad	Tipo de estudio metodología/intervención	Resultados	Evaluación del artículo Berra et al. (20)
Ouédraogo S, Benmarhnia T, Bonnet E, Somé P, Barro A, Kafando, et al. 2018 (21)	Dengue	 Artículo original. Ensayo controlado aleatorizado por conglomerados Intervención basada en la comunidad: identificación de líderes comunitarios, realización de actividades educativas en centros escolares, concursos, talleres y teatro Visitas a viviendas, retirada de recipientes susceptibles de actuar como criaderos de mosquitos 	Reducción de la cantidad del vector: PPI*: disminuyó de 162,14 a 99,03 Cl**: descendió de 17,56% a 14,43% Hl****: disminuyó de 32,04% a 21,36% Disminución de la exposición a picaduras (respuesta inmunológica): coeficiente: -0,08 [95% Cl -0,11 a-0,04]) La población incrementó su conocimiento sobre el dengue (tasa de riesgo [RR] 1,13 [95% Cl 1,01-1,27]) y sobre síntomas de enfermedades (RR 1,44 [95% Cl 1,22-1,69]) y tenían menor probabilidad de asociar dengue con malaria (RR 0,70 [95% Cl 0,58-0,84]) Incremento de las acciones contra los mosquitos (RR 1,42 [95% Cl 1,29-1,57]) y además usaban más redes antimosquitos (RR 1,31 [95% Cl 1,22-1,42])	Alta
Lin H, Liu T, Song T, Lin L, Xiao J, Lin J, et al. 2016 (22)	Dengue	 Artículo original. Análisis cualitativo. Actividades de educación para la salud con participación comunitaria. Formación a profesores de escuela y alumnos sobre el dengue. Control entomológico, inspección de casas, eliminación de sitios de cría 	Reducción de la cantidad del vector: • BI***: Se redujo de 10,88 a 2,11 • La tasa diaria de reducción de casos de dengue fue de 70,18% (95% IC: 66,06%, 74,88%), se estimó que se previnieron 22.348 casos	Alta

Autores y año	Enfermedad	Tipo de estudio metodología/intervención	Resultados	Evaluación del artículo Berra et al. (20)
Andersson N, Nava-Aguilera E, Arosteguí J, Morales-Pérez A, Suazo-Laguna H, Legorreta- Soberanis J, et al. 2015 (12)	Dengue	 Artículo original. Ensayo controlado aleatorizado por conglomerados Realización de talleres de marionetas, recogida en grupo de recipientes susceptibles de actuar como criaderos de mosquitos, introducción de peces en lagunas para eliminar larvas de mosquitos 	Reducción de la cantidad del vector: PPI: zona intervención: 9,2%, zona control: 17,5%, Valor P: 0,001 CI: zona intervención: 5,3%, zona control: 8,0%, Valor P: 0,001 BI: zona intervención: 19,7%, zona control: 30,2%, Valor P: 0,001 HI: zona intervenion: 13,6%, zona control: 19,6%, Valor P: 0,001 Disminución de la exposición a picaduras (respuesta inmunológica). Menor riesgo de infección por dengue en niños, reducción de riesgo relativo 29,5%, 95% IC a 3,8% 55,3% IC. Zona de intervención: 11,3%, zona control: 14,6% Valor P: 0,038. Disminución de casos de dengue (24,7% a 51,2%)	Media
Mitchell-Foster K, Ayala EB, Breilh J, Spiegel J, Wilches A, Leon T, et al. 2015 (23)	Dengue	 Artículo original. Ensayo controlado aleatorizado por conglomerados Los programas de prevención establecidos se usaron como tratamiento control en comparación con las zonas donde se incorporaron nuevos programas de educación para la salud y eliminación de recipientes susceptibles de actuar como criaderos 	Reducción de la cantidad del vector: • PPI: reducción en las zonas con intervención frente zonas control. Odds ratio: 2,2 95% IC 4,7 • BI: previo a intervención: 29,6. Post intervención: 1,7 • HI: previo a intervención: 13,0. Post intervención: 1,3	Alta
Basso C, da-Rosa E, Lairihoy R, Caffera R, Roche I, González C, et al. 2017 (24)	Dengue, chikungunya, zika	Artículo original. Ensayo controlado aleatorizado por conglomerados Recolección de recipientes susceptibles de actuar como criaderos, transmisión de mensajes a la población a través de medios de comunicación, actividades de educación para la salud en escuelas y asociaciones	 Reducción de la cantidad del vector: PPI: disminuyó 11 veces en las zonas de intervención, mientras que en las zonas control disminuyó cuatro veces, (P < 0,05) Zona de intervención: de 0,110 a 0,010, zona control de 0,050 a 0,013, diferencia descenso. Valor P: -0,06 (0,042) Cl: zona de intervención: de 5,15 a 0,97, zona control: de 7,54 a 1,83, diferencia descenso. Valor P: 1,52 (0,56) Bl: zona de intervención: de 7,09 a 1,89, zona control: de 10,72 a 3,07 diferencia descenso. Valor P: 2,45 (0,50) HI: zona de intervención: de 4,83 a 1,78, zona cotrol: de 8,45 a 2,71, diferencia descenso. Valor P: 2,68 (0,30) 	Alta

Tabla 1. Estudios sobre el impacto de las intervenciones comunitarias en la densidad del vector, conocimientos y actitudes de la población <i>(continuación)</i>							
Autores y año	Enfermedad	Tipo de estudio metodología/intervención	Resultados	Evaluación del artículo, Berra et al. (20)			
Caprara A, Oliveira-Lima J, Rocha-Peixoto A, Vasconcelos- Motta C, Soares-Nobre J, Sommerfeld J, Kroeger A. 2015 (25)	Dengue	 Artículo original. Ensayo controlado aleatorizado por conglomerados. Estudio entomológico previo a la intervención Recogida de recipientes susceptibles de actuar como criaderos, organización de reuniones, talleres y seminarios con escolares y ancianos. Distribución de materiales informativos 	 Reducción de la cantidad del vector: PPI: temporada seca: Zona intervención: 0,0229, zona control: 0,0104 Temporada lluvias: zona intervención: 0,0292, zona control: 0,0539 Valor P: 0,023 CI: temporada seca, zona intervención: 0,1799 zona control: 0,1625 Temporada lluvias, zona intervención: 0,2228 zona control: 0,7157 Valor P: 0,020 BI: Temporada seca: zona intervención: 1,5991, zona control: 1,0278 Temporada lluvias, zona intervención: 2,4646, zona control: 4,3158 Valor P: 0,014 HI: temporada seca: zona intervención: 1,2944, zona control: 0,8383 Temporada lluvias, zona intervención: 2,0497, zona control: 3,1664 Valor P: 0,029 	Alta			

^{*} PPI Índice de pupas por persona

Tema de estudio	Autores	Enfermedad	Tipo de estudio intervención	Resultados	Evaluación del artículo Berra et al (20)
Evalúación de conocimientos y actitudes de la población tras la intervención	George L, Aswathy S, Paul N, Leelamoni K. 2017 (26)	Dengue	 Artículo original Ensayo controlado aleatorizado por conglomerados Las intervenciones consistieron en distribución de panfletos, realización de seminarios y actividades de role play, emisión de mensajes en los medios de comunicación y visitas a viviendas llevadas a cabo por personal sanitario 	 Incremento no significativo en el conocimiento de los mecanismos de transmisión (84,4 % to 88,4%) Cambio no significativo en la actitud de la población respecto a que la prevención del dengue no es solo un asunto de los trabajadores de la salud, sino de cada miembro de la comunidad (p= 0,001) 	Alta

^{***} Cl Container Index: % recipientes infestados por larvas o pupas
**** Bl Breatou Index: número de recipientes infestados por cada 100 casas revisadas
***** Hl House index: % de casas infestadas por larvas o pupas.

Tabla 2. Estudios sobre la evalúación de conocimientos y actitudes, comparación de la efectividad entre trampas con la participación de la población, puesta en práctica de las intervenciones y papel de las mujeres en el control vectorial *(continuación)*

vectorial (contin	uación)			vectorial (continuación)						
Tema de estudio	Autores	Enfermedad	Tipo de estudio intervención	Resultados	Evaluación del artículo, Berra et al. (20)					
	Kumar V, Rathi A, Lal P, Goel S. 2018 (13)	Dengue y malaria	 Artículo original Estudio transversal Evaluación de conocimientos sobre dengue y malaria en maestros de escuela tras realización de taller formativo 	 Mejora significativa en los conocimientos de los profesores de escuela tras la intervención El éxito del control de las arbovirosis depende no solo de los servicios proporcionados por las autoridades sanitarias, sino también del conocimiento y de la prevención por parte de la población Evidencia la necesidad de mejorar el conocimiento y las prácticas preventivas respecto a las arbovirosis, especialmente con la colaboración de los maestros de escuela como educadores en salud 	Media					
Comparación de la efectividad entre trampas para huevos y larvas de mosquitos con la participación de la población	Ulibarri G, Betanzos A, Betanzos M, Rojas J. 2017 (27)	Dengue, chikungunya y zika	 Artículo original, descriptivo cualitativo Formación de personal local en control vectorial Colocación de trampas para eliminar huevos de mosquitos (ovillantas) Comparación de la efectividad de las trampas convencionales respecto a las ovillantas Formación online sobre control vectorial a trabajadores 	 El número de huevos en las ovillantas localizadas en las zonas de intervención fue significativamente superior al número de huevos encontrados en las zonas control con trampas covencionales Se apreció interés en la población y particularmente en las mujeres por conocer como funcionan las ovillantas y participar en su mantenimiento 	Media					
Puesta en práctica de las intervenciones comuntarias	Saré D, Pérez D, Somé P, Kafando Y, Barro A, Ridde V. 2018 (28)	Dengue	 Artículo original. Análisis cualitativo utilizando un único caso de estudio Evaluación de la puesta en práctica de una intervención mediante entrevistas semiestructuradas Objetivo: aumentar el conocimiento de la población sobre las arbovirosis y las medidas de protección contra los mosquitos en el ámbito tanto individual como colectivo, así como reducir la densidad de mosquitos 	 El abordaje comunitario permite un mayor empoderamiento, pero es necesario fortalecer la capacidad de la comunidad a través de un cambio comportamental Realizar adaptaciones de las intervenciones al contexto mejora la puesta en práctica de la intervención y que ésta sea más eficaz 	Media					

Tabla 2. Estudios sobre la evalúación de conocimientos y actitudes, comparación de la efectividad entre trampas con la participación de la población, puesta en práctica de las intervenciones y papel de las mujeres en el control vectorial *(continuación)*

Tema de estudio	Autores	Enfermedad	Tipo de estudio intervención	Resultados	Evaluación del artículo, Berra et al. (20)
Participación de las mujeres en el control vectorial	Gunn JK, Ernst KC, Center KE, Bischoff K, Nuñez A, Huynh M, et al. 2018 (29)	Dengue, malaria y otras enfermedades transmisibles	Revisión sistemática	 Las mujeres participan en la educacion, en la identificación y destrucción del hábitat de los vectores y en la reducción de la densidad del vector Además, los programas de control vectorial pueden beneficiarse de la participación de las mujeres puesto que estas pueden crear oportunidades de desarrollo económico así como porporcionar acceso a comunidades que de otra forma sería complicado de acceder 	Media

Los estudios revisados muestran que las intervenciones comunitarias son efectivas en el control de las arbovirosis (12,13,21-24,26,27). Estas produjeron un aumento del conocimiento de la población sobre las arbovirosis y de su interés en participar en acciones preventivas (13,21,25,27), así como una reducción en las densidades del vector (12,20,22-24) y de la exposición de la población al vector (21).

Las intervenciones que describen los estudios, llevadas a cabo con la comunidad, comprenden a escolares, ancianos, hombres, mujeres y actividades como visitas a viviendas, talleres, seminarios, teatro, fiestas, juegos comunitarios, competiciones y recogida de recipientes susceptibles de actuar como criaderos.

Por otra parte, los artículos indican que la participación comunitaria puede ser más económica y eficaz que la actividad rutinaria de uso de larvicidas e insecticidas sin participación comunitaria (12,24,25). En el control de las arbovirosis juega un papel fundamental la integración de la mujer, ya que esta puede crear oportunidades de desarrollo económico así como porporcionar acceso a comunidades que de otra forma sería complicado acceder (29). Además, la evidencia sugiere que existe la necesidad de mejorar el conocimiento y las prácticas preventivas respecto a las arbovirosis y su control en la comunidad, especialmente con la colaboración de los maestros de escuela como educadores en salud (13), así como de adaptar las intervenciones a la población para mejorar la eficacia (28).

Discusión y conclusiones

Se evidencia que las intervenciones comunitarias, especialmente la educación para la salud, son efectivas en el control de las arbovirosis al poder reducir las densidades del vector y aumentar los conocimientos y la participación de la población (12,13,21-26). La población tiene un papel fundamental en la adopción de medidas preventivas que promuevan la reducción de los sitios de cría del vector, que es según indica la Organización Mundial de la Salud (OMS) la medida fundamental para lograr y mantener la reducción de las arbovirosis (30). Por ello, la mayoría de los artículos seleccionados coinciden en promover la recogida de recipientes susceptibles de actuar como criaderos de mosquitos mediante la participación activa de la comunidad (12,21-25,29).

Todos los estudios seleccionados coinciden también en la importancia de la educación para la salud para mejorar el conocimiento y las prácticas preventivas respecto a las arbovirosis (12,13,21-29) y especialmente el papel de los maestros de escuela (13). Por otra parte, hay que decir que no siempre un mayor conocimiento implica la puesta en práctica de las acciones preventivas (31) y que hay variabilidad en las actividades de educación para la salud llevadas a cabo en los estudios.

Cabe destacar también el papel que las mujeres pueden tener en el control de las arbovirosis al crear oportunidades de desarrollo económico o facilitar el acceso a ciertas comunidades (29) y, sin embargo, solo se encontró un estudio al respecto. Además, los trabajos sugieren una mayor participación e interés de estas (13,27,29).

Por otra parte, la heterogeneidad de los estudios en cuanto a diseño y objetivos ha dificultado el análisis de los contenidos e intervenciones. Los estudios que midieron el efecto de los conocimientos de la población lo hicieron mediante pre y post-tests (13,21,26), mientras que los estudios que midieron los efectos de las intervenciones sobre la cantidad del vector lo hicieron calculando alguno de los índices: PPI, CI, BI, HI (12,21-25) o mediante la respuesta inmunológica en la población (12,21). Todo ello conlleva una gran variabilidad, que añadida a las diferencias en cuanto a las características ambientales del lugar de estudio, las diferencias culturales y económicas de las poblaciones y las épocas en que se realizaron los estudios (época seca o lluviosa), hacen que una comparación directa de resultados sea complicada. Además, esto se acentúa porque las intervenciones comunitarias llevadas a cabo en los diferentes estudios eran muy diversas tanto en el tipo de actividad como en su duración. Algunas de las intervenciones comprendían varias actividades simultáneamente como seminarios, talleres con escolares y asociaciones, recogida de recipientes susceptibles de actuar como criaderos, juegos, teatro, visitas a viviendas, difusión de información en medios de comunicación, formación a actores clave como maestros de escuela entre otras.

Es preciso indicar también que no todos los estudios seleccionados trataban sobre las mismas arbovirosis. De los n= 11 estudios seleccionados, n= 7 estudios trataban exclusivamente sobre el dengue y los demás incluían a varias arbovirois. Es decir, la mayoría de los estudios con componente comunitario eran sobre el dengue; sin embargo, en muchas de las zonas de estudio coexisten varias arbovirosis que además pueden tener síntomas muy parecidos lo que hace difícil su diagnóstico. Hay que tener también en cuenta que existen varias especies de mosquitos que pueden transmitir varias de las arbovirosis y que a su vez estas especies de mosquitos podrían tener diferentes hábitos comportamentales que pudieran repercutir en la eficacia de las medidas preventivas.

En cuanto al número de artículos que abordan el problema de las arbovirosis desde la perspectiva comunitaria cabe mencionar que es bastante reducido, no se han encontrado revisiones bibliográficas centradas en el aspecto comunitario de las arbovirosis por lo que este trabajo es el punto de partida.

Como conclusiones, y en función de la escasez de estudios obtenidos, se propone la continuación de la realización de estudios en todos los ámbitos referentes al control de la arbovirosis desde la perspectiva comunitaria. Se hace más patente esta necesidad en trabajos sobre el papel de la mujer en la prevención de las arbovirosis dado la importante función que desempeña. Se hace inevitable también mencionar que no solo es necesario ampliar las líneas de investigación futuras, sino que las evidencias aportadas por los estudios ya realizados sean incorporadas a las políticas públicas para poder así hacer frente de forma efectiva al control de las arbovirosis.

Bibliografía

- [1] Chippaux J, Chippaux A. Yellow fever in Africa and the Americas: a historical and epidemiological perspective. The journal of venomous animals and toxins including tropical diseases 2018; 24, 20. Doi:10.1186/s40409-018-0162-y
- [2] Bhatt S, Gething PW, Brady OJ, Messina JP, Farlow AW, Moyes CL, et.al. The global distribution and burden of dengue. Nature. 2013 Apr 25; 496(7446):504–7. Doi: 10.1038/nature12060.
- [3] Petersen L, Powers, A. Chikungunya: epidemiology F1000Res. 2016 Jan 19;5. pii: F1000 Faculty Rev-82. Doi: 10.12688/f1000research.7171.1. eCollection 2016.
- [4] Pan American Health Organization. PAHO/WHO Regional research agenda related to Zika virus infection. Development of a research agenda for characterizing the Zika outbreak and its public health implications in the Americas [internet]. Washington, DC: PAHO; 2016. [cited 16 Nov 2019]. Available from: http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/28285
- [5] Lopes N, Nozawa C, Linhares R. Características gerais e epidemiologia dos arbovírus emergentes no Brasil. Revista Pan-Amazônica de Saúde 2014; 5(3):55-64. Doi: 10.5123/S2176-62232014000300007.
- [6] Harris M, Reza J. Global report for research on infectious diseases of poverty. Geneva: World Health Organization; 2012. [cited 16 Nov 2019]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44850/9789241564489_eng.pdf;jsessionid=25F4901F5F86E51A6CDD94712B58E83B?sequence=1
- [7] Hotez P, Ottesen E, Fenwick A, Molyneux D. The neglected tropical diseases: The ancient afflictions of stigma and poverty and the prospects for their control and elimination. Advances in Experimental Medicine and Biology 2006; 582:23–33. Doi:10.1007/0-387-33026-7_3

- [8] McDonald M. Neglected tropical and zoonotic diseases and their impact on women's and children's health. In: The Causes and Impacts of Neglected Tropical and Zoonotic Diseases: Opportunities for Integrated Intervention Strategies. National Academies Press (US) [internet] 2011 [cited 16 Nov 2019]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK62515/
- [9] Hotez P, Kamath A. Neglected tropical diseases in sub-Saharan Africa: Review of their prevalence, distribution, and disease burden. PLoS Neglected Tropical Diseases 2009; 3(8):e412. Doi:10.1371/journal.pntd.0000412
- [10] Hotez J. Stigma: The stealth weapon of the NTD. PLoS Neglected Tropical Diseases; 2008, 2(4),e230. Doi:10.1371/journal.pntd.0000230
- [11] Parfitt B. Health reform: The human resource challenges for Central Asian Commonwealth of Independent States (CIS) countries. Collegian [internet] 2009 [cited 16 Nov 2019]; 16(1).35-40. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19388425
- [12] Andersson N, Nava-Aguilera E, Arosteguí J, Morales-Pérez A, Suazo-Laguna H, Legorreta-Soberanis J, et al. Evidence based community mobilization for dengue prevention in Nicaragua and México (Camino Verde, the Green Way): cluster randomized controlled trial. BMJ. 2015; 351, h3267. Doi: 10.1136/bmj.h3267
- [13] Kumar V, Rathi A, Lal P, Goel S. Malaria and dengue: Knowledge, attitude, practice, and effect of sensitization workshop among school teachers as health educators. Journal of family medicine and primary care 2018; 7(6):1368. Doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_184_18
- [14] Lehman U, Sanders D. Community health workers: What do we know about them? The state of the evidence on programmes, activities, costs and impact on health outcomes of using community health workers. World Health Organization: Evidence and Information for Policy, 2007. Department of Human Health 1-42 [internet] [cited 16 Nov 2019]. Available from https://www.who.int/hrh/documents/community_health_workers.pdf
- [15] World Health Organization. Zika Strategic Response Plan Quarterly Update (No. WHO/ZIKV/SRF/16.4) [internet]. Geneva: World Health Organization; 2016. [cited 16 Nov 2019]. Available from https://apps.who.int/iris/handle/10665/250626
- [16] Le Parc-Goffart I, Nougairede A, Cassadou S. Chikungunya in the Americas. The Lancet; 2014. 383(9916):514. Doi:10.1016/S0140-6736(14)60185-9
- [17] Ochoa-Ortega M, Casanova-Moreno M, Díaz-Domínguez M. Análisis sobre el dengue, su agente transmisor y estrategias de prevención y control. AMC [internet]. 2015 Abr [citado 16 nov 2019]; 19(2):189-202. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552015000200013&Ing=es.
- [18] Betancourt-Cravioto M, Kuri-Morales P, González-Roldán J, Tapia-Conyer R, Mexican Dengue Expert Group. Introducing a dengue vaccine to Mexico: development of a system for evidence-based public policy recommendations. PLoS neglected tropical diseases 2014. 8(7): e3009. Doi: 10.1371/journal.pntd.0003009
- [19] Valencia-Mendoza A, Danese-dlSantos L, Sosa-Rubí S, Aracena-Genao B. Costo-efectividad de prácticas en salud pública: revisión bibliográfica de las intervenciones de la Iniciativa Mesoamericana de Salud. Salud Pública de México [internet] 2011 [citado 16 nov 2019]; 53:s375-s385. Disponible en: https://www.scielosp.org/article/spm/2011.v53suppl3/s375-s385/.
- [20] Berra S, Elorza-Ricart JM, Estrada MD, Sánchez E. Instrumento para la lectura crítica y la evaluación de estudios epidemiológicos transversales. Gac Sanit [internet] 2008 [citado 16 nov 2019]; 22(5):492-7. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/gs/v22n5/nota1.pdf
- [21] Ouédraogo S, Benmarhnia T, Bonnet E, Somé P, Barro A, Kafando Y, et al. Evaluation of Effectiveness of a Community-Based Intervention for Control of Dengue Virus Vector, Ouagadougou, Burkina Faso. Emerging infectious diseases 2018. 24(10):1859. Doi: 10.3201/eid2410.180069
- [22] Lin H, Liu T, Song T, Lin L, Xiao J, Lin J, et al. Community Involvement in Dengue Outbreak Control: An Integrated Rigorous Intervention Strategy. PLoS Negl Trop Dis 2016; 10(8):e0004919. Doi: 10.1371/journal.pntd.0004919.
- [23] Mitchell-Foster K, Ayala EB, Breilh J, Spiegel J, Wilches A, Leon T, et al. Integrating participatory community mobilization processes to improve dengue prevention: an eco-bio-social scaling up of local success in Machala, Ecuador. Transactions of The Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene 2015; 109(2):126-33. Doi: 10.1093/trstmh/tru209.
- [24] Basso C, da-Rosa E, Lairihoy R, Caffera R, Roche I, González C, et al. Scaling up of an Innovative Intervention to Reduce Risk of Dengue, Chikungunya, and Zika Transmission in Uruguay in the Framework of an Intersectoral Approach with and without Community Participation. The American journal of tropical medicine and higiene 2017; 97(5):1428-36. Doi: 10.4269/ajtmh.17-0061
- [25] Caprara A, Oliveira-Lima J, Rocha-Peixoto A, Vasconcelos-Motta C, Soares-Nobre J, Sommerfeld J, et al. Entomological impact and social participation in dengue control: a cluster randomized trial in Fortaleza, Brazil. Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene 2015; 109(2):99-105. Doi: 10.1093/trstmh/tru187
- [26] George L, Aswathy S, Paul N, Leelamoni K. Community based interventional study on dengue awareness and vector control in a rural population in Ernakulam, Kerala. International Journal of Community Medicine snd Public Health 2017; 4(4):962–7. Doi: 10.18203/2394-6040.ijcmph20170984.

Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria • Vol. 12 - nº 2 diciembre 2019-mayo 2020

- [27] Ulibarri G, Betanzos A, Betanzos M, Rojas J. Preliminary results on the control of in a Aedes spp. remote Guatemalan community vulnerable to dengue, chikungunya and Zika virus: community participation and use of low-cost ecological ovillantas for mosquito control. F1000 Research 2017. Doi: 10.12688/f1000research.8461.1
- [28] Saré D, Pérez D, Somé P, Kafando Y, Barro A, Ridde V. Community-based dengue control intervention in Ouagadougou: intervention theory and implementation fidelity. Global health research and policy 2018; 3(1):21. Doi: 10.1186/s41256-018-0078-7
- [29] Gunn JK, Ernst KC, Center KE, Bischoff K, Núñez A, Huynh M, et al. Current strategies and successes in engaging women in vector control: a systematic review. BMJ global health; 2018. 3(1)e000366. Doi: 10.1136/bmjgh-2017-000366
- [30] World Health Organization. Global strategy for dengue prevention and control 2012–2020. WHO/Department of Control of Neglected Tropical Diseases 2012 WHO/HTM/NTD/VEM/2012.5. [internet] [cited 16 Nov 2019]. Available from: https://www.who.int/denguecontrol/resources/9789241504034/en/
- [31] Kumaran E, Doum D, Keo V, Sokha L, Sam B, Chan V, et al. Dengue knowledge, attitudes and practices and their impact on community-based vector control in rural Cambodia. PLoS neglected tropical diseases 2018; 12(2):e0006268. Doi: 10.1371/journal.pntd.0006268

Anexo I

1 º	Cadena de búsqueda	Nº resultados referencias	
1	disease prevention.af.	2.676	
2	health promotion.af.	7.040	
3	Primary prevention.af.	1.576	
4	health education.af.	4.005	
5	Nurses,Community Health.af.	23	
6	Community Health Nursing.af.	166	
7	Community participation.af.	524	
8	Community Health workers.af.	486	
9	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8	14.822	
10	vector-borne.af.	1.106	
11	arboviruses.af.	356	
12	arbovirus infections.af.	58	
13	mosquito vectors.af.	568	
14	insect vectors.af.	715	
15	arthropod vectors.af.	97	
16	disease vectors.af.	291	
17	10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16	2.617	
18	Yellow fever.af.	367	
19	Dengue.af.	1.694	
20	dengue virus.af.	793	
21	zika virus.af.	1.156	
22	zika virus infection.af.	585	
23	Chikungunya virus.af.	268	
24	chikungunya fever.af.	143	
25	arboviruses.af.	356	
26	arbovirus infections.af.	58	
27	18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26	3.021	
28	9 and 17! and 27	30	

Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria • Vol. 12 - nº 2 diciembre 2019-mayo 2020

Anexo II

Estrategia búsqueda	Cadena de búsqueda	Nº resultados referencias
1º (idem a Medline)	[(((((((((((((((((((((((((((((((((((((6.031
2ª	("yellow fever"[MeSH Terms] OR "dengue"[MeSH Terms] OR "zika virus"[MeSH Terms] OR "chikungunya virus"[MeSH Terms] OR "arboviruses"[MeSH Terms] AND ((((("health promotion"[MeSH Terms] OR ("health"[All Fields] AND "promotion"[All Fields]) OR "health promotion"[All Fields]) OR ("health promotion"[All Fields]) OR ("health education"[MeSH Terms] OR ("health"[All Fields] AND "education"[All Fields]) OR "health education"[All Fields]) OR ("community health workers"[MeSH Terms] OR ("community"[All Fields] AND "health"[All Fields] AND "workers"[All Fields]) OR "community health nursing"[MeSH Terms] OR ("community"[All Fields] AND "health"[All Fields] AND "nursing"[All Fields]) OR "community health nursing"[All Fields]) OR (("residence characteristics"[MeSH Terms] OR ("residence"[All Fields] AND "characteristics"[All Fields]) OR "residence characteristics"[All Fields] OR "community"[All Fields]) OR "community [All Fields]) OR "community participation"[MeSH Terms] OR ("community"[All Fields] AND "participation"[All Fields]) OR "community participation"[All Fields]) OR "community participation"[All Fields]) AND ("loattrfree full text"[sb] AND "2014/02/24"[PDat] : "2019/02/01"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms])	228
Revisiones	("yellow fever"[MeSH Terms] OR "dengue"[MeSH Terms] OR "zika virus"[MeSH Terms] OR "chikungunya virus"[MeSH Terms] OR "arboviruses"[MeSH Terms]) AND ([(((("health promotion"[MeSH Terms] OR ("health"[All Fields] AND "promotion"[All Fields]) OR "health promotion"[All Fields]) OR ("health education"[MeSH Terms] OR ("health"[All Fields] AND "education"[All Fields]) OR "health education"[All Fields]) OR ("community health workers"[MeSH Terms] OR ("community"[All Fields]) AND "health"[All Fields] AND "workers"[All Fields]) OR "community health nursing"[MeSH Terms] OR ("community"[All Fields]) OR "community health nursing"[MeSH Terms] OR ("residence characteristics"[MeSH Terms] OR ("residence"[All Fields]) OR "community health nursing"[All Fields])) OR "community health nursing"[All Fields]) OR "residence characteristics"[MeSH Terms] OR ("residence"[All Fields] AND "characteristics"[All Fields]) OR "residence characteristics"[All Fields]) OR "community"[All Fields]) OR "community"[All Fields]) OR "community"[All Fields]) OR "community"[All Fields]) OR "community participation"[All Fields]) OR "community participation"[All Fields])) AND "loattrfree full text"[sb] AND "2014/02/24"[PDat]: "2019/02/01"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms])	20

Anexo III

Estrategia de búsqueda en Scielo					
Cadena de búsqueda	Nº resultados referencias				
(community) AND (yellow fever)	3				
(community) AND (chikungunya)	10				
(community) AND (dengue)	63				
(community) AND (zika)	9				
Total	85				

Que tu alegría se multiplique por eliz Navidad!

grupoparadigma