



# **IV Congreso Internacional de Promoción de la Salud**

## **Actas del congreso**



Universidad de  
Oviedo



Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra Derivada (by-nc-nd): No se permite un uso comercial de la obra original ni la generación de obras derivadas.



Usted es libre de copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, bajo las condiciones siguientes:



Reconocimiento – Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el licenciador:

María del Mar Fernández Álvarez y Rubén Martín Payo (coords.) (2022). IV Congreso Internacional de Promoción de la Salud. Libro de actas. Universidad de Oviedo.

La autoría de cualquier artículo o texto utilizado del libro deberá ser reconocida complementariamente.



No comercial – No puede utilizar esta obra para fines comerciales.



Sin obras derivadas – No se puede alterar, transformar o generar una obra derivada a partir de esta obra.

© 2022 Universidad de Oviedo

© Los autores

Algunos derechos reservados. Esta obra ha sido editada bajo una licencia Reconocimiento-No comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional de Creative Commons.

Se requiere autorización expresa de los titulares de los derechos para cualquier uso no expresamente previsto en dicha licencia. La ausencia de dicha autorización puede ser constitutiva de delito y está sujeta a responsabilidad.

Consulte las condiciones de la licencia en: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode.es>

Servicio de Publicaciones de la Universidad de Oviedo

Edificio de Servicios - Campus de Humanidades

ISNI: 0000 0004 8513 7929

33011 Oviedo - Asturias

985 10 95 03 / 985 10 59 56

[servipub@uniovi.es](mailto:servipub@uniovi.es)

[www.publicaciones.uniovi.es](http://www.publicaciones.uniovi.es)

ISBN: 978-84-18482-66-3

# ÍNDICE

---

## Comunicaciones orales

**Los mayores y el uso de internet. Un análisis de los efectos sobre el bienestar** 6-12  
Ana Suárez Álvarez, María Rosalía Vicente.

**Adherencia a recomendaciones relacionadas con alimentación y actividad física en personas con diagnóstico de diabetes tipo 2 del área sanitaria 6 de Asturias.** 13-18  
Sara Padrino Ojea, Cristina Suárez Lada, Cristina Papín Cano, Rubén Martín Payo.

**Empoderamiento y promoción de la salud del trabajador. Consejo médico y digitalización** 19-50  
Patricia Sirgo Granda.

**Eficacia de un programa para dejar de fumar dirigido a personas con sobrepeso u obesidad: resultados secundarios de un estudio controlado aleatorizado.** 51-59  
Gloria García-Fernández, Andrea Krotter, Ángel García-Pérez, Gema Alonso- Diego, Sara Weidberg-López, Roberto Secades-Villa.

**No estás solo. Formación continuada un reto en tiempos de Covid.** 60-79  
Mayda Mercedes Martínez Miranda, José Antonio Cernuda Martínez.

**Promocionar la lactancia materna desde la escuela. Estudio piloto.** 80-90  
Marta Costa Romero, Teresa González Martínez, Purificación de Lucas Valbuena, Elena Méndez Trelles.

# Póster

- Promoción de la Salud Mental en el alumnado de Marina Civil.** 92-95  
D. Menéndez-Teleña, L. A. Díaz-Secades, F. Crestelo Moreno, V. Soto-López, A. Tablón-Vega, C. Roces Montero.
- PEDIACTIVA: Proyecto de promoción de actividad física desde la consulta de enfermería pediátrica.** 96-100  
Sheila María Martínez Tahoces, Raúl Majo García, Raisa Navarro Fernandez, Ana María Rivero Rodriguez, Cristina Díez Flecha, Eva Galván Grande.
- Es el tiempo de la Promoción de la Salud en los Trabajadores Sanitarios.** 101-104  
Raúl Majo García, Cristina Díez Flecha, Sheila María Martínez Tahoces, Rosa María León Andrés, María Paredes Serrano.
- Detección temprana de enfermedades asociadas a la marcha mediante tecnología edge computing en entorno extraclínico.** 105-108  
Fidel Díez Díaz, Pelayo Quirós, Sonia García Fernández, Ignacio Pedrosa.
- Prevalencia de riesgo cardiovascular en la población adulta joven de 4 zonas básicas de salud del área sanitaria III.** 109-112  
María Concepción Martínez Sexto, Laura Crespo Fernández, Beatriz Sánchez Pérez, Rocío Magdaleno García.
- Mejora continua del programa Escuela de Salud Navarra a través de la autoevaluación de la calidad en Promoción de la Salud.** 113-116  
Luisa Iribarren López, Mikele Jauregui Elso, Alba Gasque Satrústegui.

# Comunicaciones orales





## **IV Congreso Internacional de Promoción de la Salud**

**17-18 junio 2022**

# **Los mayores y el uso de Internet. Un análisis de los efectos sobre el bienestar**

**Ana Suárez Álvarez<sup>1</sup>, María R. Vicente<sup>2</sup>.**

<sup>1</sup> Dpto. Economía Aplicada, Universidad de Oviedo; suarezaana@uniovi.es

<sup>2</sup> Dpto. Economía Aplicada, Universidad de Oviedo; mrosalia@uniovi.es

**Introducción:** Durante los últimos años, distintas instituciones europeas vienen insistiendo en la importancia de aprovechar el potencial de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) para fomentar el envejecimiento activo entre los mayores. Para lograr este reto es necesario, por un lado, superar la brecha digital que existe por motivos de la edad, y por el otro lado, comprender bien los efectos que el uso de internet tiene sobre el bienestar de los mayores.

**Objetivo:** El objetivo de este trabajo se centra en el último de estos dos aspectos, y así estudia la relación entre la edad, el uso de las TIC, y el bienestar de los individuos, con especial atención a las personas de mayor edad.

**Metodología:** Nuestro análisis emplea microdatos para España de la Encuesta Social Europea (ESS) de los años 2016 y 2018. La ESS incluye información sobre el bienestar subjetivo y el uso de internet, incluida la frecuencia. A partir de esta información, se estiman modelos de regresión lineal donde la variable dependiente es el nivel de bienestar percibido por cada individuo y como independientes el uso de internet y su interacción con la edad, además de las variables de control tradicionales en la literatura sobre el bienestar.

**Resultados:** Frente a la tradicional relación de tipo U-invertida entre los niveles de bienestar y la edad que se encuentra en la literatura, nuestros resultados evidencian una relación inversa para el caso de España en el periodo estudiado. En cuanto a la entre el uso de internet y los niveles de bienestar percibidos por los mayores, se observa que si bien ésta no es significativa cuando los niveles de bienestar se miden en términos de felicidad y satisfacción con la vida, sí que lo es y con signo positivo cuando se considera la actividad social.

**Conclusiones:** Los mayores que usan internet muestran un mayor nivel de participación en actividades sociales frente aquellos que no lo usan.

*Palabras clave:* internet, bienestar, mayores, tecnologías de la información y la comunicación (TIC).

## **Introducción y objetivos:**

Durante los últimos años, distintas instituciones europeas vienen insistiendo en la importancia de aprovechar el potencial de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) para fomentar el envejecimiento activo entre los mayores. Para lograr este reto es necesario, por un lado, superar la brecha digital que existe por motivos de la edad, y por el otro lado, comprender bien los efectos que el uso de internet tiene sobre el bienestar de los mayores.

El objetivo de este trabajo se centra en el último de estos dos aspectos, y así estudia la relación entre la edad, el uso de las TIC, y el bienestar de los individuos, con especial atención a las personas de mayor edad en la población española.

Consideramos interesante analizar España ya que es el país con la mayor esperanza de vida de la UE (1), lo que a su vez le llevará a tener la mayor proporción de población mayor de 60 años de Europa y la segunda mayor del mundo en 2050 (2). Asimismo, se espera que la tasa de dependencia de la tercera edad aumente en más de un 30% en 2070 (3,4).

## **Metodología:**

Nuestro análisis emplea microdatos para España de la Encuesta Social Europea (ESS) de los años 2016 y 2018. La ESS incluye información sobre el bienestar subjetivo y el uso de internet, incluida la frecuencia. A partir de esta información, se estiman modelos de regresión lineal donde la variable dependiente es el nivel de bienestar percibido por cada individuo y como independientes el uso de internet y su interacción con la edad, además de las variables de control tradicionales en la literatura sobre el bienestar.

Como variables dependientes, se utilizan dos tipos de variables para medir el bienestar de los individuos: (1) variables que miden los niveles de felicidad y satisfacción percibidas por las personas y (2) variables que miden la percepción subjetiva de los individuos sobre su vida social.



La Tabla I muestra las estadísticas descriptivas de las principales variables utilizadas en nuestros análisis. La variable “Internet diario” toma valor 1 cuando el individuo utiliza internet todos o casi todos los días. La variable “Felicidad” es una variable con once categorías, según el nivel de felicidad subjetiva de los individuos (de 0 muy infelices a 10 extremadamente felices). La variable “Satisfacción” cuenta también con once categorías según el nivel de satisfacción con la vida de los individuos (de 0 muy insatisfechos a 10 extremadamente satisfechos. La variable “Quedar con amigos” mide la frecuencia con la que las personas quedan con amigos, familiares o compañeros de trabajo, cuenta con siete categorías (de 1 nunca a 7 todos los días). La variable “Comentar asuntos personales” mide con cuántas personas puede el encuestado comentar asuntos personales e íntimos, tiene siete categorías (de 0, ninguna a 6, diez o más personas). Por último, la variable “Actividades sociales” mide la frecuencia con la que las personas participan en actividades sociales comparado con otras personas de su edad, tiene cinco categorías (de 1, mucho menos a 5 mucho más).

Tabla I. Estadísticas descriptivas sobre las principales variables utilizadas.

	Internet diario	Felicidad	Satisfacción	Quedar con amigos	Comentar asuntos personales	Actividades sociales
Media	0.7	7.7	7.4	5.3	3.1	2.7
Desviación típica	0.5	1.7	1.9	1.5	1.4	0.9
Mediana	1	8	8	6	3	3
Máximo	1	10	10	7	6	5
Mínimo	0	0	0	1	0	1

## Resultados:

A continuación, se muestra un resumen de los resultados para los dos tipos de variables dependientes utilizadas.

En la Tabla II se presentan los resultados para las variables dependientes sobre felicidad y satisfacción, donde se puede observar que la variable de interacción "Internet diario x Edad" es significativa y tiene un efecto positivo sobre el bienestar de los individuos.

La Tabla III muestra los resultados sobre los efectos de las variables consideradas en la vida social de los individuos y se observa que en este caso la variable de interacción Internet diario x Edad es también significativa y tiene también un efecto positivo sobre la vida social de los individuos.

En cuanto a las variables Edad y Edad<sup>2</sup>, ambas son significativas, mostrando el coeficiente de la primera un signo negativo mientras que el de la segunda es positiva. Esto nos indica que existe una relación en forma de U entre la edad y las variables de bienestar subjetivo de los individuos.

Tabla II. Efecto del uso de Internet en la felicidad y satisfacción subjetivas

Positivo	Negativo
Internet diario x Edad**	Internet diario ***
Edad <sup>2</sup> ***	Edad ***
Internet diario x Discapacidad*	Mala salud ***
Daily	internet x Female**
	Discapacidad
***	
Trabajo ***	Dificultades económicas
*** Vivir con pareja ***	
Vivir en una ciudad pequeña **	
<u>Vivir en un pueblo **</u>	

\*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1

Tabla III. Efecto del uso de Internet en las variables sobre vidasocial

Positivo	Negativo
Internet diarioxEdad***	Mala salud ***
Edad2 ***	Edad ***
Internet diarioxDiscapacidad***	Discapacidad
***Internet diarioxMujer**	Mujer*
Vivir en una ciudad pequeña ***	Trabajo ***
Vivir en un pueblo ***	Vivir con pareja ***
	<u>Dificultades económicas *** **</u>

\*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1

## Conclusiones:

Nuestros resultados corroboran la existencia de una relación de tipo U entre los niveles de bienestar (medidos por los dos tipos de variables consideradas) y la edad de los individuos (5–7), esto implica que el bienestar de las personas disminuye con la edad hasta alcanzar el nivel mínimo alrededor de los 50 años (6), a partir de este punto la relación se revierte y el bienestar de las personas se incrementa con la edad.

En cuanto a la relación entre el uso de internet y los niveles de bienestar percibidos por los mayores, se observa que usar internet diariamente tiene un efecto positivo sobre el bienestar de los individuos, tanto en términos de felicidad y satisfacción con la vida como en relación con la vida social de las personas.

Por lo tanto, nuestros resultados nos permiten concluir que las personas mayores que usan internet a diario son más felices y tienen una vida social más activa y participan más en actividades sociales que aquellos que no lo usan.

En cuanto a las implicaciones políticas y sociales, nuestros resultados sugieren que se podría incrementar el bienestar de las personas mayores fomentando el uso de internet entre este colectivo. Asimismo, se observa que el uso de internet diariamente por parte de los mayores no los aísla socialmente, sino al contrario, ayuda a prevenir el aislamiento y la soledad a la que este colectivo es tan vulnerable (8–10).

## Referencias:

1. European Commission. The impact of demographic change. 2020.
2. United Nations. World Population Ageing 2017 highlights. 2017.
3. European Commission. The 2021 Ageing Report. 2021.
4. United Nations. World Population Ageing 2020 Highlights [Internet]. 2020 [cited 2022 Mar 16]. Available from: [www.flickr.com/photos/unfpahqprogrammedivision/](http://www.flickr.com/photos/unfpahqprogrammedivision/)
5. Blanchflower DG, Oswald AJ. Is well-being U-shaped over the life cycle? *Social Science & Medicine* [Internet]. 2008 Apr 1 [cited 2021 Dec 30];66(8):1733–49. Available from: [https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953608000245?casa\\_token=A2jgFDJHIQMAAAA:yYiFDQNiz5ejcdxYYsErlcX-6ye-52v\\_DEzJwoZgXPajqDKERf9ZncVNanNWBav-ZF0QYto](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953608000245?casa_token=A2jgFDJHIQMAAAA:yYiFDQNiz5ejcdxYYsErlcX-6ye-52v_DEzJwoZgXPajqDKERf9ZncVNanNWBav-ZF0QYto)
6. Blanchflower DG. Is happiness U-shaped everywhere? Age and subjective well-being in 145 countries. *Journal of Population Economics* [Internet]. 2021 Apr 9 [cited 2021 Dec 30];34(2):575–624. Available from: <https://link.springer.com/10.1007/s00148-020-00797-z>
7. Fabiola B, Ulloa L, Møller V, Sousa-Poza A, López BF, Sousa-Poza A, et al. How Does Subjective Well-Being Evolve with Age? A Literature Review. *Population Ageing* [Internet]. 2013 [cited 2021 Dec 29];6:227–46. Available from: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s12062-013-9085-0.pdf>
8. Chen Y, Persson A. Internet use among young and older adults: Relation to psychological well-being. *Educational Gerontology* [Internet]. 2002 Oct [cited 2021 Dec 22];28(9):731–44. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/03601270290099921>
9. Cotten SR, Ford G, Ford S, Hale TM. Internet use and depression among older adults. *Computers in Human Behavior*. 2012 Mar 1;28(2):496–9.
10. Francis J, Ball C, Kadylak T, Cotten SR. Aging in the Digital Age: Conceptualizing Technology Adoption and Digital Inequalities. *Ageing and Digital Technology*. 2019;35–49



## IV Congreso Internacional de Promoción de la Salud

17-18 junio 2022

# Adherencia a recomendaciones relacionadas con alimentación y actividad física en personas con diagnóstico de diabetes tipo 2 del área sanitaria 6 de Asturias.

Suárez Lada Cristina<sup>1</sup>, Padrino Ojea Sara<sup>2</sup>, Papín Cano Cristina<sup>3</sup>, Martín Payo Rubén<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> Enfermera; [cristinasuarezlada@gmail.com](mailto:cristinasuarezlada@gmail.com)

<sup>2</sup> Enfermera; [sara.padrino@gmail.com](mailto:sara.padrino@gmail.com)

<sup>3</sup> Enfermera especialista familiar y comunitaria; [cristinapapin7@gmail.com](mailto:cristinapapin7@gmail.com)

<sup>4</sup> Enfermero; [martinruben@uniovi.es](mailto:martinruben@uniovi.es)

**Introducción:** Las personas diagnosticadas de Diabetes Mellitus tipo 2, son pacientes crónicos cuyo seguimiento se realiza habitualmente en atención primaria. Según Hemmingsen et. al, una alimentación saludable y la realización de actividad física junto con la motivación del paciente son esenciales para reducir o retrasar las complicaciones derivadas de la misma.

**Objetivos:** Describir la adherencia a la realización de recomendaciones saludables relacionadas con la alimentación y actividad física en personas con diagnóstico de diabetes tipo 2 en el área sanitaria VI del Principado de Asturias

**Metodología:** Se realizó un análisis descriptivo de las variables personales y las relacionadas con las recomendaciones conductuales, expresando su valor en porcentaje o puntuación media/ mediana (desviación estándar/ rango intercuartil) según corresponda. Se empleó el cuestionario Motiva-Diaf DM2 v2 para obtener esta información.

**Resultados:** La edad media de los participantes fue de 63,32 años (DE=9,70), el 79% vivía acompañado. El 62% fueron hombres, frente al 38% de mujeres. El número medio de años con diagnóstico de diabetes mellitus fue de 9.11 (DE=6,56). El 65% utilizaban como tratamientos antidiabéticos orales y el 26% insulina.

Cerca del 50% de los participantes respondieron que no estaban motivados para seguir consejos acerca de la distribución de los alimentos en el plato, alrededor del 30% muestran una motivación intrínseca para el consumo de frutas, más del 30% una motivación identificada en relación con los métodos de cocinado, mientras que más del 80% respondió que no estaba motivado para seguir los consejos sobre actividad física.

**Conclusiones:** En conclusión, los resultados del presente estudio han permitido conocer la adherencia y el tipo de motivación para la realización de recomendaciones relacionadas con una alimentación saludable y actividad física en personas con diagnóstico de diabetes tipo 2

*Palabras clave:* diabetes mellitus, tipo 2, motivación, resiliencia, alimentación saludable.

## **Introducción y objetivo:**

Las personas diagnosticadas de Diabetes Mellitus tipo 2, son pacientes crónicos cuyo seguimiento se realiza habitualmente en atención primaria. Según Hemmingsen et. al,[1] una alimentación saludable y la realización de actividad física junto con la motivación del paciente son esenciales para reducir o retrasar las complicaciones derivadas de la misma

Según la Evaluación de la Estrategia de Diabetes Mellitus del Sistema Nacional de Salud publicada por la Dirección General de Salud Pública del Principado de Asturias [2] , un alto porcentaje de estas personas presentan sobrepeso e inactividad física, el 50% pasa la mayor parte de la jornada sentada, la cantidad de fruta fresca que consumen es muy deficiente, no alcanzando los estándares recomendados, el consumo de verduras, ensaladas y hortalizas es muy escaso, ya que solo un 70% lo consume al menos 3 o más veces por semana, y, solo un 34% diariamente y un 4% nunca consume estos alimentos.

Por este motivo, nos planteamos el siguiente proyecto, con el objetivo de describir la adherencia y tipo de motivación a la realización de recomendaciones saludables relacionadas con la alimentación y actividad física en personas con diagnóstico de diabetes tipo 2 en el área sanitaria VI del Principado de Asturias.

## **Metodología:**

Se realizó un análisis descriptivo de las variables personales y las relacionadas con las recomendaciones conductuales, expresando su valor en porcentaje o puntuación media/ mediana (desviación estándar/ rango intercuartil) según corresponda.

Se empleó el cuestionario Motiva-Diaf DM2 v2 para obtener esta información. El cuestionario se divide en 3 partes: la primera parte recoge datos sobre aspectos sociodemográficos, personales y relacionados con la propia enfermedad, la segunda parte incluye 12 preguntas, 8 relacionadas con alimentación y 4 con actividad física. Con 10 opciones de respuesta posibles, para poder conocer el motivo que explica su comportamiento.

El formato de respuesta de esta parte se codificó mediante una escala tipo Likert de acuerdo con las regulaciones descritas por Deci y Ryan en su modelo de autodeterminación [3] (rango 0= desmotivación a 5=motivación intrínseca).

La tercera parte incluye preguntas relacionadas con el grado de satisfacción de las necesidades psicológicas básicas.

Este se llevó a cabo en el periodo comprendido entre mayo y diciembre de 2021, en el área sanitaria VI del Principado de Asturias, en los centros de salud de Arriondas, Llanes e Infiesto. Se realizó un muestreo consecutivo hasta alcanzar los 220 participantes, coincidiendo con su control analítico de seguimiento.

### **Resultados:**

La edad media de los participantes fue de 63,32 años (DE=9,70), con un rango de 39- 80 años. el 79% vivía acompañado. El 62% fueron hombres, con estudios primarios (68%) frente al 38% de mujeres, con estudios primarios (81%) El número medio de años con diagnóstico de diabetes mellitus fue de 9.11 (DE=6,56). El 65% utilizaban como tratamientos antidiabéticos orales y el 26% insulina.

Cerca del 50% de los participantes respondieron que no estaban motivados para seguir consejos acerca de la distribución de las verduras e hidratos de carbono en el plato (ítems 2 y 3), alrededor del 30% muestran una motivación intrínseca para el consumo de frutas (ítem 5), más del 30% una motivación identificada en relación a los métodos de cocinado (ítem 7), mientras que más del 80% respondió que no estaba motivado para seguir los consejos sobre actividad física. (ítems 9,10,11,12).

En el resto de los ítems, relacionados con la distribución de la proteína en el plato (ítem 1), la ración de pescado a la semana (ítem 4) y la utilización de 3 cucharadas de aceite vegetal al día para el cocinado (ítem 6), no destaca un tipo de motivación en concreto.



## **Discusión/ Conclusiones:**

Los resultados de este trabajo permiten conocer la adherencia y el tipo de motivación para las recomendaciones relacionadas con alimentación saludable y actividad física en personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2.

En 2017, se realizó en el área sanitaria III el mismo tipo de estudio, pero con una versión anterior del cuestionario, que incluye otro tipo de recomendaciones por lo que los resultados no se pueden comparar.

Tal y como podemos observar, los resultados de algunas variables descriptivas no son los más alentadores. Casi la mitad de las personas no realiza las recomendaciones de alimentación, en cuanto a verduras e hidratos de carbono se refiere. Por un lado, por comer menos de la mitad del plato del grupo de verduras, y por otro lado, por comer más de un cuarto del plato del grupo de hidratos de carbono. Además, más del 80% no estaba motivado para seguir las recomendaciones de actividad física. Lo que nos da una fotografía del manejo de la diabetes tipo 2 bastante deficiente en nuestra zona básica de salud. Ante estos resultados, vemos interesante la posibilidad de realizar un programa de educación diabetológica con la población, desde la perspectiva de mejorar la motivación y la autoeficacia, y ver si estas variables mejorarían. Tal y como observamos en el estudio de Martin-Payo et al [5] sobre intervención educativa en dieta y ejercicio físico

Al conocer el tipo de motivación, puede contribuir a estimar la estabilidad del mantenimiento de la conducta saludable, así como la cobertura de necesidades psicológicas básicas, descritas en la Teoría de la Autodeterminación [6]. Esto posibilita que los profesionales de enfermería, que realizan el seguimiento de la población, centren el propósito de sus intervenciones en las necesidades específicas de cada persona.

En conclusión, los resultados del presente estudio han permitido conocer la adherencia y el tipo de motivación para la realización de recomendaciones relacionadas con una alimentación saludable y actividad física en personas con diagnóstico de diabetes tipo 2.

## Referencias:

1. Hemmingsen B, Gimenez-Perez G, Mauricio D, Roqué I Figuls M, Metzendorf MI, Richter B. Diet, physical activity or both for prevention or delay of type 2 diabetes mellitus and its associated complications in people at increased risk of developing type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;12(12):CD003054. doi: 10.1002/14651858.CD003054.pub4.
2. MargollesMartins M, GarcíaFernández E, MargollesGarcía P, DonateSuárez I. Evaluación de la Estrategia de Diabetes Mellitus del Sistema Nacional de Salud en Asturias. [Internet]. Asturias: OBSA; 2019 [consultado el 26 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.astursalud.es/documents/35439/38754/Resumen+Evaluaci%C3%B3n+de+la+Estrategia+de+Diabetes+Mellitus.pdf/2b5f1305-20eb-def1-2f41-cee74026afda?t=1572524405014>
3. Deci EL, Ryan RM. Self-Determination Theory: A Macrotheory of Human Motivation, Development, and Health. *Canadian Psychology.* 2008; 49(3):182-5. 2008; 49(3):182-5. Doi: 10.1037/a0012801.
4. Martín-Payo R, GonzálezMéndez X, Papín Cano C, SuárezÁlvarez J. Development and validation of a questionnaire for assessing the characteristics of diet and physical activity in patients with type 2 diabetes. *Psicothema.* 2018; 30(1): 116-22. DOI: 10.7334/psicothema2017.269. PMID: 29363480.
5. Martín-Payo R, Papín-Cano C, Fernández-Raigada RI, Santos-Granda MI, Cuesta M, González-Méndez X. Motiva.DM2 project. A pilot behavioral intervention on diet and exercise for individuals with type 2 diabetes mellitus. *Diabetes Res ClinPract.* 2021; 171:108579. doi: 10.1016/j.diabres.2020.108579.
6. Deci EL, Ryan RM. Self-Determination Theory: A Macrotheory of Human Motivation, Development, and Health. *Canadian Psychology.* 2008; 49(3):182-5. 2008; 49(3):182-5. doi: 10.1037/a0012801.



## **Empoderamiento y promoción de la salud del trabajador. Consejo médico y digitalización.**

**Patricia Sirgo Granda<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Especialista en Enfermería del Trabajo. Diplomada en Salud Pública. Experto en Educación para la Salud. [patriciasirgogranda@gmail.com](mailto:patriciasirgogranda@gmail.com)

### **Resumen:**

**Introducción:** la Salud Pública protege, mejora la salud y coordina el Sistema Sanitario con el de Protección Social y Prevención de Riesgos Laborales (Vigilancia de la Salud). La Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud incluye como prestación de Salud Pública, la Promoción y Protección de la Salud Laboral. La Vigilancia de la Salud (VS), evalúa la salud del trabajador, susceptible a determinantes de salud (medio ambiente laboral, estilos de vida, biología humana) y sociales (condiciones de vida y trabajo). Como prestación sanitaria actúa desde una perspectiva patogénica (signos de enfermedad) en actividades de detección precoz (Prevención Secundaria) y desde una perspectiva salutogénica (ausencia de enfermedad) en actividades de promoción y prevención (Prevención Primaria).

**Objetivo:** el 43% de la población española es trabajadora por tanto se propone, desde el Servicio Médico de Empresa, diseñar un programa que permita empoderar al trabajador sobre sus problemas de salud y promocionar condiciones de vida y trabajo más saludables.

**Metodología:** programa de cuidados de enfermería basado en la evidencia de Enfermedad Cardiovascular Aterosclerótica (EVA) y en un protocolo de proceso diagnóstico apoyado con contenido del examen de salud laboral. El objetivo será detectar sospecha de HTA, y otros factores de riesgo asociados, informar al trabajador (*empowerment*) y proponer actividades de control y promoción en consulta presencial y para poder implementarlo con herramientas digitales.

**Resultados:** se obtiene una intervención costo-efectiva y campo clínico para nuevas líneas de investigación que permitan describir prevalencia de factores de riesgo cardiovascular y su relación con la condición sociolaboral del trabajador.

**Evaluación:** se realiza midiendo la asistencia a consulta y cumplimiento de los registros y la activación digital de actividades.

**Conclusiones:** un trabajador en activo es un individuo potencialmente enfermo y es sabido que “un euro gastado en prevención rinde más que cuarenta en curación”. La crisis sanitaria ha demostrado que la VS es un instrumento de Salud Pública y se destaca la figura de Enfermera de Práctica Avanzada como perfil complementario a la especialidad de Enfermería del Trabajo.

*Palabras clave: [empoderamiento], [hipertensión] [salud laboral], [promoción de la salud] [servicios de salud del trabajador], [enfermedades cardiovasculares].*

## Introducción:

La Promoción y Protección de la Salud Laboral está incluida en Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud como prestación de Salud Pública [1]. La Salud Pública vincula el Sistema Sanitario y de Protección Social con el de Prevención de Riesgos Laborales (Vigilancia de la Salud) (Figura 1).

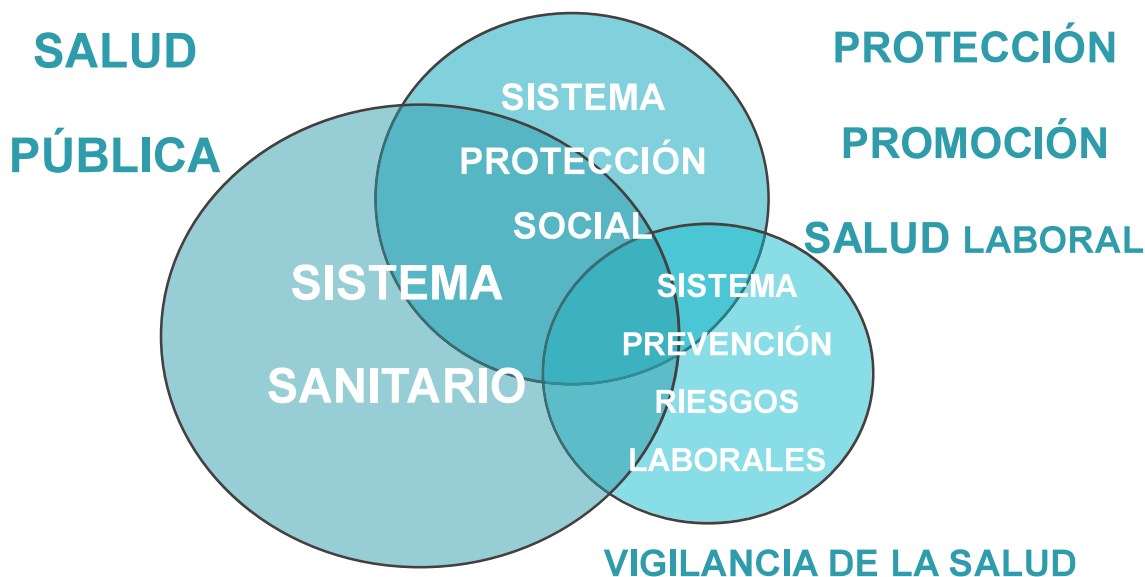


Figura 1. Salud Pública y Vigilancia Salud

La Vigilancia de la Salud (VS) establece actuaciones sanitarias individuales/colectivas aplicadas sobre el trabajador dentro del ámbito de actuación de los Servicios de Prevención: propios (servicios médicos empresa) o ajenos, de ámbito público o privado. La VS Individual es periódica; consiste en exámenes de salud (EES) realizados a lo largo de la vida laboral del trabajador y constituye una fuente de datos para la medicina de evidencia (MBE). La vigilancia epidemiológica de estos datos se realiza a través de la VS Colectiva [2].

La salud del trabajador está condicionada por determinantes de salud (medio ambiente, estilos de vida y biología humana) y sociales (factores socioeconómicos) que definen su condición de vida y trabajo [3]. (Figura 2 y 3)

Determinantes de salud, según Lalonde			
Medio ambiente	Estilo y hábitos de vida	Sistema Sanitario	Biología humana
En el medio ambiente los factores de mayor repercusión son los que se derivan de la contaminación, sea por factores biológicos, físicos, químicos y los cambios climáticos.	Los hábitos de vida son uno de los principales condicionantes, así como la conducta. Este tendrá una variación dependiendo del contexto en el que nos encontremos.	En el sistema de sanitario son determinantes el conjunto de centros, los recursos humanos, los medios económicos y materiales, tecnologías, etc. Ya que de ellos dependerá el bienestar de la población.	Condicionada por la genética, los factores hereditarios.



Figura 2 Determinantes Salud (Lalonde) Sociales

Figura 3 Determinantes (Dahlgren y Whitehead)

La capacidad de intervención de la VS se demuestra ubicándola en el continuo salud enfermedad:

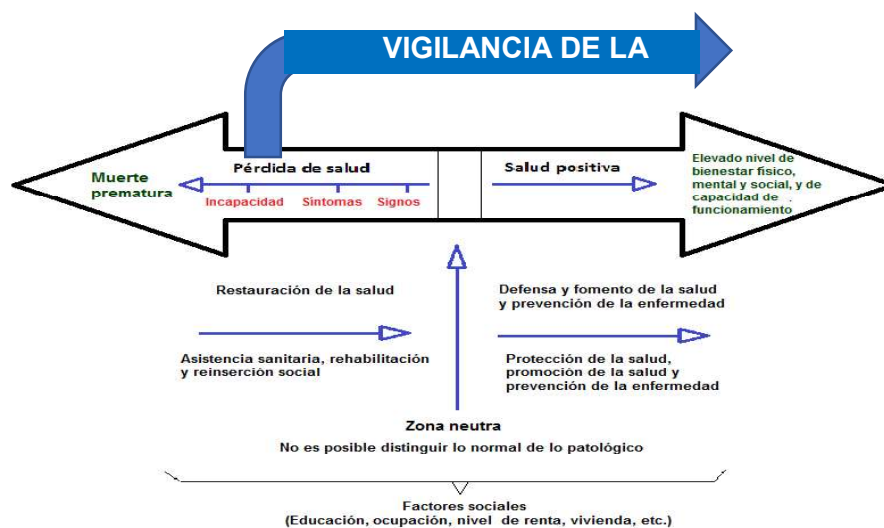
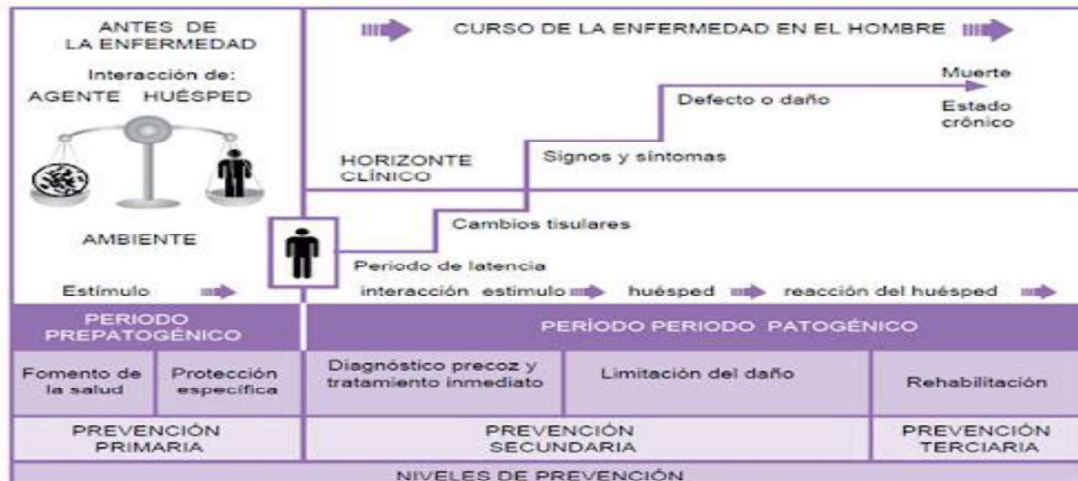


Figura 4. Modelo Salud Salleras

- Desde una perspectiva patogénica, según la historia natural de enfermedad (Figura 4), actúa en ausencia de enfermedad (prepatogénico) e inicio de primeros signos (presintomático): el individuo es apto para trabajar (no incapacidad). Según Leavell y Clark tiene competencias en Prevención Primaria y Secundaria [4]. (Figura 5)



Fuente: Principios de epidemiología para el control de enfermedades (MOPECE).

Fig. Modelo de historia natural de la enfermedad.

Figura 5. Modelo Leavell y Clark

- Desde una perspectiva salutogénica, donde salud “no es sólo ausencia de enfermedad”, protege, restaura y puede incrementarla.

Su población diana es el trabajador con empleo. Según la EPA del primer trimestre 2022, la población ocupada supone el 42% de la población española [5].

Magnitud del problema: según la Estrategia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo el stress y los trastornos musculoesqueléticos generan el mayor absentismo (morbilidad) [6].

En España, la mayor mortalidad y discapacidad se relaciona con enfermedades no transmisibles (ENT), como las enfermedades cardiovasculares y el cáncer [7]. Concretamente la Enfermedad Vascul Aterosclerótica (EVA) es primera causa de muerte y prioridad sanitaria por el coste socioeconómico que genera [8].

Los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) mayores: consumo tabaco, HTA, dislipemia, diabetes tipo 2 y otros validados: antecedentes patológicos EVA, edad/sexo, fracciones colesterol, glucosa basal, índice talla-cintura, IMC, actividad física, dieta y estado psicoemocional se recogen sistemáticamente en el EESS.

## **Justificación y objetivo**

Lo anteriormente expuesto justifica recomendar programas de Promoción y Prevención en el ámbito de la VS.

El objetivo es diseñar un programa desde el Servicio Médico de Empresa que, permita empoderar al trabajador en sus problemas de salud para prevención de enfermedades cardiovasculares y la promoción de condiciones de vida y trabajo más saludables.

## **Material y método:**

### Diseño del programa

Se propone un programa de cuidados de enfermería basado en la evidencia de EVA, apoyado en un protocolo de proceso diagnóstico y cribado utilizando el acto médico del EESS.

### Objetivos programa

- ✓ Informar al trabajador sobre su estado de salud cardiovascular y facilitar recursos de control y mejora (empoderamiento).
- ✓ Detectar sospecha de hipertensión arterial (HTA) y otros factores de riesgo asociados (proceso diagnóstico y cribado).

### Población diana

Población trabajadora adscrita a Vigilancia de la Salud, que realiza EESS periódico y presta su consentimiento escrito para participar en el programa. (Anexo I: Hoja de consentimiento).



## Protocolo. Contenido

Consiste en un protocolo dirigido a detectar sospecha HTA y cribado de FRCV.

<b>1</b> RECOGIDA DE DATOS "Hoja de registro de enfermería" (Anexo II Hoja de Registro)
--

SOCIODEMOGRÁFICOS	Edad, sexo, puesto de trabajo, antigüedad
MEDICIONES CORPORALES	
Somatometría	Talla, peso, perímetro abdominal
IMC	Peso (kg) / Altura (cm) <sup>(2)</sup>
ICT (índice talla – cintura)	Perímetro cintura (cm) / Estatura (cm)
Constantes	Frecuencia cardíaca, tensión arterial
HÁBITOS	
Hábitos de vida	Dieta, Actividad Física, Sueño
Hábitos Tóxicos	Tabaco, Alcohol, Café, Drogas
A. PERSONALES EVA	Patología cardiovascular (arritmias, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, ictus), Diabetes Mellitus tipo 2, Dislipemia, Hipertensión Arterial, Síndrome Metabólico.
MEDICACIÓN	Antihipertensivos, hipolipemiantes, antidiabéticos.
MEDICIONES ANALÍTICAS	Colesterol, LDL, HDL, VLDL, Triglicéridos, Glucosa (si mayor de 110 mg/dL se realizará hemoglobina glicosilada), sistemático de orina.
FACTORES PSICOSOCIALES	Puesto de Trabajo (nivel socioeconómico, estudios), estrés laboral-personal, antigüedad empresa.

**2** CÁLCULO DE RIESGO CARDIOVASCULAR:  
Tablas de riesgo CV - Categorías de Riesgo - Calculadoras on-line  
(Anexo III: Tablas de Riesgo, Categorías de Riesgo, Calculadoras)

En nuestro medio (países de bajo riesgo) se recomienda el SCORE. [9].

**3** INSTRUMENTOS DE MEDIDA: equipos  
Anexo (IV) Especificaciones de equipos y compatibilidades

- Báscula Digital VIVA HBF-222T-EBK OMRON. (\*)
- Tensiómetro de brazo Omron M7 Intelli IT HEM-7361T-EBK.
- Cinta métrica, medición de perímetros + índice de masa corporal BMI

(\*) *Compatible con OMRON CONNECT, KARDIAMOBILE y HEARTADVISOR; Google Fit y Salud Apple.*

Intervenciones: etapas y actividades. Procedimiento

Se derivan dos tipos de intervención

- 1) INTERVENCIÓN PREVENCIÓN SECUNDARIA: sospecha HTA [10]. Detección e identificación de problemas de salud (cribado).
- 2) INTERVENCIÓN PREVENCIÓN PRIMARIA: Información salud cardiovascular. Cribado de FRCV y Consejo Médico (Promoción de la Salud)  
(Anexo V Factores de Riesgo Cardiovascular y objetivos terapéuticos)

---

INTERVENCIÓN PREVENCIÓN SECUNDARIA  
(DETECCIÓN E IDENTIFICACIÓN)

---

SECUENCIA Y ACTUACIÓN ANTE SOSPECHA HTA

---

SECUENCIA ETAPA	ACTIVIDADES
Examen Salud/Consulta (Valoración inicial)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Registro Indicadores</li><li>• Pruebas Analíticas</li><li>• EKG</li></ul>
Si sospecha HTA consulta (3 tomas $\geq$ 140/90 mmHg sin café, té, alimentos, tabaco media hora antes)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Recomendación AMPA como test de cribado inicial.</li><li>• Informar AMPA (infografía)</li><li>• Consulta presencial 15 días y 2 meses. Consejo Médico.</li><li>• Citar por SMS o correo electrónico.</li></ul>
Seguimiento sospecha HTA (a 15 días de examen inicial)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Control registros.</li><li>• Comprobación técnica toma.</li><li>• Aclaración dudas.</li></ul>
Seguimiento sospecha HTA (a los 2 meses de examen inicial)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Control registros</li><li>• Entrega Informe RCV.</li><li>• Explicar resultados, aclaración dudas.</li><li>• Consejo médico.</li><li>• Explicar criterios derivación a MAP para MAPA y/o evaluación de factores de riesgo asociados.</li></ul>

---

---

INTERVENCIÓN PREVENCIÓN PRIMARIA  
(PROMOCIÓN DE LA SALUD) “EMPOWERMENT”

---

SECUENCIA Y ACTUACIÓN  
EVALUACIÓN ESTADO SALUD CARDIOVASCULAR  
(CRIBADO)

---

SECUENCIA ETAPA	ACTIVIDADES
Evaluación estado salud cardiovascular	<ul style="list-style-type: none"><li>• Análisis indicadores / cálculo de RCV: bajo, moderado-alto y muy alto.</li><li>• Estratificación población (cribado).</li><li>• Elaboración Informe Salud CV</li><li>• Envío/Entrega Informe</li></ul>
Si RCV muy alto NIVEL 3	<ul style="list-style-type: none"><li>• Si tiene pautado AMPA informar en consulta de 15 días y revisar en consulta de dos meses.</li><li>• Si no HTA, contacto telefónico para aviso de envío de informe.</li><li>• Consulta presencial para Consejo Médico:<ul style="list-style-type: none"><li>- Entrega Informe (si precisa)</li><li>- Explicar resultados</li><li>- Aclaración dudas informe</li><li>- Consejo médico</li><li>- Explicar criterios derivación a MAP para revisión o identificación de nivel de riesgo.</li></ul></li></ul>
Si RCV moderado alto NIVEL 2	<ul style="list-style-type: none"><li>• Si tiene pautado AMPA informar en consulta de 15 días y revisar en consulta de dos meses.</li><li>• Si no HTA, contacto telefónico para aviso de envío de informe.</li><li>• Consulta presencial para Consejo Médico:<ul style="list-style-type: none"><li>- Entrega Informe (si precisa)</li><li>- Explicar resultados</li><li>- Aclaración dudas</li></ul></li></ul>

---

- 
- Consejo médico
  - Explicar criterios derivación a MAP si procede, para revisión o identificación de nivel de riesgo.

---

Si RCV bajo  
NIVEL 1

- Envío informe resultados.
  - Activación acceso recursos
  - Consulta a demanda
- 

*(\*) La AMPA y la MAPA son sistemas de medida de PA que permiten identificar a los hipertensos con una respuesta presora durante la medida de PA en la consulta (efecto bata blanca) o fuera de la consulta, por ejemplo, durante la jornada laboral o por la noche (HTA enmascarada).la AMPA está recomendada como Test de Cribado Inicial.[10]*

#### Evaluación

Continua: chequear realización de registros, asistencia a consulta y activación de productos digitales (si disponibles).

#### Anual:

- en siguiente EESS, comparativa de Hojas de Registro para observar tendencias y cumplimiento de acciones (trabajador)
- vigilancia colectiva/epidemiológica, Informe de Memoria VS Anual (empresa).

#### Implementación

Digitalizar el programa como apoyo a la consulta con: [11]

- una plataforma digital (“MeCuid♥”) donde recibir, almacenar, visualizar registros/resultados, programar actividades o sincronizar otros dispositivos/aplicaciones (toma de TA, análisis corporal, ejercicio físico), teniendo información disponible para la gestión de procesos clínicos. [12]
- instrumentos de soporte (folletos, infografías, algoritmos) para el Consejo Médico en consulta. Envío vía mail o por plataforma: recomendaciones con contenidos interactivos (podcast, videos) o de inteligencia artificial (Chatbot). La

Fundación Española del Corazón [13] y el Ministerio de Sanidad proporcionan material divulgativo y gratuito. [14]

- diseño digital del “informe de salud del trabajador”, más atractivo para su comprensión.

### **Resultados:**

Como resultado principal, se espera conseguir empoderar al trabajador ofreciéndole acceso a resultados médicos, recursos que marquen esquemas de actuación según su nivel de riesgo cardiovascular y recomendaciones tipo para cada FRCV y categorías de riesgo. (Anexo VI Esquemas de Actuación según Nivel de Riesgo) (Anexo VII Recomendaciones) (Anexo VIII Hipertensión Arterial)

La parte fundamental del programa es la detección de hipertensos no conocidos, comenzando por capacitar en la automedición de TA.

Para ello se usarán dos tipos de formato: soporte papel para la consulta presencial y soporte digital si tiene capacidad de acceso (implementación).

### **Discusión/ Conclusiones**

La crisis sanitaria del SARSCov2 ha demostrado que la Vigilancia de la Salud tiene capacidad en materia de Salud Pública.

Se propone una Intervención de Promoción en Salud Cardiovascular porque:

- origina gran coste al sistema sanitario-empresa.
- existen protocolos validados y la evidencia indica que en España el 33,3% es hipertensa (1/4 hipertensos adecuadamente controlado), el 37,4% tiene niveles de colesterol entre 190-240 mg/dL y un 14,8% padece diabetes (90% tipo 2) [15].
- la mayoría de FRCV se recogen en el EESS, generando una intervención “a priori” costo-eficiente.

La estrategia principal es concienciar a la empresa (promover la salud) [16] y capacitar al trabajador (empoderamiento) e implementar progresivamente con tecnología digital. Es preciso plantear un diseño eficiente, válido para el cliente externo (empresa, trabajador) y el interno (departamento de prevención) siendo la Vigilancia Colectiva la que identifica necesidades y evalúa resultados.

La Promoción de la Salud en el Trabajo ofrece beneficios en el trabajador, empresa, agentes sociales y sistema, pero plantea dificultades.

BENEFICIOS	
TRABAJADOR	Adquiere un mayor control sobre su salud.
EMPRESA	Identifica necesidades y establece actuaciones. Invertir en salud ayuda a fidelizar el colectivo laboral, obtener mayor productividad, rentabilidad y menor absentismo adquiriendo rendimiento y buena reputación para su marca (adhesión a la Red de Empresas Saludables) [10]
AGENTES SOCIALES	Disponen de información sobre los recursos más adecuados para mejorar la salud del colectivo laboral (negociación convenio).
SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL Y SANITARIO	Intervenciones en Promoción y Prevención en el campo de las ENT son más rentables si se orientan a reducir el coste asistencial que genera la morbilidad y mortalidad que producen.

DIFICULTADES
Se precisa un mayor control, exigencia y recompensa (subvenciones, premios) sobre estas actividades por parte de la Administración (Autoridad Laboral y Sanitaria).
La salud es un área sensible de cara a la privacidad y hoy en día las “terapias digitales”, tienen una protección cada vez mayor pero requieren medidas de ciberseguridad robustas y fiables.
Exige cierto compromiso del trabajador (adhesión al programa).

Otra línea de discusión es estudiar la relación entre determinadas exposiciones laborales (stress, contaminantes) y presencia de patología cardiovascular y viceversa, definir limitaciones de tipo “cardiovascular” para trabajadores que desempeñen tareas de conducción, trabajo alturas, espacios confinados o alta exigencia de carga mental o ritmos de trabajo.

Finalmente, se concluye que la VS tiene capacidad de acción sobre la población ocupada, aquella que contribuye al mantenimiento del sistema y sobre la que tiene mayor interés aplicar programas de Promoción y Prevención, para mejorar la salud y evitar la aparición de enfermedad. No hay que olvidar que el nivel socioeconómico del

trabajador influye en la presencia de patología cardiovascular, por lo que se abre un nuevo campo de investigación en el que la VS tiene un papel privilegiado.

Es sabido que *“más vale una onza de prevención que una libra de curación”* Benjamin Franklin.



## Referencias:

- 1.- Ministerio de Sanidad. Cartera de Servicios Comunes Sistema Nacional de Salud. Prestaciones Salud Pública. 2022. [Internet] Disponible en <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/1PrestacionSaludPublica/home.htm>
- 2.- Normativa sobre Salud laboral. Ministerio de Sanidad. 2022. [Internet] Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/saludLaboral/normativa.htm>
- 3.- Píedrola Gil. Manual de Medicina Preventiva y Salud Pública. 12ª Edición. Madrid. Elsevier Masson. 2015.
- 4.- A. Martín Zurro. Manual de Atención Primaria. Principios, organización y métodos en Medicina de Familia. 8ª edición. Barcelona. Elsevier. 2019.
- 5.- Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Población Activa. Primer Trimestre 2022. [Internet]. Disponible en: <https://www.ine.es/daco/daco42/daco4211/epa0122.pdf>
- 6.- Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. [Internet]. Disponible en: <https://www.insst.es/el-instituto-al-dia/nuevo-marco-estrategico-ue-sobre-sst-2021-2027>
- 7.- Ministerio de Sanidad y Consumo. Indicadores de Salud 2020. [Internet]. Disponible en: [\[https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/Indicadores de Salud 2020.pdf\]](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/Indicadores%20de%20Salud%202020.pdf)
8. Teresa Salamanca Barquín. Escuela Nacional de Sanidad. Diplomado Salud Pública 2021-2022. UD 6.13 Programa de prevención y control de la Enfermedad Cardiovascular Aterioesclerótica.
- 9.- A. Martín Zurro. Promoción y Prevención en el adulto. Manual de Atención Primaria. Problemas de Salud en la Consulta. 8ª edición. Barcelona. Elsevier. 2019.
- 10.- A. Martín Zurro. Hipertensión Arterial. Manual de Atención Primaria. Problemas de Salud en la Consulta. 8ª edición. Barcelona. Elsevier. 2019.
- 11.- El papel de la terapia digital en la prevención y tratamiento de enfermedades. [Internet] Roche+. 30 septiembre 2021. Disponible en: <https://www.rocheplus.es/innovacion/inteligencia-artificial/terapia-digital.html>

12.- Gonzalo Román Flórez. Trabajo Fin de Máster. Las páginas web de información sanitaria criterios de calidad y capacidad de empoderamiento del paciente. [Internet] Universidad de Oviedo. Enero 2014. [https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/22584/TFM\_%20Roman%20Flores%2c%20Gonzalo.pdf?sequence=8&isAllowed=y]

13.- Fundación española del Corazón. [Internet] Multimedia. Disponible en: <https://fundaciondelcorazon.com/corazon-facil.html>

14.- Sociedad Española de Medicina de Familia y comunitaria. Resumen recomendaciones del Programa Actividades Preventivas y de Promoción de la salud 2020. [Internet] Disponible en: <https://papps.es/resumen-recomendaciones-2020/>

15.- Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública Facultad de Medicina Universidad Autónoma de Madrid. Estudio de nutrición y riesgo cardiovascular en España (ENRICA). 2011. Disponible en: [https://biblioguias.uam.es/citar/estilo\\_vancouver](https://biblioguias.uam.es/citar/estilo_vancouver)

14.- Red Española de Empresas Saludables. Promoción de la Salud en el Trabajo - Año 2022. Disponible en: <https://www.insst.es/documentacion/catalogo-de-publicaciones/red-espa%C3%B1ola-de-empresas-saludables-ano-2022>

## ANEXOS

### Anexo I- Hoja Informativa y Consentimiento

#### Fundamento y diseño del programa

**Programa de Promoción de la Salud** orientado a empoderar al trabajador sobre sus problemas de salud cardiovascular y promocionar condiciones de vida y trabajo más saludables como instrumento para proteger, incrementar y/o restaurar su salud.

Se elige la **salud cardiovascular** sobre otras campañas de promoción de salud por su amplia evidencia (guías clínicas y protocolos), por la mortalidad (coste) y discapacidad que se origina en el sistema y a la empresa y porque sus factores riesgo son recogidos sistemáticamente en el examen de salud, por lo que la intervención que se genera puede ser a priori coste-eficiente.

La **Enfermedad Vascolar Ateriosclerótica (EVA)** constituye la primera causa de muerte (casi el 50%) en los países desarrollados. Su elevada morbimortalidad, el grado de discapacidad que conlleva y el gran coste socioeconómico que produce sitúa a esta patología en una posición relevante y hace que se la considere una prioridad sanitaria. Se entiende como una única entidad nosológica (cardiopatía isquémica, arteriopatía, ictus) con carácter multifactorial.

Los **factores de riesgo cardiovascular mayores (FRCV)** en la EVA son: el consumo de **tabaco**, la **HTA**, la **dislipemia** y la **diabetes tipo 2**; todos ellos son registrados dentro del contenido del examen de salud laboral junto con los **antecedentes patológicos** y **otros** también validados como la edad/sexo, fracciones colesterol, glucosa basal, el índice talla-cintura, IMC, la actividad física, la dieta y el estado psicoemocional (stress).

Partiendo de la base que, sólo uno de cada cuatro hipertensos está adecuadamente controlado, el 40% de la población adulta tiene niveles de colesterol por encima de 250 mg/dl y sólo un 13% de los pacientes diabéticos tienen un buen control de sus factores de riesgo **se propone** diseñar un **programa de cuidados de enfermería basado en la evidencia** existente sobre la Enfermedad Cardiovascular Ateriosclerótica (EVA) apoyado en un **protocolo de cribado** usando como base el **contenido del examen de salud laboral**.

### Objetivos programa. Beneficios para el trabajador.

- ✓ Informar al trabajador sobre aspectos relacionados con su estado de salud cardiovascular para facilitar el acceso a recursos que le ayuden a tener un mayor control para resolver sus problemas o incrementar su salud con un estilo de vida y trabajo saludables (**empoderamiento**).
- ✓ Detectar sospecha de hipertensión arterial (en adelante HTA) y otros factores de riesgo asociados en los trabajadores que acuden al examen de salud (**cribado**).

Todo incluido en el contenido del Examen de Salud Anual.

### Consentimiento informado (firmar por duplicado)

#### Complementario a Hoja de Información al Trabajador

Nombre del programa: Programa Salud Cardiovascular “MeCuid♥”

#### Datos del Paciente

Nombre/Apellidos -----  
DNI/NIE -----  
PUESTO DE TRABAJO -----  
TELÉFONO -----  
CORREO ELECTRÓNICO -----

1. Declaro que he leído y la Hoja de Información al Participante sobre el programa citado.
2. Se me ha entregado una copia de la Hoja de Información al Participante y una copia de este Consentimiento Informado, fechado y firmado. Se me han explicado las características y el objetivo del programa.
3. He contado con el tiempo y la oportunidad para realizar preguntas y plantear las dudas que poseía. Todas las preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción.
4. Se me ha asegurado que se mantendrá la confidencialidad de mis datos.
5. El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y sé que soy libre de retirarme del estudio en cualquier momento del mismo, por cualquier razón y sin que tenga ningún efecto sobre mi tratamiento médico futuro.

DOY

NO DOY

Mi consentimiento para la participación propuesto,  
firmo por duplicado, quedándome con una copia

Fecha:

Firma del participante

“Hago constar que he explicado las características y el objetivo del estudio a la persona cuyo nombre aparece escrito más arriba. Esta persona otorga su consentimiento por medio de su firma fechada en este documento”.

Fecha

DNI/Firma de la persona que proporciona la información y la hoja de consentimiento.

## Anexo II. Hoja de registro de enfermería

Los atributos de cada variable no se presentan debido a que se hace registro digital en base de datos médica directamente

<b>DATOS DEL TRABAJADOR</b>	
Nombre Apellidos	
DNI/NIE	
Puesto	
Antigüedad	
Teléfono	
Correo electrónico	
<b>MEDICIONES CORPORALES</b>	
Somatometría	Talla
	Peso
	Perímetro abdominal
IMC peso (kg) / altura (cm) <sup>(2)</sup>	
ICT (índice talla – cintura) Perímetro de la cintura (cm) / Estatura (cm)	
Constantes	FC reposo
	Tensión arterial
<b>HÁBITOS</b>	
Hábitos de vida	Tipo Dieta
	Actividad Física
	Sueño
Hábitos Tóxicos	Tabaco
	Alcohol
	Café
	Drogas
<b>ANTECEDENTES PERSONALES EVA</b>	
<i>Patología cardiovascular (arritmias, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, ictus), Diabetes Mellitus tipo 2, Dislipemia, Hipertensión Arterial, Síndrome Metabólico.</i>	
<b>MEDICACIÓN</b> antihipertensivos , hipolipemiantes, antidiabéticos.	
<b>MEDICIONES ANALÍTICAS</b>	
<i>Colesterol, LDL, HDL, VLDL, Triglicéridos, Glucosa (si mayor de 110 mg/dL se realizará hemoglobina glicosilada), sistemático de orina.</i>	
<b>FACTORES PSICOSOCIALES</b>	
<i>Nivel socioeconómico , nivel de estudios, presencia de estrés laboral y personal (emociones</i>	

---

*negativas, depresión, ansiedad),  
antigüedad empresa.*

---

### **Anexo III. Tablas de riesgo. Categorías de riesgo. Calculadoras.**

El riesgo cardiovascular (RCV) expresa la probabilidad de sufrir un evento de EVA en un periodo, generalmente de 5 a 10 años. Los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) son condiciones endógenas y/o ligadas a los estilos de vida que incrementan la probabilidad de padecer o morir de EVA., se clasifican mayores, menores y otros y pueden ser modificables y no modificables.

Para lograr un abordaje multifactorial en la prevención cardiovascular se precisa la valoración conjunta de los FRCV mediante la estimación del RCV de cada individuo. Es necesario clasificar a la población según el RCV para poder establecer prioridades de actuación y recomendaciones. La evidencia utiliza las tablas de riesgo cardiovascular para estratificar a los pacientes en función de su riesgo.

Su uso en las guías clínicas orienta a utilizar las tablas de riesgo como información adicional a la proporcionada por presencia de factores de riesgo. Aunque varias revisiones recientes avalan la relación directa entre el riesgo calculado y la mortalidad de los pacientes. No se dispone de criterios objetivos para recomendar una tabla u otra. Los modelos más frecuentemente validados externamente son la ecuación de Framingham (1991 o 1998) y el SCORE. Las tablas SCORE para países de bajo riesgo o del REGICOR son las más utilizadas en España. El PAPPS (programa de Actividades Preventivas 2020) [12] (ver esta página para la PPT oral) incluye las dos.

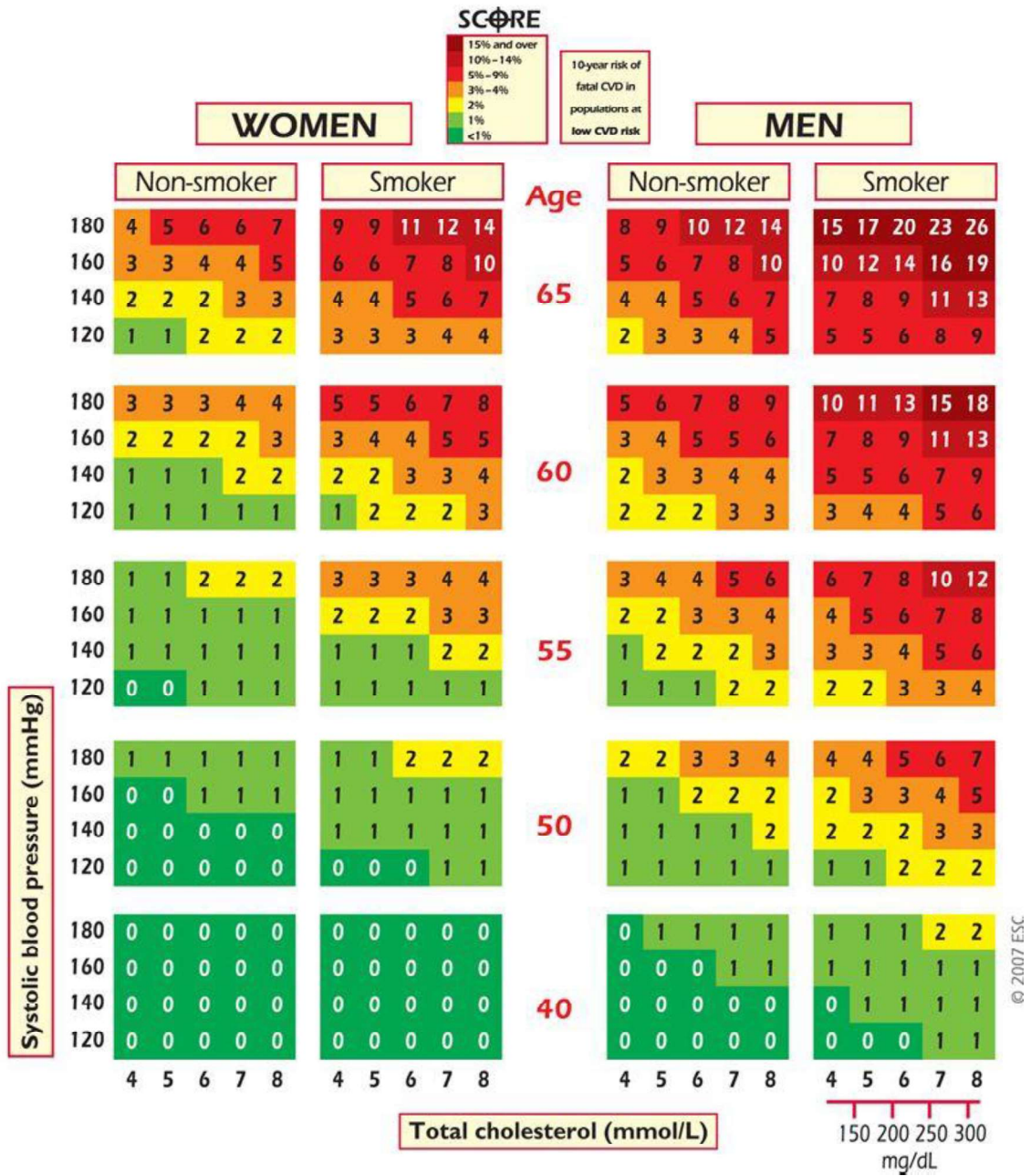
El SCORE estima la mortalidad cardiovascular incluyendo la edad, sexo, PAS y CL total. REGICOR, estima la morbimortalidad coronaria a los 10 años e incluye la edad, sexo, PAS, PAD, CL total y DBT.

## Comparación REGICOR SCORE

	REGICOR	Heart Score para España
Fuente	Framingham	Heart Score
Población para calibración	REGICOR	MONICA-Cataluña
Validación externa	VERIFICA	No
Rango de edad (años)	35-74	40-65
Intervalo entre edades	10	5
Episodio	Riesgo cardiovascular global a 10 años	Mortalidad cardiovascular a 5 años
Umbral de alto riesgo	10%	5%
Diabetes mellitus	Tablas propias	Alto riesgo. No se aplica
HDL-colesterol	Corrección según niveles	Calificador, sin corrección disponible

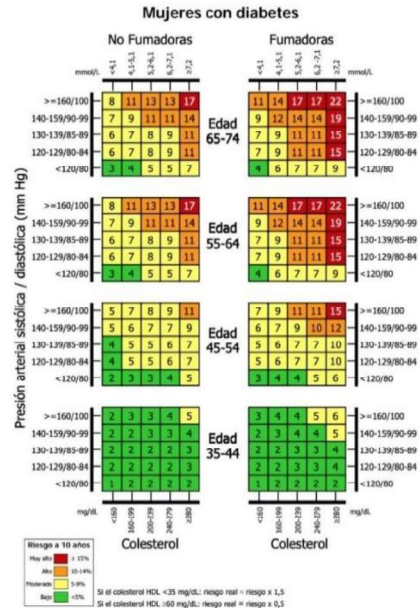
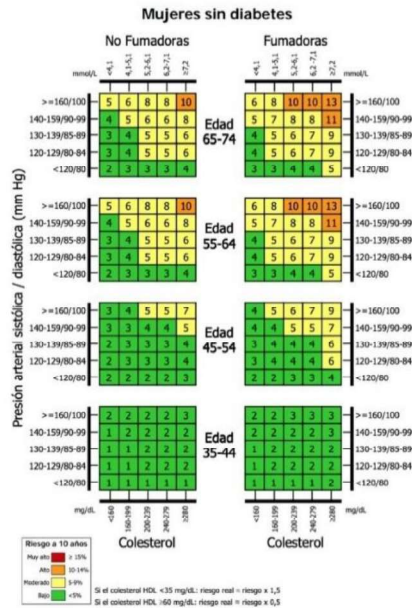
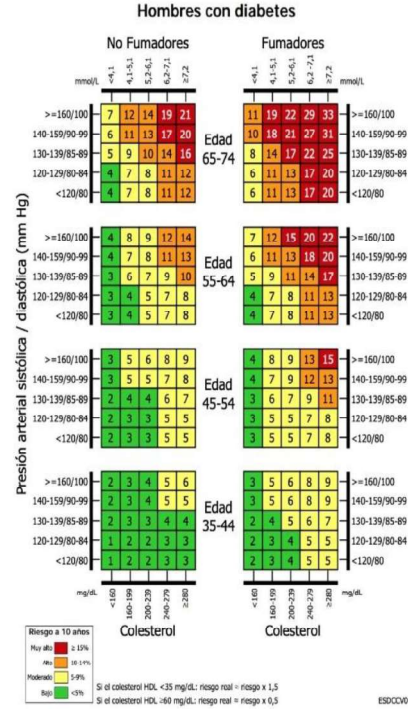
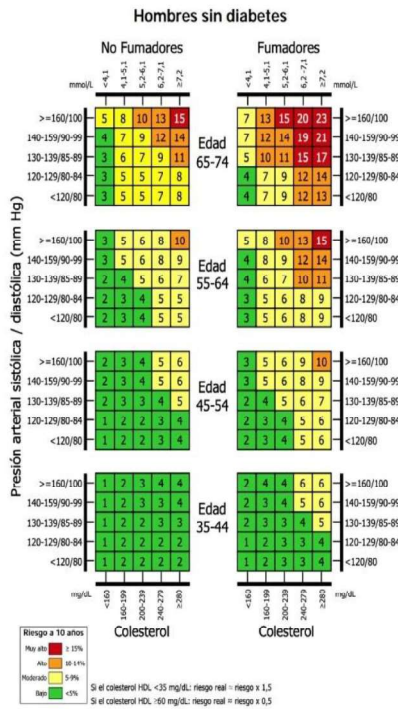


Tabla 1 SCORE



Categoría de riesgo	Puntuación SCORE
Riesgo muy alto	≥ 10%
Riesgo alto	≥ 5 y < 10%
Riesgo moderado	≥ 1 y < 5%
Riesgo bajo	< 1%

Tabla 2 REGICOR



Categoría de riesgo	Puntuación REGICOR
Riesgo muy alto	$\geq 15\%$
Riesgo alto	$\geq 10$ y $< 14,9\%$
Riesgo moderado	$\geq 5$ y $< 9,9\%$
Riesgo bajo	$< 5\%$

## CATEGORÍAS DE RIESGO

Riesgo muy alto

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Individuos con enfermedad cardiovascular documentada, ya sea clínicamente o a través de imágenes, incluyendo infarto de miocardio, síndrome coronario agudo, revascularización coronaria o de otras arterias, ictus y accidente vascular transitorio, y enfermedad vascular periférica, así como la presencia de placas en la arteriografía coronaria o en la ecografía carotídea. No incluiría aumento del grosor de la íntima media carotídea</li> <li>• Diabetes con afectación de órgano diana o con presencia de un FRCV mayor (tabaquismo, HTA, hipercolesterolemia).</li> <li>• Enfermedad renal crónica grave (FG &lt; 30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> )</li> <li>• SCORE &gt; 10% - REGICOR &gt; 15%</li> </ul>
<p><b>Riesgo Alto</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un factor de riesgo elevado, como colesterol &gt; 8 mmol/l (310 mg/dl), PA &gt; 180/110 mmHg</li> <li>• El resto de personas con diabetes (con la excepción de jóvenes con diabetes mellitus tipo 1 y sin factores de riesgo, que podrían ser de riesgo moderado o bajo)</li> <li>• Insuficiencia renal crónica moderada (FG, 30-59 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> )</li> <li>• SCORE 5- 10% - REGICOR 10-15%</li> </ul>
<p><b>Riesgo Moderado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• SCORE 1-4% o REGICOR 5-10%</li> </ul>
<p><b>Riesgo bajo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No presencia de ningún FRCV</li> <li>• SCORE &lt; 1% o REGICOR &lt; 5%</li> </ul>

## CALCULADORAS ON-LINE

### SCORE

<https://fundaciondelcorazon.com/prevencion/calculadoras-nutricion/riesgo-cardiovascular.html>

### REGICOR

<https://www.imim.cat/ofertadeserveis/software-public/regicor/>

#### Anexo IV. Instrumentos de medida

INSTRUMENTO	Especificaciones y compatibilidades
Báscula Digital VIVA HBF-222T-EBK OMRON	<a href="https://www.omron-healthcare.es/es/omronconnect.html#prefn1=age of user&amp;prefv1=10-80%20a%C3%B1os&amp;openedFilters=age of user&amp;start=1">https://www.omron-healthcare.es/es/omronconnect.html#prefn1=age of user&amp;prefv1=10-80%20a%C3%B1os&amp;openedFilters=age of user&amp;start=1</a>
Tensiómetro de brazo Omron M7 Intelli IT HEM-7361T-EBK.	<a href="https://www.qirodmedical.es/tensiometro-de-brazo-omron-x7-smart.html">https://www.qirodmedical.es/tensiometro-de-brazo-omron-x7-smart.html</a>
Cinta métrica de medición de perímetros + índice de masa corporal BMI	<a href="https://www.quirumed.com/es/cinta-metrica-para-medicion-de-perimetros-indice-de-masa-corporal-bmi-2-en-1.html?gclid=EAlaIqobChMI4t2V9Mjw9wIVhOF3Ch1UHAwMEAQYASABEgKK-fD BwE">https://www.quirumed.com/es/cinta-metrica-para-medicion-de-perimetros-indice-de-masa-corporal-bmi-2-en-1.html?gclid=EAlaIqobChMI4t2V9Mjw9wIVhOF3Ch1UHAwMEAQYASABEgKK-fD BwE</a>

## Anexo V. FRCV y objetivos terapéuticos

### FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

<b>FRCV MAYORES</b>	<b>FRCV BIEN VALIDADOS</b>	<b>OTROS FRCV</b>
<b>Antecedentes personales de ECV</b>	Sobrepeso/Obesidad	Factores Lipídicos
<b>Tabaquismo</b>	Inactividad Física	TG Lipoproteína A
<b>HTA</b>	Síndrome Metabólico	Dieta aterogénica
<b>DBT</b>	Glucosa BASAL Alterada/GBA  TAG/Intolerancia a la glucosa	Estrés socioeconómico y psicosocial
<b>LDLc elevado</b>	Antecedentes familiares de EVA	Apnea Obstructiva del Sueño (SHAOS)
<b>HDLc disminuido</b>	Aterosclerosis	
<b>Edad /Sexo</b>	Micro/Macroalbuminuria Fibrilación auricular	

## OBJETIVOS TERAPÉUTICOS PARA FRCV

<b>TABACO</b>	No exposición a ninguna forma de tabaco
<b>DIETA</b>	Baja en grasa saturadas, centrada en productos integrales, verduras, frutas y pescado.
<b>ACTIVIDAD FÍSICA</b>	Mínimo 150 min/semana de actividad física moderada o 75 min/semana actividad física vigorosa
<b>PESO CORPORAL</b>	IMC 20-25. Cintura menor 94 cm hombres – menor 80 cm mujeres
<b>PRESIÓN ARTERIAL</b>	Menor de 140/90 mmHg
<b>LIPIDOS</b>	
<b>Colesterol Total</b>	Menor 200 mg/dL
<b>cLDL</b>	Riesgo muy alto: menor a 70mg/dL Riesgo: alto menor a 100 mg/dL Riesgo moderado-bajo: menor 115 mg/dL
<b>cHDL</b>	Indica riesgo bajo si es mayor de 39 mg/dL en hombres y mayor de 46 mg/dL en mujeres
<b>TRIGLICÉRIDOS</b>	Indica riesgo bajo si es menor de 151 mg/dL.
<b>DIABETES</b>	HbA1C menor 7%

### **Anexo VI. Esquemas de actuación según Nivel de Riesgo**

El **informe de salud trabajador** debe de incluir los datos obtenidos, sus valores de referencia, nivel de riesgo cardiovascular, significado y recomendaciones específicas, incluyendo automediciones de tensión arterial:

<b>RCV ALTO y MODERADO</b>	<b>RCV BAJO</b>
<b>Modificar Hábitos y Estilos de Vida</b>	<b>Promover hábitos y estilos de vida saludables</b>
Tabaquismo Alcohol Dieta Carential Inactividad Física	Tabaco Alcohol Alimentación Actividad Física
<b>Modificar Factores de Riesgo</b>	<b>Detección Precoz Factores de Riesgo</b>
Control de peso Control de HTA Control dislipemia Control de diabetes	Tabaco Obesidad Alcohol HTA Dislipemia Diabetes

## Anexo VI. Recomendaciones Generales y Específicas

<b>EDUCACIÓN SANITARIA</b>	
<b>HIPERTENSIÓN ARTERIAL</b>	La pérdida de peso, el ejercicio físico aeróbico. La reducción del consumo de alcohol y sal en la dieta o la dieta mediterránea reducen la presión arterial.
<b>DISLIPEMIA</b>	Reducir la grasa saturada y sustituirla por grasa insaturada sin modificar la cantidad
<b>ACTIVIDAD FÍSICA</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Actividades de intensidad moderada (la persona puede hablar mientras realiza la actividad) como andar ligero, natación recreativa, bailar, excursiones, tareas domésticas, golf.</li><li>- Actividades de intensidad vigorosa como correr, bicicleta rápido, gimnasia aeróbica, cavar huerto.</li><li>- Actividades físicas que implican estiramiento muscular usando el peso corporal; cargar desplazar paquetes pesados, bailar, Pilates.</li><li>- Actividades de equilibrio y coordinación; yoga Taichi.</li><li>- Actividades para minimizar conducta sedentaria, reducir tiempo de ocio sentado, hacer paseos breves regulares de descanso (senderismo laboral), caminar en vez del coche.</li></ul>
<b>DIETA EQUILIBRADA</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Comer variado, combinación adecuada para los diferentes principios inmediatos, vitaminas y minerales sin carencias ni excesos.</li><li>- Mantener ingesta de proteínas moderada, aprox. 12% del total de calorías de la dieta.</li><li>- Comer diariamente alimentos ricos en hidratos de carbono complejos cereales integrales, el arroz, los panes y los cereales.</li><li>- Limitar ingesta de grasas, sobretodo saturadas, evitar carnes grasas, mejor pescado, ave y productos desnatados. Mejor aceite de oliva y diario 30g/frutos secos naturales.</li><li>- Diario 5 raciones de fruta y verdura.</li><li>- Evitar dulces y azúcares refinados.</li><li>- Adecuada ingesta de calcio (yogur)</li><li>- Limitar ingesta de sodio (menos de 2g/día que equivalen a 5 g de sal)</li><li>- Mantener peso adecuado</li><li>- Si bebe alcohol, debe hacerse un consumo moderado.</li></ul>

### SOPORTE PARA EL TRABAJADOR

#### Programa Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS), RECOMENDACIONES

<https://papps.es/guia-practica-de-la-salud/>

Fundación Española del Corazón

INFOGRAFÍAS



Caminar o correr <file:///C:/Users/jorge/Downloads/CAMINAR%20CORRER.pdf>

Mortalidad CV España

[file:///C:/Users/jorge/Downloads/MORTALIDAD%20CARDIOVASCULAR%202020%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/jorge/Downloads/MORTALIDAD%20CARDIOVASCULAR%202020%20(1).pdf)

Diabetes como FRCV

<file:///C:/Users/jorge/Downloads/Infografa%20diebetes%20como%20riesgo%20cardiovascular.pdf>

Cigarrillos electrónicos

[file:///C:/Users/jorge/Downloads/Cigarrillos%20electronicos%20y%20salud%20cardiovascular%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/jorge/Downloads/Cigarrillos%20electronicos%20y%20salud%20cardiovascular%20(1).pdf)

### **MENÚ Ejercicio**

<https://fundaciondelcorazon.com/ejercicio.html>

### **MENÚ Alimentación**

<https://fundaciondelcorazon.com/nutricion.html>

### **APLICACIONES DE SALUD Y EJERCICIO**

GOOGLE FIT te permite asociar toda la información de tu actividad física a tu cuenta de Google y compartirla con otras aplicaciones y otros dispositivos que utilices para mantenerte en forma. Cuando quieras consultar tus actividades o ver tus estadísticas

RUNTASTIC

## **Anexo VII. Hipertensión arterial**

### **SOPORTE PARA EL TRABAJADOR**

#### **CONCEPTO, CLASIFICACIÓN, TÉCNICA AUTOMEDICIÓN, CLASIFICACIÓN DE RIESGO MODIFICACIÓN ESTILOS DE VIDA**

1. <https://storage.googleapis.com/www-saludiarario-com/wp-content/uploads/2020/07/a5fe8649-infograf%C3%8Da-gu%C3%ADas-internacionales-de-hipertensi%C3%B3n.png>

2. <https://i.pinimg.com/originals/fc/26/80/fc2680c02b61e649c86cbad6c5d295ee.jpg>

[file:///C:/Users/jorge/Downloads/Presion\\_arterial.pdf](file:///C:/Users/jorge/Downloads/Presion_arterial.pdf)

[https://www.semfyec.es/wp-content/uploads/2016/07/10\\_02.pdf](https://www.semfyec.es/wp-content/uploads/2016/07/10_02.pdf)

### **DIETA HTA**

1. <file:///C:/Users/jorge/Downloads/DIETA%20HIPERTENSION TENSION%20ALTA.pdf>

### **DECÁLOGO PREVENCIÓN HTA**

1. <https://riskcor.com/wp-content/uploads/2020/04/0407-Decalogo-prevencion-hipertension.jpg>



## IV Congreso Internacional de Promoción de la Salud

17-18 junio 2022

# Eficacia de un programa para dejar de fumar dirigido a personas con sobrepeso u obesidad: resultados secundarios de un estudio controlado aleatorizado

Gloria García-Fernández<sup>1</sup>, Andrea Krotter<sup>2</sup>, Ángel García-Pérez<sup>3</sup>, Gema Alonso-Diego<sup>4</sup>, Sara Weidberg-López<sup>5</sup> y Roberto Secades-Villa<sup>6</sup>

- 1 Grupo de Conductas Adictivas. Facultad de Psicología de la Universidad de Oviedo; garciafgloria@uniovi.es
- 2 Grupo de Conductas Adictivas. Facultad de Psicología de la Universidad de Oviedo; krotterandrea@uniovi.es
- 3 Grupo de Conductas Adictivas. Facultad de Psicología de la Universidad de Oviedo; garciaperangel@uniovi.es
- 4 Grupo de Conductas Adictivas. Facultad de Psicología de la Universidad de Oviedo; aonsogema@uniovi.es
- 5 Grupo de Conductas Adictivas. Facultad de Psicología de la Universidad de Oviedo; weidbergsara@uniovi.es
- 6 Grupo de Conductas Adictivas. Facultad de Psicología de la Universidad de Oviedo; secades@uniovi.es

### Resumen:

**Introducción y Objetivos:** La obesidad y el consumo de tabaco resultan dos de las principales causas de mortalidad en la actualidad y cuando ambas condiciones de salud se presentan de manera conjunta resulta un reto social y sanitario. Por este motivo, resulta crucial desarrollar programas eficaces para dejar de fumar dirigidos a personas con exceso de peso corporal en los que además de dejar de fumar, se intervenga sobre variables relevantes en la regulación ponderal. El objetivo de este estudio es analizar la eficacia de un programa para dejar de fumar específicamente diseñado para personas con obesidad sobre los hábitos alimentarios, la actividad física y el bienestar psicológico de los participantes.

**Metodología:** Un total de 120 fumadores (Mcigarrillos\_diarios = 21,34; DT = 8,79) con sobrepeso u obesidad (MIMC = 31,75; DT = 4,31) realizaron un programa para dejar de fumar con una duración de ocho semanas cuyos objetivos fueron dejar de fumar tabaco y prevenir la ganancia de peso corporal. Además de la evaluación del consumo de tabaco mediante pruebas bioquímicas y el registro presencial del peso corporal semanal, durante la evaluación inicial y en el post-tratamiento se aplicaron instrumentos de evaluación específicos para evaluar cambios en los hábitos alimentarios (cuestionarios PREDIMED, BES y DEBQ), la actividad física (cuestionario REGICOR) y variables psicológicas (cuestionario DASS-21).

**Resultados y Conclusiones;** Un total de 104 participantes (86,67%) finalizaron el programa de intervención dual y el 74,1% de los participantes lograron dejar de fumar con éxito. El cambio de peso corporal de los participantes que lograron la abstinencia tabáquica fue de +1,79 kg (DT = 5,99). Al finalizar el programa de tratamiento, los participantes mejoraron la adherencia a la dieta mediterránea, disminuyeron la ingesta emocional y externa y mejoraron su bienestar psicológico. Los resultados de este estudio sugieren que los profesionales sanitarios han de ofrecer a personas con sobrepeso u obesidad estrategias para prevenir el aumento de peso en los programas de deshabituación tabáquica que pueden revertir en una prevención de ganancia de peso excesiva y una mejora del estilo alimentario.

*Palabras clave: sobrepeso, obesidad, tabaco, tratamiento, psicología, eficacia*

## Introducción

El consumo de tabaco y el exceso de peso corporal son dos de las principales causas de morbilidad prevenibles a nivel mundial. La prevalencia de enfermedades crónicas y hábitos no saludables en los países occidentales se ha incrementado de forma considerable en las últimas décadas y uno de los objetivos prioritarios es promover la salud, prevenir enfermedades crónicas y potenciar estilos de vida saludables. Es preciso diseminar y promover prácticas basadas en la evidencia coste-efectivas y el desarrollo de investigación clínica incidiendo en los principales factores de riesgo de salud: tabaquismo, consumo de alcohol, hábitos alimentarios no saludables e inactividad física [1-2].

En este estudio se interviene sobre el tabaquismo en una población específica de riesgo como son los fumadores con complicaciones de peso (sobrepeso y obesidad) para promover prácticas basadas en la evidencia coste-efectivas. Dejar de fumar se ha asociado con un incremento de peso y en la población general, se ha relacionado con un incremento medio de 4-5 kg. aunque tras 12 meses de abstinencia hay una gran variabilidad; 16% de los que abandona pierden peso y un 13% ganan más de 10 kg, aumentando el riesgo de recaída [3]. De este modo, la ganancia significativa de peso se asocia con el riesgo de recaída, por lo que es importante intervenir adecuadamente en los programas para dejar de fumar sobre este aspecto para aumentar las tasas de éxito [4].

Las personas fumadoras y con exceso de peso corporal son una población vulnerable para poder dejar de fumar [5-6]. Fumar agrava las consecuencias adversas de las complicaciones de peso (por ejemplo; problemas pulmonares o cardiacos) y el exceso de peso en muchas ocasiones es una barrera para que muchas personas (especialmente mujeres) inicien un programa para dejar de fumar puesto que se utiliza como método inadecuado de control de peso. Por otro lado, en muchos casos es común el aumento de peso tras el cese tabáquico incrementando el riesgo de aparición de atracones, diabetes, el inicio de obesidad en personas con sobrepeso y más probabilidades de recaída [7-13].

Por estos motivos, se requieren programas integrales que intervengan sobre las complicaciones alimentarias y de peso corporal asociadas al cese tabáquico [14]. El objetivo general de este estudio es evaluar un programa de tratamiento psicológico para dejar de fumar en personas con sobrepeso y obesidad que reduzca esta barrera de tratamiento, aumente las tasas de abstinencia al tabaco, prevenga la aparición de

atracones y conductas alimentarias inadecuadas e impacte en la evolución de peso (prevención ganancia de peso) para adecuarse a las necesidades de esta población.

## **Material y Método:**

### Diseño

Se trata de un ensayo controlado aleatorizado (ECA) llevado a cabo en la Unidad Clínica de Conductas adictivas (UCCA) de la Facultad de Psicología de la Universidad de Oviedo inscrita en el Registro de Centros y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias (Nº C.3/3954).

### Participantes

Se contó con una muestra de 120 participantes, atendiendo a los siguientes criterios de inclusión: ser mayor de edad, cumplir los criterios de dependencia a la nicotina, fumar diariamente 10 o más cigarrillos durante al menos el último año, presencia actual de sobrepeso u obesidad (IMC igual o mayor a 25) y tener la posibilidad de asistir a todas las sesiones de terapia. Los criterios de exclusión: estar embarazada, ser lactante o estar en periodo de postparto, haber recibido en los últimos 30 días tratamiento para dejar de fumar y/o adelgazar, utilizar otro tipo de productos (puros, puritos, cannabis, cigars...) cuyo uso no esté dispuesto a abandonar, sufrir algún tipo de trastorno mental grave que dificulte el tratamiento, estar en tratamiento por TCA o haber sido diagnosticado con algún trastorno alimentario distinto al trastorno por atracón o ingesta nocturna en el último año, encontrarse en tratamiento por TUS o haber sido diagnosticado de este en el último año y finalmente, padecer alguna enfermedad médica grave que requiera una dieta especializada o medicamentos que afecten al peso. A todos los participantes en el estudio se les solicitó su consentimiento informado.

### Instrumentos

- Pruebas bioquímicas: cooximetría para evaluar monóxido de carbono (CO) en aire expirado (Micro Smokerlyzer, Bedfont Scientific Ltd., Rochester, UK); analizador de cotinina en orina (BS-120 fully-automated and computer-controlled chemistry analyzer; Shenzhen Mindray Bio-medical Electronics).
- La altura de los participantes se midió utilizando un estadiómetro (SECA Mod.213, 20-205cm). El peso corporal se midió mediante una báscula calibrada (CL.III 200 kg. SECA Mod.877) durante y tras la intervención. Se utilizaron mediciones de altura y peso para calcular el IMC ( $IMC = \text{peso [kg]} / (\text{altura})^2 \text{ [m]}$ ).

- Historia clínica del programa para dejar de fumar: habitualmente utilizada por nuestro grupo de investigación en estudios previos con población similar. Recoge datos sociodemográficos, historia y patrón actual de consumo de tabaco y otras sustancias, historia y patrón actual relacionado con el sobrepeso u obesidad, enfermedades asociadas y expectativas sobre el tratamiento.
- Registre Gironi del Cor (REGICOR) para evaluar la actividad física diaria (Molina et al., 2017).
- Encuesta dietética PREDIMED de adherencia a la dieta mediterránea (Álvarez-Álvarez et al., 2018).
- Autoinforme *Spanish version of the Dutch Eating Behavior Questionnaire* (DEBQ) (Cebolla et al., 2013) para evaluar ingesta emocional, externa y restricción alimentaria.
- Escala *Binge Eating Scale* (BES) (Gormalli et al., 1982) para evaluar presencia y gravedad de atracones durante el último año.
- Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS – 21) (Lovibond y Lovibond, 1995).

#### Análisis de datos

Se llevarán a cabo análisis bivariados, de comparación de grupos y multivariados utilizando el paquete estadístico SPSS. Los análisis estadísticos principales se llevarán a cabo con todos los sujetos aleatorizados (*intent-to-treat -ITT- sample*)

### Resultados:

Un total de 104 participantes (86,67%) finalizaron el programa de intervención dual y el 74,1% (89/120) lograron dejar de fumar con éxito una media de 13,59 días de abstinencia continua (DE = 10,21). En conjunto, los participantes que completaron el tratamiento aumentaron su peso corporal basal ( $\Delta$  kg =  $1,20 \pm 4,43$ ;  $p < ,001$ ;  $r = 0,43$ ) y su IMC (IMC  $\Delta = 0,48 \pm 1,92$ ;  $p < ,001$ ;  $r = 0,43$ ) al finalizar el tratamiento. En concreto, el cambio de peso corporal de los participantes que lograron la abstinencia tabáquica fue de +1,79 kg (DT = 5,99). Al finalizar el programa de tratamiento, los participantes mejoraron la adherencia a la dieta mediterránea, disminuyeron la ingesta emocional y la ingesta externa y aumentaron su bienestar psicológico. Se observaron mejoras estadísticamente significativas al finalizar el tratamiento en la mejora de la adherencia a la dieta mediterránea (PREDIMED), en la reducción de la ingesta externa e ingesta emocional (DEBQ), en el aumento de ejercicio físico vigoroso y en la reducción de sintomatología depresiva, ansiosa y estrés (DASS-21) ( $p < .05$ ).

**Tabla 1.** Diferencias entre antes y después del tratamiento en los resultados secundarios entre los participantes que completaron la intervención (N = 104)

	Pre-tratamiento	Post-tratamiento	<i>p</i>	Tamaño efecto
PREDIMED <sup>a</sup>	9.43 ± 2.56	10.64 ± 2.12	<.001	.45
DEBQ				
Ingesta emocional <sup>a</sup>	23.69 ± 11.16	20.75 ± 9.21	<.001	.43
Ingesta externa <sup>c</sup>	25.95 ± 7.13	22.63 ± 7.16	<.001	.63
Restricción <sup>c</sup>	22.46 ± 8.23	21.55 ± 8.47	.15	.14
BES	29 ± 8.88	27 ± 7.23	.317	.57
REGICOR				
Suave	539.20 ± 765.37	609.07 ± 776.45	.26	.11
Moderado	478.24 ± 891.68	479.89 ± 766.44	.92	.01
Vigoroso	453.58 ± 960.79	595.95 ± 891.19	.01	.20
Total	1470.94 ± 1726.75	1684.86 ± 1761.21	.18	.13
DASS-21				
Depresión <sup>a</sup>	8.38 ± 8.32	6.97 ± 7.45	.015	.24
Ansiedad <sup>a</sup>	7.84 ± 6.58	5.64 ± 5.2	.001	.32
Estrés <sup>a</sup>	11.07 ± 7.48	8.81 ± 6.55	<.001	.38
Total <sup>a</sup>	13.64 ± 9.66	10.71 ± 8.34	<.001	.36

aWilcoxon signed-rank test; bMcnemar's Test; cDependent t-test for paired samples; PREDIMED = Mediterranean diet adherence questionnaire; DEBQ = Dutch Eating Behavior Questionnaire; BES = Binge Eating Scale; REGICOR = short register gironi del cor; DASS - 21= Depression, anxiety, and stress scale



### **Discusión/Conclusiones:**

La combinación de ambos objetivos, dejar de fumar y prevenir el aumento de peso corporal, en un programa psicológico facilita las tasas de abstinencia de tabaco entre los fumadores con sobrepeso y obesidad, y previene un aumento de peso excesivo. Las tasas de abstinencia a son elevadas en comparación con otros estudios y el aumento de peso corporal es inferior al observado en otros estudios [14-18]. Además, la mejora en el patrón alimentario, en el ejercicio físico y el bienestar psicológico son factores clave que pueden contribuir al mantenimiento de los objetivos. No obstante, se han de llevar estudios que evalúen estrategias adicionales para el mantenimiento del peso tras dejar de fumar [19].

### **Conclusiones:**

Las intervenciones para abordar el aumento de peso después del abandono son cruciales para los fumadores con sobrepeso u obesidad que están en riesgo de problemas de salud si sufren aumento de peso. A pesar de esto, los estudios que evalúan la efectividad de las intervenciones tanto para dejar de fumar como para controlar el peso en esta población son escasos. Los resultados sugieren que los sanitarios deben abordar simultáneamente el abandono del hábito de fumar y el control de peso en individuos con sobrepeso y obesidad.

### **Referencias:**

- [1] World Health Organization (2021). Obesity and overweight. News-room. Fact sheets. Disponible en <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- [2] World Health Organization (2021). Tobacco. News-room. Fact sheets. Disponible en <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
- [3] Tian J, Venn A., Otahal P., Gall S. The association between quitting smoking and weight gain: a systemic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Obes. Rev.* 2015;16(10), 883-901. <https://doi.org/10.1111/obr.12304>
- [4] Hartmann-Boyce J, Theodoulou A, Farley A, Hajek P, Lycett D, Jones LL, Kudlek L, Heath L, Hajizadeh A, Schenkels M, Aveyard P. Interventions for preventing weight gain after smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021;10:CD006219

- [5] LaRowe TL, Piper M., Schlam TR, Fiore MC, Baker TB. Obesity and smoking: comparing cessation treatment seekers with the general smoking population. *Obesity* 2005;17(6),1301-5. <https://doi.org/10.1038/oby.2009.36>
- [6] Stefanovics EA, Potenza MN, Pietrzak RH. Smoking, obesity, and their co-occurrence in the US military veterans: results from the national health and resilience in veterans study. *J Affect Disord* 2020;274:354-62. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.04.005>
- [7] Cepeda-Benito A. Nicotine Effects, Body Weight Concerns and Smoking: A Literature Review. *Curr Pharma Design.* 2020;26(20):2316–26. <https://doi.org/10.2174/1381612826666200401083040>
- [8] Townsend TN, Mehta NK. Contributions of obesity and cigarette smoking to incident disability: A longitudinal analysis. *Prev Med.*2020;141:106226. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106226>
- [9] Solmi, M., Veronese, N., Sergi, G., Luchini, C., Favaro, A., Santonastaso, P., Vancampfort, D., Correll, C.U., Ussher, M., Thapa-Chhetri, N., Fornaro, M., Stubbs, B. The association between smoking prevalence and eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Addiction* 2015;111(11):1914-22. <https://doi.org/10.1111/add.13457>
- [10] Zhou W, Liu G, Hung RJ, Haycock, PC, Aldrich M., Andrew A., Arnold SM, Bickeboller H, Bojesen SE, Brennan P, Brunnstrom H, Melander O, Caporaso N., Landi MT, Chen C, Goodman GE, Christiani DC, Cox A, Field JK, Johansson M, Kiemeny LA, Lam S, Lazarus P, Le Marchand L, Rennert G, Risch A, Schabath MB, Shete SS, Tardon A, Zienolddiny S, Shen H, Amos C. Causal relationships between body mass index, smoking and lung cancer: Univariable and multivariable Mendelian randomization. *Int J Cancer.* 2021;148(5):1077-86. <https://doi.org/10.1002/ijc.33292>
- [11] Hasegawa K, Komiyama M, Takahashi Y. Obesity and cardiovascular risk after quitting smoking: The latest evidence. *Eur Cardiol.* 2019;14(1):60-1. <https://doi.org/10.15420/ecr.2019.4.2>
- [12] Kos K. Cardiometabolic Morbidity and Mortality with Smoking Cessation, Review of Recommendations for People with Diabetes and Obesity. *Curr Diab Rep.* 2020;20(12):82. <https://doi.org/10.1007/s11892-020-01352-6>
- [13] Bush T, Lovejoy JC, Deprey M, Carpenter KM. The effect of tobacco cessation on weight gain, obesity, and diabetes risk. *Obesity.* 2016;24(9):1834-41. <https://doi.org/10.1002/oby.21582>

- [14] Krist AH, Davidson KW, Mangione CM, Barry MJ, Cabana M, Caughey AB, Donahue K, Doubeni CA, Epling JW, Kubi M, Ogedegbe G, Pbert L, Silverstein M, Simon MA, Tseng C W, Wong JB. Interventions for tobacco smoking cessation in adults, including pregnant persons: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2021; 325(3):265-79. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.25019>
- [15] Bloom E., Hunt L, Tidey J, Ramsey SE. Pilot feasibility trial of dual contingency management for cigarette smoking cessation and weight maintenance among weight-concerned female smokers. *Exp Clin Psychopharma*. 2020;28(5):609-15. <https://doi.org/10.1037/pha0000331>
- [16] Love SJ, Sheffer CE, Bursac Z, Prewitt TE, Krukowski RA, West DS. Offer of a weight management program to overweight and obese weight-concerned smokers improves tobacco dependence treatment outcomes. *Amer Journal Addictions* 2011;20(1):1-8. <https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2010.00091.x>
- [17] Svendsen M, Heggen E, Klemsdal TO, Tonstad S. Diet, eating behaviour and weight gain in men and women with overweight/obesity receiving varenicline for smoking cessation. *Clin Obes*.2021;11(3):e12447. <https://doi.org/10.1111/cob.12447>
- [18] White MA, Ivezaj V, Grilo CM. Evaluation of a web-based cognitive behavioral smoking cessation treatment for overweight/obese smokers. *J Health Psychol*. 201 ;24(13):1796-806. <https://doi.org/10.1177/1359105317701560>
- [19] Paixao C, Dias CM, Jorge R, Carraca EV, Yannakoulia M, de Zwaan M, Soini S, Hill JO, Teixeira PJ, Santos I. Successful weight loss maintenance: A systematic review of weight control registries. *Obes Rev* 2020. <https://doi.org/10.1111/obr.13003>



## **IV Congreso Internacional de Promoción de la Salud**

**17-18 junio 2022**

# **No estás solo. Formación continuada un reto en tiempos de Covid.**

**Mayda Mercedes Martínez Miranda<sup>1</sup>; José Antonio Cernuda Martínez<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> [maydamercedes84@gmail.com](mailto:maydamercedes84@gmail.com)

<sup>2</sup> [jacernudam@gmail.com](mailto:jacernudam@gmail.com)

**Introducción:** era una necesidad sentida de los Equipos Sanitarios del SAC/SUAP del Área V, la realización de cursos presenciales de Formación Continuada, entre otras razones, porque en el contexto epidemiológico actual las consultas de seguimiento al paciente con patologías crónicas se retardaron, acudiendo a los servicios de urgencias pacientes descompensados de las mismas que requerían de actuaciones con apoyo vital. Como sabemos la aplicación de WhatsApp no fue creada para fines educativos, sin embargo, debemos reconocer que su propósito principal es facilitar la comunicación, y la educación parte de una comunicación efectiva, por lo tanto, quisimos aprovechar la popularidad de WhatsApp para ampliar los canales, a través del cual todos los participantes a los cursos, pudieran generar un feedback más rápido en nuestro quehacer diario.

**Objetivos:** mejorar de habilidades teórico-prácticas de los profesionales sanitarios que trabajan en Centros con SAC/SUAP del Área V a través de cursos de Formación Continuada sobre manejo de emergencias cardiovasculares, inestabilidad hemodinámica y habilidades en la RCP Básica y Avanzada en tiempos de COVID, así como fomentar la formación continuada colaborativa entre los participantes de los Cursos con la utilización del WhatsApp como unidad educativa virtual.

**Metodología:** Para conseguir los objetivos planteados, se realizaron un total de 20 ediciones de un curso teórico práctico diseñado para tal fin desde Octubre del 2020 a Mayo 2022, con un total de 220 participantes (83 medicina, 97 enfermería y 40 celadores) y se conformaron 13 grupos de WhatsApp con el 100% de participantes utilizándose ésta aplicación para la conformación de 10 Comunidades Educativas con la participación del 100% de medicina y de enfermería con su utilización en cualquier horario del día incluyendo fines de semana según sus necesidades.

**Resultados:** Se logró alta tasa de finalización de los cursos; Medicina 87%, Enfermería 96%, Celadores 100% y Residentes 78%, alcanzando buen nivel de adquisición de conocimiento (95,5% Enfermería y 91,5% Medicina), según puntuación media alcanzados en el test de Conocimiento final. Se reconoció a los Grupos de WhatsApp como buena herramienta de interacción, acompañamiento y actualización de conocimientos, demostrando un alto nivel de satisfacción con los mismos (NPS>60)

**Conclusiones:** Podemos concluir que a pesar del alto grado de satisfacción y empoderamiento de conocimientos teórico-prácticos alcanzados por los participantes, se evidenciaron aspectos susceptibles a mejorar que dan sentido y motivación a la realización de este trabajo, de cara a introducir mejoras en las nuevas ediciones de éste y otros proyectos.

**Palabras clave:** Formación Continuada, conocimientos teórico-practico, grado de satisfacción en cursos formación .

## **Introducción:**

La irrupción de la pandemia por SARS-CoV-2 y la adaptación de la actividad para hacerle frente han supuesto una reducción y un retraso en el número de consultas de seguimiento de patologías crónicas y una limitación del uso presencial de los Servicios de Urgencias en Atención Primaria (SUAP) y de Atención Hospitalaria (AH).[1]

Entre las enfermedades crónicas, las cardiovasculares han visto empeorar sus cifras. El confinamiento, el estrés generado por la crisis pandémica, el temor a contagiarse en los hospitales por un lado y las dificultades de una parte de la población para determinar la gravedad de algunos de sus problemas de salud así como la ausencia de directrices claras sobre el lugar al que dirigirse ante una urgencia, han agravado la situación propiciando la aparición de cuadros agudos potencialmente fatales.[2]

En este contexto era previsible esperar un aumento de estas urgencias en los Servicios de Atención Continuada (SAC) y en los Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) dado que la ciudadanía suele acudir al lugar con el que está más familiarizado, al más próximo o aquel que perciba como más accesible en este caso: su Centro de Salud (CS).

Contar en los CS con personal especializado y continuamente entrenado, que disponga de los recursos farmacológicos suficientes y del equipamiento diagnóstico/terapéutico adecuado para ofrecer una atención sanitaria temprana resultaba imprescindible. Así, se proporcionaría una mejora en la supervivencia y una disminución de las secuelas de una emergencia cardiovascular (físicas y/o psicológicas).[3]

La Formación Continuada presencial y acreditada demandada por el personal facultativo y de enfermería se planteó como una buena alternativa para reforzar las habilidades en el manejo de estas emergencias a nivel de AP

Avanzada la iniciativa se vio la necesidad de incluir en el programa la formación de otra figura importante en la calidad de los SAC y SUAP: el Celador, dado que su apoyo resulta imprescindible en determinadas emergencias vitales.

La formación presencial de estos tres colectivos se ha complementado en las diferentes ediciones con la creación de una "Comunidad Educativa Virtual". La aplicación WhatsApp ha sido la herramienta seleccionada para resolver las inquietudes del alumnado. Este canal directo y permanente de comunicación ha cohesionado el interés común: mantenerse actualizado y acompañado en la emergencia vital. El uso de WhatsApp ha servido para establecer un feedback rápido y transparente entre el alumnado en la misma sintonía con la que se interactúa en el quehacer diario de los SAC y SUAP. [5]

## Material y método:

Para conseguir los objetivos planteados en este proyecto se proyectaron dos acciones:

- 1.- Curso teórico-práctico.
- 2.- Comunidades de Aprendizaje.

### 1.- Curso teórico práctico:

Se confeccionó un Plan Temático para Formación Acreditada (Anexo1) dirigido a profesionales de medicina que desempeñan su trabajo en los SAC y SUAP, con la aprobación de la Gerencia del Área V para su realización presencial. Posteriormente se acreditó una adaptación para personal de enfermería.

La modalidad del curso sería presencial con las siguientes características:

- Se implantarían medidas de seguridad para evitar el contagio de COVID.
- Se utilizaría una metodología teórico-práctica. Cada temática dentro de una unidad didáctica sería impartida con una parte teórica esencial, complementada con figuras y supuestos prácticos. La última de las sesiones en cada grupo sería fundamentalmente práctica; se aplicarían los conocimientos teóricos adquiridos para resolver diferentes supuestos clínicos a través de la simulación con maniqués de RCP Básica y Avanzada.
- Los participantes podrían interactuar con la docente del curso, a través de preguntas y sugerencias, con el fin de detectar aquellas partes del manejo en urgencias que precisasen de un mayor refuerzo. La docente invitaría al alumnado a compartir las prácticas y recursos utilizados habitualmente en sus centros, atendiendo a la variedad de situaciones y equipamientos para poder establecer conjuntamente el mejor manejo posible en cada caso.
- La interacción sería menor en las sesiones de prácticas con maniqués de RCP. En la simulación, se detallaría previamente el supuesto clínico a resolver, con las características del paciente simulado (edad, sexo, signos y síntomas...), así como el escenario y responsabilidades del profesional sanitario.  
El curso tendría 3 sesiones de 3 horas de duración cada una y se iniciaría con un video motivacional con objeto de crear equipo y facilitar la interacción de los participantes (Anexo 1).
- ECG: utilización de recursos nemotécnicos para la identificación de la frecuencia cardíaca, ritmo, intervalos, eje eléctrico, segmento ST, ondas así como para la interpretación clínica del mismo haciendo énfasis en alteraciones

electrocardiográficas que pueden constituir urgencia real, (fibrinoflúter auricular, BAV, DDRHH, IAM, TPSV y formas de parada como la TVSP, Asistolia).

- Reconocimiento de principales patologías que cursan con deterioro hemodinámico y la conducta terapéutica a seguir en la Atención Primaria, utilizando fórmula didáctica.
- Reanimación CardioPulmonar Básica y Avanzada en tiempos de COVID en nivel primario de atención, cuyos objetivos fueron, optimizar la RCP básica en los SAC y SUAP con demostraciones prácticas del manejo de la RCPB y en el manejo de la vía aérea (intubación), ventilación no invasiva e invasiva, uso de fármacos y DEA, con la utilización de maniqués y simuladores.

Los contenidos y duración se adaptaron a las necesidades formativas de cada colectivo profesional: facultativo: 3 sesiones de 3 horas, personal de enfermería: 2 sesiones de 3 horas y celadores: 1 sesión de 3 horas. (Curso de Primeros Auxilios).

	<b>MEDICINA</b>	<b>ENFERMERÍA</b>	<b>CELADORES</b>
<b>Unidades Temáticas</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
<b>Duración Total/horas</b>	<b>9</b>	<b>6</b>	<b>3</b>
<b>Nº de Sesiones</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

En cada sesión se impartió una de las unidades didácticas. Las sesiones dirigidas a personal facultativo incluyeron las tres unidades didácticas detalladas en el Anexo 1. Las sesiones dirigidas a personal de enfermería incorporaron las unidades didácticas 1 y 3. La unidad orientada a celadores se concibió como “Curso de primeros auxilios” y tuvo como objetivo reforzar las habilidades teórico-prácticas de este colectivo en la actuación como miembro de los Equipos de Salud en los Centros de Urgencias de Atención Primaria del Área V.

La modalidad de formación acreditada se utilizó para el personal facultativo y el personal de enfermería; no fueron objeto de acreditación las formaciones del personal celador y residentes dado que no se contempla esta modalidad para estos colectivos.

Localización: Las actividades se llevarían a cabo en un aula de docencia, fuera de la jornada ordinaria, para no interferir con la actividad asistencial en los Centros de Salud. Se utilizaría para el desarrollo de la actividad el salón de actos localizado en la Gerencia del Área Sanitaria V (Calle Severo Ochoa s/n, 33208 Gijón). El aforo máximo del salón de actos era de 15 personas.



Durante las unidades temáticas teóricas se utilizó con la disposición habitual del mismo en tiempos COVID y en la parte más práctica se adaptó la configuración de sillas para permitir el uso de los maniqués de RCP en condiciones de higiene y seguridad.

Recursos materiales: (Se detallan en el apartado de logística del Anexo 1)

Se utilizaría material elaborado por la propia docente que se podría compartir con el alumnado. Se proporcionaría información resumida de las temáticas impartidas en formato de folio, cuartilla o tríptico, con el fin de poder ser recuperada rápidamente en el día a día de la actividad asistencial. Se utilizaría el equipo informático del salón de actos, el proyector, la pantalla de proyección y el teléfono en caso de cualquier incidencia, así como pizarra, papelógrafo entre otros. El material de papelería necesario para tomar apuntes (cuadernos, bolígrafos...) lo aportaría el propio alumnado.

Serían necesarios 3 maniqués para prácticas de RCP proporcionados por el Hospital de Cabueñes. Se usarían también 3 laringoscopios, 3 AMBU, Cánulas de Guedel, TET, 1 DEA con batería de simulación de ritmos.

Para mantener unas condiciones de higiene y seguridad, se utilizaría gel hidroalcohólico para higiene de manos y etanol al 70% junto a algodón para la desinfección del material utilizado. Sería obligatorio el uso de mascarilla FFP2.

Evaluación: La asistencia de los participantes sería controlada mediante una hoja de firmas, lo que permitiría conocer el porcentaje de alumnos que finalizaran el curso.

Al finalizar el curso, los participantes completarían un cuestionario sobre la calidad del curso y el nivel de satisfacción, con cinco preguntas tipo Likert (1: Muy insatisfecho; 5: Muy satisfecho) y preguntas abiertas (revisar que realmente esta es la escala, y añadir un ejemplo como anexo). (Anexo 2)

La evaluación de los conocimientos se realizaría al finalizar el curso mediante un test que constaría de 15 preguntas cerradas con 4 opciones de respuesta en el caso de personal facultativo y 10 preguntas cerradas con 4 opciones de respuesta en el caso del personal de enfermería (Anexo 3 y 4)

Además, se realizó una reunión de cierre entre los profesionales que organizan el curso y los profesionales de apoyo para poder evaluar, de forma cualitativa las posibles áreas de mejora del mismo.

## 2.- Comunidad de Aprendizaje.

Mantener una línea de Formación Continuada presencial resultaba complicado durante el periodo de pandemia COVID, por lo que una alternativa sería crear una Comunidad de Aprendizaje utilizando tecnologías de la información y redes sociales que permitieran mantener el estatus de igualdad entre los participantes, su implicación como “docentes” y la inmediatez necesaria para la resolución de casos clínicos en tiempo real. Se decidió utilizar WhatsApp como herramienta fundamental.

Para conseguir estos objetivos con grupos de WhatsApp, sin que se desvirtúe la naturaleza de los mismos y manteniendo la confianza para poner delante de los demás los errores y dudas personales, se podrían crear grupos pequeños resultantes de cada uno de los cursos impartidos. Esto permitiría un funcionamiento adecuado dentro de cada grupo.

Se definiría una persona dinamizadora que participase en todos los grupos y compartiese información y aprendizaje de unos grupos a otros, aunque cada grupo funcionaría de forma independiente.

Se crearían tantos grupos como cursos impartidos y se identificarían según la elección del propio grupo. Cada grupo contaría con una serie de normas de funcionamiento que incluirían las siguientes **instrucciones**:

- No habría límite horario
- Solo se admitirían mensajes relacionados con la práctica clínica del grupo
- No se permitirían juicios de valor sobre las preguntas y casos presentados, ni sobre las respuestas aportadas por los participantes.
- No se utilizarían datos personales que permitiesen identificar al paciente

Para evaluar la consecución de los objetivos de estos grupos se elaboraría un cuestionario en Google Forms (Anexo 5) que se distribuyó a través de los propios grupos. El cuestionario constaba de 1 pregunta general (“Recomendaría...”), 12 preguntas tipo Likert (valoración del 1: “Muy en desacuerdo” al 5:” Muy de acuerdo”) y dos preguntas abiertas.

La primera pregunta nos permitiría calcular el Net Promoter Score (NPS), indicador de la experiencia del cliente que mide las probabilidades de que tus clientes recomienden tu empresa (en este caso las Comunidades de Aprendizaje). Este indicador, se calcula así:



Si bien no existen valores de referencia en el ámbito sanitario, a nivel empresarial se considera que un NPS superior a 0 se percibe como bueno y un NPS de 50 es excelente.



El Excel resultante del formulario de Google Forms se exportó a SPSS v17 para su análisis estadístico. Éste se realizó en base a una descripción de frecuencias relativas y el uso de la Chi-Cuadrado para el análisis bivariante. Los niveles de significación estadística se fijaron en 0.05.

**Resultados:**

Aunque inicialmente se detectó necesidad de cursos de actualización teórico-práctico para Medicina SAC y SUAP, por la alta aceptación de los mismos y la demanda por parte de otros colectivos se organizaron otras formaciones para Facultativos de Atención Primaria, Enfermería, Celadores y Residentes.

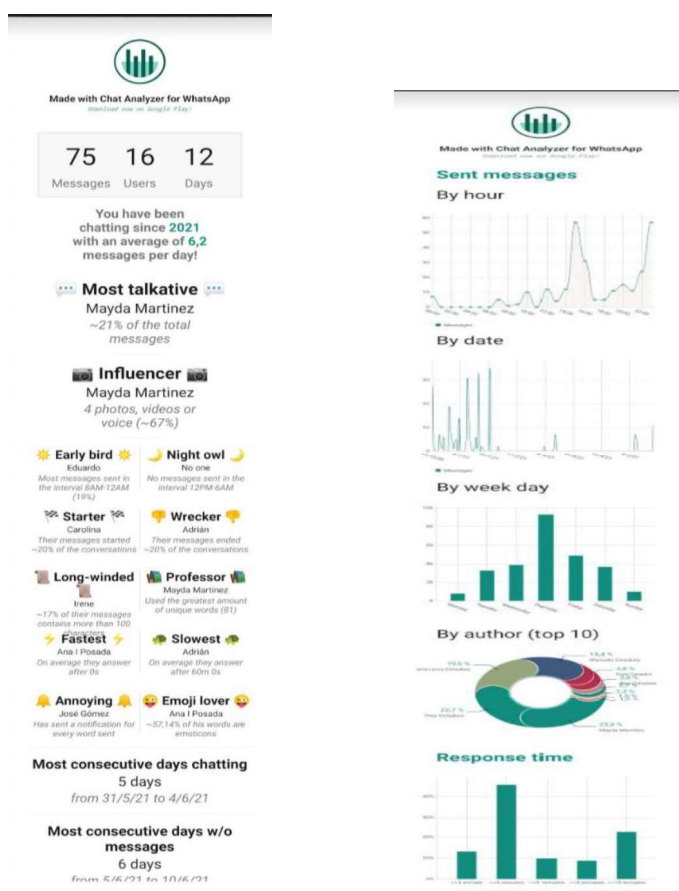
Se realizaron un total de 15 ediciones desde octubre del 2020 a junio 2021

	MEDICINA	ENFERMERÍA	CELADORES	TOTAL
<b>Número de Ediciones</b>	8	9	3	<b>20</b>
<b>Horas Totales</b>	72	54	9	<b>135</b>
<b>Número de Participantes</b>	83	97	40	<b>220</b>

Se crearon un total de 16 grupos de WhatsApp (identificados por el nombre que los propios participantes eligieron) con un total de 230 participantes. Se reagruparon los grupos en las primeras cuatro ediciones para Enfermería solo consideramos “Comunidades de Aprendizaje” 13 donde excluimos los Celadores por no ajustarse a los objetivos para lo que fueron creados.

Whatsapp	MEDICINA	ENFERMERÍA	TOTAL	CELADORES
<b>Número de Grupos</b>	7	6	13	3
<b>Número de Participantes</b>	83	97	<b>180</b>	40
<b>Porcentaje</b>	100%	100%	100%	100%

La actividad de los grupos de WhatsApp se analizó con la aplicación “Chat Analyzer”. Esta aplicación nos permite conocer la actividad de los diferentes grupos de WhatsApp facilitándonos la siguiente información:



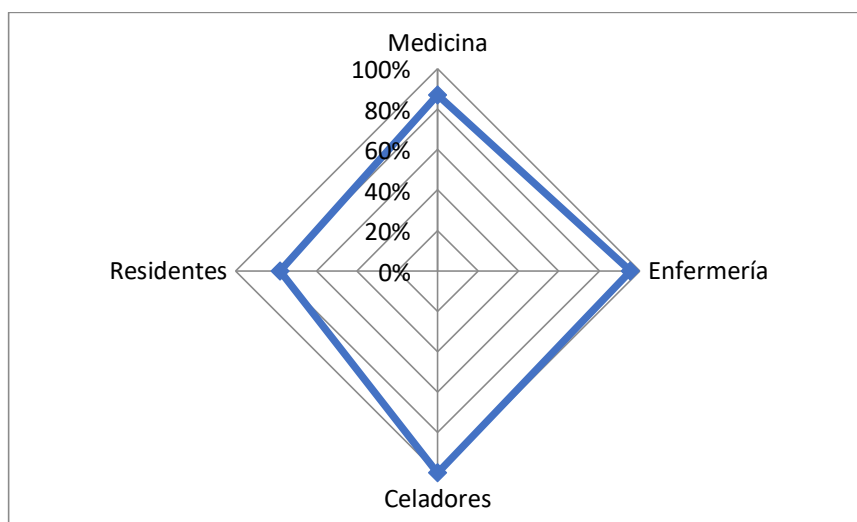
La mayor parte de la información proporcionada por el “Chat Analyzer” de cada grupo se trabajó agrupando la información por categoría profesional (los grupos de celadores al no considerarse Comunidades de Aprendizaje no se presentan). Los resultados obtenidos son los siguientes:

<b>Variables</b>	<b>Medicina</b>	<b>Enfermería</b>	<b>Total</b>
<b>Número total de mensajes</b>	4001	339	4340
<b>Número medio de mensajes/día</b>	17	11	28
<b>Máximo día consecutivos con mensajes</b>	39	9	48
<b>Máximo día consecutivos sin mensajes</b>	459	91	550
<b>Tiempo medio de respuesta</b>	70m 9s	15m 20s	85m 29s
<b>Número de mensajes entre semana</b>	2604	216	2820
<b>Número de mensajes en fin de semana (S D)</b>	1397	123	1520
<b>Número de mensajes según horario de 20 a 8</b>	1301	118	1419
<b>Número de mensajes según horario de 8 a 20</b>	2700	221	2921

## Discusión:

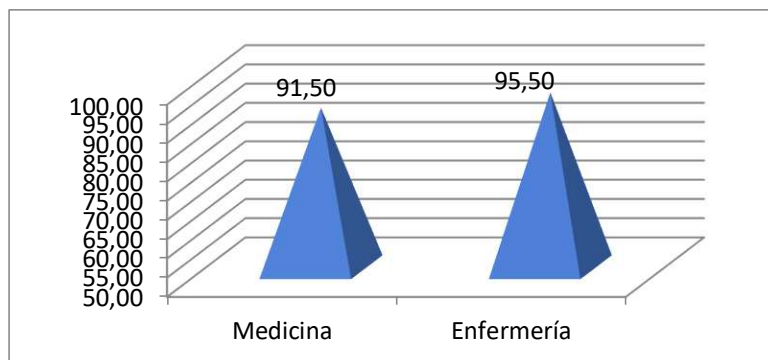
### 1.- Curso teórico-práctico.

Tasa de finalización: Se analizó la tasa de finalización en todos los cursos, que se presenta agrupada por categoría. Es de señalar que entre las causas de no finalización del curso nunca fue por contagio intramuros de la COVID, porque se extremaron las medidas de prevención y o protección para evitar contagios, dichas tasas de finalización estuvieron relacionado por compromisos de trabajo (guardias médicas). Donde medicina finalizó con 87% y enfermería 96%. No encontramos en la bibliografía revisada relación de tasa de finalización de cursos de Formación Continuada con contagios de COVID en la actividad docente.



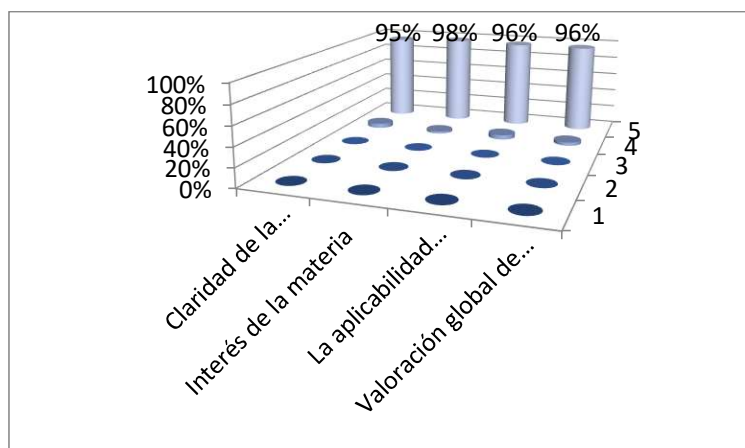
Dado que los cursos de residentes y de celadores no fueron acreditados no se dispone de más información al respecto.

Test de conocimientos: Las puntuaciones medias obtenidas por todos los participantes en función de la categoría profesional han sido muy elevadas tanto en Medicina con 91.5 puntos como en Enfermería siendo ésta última las de mayores puntuaciones obtenidas con el 95,5. Resultados similares obtuvo Peláez Sánchez en su estudio sobre el nivel de conocimiento sobre RCP en el Hospital del Oriente de Asturias (HOA) [4]; aunque en nuestro trabajo no solo consta del módulo RCP sino también de otras temáticas como lectura e interpretación del ECG y el manejo de las principales enfermedades cardiovasculares en las urgencias de la Atención Primaria.

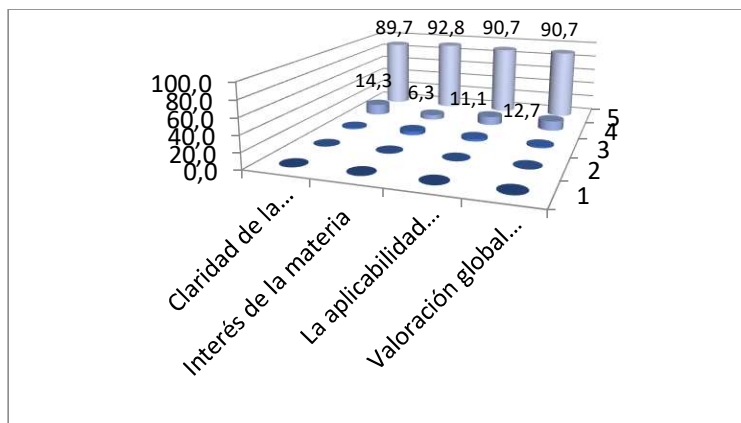


Valoración del curso: La valoración del curso según categoría se presenta en las siguientes gráficas:

### Medicina



### Enfermería



El alto grado de satisfacción de los sanitarios con respecto a la capacidad de la docente para transmitir con habilidad y claridad sus conocimientos pone de manifiesto que la formación entre profesionales que desarrollan su trabajo en condiciones similares es muy adecuada, pues el abordaje de los temas tratados en las diferentes sesiones se ajusta a las condiciones reales de trabajo de los profesionales que reciben la formación. Esto queda sin duda de manifiesto en la valoración global de las sesiones realizados por los facultativos con el 96% y enfermería el 90,7%. [5]

En la siguiente tabla se resumen los comentarios de las preguntas abiertas (se presentan únicamente las áreas de mejora que se detectan) (Anexo 6).

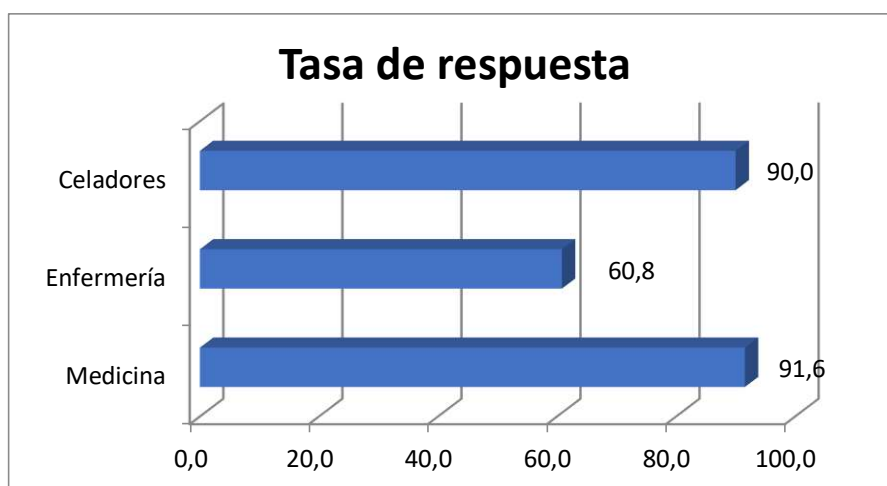
Aspecto	Oportunidades de mejora
Duración y frecuencia	Mayor periodicidad y repetición de cursos
	Mayor duración del curso, sobre todo de la parte práctica
Programa y prácticas	Ampliar la temática del curso (Grandes quemados, Politraumatizados, Urgencias ginecológicas, Urgencias pediátricas, Urgencias metabólicas, etc.)
	Ampliar la formación teórica y práctica del monitor
	Incluir la vía intraósea en el manejo del paciente crítico.
	Sesiones específicas de casos clínicos de ECG
	Cards de medicación/chuletarios unificados para todo el Área que se incluyan en el curso.
	Algunas intervenciones específicas de enfermería en urgencias, como cuidados de enfermería
	Más videos, incluso de paradas reales, para ver una actuación en la realidad y ver el rol de los interventores.
	Más material de práctica (en número, muñeco pediátrico) y en adecuadas condiciones
	Hacer más práctica con casos reales. Pacientes inestables y tener que estabilizar trabajando en grupo y sabiendo liderar las situaciones.
	Poder practicar con un desfibrilador manual, con palas para ver ritmos y tener capacidad para diferenciar aquellos ritmos desfibrilables y los que no.
Logística	No aumentar el número de participantes, o incluso disminuirlo
	Mantener la presencialidad
	Realización de test grupales al finalizar cada tema.
	Obligatoriedad para todas las personas que hacen guardias
	No realizarlo en viernes
	Facilitar la presentación por anticipado y no coger apuntes
	Espacio docente poco acogedor



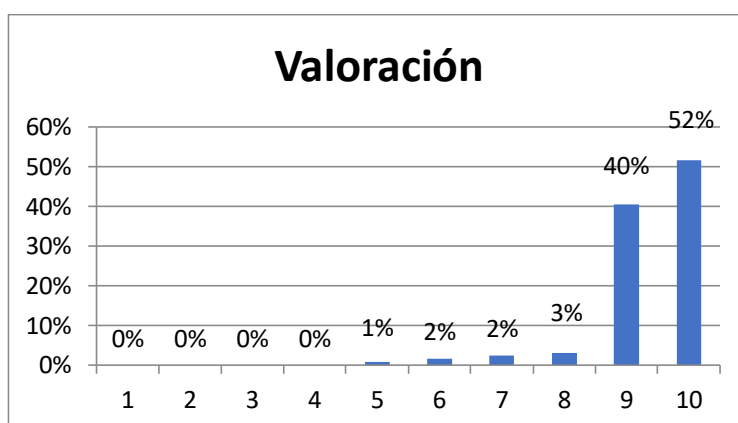
## 2.- Comunidad de Aprendizaje

Todas las personas que realizaron formación recibieron, a través de los propios grupos de WhatsApp, el cuestionario de evaluación de Google Forms. Los resultados de los grupos de celadores se muestran de forma separada dado que estos grupos no se consideran Comunidades de Aprendizaje; el objetivo fue valorar su utilidad para futuras ediciones.

La tasa de respuesta por categorías fue la siguiente:

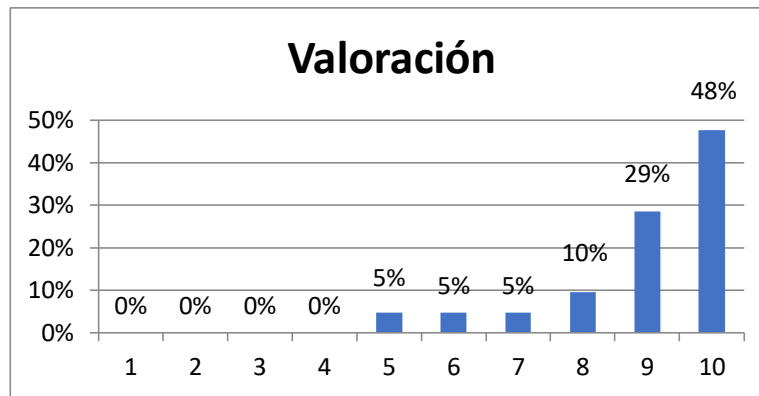


En relación con la primera pregunta (“¿En qué grado recomendarías estos grupos de WhatsApp a otros profesionales?”), nos permite calcular el NPS [7]; los resultados para el personal sanitario fueron:



De esta gráfica obtenemos el NPS que es de 84.

En el caso de los celadores, los resultados son los siguientes con lo que el NPS es de 62.



En ambos casos vemos que los valores superan el nivel de referencia de 50.

Evidenciando que la aplicación WhatsApp es muy apreciada entre los profesionales con vía de intercambio de conocimientos y aclaración de dudas en tiempo real, que lo recomendarían como herramienta formativa. Resultados similares encontraron Giraldo Ospina y colaboradores en su trabajo; COVID-19 y uso de Redes Sociales virtuales en educación médica [8]

En relación con el resto de los ítems, se muestran los porcentajes de respuesta agrupados para las valoraciones 4-5. Esta valoración se muestra para las categorías de medicina y enfermería.

Preguntas	Medicina	Enfermería
1. Los objetivos de los grupos de WhatsApp está claramente establecidos	96%	94%
2. Se establecieron claramente las instrucciones de como participar en los grupos de WhatsApp	89%	86%
3.- Los grupos de WhatsApp me ayudan a fortalecer mi formación	98%	96%
4.- Los grupos de WhatsApp me ayudan desarrollar mejor mi trabajo	96%	82%
5.- En los grupos de WhatsApp se fomenta un ambiente apropiado (respeto y cordialidad) para el planteamiento y resolución de dudas	98%	100%
6. Las aportaciones de los participantes me resultan útiles	99%	100%
7.- Los contenidos y preguntas que se plantean en el grupo de WhatsApp son importantes para mi	98%	100%

8.- Me sentí cómodo/a al interactuar con otros participantes través de WhatsApp	96%	82%
9.- Sentí que mi punto de vista fue reconocido por otros participantes del grupo	93%	81%
10.- He podido aplicar el conocimiento adquirido a través del grupo de WhatsApp en mi trabajo	96%	82%
11.- He podido plantear preguntas en el grupo sin sentirme juzgado/juzgada	100%	96%
12.- La resolución de las dudas planteadas ha sido rápida	96%	100%
13.- Me siento motivado/a para seguir participando en el grupo	95%	85%

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambas categorías, posiblemente debido a una “n” pequeña.

En relación al grupo de celadores, el porcentaje de respuestas 4-5 son:

Preguntas	Celadores
1. Los objetivos de los grupos de whatsapp está claramente establecidos	90%
2. Se establecieron claramente las instrucciones de como participar en los grupos de whatsapp	81%
3.- Los grupos de whatsapp me ayudan a fortalecer mi formación	86%
4.- Los grupos de whatsapp me ayudan desarrollar mejor mi trabajo	71%
5.- En los grupos de whatsapp se fomenta un ambiente apropiado (respeto y cordialidad) para el plantemiento y resolución de dudas	95%
6. Las aportaciones de los participantes me resultan útiles	95%
7.- Los contenidos y preguntas que se plantean en el grupo de whatsapp son importantes para mi	90%
8.- Me sentí cómodo/a al interactuar con otros participantes través de whatsapp	90%
9.- Sentí que mi punto de vista fue reconocido por otros participantes del grupo	95%
10.- He podido aplicar el conocimiento adquirido a través del grupo de whatsapp en mi trabajo	81%
11.- He podido plantear preguntas en el grupo sin sentirme juzgado/juzgada	95%
12.- La resolución de las dudas planteadas ha sido rápida	90%
13.- Me siento motivado/a para seguir participando en el grupo	90%

En relación con las preguntas abiertas observamos lo siguiente: Los **aspectos mejor valorados** (tanto en sanitarios como en celadores) fueron:

- Mejorar la formación
- Compartir dudas
- Diversidad de opiniones
- Aplicabilidad
- Agilidad, inmediatez y comodidad
- Voluntariedad
- Sentirse acompañado
- Interacción con otros compañeros
- Cordialidad, confianza y buen ambiente
- Estar al día de curso.

## Conclusiones:

A modo de conclusión creemos que es más visual hacerlo en forma de tabla con las propuestas de mejora para próximas ediciones:

ETAPA	ACCIÓN	¿QUÉ PASÓ?	CONCLUSIONES	MEJORA
Cursos	<b>Planificación del curso:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>3 ediciones para medicina, 2 enfermería, 1 celadores.</li> <li>Planificación bottom-up</li> </ul>	El curso se planificó y organizó inicialmente por y para los facultativos del SAC/SUAP.	No está incluido en el plan de formación del Área.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mejora del procedimiento general de organización de cursos del Área Sanitaria</li> <li>Aumentar número de ediciones planificadas para colectivos específicos</li> </ul>
		Se fueron aumentando sobre la marcha, se incorporó Enfermería y Sanitarios de la AP, se realiza Curso de Primeros Auxilios para Celadores.		
	<b>Convocatoria:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Intranet</li> <li>Carteles</li> <li>Boca a Boca</li> </ul>	Bajo número de inscripciones por la intranet	Bajo éxito	<ul style="list-style-type: none"> <li>Convocar por email y promoción de vídeo del curso en la intranet</li> <li>Aumentar número de carteles</li> <li>Realizar un programa de Formación Continuada con fechas y sinopsis de Curso.</li> </ul>
		Colocación 1 cartel por CS.	Éxito con la colocación de cartel en mural de salón de descanso de los sanitarios	
	<b>Logística:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Acceso</li> <li>Material de prácticas</li> <li>Presentación /clausura y promoción del curso</li> </ul>	Falta puntualidad / interrupciones.	Resulta necesario un control de accesos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Asignar una persona para controlar los accesos y el garaje.</li> <li>Preparar protocolo y adquirir material para el curso por parte de la institución.</li> <li>Plantear a la dirección la necesidad de presentación /clausura, así como la recomendación del mismo al IAAP y a la Unidad Docente Multiprofesional de AFy C.</li> </ul>
		La docente de tenían que ir a buscar y devolver personalmente el material.	Necesidad de un protocolo de búsqueda y devolución de material.	
No todos los cursos fueron presentados /clausurados por algún mando creando cierta inconformidad en los cursantes.		Aumento de la implicación de los mandos intermedios/directivos		

	<b>Desarrollo</b>	No todos los cursos disponían de sistema de evaluación escrita por no estar acreditados.	No conocemos aspectos relevantes de la evaluación del curso en celadores y residentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Aplicar la metodología de trabajo requerida en acreditación a todos cursos con independencia del colectivo al que vayan dirigidos.</li> <li>● Planificación, si procede, por la Unidad Docente.</li> <li>● Aumentar la frecuencia de los cursos y la parte práctica del curso para entrenamiento de habilidades</li> </ul>
		Participación de los residentes algunas de la sesiones e impuntualidad.	Baja tasa de finalización de residentes	
		Se realizaron fuera de horario laboral	Comentarios en relación con la duración y frecuencia, programa y prácticas y logística	
<b>Grupos de WhatsApp</b>	<b>Planificación y funcionamiento</b>	No hay reconocimiento formal de estas COMUNIDADES DE APRENDIZAJE	La participación no está incentivada, se dejó a la espontaneidad y a la resolución de dudas	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Refuerzo periódico de los conocimientos, presentar más casos clínicos.</li> <li>● Promover discusiones sobre temas de interés y retos</li> <li>● Incluir la participación en los grupos de WhatsApp como parte de la acreditación de los cursos.</li> </ul>
		No se crearon grupos en las primeras ediciones de enfermería	Se reunificaron en una Comunidad Educativa los concursantes de enfermería	

## Referencias:

1. Centro Nacional de Epidemiología. Informe 69. Situación de COVID-19 en España. Casos diagnosticados a partir del 10 de mayo. [Internet]. 2021 Disponible en: [https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID19/INFORMES%20COVID19%202021/Informe%20COVID19.%20N%C2%BA%2069\\_%2010%20de%20marzo%20de%202021.pdf](https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID19/INFORMES%20COVID19%202021/Informe%20COVID19.%20N%C2%BA%2069_%2010%20de%20marzo%20de%202021.pdf)
2. Monitorización de la mortalidad en el sistema para la autonomía y atención a la dependencia (SAAD) [Internet]. 2021. Disponible en: [https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/momo\\_dep\\_202103.pdf](https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/momo_dep_202103.pdf)
3. Ferrario CM, Jessup J, Chappell MC, Averill DB, Brosnihan KB, Tallant AE, et al. Effect of Angiotensin-Converting Enzyme Inhibition and Angiotensin II Receptor Blockers on Cardiac Angiotensin-Converting Enzyme 2. *Circulation*. 2005 111(20):2605-10. Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/CIRCULATIONAHA.104.510461>.
4. Pelaéz Sánchez ME. Conocimientos de los enfermeros del Hospital del Oriente de Asturias (HOA) en Reanimación Cardiopulmonar. *RqR Enfermería Comunitaria (Revista SEAPA)*. 2016; 4(2): 18-30.
5. González Triviño P, Aponte C, Góngora S, Leal J, Carrillo D, Díaz-Martínez LA, et al. Comunidades de práctica en educación médica: relación con la enseñanza clínica. *Educación Médica*. 2021; 22: S509-S13. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2020.08.007>.
6. Giraldo Ospina GA, Gómez Gómez MM, Giraldo Ospina CF. COVID-19 y uso de redes sociales virtuales en educación médica. *Educación Médica*. 2021; 22: 273-77.



## IV Congreso Internacional de Promoción de la Salud

17-18 junio 2022

# Promocionar la lactancia materna desde la escuela. Estudio piloto

Marta Costa Romero<sup>1</sup>, Teresa González Martínez<sup>1</sup>, Purificación de Lucas Valbuena<sup>2</sup>, Elena Méndez Trelles<sup>2</sup>

<sup>1</sup> S. Pediatría Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, Asturias;  
[costamarta@uniovi.es](mailto:costamarta@uniovi.es)

<sup>2</sup> S. Pediatría Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, Asturias.  
[Teresa.cavero@gmail.com](mailto:Teresa.cavero@gmail.com)

<sup>3</sup> Colegio concertado Patronato San José, Gijón; [deluxixon@gmail.com](mailto:deluxixon@gmail.com)

<sup>4</sup> Colegio concertado Patronato San José, Gijón

**Introducción:** la OMS promueve la lactancia materna exclusiva durante 6 meses y combinada con otros alimentos hasta, al menos, los 2 años dados los beneficios para la salud de madre e hijo. Asturias tiene una de las tasas de lactancia materna más bajas de España por lo que los niños apenas ven bebés amamantados. Cada vez hay más artículos que defienden la implementación de estrategias educativas sobre la lactancia (School Based Breastfeeding Education (SBBE)) en los colegios.

**Objetivo:** conocer la sensibilidad de los niños hacia la lactancia materna, comprobar si charlas educativas pueden cambiar esa percepción y si hay diferencia entre géneros.

**Metodología:** estudio de intervención realizado con niños de 2º Educación primaria de un colegio de un área urbana de Gijón. Se solicitó a cada niño/a que dibujara como creían que se alimentaba un bebé. Las maestras enviaron a los padres una encuesta anónima sobre las características de la familia y datos sobre la lactancia de



los niños. Se analizó cada dibujo con su encuesta. Posteriormente, las investigadoras acudieron al colegio a dar una charla sobre la importancia de la lactancia materna (LM). Días después, los niños repitieron el dibujo. Las variables se representaron como media y desviación estándar, porcentaje, percentiles. Se utilizaron test estadísticos apropiados al tipo de variable. Se utilizó como significativo una  $p < 0,05$

**Resultados:** se obtuvieron 24 dibujos con su encuesta. El 54% de los alumnos son varones, el 18% es primer hijo y solo 2 tienen hermanos pequeños. El 80% fue amamantado siendo la mediana 4 meses (0,4-15 m). La mayoría refiere haber visto bebés amamantados. En la primera fase solo 3 niños dibujaron lactancia materna (1 varón). Observamos una mayor duración de la lactancia en estos niños (25 m vs 7,6 m,  $p = 0,028$ ). Tras la charla, 14 (58,3%) niños cambiaron su parecer y dibujaron niños al pecho de sus madres. El 80% de los que no dibujaron LM fueron varones.

**Conclusiones:** incluir nociones de lactancia materna en la formación de los niños es una medida coste-eficaz de promoción de la salud que permite cambiar sus creencias y favorece la normalización de la misma

*Palabras clave:* lactancia materna, promoción de la salud, colegio, educación, dibujos, niños

## Introducción:

La Organización Mundial de la Salud (OMS), asociaciones internacionales como ESPGHAN (European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition) o IHAN (Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la lactancia) y nacionales como la Asociación Española de Promoción y apoyo a la lactancia materna (AELAMA) promueven el mantenimiento de la lactancia materna (LM) de forma exclusiva durante los seis primeros meses de vida y combinada con otros alimentos hasta, al menos, los 2 años [1,2]. Se ha demostrado que el amamantamiento por sí mismo tiene grandes beneficios para la salud materna (recuperación del parto, descenso de tasa de cáncer de mama y ovario...), en la del niño (menor número de infecciones en los primeros meses de vida, mejor desarrollo cognitivo y emocional) y, secundariamente, en la Sociedad e incluso en el Medio Ambiente [3-8]. Sin embargo, según datos de Instituto Nacional de Estadística, la tasa de LM exclusiva es sustancialmente menor a la media mundial en nuestro entorno. En 2017, el porcentaje de niños con lactancia materna exclusiva a los 3 meses en España fue del 63,9% [9] mientras que en Asturias, la tasa se situó en torno al 30% a los 4 meses.

Estas bajas tasas de lactancia, asociado al descenso de la natalidad, determinan que los niños apenas vean lactantes amamantados en su entorno. En cambio, muchos muñecos suelen acompañarse por biberones y es muy frecuente ver niños tomando biberón en las calles, y, a pesar de la regulación existente, también en revistas, televisión y en las redes sociales [10,11].

El **objetivo** de este trabajo es conocer la sensibilidad de los niños hacia la lactancia materna, comprobar si charlas educativas pueden cambiar esa percepción y si hay diferencia entre géneros.

## Material y Método:

Estudio de investigación experimental de intervención realizado con niños de 2º Educación primaria de un colegio de un área urbana de Gijón. En la primera fase se solicitó a cada niño/a que dibujara como creían que se alimentaba un bebé. Las maestras enviaron a los padres una encuesta anónima sobre las características de la familia y datos sobre la lactancia de los niños. Se analizó cada dibujo con su encuesta. Posteriormente, en la segunda fase, las investigadoras acudieron al colegio a realizar una acción educativa que favoreciera la contextualización de los aprendizajes, el aprovechamiento del entorno y la participación activa del alumnado. Se diseñó una actividad centrada en la alimentación de las de los seres vivos con mayor detenimiento en la alimentación de las crías de los mamíferos y de la raza humana. La información fue objetiva, sin etiquetar peyorativamente la práctica de la lactancia artificial. Fue muy participativa y se aprovechó para utilizar como soporte pedagógico imágenes y dibujos de animales o bebés tomando el pecho, que pudieran suplir de alguna manera la hipotética ausencia de modelos y estereotipos gráficos de “amamantar”. No se impusieron esquemas de cómo se dibuja a un bebé mamando, pero pudieron ver imágenes diversas de lactancia. En la tercera fase se solicitó a los niños que volvieran a dibujar cómo se alimentan los bebés días después de la charla.

Las variables se representaron como media y desviación estándar, porcentaje, percentiles. Se utilizaron test estadísticos apropiados al tipo de variable. Se utilizó como significativo una  $p < 0,05$ .

## Resultados:

En la primera fase se obtuvieron 24 dibujos con encuesta correctamente cubierta. El 54% de los alumnos participantes fueron varones, el 18% es primer hijo y solo 2 tienen hermanos pequeños. El 80% de los niños fue amamantado (el 54% de forma exclusiva al menos 3 meses) siendo la mediana de la duración 4 meses (0,4-15 m). La mayoría de los niños refiere haber visto bebés amamantados en su entorno. En la primera fase, solo 3 niños dibujaron lactancia materna (dos niñas y un varón). Los tres recibieron LM con una duración de la lactancia significativamente superior al del resto de los niños (25 meses vs 7,6 meses,  $p = 0,028$ ). El análisis de los grupos según la presencia o no de LM en los dibujos no muestra diferencias significativas en cuanto al sexo de los niños, número de hermanos, la duración de la lactancia en los hermanos o en la duración de la baja maternal. En la pregunta sobre cómo se alimenta un bebé, solo 2 de los 10 niños que contestó LM finalmente lo dibujó.

Tras la charla, 14 niños (58,3%) cambiaron su parecer y dibujaron bebés tomando LM. El 80% de los que no dibujaron LM fueron varones. Cuatro dibujos imitaron el esquema puesto por las investigadoras en la charla.

## **Discusión/Conclusiones:**

Para paliar el abandono de la LM, en los últimos años se están desarrollando estrategias para promover la formación en LM de los profesionales sanitarios como el sistema de Hospitales IHAN [12,13]. Paralelamente, se aboga por implementar otros programas de promoción en mujeres embarazadas, hombres y estudiantes universitarios [14-17].

Desde hace unos años, también se promueve el desarrollo de estrategias educativas basadas en la promoción de la lactancia en los colegios (School Based Breastfeeding Education (SBBE)). De hecho, Pérez-Rodrigo de la Universidad del País Vasco, ya comenta en 2001 que el colegio es el lugar idóneo para iniciar la formación sobre lactancia materna y recomiendan incluir educación sobre ella en los planes de estudio [18].

La gran mayoría de los artículos publicados sobre formación de LM en las escuelas se basa en trabajos realizados a estudiantes adolescentes (mayores de 10 años). La intervención varía entre el visionado de videos, explicaciones teóricas, debates o lecturas sobre las características y beneficios del amamantamiento con una encuesta antes y después de la actividad [19-22]. El análisis de datos muestra un aumento de la sensibilidad hacia la LM. Se ha observado, también, cómo los estudiantes ponen en duda mitos y/o creencias socialmente arraigados tales como la mayor comodidad de la alimentación con biberón, la improcedencia de las lactancias prolongadas o del amamantamiento en público [19-23]. Curiosamente estos cambios fueron observados de forma más intensa en las mujeres [20] que incluso confiesan un aumento en el deseo de amamantar en el futuro [21].

Para un óptimo aprovechamiento de la intervención educativa, Hernández et al recomiendan el uso de un lenguaje claro sin tecnicismos, utilizando imágenes atractivas y favoreciendo la cercanía con los alumnos [20]. Se recomienda una duración entre 30-50 minutos e incluir videos, juegos o imágenes [19]. En ese sentido, en este trabajo se utilizó un lenguaje cercano al infantil, con términos usados por ellos y muchas imágenes.

Uno de los interrogantes que nos planteamos tras la primera fase es por qué, si los niños consideraban que la LM es el método apropiado para alimentar a los bebés, solo tres niños lo dibujaron.

Se entiende el dibujo infantil como un medio de comunicación y expresión, en el que representa su peculiar visión de la realidad que le rodea [24]. Por este motivo elegimos el dibujo de los niños como una herramienta para explorar el valor de la LM en su entorno cultural. Se eligió segundo de primaria (7-8 años) por ser una etapa en la que el dibujo está consolidado, de manera que cada niño, a su forma y con su propia destreza, es capaz de plasmar figuras humanas y objetos capaces de interactuar y formar parte de una situación concreta.

Debemos recordar que en el dibujo infantil aparecen “estereotipos gráficos” que no son más que imágenes que el niño repite para representar objetos familiares de forma sencilla [25]. Es interesante plantearse de dónde provienen estos estereotipos: Muchas veces son los adultos los que, consciente o inconscientemente, imponen esos esquemas cuando muestran al niño la forma de hacer una casa, un árbol, o una persona. Otras veces los aprenden en el contexto escolar e incluso del entorno socio-cultural que les rodea (cuentos, dibujos animados, anuncios televisivos, juguetes...) [25-27]. El hecho de que el amamantamiento este de alguna manera “vetado” en redes sociales y televisión, y sea prácticamente inexistente en el “mundo de imágenes externas” podría generar una “estereotipación negativa” e inhibir su reflejo en el dibujo infantil.

Para analizar el posible paralelismo entre la realidad familiar con respecto a la LM de los niños participantes y el contenido de sus dibujos, elaboramos una encuesta anónima para evaluar los conocimientos del niño con respecto a la alimentación de los bebés, complementada con respuestas parentales en relación con las prácticas familiares. Así, la percepción de realidades cognitivas y familiares muy diferentes a las dibujadas, sugiere como posibilidad causal la ausencia de “modelos” o estereotipos visuales en relación a la LM y la sobrepresencia del “estereotipo” biberón en el mundo visual que rodea a los niños.

Dado que la escuela es el espacio educativo y cultural donde se forman los que serán padres y madres en el futuro, posiblemente sea el espacio idóneo para promover prácticas saludables, que disminuyan la susceptibilidad al bombardeo publicitario y puedan contribuir a conseguir personas y sociedades más sanas [18,20]. Creemos que la LM debiera tener un espacio preferente en algunas áreas curriculares de la enseñanza primaria dentro del área troncal de ciencias naturales para lo que es preciso, como se ha publicado, la formación de los profesores [24].

**Conclusión:**

Incluir nociones de lactancia materna en la formación de los niños es una medida coste-eficaz de promoción de la salud que permite cambiar sus creencias y favorece la normalización de la misma.

## Bibliografía:

- 1- World Health Organization & United Nations Children's Fund (UNICEF). (2003). Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42695>
- 2- ESPGHAN Committee on Nutrition, Agostoni C, Braegger C, Decsi T, Kolacek S, Koletzko B, Michaelsen KF, Mihatsch W, Moreno LA, Puntis J, Shamir R, Szajewska H, Turck D, van Goudoever J. Breast-feeding: A commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2009;49:112-25. DOI: 10.1097/MPG.0b013e31819f1e05
- 3- Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J, Murch S, Sankar MJ, Walker N, Rollins NC; Lancet Breastfeeding Series Group. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet.* 2016 30;387(10017):475-90. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)01024-7
- 4- Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 15;2012:CD003517. doi: 10.1002/14651858.
- 5- OBESIDAD: Rito AI, Buoncristiano M, Spinelli A, Salanave B, Kunešová M, Hejgaard T, García Solano M, Fijałkowska A, Sturua L, Hyska J, Kelleher C, Duleva V, Musić Milanović S, Farrugia Sant'Angelo V, Abdrakhmanova S, Kujundzic E, Peterkova V, Gualtieri A, Pudule I, Petrauskienė A, Tanrygulyyeva M, Sherali R, Huidumac-Petrescu C, Williams J, Ahrens W, Breda J. Association between Characteristics at Birth, Breastfeeding and Obesity in 22 Countries: The WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative - COSI 2015/2017. *Obes Facts.* 2019;12:226-243.
- 6- Koh K. Maternal breastfeeding and children's cognitive development. *Soc Sci Med.* 2017 Aug;187:101-108. DOI: 10.1016/j.socscimed.2017.06.012
- 7- Belfort MB, Rifas-Shiman SL, Kleinman KP, Guthrie LB, Bellinger DC, Taveras EM, Gillman MW, Oken E. Infant feeding and childhood cognition at ages 3 and 7 years: Effects of breastfeeding duration and exclusivity. *JAMA Pediatr.* 2013;167:836-44. DOI: 10.1001/jamapediatrics.2013.455
- 8- Joffe N, Webster F, Shenker N. Support for breastfeeding is an environmental imperative. *BMJ.* 2019 Oct 2;367:l5646. doi: 10.1136/bmj.l5646
- 9- Encuesta Nacional de Salud del año 2017. [https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es\\_ES&c=INESeccion\\_C&cid=1259926457058&p=%5C&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&param1=PYSDetalle&param3=1259924822888](https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926457058&p=%5C&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&param1=PYSDetalle&param3=1259924822888)

- 10-**Código Internacional** para la comercialización de sucedáneos de la leche Materna y resoluciones relevantes de la AMS. Lacmat. PAHO. 2005. [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiwkrLJmKD4AhX1iv0HHXK1A68QFnoECAkQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww3.paho.org%2Fhq%2Findex.php%3Foption%3Dcom\\_content%26view%3Darticle%26id%3D5653%3A2011-codigo-international-comercializacion-sucedaneos-leche-materna-resoluciones-2005%26Itemid%3D4082%26lang%3Des&usg=AOvVaw1cHYD\\_AQg-PvcWeKaWRXaJ](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiwkrLJmKD4AhX1iv0HHXK1A68QFnoECAkQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww3.paho.org%2Fhq%2Findex.php%3Foption%3Dcom_content%26view%3Darticle%26id%3D5653%3A2011-codigo-international-comercializacion-sucedaneos-leche-materna-resoluciones-2005%26Itemid%3D4082%26lang%3Des&usg=AOvVaw1cHYD_AQg-PvcWeKaWRXaJ)
- 11-CóDigo InternaciÓn De CómercializaciÓn De SucedaneÓs De La Leche Materna. OMS 2017. Disponible en: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiwkrLJmKD4AhX1iv0HHXK1A68QFnoECAgQAQ&url=https%3A%2F%2Fapps.who.int%2Firis%2Frest%2Fbitstreams%2F1083489%2Fretrieve&usg=AOvVaw1li3KPY-fSc0gS-UQvGqjW>
- 12-Chuisano SA, Anderson OS. Assessing Application-Based Breastfeeding Education for Physicians and Nurses: A Scoping Review. *J Hum Lact.* 2020;36:699-709. doi: 10.1177/0890334419848414
- 13-Cabrera-Lafuente M, Alonso-Díaz C, Moral Pumarega MT, Díaz-Almirón M, Haiek LN, Maastrup R, Pallás-Alonso C. Prácticas de lactancia materna en las unidades neonatales de España. Encuesta internacional Neo-IHAN *An Pediatr (Engl Ed).* 2021;24:S1695-4033(21)00178-8. doi: 10.1016/j.anpedi.2021.04.010
- 14-Azad MB, Nickel NC, Bode L, Brockway M, Brown A, Chambers C, Goldhammer C, Hinde K, McGuire M, Munblit D, Patel AL, Pérez-Escamilla R, Rasmussen KM, Shenker N, Young BE, Zuccolo L. Breastfeeding and the origins of health: Interdisciplinary perspectives and priorities. *Matern Child Nutr.* 2021 Apr;17:e13109. DOI: 10.1111/mcn.13109
- 15-Bich TH, Long TK, Hoa DP. Community-based father education intervention on breastfeeding practice-Results of a quasi-experimental study. *Matern Child Nutr.* 2019 Jan;15 Suppl 1(Suppl 1):e12705. doi: 10.1111/mcn.12705
- 16-Ahlers-Schmidt CR, Okut H, Dowling J. Impact of Prenatal Education on Breastfeeding Initiation Among Low-Income Women. *Am J Health Promot.* 2020 Nov;34(8):919-922. doi: 10.1177/0890117120925342.
- 17-Padmanabhan R, Thulasingam M, Chinnakalai P. Female College Students Knowledge, Attitude and Future Intention towards Breastfeeding: Implications for



- Advocacy. *J Clin Diagn Res.* 2016 Nov;10(11):LC11-LC14. doi: 10.7860/JCDR/2016/20675.8904
- 18-Pérez-Rodrigo C, Klepp KI, Yngve A, Sjöström M, Stockley L, Aranceta J. The school setting: an opportunity for the implementation of dietary guidelines. *Public Health Nutr.* 2001 Apr;4(2B):717-24. doi: 10.1079/phn2001162
- 19-Glaser DB, Roberts KJ, Grosskopf NA, Basch CH. An Evaluation of the Effectiveness of School-Based Breastfeeding Education. *J Hum Lact.* 2016 Feb;32:46-52 DOI: 10.1177/0890334415595040
- 20-Hernández Pérez MC, Díaz-Gómez N. M Romero Manzano AM<sup>a</sup>, Díaz Gómez JM, Rodríguez Pérez V, Jiménez Sosa A. Eficacia de una intervención para mejorar conocimientos y actitudes sobre lactancia materna en adolescentes. *Rev. Esp. Salud Publica [Internet].* 2018 [citado 2022 Mayo 06] ; 92: e201806033. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272018000100411&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272018000100411&lng=es).
- 21-Čatipović M, Pirija B, Marković M, Grgurić J. Breastfeeding intention and knowledge in secondary-school students. *Acta Clin Croat.* 2018;57:658-668. DOI: 10.20471/acc.2018.57.04.08
- 22-Reyes C, Barakat-Haddad C, Barber W, Abbass-Dick J. Investigating the effectiveness of school-based breastfeeding education on breastfeeding knowledge, attitudes and intentions of adolescent females. *Midwifery.* 2019 Mar;70:64-70 DOI: 10.1016/j.midw.2018.12.010
- 23-.Moukarzel S, Mamas C, Farhat A, Daly AJ. Getting schooled: teachers' views on school-based breastfeeding education in Lebanon. *Int Breastfeed J.* 2019 Jan 8;14:3. DOI: 10.1186/s13006-019-0199-8
- 24-Marín Viadel, R. (1988). El dibujo infantil: tendencias y problemas en la investigación sobre la expresión plástica de los escolares. *Arte, Individuo y Sociedad*, 1, 5. Recuperado 10 de junio de 2022, de <https://revistas.ucm.es/index.php/ARIS/article/view/ARIS8888110005A>
- 25-Puleo Rojas, Elda Marisol, La evolución del dibujo infantil. Una mirada desde el contexto sociocultural merideño. *Educere [Internet].* 2012;16(53):157-170. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35623538016>
- 26-María Marín Lacambra (2021) El dibujo infantil como herramienta de análisis para conocer la percepción familiar del niño. Estudio de casos. (trabajo Fin de Grado) Universidad de Zaragoza. Disponible en <https://zaguan.unizar.es/record/95259?ln=es> (revisado 9 de junio de 2022)

27-Leire Izquierdo Barreiro (2015) Análisis de los dibujos infantiles (trabajo Fin de grado) Universidad de Valladolid. Disponible en <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/13445> (revisado 9 junio de 2022)

# Póster





## **IV Congreso Internacional de Promoción de la Salud**

**17-18 junio 2022**

### **Promoción de la Salud Mental en el alumnado de Marina Civil**

**Menéndez-Teleña, D.<sup>1</sup>, Díaz-Secades, L. A.<sup>2</sup>, Crestelo Moreno, F.<sup>3</sup>, Soto-López, V.<sup>4</sup>,  
Tablón-Vega, A.<sup>5</sup>, Rocés Montero, C.<sup>6</sup>.**

<sup>1</sup> Departamento de Ciencia y Tecnología Náutica, Universidad de Oviedo; menendezdeva@uniovi.es

<sup>2</sup> Departamento de Ciencia y Tecnología Náutica, Universidad de Oviedo; secadesalfonso@uniovi.es

<sup>3</sup> Departamento de Ciencia y Tecnología Náutica, Universidad de Oviedo; crestelofernando@uniovi.es

<sup>4</sup> Departamento de Ciencia y Tecnología Náutica, Universidad de Oviedo; sotoveronica@uniovi.es

<sup>5</sup> Departamento de Ciencia y Tecnología Náutica, Universidad de Oviedo; tablionalberto@uniovi.es

<sup>6</sup> Departamento de Psicología, Universidad de Oviedo; croces@uniovi.es

#### **Resumen:**

##### **Introducción y Objetivos**

El sector del transporte marítimo es una de las áreas ocupacionales con mayor prevalencia de problemas de salud mental, y presenta índices muy elevados de depresión, ansiedad y pensamientos suicidas (1). Las características físicas y sociológicas del buque y la fuerte jerarquización son algunas de las causas (2,3). Poco se han estudiado, sin embargo, las características de personalidad que pueden actuar como factores de riesgo o de protección (4).

Tras constatar que en el ámbito formativo tampoco se abordan a fondo estas temáticas, se ha introducido en la Escuela Superior de Marina Civil de Gijón la experiencia piloto "Psicología en Marina". Objetivos: Introducir la Psicología Marítima; desarrollar percepciones sobre su interés y utilidad; incrementar el conocimiento de las variables personales y detectar necesidades formativas.

## **Metodología**

Se aplicó un test de personalidad, proporcionando *feedback* individual y formación grupal. Se realizó una evaluación final con un cuestionario diseñado *ad hoc*.

## **Resultados**

Teniendo presente la *Estrategia para la Promoción de la Salud* del Ministerio de Sanidad (5), que destaca el bienestar emocional como pilar fundamental, se han analizado los factores emocionales. Los resultados muestran que el 36,4% del alumnado tiene nivel alto de estabilidad emocional, 63,6% nivel medio y 0% bajo; por otro lado, el 100% muestra un nivel medio de sensibilidad. En las escalas negativas, 0% muestra aprensión elevada, 81,8% media y 18,2% baja; y 0% tensión elevada, 63,6% media y 36,4% baja.

La formación psicológica es valorada positivamente: el 84,6 % del alumnado la considera interesante, el 84,6% piensa que es útil para su futuro profesional, y el mismo porcentaje recomendaría la experiencia.

## **Conclusiones**

El cuestionario proporciona información útil como línea de base para trabajar la optimización personal, y para diseñar un programa de formación basado en las necesidades detectadas. Sería interesante introducir más instrumentos de medida centrados en las problemáticas frecuentes en el sector marítimo.

La Psicología resulta de interés para el alumnado, que la considera útil para su profesión. Consideramos conveniente el diseño de un plan formativo; para el curso 2022-23 se propone un proyecto de innovación vinculado a un aula de extensión universitaria.

*Palabras clave:* Psicología Marítima, Marina Mercante, personalidad, desarrollo emocional.

## Referencias:

1. Lefkowitz RY, Slade MD. Seafarer Mental Health Study. ITF Seafar Trust Yale Univ ITF House, 40-60 [Internet]. 2019;(October). Available from: [https://seafarerstrust.org/sites/default/files/node/publications/files/ST\\_MentalHealthReport\\_Final\\_Digital-1.pdf](https://seafarerstrust.org/sites/default/files/node/publications/files/ST_MentalHealthReport_Final_Digital-1.pdf)
2. Rodríguez-Martos R. El buque mercante. Un análisis sociológico. Edicions UPC, editor. 1996.
3. McVeigh J, MacLachlan M, Cox H, Stilz IR, Fraser A, Galligan M, et al. Effects of an on-board psychosocial programme on stress, resilience, and job satisfaction amongst a sample of merchant seafarers. *Int Marit Health*. 2021;72(4):268–82.
4. Zolotas Y, Kalafati M, Tzannatos E, Rassias D. Psychometric Assessment: A Case Study of Greek Merchant Marine Officers Using the MMPI-2. In: *Maritime Psychology* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2017. p. 201–22. Available from: [http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-45430-6\\_9](http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-45430-6_9)
5. Ministerio de Sanidad. Bienestar Emocional [Internet]. [cited 2022 Apr 6]. Available from: <https://bemocion.sanidad.gob.es/>

# PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN EL ALUMNADO DE MARINA CIVIL

Menéndez-Teleña, D.<sup>1</sup>; Díaz-Secades, L. A.<sup>1</sup>; Crestelo Moreno, F.<sup>1</sup>; Soto-López, V.<sup>1</sup>; Tablón-Vega, A.<sup>1</sup>; Rocés Montero, C.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dpto. de Ciencia y Tecnología Náutica, Universidad de Oviedo; <sup>2</sup>Dpto. de Psicología, Universidad de Oviedo.

## INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El sector del transporte marítimo es una de las áreas ocupacionales con mayor prevalencia de problemas de salud mental, y presenta índices muy elevados de depresión, ansiedad y pensamientos suicidas (1). Las características físicas y sociológicas del buque y la fuerte jerarquización son algunas de las causas (2, 3). Poco se han estudiado, sin embargo, las características de personalidad que pueden actuar como factores de riesgo o de protección de la salud mental de los trabajadores del mar. Zolotas *et al.* recogen, en 2017, las investigaciones referidas a la personalidad de los marinos hasta esa fecha, y constatan su limitado número (4).

El campo de la Psicología Marítima ha ido desarrollando una entidad propia y cada vez suscita mayor interés, tanto por parte de las empresas empleadoras y aseguradoras y del personal, como por parte de los académicos e investigadores (5). Sin embargo, todavía existen escasas acciones de prevención e intervención en este campo. No están generalizadas las evaluaciones psicológicas previas a la contratación, ni las pruebas psicológicas periódicas, que sí se realizan en el ámbito naval militar (6).

Por lo que se refiere al ámbito formativo universitario, a nivel europeo, pocos planes de estudio abordan temáticas específicas de este campo. Si nos circunscribimos a los estudios de grado y máster de las Escuelas Superiores de Marina Civil de nuestro país, no incluyen en el plan de estudios preparación psicológica específica para el desarrollo de la profesión. Sí se incluyen, en algunas materias, contenidos relacionados con la psicología de las organizaciones y con la gestión de crisis.

Con el objetivo de ir introduciendo la Psicología Marítima en la Escuela de Marina de Gijón, se ha realizado durante el segundo semestre del curso 2021-22 la experiencia piloto de innovación docente "Psicología en Marina". Participó el alumnado del Máster de Náutica y Gestión del Transporte Marítimo y del Máster en Tecnología Marina y de Mantenimiento.

## METODOLOGÍA

Con la colaboración del Departamento de Psicología se aplicó una versión adaptada del cuestionario de personalidad 16-PF.

Cada estudiante obtuvo un informe personal con el detalle de sus puntuaciones en cada factor, la explicación de su significado, y orientaciones de cómo podría trabajar para la mejora en las áreas en las que presenta mayor necesidad. A continuación, se impartió una formación grupal centrada en los distintos tipos de personalidad y en el desarrollo emocional.

Una vez finalizada la experiencia de innovación docente, se pasó a los alumnos una escala de evaluación de la experiencia, diseñada *ad hoc*, y se realizaron los análisis de las respuestas a ambos cuestionarios.

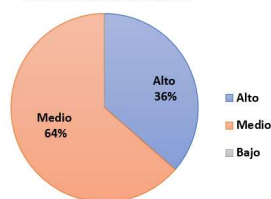
## RESULTADOS

Teniendo presente la *Estrategia para la Promoción de la Salud del Ministerio de Sanidad* (7), que destaca el bienestar emocional como pilar fundamental de la salud mental, en este estudio nos hemos centrado en el análisis de los factores emocionales. Los resultados muestran que el 36,4% del alumnado tiene nivel alto de estabilidad emocional, 63,6% nivel medio y 0% bajo; por otro lado, el 100% muestra un nivel medio de sensibilidad. En las escalas negativas, 0% muestra aprensión elevada, 81,8% media y 18,2% baja; y 0% tensión elevada, 63,6% media y 36,4% baja.

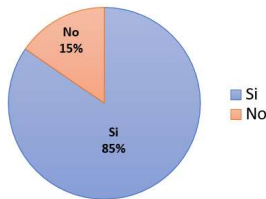
El análisis global no evidencia la existencia de perfiles de riesgo, dado que ninguna de las personas evaluadas manifiesta niveles elevados en los factores desadaptativos, y tampoco niveles bajos en los factores adaptativos.

La formación psicológica es valorada positivamente: el 84,6 % del alumnado la considera interesante, el 84,6% piensa que es útil para su futuro profesional, y el mismo porcentaje recomendaría la experiencia.

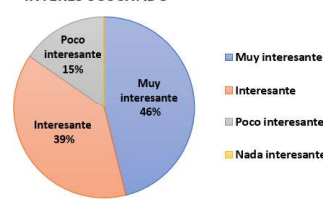
ESTABILIDAD EMOCIONAL



UTILIDAD PROFESIONAL



INTERÉS SUSCITADO



## CONCLUSIONES

El cuestionario de personalidad proporciona información útil como línea de base para orientar a cada participante hacia la formación que optimizaría sus características personales, y para diseñar un programa de formación común basado en las necesidades detectadas. Planteamos, para futuros estudios, introducir más instrumentos de medida centrados en las problemáticas más frecuentes en el sector marítimo.

Los resultados de la encuesta final indican que la evaluación y la formación psicológica es valorada positivamente por el 84,6% de los participantes. Para el curso que viene se propone un proyecto de innovación docente vinculado a un aula de extensión universitaria o a unas jornadas impartidas por profesionales de la psicología.

Esta práctica de innovación docente suscitó varias cuestiones éticas. En primer lugar, la confidencialidad de los resultados no permite la publicación o exhibición pública detallada de los resultados, por tratarse de grupos pequeños de alumnos fácilmente identificables. Por otro lado, aunque el objetivo no era la evaluación de la personalidad, los datos obtenidos del test son *de facto* una evaluación, que puede poner de manifiesto características específicas o problemáticas de personas concretas. Esta experiencia piloto no tenía entre sus objetivos el abordaje de problemáticas a nivel individual, sin embargo, esta es una de las cuestiones a plantearse en futuras intervenciones.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Lefkowitz RY, Slade MD. Seafarer Mental Health Study. ITF Seafarer Trust Yale Univ ITF House, 40-60 [Internet]. 2019;(October). Available from: [https://seafarertrust.org/sites/default/files/node/publications/files/ST\\_MentalHealthReport\\_Final\\_Digital-1.pdf](https://seafarertrust.org/sites/default/files/node/publications/files/ST_MentalHealthReport_Final_Digital-1.pdf)
2. Rodríguez-Martos R. El buque mercante. Un análisis sociológico. Edicions UPC, editor. 1996.
3. McVeigh J, MacLachlan M, Cox H, Stiliz IR, Fraser A, Galligan M, et al. Effects of an on-board psychosocial programme on stress, resilience, and job satisfaction amongst a sample of merchant seafarers. *Int Marit Health*. 2021;72(4):268–82.
4. Zolotas Y, Kalafati M, Tzannatos E, Rassias D. Psychometric Assessment: A Case Study of Greek Merchant Marine Officers Using the MMPI-2. In: *Maritime Psychology* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2017. p. 201–22. Available from: [http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-45430-6\\_9](http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-45430-6_9)
5. MacLachlan M. Maritime Psychology: Definition, Scope and Conceptualization. In: *Maritime Psychology* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2017. p. 1–17. Available from: [http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-45430-6\\_1](http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-45430-6_1)
6. Bardera y Silgo. La evaluación psicológica en la Junta Médico Pericial Psiquiátrica: simulación y disimulación de síntomas. Ministerio de Defensa. 2012. 465–483 p.
7. Ministerio de Sanidad. Bienestar Emocional [Internet]. [cited 2022 Apr 6]. Available from: <https://bemocion.sanidad.gob.es/>



## **IV Congreso Internacional de Promoción de la Salud**

**17-18 junio 2022**

# **PEDIATIVA: Proyecto de promoción de actividad física desde la consulta de enfermería pediátrica**

**Sheila María Martínez Tahoces<sup>1</sup>; Raúl Majo García<sup>2</sup>; Raisa Navarro Fernandez<sup>3</sup>;  
Ana María Rivero Rodríguez<sup>4</sup>; Cristina Diez Flecha<sup>5</sup>; Eva Galván Grande<sup>6</sup>**

## **Introducción**

La disminución de la actividad física y el sedentarismo son factores involucrados en el incremento del sobrepeso y de la obesidad infantil con el mismo grado de importancia que la alimentación, aunque a menudo más olvidado. La OMS recomienda que niños y adolescentes realicen un mínimo de 60 minutos de actividad física al día, y 3 días a la semana deberían incorporarse actividades aeróbicas de intensidad vigorosa. Actualmente muchos niños limitan esta actividad a la realizada en ámbito escolar.

El programa ClassCraft es una aplicación usada en educación para el desarrollo de actividades en el aula, consiste en un juego tipo Arcade, desarrollado en un mundo imaginario, donde los alumnos encarnan diferentes personajes. Esta app la Podemos usar en las consultas de enfermería pediátrica, como herramienta para la motivación al cambio y la instauración de hábitos saludables, y en este caso influir de forma positiva para la pérdida de peso y control de la obesidad infantil.



## **Objetivos**

Fomentar hábitos de vida saludable desde la infancia de un modo creativo que haga que el hábito perdure en el tiempo, dentro del entorno familiar.

## **Metodología**

Estudio descriptivo observacional desarrollado mediante un ensayo de campo que se realizará en dos espacios;

- Un espacio físico que son las consultas de enfermería pediátrica, donde se recogerán las variables de estudio talla, peso, perímetro abdominal, cada 4 semanas.
- Y un espacio virtual, mediante la App Classcraft, a través de la cual se desarrollarán las actividades.

Los núcleos familiares participantes irán desbloqueando pantallas al ritmo que realicen las pruebas físicas que tengan encomendadas para ese día, y aporten pruebas gráficas a través de la Plataforma.

## **Resultados**

El Proyecto se desarrolla a lo largo de 3 meses, donde cada 4 semanas haríamos una evaluación presencial de los valores antropométricos.

Semanalmente se evaluaría los objetivos propuestos en la Plataforma y se procedería a dar puntos según los objetivos conseguidos.

## **Conclusiones**

Este programa aportaría un enfoque diferente a lo que es la actividad física para los niños, con el objetivo que sea percibido como un juego y llegar a conseguir a ser una rutina diaria.

*Palabras clave:* Obesidad (Obesity); Cuidado infantil (Cuidcare); Sobrepeso (Overweight); Sedentarismo (Sedentarybehavior); Educación y entrenamiento físico (Physical education and training).

## Referencias

1. CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad [Internet]. Quién.int. [citado el 10 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/lm/es>
2. Data tables [Internet]. Worldobesity.org. [citado el 10 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://data.worldobesity.org/tables/prevalence-of-child-overweight-including-obesity-3/>
3. Año 2017. Índice de masa corporal población infantil según sexo y grupo de edad. Población de 2 a 17 años [Internet]. Ine.es. [citado 2021 Oct 10]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p419/a2017/p06/&file=01008.px>
4. WHO European childhood obesity surveillance initiative (COSI). 2021 [cited 2021 Oct 10]; Available from: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/activities/who-european-childhood-obesity-surveillance-initiative-cosi>.
5. Aesan - Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición [Internet]. Gob.es. [citado el 10 de Octubre de 2021]. Disponible en: [https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/subseccion/vigilancia\\_obesidad\\_infantil.htm](https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/subseccion/vigilancia_obesidad_infantil.htm).
6. Who.int. [cited 2021 Oct 10]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337004/9789240014817-spa.pdf>
7. ProgramaThao-SaludInfantil [Internet]. Programathao.com. [citado el 10 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://programathao.com/>
8. Gob.es. [cited 2021 Oct 10]. Available from: <http://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/estrategianaos.pdf>
9. de Educación Primaria OPLC. Guía para una escuela activa y saludable [Internet]. Gob.es. [citado el 10 de octubre de 2021]. Disponible en: [https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/educanaos/profesores\\_escuela\\_activa.pdf](https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/educanaos/profesores_escuela_activa.pdf)
10. Inicio [Internet]. Programasi.org. [citado el 10 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.programasi.org/>
11. ProgramaNereu – Just another WordPress site [Internet]. Programanereu.es. [citado el 10 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://programanereu.es/>
12. Wilke, J.; Mohr, L.; Tenforde, A.S.; Edouard, P.; Fossati, C.; González-Gross, M.; Sánchez Ramírez, C.; Laiño, F.; Tan, B.; Pillay, J.D.; et al. A Pandemic within the Pandemic? Physical Activity Levels Substantially Decreased in Countries Affected

by COVID-19. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18, 2235.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph18052235>.

13. Nagata JM, Abdel Magid HS, Pettee Gabriel K. Screen time for children and adolescents during the Coronavirus disease 2019 pandemic. *Obesity* 2020; 28: 1582-3.

# PEDIACTIVA: Proyecto de promoción de actividad física desde la consulta de enfermería pediátrica

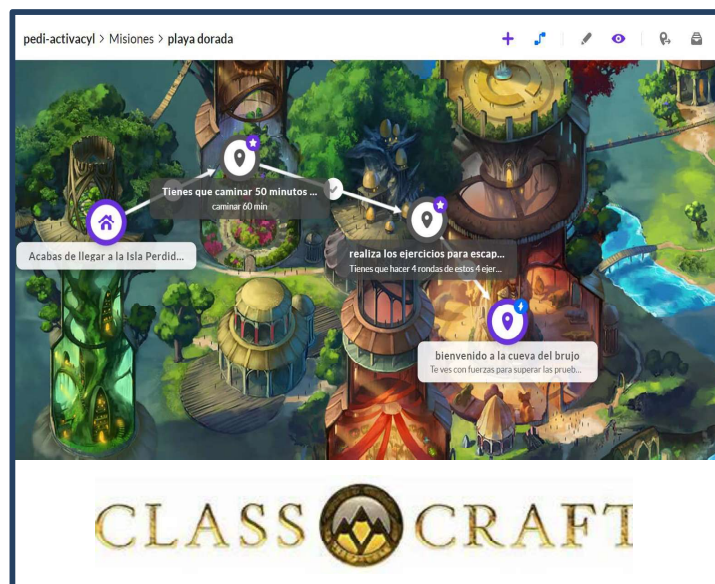
Martínez Tahoces, Sheila M<sup>1</sup>; Majo García, Raúl<sup>2</sup>; Navarro Fernandez, Raisa<sup>1</sup>; Rivero Rodriguez, Ana M<sup>1</sup>; Díez Flecha, Cristina<sup>1</sup>; Galván Grande, Eva<sup>1</sup>

<sup>1</sup>G.A.P. León, <sup>2</sup>C.S. Pueblo de Sanabria

## INTRODUCCIÓN

La disminución de la actividad física y el sedentarismo son factores involucrados en el incremento del sobrepeso y de la obesidad infantil con el mismo grado de importancia que la alimentación, aunque a menudo más olvidado. La OMS recomienda que los niños y adolescentes realicen un mínimo de 60 min de actividad física al día, y 3 días a la semana deberían incorporarse actividades aeróbicas de intensidad vigorosa. Actualmente muchos niños limitan esta actividad a la realizada en el ámbito escolar.

El programa CLASSCRAFT es una aplicación usada en educación para el desarrollo de actividades en el aula, consiste en un juego Arcade desarrollado en el mundo imaginario, donde los alumnos encarnan diferentes personajes. Esta app la podemos usar en las consultas de enfermería pediátrica, como herramienta para la motivación al cambio y la instauración de hábitos de vida saludables, y en este caso influir de forma positiva para la pérdida de peso y control de la obesidad infantil.



## OBJETIVOS

Fomentar hábitos de vida saludable desde la infancia de un modo creativo que haga que el hábito perdure en el tiempo, dentro del entorno familiar.

## METODOLOGÍA

Estudio descriptivo observacional desarrollado mediante ensayo de campo que realizará en dos espacios.

## PROCEDIMIENTO

Los núcleos familiares participantes irán desbloqueando pantallas al ritmo que realizan las pruebas físicas que tengan encomendadas para ese día, y aporten pruebas gráficas a través de la plataforma.



Un espacio físico las consultas de enfermería pediátrica.



Un espacio virtual la plataforma ClassCraft

## RESULTADOS

El proyecto se desarrolla a lo largo de **3 meses**

**Cada 4 semanas**

Evaluación presencial de los valores antropométricos.

**Semanalmente**

se evaluarán los objetivos propuestos en la plataforma y se repartirán puntos según los objetivos conseguidos

## CONCLUSIONES

Este programa aportaría un enfoque diferente a lo que es la actividad física para los niños, con el objetivo que sea percibido como un juego y llegar a conseguir ser una rutina diaria.

## BIBLIOGRAFIA

1. CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad [Internet]. Quién.int. [citado el 10 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/lm/es>
2. Data tables [Internet]. Worldobesity.org. [citado el 10 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://data.worldobesity.org/tables/prevalence-of-child-overweight-including-obesity-3/>
3. Año 2017. Índice de masa corporal población infantil según sexo y grupo de edad. Población de 2 a 17 años [Internet]. Ine.es. [citado 2021 Oct 10]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p419/a2017/p06/&file=01008.px>
4. WHO European childhood obesity surveillance initiative (COSI). 2021 [cited 2021 Oct 10]; Available from: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/activities/who-european-childhood-obesity-surveillance-initiative-cosi>.



## IV Congreso Internacional de Promoción de la Salud

17-18 junio 2022

# Es el tiempo de la Promoción de la Salud en los Trabajadores Sanitarios

Raúl Majo García<sup>1</sup>, Cristina Díez Flecha<sup>2</sup>, Sheila María Martínez Tahoces<sup>3</sup>, Rosa María León Andrés<sup>4</sup>, María Paredes Serrano<sup>5</sup>

<sup>1</sup> C.S. Puebla de Sanabria (Zamora), SPRL GAS Palencia; rmajo@saludcastillayleon.es

<sup>2</sup> G.A.P. de León ; cridifle@saludcastillayleon.es

<sup>3</sup> G.A.P. de León; smartinez @saludcastillayleon.es

<sup>4</sup> SPRL GAS Palencia; rmlleon@saludcastillayleon.es

<sup>5</sup> GAS Palencia; mparedess@saludcastillayleon.es

## Introducción y Objetivos

La Promoción de la Salud en el trabajo debe evolucionar y relegar el enfoque prevencionista en materia de salud laboral. El tiempo que pasa el ser humano trabajando y el envejecimiento de la población activa ponen en relieve más que nunca la filosofía de gente sana en empresas sanas y, especialmente tras el tremendo desgaste que ha supuesto la pandemia por COVID-19, de cuidar al que cuida.

**El objetivo** es analizar la necesidad de establecer políticas de Promoción de la Salud en los servicios de prevención de los servicios sanitarios (SPRL).

## Metodología

Revisión de las guías relacionadas con la Promoción de la Salud de población trabajadora del Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST).

## **Resultados**

La gran mayoría de las guías del INSST giran en torno a la prevención de riesgos laborales. Se han encontrado 3 guías relacionadas con aspectos de Promoción de la Salud del trabajador. Según éstas y sus estudios de referencia, un 13,1% de la población trabajadora presenta hipercolesterolemia, tensión arterial elevada un 10,6%, y diabetes un 3,2%. El 3% padece depresión, un 29,4% fuma diariamente y el 13,8% toma alcohol diariamente. El 34,3% tiene un trabajo sedentario y el 41,9% no realiza ejercicio en su tiempo libre. El 35,8% presenta sobrepeso y el 13% padece obesidad. Se estima que un 28% no consume diariamente frutas y verduras. Un 30% de los trabajadores tiene entre 55 y 64 años de edad. La propia demografía y la previsible prolongación de la vida laboral, prevén cada vez mayor impacto del envejecimiento. Sus cambios inherentes vienen además marcados por los estilos y hábitos de vida. Deberán abordarse las consecuencias psicológicas de la pandemia por Covid-19 entre profesionales y las situaciones de estrés laboral.

## **Conclusiones**

Ya que las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en el mundo, y la mayoría están causadas por factores de riesgo modificables, además de la importancia de considerar las condiciones que pueden influir, como el envejecimiento, los factores psicosociales y el estrés, han de establecerse verdaderas acciones de Promoción de la Salud por parte de los SPRL.

*Palabras clave:* Promoción de la salud, entorno laboral, servicios de salud, estilo de vida,

## Referencias

- Ministerio de Empleo y Seguridad Social (2015): Factores de Riesgo en Enfermedades Cardiovasculares en la Población Trabajadora según la Encuesta Nacional de Salud 2011/2012. Edita: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT). Madrid. Disponible en: <https://www.insst.es/documentacion/catalogo-de-publicaciones/factores-de-riesgo-de-enfermedades-cardiovasculares-en-la-poblacion-trabajadora-segun-la-encuesta-nacional-de-salud-2011/2012> (acceso mayo 2022)
- Ministerio de Empleo y Seguridad Social y Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (2013). Valoración socio-económica de un Programa de Actividad Física para los trabajadores de una empresa. Edita: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) y Consejo Superior de Deportes (CSD). Madrid. Disponible en: <https://www.insst.es/documentacion/catalogo-de-publicaciones/valoracion-socio-economica-de-un-programa-de-actividad-fisica-para-los-trabajadores-de-una-empresa> (acceso mayo 2022)
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), O.A., M.P.: Guía para la gestión de la salud, del bienestar y la adaptación del puesto de trabajo en trabajadores de mayor edad 2019. Edita: Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), O.A., M.P. Disponible en: <https://www.insst.es/documents/94886/599872/Gu%C3%ADa+para+la+gesti%C3%B3n+de+la+salud,+del+bienestar+y+la+adaptaci%C3%B3n+del+puesto.pdf/68839323-1e52-45a5-8a9c-03e7c519f530> (acceso mayo 2022)
- Asamblea Mundial de la Salud, 60. (2007). Salud de los trabajadores: proyecto de plan de acción mundial: informe de la Secretaría. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/25419> (acceso mayo 2022)
- Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (2015): Encuesta de Hábitos Deportivos en España 2015. Edita: Secretaría General Técnica (Subdirección General de Documentación y Publicaciones. Madrid. Disponible en: <https://www.culturaydeporte.gob.es/dam/jcr:cd14bedb-feb2-49ea-a433-2565a48d5898/encuesta-de-habitos-deportivos-2015-sintesis-de-resultados.pdf> (acceso mayo 2022)

# ES EL TIEMPO DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LOS TRABAJADORES SANITARIOS

**Majo García, Raúl<sup>1,2</sup>; Díez Flecha, Cristina<sup>3</sup>; Martínez Tahoces Sheila María<sup>3</sup>; León Andrés, Rosa María<sup>2</sup>; Paredes Serrano, María<sup>4</sup>**

<sup>1</sup> C.S. Puebla de Sanabria-GAP de Zamora <sup>2</sup> SPRL - Salud Laboral-Gerencia de Asistencia Sanitaria de Palencia <sup>3</sup> GAP León <sup>4</sup> EIR-EFYC GAS Palencia

## INTRODUCCIÓN

La Promoción de la Salud en el trabajo debe evolucionar y relegar el enfoque prevencionista en materia de salud laboral. El tiempo que pasa el ser humano trabajando y el envejecimiento de la población activa ponen en relieve más que nunca la filosofía de gente sana en empresas sanas y, especialmente tras el tremendo desgaste que ha supuesto la pandemia por COVID-19, de cuidar al que cuida



## OBJETIVO

Analizar la necesidad de establecer políticas de Promoción de la Salud en los servicios de prevención de los servicios sanitarios (SPRL)

## METODOLOGÍA

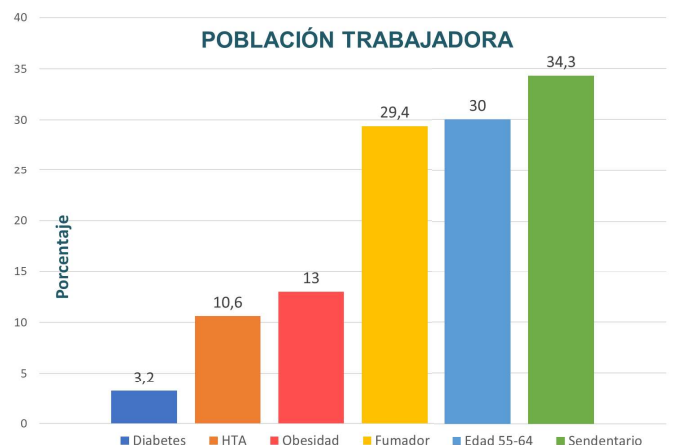
Revisión de las guías relacionadas con la Promoción de la Salud de población trabajadora del Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST)



Guías del INSST relacionadas con la Promoción de la Salud del Trabajador

3

## RESULTADOS



La propia demografía y la previsible prolongación de la vida laboral, prevén cada vez mayor impacto del envejecimiento

Sus cambios inherentes vienen además marcados por los estilos y hábitos de vida. Deberán abordarse las consecuencias psicológicas de la pandemia por Covid-19 entre profesionales y las situaciones de estrés laboral

## CONCLUSIONES



- Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en el mundo, y la mayoría están causadas por factores de riesgo modificables, además de la importancia de considerar condiciones que pueden influir, como el envejecimiento, los factores psicosociales y el estrés
- Han de establecerse verdaderas acciones de Promoción de la Salud por parte de los SPRL

## BIBLIOGRAFÍA

Ministerio de Empleo y Seguridad Social (2015). Factores de Riesgo en Enfermedades Cardiovasculares en la Población Trabajadora según la Encuesta Nacional de Salud 2011/2012. Edita: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT). Madrid. Disponible en: <https://www.insst.es/documentacion/catalogo-de-publicaciones/factores-de-riesgo-enfermedades-cardiovasculares-en-la-poblacion-trabajadora-segun-la-encuesta-nacional-de-salud-20112012> (acceso mayo 2022)

Ministerio de Empleo y Seguridad Social y Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (2013). Valoración socio-económica de un Programa de Actividad Física para los trabajadores de una empresa. Edita: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) y Consejo Superior de Deportes (CSD). Madrid. Disponible en: <https://www.insst.es/documentacion/catalogo-de-publicaciones/valoracion-socio-economica-de-un-programa-de-actividad-fisica-para-los-trabajadores-de-una-empresa> (acceso mayo 2022)

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). O.A. M.P. Guía para la gestión de la salud, del bienestar y la adaptación del puesto de trabajo en trabajadores de mayor edad 2019. Edita: Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). O.A. M.P. Disponible en: <https://www.insst.es/documentacion/catalogo-de-publicaciones/guia-para-la-gestion-de-la-salud-del-bienestar-y-la-adaptacion-del-puesto-de-trabajo-en-trabajadores-de-mayor-edad-2019> (acceso mayo 2022)

Asamblea Mundial de la Salud, OMS (2007). Salud de los trabajadores: proyecto de plan de acción mundial. Informe de la Secretaría. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/25419> (acceso mayo 2022)

Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (2015). Encuesta de Hábitos Deportivos en España 2015. Edita: Secretaría General Técnica (Subdirección General de Documentación y Publicaciones. Madrid. Disponible en: <https://www.culturaydeporte.gob.es/dam/yrj/rd14beeb-fe02-48ea-a433-2565a48d8988/encuesta-de-habitos-deportivos-2015-sintesis-de-resultados.pdf> (acceso mayo 2022)

Instituto Nacional de Seguridad y Salud y Bienestar en el Trabajo (INSST). O.A. M.P. Beneficios del fomento de la actividad física y la práctica deportiva, en términos de mejora de la salud, el bienestar y la productividad empresarial. Edita: Instituto Nacional de Seguridad y Salud y Bienestar en el Trabajo (INSST). O.A. M.P. Disponible en: <https://www.insst.es/documentacion/4886104493/Beneficios+fomento+actividad+fisica.pdf> (acceso mayo 2022)





## **IV Congreso Internacional de Promoción de la Salud**

**17-18 junio 2022**

# **Detección temprana de enfermedades asociadas a la marcha mediante tecnología *edge computing* en entorno extraclínico**

**Fidel Díez Díaz<sup>1</sup>, Pelayo Quirós<sup>2</sup>, Sonia García Fernández<sup>3</sup>, Ignacio Pedrosa<sup>4</sup>**

<sup>1</sup> CTIC Centro Tecnológico (España) 1; fidel.diez@ctic.es

<sup>2</sup> CTIC Centro Tecnológico (España) 2; pelayo.quirós@ctic.es

<sup>3</sup> CTIC Centro Tecnológico (España) 3; sonia.garcia@ctic.es

<sup>4</sup> CTIC Centro Tecnológico (España) 4; ignacio.pedrosa@ctic.es

## **Introducción y Objetivos**

El envejecimiento poblacional ha reducido la esperanza de vida saludable, aumentando las tasas de comorbilidad y discapacidad. A ello se suma el incremento de trastornos del sistema nervioso, siendo en ellos la alteración de la marcha uno de los síntomas clínicos más destacados. A pesar de su relevancia, los procedimientos actuales para obtener parámetros de la marcha tienen importantes desventajas al tener que realizarse en entornos clínicos bajo la supervisión total del profesional sanitario. Se ha desarrollado una prueba de concepto de un sistema inteligente de telemetría cinética para la monitorización remota de la marcha humana en pacientes mayores con síntomas preclínicos o en riesgo de sufrir alteraciones de la marcha y/o pérdida de movilidad funcional.

## **Metodología**

Se ha diseñado un dispositivo vestible basado en sensores inerciales que, mediante modelos de aprendizaje automático, permite identificar y analizar las fases relevantes de la marcha. El dispositivo se ha validado sobre 54 personas con edades entre los 23 y 92 años, siendo el 35,19% población mayor de 60 años (media = 71,90 años). Una vez colocado, las personas usuarias únicamente debían caminar durante 15 minutos por un entorno abierto, analizando la información generada automáticamente y aportando al profesional clínico los resultados más relevantes para la toma informada de decisiones.

## **Resultados y Conclusiones**

Se ha desarrollado y validado un dispositivo portátil, basado en inteligencia artificial, para la monitorización y análisis de la marcha en entorno natural. Esta es una solución novedosa integrada mediante estándares WoT y bajo el paradigma edge computing que facilita el análisis, la explotación de datos y la obtención de evidencias en entorno real por el equipo clínico.

Así, se aporta un método innovador que permite la obtención desatendida de datos de la marcha en entorno real (RWD) con elevada validez ecológica para la identificación precoz de alteraciones de la marcha humana, independientemente de la existencia de un diagnóstico de enfermedad subyacente. Con ello es posible aportar evidencias que ayuden a definir una intervención temprana para promover la independencia en términos de movilidad, mejorando la calidad de vida de las personas mayores y de su entorno cercano.

*Palabras clave:* Marcha humana, screening, Inteligencia Artificial, Edge computing, Real World Data, calidad de vida.

## Referencias

- Del Din S, Godfrey A, Rochester L. Validation of an accelerometer to quantify a comprehensive battery of gait characteristics in healthy older adults and Parkinson's disease: toward clinical and at home use. *IEEE journal of biomedical and health informatics*. 2015 Apr 2;20(3):838-47.
- Dunn J, Kidzinski L, Runge R, Witt D, Hicks JL, Schüssler-Fiorenza Rose SM, Li X, Bahmani A, Delp SL, Hastie T, Snyder MP. Wearable sensors enable personalized predictions of clinical laboratory measurements. *Nature medicine*. 2021 Jun;27(6):1105-12.
- Hutabarat Y, Owaki D, Hayashibe M. Recent Advances in Quantitative Gait Analysis using Wearable Sensors: A Review. *IEEE Sensors Journal*. 2021 Oct 13.
- Lim AC, Natarajan P, Fonseka RD, Maharaj M, Mobbs RJ. The application of artificial intelligence and custom algorithms with inertial wearable devices for gait analysis and detection of gait-altering pathologies in adults: A scoping review of literature. *DIGITAL HEALTH* [Internet]. Enero de 2022;8:205520762210741. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/20552076221074128>
- Liu R, Ramli AA, Zhang H, Henricson E, Liu X. An Overview of Human Activity Recognition Using Wearable Sensors: Healthcare and Artificial Intelligence. In Tekinerdogan B, Wang Y, Zhang L-J, editors, *Internet of Things - ICIOT 2021 - 6th International Conference, Held as Part of the Services Conference Federation, SCF 2021, Proceedings*. Springer Science and Business Media Deutschland GmbH. 2022. p. 1-14. (Lecture Notes in Computer Science (including subseries Lecture Notes in Artificial Intelligence and Lecture Notes in Bioinformatics)). [https://doi.org/10.1007/978-3-030-96068-1\\_1](https://doi.org/10.1007/978-3-030-96068-1_1)
- Virmani T, Gupta H, Shah J, Larson-Prior L. Objective measures of gait and balance in healthy non-falling adults as a function of age. *Gait & posture*. 2018 Sep 1;65:100-5

# Detección temprana de enfermedades asociadas a la marcha mediante tecnología *edge computing* en entorno extraclínico

Fidel Díez Díaz<sup>1</sup>, Pelayo Quirós<sup>1</sup>, Sonia García Fernández<sup>1</sup>, Ignacio Pedrosa<sup>1</sup>  
CTIC Centro Tecnológico (España)

## Introducción

El envejecimiento poblacional ha generado un decremento en el grado de esperanza de vida saludable. Asturias es la tercera región en incidencia de trastornos del sistema nervioso. Uno de los signos más destacables en las enfermedades neurodegenerativas asociadas a la edad es la alteración de la marcha.

En este sentido, el análisis de la marcha humana implica gran utilidad para el diagnóstico y elección de tratamientos como de cara a la predicción y detección temprana de enfermedades u otros riesgos asociados al proceso natural de envejecimiento.

## Objetivos

Los dispositivos existentes para el análisis de la marcha no son óptimos en cuanto a recogida de datos relevantes e implican una aplicación supervisada en entornos clínicos. Con ello, se plantea desarrollar una prueba de concepto:

- basada en un sistema inteligente de telemetría cinética,
- que permita la monitorización remota de la marcha,
- en pacientes mayores con síntomas preclínicos o en riesgo de sufrir alteraciones de la marcha.

## Metodología

### Wearable desarrollado

- Dispositivo vestible compuesto por:
  - Sensores inerciales (i.e. magnetómetro, acelerómetro y giroscopio),
  - Tarjeta SD de almacenamiento,
  - Microcontrolador
- Dimensiones: 65mm x 36mm x 21mm

### Participantes

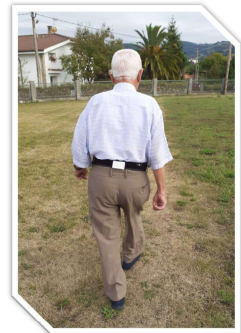
- 54 personas (23-92 años, M=71,90 años)

### Procedimiento

- Caminar 15' en entorno extraclínico

### Inteligencia Artificial

- Aprendizaje Automático: identificación y análisis de cuatro fases de la marcha



## Resultados

- Dispositivo portátil, basado en IA, desarrollado y validado en entorno real.
- La información recopilada permite identificar y analizar todas las fases de la marcha aportando información objetiva al personal clínico para la toma de decisiones.
- La solución se basa en estándares WoT, favoreciendo la obtención, almacenamiento y análisis de datos de forma estandarizada.



## Conclusiones

- Se ha desarrollado un dispositivo vestible innovador que permite identificar y analizar fases relevantes de la marcha mediante técnicas de IA con una elevada validez ecológica.
- El dispositivo permite la captación automática de datos en entorno real, sin requerir supervisión clínica y en un breve espacio de tiempo.
- Los modelos de IA desarrollados facilitan la toma informada de decisiones por el personal clínico.
- La información aportada facilita la identificación precoz de alteraciones de la marcha, favoreciendo el diagnóstico e intervención temprana y promoviendo la calidad de vida de la persona y de su entorno.





## **IV Congreso Internacional de Promoción de la Salud**

**17-18 junio 2022**

# **Prevalencia de riesgo cardiovascular en la población adulta joven de 4 zonas básicas de salud del área sanitaria III**

**María Concepción Martínez Sexto <sup>1</sup>, Laura Crespo Fernández <sup>2</sup>, Beatriz Sánchez Pérez<sup>3</sup>, Roció Magdaleno García <sup>4</sup>**

<sup>1</sup> María Martínez Sexto: mariamartinezsexto@gmail.com

<sup>2</sup> Laura Crespo Fernández: lauracrespo37@gmail.com

<sup>3</sup> Beatriz Sánchez Pérez: bea\_sanchez\_11@hotmail.com

<sup>4</sup> Rocio Magdaleno García: rocy\_iscar@hotmail.com

## **Introducción**

Los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) están directamente relacionados con conductas adquiridas por la población. La inactividad física, la alimentación no saludable, y el uso abusivo del alcohol y tabaco suponen conductas de riesgo cardiovascular.

## **Objetivo**

Describir la prevalencia de conductas de riesgo cardiovascular en la población con edad comprendida entre los de 30 a y 40 años de las zonas básicas de salud Sabugo, Corvera, Pravia y Castrillón.

## **Metodología**

Estudio descriptivo transversal. La población diana estaba constituida por sujetos entre los 30 y 40 años, cuya zona básica de salud sea Sabugo, Corvera, Pravia y Castrillón.

Se realizó un muestreo aleatorio simple de la población de cada zona básica de salud, incluyendo a un total de 1340 sujetos en el estudio. Criterios de inclusión: (i) posible el contacto por teléfono y correo electrónico; (ii) no tener limitaciones que impidan cumplimentar el cuestionario; (iii) firmar el consentimiento informado. La información se recogió a través de un cuestionario digital compuesto por variables sociodemográficas, el cuestionario IPAQ, el cuestionario MotivaDiaf y preguntas relacionadas con el consumo de alcohol y tabaco. El análisis estadístico se realizó a través del paquete informático SPSS, empleando test paramétricos y no paramétricos, en función de la distribución de las variables.

## **Resultados**

Participaron 436 personas en el estudio. El 59,4% eran mujeres y el 39,6% eran hombres. Los sujetos de la zona básica de Sabugo mostraron un mayor nivel de estudios y mayor adherencia a las recomendaciones relacionadas con la alimentación. Los hombres consumían más cantidad de alcohol y realizaban actividad física en mayor medida que las mujeres. Un nivel de estudios bajo se relacionó con las variables consumo de tabaco, menor nivel de actividad física y peor estilo de vida. Además, las personas que vivían solas realizaban mayor nivel de actividad física.

## **Conclusiones**

La prevalencia de conductas de riesgo cardiovascular es similar en las 4 zonas básicas de salud incluidas en el estudio. Existen diferencias significativas en relación al sexo, actividad física y consumo de tóxicos.

*Palabras clave:* factores de riesgo, enfermedades cardiovasculares y enfermería en salud comunitaria.

## Referencias:

1. Organización Mundial de la Salud (OMS) [internet]. OMS; 2017. [Último acceso 5 enero 2022]. Disponible en: [https://www.who.int/es/newsroom/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/newsroom/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
2. Umbria M, Rafel J, Aluja MP, Santos C. Enfermedad cardiovascular en España: Estudio epidemiológico descriptivo 1999-2010. *Antropo*. 2014; 32: 1-13.
3. Observatorio de Salud de Asturias [internet]. Informe de Situación en Salud de Asturias. Oviedo. 2018. [Último acceso 7 enero 2022]. Disponible en: <https://obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/VD-ASSAlectura-fácil.pdf>
4. Ontiveros L. ¿Cuánto cuesta un enfermo cardiovascular? [Internet]. *Fundaciondelcorazon.com*. 2018 [Último acceso 12 diciembre de 2021]. Disponible en: <https://fundaciondelcorazon.com/blog-impulso-vital/2208-cuanto-cuesta-enfermo-cardiovascular.html>
5. Bilal U, Díez J, Alfayate S, Gullón P, Del Cura I, Escobar F et al. Population cardiovascular health and urban environments: the Heart Healthy Hoods exploratory study in Madrid, Spain. *BMC Med Res Methodol*. 2016;16(1):104.
6. Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social [Internet]. Encuesta Nacional de Salud. España 2017. Principales Resultados. Gobierno de España. [Último acceso 10 diciembre 2021] Disponible en: [https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE2017\\_notatecnica.pdf](https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE2017_notatecnica.pdf)
7. Observatorio de Salud de Asturias [internet]. Determinantes de salud: 2017. Oviedo. [Último acceso 10 enero 2022]. Disponible en: <https://obsaludasturias.com/obsa/determinantes>
8. Observatorio de Salud de Asturias. IV Encuesta de Salud para Asturias, 2017. Consejería de Sanidad; 2018.
9. Carreño V, Franco M, Gullón P, Carreño V. Studying city life, improving population health. *Int J Epidemiol*. 2017; 46(1):14–21.
10. Ministerio de Sanidad [Internet]. Portal estadístico. Sistema Información Atención Primaria. [Último acceso 6 diciembre 2021]. Gobierno de España. Disponible en: <https://pestadistico.inteligenciadegestion.msbs.es/publicoSNS/C/sistema-de-informacion-de-atencion-primaria-siap/actividad/ordinario>

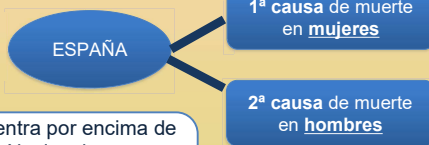
**Proyecto Cardio 3**  
**Prevalencia de riesgo cardiovascular en la población adulta joven de 4 zonas básicas de salud del área sanitaria III**

**AUTORES:** Martínez Sexto MC, Crespo Fernández L, Sánchez Pérez B, Magdaleno García R,  
**UBICACIÓN:** Estudio multicéntrico Área Sanitaria III

**INTRODUCCIÓN**

- o La OMS define las ECV (enfermedad cardiovascular) como el conjunto de trastornos del corazón y de los vasos sanguíneos.
- o Las ECV suponen un problema sanitario de alta prevalencia

**1ª causa de muerte en el mundo**



**Asturias** se encuentra por encima de la media Nacional  
**11,9 %** mortalidad relacionada con ECV  
**16,5 %** incidencia de ECV

o Conocer las conductas de riesgo cardiovascular en la población adulta joven es clave para el desarrollo de estrategias de prevención y promoción de la salud. Donde la enfermería comunitaria juega un papel fundamental.

**OBJETIVO**

Evaluar la prevalencia de conductas de riesgo cardiovascular en la población con edad comprendida entre los de 30 y 40 años de las ZBS (zonas básicas de salud) Sabugo, Corvera, Pravia y Castrillón.

**MATERIAL Y MÉTODO**

- ❖ **Tipo de estudio:** descriptivo y transversal
- ❖ **Población a estudio:** adultos con edad comprendida entre los 30 y 40 años, cuya ZBS fue Sabugo, Corvera, Pravia y Castrillón
- ❖ **Recogida de datos:** se contactó con la población vía telefónica para solicitar su participación mediante consentimiento informado verbal. Si aceptaban participar, se les enviaba por correo electrónico información sobre el estudio y un enlace que incluyera el consentimiento informado y los cuestionarios.
- ❖ **Tamaño y método de muestreo:** de acuerdo con el número de población diana de cada ZBS, el total de población que cumplía los criterios establecidos fue de 8013 personas: 28,4% de Sabugo (n=2272), 23,2% de Corvera (n=1861), 16,4 % de Pravia (n=1314) y 32% de Castrillón (n=2566). Se estimó como suficiente una muestra de 336 individuos seleccionada mediante muestreo aleatorio simple, considerando una confianza del 95% y una precisión de +/- 5 unidades porcentuales. Así con el porcentaje de población de cada ZBS, se consideró necesario alcanzar las cifras de 94 personas en Sabugo, 77 en Corvera, 59 en Pravia y 106 en Castrillón.

**VARIABLES Y HERRAMIENTAS DE MEDICIÓN**

- **Sociodemográficas** : edad, sexo, lugar de residencia...
- **Alcohol y tabaco:** cantidad y frecuencia
- **Alimentación:** cuestionario Motiva- Diaf
- **Actividad física:** cuestionario IPAQ

**RESULTADOS**

**No se observaron diferencias estadísticamente significativas en las variables evaluadas entre las distintas zonas básicas de salud**

**Conductas relacionadas con la ECV en función del sexo**

	HOMBRE	MUJER	P
<b>CONSUMO DE ALCOHOL (MEDIANA (RI))</b>	4 (7,5-1)	2 (4,5-0)	<0,001
<b>CONSUMO DE TABACO (%)</b>	Si	25,4	0,187
	No	74,6	
<b>ACTIVIDAD FÍSICA (%)</b>	Bajo	16,9	<0,001
	Moderado	37,9	
	Alto	45,2	
<b>ESTILO DE VIDA (MEDIA (DE))</b>	8,05 (2,648)	8,03 (2,579)	0,967

**Conductas relacionadas con la ECV en función del nivel de estudios**

	PRIMARIOS	SECUNDARIOS	UNIVERSITARIOS	P
<b>CONSUMO DE ALCOHOL (MEDIANA (RI))</b>	1,5 (5-0)	2,5 (6-0)	3 (6-1)	0,137
<b>CONSUMO DE TABACO (%)</b>	Si	40	15,7	0,004
	No	60	84,3	
<b>ACTIVIDAD FÍSICA (%)</b>	Bajo	48	20,3	0,013
	Moderado	28	40,7	
	Alto	24	38,8	
<b>ESTILO DE VIDA (MEDIA (DE))</b>	6,6 (3,214)	8 (2,583)	8,26 (2,495)	0,01

**CONCLUSIONES**

- La prevalencia de conductas de riesgo cardiovascular es similar en las 4 zonas básicas de salud incluidas en el estudio.
- La zona básica de Sabugo muestra mejor adherencia a las recomendaciones saludables de alimentación.
- Los hombres consumen mayor cantidad de alcohol que las mujeres
- Las mujeres realizan con más frecuencia actividad física de baja intensidad y los hombres de alta
- Las personas que viven solas dedican más tiempo a la práctica de actividad física y consumen más alcohol.
- El nivel de estudios influye en el consumo de tabaco, el tipo de actividad física practicada y el estilo de vida llevado a cabo por la persona.





## **IV Congreso Internacional de Promoción de la Salud**

**17-18 junio 2022**

# **Mejora continua del programa Escuela de Salud Navarra a través de la autoevaluación de la calidad en Promoción de la Salud.**

**Luisa Iribarren López<sup>1</sup>, Mikele Jauregui Elso<sup>2</sup>, Alba Gasque Satrústegui<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Luisa Iribarren López; luisairibarren@gmail.com

<sup>2</sup> Mikele Jauregui Elso; mikelejauregui@gmail.com

<sup>3</sup> Alba Gasque Satrústegui; albagasque@gmail.com

## **Introducción y Objetivos**

La evaluación de la calidad en programas de Promoción de la Salud permite la mejora continua de las intervenciones, evitando prácticas inadecuadas y favoreciendo la efectividad y eficiencia en base a la evidencia existente. A su vez contribuye a la gestión los recursos económicos y a crear y difundir conocimiento en Promoción de Salud.<sup>1</sup>

Analizar la calidad en Promoción de la Salud del programa Escuela de Salud Navarra<sup>2</sup> e identificar aspectos de mejora para la práctica.

## **Metodología**

Revisión y análisis documental de la evidencia sobre evaluación de la calidad en Promoción de la Salud. Aplicación del cuestionario *“Ficha de Calidad de la RAPPs”*<sup>3</sup>, para autoevaluar la calidad del programa Escuela de Salud Navarra. Valoración de los criterios de calidad sobre el diseño del programa y su práctica en los cinco ejes de Promoción de Salud que contempla la herramienta. Identificación de aspectos de mejora.

## **Resultados y Conclusiones**

El programa Escuela de Salud Navarra tiene un balance global de calidad en Promoción de la Salud de 76 puntos sobre un total de 100.

De los criterios de calidad autoevaluados, tanto en el diseño como en la ejecución práctica del programa, se muestra la puntuación obtenida sobre 20, en orden descendente, para cada uno de los ejes de Promoción de la Salud: Desarrollar aptitudes personales 19 puntos; Fortalecer la acción comunitaria 18 puntos; Crear entornos que apoyen la salud 15 puntos; Reorientar servicios 14 puntos y Construir una política saludable 10 puntos.

Se han identificado como aspectos de mejora: promover la participación de las entidades implicadas en las actividades del programa y mejorar la difusión de los resultados a las personas participantes y a la comunidad.

La herramienta ha resultado útil para analizar el cumplimiento del programa Escuela de Salud Navarra con criterios de calidad en Promoción de la Salud y ha permitido identificar aspectos de mejora para la práctica.

Al tratarse la Escuela de Salud Navarra de un programa de alfabetización en salud, no tiene como objeto incidir en todos los ejes de Promoción de la Salud que contempla el cuestionario y los resultados así lo reflejan.

**Palabras clave:** *Promoción de la Salud, Calidad, Escuela Salud Navarra*

## Referencias

- 1- Diéguez JG, Sección J De. Calidad en promoción de la salud: La experiencia de la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud (RAPPS). 2013;1–32. Disponible en: [https://www.aragon.es/documents/20127/674325/Articulo\\_Calidad\\_promocion\\_salud\\_RAAPS\\_2013.pdf/0434d3b0-0611-1032-0819-e73c890bd513](https://www.aragon.es/documents/20127/674325/Articulo_Calidad_promocion_salud_RAAPS_2013.pdf/0434d3b0-0611-1032-0819-e73c890bd513)
  
- 2- Gobierno de Navarra. Portal de Salud. Escuela de Salud Navarra [Internet]. Disponible en: [http://www.navarra.es/home\\_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Escuela+de+Salud/](http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Escuela+de+Salud/)
  
- 3- Ficha de calidad de la RAPPS. Cuestionario de evaluación formato hoja de cálculo. Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud (RAPPS). Disponible en: <https://www.aragon.es/-/calidad-en-promocion-de-la-salud>
  
- 4- Gobierno de Navarra. Departamento de Salud, Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra (ISPLN). Plan de Salud Pública Navarra 2016-2020. Disponible en: <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/75366057-0BD9-45A2-916F-61AC731CFA93/372448/PlandeSaludPublica.pdf>

## MEJORA CONTINUA DEL PROGRAMA ESCUELA DE SALUD NAVARRA A TRAVÉS DE LA AUTOEVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

Luisa Iribarren López<sup>1</sup>, Mikele Jauregui Elso<sup>2</sup>, Alba Gasque Satrústegui<sup>3</sup>

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La **evaluación de la calidad** en programas de Promoción de la Salud:

- Permite la mejora continua de las intervenciones, evitando prácticas inadecuadas y favoreciendo la efectividad y eficiencia en base a la evidencia existente.
- Contribuye a la gestión de los recursos económicos y a crear y difundir conocimiento en Promoción de la Salud.

**Analizar la calidad en Promoción de la Salud** del programa **Escuela de Salud Navarra** e identificar aspectos de mejora para la práctica.

### METODOLOGÍA

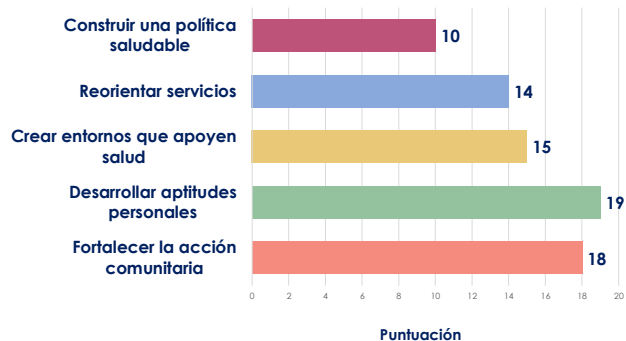
- **Revisión y análisis documental** de la evidencia sobre evaluación de la calidad en Promoción de la Salud.
- **Aplicación del cuestionario** “Ficha de Calidad de la RAPPs” para autoevaluar la calidad del programa Escuela de Salud Navarra.
- **Valoración de los criterios de calidad** sobre el diseño del programa y su práctica en los cinco ejes de Promoción de la Salud que contempla la herramienta. Identificación de aspectos de mejora.

### RESULTADOS

El programa Escuela de Salud Navarra tiene un balance global de calidad en Promoción de la Salud de **76 puntos sobre un total de 100**.

De los criterios de calidad autoevaluados, tanto en el diseño como en la ejecución práctica del programa, se muestra la puntuación obtenida sobre 20 para cada uno de los ejes de Promoción de la Salud:

RAPPs. Ficha de calidad.



### CONCLUSIONES

- ✓ Se han identificado como **aspectos de mejora**:
  - Promover la participación de las entidades implicadas en las actividades del programa.
  - Mejorar la difusión de los resultados a las personas participantes y a la comunidad.
- ✓ La **herramienta** ha resultado **útil** para analizar el cumplimiento del programa Escuela de Salud Navarra con criterios de calidad en Promoción de la Salud y ha permitido identificar aspectos de mejora para la práctica.
- ✓ Al tratarse la Escuela de Salud Navarra de un programa de alfabetización en salud, no tiene como objeto incidir en todos los ejes de Promoción de la Salud que contempla el cuestionario y los resultados así lo reflejan.

