

INVESTIGACIÓN & CUIDADOS

Revista de la Organización Colegial de Enfermería de la Comunidad Valenciana



44/45

DIRECTOR

José Antonio Ávila Olivares

SUBDIRECTOR

Francisco Pareja Llorens

COMITÉ EDITORIAL

Coordinación: M^o Dolores Gil Estevan

Elena Andina Díaz

M^o Pilar Bonet Manso

Manuela Domingo Pozo

Ricardo Martín Peñalver

Francisco Javier Gómez Robles

Cesar Rico Beltrán

M^o Luisa Ruiz Miralles

María Torres Figueiras

Diego Ibáñez Gallardo

M^o Elena Ferrer Hernández

Ruth López Donat

COMITÉ ASESOR

Jesús Ribes Romero

Jose A. Forcada Segarra

Miguel Romero Lorente

Isabel Casabona Martínez

Luis Garnes Fajardo

Encarna Martínez Hernández

José Verdú Soriano

Joseph Adolf Guirao Goris

Alberto Gálvez Toro

Modesta Salazar Agulló

Antonio Peña Rodríguez

Montserrat Angulo Perea

Belén Estevan Fernández

M^o del Mar Ortiz Vela

M^o Teresa Pinedo Velázquez

José Ramón Martínez Riera

Vicente Bellver Capella

COMITÉ TÉCNICO Y FINANCIERO

Juan José Tirado Darder

Belén Paya Pérez

Francisco Mulet Falcó

Antonio Verdú Rico

Felipe Serrano Gómez

Eugenia Gordo Casañ

Isabel Castelló López

Juan Caballero García

Pedro J. Homero Arnue

RELACIONES INTERNACIONALES

Ascensión Marroquí Rodríguez

M^o. José Muñoz Reig



Nº 44/45

3^{er}. cuatrimestre 2021 - 1^{er}. cuatrimestre 2022

Revista incluida en el Catálogo colectivo de Publicaciones periódicas de Ciencias de la Salud

Revista incluida, con carácter exhaustivo en CUIDEN y con carácter selectivo en la base de datos Bdlic.

Revista indexada en CINAHL, LATINDEX y ENFISPO

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

ENVÍO DE TRABAJOS

Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA) C/Xàbia, 4^a. 3^a pta. 10 46010 VALENCIA
Teléfono: 963298088 - E-mail: cecova@cecova.org

EDITA

Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)
Edición On-line

CECOVA no responde de la originalidad de la obra publicada ni de su contenido, opiniones o manifestaciones.

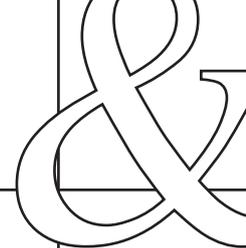
El autor de la presente obra ha garantizado a CECOVA que es el autor y que la obra es original.

El autor ha cedido a CECOVA todos los derechos de explotación en los términos de los artículos 17 a 21 de la Ley de Propiedad Intelectual R.D. Legislativo 1/1996 de 12 de abril.

La obra publicada podrá ser objeto de descarga, copia para uso privado y consulta por parte de los enfermeros colegiados que accedan a la presente página en los términos previstos en la ley de Propiedad Intelectual, respetando los derechos de autoría previstos en la misma.

ISSN: 1698-4587

Dep. legal: M-22516-2004



SUMARIO

NORMAS DE PUBLICACIÓN 4

ARTÍCULOS ORIGINALES

**hábitos de juegos de apuestas online y factores asociados
en jóvenes y adolescentes** 5

Alicia Hernández Campillo, Ainhoa Rodenes Pérez

**¿Saben los y las especialistas en obstetricia y ginecología
qué es la Violencia Obstétrica?** 14

*Nuria Quijano Loma, Antonio López Ollero, Cristina Tena Roig,
Ana Salas Mora, Carolina Sánchez Ruano*

**Propuesta de un plan de intervención de mindfulness para trabajadores
sanitarios del servicio de urgencias de un hospital durante la
pandemia del covid19** 22

Claudia Ana Sánchez Vargas

**Calidad de vida de los cuidadores informales a través del cuestionario
ICUB97 desde el ámbito de Atención Primaria** 27

Francisco Gabriel Jiménez Vargas, Sandra Herrero Díaz, Maria Inés Ramis Murillo

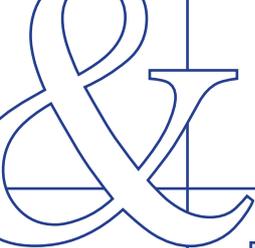
**¿Es posible modificar el estigma hacia la salud mental en adolescentes?
Efectividad de un programa de salud en institutos** 42

Ana Palacio Pedro, Celeste Peñalva Lapedriza

ARTÍCULO ESPECIAL

**Impacto de los cuidados de enfermería en el paciente mayor
con el uso del ecógrafo volumétrico vesical portátil en una unidad
de atención geriátrica domiciliaria** 49

Luis Ramírez Real, Pilar Avilés Maroto, Nuria de Argila Fernández-Durán



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

ESTRUCTURA DE LOS MANUSCRITOS

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

6. En las páginas sucesivas aparecerá el texto:

A.- Si se trata de un artículo original:

- Introducción: propósito estudio y justificación.
- OBJETIVO/HIPOTESIS
- Material y métodos, Sujetos y métodos.
- Resultados.
- Discusión.
- Bibliografía.

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

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

C.- Carta al director:

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

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

puntuación si lo hubiere.

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

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

ESTRUCTURA PARA LOS ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

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

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

REQUISITOS ÉTICOS Y LEGALES

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

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

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



Hábitos de juegos de apuestas online y factores asociados en jóvenes y adolescentes

Online gambling habits and associated factors in young people and adolescents

Autores: Alicia Hernández Campillo*, Ainhoa Rodenes Pérez**

*Enfermera Especialista Salud Mental Hospital Universitario de La Ribera, Enfermera Especialista Salud Mental USM Sueca**

e-mail: aliciahernandezcampillo@gmail.com

RESUMEN

El estudio se basa en un análisis del comportamiento de alumnos de bachillerato con respecto a los juegos de apuestas online, dentro del marco de su entorno vital. Dada la desmedida evolución en la oferta de eventos lúdicos, las personas están cada vez más expuestas a vías y formas sintomáticas y adictivas, desconocidas hasta hoy, que es necesario investigar sobre todo por la influencia que puede tener en edades más tempranas, donde se comienzan a definir tendencias y formas de carácter.

Para los profesionales de Enfermería, ser conocedores de los hábitos nocivos existentes entre adolescentes, nos podría y puede conducir a buscar relaciones, entre su actuar y el medio, constituyendo oportunidades, para desarrollar acciones tanto de prevención, tratamiento y promoción de la salud (entre otras).

Objetivos: analizar el grado de juegos de apuestas online en adolescentes y los factores implicados.

Material y métodos: estudio descriptivo, observacional, de tipo transversal. La población seleccionada fue de 108 alumnos de 1º y 2º de Bachillerato del IES Joan Fuster de Sueca (Valencia), de manera no probabilística.

Resultados: con respecto al total, el 85% manifiesta no hacer apuestas, mientras que un 4,6% apuesta desde el móvil y el otro 3,7% lo hacen en salones de juego. La media de edad es de 17 años.

Conclusiones: encontramos relaciones estadísticamente significativas entre juegos de apues-

tas con: nota académica, asignación monetaria semanal, lugar de apuestas, miembros cercanos jugadores y el motivo del por qué juego.

Palabras clave: juegos de apuestas online, nuevas tecnologías, adolescentes, adicción, factores de riesgo.

ABSTRACT

The study is based on an analysis of the behaviour of high school students with regard to online gambling, within the framework of their living environment. Given the disproportionate evolution in the offer of leisure events, people are increasingly exposed to symptomatic and addictive ways and forms, unknown to date, which need to be researched especially because of the influence it may have on younger ages, where tendencies and character forms are beginning to be defined.

For nursing professionals, being aware of harmful habits among adolescents could and may lead us to look for relationships between their actions and the environment, constituting opportunities to develop preventive, treatment and health promotion actions (among others).

Objectives: *To analyze the degree of online gambling among teenagers and the factors involved.*

Material and methods: *descriptive, observational, cross-sectional study. The selected population was 108 students in the 1st and 2nd Baccalaureate of the IES Joan Fuster in Sueca(Valencia), in a non-probabilistic way.*

Results: 85% of the total say they don't make bets, while 4.6% bet on their mobile phone and the other 3.7% do so in gaming rooms. The median age is 17 years.

Conclusions: We found statistically significant relationships between gambling games with: academic grade, weekly monetary allocation, place of betting, close members players, and the reason why game was played.

Keywords: online gambling, new technologies, teens, addiction, risk factors.

1. INTRODUCCIÓN

1. Justificación

Tras realizar una revisión bibliográfica previa del tema a tratar, nos dimos cuenta de la repercusión que han tenido y tienen los juegos de apuestas online y las nuevas tecnologías en los más jóvenes. En los últimos años, han ido aumentando variables ambientales y estructurarles tales como: suscripciones, publicidad y marketing, disponibilidad, accesibilidad, etc. Agravando todavía más todo este proceso. Siendo esto uno de los precipitantes por los cuales, se decidió realizar este estudio.

2. Definición de Ludopatía según la Organización Mundial de la Salud (OMS)

Según la OMS (1995), el término de Ludopatía consiste en un "trastorno caracterizado por la presencia de frecuentes y reiterados episodios de participación en juegos de apuestas, los cuales dominan la vida del/la enfermo/a en perjuicio de sus valores y obligaciones sociales, laborales, materiales y familiares del mismo¹".

A. Causas

Como sucede con cualquier otra adicción, las causas son multifactoriales. Resaltar, el placer por el juego como una de las características principales del jugador patológico, junto con aspectos relacionados con la personalidad que parece que han ido repitiéndose (impulsividad, poca tolerancia a la frustración, necesidad inmediata de recompensa...). También existe la posibilidad de que haya una influencia genética, ya que la mayoría de personas tienen uno o más familiares con problemas con el juego².

B. El jugador joven

La afición por los juegos, en el caso de los seres humanos, se incluye un componente de fantasía dominante en los niños y de aprendizaje en el caso de los adolescentes³.

A tener en cuenta que la adolescencia, es una etapa del desarrollo donde las personas son más vulnerables⁴. Es cuando se produce el proceso de construcción de identidad, pudiendo influir el entorno⁵.

La tendencia de este colectivo es de dar una mayor importancia a sus iguales que a la familia, hecho importante en relación a la actividad del juego y el uso de sustancias entre adolescentes⁶.

A todo este fenómeno hay que añadirle el uso de las TIC's. La generación actual de adolescentes ha nacido y crecido en medio de pantallas, son los denominados nativos digitales⁷.

El inicio de la ludopatía se suele dar en la adolescencia (aproximadamente entre los 10-13 años), con pequeñas cantidades de apuestas, de manera progresiva e insidiosa; aunque puede iniciarse a cualquier edad⁸.

Yendo más allá y para conocer cómo se llega a esta situación, es importante conocer los factores por el que el jugador patológico se ve influenciado, entre los que destacamos: la cultura, la sociedad, el trabajo, la familia, el círculo de amigos y la influencia de variables biológicas en el proceso⁹.

Destacar de éstas últimas, a nivel cultural, existe una idea dominante respecto a la idea de ganancias rápidas y fáciles, el consumo descomunal y la riqueza como valor principal de felicidad¹⁰.

Asimismo, en el ámbito social, domina la presión existente entre un grupo de iguales¹¹.

• Comorbilidades asociadas.

Si comparamos el colectivo adolescente, que son jugadores patológicos, con las posibles comorbilidades asociadas, obtenemos: mayor depresión y ansiedad, comportamientos delictivos y dificultades académicas en comparación con el resto de jóvenes¹².

Además, algunos estudios, mencionan asociación con otras patologías psiquiátricas, como son: el abuso de alcohol y otras sustancias y la relación con ideas e intentos de suicidio.

El tipo de comorbilidad que se da en la persona es importante conocerla, ya que ésta puede



repercutir a la hora del tratamiento, en el inicio, desarrollo y mantenimiento de la conducta adictiva¹³.

C. Legislación de los juegos de azar

La legislación en España con lo que respecta a los juegos de azar, ha tenido, por denominarlo de alguna manera, etapas. Nos encontramos desde la dictadura con la prohibición de la mayoría de este tipo de juegos y con el añadido de la connotación de vicio, hasta pasar por su legalización en el año 2011 para los juegos de apuestas online. Para finalizar, mencionar el último Real Decreto 958/2020 aprobado el 3 de noviembre de 2020. Con éste, se pretende regular la publicidad del sector de las apuestas, con carácter sancionador para quienes no las cumplan¹⁴.

• Pero, ¿qué pasa en la Comunidad Valenciana (C.V.)?

El 60% de las máquinas de apuestas de la C.V. están situadas en locales de hostelería. Esta situación solamente pasa en otras cuatro Comunidades Autónomas más a nivel nacional (País Vasco, Navarra, La Rioja y Galicia¹⁵).

2. OBJETIVOS

Objetivo principal

- Analizar el grado de juegos de apuestas online entre los jóvenes, estudiando los factores implicados.

Objetivos específicos

- Analizar el consumo de sustancias tóxicas en adolescentes.
- Evaluar los indicadores sociodemográficos.
- Estudiar condiciones y factores de riesgo asociados.
- Analizar la periodicidad y el tipo de juego que se da entre los jóvenes.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Esta investigación se plantea desde un prisma descriptivo, observacional y de corte transversal.

Población

Características

- Tamaño de la muestra

La población seleccionada fue de 108 ado-

lescentes. De los cuales se identificaron con género femenino 67, masculino 37 y 3 personas prefirieron no decir.

- Tipo de muestreo

La muestra que hemos obtenido ha sido de manera no probabilística.

- Marco del estudio

Para la recogida de la muestra seleccionamos el I.E.S. Joan Fuster de Sueca, Valencia.

- Criterios de inclusión y exclusión

Tabla 1.- Criterios de inclusión y exclusión

Técnicas de medida de las variables

En dicha encuesta se recogen:

- Datos sociodemográficos: curso, edad, nacionalidad, deporte, género, estructura familiar, nota académica, asignación semanal monetaria y diagnóstico de salud mental en el caso de que exista.

- Datos referidos al juego de apuestas online: frecuencia, tipo de juegos, personas cercanas que apuesten, motivos apuestas, lugar apuestas mediante ítems del test Ludens (Chóliz. M. 2017).

- Apoyo social percibido: a través de la escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (Escala EMAS, Gutiérrez-Maldonado J. 2002). Versión española de la escala validada MSPSS (Multidimensional Scale of Perceived Social Support).

- Consumo de tóxicos: frecuencia y percepción de consumos mediante la Escala de Consumo de Tabaco, Alcohol y otras Drogas (Escala ESCON, García, J. 2011).

Evaluación estadística de los resultados

Los análisis estadísticos a realizar incluyeron diversos procedimientos. En primer lugar, se calcularon los estadísticos descriptivos de las variables evaluadas.

Posteriormente, se hicieron los análisis inferenciales para analizar si existían relaciones significativas entre las variables evaluadas.

- Niveles de significación: el análisis estadístico se realizó con un intervalo de confianza del 95%, de tal forma que se consideraron valores estadísticamente significativos aquellos cuya p sea menor de 0,05.

- Manejo de los datos: todos los análisis se llevaron a cabo mediante el programa SPSS 20.

- Para la medición de los datos hemos elaborado una encuesta con una duración aproximada de 20 minutos. El test se realizó de manera indirecta a través de los tutores, de forma grupal y separada por cursos.

Tratamiento de la bibliografía

Los términos y estrategia o técnica en sí utilizados incluyeron herramientas de búsqueda MeSH y operadores booleanos (And, Or). Acerca de los términos empleados solos o combinados han sido los siguientes: gambling, online, nurse, teenager, environment, risk factors.

Para continuar con la búsqueda utilizamos las siguientes bases de datos electrónicas: Pubmed, Scielo, Emerald, Cambridge, Researchgate, Health, Kflaph. También se hizo una búsqueda manual a través de Google Académico para poder tener una mayor estimación o concreción de cualquier artículo gratuito y/o adicional.

Consideraciones éticas

- El estudio cuenta con autorización por parte del CEIC (Comité Ético de Investigación Clínica) por parte del Hospital Universitario de la Ribera.

4. RESULTADOS

De manera descriptiva, con respecto al juego de apuestas, observamos que más del 80% manifiesta no realizar apuestas. Mientras que un 4,6% sí apuesta desde el móvil, y otro 3,7% lo hace en salones de juego. Los valores restantes se dividen por debajo del 1% entre las diferentes opciones.

Tabla 2.- ¿Desde dónde apuestas?

Respecto al consumo de tóxicos, observamos que de manera semanal los tóxicos más consumidos son:

Alcohol con un 37%.

Tabaco con un 21,30%.

Marihuana con un 23,10%.

Aunque, siguiendo la línea del enunciado anterior, no encontramos relación estadísticamente significativa ($p=,247$) entre "frecuencia de los juegos de apuestas online en los últimos meses y el consumo de tóxicos".

Observamos relaciones estadísticamente significativas en:

- "Nota académica e indica cuántas veces

has jugado a estos juegos de azar online en los últimos meses".

Existe la presencia de una relación estadísticamente significativa ($p=,003$). Destacando que el 80% de los sobresaliente no juega nunca.

Gráfico 1.- Nota académica – Indica cuántas veces has jugado a estos juegos de azar online en los últimos meses.

- "Monetaria/semanal e indica cuántas veces has jugado a estos juegos de azar online en los últimos meses".

Podemos decir que hay una relación con una significación estadística a tener en cuenta ($p=,019$).

Tabla 3.- Monetaria/semanal – Indica cuántas veces has jugado a estos juegos de azar ONLINE en los últimos meses.

- Entre las preguntas; "Indica cuántas veces has jugado a estos juegos de azar online en los últimos meses" e indica si alguno de estos miembros cercanos juegan a algún juego presencial u online", se observa que existe relación estadísticamente significativa ($p=,010$).

Tabla 4.- Indica cuántas veces has jugado estos juegos de azar online en los últimos meses

- Indica si alguno de estos miembros cercanos juegan a algún juego presencial u online.

- "Indica cuántas veces has jugado a estos juegos online en los últimos meses y motivo del juego".

Encontramos relaciones estadísticamente significativas entre ambas preguntas. En especial con:

- Falta de ánimo.
- Aislamiento y rechazo social.
- Urgencia económica.
- Ludopatía y por imitación

5. DISCUSIÓN

Como resultado general del estudio, hemos respondido al propósito inicial, el cual no era otro, que estudiar cómo las nuevas tecnologías, afectan a las conductas patológicas vinculadas a la ludopatía.



Conscientes del ambiente favorecedor al juego, que la vida cotidiana ofrece, hay que tener en cuenta, diferentes cuestiones que condicionan el comportamiento actual de los más jóvenes con respecto al juego. Uno de ellos es el ambiente familiar y social en el cual se desarrollan¹⁶. Cornish, D.B. (1978), ya se refería a los términos en que la literatura y la propia información disponible en ese momento, limitaba el marco teórico y socio-legal de las investigaciones sobre la ludopatía, ante una nueva realidad de la popularización de las opciones de juego.

Es obvio que el juego online, es un tema que ya había crecido a finales del siglo pasado¹⁷. Becoña, E. (1994), ya se refería a su expansión en Europa y como los diferentes países entre ellos el nuestro, enfrentaban con regulaciones diferentes, la expansión de la demanda del juego, convertido en una actividad cotidiana de fácil acceso, amparado bajo una legalización jurídica, que años antes se había aprobado en buena parte del continente.

Hay que entender, primero que todo, que los jóvenes que juegan hoy, pueden ser consecuentemente, hijos, sobrinos o nietos incluso de antiguos jugadores¹⁸ (Schwartz, D.G. 2013), y que se enfrentan a un universo de opciones mucho más amplia que aquella de la que disfrutaron sus mayores, con el agravante de una inmersión total, en un mundo totalmente digitalizado.

Escudado en normas legales permisivas, el mundo del juego ha cambiado notablemente, adecuándose a las herramientas de promoción y marketing¹⁹ (Brindley, C. 1999), mimetizándose de tal modo que su actividad está presente prácticamente en cada acción digital cotidiana, de un modo intrínseco. Y esto sucede primero porque forma parte de la familiarización con la tecnología interactiva desde que el niño toma por primera vez un dispositivo en sus manos, y segundo por el modo en que la industria del juego adapta las técnicas más innovadoras de marketing, incluso muchas veces antes que otras industrias tradicionales.

El modo en que opera y opere en el futuro el mercado de los juegos de azar, genera y generará patrones de comportamiento impulsores de su propio éxito, a partir de un crecimiento que a la par de lucrativo, es altamente sugerente y sutil; y ese potencial crea una sinergia entre la

comercialización y la tecnología, que será difícil de separar y menos aún, limitar.

Asumiendo que nuestro entorno digital, es por definición explícita e implícitamente cambiante, y que se desarrolla bajo un apabullante volumen de información comercial, es lógico aceptar y reconocer, que la incitación a participar en el juego online, es una realidad inevitable, la cual, combinada con fuerte dosis de estrés, se convierte en una opción para desconectar de la realidad que resulta cuando menos atractiva²⁰ (Griffiths and Parke, 2002).

No obstante, es cierto que la tecnología no es la causa del comportamiento ludópata, sino que éste viene definido, por una propensión psicológica individual, la cual asociada a oportunidades de juego desmedidas, crea cambios en la experiencia subjetiva, proporcionando vehículos relativamente confiables y potentes que transforman los estados emocionales y allanan un camino que puede concluir en una tendencia precoz al juego²¹ (Shaffer H.J., 1996).

Al referirnos a aquellos que juegan, el resultado que hemos obtenido combinado con todo lo anterior, nos ofrece un perfil de jóvenes que disponen de la capacidad monetaria para ello, que son en su mayoría del sexo masculino, con una especial preferencia por el juego online y las apuestas deportivas, acudiendo a estas últimas de forma grupal, siendo lo más común jugar desde el móvil o en salones de juego.

Teniendo en cuenta, que existen casos donde se da la presencia de un preámbulo social cercano, con familiares o amigos que han jugado o juegan, resulta necesario considerar esta situación, como un espacio que crea en el joven jugador la percepción de hallarse en un entorno seguro y permisivo. Este medio acogedor que aplaude y premia su implicación en el mundo lúdico, aportándole espacios de reconocimiento social, encierra el peligro de un contexto natural, en el que en algún momento puede llegar a ser más importante las veces que gana, que las notas que se obtienen; trocándose la importancia de estas dos habilidades: la de estudiar y la de ganar en el juego.

Este estudio es sin duda, una mirada a una realidad cambiante, insertada en su tiempo y en un marco tecnológico y digital existente. Es fácil ver si aplicamos pura lógica, que la presencia

de opciones de juego y su acceso, seguirán creciendo, y que también variarán en forma, y tal vez en contenido, al igual que en alcance y capacidad de sugestión; incluso es muy probable, que esto suceda a un nivel capaz de burlar las políticas locales para su contención.

En base a este estudio y como enfermeros/as especialistas en salud mental, se podrían proponer intervenciones de promoción y prevención de la salud a todos los niveles socioeducativos. Es difícil cambiar o interponerse a políticas sociales pero sí podemos educar/informar a las familias, profesorado y alumnado. Insertar de alguna manera este tema en las aulas como sucede con el consumo de otros tóxicos (alcohol y tabaco) y también fuera de ellas, con el fin de que estén al alcance de todas las personas.

6. CONCLUSIONES

- Existe relación estadísticamente significativa entre nota académica y juegos de apuestas online. Resaltar que el 80% de las personas que indicaron sobresaliente como nota más común, no juegan nunca.

- También existe relación significativa entre la asignación monetaria semanal y los juegos de apuestas.

- Se halla una correlación significativa entre el juego y tener miembros cercanos que realicen apuestas.

- Con respecto a los juegos de apuestas online y el motivo por el cual la persona es impulsada a jugar también se ha visto que existe relación, en especial con la falta de ánimo, aislamiento, rechazo social, deseos de reconocimiento social, urgencia económica, ludopatía y por imitación.

- No existe relación estadísticamente significativa entre el género y los juegos de apuestas; aunque sí podemos destacar que el 82% de las personas identificadas con el género femenino, nunca juegan.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud. Décima revisión CIE-10. p. 189. Ginebra, 1995 Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42326/847903492_0_spa.pdf;jsessionid=19EB61B4F2316FFBD66C4B2F7CD22597?sequence=1
2. Alvarez A. Epidemiología y factores implicados en el juego patológico. Apuntes de Psicología, ISSN 0213-3334, Vol 27, pags 3-20; 1 de enero 2009.
3. Juventud y juegos de azar. Una visión general del juego en los jóvenes. Injuve, Instituto de la Juventud; 2018. Disponible en: <http://www.injuve.es/observatorio/ocio-y-tiempo-libre/juventud-y-juegos-de-azar-una-vision-general-del-juego-en-los-jovenes>
4. Domínguez L. La adolescencia y la juventud como etapas del desarrollo de la personalidad. Distintas concepciones en torno a la determinación de sus límites y regularidades. Boletín Electrónico de Investigación de la Asociación Oaxaqueña de Psicología; 1 de Enero de 2008.
5. Becoña, Elisardo et al. Manual de psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. Editado por Socidrogalcohol; Valencia, 2010. Disponible en: <http://www.fundacioncz.org/ArchivosPublicaciones/270.pdf>.
6. McBride, J y J.L. Derevensky: "Internet gambling and risktaking among students: An exploratory study", Journal of Behavioral Addictions. Canada; 2012. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/85129923.pdf>.
7. Garcia, F. Portillo, J., Benito, M. Nativos Digitales y nuevos modelos de aprendizaje. IV Simposio pluridisciplinar sobre Diseño, Evaluación y Desarrollo de Contenidos Educativos Reutilizables. SPDECE; Bilbao, 2007. Disponible en: <http://spdece07.chu.es/actas/garcia/pdf>.
8. Verdura Vizca, Ponce Alfaro G, Rubio Valladolid G. Adicciones sin sustancia: juego patológico, adicción a nuevas tecnologías, adicción al sexo. Medicineonline. es; 2011. Disponible en: <https://www.medicineonline.es/es-adicciones-sin-sustancia-juegopatologico-articulo-X0304541211274460>.
9. Dominguez, A.M.: Guía Clínica: Actuar en el juego patológico, Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones, Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía; 2007.
10. McBride, J. y J.L. Derevensky: "Internet gambling and risktaking among students: An exploratory study", Journal of Behavioral Addictions, 1 (2), pp.50-58; 2012.
11. Carpio, C.: "Aspectos psicológicos del juego comercial. Tratamientos y programas preventivos. Hacia el juego responsable", Docencia e Investigación: Revista de la Escuela Universitaria de Magisterio de Toledo, 34 (19) pp. 25-58; 2009
12. Consenza, M. y G. Nigro: "Wagering the future: Cognitive distortions, impulsivity, delay discounting, and time perspective in adolescent gambling", Journal of Adolescence, 45, pp. 56-66; 2015.
13. Verdura Vizca, Ponce Alfaro G, Rubio Valladolid G. Adicciones sin sustancia: juego patológico, adicción a



- nuevas tecnologías, adicción al sexo. Medicineonline.es; 2011. Disponible en: <https://www.medicineonline.es/es-adicciones-sin-sustancia-juegopatologico-articulo-X0304541211274460>.
14. BOE.es - BOE-A-2020-13495 Real Decreto 958/2020, de 3 de noviembre, de comunicaciones comerciales de las actividades de juego. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2020-13495>.
 15. Chóliz. M. y Marcos M. "Juego y adicciones tecnológicas" Facultad de Psicología Universitat de València; Valencia, 2020. Disponible en: <https://conselljoventut.org/wp-content/uploads/ESTUDIO-CAST-paginas.pdf>.
 16. Cornish DB. Gambling: A review of the literature and its implications for policy and research. London: HMSO London; 1978.
 17. Becona E. Prevalence surveys of problem and pathological gambling in Europe: The cases of Germany, Holland and Spain. Paper presented at the Ninth International Conference on Gambling and Risk Taking Las Vegas, USA.; 1994.
 18. Schwartz D. Roll the Bones: The History of Gambling. Casino Edition 1-592 Books WV, editor. Las Vegas, NV; 2013.
 19. Clare B. The marketing of gambling on the Internet. Internet Research. ; 9(4): p. 281-286.
 20. Griffith MD. The Social Impact of Internet Gambling.; 2002.
 21. Shaffer H. Understanding the means and objects of addiction: Technology, the internet, and gambling. Journal of Gambling Studies; 1996.

Tabla 1.- Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> • Cursar en la actualidad 1º ó 2º de bachillerato en el Instituto Joan Fuster de Sueca (Valencia). • Capacidad lectora y escritora suficiente para aportar información fiable en el formulario de evaluación. • Comprensión del idioma empleado en la encuesta. • Que desee y acepte participar en el estudio. • Disponer de consentimiento informado por parte de madre/padre y/o tutor/a en caso de ser menor de edad. (Ver Anexo 1) 	<ul style="list-style-type: none"> • Estudiar en cursos diferentes a los mencionados anteriormente. • Personas con limitaciones sensorceptivas/cognitivas que no puedan leer ni cumplimentar el cuestionario.

Tabla 2.- ¿Desde dónde apuestas?

	N	%
No hago apuestas	92	85,2%
Desde el móvil	5	4,6%
Desde el ordenador de casa o en casa de algún amigo	1	0,9%
Desde el ordenador y desde el móvil	1	0,9%
Desde GTA	1	0,9%
En salones de juego/desde el ordenador/desde El móvil	1	0,9%
En salones de juego	4	3,7%
Máquinas de juego juegging	1	0,9%
Desde el móvil/algún bar	1	0,9%
En salones de juego y bares	1	0,9%
Total	108	100,0%

Tabla 3.- Monetaria/semanal – Indica cuántas veces has jugado a estos juegos de azar ONLINE en los últimos meses

		No juega nunca		Juega a menos una vez		Total			
		N	%	N	%	N	%		
Monetaria/semanal	no contesta	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	9,894 ^a	,019
	0-10	55	80,9%	13	19,1%	68	100,0%		
	20-30	25	73,5%	9	26,5%	34	100,0%		
	>40	1	20,0%	4	80,0%	5	100,0%		
Total		82	75,9%	26	24,1%	108	100,0%		



Tabla 4.- Indica cuantas veces has jugado estos juegos de azar online en los últimos meses
 - Indican si alguno de estos miembros cercanos juegan a algún juego presencial u online.

		Nadie juega		Alguien en juega		Total			
		N	%	N	%	N	%		
Pregunta1	No juega nunca	46	56,1 %	36	43,9 %	82	100,0 %	6,72	,01
	Juega a menos una vez	7	26,8 %	19	73,1 %	26	100,0 %		
Total		53	49,1 %	55	50,9 %	108	100,0 %		

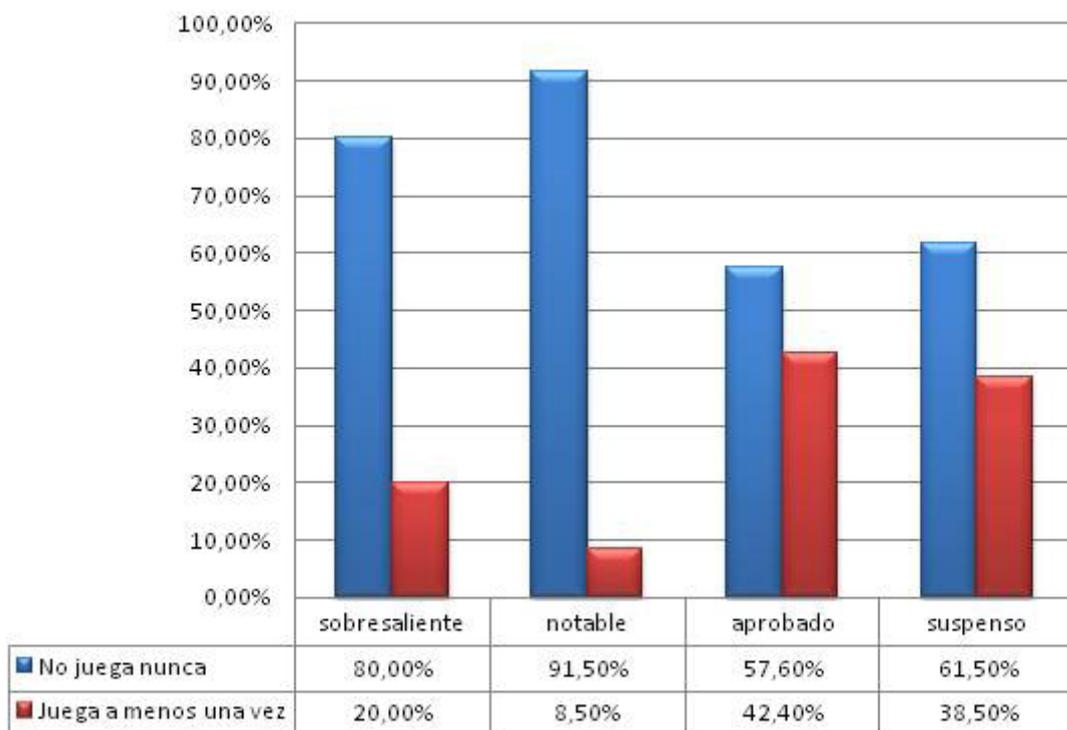


Gráfico 1.- Nota académica – Indica cuántas veces has jugado a estos juegos de azar online en los últimos meses.

¿Saben los y las especialistas en obstetricia y ginecología qué es la Violencia Obstétrica?

Do obstetrics and gynaecology specialists know what Obstetric Violence is?

Autora: Nuria Quijano Loma¹, Antonio López Ollero², Cristina Tena Roig¹, Ana Salas Mora¹, Carolina Sánchez Ruano³,

¹ *Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Doctor Peset (Valencia)*

² *Enfermero Especialista en Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol (Badalona)*

³ *Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. Supervisora del servicio de paritorio en el Hospital Universitario Doctor Peset (Valencia)*

e-mail: cuestionarioconocimientosvo@gmail.com

RESUMEN

Introducción: Violencia Obstétrica (VO) es la violencia ejercida por el personal sanitario sobre los cuerpos de las mujeres y su vida reproductiva, mediante un trato deshumanizado, abuso de medicalización y patologización de procesos fisiológicos. Organismos e instituciones lo han reconocido como un problema de salud pública y una violación de los derechos humanos.

Material y métodos: Estudio descriptivo. Los participantes fueron profesionales especialistas en obstetricia y ginecología que ejercían en hospitales públicos y/o concertados de la Comunidad Valenciana. Se utilizó un cuestionario creado por los/as autores/as en base a la bibliografía consultada. Para el análisis de los datos, se utilizó el paquete estadístico STATA v13.

Resultados: La muestra fue de 268 participantes, la mayoría mujeres (92.4%) y matronas (65.30%). El 81% sí tenía conocimiento sobre VO.

Discusión y conclusión: La realidad asistencial difiere de los estándares que proponen organizaciones mundiales y estatales con respecto a la calidad en la atención. Investigación y formación, son necesarios para atajar esta violencia de género normalizada. En esta lucha, las matronas juegan un importante papel, siendo el eje principal de la atención a las mujeres en todo el mundo.

Palabras clave: Violencia contra la mujer, violencia género, obstetricia, matrona, parto humanizado.

ABSTRACT

Introduction: *Obstetric Violence (OV) is the violence exerted by medical personnel against women's bodies and their reproductive life cycle, in the form of dehumanizing treatment, abusive medicalization and pathologization of physiological processes. Organizations and institutions have recognized it as a public health problem and a violation of human rights.*

Material and methods: *Descriptive study. The participants were professional specialists in obstetrics and gynaecology who practiced in public and/or subsidized hospitals in the Valencian Community. The questionnaire used was created by the authors based on the bibliography consulted. For data analysis, the statistical package STATA v13 was used.*

Results: *The sample consisted of 268 participants, the majority women (92.4%) and midwives (65.30%). 81% did have knowledge about OV.*

Discussion and conclusion: *the healthcare reality differs from the standards proposed by world and state organizations regarding quality of care. Research and training are necessary to finish whit this normalized gender violence. In this fight, midwives play an important role, being the main axis of care for women around the world.*

Keywords: *Violence against women, gender violence, obstetrics, midwife, humanized childbirth.*



INTRODUCCIÓN

La Doctora en antropología Eva Margarita, define la VO como aquella violencia ejercida por parte del personal sanitario sobre los cuerpos de las mujeres, mediante un trato deshumanizado y un abuso de medicalización y patologización de procesos fisiológicos¹.

En 2014 la OMS, condena que mujeres en todo el mundo sufren un trato irrespetuoso, ofensivo o inadecuado en el momento del parto, lo que podría tener consecuencias adversas en la salud de la madre y recién nacido². Además, reconoce la VO como un problema de salud pública y una violación de los derechos humanos de las mujeres^{3,4}.

En 2019, la ONU, publica un informe donde profundiza sobre las causas y consecuencias de la violencia contra las mujeres en los servicios de salud⁴. Este informe incluye testimonios que relatan vivencias personales de violencia en los entornos asistenciales^{4,5}. Queda patente que esta forma de violencia es un fenómeno generalizado y sistemático, arraigado en los sistemas de salud y que afecta a todas las mujeres, independientemente del nivel socioeconómico⁶.

A nivel nacional, en los últimos años se ha ido produciendo un cambio de paradigma en la atención a la mujer. En este sentido, se desarrolla la Estrategia de Atención al Parto Normal en 2008 por parte del Ministerio de Sanidad para reducir las intervenciones innecesarias⁷.

Queda camino por recorrer, prueba de ello es la condena que recibe en febrero de 2020 el Estado español por parte del Tribunal Internacional de Naciones Unidas, en la que se reconoce la patologización y el intervencionismo injustificado como formas de violencia contra la mujer⁶.

En la lucha contra este tipo de violencia, encontramos la dificultad de definir y medir científicamente la VO, como ha reconocido el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)⁴. Apuntan a que la violencia contra las mujeres está tan normalizada que muchas veces no es considerada como violencia, lo que dificulta el estudio de su prevalencia^{2,8}.

Todo lo expuesto anteriormente, hace que nos planteemos como pregunta de investigación, qué conocimientos tienen los/as profesionales sanitarios/as que se dedican a la atención directa de las mujeres, con respecto al concepto de VO.

Estudiar estos conocimientos en relación a las diferentes variables sería el objetivo principal a conseguir. También se estudian otros campos, como la capacidad de identificar situaciones de VO, determinar sentimientos en relación al uso del término VO y al plan de parto, además de conocer su opinión sobre si los protocolos de sus servicios se ajustan a lo marcado por las guías de práctica y las últimas recomendaciones. Finalmente se valora si los profesionales consideran haber sido testigos de situaciones en las que se ejerza violencia contra la mujer y cuales han sido sus sentimientos en estos casos.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal, con una línea temporal prospectiva, llevado a cabo entre septiembre de 2019 y mayo de 2021. Para ello se utilizó una encuesta de elaboración propia (tabla 1), que fue difundida entre los/as profesionales especialistas en ginecología y obstetricia de los hospitales públicos y/o concertados de la Comunidad Valenciana. Previo a la redacción del cuestionario se realiza búsqueda bibliográfica para establecer bases teóricas^{4,9,10,11}. Con toda esta información, mediante técnica de grupo nominal, se configuró la estructura del cuestionario. Posteriormente, se realizó un proyecto piloto para probar la viabilidad y mejoras. Se redactó también hoja de información (HI) y consentimiento informado (CI), garantizándose el anonimato a través de la codificación de encuestas y CI. Tras la aceptación del Comité Ético de Investigación del H. U. Dr. Peset de Valencia, los cuestionarios, junto con HI y CI, fueron enviados a través de correo ordinario y/o valija interna interhospitalaria.

Los criterios de inclusión que se aplicaron en la selección de la muestra fueron ser especialista en obstétrico-ginecológica (matronas/es, ginecólogos/as, residentes), cumplimentar consentimiento informado y cuestionario de forma correcta siguiendo las instrucciones de la hoja de información, así como desarrollar actividad asistencial en los centros participantes en el estudio. Para el estudio de los datos, las variables que se desarrollaron fueron la categoría profesional, el sexo y los años de experiencia profesional. En el análisis estadístico se utilizó el paquete STATA v13. Se realizó un análisis descriptivo e inferencial de las

variables y las diferentes cuestiones del estudio. Se consideró un valor estadísticamente significativo una p valor < 0.05 , con un intervalo de confianza al 95%.

RESULTADOS

La muestra inicial de cuestionarios cumplimentados fue de 277, de los cuales 9 fueron excluidos al no cumplir alguno de los criterios de inclusión. Finalmente, la muestra fue de 268, donde la mayoría fueron mujeres (un 92.4%) y matronas (un 65.30%), seguido de ginecólogos/as (16.04%), y finalmente los residentes de ginecología (10.82%) y de matrona (7.84%). En relación a los años de experiencia, fue mayoritario el colectivo de menos de 5 años (30.22%), seguido del grupo entre 10 y 20 años (26.87%) y finalmente entre 5 y 10 años (22.76%). Los profesionales con más de 20 años representaron el 20.15% de la muestra.

A la pregunta "¿Conoces el término VO?" el 99.63% de la muestra respondió de forma afirmativa. Cuando preguntamos, "¿Consideras que la práctica de VO es una amenaza a los derechos fundamentales de la mujer?", el 94.72% así lo consideró. Analizando los resultados con respecto a la categoría profesional, con una $p= 0.004$, observamos como existe diferencia significativa respecto a la categoría profesional, siendo los residentes de matrona y las matronas los que en su mayoría así lo reflejaron.

Continuamos con la cuestión, "¿Qué sientes cuando se utiliza el término de violencia obstétrica para definir algunas prácticas de la realidad asistencial?". Un 51.52% respondieron que aceptaban dicho término, frente a un 42.80% que lo rechazaron y un 5.68% se mostró indiferente. En este punto, el análisis inferencial nos desveló que existen diferencias significativas, siendo los profesionales con más de 20 años lo que más rechazo refirieron (tabla 2).

En los resultados a la pregunta "Cuando una mujer presenta su plan de parto, ¿Qué sientes?", quedó reflejado que un 90.67% de los participantes refirieron sentimientos de aceptación, siendo el rechazo sentimiento minoritario. Con respecto a la categoría profesional, la mayoría de las matronas refirieron aceptación y solo un 2.86% de rechazo, frente al 6.98% de los ginecólogos/as ($p= 0.001$).

Otra de las cuestiones fue "¿Crees que los protocolos de tu servicio están actualizados según las últimas recomendaciones de atención a la gestación/ parto normal?". El 62.78% consideró que sí estaban actualizados, mientras que un 37.22% refirió que no. Los resultados con respecto a la categoría profesional se reflejan en la gráfica 1.

En la pregunta 10 (tabla 1), se valora a través de una escala tipo Likert, en qué medida los participantes catalogan como VO diferentes ítems. El análisis descriptivo de los resultados obtenidos se desarrolla en la tabla 3.

Los resultados para la pregunta "¿Has estado presente en alguna situación en la que se haya ejercido VO en alguna de sus formas?", mostraron que un 83% así lo consideró. Se encontraron diferencias significativas respecto a los años de experiencia y categoría profesional, siendo matronas de 5 a 10 años de experiencia, el grupo mayoritario que había estado presente en dichas situaciones.

También se recogió cuáles fueron las experiencias que los/as profesionales identificaron como VO. Alguna de las más señaladas fueron "no garantizar la intimidad", "no informar a la mujer y obtener su consentimiento informado" o "realizar maniobra de kristeller". Además de las ya mencionadas, alguno de los participantes reflejó otros ejemplos como "menospreciar el dolor que siente la mujer diciéndole: ¿te has hecho tantos tatuajes y eso no te ha dolido?" "gritar, dar cachetes, menospreciar" y "ocultar información, ignorar sus deseos".

Finalmente, se analizaron sentimientos y emociones que pudieron provocar en los profesionales la vivencia de VO. Además de los resultados descritos en la gráfica 2, se recogieron respuestas como la siguiente: "me sentí cómplice siendo residente, presenciando situaciones de violencia obstétrica y me hizo plantearme si deseaba ser matrona realmente y ser partícipe de ello".

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Se utilizaron las preguntas 4, 5 y 7 del cuestionario (tabla 1), para valorar el conocimiento de los profesionales con respecto a la VO. La media de respuestas afirmativas a estas cuestiones fue de un 81%, por lo que consideramos que una amplia mayoría de los encuestados sí posee conocimientos en relación a este concepto.



Al estudiar si la VO suponía una amenaza a los derechos fundamentales de la mujer, observamos que la mayoría de los encuestados así lo consideraron, coincidiendo con las últimas publicaciones de la OMS en las que advierte que el maltrato, la negligencia o la falta de respeto en el parto, pueden constituirse en una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres².

Con respecto a la pregunta que valora el sentimiento suscitado por el plan de parto, al igual que en el estudio de la Doctora matrona Rosa Llobera Cifre, un bajo porcentaje de matronas expresaron un desacuerdo¹¹. Sin embargo, en el Informe del Observatorio Español de la VO recoge que un 25% de las mujeres que presentaron un plan de parto, refirió haber sido tratada despectivamente por ello, y que además en un 65.8% los planes de parto no fueron respetados¹².

Sobre la actualización de los protocolos, la mayoría opina que en sus servicios están actualizados. Sin embargo, según el Informe sobre la Atención al Parto y al nacimiento en el Sistema Nacional de Salud, sólo un 15.5% de los protocolos hospitalarios incluían todas las recomendaciones de atención al parto normal⁷. En nuestro estudio, las matronas fueron más críticas, mostrando más discrepancia en este sentido en comparación con otras categorías profesionales. La Doctora Eva Margarita García afirma que se practica por rutina un exceso de intervencionismo derivado de protocolos desactualizados, que se relaciona con mayor morbilidad materna¹.

Con respecto a los ítems de la pregunta 10 (tabla 1 y 3):

"Infantilizar a la mujer refiriéndose a ella con diminutivos o sobrenombres". La mayoría estaba de acuerdo en considerarlo VO. A pesar de ello, el informe del observatorio español sobre VO recoge que un 40% de las mujeres opinaron que el lenguaje utilizado no fue profesional ni correcto¹². La Dra. García afirma que el trato paternalista considera a la mujer como persona "vulnerable", justificando así que no tenga capacidad de decisión¹.

"Privar a la mujer de apoyo emocional y/o del acompañamiento por la persona elegida", también fue identificado por la gran mayoría como ejemplo de VO. La Doctora Ibone Olza, afirma que el no estar acompañada por la persona de elección dificulta la fisiología y puede tener reper-

cusiones negativas¹³.

"No facilitación de la elección de diferentes posturas en el proceso de parto (dilatación y expulsivo)". Este ítem no tuvo tanta unanimidad en nuestro estudio. En esta línea, el Informe sobre VO, refleja que un 74.7% de las encuestadas refieren que no se les permitió decidir la postura en el expulsivo¹².

"No garantizar la intimidad durante el proceso de parto", la mayoría lo consideró VO, al igual que "Ofrecimiento de alternativas en relación con el alivio del dolor". Ambos son criterios calificados como necesarios para considerar una instalación como amigable para las mujeres¹⁴.

En el ítem "No informar a la mujer y obtener su consentimiento informado antes de cualquier procedimiento", pese a que la mayoría coincidía en considerar esta situación como un ejemplo de VO, en el Informe del observatorio de VO, un 50.7% de las mujeres refieren no haber sido informadas de lo que se les iba a realizar y a un 84.6% no se les explicó las consecuencias¹². El consentimiento informado debe de atenerse a lo recogido en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica y al derecho de autonomía del paciente en la Ley General de Sanidad⁷.

En el ítem "Llevar a cabo intervenciones que no son necesarias sin respetar la fisiología del parto", la mayoría lo consideró VO. Sin embargo, la amniotomía se realiza en un 46 % y la oxitocina sintética se utiliza en un 53,3 % de partos normales²⁴. En su tesis, la Doctora García afirma que, sin ser conscientes, los profesionales pueden medicalizar y patologizar el proceso por no cuestionar sus propias prácticas¹.

Algunas de las limitaciones más importantes de la investigación surgieron a raíz de la pandemia de la Covid-19. Esta situación dificultó el acceso a la población de estudio, lo que repercutió en la participación. En este sentido, hubo diferencias importantes en cuanto a la participación entre los diferentes hospitales, no llegándose a recoger en algunos de ellos los suficientes cuestionarios como para que el estudio sea representativo. Misma situación nos encontramos en relación a la categoría profesional, obteniéndose finamente una baja participación en alguno de los grupos,

lo que hace que los resultados obtenidos no sean extrapolables al resto de población fuera de nuestra muestra.

Son muchas las sociedades científicas que sostienen que la VO es una amenaza para los derechos de las mujeres. A pesar de ello, existe una visión de negación que queda patente, por ejemplo, en el comunicado publicado en 2018 por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), en el que se definen la VO como un concepto legalmente delictivo, moralmente inadecuado y científicamente inaceptable¹⁵.

A pesar de ello se están produciendo cambios importantes y para ello las matronas juegan un papel vital y necesario, siendo el eje principal de la atención obstétrica en todo el mundo.

BIBLIOGRAFÍA

1. García E, Rodríguez Mir J (dir). La violencia obstétrica como violencia de género. Estudio etnográfico de la violencia asistencial en el embarazo y el parto en España y de la percepción de usuarias y profesionales [tesis doctoral en internet]. [Madrid]: Universidad Autónoma de Madrid; 2018. Disponible en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684184/garcia_garcia_eva_margarita.pdf
2. Organización mundial de la salud (OMS). Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud [internet]. OMS; 2014. Disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/es/
3. Human Rights in Childbirth. Women at the centre of maternity care, everywhere [online]; 2018. Disponible en: <http://humanrightsinchildbirth.org/>.
4. Šimonovi D. Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica [internet]. Naciones Unidas; 2019. Disponible en: https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/a_74_137-es.pdf
5. Organización mundial de la salud (OMS) [internet]; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es>
6. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW). Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer Versión avanzada [internet]. Naciones Unidas; 1981. Disponible en: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cedaw.aspx>
7. Ministerio de sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Informe sobre la Atención al Parto y al nacimiento en el Sistema Nacional de Salud [internet]; 2012. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN_revision8marzo2015.pdf
8. Naciones Unidas. Call for submissions: Mistreatment and violence against women during reproductive health care with a focus on childbirth [online]. Naciones Unidas; 2019. Disponible en: <https://www.ohchr.org/EN/Issues/Women/SRWomen/Pages/Mistreatment.aspx>
9. Organización mundial de la salud (OMS). Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva [online]. OMS; 2019. Disponible en: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/es/>
10. Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal [internet]. Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2010. Disponible en: <http://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/igualdad/guiaPracClinPartoCompleta.pdf>
11. Llobera Cifre R. Humanización de la atención obstétrica: qué opinan las matronas. Matronas Prof [Internet]. 2018;19(1):12-20. Disponible en: https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/04/Original_Humanizacion.pdf
12. Asociación El Parto es Nuestro. Informe del Observatorio español de la violencia obstétrica [Internet]; 2016. Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/OVO/informeovo2016.pdf>
13. Olza I. Parir. 4 edición. Barcelona: Penguin Random House Grupo Editorial, S. A. U.; 2017. 208p.
14. International Federation of Gynecology and Obstetrics, et al. Mother-baby friendly birthing facilities. International Journal of Gynecology and Obstetrics [internet]. 2015;128: 95 - 99. Disponible en: (<https://www.whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2017/11/MBFBF-guidelines.pdf>).
15. Gómez D. Violencia Obstétrica: Un concepto legalmente delictivo, moralmente inadecuado, científicamente inaceptable [internet]. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO); 2018. Disponible en: <https://us18.campaign-archive.com/?e=e52bacb293&u=fbf1db3cf76a76d43c634a0e7&id=5a73a608b8>



TABLAS Y GRÁFICAS

Tabla 1: Preguntas del cuestionario de elaboración propia utilizado como instrumento de investigación en este estudio.

1. Sexo
2. Categoría profesional
3. Años de experiencia profesional en el ámbito de la ginecología y obstetricia
4. ¿Conoces el término “violencia obstétrica”?
5. ¿Consideras que la práctica de violencia obstétrica es una amenaza a los derechos fundamentales de la mujer?
6. ¿Qué sientes cuando se utiliza el término de violencia obstétrica para definir algunas prácticas de la realidad asistencial?
7. ¿Conoces el manifiesto de la ONU de julio de 2019 en el que se denuncia la violencia obstétrica?
8. Cuando una mujer presenta su plan de parto, ¿Qué sientes?
9. ¿Crees que los protocolos de tu servicio están actualizados según las últimas recomendaciones de atención a la gestación/parto normal?
10. Indique la medida en la que considera que las siguientes afirmaciones son ejemplos de violencia obstétrica (escala tipo Likert): totalmente en desacuerdo - en desacuerdo - neutral – de acuerdo – totalmente de acuerdo.
<p>11 ¿Has estado presente en alguna situación en la que se haya ejercido violencia obstétrica en alguna de sus formas?</p> <p>Solo si la respuesta anterior es afirmativa:</p> <p>11.1. Señala si esta situación/es que has vivido se corresponden con los ejemplos de la pregunta 10. Añade otras situaciones si lo consideras.</p> <p>11.2. ¿Cómo te ha afectado personalmente la vivencia de estas situaciones? Se puede marcar más de una opción.</p>

Tabla 2: Resultados según categoría profesional y los años de experiencia a la pregunta número 6: “¿Qué sientes cuando se utiliza el término de violencia obstétrica para definir algunas prácticas de la realidad asistencial?”

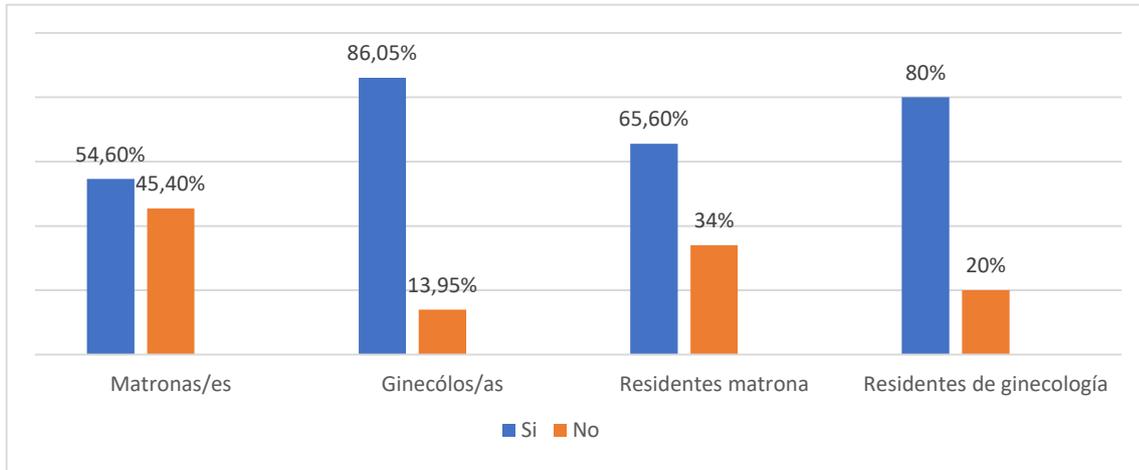
	Años de experiencia				P
	<5 (%)	5-10 (%)	10-20 (%)	>20 (%)	
Aceptación	60.49	63.33	44.44	33.33	0.009
Indiferencia	7.41	3.33	6.94	3.92	
Rechazo	32.10	3.33	48.61	62.75	

Tabla 3: Resultados en porcentaje de las respuestas a cada uno de los ítem de la pregunta número 10 del cuestionario: “indique la medida en la que considera que las siguientes afirmaciones son ejemplos de violencia obstétrica (escala tipo Likert): totalmente en desacuerdo - en desacuerdo - neutral – de acuerdo – totalmente de acuerdo”.

	De acuerdo y Totalmente de acuerdo	Neutral	Desacuerdo y Totalmente en desacuerdo
“No garantizar intimidad”	90 %	2.24 %	7.76 %
“No facilitar la expresión de sentimientos”	83.58 %	4.10 %	12.32 %
“Infantilizar a la mujer”	77.61 %	10.07 %	12.32 %
“Separar a la mujer de su hijo al nacer por rutina”	95.15%	1.87 %	2.98 %
“Privar de apoyo emocional y/o acompañamiento”	94.78 %	2.24 %	2.98 %
“No facilitar la elección de diferentes posturas”	83.58 %	8.58 %	7.84 %
“Comentarios irónicos, descalificadores o en tono de burla”	97.01 %	0.37 %	2.62 %
“No informar a la mujer y obtener y obtener su CI”	88.06 %	7.09 %	7.85 %
“No ofrecer alternativas para el alivio del dolor”	85.82 %	10.07 %	4.11 %
“Llevar a cabo intervenciones que no son necesarias”	90.3 %	5.97 %	3.73 %
“Realizar Kristeller”	77.61 %	11.57 %	10.82 %
“Realizar episiotomía de rutina”	93 %	2.61 %	4.39

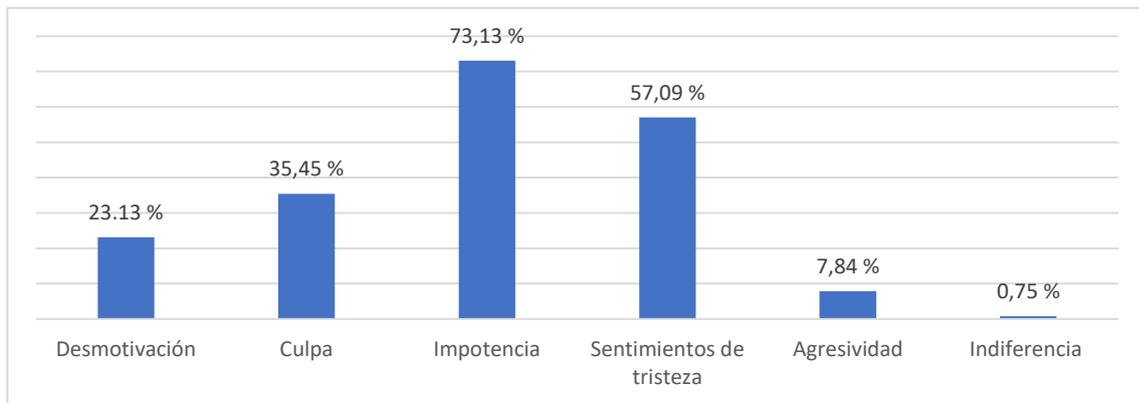


Gráfica 1: Gráfica con los resultados según categoría profesional a la pregunta número 9: *¿Crees que los protocolos de tu servicio están actualizados según las últimas recomendaciones de atención a la gestación/parto normal?*



p= 0.001

Gráfica 2: Gráfica con los resultados expresados en porcentajes sobre los sentimientos y emociones referidos por los participantes del estudio en situaciones vividas de Violencia Obstétrica (pregunta 11.2).



Propuesta de un plan de intervención de mindfulness para trabajadores sanitarios del servicio de urgencias de un hospital durante la pandemia del covid19

Proposal for a mindfulness intervention plan for health workers from the emergency department of a hospital during covid19 pandemic

Autora: Claudia Ana Sánchez Vargas
Enfermería del trabajo en Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia

e-mail: claudia.sanvargas@gmail.com

*¿Qué contribución tiene este trabajo a la Enfermería?
Reducir el nivel de estrés y ansiedad.*

RESUMEN

Antecedentes: Frente a la situación crítica ocasionada por la pandemia de la COVID19, la salud mental de la población general se ve afectada, siendo especialmente comprometida en los profesionales sanitarios. Varios estudios muestran que el impacto en la salud mental de los profesionales sanitarios durante la COVID-19 da lugar a cuatro síntomas clínicos: ansiedad, estrés, depresión e insomnio. Las intervenciones basadas en Mindfulness (IBM) ha demostrado utilidad en una variedad de trastornos mentales y físicos como estrés, depresión, trastornos de ansiedad, entre otros.

Hipótesis: La práctica de Mindfulness reduce los niveles de ansiedad y estrés en el personal sanitario.

Objetivos: Evaluar la eficacia de un programa de entrenamiento en Mindfulness sobre los niveles de estrés y ansiedad en un grupo de trabajadores sanitarios de un servicio de Urgencias de un hospital durante la pandemia de la COVID-19.

Metodología: Se trata de un estudio cuasi-experimental del tipo: "Antes y Después" de las in-

tervenciones de Mindfulness, mediante la evaluación de los niveles de ansiedad y estrés a través de los cuestionarios "Escala de estrés percibido", "Strain" y "BAI-Inventario de Ansiedad de Beck". Posteriormente se analizarán los datos con la prueba de los rasgos con signo de WILCOXON.

Limitaciones: dificultad en la captación de los participantes ya que un porcentaje de los trabajadores del servicio de urgencias del Hospital Dr. Peset son eventuales y durante la pandemia han ido rotando por los diferentes servicios del hospital, por lo que pueden existir pérdidas de participantes cuando cesen en su contrato.

Aplicabilidad y utilidad práctica de los resultados: extrapolación de las intervenciones de Mindfulness a otros servicios y hospitales si se demuestra su utilidad en la reducción de la ansiedad y estrés del personal sanitario del servicio de urgencias del Hospital Universitario Doctor Peset.

Palabras clave: "Mindfulness", "Estrés", "Ansiedad", "Riesgo psicosocial", "Personal sanitario", "Covid19".

ABSTRACT

Background: Because of the critical situation caused by the COVID-19 pandemic, the mental



health of the general population is affected, being especially compromised in healthcare workers. Several studies show that the impact on mental health of healthcare professionals during COVID-19 results in four clinical symptoms: anxiety, stress, depression and insomnia. Mindfulness-based interventions (IBM) and it has proven useful in a variety of mental and physical disorders.

Hypothesis: Mindfulness practice reduces anxiety and stress levels in healthcare workers.

Objectives: To evaluate the effectiveness of a Mindfulness training program on stress and anxiety levels in a group of healthcare workers in a hospital emergency service during the COVID-19 pandemic.

Methodology: This is a quasi-experimental study of the type: "Before and After" of Mindfulness interventions, by evaluating levels of anxiety and stress through the questionnaires "Perceived stress scale", "Strain" and "BAI-Beck Anxiety Inventory". The data will then be analyzed with the WILCOXON signed traits test.

Limitations: Difficulty in recruiting participants of the emergency service workers at the Dr. Paset Hospital because they are temporary workers and during the pandemic they have been rotating through the different services of the hospital.

Practical applicability and usefulness of the results: Extrapolation of Mindfulness interventions to other services and hospitals.

Keywords: "Mindfulness", "Stress", "Anxiety", "Psychosocial risk", "Health personnel", "Covid19".

1- INTRODUCCIÓN

Los coronavirus (CoV) conforman una extensa familia de virus llamada Coronaviridae que pueden causar enfermedades en animales y humanos (Organización Mundial de la Salud [OMS], n.d.). En el caso de los humanos, estos coronavirus pueden provocar desde infecciones respiratorias leves (resfriado común) hasta enfermedades más graves como fue el caso del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-Severe Acute Respiratory Syndrome) en 2003 (OMS, 2003) y del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) en 2012 (de Wit, van Doremalen, Falzarano, & Munster, 2016).

En diciembre de 2019, se empezaron a notificar en la ciudad de Wuhan (China) una serie de

casos por neumonías de origen desconocido que, tras analizar al patógeno causante, pasó a llamarse SARS-CoV-2, dando lugar a la enfermedad por coronavirus 2019 (Covid-19) (Del Rio & Malani, 2020). Debido a su evolución, el 30 de enero de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró a la Covid-19 como pandemia el 11 de marzo de 2020 (Organización Mundial de la Salud, n.d.).

Frente a esta situación crítica, la salud mental de la población general se ve afectada, siendo especialmente comprometida en los profesionales sanitarios. (Bueno Ferrán & Barrientos-Trigo, 2020).

En algunos casos existe un déficit de material de protección, por lo que pueden estar expuestos de forma directa al propio patógeno. También pueden tener miedo de contagiar a sus familiares y amigos, al igual que pueden sufrir aislamiento y discriminación social, así como ver que pacientes a los que prestan asistencia se encuentran solos y que un cierto número de ellos mueren a consecuencia de la Covid-19 (Jesús García-Iglesias et al., 2020).

Por todos estos motivos, los profesionales sanitarios pueden manifestar agotamiento físico y mental, miedo, trastornos emocionales, problemas de sueño y pueden presentar altos niveles de ansiedad, etc. (Jesús García-Iglesias et al., 2020).

Mindfulness se puede entender como un estado, pero también como una tendencia disposicional o rasgo estable. El significado más habitual es el *Mindfulness* como estado que implica la consciencia que emerge al prestar atención de forma deliberada, en el momento presente y sin juicio (Kabat-Zinn, Lipworth, & Burney, 1985).

Las intervenciones basadas en *Mindfulness* (IBM) se fundamentan en antiguas prácticas del budismo, actualizadas y adaptadas al contexto occidental (Martín Asuero, Rodríguez Blanco, Pujol-Ribera, Berenguer, & Moix Queraltó, 2013). Se trata de una técnica de meditación que consiste en observar la realidad en el momento presente y que ha demostrado utilidad en una variedad de trastornos mentales y físicos como estrés, depresión, trastornos de ansiedad, trastornos de conducta alimentaria, dolor, cuadros emocionales vinculados a cáncer, etc. (Vásquez-Dextre, 2016).

Un estudio de la Universidad de Córdoba (Moriana Elvira & Herruzo Cabrera, 2004) esta-

blece que una mayor autoconsciencia y un mayor nivel de autocontrol y autoeficacia, pueden ser factores protectores frente al estrés. En concordancia con este planteamiento, Shapiro et al (Shapiro & Schwartz, 2000) consideran que el desarrollo de la capacidad de atención produce mejoras sobre el funcionamiento del sistema de autorregulación de la conducta encargado de mantener el equilibrio y la adaptación del organismo.

El Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos viene recomendando desde hace varios años el uso de la meditación como tratamiento eficaz y útil en diversos trastornos psicopatológicos y médicos como el estrés, la ansiedad, el insomnio, los dolores de cabeza, los ataques de pánico y el dolor crónico (Cerling & Lee, 1997).

Encontramos, además, diferencias estadísticamente significativas en diversos estudios que tratan sobre programas basados en Mindfulness en personal sanitario. Un ejemplo de ello es el empleo de Mindfulness en el tratamiento de fatiga por compasión (Pintado, 2018), para la disminución de los niveles de estrés y prevención de burnout en profesionales de atención primaria (Aranda Auserón et al., 2018), para la reducción del burnout y de la alteración emocional (Martín Asuero et al., 2013) o de la ansiedad o depresión (León et al., 2013), entre otros. Destaca entre las conclusiones, una mejora en la empatía y en la conciencia plena, fomentando actitudes hacia el autocuidado (Martín Asuero et al., 2013).

En el año 1995 se aprobó la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) que estableció las responsabilidades de las administraciones públicas para asegurar el derecho de las personas trabajadoras a la protección frente a los riesgos laborales, por tanto también psicosociales *"En cumplimiento del deber de protección, el empresario deberá garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores a su servicio en todos los aspectos relacionados con el trabajo."* (Boletín Oficial del Estado, 1995).

A pesar de su relevancia, el ámbito psicosocial continúa siendo en nuestro país uno de los que presenta más escasa actividad preventiva. Y sin embargo supone un aspecto que va en aumento, dados los efectos que tiene sobre la salud una situación psicosocial inadecuada (Comunidad de prácticas *"Mindfulness servicio público saludable,"* 2018)

Con la propuesta de un Plan de Intervención de Mindfulness para trabajadores sanitarios durante la pandemia del COVID-19, se pretende evaluar la eficacia de una técnica de meditación para el desarrollo de la conciencia plena (Mindfulness) sobre los niveles de estrés y ansiedad en un grupo de trabajadores sanitarios del servicio de Urgencias de un hospital.

2. HIPÓTESIS DE TRABAJO Y OBJETIVOS

2.1 Hipótesis de Trabajo

- Mindfulness reduce los niveles de ansiedad y el estrés en el personal sanitario del Hospital Universitario Doctor Peset sometidos directamente a la actuación frente al COVID-19.

2.2 Objetivo General

- Evaluar la eficacia de un programa de entrenamiento en Mindfulness sobre los niveles de estrés y ansiedad de trabajadores sanitarios del servicio de Urgencias del Hospital Universitario Doctor Peset durante el periodo de la pandemia del COVID-19.

2.3 Objetivos Específicos

- Medir los niveles de ansiedad y estrés de los trabajadores antes y después de las sesiones de Mindfulness utilizando para ello los cuestionarios de ansiedad y estrés (escala de estrés percibido, STRAIN y BAI).
- Diseñar un plan de intervención para los trabajadores con sesiones de Mindfulness. Evaluar el impacto del Mindfulness a través del pensamiento de los trabajadores sanitarios.

3. MATERIAL Y MÉTODOS.

3.1 Diseño

Diseño cuasiexperimental del tipo "antes y después" donde se analizará los niveles de ansiedad y estrés del personal sanitario del servicio de Urgencias.

3.2 Población de referencia

Extrapolación a personal sanitario de diferentes servicios que se someten a altas exigencias asistenciales y emocionales debido a la pandemia del COVID-19.

3.3 Población de estudio

Personal sanitario (médicos, enfermeras y



TCAEs) del servicio de Urgencias del hospital Doctor Peset que accedan al programa de manera voluntaria. Este estudio se realizará en un año.

3.4. Criterios de inclusión y de exclusión

- Criterios de inclusión: personal sanitario de Urgencias del Hospital Dr. Peset que haya trabajado durante la pandemia por COVID-19 en el período de Marzo a Mayo de 2020, comprensión del español y acceder a participar mediante firma de consentimiento informado.

- Criterios de exclusión: patologías psiquiátricas, embarazadas, adaptaciones de puesto de trabajo y bajas durante la pandemia.

3.5 Tamaño de la muestra y procedimiento de muestreo

Técnica de muestreo no probalístico de tipo intencional o por juicio. Número máximo de participantes 10 por grupo.

3.6 Variables del estudio

- Variables sociodemográficas:

Edad: laboral. Sexo: ambos. Profesión: sanitarios. Comorbilidades.

- La variable independiente en este estudio son las sesiones de Mindfulness.

- La variable dependiente o resultado en este estudio son los niveles de ansiedad y estrés de los participantes.

3.7 Recogida de datos: cuestionarios

En este estudio cuasiexperimental se van a utilizar tres tipos de cuestionarios para valorar los resultados del Mindfulness:

- Se medirá la variable "Estrés" mediante la "Escala de estrés percibido" y cuestionario "Strain" (Luecken et al., 1997).

- Para la variable "Ansiedad", se utilizará el "BAI-Inventario de Ansiedad de Beck" (Beck & Steer, 1993; Sanz & Navarro, 2003).

4. PLAN DE TRABAJO

4.1 Cronograma

Las 4 primeras sesiones se realizarán en el mes de junio de 2021, semanas 1, 2, 3 y 4; y la última sesión grupal se efectuará en la 3 semana del mes de julio. El seguimiento telefónico se hará en septiembre, diciembre y la última pasado un año del inicio del programa, en junio de 2022.

5. ANÁLISIS DE DATOS

En este momento, en donde el estudio habrá finalizado, se estará en disposición para conocer el número de participantes que han conseguido la disminuir su estrés y ansiedad utilizando el *Mindfulness* y aquellos que no.

El análisis descriptivo Cuestionario BAI-inventario de ansiedad de Beck, escala de estrés percibido y el cuestionario "Strain". Se analizará individualmente cada variable pre-test y post-test. En análisis estadístico inferencial, se realizará la ejecución pre-test y post-test mediante la prueba no paramétrica de Wilcoxon o prueba de los rangos con signo de Wilcoxon (Gamarra Astuhamán, Pujay Cristóbal, & Ventura Junampa, 2018) Como medidas estadísticas de centralización usaremos la media aritmética, mediana y moda.

6. LIMITACIONES Y DIFICULTADES DEL ESTUDIO

- Las limitaciones metodológicas: no se puede asegurar que los cambios aparecidos tras la realización de las sesiones de Mindfulness. Los diseños antes-después con un sólo grupo, permite al investigador manipular la intervención. Tamaño de la muestra: pequeña.

- Posibles limitaciones por parte del investigador: acceso, Efectos longitudinales y Conflicto de intereses entre personal sanitario y la gerencia.

8. DISCUSIÓN

La pandemia del Covid-19 está causando una situación crítica donde la salud mental. De esta manera, esta propuesta acaba siendo un estudio cuasiexperimental, teniendo como aplicabilidad, su extrapolación a diferentes Servicios de Prevención de Riesgos Laborales de los hospitales. En el ambiente sanitario y, concretamente en el momento actual por COVID-19, se hace necesario evaluar la efectividad de las intervenciones de *Mindfulness* para reducir el estrés y ansiedad del personal sanitario a través de técnicas de relajación, por lo que resulta de gran importancia que se lleven a cabo estudios cuasiexperimentales para demostrar la efectividad o no de estas intervenciones y poder tomar la decisión de si llevarlos a cabo en otros servicios y hospitales.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Aranda Auserón, G., Elcuaz Viscarret, M. R., Fuertes Goñi, C., Güeto Rubio, V., Pascual Pascual, P., & Sainz de Murieta

- García de Galdeano, E. (2018). *Evaluation of the effectiveness of a Mindfulness and Self-Compassion program to reduce stress and prevent burnout in Primary Care health professionals*. *Atencion Primaria*, 50(3), 141–150. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.03.009>
2. Batalla, D., Campoverde, K., & Broncado, M. (2020). El impacto en la salud mental de los profesionales sanitarios durante la COVID - 19. *Rev Enferm Salud Ment, (September)*, 17–25. <https://doi.org/10.5538/2385-703X.2020.16.17>
3. Beck, A., & Steer, R. (1993). *Beck Anxiety Inventory*: BAI.
4. Boletín Oficial del Estado. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales. (1995).
5. Boletín Oficial del Estado. (2018). Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Retrieved from <http://www.boe.es>
6. Bueno Ferrán, M., & Barrientos-Trigo, S. (2020). *Caring for the caregiver: The emotional impact of the coronavirus epidemic on nurses and other health professionals*. *Enfermería Clínica*. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.006>
7. Cerling, P., & Lee, K. (1997). *Treat the body, health the mind*. *Health*, 1, 72–78.
8. Comunidad de prácticas "Mindfulness servicio público saludable." (2018). Guía para la implantación de la práctica de Mindfulness en centros de la Junta de Andalucía. 1–45.
9. De Wit, E., van Doremalen, N., Falzarano, D., & Munster, V. J. (2016). SARS and MERS: recent insights into emerging coronaviruses. *Nature Reviews Microbiology*, 14(8), 523–534. <https://doi.org/10.1038/nrmicro.2016.81>
10. Del Rio, C., & Malani, P. N. (2020). 2019 Novel Coronavirus - Important Information for Clinicians. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 323(11), 1039–1040. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.1490>
11. Gamarra Astuhamán, G., Pujay Cristóbal, O. E., & Ventura Junampa, M. (2018). Vista de Aplicación de las pruebas estadísticas de Wilcoxon y Mann-Whitney con SPSS. *CTSCAFE*, 11(4), 10–24. Recuperado de <http://ctscafe.pe/index.php/ctscafe/article/view/51/60>
12. Jesús García-Iglesias, J., Gómez-Salgado, J., Martín-Pereira, J., Fagundo-Rivera, J., Ayuso-Murillo, D., Ramón Martínez-Riera, J., sugerida, C. (2020). Impacto Del Sars-Cov-2 (Covid-19) En La Salud Mental De Los Profesionales Sanitarios: Una Revisión Sistemática Revisión Sistemática. In *Rev Esp Salud Pública* (Vol. 94). Recuperado de www.msccbs.es/resp
13. Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., & Burney, R. (1985). *The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain*. *Journal of Behavioral Medicine*, 8(2), 163–190. <https://doi.org/10.1007/BF00845519>
14. León, C., Mirapeix, R., Blasco, T., Jovell, E., Arcusa, À., Martín, A., & Seguí, M. À. (2013). *Mindfulness para la reducción del malestar emocional en pacientes oncológicos*. Estudio comparativo con una intervención psicoeducativa estándar. *Psicooncología*, 10(2–3), 263–274. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2013.v10.n2-3.43448
15. Luecken, L. J., Suarez, E. C., Kuhn, C. M., Barefoot, J. C., Blumenthal, J. A., Siegler, I. C., & Williams, R. B. (1997). *Stress in employed women: Impact of marital status and children at home on neurohormone output and home strain*. *Psychosomatic Medicine*, 59(4), 352–361. <https://doi.org/10.1097/00006842-199707000-00003>
16. Martín Asuero, A., Rodríguez Blanco, T., Pujol-Ribera, E., Berenguera, A., & Moix Queralto, J. (2013). Evaluación de la efectividad de un programa de *mindfulness* en profesionales de atención primaria. *Gaceta Sanitaria*, 27(6), 521–528. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.04.007>
17. Moriana Elvira, J. A., & Herruzo Cabrera, J. (2004). Estrés y burnout en profesores. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(3), 597–621.
18. Nugroho, M. B. (2013). Principios éticos y directrices para la protección de sujetos humanos de investigación. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
19. OMS. (2003). *Shaping the Future*. Recuperado de https://www.who.int/whr/2003/en/whr03_en.pdf?ua=1
20. Organización Mundial de la Salud. (n.d.). Declaración sobre la segunda reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (2005) acerca del brote del nuevo coronavirus (2019-nCoV). Recuperado de [https://www.who.int/es/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/es/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))
21. Organización Mundial de la Salud [OMS]. (n.d.). Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19). Recuperado de <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>
22. Pintado, S. (2018, August 1). *Programs based on mindfulness for the treatment of compassion fatigue in health professionals: A review*. *Terapia Psicológica*, Vol. 36, pp. 71–80. Sociedad Chilena de Psicología Clínica. <https://doi.org/10.4067/S0718-480820180002000071>
23. Remor, E. (2006). *Psychometric properties of the Spanish version of the Perceived Stress Scale (PSS)*. *The Spanish Journal of Psychology*, 9(1), 86–93.
24. Remor, E., & Carrobes, J. (2001). Versión Española de la escala de estrés percibido (PSS-14): Estudio psicométrico en una muestra VIH+. *Ansiedad y Estrés*, 7(2–3), 195–201.
25. Sanz, J. (2014). utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). 25(1), 39–48. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v25n1/original4.pdf>
26. Sanz, J., & Navarro, M. E. (2003). Propiedades psicométricas de una versión española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en estudiantes universitarios. *Ansiedad Estrés*, (January 2003), 59–84.
27. Shapiro, S. L., & Schwartz, G. E. (2000). *The Role of Intention in Self-Regulation*. In *Handbook of Self-Regulation* (pp. 253–273). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/b978-012109890-2/50037-8>
28. Vázquez-Dextre, E. R. (2016). Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79(1), 42. <https://doi.org/10.20453/rnp.v79il.276>



Calidad de vida de los cuidadores informales a través del cuestionario ICUB97 desde el ámbito de Atención Primaria

Quality of life of informal caregivers through the ICUB97 questionnaire from the Primary Care setting

Autores: Francisco Gabriel Jiménez Vargas¹, Sandra Herrero Díaz², María Inés Ramis Murillo³,

¹ Centro de Salud La Florida. Departamento de Salud de Alicante.

² Centro de Salud San Vicente del Raspeig I. Departamento de Salud de Alicante.

³ Centro de Salud La Cala- Benidorm. Departamento de Salud Marina Baixa.

e-mail: franciscojimenezvargas@gmail.com

¿Qué contribución tiene este trabajo a la Enfermería?

Este estudio aportará información relevante sobre la calidad de vida de los cuidadores informales de los Departamentos de salud que participan en él. Los resultados darán a conocer de qué manera influye el cuidado de personas dependientes en la calidad de vida de los cuidadores y sentar las bases para futuros estudios de investigación. Además, pueden abrir nuevos caminos para la mejora y el desarrollo de intervenciones y actividades comunitarias desde la Atención Primaria tales como talleres o grupos de cuidadores informales

RESUMEN

La figura del cuidador informal está cada vez más presente debido al incremento de enfermedades crónicas y discapacidades, así como al envejecimiento de la población. Son ellos los que asumen la mayor parte de los cuidados que son llevados a cabo en el domicilio.

Ante esta situación, la calidad de vida del cuidador informal se verá afectada debido a los cuidados que prestan, desencadenando múltiples afecciones en la esfera social, física y psicológica. Así como una mala percepción de la propia salud, sufrimiento emocional, trastornos del sueño, etc.

El centro de salud es el punto de entrada al sistema sanitario, es accesible y de referencia para estos cuidadores y la Atención Primaria es el lugar idóneo para desarrollar herramientas y actuaciones multidisciplinares encaminadas a apoyar a los cuidadores y familias tanto de manera preventiva como de soporte.

El objetivo de este estudio es conocer la calidad de vida de los cuidadores informales, a través del cuestionario ICUB97, de los 3 cupos de los centros de salud La Florida, La Cala- Benidorm y San Vicente del Raspeig I, ubicados en los Departamentos de Salud de Alicante y Marina Baixa, para así desarrollar actividades adecuadas a las necesidades de nuestra población.

Palabras clave: cuidador informal, calidad de vida, ICUB-97

ABSTRACT

The role of the informal caregiver has a growing presence due to increasing chronic diseases and disabilities as well as the aging of the population. They are the ones who take most of the cares that are carried out at home.

Faced with this situation, the quality of life of the informal caregiver will be affected because of the care they provide, triggering multiple conditions in the social, physical and psychological area. Just

as a poor perception of one's own health, emotional suffering, sleep disorders, etc.

The health center is the entry point to the health system, it is accessible and a benchmark for these caregivers and Primary Care is the main place to develop tools and multidisciplinary actions aimed at supporting caregivers and families in preventive and supportive manners.

The purpose of this study is to know the quality of informal caregivers' life, through the ICUB97 questionnaire, of the 3 quotas of patients assigned from La Florida, La Cala- Benidorm and San Vicente del Raspeig I health centers, located in the Health Departments of Alicante and Marina Baixa in order to develop activities appropriate to the requirements of our population.

Keywords: *caregivers, quality of life, ICUB-97.*

1- INTRODUCCIÓN

El cuidado ha existido siempre; el ser humano como todos los seres vivos tiene la necesidad de ser cuidado dado que cuidar es un acto que permite que la vida prosiga.¹ Desde la antigüedad, la principal figura proveedora de los cuidados ha sido la mujer^{2,3}.

La familia es la mayor prestadora de cuidados en nuestro medio, considerada como un sistema y unidad cuya socialización e interacción mutua afecta a cada uno de sus miembros y donde uno de ellos asume el rol de cuidador o cuidadora principal en caso de discapacidad o limitación.^{4,5}

En los últimos años el modelo familiar tradicional ha evolucionado y se han producido cambios en su composición así como la aparición de nuevos roles, la organización laboral y social, entre otros.^{6,7} Estas transformaciones influyen en la transición demográfica, provocan un declive en la fertilidad, un claro envejecimiento de la ciudadanía y una mayor probabilidad de población en situación de discapacidad y /o dependencia.^{4,6,7}

El término cuidado informal o no profesional se emplea para definir la ayuda que presta la red socio-familiar de la persona cuidada, normalmente se realiza de forma voluntaria por motivos de afinidad, sin remuneración y está regulado por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.^{8,9}

El cuidador informal es cada vez más notable debido al crecimiento constante de enfermeda-

des crónicas y discapacidades. Estos cuidadores comparten un perfil bien definido según un estudio del IMSERSO realizado en 2005; pertenecen al género femenino fundamentalmente (84%), comparten algún lazo familiar con la persona cuidada (hijas 50% o esposas 12%), edad en torno a los 53 años, bajo nivel educativo, normalmente casadas, sin otra ocupación remunerada, comparten domicilio con la persona cuidada, cuentan con otras cargas familiares y no reciben ayuda de otras personas.¹⁰ Sin embargo, otros estudios muestran un perfil de cuidador algo distinto en países como Estados Unidos e Inglaterra; mayormente, las mujeres cuidadoras están casadas, trabajan también fuera del hogar y tienen estudios superiores.¹¹

Estos cuidadores asumen la mayor parte de los cuidados, entorno al 80-88% y el lugar habitual suele ser el domicilio.⁸

El consejo de Europa, define en 1998 la dependencia como «el estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal».¹²

En la IV Asamblea Mundial de la Salud de Ginebra en el año 2001 la OMS establece la denominada Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF).^{14,15}

Virginia Henderson define la dependencia como "El estado que surge cuando una persona necesita de otra para que le ayude, le enseñe o le supla para cubrir las necesidades básicas debido a una falta de Fuerza, Conocimientos o Voluntad". El papel de la enfermera es cubrir esas necesidades de cuidado, puede ser llevado a cabo también por familiares o cuidadores.¹⁶

Dorotea Orem añade que la edad, el desarrollo y el estado de salud afectan a la capacidad de la persona para realizar las actividades de autocuidado. Además, define déficit de autocuidado al desequilibrio en la relación entre la demanda de autocuidado y el autocuidado, en esta situación de dependencia la persona puede requerir una relación de ayuda procedente de muchas fuentes, incluyendo las intervenciones de familiares, amigos y profesionales de enfermería.



Emplea la palabra “agente de autocuidado” para referirse al proveedor de cuidados o cuidador.¹⁷

Marco Legal

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia recoge la normativa sobre la valoración de la dependencia y gestión de los recursos disponibles para ello. En ella se recogen las definiciones de:¹⁸

- Dependencia: Estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.

- Cuidados no profesionales: La atención prestada a personas en situación de dependencia en su domicilio, por personas de la familia o de su entorno, no vinculadas a un servicio de atención profesionalizada.¹⁸

Otro término ligado al cuidador es el de calidad de vida (CV) definida por la OMS como “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes. Es un concepto amplio influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, así como su relación con el entorno.”¹¹

La calidad de vida varía en función de múltiples determinantes; nivel económico, empleo, salud física y mental, educación, vivienda, medio ambiente, políticas públicas, recursos naturales, relaciones sociales,... Cada persona concibe su calidad de vida de forma subjetiva y en condiciones idénticas, cada uno experimentará un grado de satisfacción diferente.¹⁹

En 2014 se realizó un estudio para analizar la calidad de vida de cuidadores informales y formales residentes en Castilla y León. Participaron 203 cuidadores no profesionales los cuales experimentaron mayores niveles de sobrecarga y una peor salud física y psicológica en comparación

con el cuidador formal. De los participantes, 95 describieron su salud percibida como ninguna o poca, señalaron una mayor sintomatología somática y elevados niveles de ansiedad e insomnio. La satisfacción con la vida en general obtuvo una mala puntuación.²⁰

En 2016 se publicó una revisión sistemática sobre la calidad de vida de cuidadores no profesionales en la cual describen los siguientes síntomas físicos: variaciones de peso, palpitaciones, temblor de manos, dolores musculoesqueléticos, cefalea y elevada presión arterial. También relatan alteraciones psicológicas: trastornos del sueño, sufrimiento emocional, estrés, repercusiones sociales, disminución del ocio y dificultades para conciliar el cuidado con el trabajo.²¹

Sin embargo, la práctica nos demuestra que el cuidar tiene repercusiones positivas como es la creación de un vínculo afectivo o el refuerzo de la relación con su familiar. Surgen sentimientos de utilidad, solidaridad, afecto y compromiso, sin olvidar el agradecimiento que perciben los cuidadores.¹¹

Las principales necesidades y reclamos de los cuidadores informales son la necesidad de aprendizaje, descanso y sueño, apoyo económico, comunicación/ relación, apoyo emocional y ocio.^{22,23}

La Guía de atención a las personas cuidadoras familiares de la Generalitat Valenciana (GVA) identifica dos tipos de sobrecarga en el cuidador informal:

- Sobrecarga objetiva: interrupción o perturbación que se produce en la vida cotidiana de la persona cuidadora causada por el cuidado a largo plazo.

- Sobrecarga subjetiva: actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar. Depende de la percepción que la persona cuidadora tiene de su situación en cada momento.²⁴

Los efectos de la sobrecarga son el agotamiento físico, alteraciones psíquicas, aparición de sentimientos negativos y la disminución del rol social, laboral y recreativo. Y entre los factores de riesgo destacan la larga duración de la enfermedad, presencia de trastornos conductuales del paciente, mayor grado de parentesco con la persona cuidada, ausencia de red familiar o social, carencia de reciprocidad afectiva o ausencia de mecanismos de afrontamiento del cuidador.²⁵

Es tal la importancia del cuidador informal que la NANDA incluye en su nomenclatura diagnósticos para señalar la sobrecarga o el riesgo de padecerla.

- 00061 Cansancio del rol de cuidador
- 00062 Riesgo de cansancio del rol de cuidador¹¹

En ocasiones, la persona que cuida se encuentra ante una situación compleja que puede acabar siendo el origen de una ansiedad interna debido a la idea de creer no estar actuando de la forma más acorde.²⁶

El actual sistema sanitario y en concreto la Atención Primaria, tiene como meta cubrir las necesidades y demandas de su población. Entre ellas, encontramos las referidas al cuidado de larga duración destinadas al ámbito del hogar y la familia.^{26,27}

El fin último, será fomentar la participación y el empoderamiento de estos cuidadores y en este punto cobra especial importancia la Educación para la Salud y los talleres dirigidos a cuidadores informales.^{26,28}

El contenido de dichos talleres consta de actividades educativas e intervenciones llevadas a cabo en una localización física cercana y accesible a la población que se quiere captar y en un horario flexible adaptado a los cuidadores.^{28,29}

El objetivo es lograr una calidad de vida óptima tanto para la persona cuidada como el cuidador, siendo necesario que estos últimos sean formados para cuidar, de modo que su salud no se deteriore en ninguno de sus aspectos.²⁹

Para promover esta calidad de vida en los cuidadores y ante el aumento de los requerimientos de cuidado y las dificultades que ello conlleva, es imprescindible sentar las bases y conocer cómo influye el cuidar en esta población.^{27, 29}

Encontramos muchos estudios acerca de la figura del cuidador informal pero pocos relacionados con la calidad de vida, por ello consideramos importante la elaboración de este proyecto.

Disponemos de distintos instrumentos de medida de la calidad de vida, los más empleados en la práctica clínica los adjuntamos en este documento.¹¹ (Ver anexo 1)

Para este proyecto seleccionamos como instrumento de medida de la calidad de vida del cuidador informal el cuestionario ICUB97. En 1997 la

Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona validó el cuestionario ICUB97 (Infermeria Comunitària Universitat de Barcelona) para evaluar el tipo de cuidados que llevan a cabo los cuidadores informales a sus familiares dependientes en el domicilio e identificar cómo estos cuidados repercuten en su salud y calidad de vida.¹¹

El cuestionario consta de un anexo de datos sociodemográficos sobre el cuidador y la persona cuidada, que pueden ser contestados por ella misma o por el cuidador, y dos cuestionarios dirigidos al cuidador donde debe señalar tantos ítems como identifique con su situación.⁹

El primer cuestionario valora los cuidados que presta el cuidador a la persona dependiente y consta de 48 ítems. La puntuación total es la suma de todos los ítems y cuanto mayor sea ésta, más intensidad de cuidados encontramos.^{9,11} El segundo cuestionario está formado por 42 ítems referentes a las repercusiones que ocasiona el cuidar en el cuidador informal. A mayor puntuación, mayor riesgo de sobrecarga.^{9,11}

La selección de este cuestionario está motivada por su elaboración desde una perspectiva enfermera ante la necesidad de valorar la carga de trabajo y el riesgo de claudicación del cuidador informal, nuestro nexo con el paciente. Y de esta forma, conocer aquellas necesidades en las que debemos intervenir.¹¹ (Anexo 2)

2. OBJETIVOS

Objetivo principal:

- Conocer la calidad de vida de los cuidadores informales a través del cuestionario ICUB97 de los 3 cupos correspondientes a los autores del proyecto de los centros de salud La Florida, La Cala- Benidorm y San Vicente del Raspeig I, ubicados en los Departamentos de Salud de Alicante y Marina Baixa.

Objetivos específicos:

- Determinar las principales características sociodemográficas de los cuidadores informales.
- Identificar los cuidados que otorgan los cuidadores informales así como las repercusiones y necesidades que éstos manifiestan tener derivados de prestar estos cuidados.
- Identificar aquellas variables relacionadas con las características del receptor de cuidados, el cuidador y de los cuidados específicos llevados



a cabo que se asocian a las repercusiones en la calidad de vida del cuidador.

3. MATERIAL Y MÉTODOS 3.1. POBLACIÓN A ESTUDIO

La población a estudio estará formada por todos aquellos cuidadores informales, hombres y mujeres, de pacientes pertenecientes a los tres cupos de los autores del proyecto que corresponden a los Centros de Salud de La Florida y San Vicente del Raspeig I ubicados en el Departamento de Salud de Alicante y al Centro de Salud de La Cala- Benidorm del Departamento de Salud Marina Baixa, todos ubicados en la provincia de Alicante.

La captación de los sujetos se llevará a cabo a través de la búsqueda del diagnóstico "Cansancio del rol del cuidador" y/o "Riesgo de cansancio del rol del cuidador" en la herramienta ALUMBRA de la Agencia Valenciana de Salud.

3.2. DISEÑO

Estudio observacional descriptivo transversal.

3.3. MUESTREO

Muestreo no aleatorio de conveniencia

3.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión:

- Ser cuidador informal de personas receptoras de cuidados pertenecientes a los cupos seleccionados en los Centros de Salud de la Florida, San Vicente del Raspeig I y La Cala-Benidorm.

- Ser localizado con el programa ALUMBRA a través del diagnóstico "Cansancio del rol del cuidador" y/o "Riesgo de cansancio del rol del cuidador".

Criterios de exclusión:

- No haber firmado el consentimiento informado.
- No rellenar correctamente el cuestionario ICUB-97.
- No estar presente en la cita concertada para explicar y entregar el cuestionario ICUB-97.

3.5. TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para calcular el tamaño de la muestra decidimos hacer una simulación del método de recogida de datos utilizando la herramienta ALUMBRA perteneciente a la GVA y seleccionando los diag-

nósticos NANDA (00061) Cansancio del rol de cuidador y/o (00062) Riesgo de cansancio del rol de cuidador, obtuvimos entre los tres centros de salud un total de 108 cuidadores informales.

La muestra constará de 108 cuidadores informales.

3.6. VARIABLES

- Centro de Atención Primaria: se preguntará a qué centro de salud pertenece cada persona cuidada mediante pregunta cerrada con múltiples opciones de respuesta que serán: La Florida, San Vicente I o La Cala- Benidorm.

- Edad: pregunta abierta y se medirá en años.

- Sexo: pregunta cerrada con 2 opciones de respuesta: hombre o mujer.

- Estado civil: pregunta cerrada con tres opciones de respuesta que serán: soltero/a, casado/a o viudo/a.

- Nacionalidad: pregunta abierta.

- Localización domicilio: pregunta cerrada con opción dicotómica de respuesta que será: núcleo urbano o rural.

- Nivel económico: pregunta cerrada con 3 opciones de respuesta: <10.000 euros/ anuales, 10.000- 15.000 euros/ anuales, >15.000 euros/anuales.

- Parentesco con la persona cuidada: pregunta cerrada con múltiples opciones de respuesta: esposa/compañera, marido/compañero, hijo/a, nuera/yerno, padre/madre, hermana/o, otro pariente, vecino/a, amigo/a

- Nivel de estudios: pregunta cerrada con múltiples opciones de respuesta: no sabe leer/ escribir, primarios incompletos, primarios, medios incompletos, medios, superiores.

- Empleo fuera del hogar: pregunta cerrada con opción de respuesta dicotómica: si/no.

- Convive con la persona cuidada: pregunta cerrada con opción dicotómica de respuesta si/no.

- Experiencia en cuidar a otra persona: pregunta abierta y se medirá en meses.

- Ayuda de otra persona: pregunta cerrada con dos opciones de respuesta: si o no. En caso afirmativo, se preguntará quién presta esa ayuda mediante pregunta cerrada con múltiples opciones de respuesta: familiar conviviente/ no conviviente, vecino, amigo, voluntario, profesional socio-sanitario público, ayuda remunerada,

centro de día. También se preguntará por el tiempo, medido en horas, que recibe esa ayuda con pregunta cerrada.

– Nivel de dependencia: se medirá a través del Índice de Barthel que valora las actividades básicas de la vida diaria a través de 10 ítems. El resultado del índice determinará el nivel de dependencias del paciente siendo los rangos establecidos; <20 puntos: dependencia total, 20-35: dependencia grave, 40-55: dependencia moderada, >=60: dependencia leve y 100: independiente.

– Taller de cuidadores: se medirá la asistencia a dicho taller en los centros de Atención Primaria. Pregunta cerrada con respuesta dicotómica: si o no.

– Tiempo de ocio: pregunta abierta que se medirá en horas a la semana que dedica el cuidador al ocio.

– Estado de salud: pregunta cerrada al cuidador sobre cómo definiría su estado de salud con múltiples opciones de respuesta que serían: muy bueno, bueno, regular, malo o muy malo.

– Tipo de cuidados que presta el cuidador: se analizará a través de las respuestas de los cuida-

dores al rellenar el Cuestionario ICUB97 en función de los ítems que identifiquen con su situación.

– Repercusiones en la salud del cuidador: se analizará la repercusión que tiene los cuidados que brindan los cuidadores a otros en su propia salud. Se hará a través de las respuestas de los cuidadores al rellenar el Cuestionario ICUB97 en función de los ítems que identifiquen con su situación.

– Tipo de relación: entre la persona cuidada y el cuidador con pregunta cerrada con múltiples opciones de respuesta: agradables, difíciles o indiferentes.

3.7. RECOGIDA DE DATOS

La recogida de datos referentes a la persona cuidada y el cuidador se extraerá de las historias clínicas y serán completados a través de la entrevista que se realizará en los centros de salud o el domicilio donde se encuentre la persona cuidada y se contará con la participación del personal de enfermería de dichos centros. El cuestionario podrá ser cumplimentado por la propia persona cuidada o por el cuidador, en el caso de que aquel no pudiera contestar.

3.8. CRONOGRAMA

MESES	8	9	10	11	12	1	2	3	4
ACTIVIDADES									
Elección tema, tipo estudio y objetivos									
Búsqueda bibliográfica									
Introducción/justificación del proyecto									
Desarrollo metodológico del proyecto									
Aspectos éticos, consentimiento informado, hoja informativa y anexos									
Implicaciones para la práctica									
Entrega del proyecto									



3.9. ANÁLISIS DE DATOS

El análisis se llevará a cabo mediante el programa estadístico SPSS y Excel.

Se realizará un análisis descriptivo empleando medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas, la media y la desviación estándar. En el caso de no seguir una distribución normal, mediana y rango intercuartílico; y medidas de proporción para las variables cualitativas.

Se realizará un análisis bivalente utilizando las pruebas estadísticas apropiadas a la naturaleza de las variables. Para la asociación entre variables cualitativas, se empleará la comparación de proporciones (Chi-cuadrado). Para estudiar la relación entre las variables cuantitativas y cualitativas se utilizará en análisis de la varianza (ANOVA), o la t de Student, según proceda. Utilizando la regresión lineal simple para analizar la relación existente entre las variables que tengan significación estadística. El nivel de significación estadística se establecerá para aquellos valores de $p < 0,05$.

4. ASPECTOS ÉTICOS

El Proyecto se remitirá al Comité de Ética para su valoración. El conjunto de la investigación cumplirá las salvaguardas éticas de la Declaración de Helsinki y la legislación española sobre la investigación clínica en humanos. Todos los datos recogidos para este estudio serán tratados con las medidas de seguridad establecidas en cumplimiento de la Ley Orgánica 03/2018 de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales. Del mismo modo, todas las personas encuestadas fueron informadas sobre los objetivos del proyecto. Se adjunta el Modelo de Consentimiento Informado (Anexo 3) y Hoja de Información (Anexo 4) que será entregada y debidamente explicada a todo participante antes de iniciar el estudio.

5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

El estudio puede estar limitado por el tamaño de la muestra, ya que se seleccionan grupos de pacientes pertenecientes a tres cupos médico - enfermero situados en diferentes áreas y zonas básicas de salud, pero en la misma provincia de Alicante. Por ello, los resultados obtenidos pueden ser generalizados a pesar de que la muestra pertenezca a un territorio reducido.

La identificación/captación de los sujetos (cuidadores) es llevada a cabo mediante la herramienta ALUMBRA de la Agencia Valenciana de Salud, esta puede estar limitada debido a la no asignación de los diagnósticos seleccionados a los cuidadores, el fallecimiento de la persona cuidada y/o el no cierre y consiguiente alta de dichos diagnósticos en la historia clínica de los cuidadores.

Otra barrera será el acceso a estos cuidadores ya que aceptan de forma voluntaria su participación o no en el estudio.

Por último, cabe destacar la posibilidad de que los individuos estudiados modifiquen su conducta al sentirse observados, lo que se denomina sesgo de atención o efecto Hawthorne.

6. APORTACIONES DEL ESTUDIO

Este estudio aportará información relevante sobre la calidad de vida de los cuidadores informales de los Departamentos de salud que participan en él. Los resultados darán a conocer de qué manera influye el cuidado de personas dependientes en la calidad de vida de los cuidadores y sentar las bases para futuros estudios de investigación. Además, pueden abrir nuevos caminos para la mejora y el desarrollo de intervenciones y actividades comunitarias desde la Atención Primaria tales como talleres o grupos de cuidadores informales.

7. FINANCIACIÓN Y RECURSOS

Para la financiación del proyecto, no será necesario solicitar ayudas I+D+I a las entidades correspondientes, dado que el coste del estudio se limitará al valor económico de los recursos materiales.

Recursos materiales:

- Folios DINA4
- Material de escritura (bolígrafos azules)
- Impresora con tinta disponible.
- Ordenador con conexión a Internet.
- Software SPSS y paquete de Office (Excel y Word).
- Acceso al programa Alumbra y Abucasis.

Recursos humanos:

- Investigadoras principales.
- Enfermeras del centro de salud que quieran participar en la recolección de datos.
- Participantes del estudio.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Vaquiro Rodríguez, S; Stieповich Bertonі, J. Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. *Ciencia y Enfermería XVI* [Internet]. 2010; 16(2).
2. Vasques Mnive, M; Gonzalez Noguera, T. Evolución del cuidado desde una práctica ancestral, hasta ser la esencia del profesional de enfermería. *Duazary*. [Internet]. 2006; 1: 76-80.
3. Balaguer Madrid, G. Evolución de la enfermería y aparición de nuevos roles: rol de la enfermera de cuidados paliativos. *Universitat Internacional de Catalunya*. [Trabajo fin de grado]. 2014.
4. Arriola Arrizabalaga, M, Beloki Marañón, U. La persona mayor dependiente y su familia: nuevas formas de relación. *Acciones e investigaciones sociales*. [Internet]. 2011; 0(1 Ext): 256.
5. Cid Rodríguez, MC, Montes de Oca Ramos, R, Hernandez Díaz, O. La familia en el cuidado de la salud. *Rev. Med. Electrón*. [Internet]. 2014; 36(4): 462-472.
6. Gallardo Fernández, M. Evolución de los cuidados de larga duración y el impacto sobre cuidadores informales. *Universidad de La Rioja*. [Internet]. 2016.
7. Gomez Soto, M. Cuidar al cuidador informal. *Universidad de Cantabria*. [Trabajo fin de grado]. 2015.
8. Pinzón Rocha, María L., Aponte Garzón, Luz H., Galvis López, Clara R. Perfil de los cuidadores informales de personas con enfermedades crónicas y calidad de vida. *Villavicencio, Meta, 2011. Orinoquia* [Internet]. 2012; 16 (2): 107-117.
9. Núñez AC, Hernández MMA. Calidad de vida de los cuidadores informales del Centro de Atención Primaria Barrio de la Salud, Tenerife. [Trabajo fin de grado] 2020 :50
10. Carreño Moreno SP, Chaparro Díaz L. Reconstruyendo el significado de calidad de vida de los cuidadores en el cuidado: una metasíntesis. *Av enferm*. [Internet] 2015;33(1):55-66.
11. Úbeda I. Calidad de vida de los cuidadores familiares: evaluación mediante un cuestionario. *Barcelona*, [Tesis doctoral] 2009: 293.
12. González-Rodríguez Rubén. Discapacidad vs Dependencia: terminología diferencial y procedimiento para su reconocimiento. *Index Enferm* [Internet]. 2017 Sep [citado 2020 Oct 25]; 26(3): 170-174. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000200011&lng=es.
13. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Madrid: IMSERSO, 1980
14. Fernández-López Juan Antonio, Fernández-Fidalgo María, Geoffrey Reed, Stucki Gerold, Cieza Alarcos. Funcionamiento y discapacidad: la clasificación internacional del funcionamiento (CIF). *Rev. Esp. Salud Publica* [Internet]. 2009 Dic [citado 2020 Oct 25]; 83(6): 775-783. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000600002&lng=es.
15. Libro Blanco de atención a las personas en situación de dependencia. 1.a ed. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. [Internet]. 2005 Dic [citado 2020 Oct 30]; Disponible en: <https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/libroblanco.pdf>
16. Raile Alligood, M; Marriner-Tomey, A. Modelos y teorías en enfermería. 7a edición. Madrid: Elsevier Science, 2011.
17. Dr.C. Ydalsys Naranjo Hernández, Dr.C. José Alejandro Concepción Pachecol, Lic. Miriam Rodríguez Larreynagall. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem Gac Méd Espirit vol.19 no.3 Sancti Spiritus set.-dic.2017. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009
18. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
19. Urzúa M A, Caqueo-Urizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Ter Psicol*. [Internet] 2012;30(1):61-71
20. Flores N, Jenaro C, Moro L, Tom a R. Salud y calidad de vida de cuidadores familiares y profesionales de personas mayores dependientes: estudio comparativo. *Ejihpe*. 2015;4(2):79.
21. Hiciano AI. Emociones y sentimientos en el cuidador informal en cuidados paliativos [Trabajo fin de grado]. Murcia. 2017: 34
22. Izal M, Montorio I, Márquez M, Losada A, Alonso M. Identificación de las necesidades de los cuidadores familiares mayores dependientes percibidas por los profesionales de los servicios sociales y de la salud. *Intervención Psicosocial*. [Internet] 2001; 10(1): 23-40.
23. Lopez E. Puesta al día: cuidador informal. *Rev. enferm Cyl*. [Internet] 2016; 8(1).
24. Generalitat Valenciana. Guía de atención a las personas cuidadoras familiares en el ámbito sanitario. [Internet] 2014, 1: 178
25. Ahumada CA, Alcocer ECP, Jimenez NNV. Características psicoafectivas y sobrecarga de los cuidadores informales de pacientes oncológicos terminales en Montería, Colombia. *Revista Cubana de Salud Pública*. [Internet] 2020; 46 (1):17
26. Turrilas Bueno, I. Plan de educación para la salud al familiar o cuidador informal sobre el manejo del paciente con demencia en situaciones difíciles. *Universidad Pública de Navarra*. [Trabajo fin de grado]. 2015. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Madrid: IMSERSO, 1980



Fernández-López Juan Antonio, Fernández-Fidalgo María, Geoffrey Reed, Stucki Gerold, Cieza Alarcos. Funcionamiento y discapacidad: la clasificación internacional del funcionamiento (CIF). Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2009 Dic [citado 2020 Oct 25]; 83(6): 775-783. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000600002&lng=es.

27. Fernandez Redondo, L; Gil Fuentes, N. Programa de edu-

cación para la salud: sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes de Alzheimer en la población de Castellar del Vallès. Escuela Universitaria de Enfermería Gimbernat. [Trabajo fin de grado]. 2014.

28. Servicio Canario de Salud. Taller de formación y educación sanitaria para personas cuidadoras. [Internet]. 2003.

29. Navarro Lobato, N. Prevención de sobrecarga en el cuidador del enfermo de Alzheimer. Málaga. [Internet]. 2012.

9. ANEXOS

Anexo 1: Instrumentos de medida de la calidad de vida del cuidador. 11

Instrumento	Año de publicación	Validada/adaptada	Fiabilidad C.interna	Ítem/esc.
Escala de sobrecarga del cuidador (Zarit)	1996	Si (Martín M, 1996)	0,91	22/likert
Índice de esfuerzo del cuidador (Robinson)	2005	Si (2005)	0,86	13 si/no
Caregiver Perceived Burden (Strawbridge)	1991	No	0,94	22/likert
Caregiver Appraisal cale (Lawton)	1989	No	0,87	47/likert
CPEA (Fernández)	2002	Si	-	101
Escala del sentido del cuidado esc (Fernández, Ferran)	2006	Si	0,86	43/likert
ISPE (Muela)	2002	Si	-	16 (0-3)
ICUB97	2000	Si	0,89	90

Anexo 2: Cuestionario ICUB97^{9,11}**CUESTIONARIO ICUB97**

Cuestionario sociodemográfico

DATOS GENERALES DE LA PERSONA CUIDADA

Número de identificación (SIP):

1. Centro de Salud de referencia:
 - a) La Florida
 - b) San Vicente del Raspeig I
 - c) La Cala- Benidorm
2. Edad (en años):
3. Sexo:
 - a) Mujer
 - b) Hombre
4. Puntuación del nivel de dependencia según Índice de Barthel:
5. Tiempo que hace que necesita ayuda (en meses):

DATOS GENERALES DEL CUIDADOR

Número de identificación (SIP):

1. Edad (en años):
2. Sexo:
 - a) Hombre
 - b) Mujer
3. Estado civil
 - a) Soltero/a
 - b) Casado/a
 - c) Viudo/a
4. Nacionalidad:
5. Localización del domicilio:
 - a) Núcleo urbano
 - b) Núcleo rural
6. Nivel económico
 - a) <10.000 € anuales
 - b) 10.000- 15.000 € anuales
 - c) >15.000 € anuales
7. Parentesco con la persona cuidada:
 - a) Esposa/ compañera
 - b) Marido/ compañero
 - c) Hijo/a
 - d) Nuera/ Yerno
 - e) Padre / Madre
 - f) Hermana/ o
 - g) Otro pariente
 - h) Vecino/a
 - i) Amigo/a



8. Estudios:
- | | |
|--------------------------|-----------------------|
| a) No sabe leer/escribir | d) Medios incompletos |
| b) Primarios incompletos | e) Medios |
| c) Primarios | f) Superiores |
9. ¿Trabaja fuera de su hogar actualmente?
- a) Sí ¿Qué trabajo realiza?
- b) No
10. ¿Ha tenido que dejar de trabajar para cuidar?
- a) Totalmente
- b) Parcialmente
11. ¿Convive actualmente con la persona que cuida?
- a) Sí
- b) No
12. ¿Cuánto tiempo hace que cuida al enfermo? (meses)
13. ¿Dispone de alguna persona u otro recurso que le ayude a cuidar al enfermo?
- a) Sí
- b) No
14. ¿Si dispone de esta ayuda, quién o quiénes son?
- | | |
|----------------------------|---|
| a) Familiar conviviente | f) Profesionales sanitarios y/o sociales públicos |
| b) Familiar no conviviente | g) Ayuda remunerada |
| c) Vecino/a | h) Centro de día |
| d) Amigo/a | i) Ayudas mecánicas |
| e) Voluntario/a | j) Otros..... |
15. En caso de que le ayude una persona en el cuidado del enfermo, ¿cuántas horas a la semana representa esa ayuda ¿
16. Asiste o ha asistido a talleres de cuidadores en centros de Atención Primaria
- a) Sí
- b) No
17. ¿Cuántas horas a la semana dedica al ocio?
18. ¿Cómo definiría su estado de salud actual?
- | | |
|--------------|------------|
| a) Muy bueno | d) Malo |
| b) Bueno | e) Muy mal |
| c) Regular | |
19. Las relaciones de usted y la persona que cuida las podría calificar de:
- a) Agradables
- b) Difíciles
- c) Indiferente

Cuidados que presta el cuidador

<p>Oxigenación</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Adecua las condiciones del hogar <input type="checkbox"/> Le ayuda y/o le practica rehabilitación respiratoria <input type="checkbox"/> Le administra tratamiento 	<p>Nutrición</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Le compra los alimentos. <input type="checkbox"/> Le cocina los alimentos. <input type="checkbox"/> Le prepara una dieta especial. <input type="checkbox"/> Le da de comer. <input type="checkbox"/> Lo alimenta por sonda. 	<p>Eliminación</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Lo acompaña al lavabo. <input type="checkbox"/> Le pone la cuña. <input type="checkbox"/> Le cambia el pañal. <input type="checkbox"/> Le administra medicación/enemas para la regulación del tránsito intestinal.
<p>Movimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Lo acompaña a los servicios sanitarios. <input type="checkbox"/> Le ayuda a deambular dentro de la casa o de la cama al sillón. <input type="checkbox"/> Le practica cambios posturales 	<p>Descanso y sueño</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Lo vigila en sus horas de descanso. <input type="checkbox"/> Le administra medicación para dormir. 	<p>Vestirse y desvestirse</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Le ayuda a escoger la ropa y calzado adecuados. <input type="checkbox"/> Le ayuda a vestirse y desvestirse. <input type="checkbox"/> Lo viste y lo desnuda
<p>Termorregulación</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Adecua la temperatura del hogar. <input type="checkbox"/> Le vigila la temperatura corporal. <input type="checkbox"/> Le administra medicación para regular la temperatura. 	<p>Higiene y protección de la piel</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Supervisa la higiene del enfermo y de hogar. <input type="checkbox"/> Le realiza la higiene del cabello y/o pies. <input type="checkbox"/> Le corta las uñas de los pies y/o manos. <input type="checkbox"/> Le realiza la higiene de la boca. <input type="checkbox"/> Le realiza toda la higiene. <input type="checkbox"/> Le previene las lesiones de la piel. <input type="checkbox"/> Le cura las lesiones de la piel. 	<p>Evitar peligros</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Adecua las condiciones del hogar. <input type="checkbox"/> Lo vigila para que no se accidente. <input type="checkbox"/> Supervisa la autoadministración de medicación. <input type="checkbox"/> Le administra la medicación.
<p>Comunicación</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hace de intermediario entre el enfermo y los sanitarios. <input type="checkbox"/> Le hace compañía. <input type="checkbox"/> Es el depositario de las inquietudes del enfermo. <input type="checkbox"/> Utiliza la comunicación no verbal para comunicarse con el enfermo. 	<p>Creencias</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Le facilita poder vivir según sus creencias y valores. 	<p>Trabajar y realizarse</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Le ayuda a distribuirse su tiempo. <input type="checkbox"/> Le administra sus recursos materiales. <input type="checkbox"/> Toma decisiones por el enfermo.
<p>Recreación</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Le acompaña a pasear. <input type="checkbox"/> Le proporciona entretenimiento. <input type="checkbox"/> Le facilita poder realizar sus aficiones. 		<p>Aprendizaje</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Le proporciona recursos para poder aprender. <input type="checkbox"/> Le enseña cómo mejorar su salud y bienestar. <input type="checkbox"/> Le enseña el manejo de su enfermedad.



Repercusiones del cuidar en el cuidador

<p>Oxigenación</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tiene sensación de falta de aire. <input type="checkbox"/> Fuma más. <input type="checkbox"/> Ha empezado a fumar. 	<p>Nutrición</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Come a destiempo. <input type="checkbox"/> Ha perdido el apetito. <input type="checkbox"/> Tiene malas digestiones. <input type="checkbox"/> Ha perdido/aumentado peso. <input type="checkbox"/> Bebe más alcohol. 	<p>Eliminación</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tiene alteraciones en el ritmo intestinal. <input type="checkbox"/> Tiene alteraciones en el ritmo menstrual. <input type="checkbox"/> Uso de laxantes.
<p>Movimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Practica menos ejercicio. <input type="checkbox"/> Se le hinchan los pies/piernas. <input type="checkbox"/> Tiene dolor de espalda. <input type="checkbox"/> Toma analgésicos para el dolor. 	<p>Descanso y sueño</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Está más cansado. <input type="checkbox"/> Duerme/descansa menos. <input type="checkbox"/> Se despierta a menudo. <input type="checkbox"/> Toma medicación para dormir 	<p>Vestirse y desvestirse</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tiene dificultades para vestirse como lo hacía habitualmente.
<p>Termorregulación</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tiene dificultades para mantener la temperatura corporal. 	<p>Higiene y protección de la piel</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dedicar menos tiempo al cuidado personal. 	<p>Evitar peligros</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Siente desinterés por su entorno. <input type="checkbox"/> Se nota irritado. <input type="checkbox"/> Se nota más nervioso. <input type="checkbox"/> Se siente impotente. <input type="checkbox"/> Se siente ansioso. <input type="checkbox"/> Está deprimido. <input type="checkbox"/> Toma medicamentos. <input type="checkbox"/> Toma medidas de autoprotección.
<p>Comunicación</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Come a parte del resto de la familia. <input type="checkbox"/> Tiene menos relaciones sociales. <input type="checkbox"/> Tiene dificultades para expresar sus sentimientos. <input type="checkbox"/> Tiene alteraciones en la vida sexual. 	<p>Creencias</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Han cambiado sus creencias y/o valores. 	<p>Trabajar y realizarse</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tiene dificultades para distribuir el tiempo. <input type="checkbox"/> Tiene dificultades para promocionarse laboralmente. <input type="checkbox"/> Trabaja menos tiempo fuera del hogar. <input type="checkbox"/> Ha adaptado su trabajo de fuera del hogar para cuidar. <input type="checkbox"/> Ha abandonado su trabajo. <input type="checkbox"/> Se ha alterado su vida familiar. <input type="checkbox"/> Se ha reducido su economía.
<p>Recreación</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tiene menos tiempo libre. <input type="checkbox"/> Ha modificado sus actividades de ocio. 	<p>Aprendizaje</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Necesita conocimientos y/o habilidades para cuidar. <input type="checkbox"/> Tiene dificultad para satisfacer su necesidad de aprender. 	

Anexo 3: Hoja informativa**HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE**

Título del estudio: Calidad de vida de los cuidadores informales a través del cuestionario ICUB97.

Con este documento le informamos a cerca de un estudio observacional descriptivo al cual se le invita a participar.

PARTICIPACIÓN:

La participación es **voluntaria**. Si decide colaborar, podrá realizar las preguntas que considere oportunas. Podrá retirar su participación en cualquier momento sin dar explicaciones y sin repercusión. Deberá cumplimentar el cuestionario citado. Se podrá hacer en consulta o en el domicilio, si la situación de la persona cuidada lo requiere.

No obtendrá ningún beneficio ni perjuicio directo por participar en el estudio. Se le podrá hacer entrega de un resumen con los resultados obtenidos, si así lo deseara. Ni la investigadora ni usted recibirán retribución por este estudio

OBJETIVO

Conocer la calidad de vida de los cuidadores informales a través del cuestionario validado ICUB97. Además, determinar las principales características sociodemográficas de las personas cuidadas y de sus cuidadores informales, identificar los tipos de cuidados que otorgan y las repercusiones y necesidades que éstos manifiestan.

REQUISITOS para participar:

- Ser cuidador de personas pertenecientes a cupos seleccionados en los Centros de Salud de la Florida, San Vicente del Raspeig I y La Cala-Benidorm.
- Ser localizado con el programa ALUMBRA.

PROTECCIÓN DE DATOS:

Los datos recogidos serán tratados con las medidas de seguridad establecidas por la Ley Orgánica 03/2018 de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales.

PROBLEMAS Y PREGUNTAS:

XXX XXX XXX – XX@gmail.com

XXX XXX XXX – XXX1@hotmail.com

XXX XXX XXX - XXX2@hotmail.com

En caso de querer participar, deberá aceptar el consentimiento informado previo a la realización del cuestionario. En caso contrario, no se le permitirá seguir con el estudio.

Muchas gracias por su colaboración.



Anexo 4: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO POR ESCRITO

Título del estudio: “Calidad de vida de los cuidadores informales a través del cuestionario ICUB97”

Yo, _____ (nombre y apellidos)

- He leído la hoja de información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido información adecuada y completa sobre el estudio.

El investigador _____ (nombre y apellidos)

Me ha explicado en qué consiste la investigación y mi participación, por tanto:

- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio:
 1. Cuando quiera
 2. Sin tener que dar explicaciones.
 3. Sin que esto tenga ningún tipo de repercusión

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Fecha:/.../.....

Fecha:/..../.....

Firma del/ de la participante:

Firma del investigador/a:

Recibirá una copia de la hoja de información al paciente y el documento de consentimiento informado.

¿Es posible modificar el estigma hacia la salud mental en adolescentes? Efectividad de un programa de salud en institutos

Is it possible to change the stigma towards mental health in adolescents? Effectiveness of a health program in institutes

Autores: Ana Palacio Pedro¹, Celeste Peñalva Lapedriza¹

¹ Enfermera especialista en Salud Mental en Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón.

e-mail: apalaciopedro@gmail.com

RESUMEN

Introducción: Los trastornos mentales afectan a la salud mental del individuo, son muy frecuentes y causan una alta discapacidad, a menudo están relacionados con los términos estigma, estereotipo o prejuicio. Las personas con una enfermedad mental tienen que enfrentarse diariamente al estigma asociado a su patología.

El presente estudio pone de relevancia para la enfermería la importante labor que pueden llegar a desempeñar las enfermeras especialistas en salud mental al fomentar la educación en salud mental desde la adolescencia.

Objetivo: Evaluar la efectividad de la educación sanitaria grupal en la población adolescente de 3º de ESO y 2º de Bachillerato del colegio Salesianos y el instituto IES Llombai de Burriana, en la modificación de conductas estigmatizantes hacia la salud mental.

Metodología: Un estudio cuasi experimental, sin grupo control, donde el diseño que se ha utilizado es pretest-postest, en el que se ha medido el nivel de estigma a través de la escala CAMI (Cuestionario de actitudes de la comunidad hacia las personas con enfermedad mental).

Resultados: Existen diferencias entre las cuatro subescalas de la escala CAMI tras la intervención, sobre todo en autoritarismo y benevolencia.

Se han observado diferencias entre las distintas variables siendo la más significativa el sexo. De forma menos representativa también encontramos diferencias en la edad. No se observa una diferenciación clara entre colegio público y privado.

Conclusión: La educación para la salud, especialmente en población adolescente, pueden influir de manera positiva en las actitudes frente al estigma de la salud mental. Se debe seguir estudiando e invirtiendo más tiempo y recursos en futuras investigaciones.

Palabras clave (DeCS): "Estigma Social", "Adolescente", "Salud Mental", "Educación para la Salud", "Trastornos Mentales".

ABSTRACT

Introduction: Mental disorders affect the mental health of the individual, are very frequent and cause high disability, they are often related to the terms stigma, stereotype or prejudice. People with a mental illness have to face the stigma associated with their pathology daily.

This study highlights for nursing the important work that mental health nurses can carry out by promoting mental health education from adolescence.

Objective: To evaluate the effectiveness of group health education in the adolescent popula-



tion of the 3rd year of ESO and the 2nd year of Baccalaureate of the Salesianos school and the IES Llombai institute in Burriana, in modifying stigmatizing behaviors towards mental health.

Methodology: A quasi-experimental study, without a control group, where the design that was used is pretest-posttest, in which the level of stigma was measured through the CAMI scale (Questionnaire of community attitudes towards people with Mental illness).

Results: There are differences between the four subscales of the CAMI scale after the intervention, especially in authoritarianism and benevolence. Differences between the different variables have been observed, the most significant being sex. In a less representative way, we also found differences in age. There is no clear distinction between public and private schools.

Conclusion: Health education, especially in the adolescent population, can positively influence attitudes towards the stigma of mental health. More time and resources should be studied and invested in future research.

Keywords (DeCS): "Social Stigma", "Adolescent", "Mental Health", "Health Education", "Mental Disorders".

1. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y es capaz de hacer una contribución a su comunidad¹.

Los trastornos mentales afectan a la salud mental del individuo, son muy frecuentes y causan una alta discapacidad. En distintos estudios de países occidentales una de cada cuatro personas cumple criterios de diagnóstico de trastorno mental en el último año y alrededor de un 40% llegan a presentarlo en algún momento de su vida². Aproximadamente el 70-75% de estos problemas en el adulto comienzan a manifestarse durante la adolescencia^{3,4}.

Desde el punto de vista preventivo, se ha puesto de manifiesto que existe una necesidad urgente de intervenir a edades tempranas con el fin de promover la salud mental positiva y el bienestar⁵.

El Plan de Acción sobre Salud Mental (2013-2020) promovido por la OMS, pretende poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental y fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones⁶.

Según la Real Academia Española (RAE) se define estigma como "desdoro, afrenta, mala fama"⁷. El término estigma, como estereotipo, prejuicio o discriminación está altamente relacionados con la salud mental⁸. Las personas con una enfermedad mental tienen que enfrentarse diariamente al estigma asociado a sus patologías.

El estigma percibido es una barrera sociocultural para el acceso a servicios de salud mental y deja a las personas que reúnen criterios de trastorno mental sin la posibilidad de disfrutar de atención integral e integrada⁸. Estas actitudes negativas hacen que los enfermos mentales tengan una menor autoestima, así como sentimientos de vergüenza y culpa. Todo esto puede llevar a un aislamiento social que hace que los pacientes no estén incluidos como deberían en la comunidad⁹. Las diferentes actitudes estigmatizantes interactúan con otros determinantes, entre ellos la "Mental Health Literacy" (MHL)¹⁰.

La MHL, traducida al español como "alfabetización en salud mental" se define como "el conocimiento y las creencias acerca de los trastornos mentales que ayudan a su reconocimiento, manejo y prevención". Se sabe que la población general tiene bajos niveles de MHL, al igual que la población adolescente. Esto se traduce en una dificultad para identificar las diferentes enfermedades mentales, así como sus factores de riesgo y factores protectores. Por todo ello, la MHL es un determinante de gran importancia para la salud mental^{3,5}.

Según la evidencia, la MHL pretende gestionar la reducción del estigma contra las enfermedades mentales a nivel individual, comunitario e institucional, promoviendo de este modo, la identificación temprana de los trastornos mentales, la mejora de los resultados de salud mental y el aumento del uso de los servicios de salud^{3,10}.

La adolescencia es un periodo crítico para el inicio de la enfermedad mental. Si ésta no se reconoce y no se trata puede acarrear diferentes problemas sociales, personales y comunitarios. En muchos casos el miedo al estigma y la discrimi-

nación a los enfermos mentales funcionan como barrera para la búsqueda de ayuda profesional. Estos problemas hacen visible la necesidad de una intervención integral, basada en la promoción y prevención, para poder atender las necesidades de salud mental en los más jóvenes¹¹. La educación en salud mental en edades tempranas es importante para la reducción del estigma, así como, para que disminuya la vergüenza de las personas con enfermedad mental y aumente la búsqueda de ayuda¹².

Existe muy poca investigación sobre intervenciones capaces de disminuir el estigma en estudiantes de secundaria. Por tanto, nos encontramos ante una necesidad urgente de implementar intervenciones que demuestren impactos positivos sobre la MHL, específicamente en el aumento de conocimientos y la reducción de los estereotipos asociados a los problemas de salud mental⁵. Por ello, se necesitan nuevas investigaciones que evalúen la efectividad de la integración de la MHL en los colegios¹².

2. OBJETIVO

Evaluar la efectividad de la educación sanitaria grupal, impartida por enfermeras residentes especialistas en salud mental, en la población adolescente de 3º de ESO y 2º de Bachillerato del colegio Salesianos y el instituto IES Llombai de Burriana, en la modificación de conductas estigmatizantes hacia la salud mental.

3. METODOLOGÍA

Tipo de Diseño

Se trata de un estudio cuasi experimental, sin grupo control, donde el diseño que se ha utilizado es pretest-postest.

Población

Nuestra intervención se ha llevado a cabo en el colegio Salesianos San Juan Bautista de ámbito privado y en el instituto IES Llombai de ámbito público, ambos colegios situados en la localidad de Burriana (Castellón). La población diana han sido aquellos estudiantes de 3º ESO y 2º Bachillerato que aceptaron participar en el estudio.

Antes de realizar la intervención tanto los padres/madres o tutores legales de cada alumno como cada alumno firmaron un consentimiento informado, aceptando o rechazando su par-

ticipación, de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de 10 Diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y, se garantizó así la confidencialidad de sus datos.

Método y periodo de recogida de datos

En Octubre de 2019 se realizaron los cuestionarios previos a la intervención, que consistieron en la realización por parte de todos los estudiantes de la escala CAMI.

Esta escala de Taylor y Dear (1981) se trata de una escala autocumplimentada compuesta por 40 ítems, valorada con escala likert de 5 puntos, que va desde totalmente de acuerdo hasta totalmente en desacuerdo. La escala consta de 4 variables a las que asociamos su alfa de Cronbach: autoritarismo (α : 0.88), benevolencia (α : 0.76), restricción social (α : 0.80) e ideología comunitaria (α : 0.88). Cada variable contiene 10 afirmaciones referentes a las opiniones sobre la manera de tratar y cuidar a las personas con una enfermedad mental grave^{13,14}.

Junto a la escala se entregó un cuestionario inicial para poder medir diferentes variables sociodemográficas (Curso, edad, sexo y tipo de colegio).

Tanto el cuestionario como las variables estaban clasificados según el número de lista propio de clase y fueron los tutores de cada curso los encargados de repartir y recoger los documentos en el orden correspondiente. De esta forma la captación de la muestra fue anónima para las investigadoras.

En Enero de 2020 se realizó el postest, siguiendo las mismas directrices que se llevaron a cabo en el test previo. El postest sólo lo pudieron cumplimentar aquellos estudiantes que realizaron el pretest y que acudieron a la charla.

Intervención^{15,16}

La intervención fue impartida en Octubre de 2019 por dos enfermeras internas residentes en Salud Mental. Se realizó una semana después de la recogida de datos. La duración de la misma fue de una hora.

Para estandarizar los contenidos se redactó un guion el cual se dividió en tres partes:

1. Introducción a la enfermedad mental y al concepto de estigma.



2. Educación sobre trastornos psiquiátricos, mitos y creencias.

3. Tratamiento de las enfermedades mentales y los recursos comunitarios disponibles.

Recogida y gestión de los datos

En la estadística descriptiva los datos cualitativos obtenidos de las variables sociodemográficas han sido representados en porcentajes y para los datos cuantitativos obtenidos de las variables de resultado ha sido utilizada la media aritmética y la mediana como tendencia central y, la desviación típica como medida de dispersión.

En el análisis estadístico inferencial se ha utilizado el programa informático IBM SPSS versión 25.0 para Windows y el nivel de significación estadística establecido ha sido de 5% ($p < 0.05$). Para analizar si las variables de resultado dependen de la intervención se ha utilizado el test no paramétrico de Wilcoxon.

También se ha analizado si el nivel de estigma tiene relación con cada una de las diferentes variables sociodemográficas, para ello, se ha utilizado el test no paramétrico U de Mann-Whitney.

4. RESULTADOS

Diagrama de flujo

En la Figura 1 se puede observar que la muestra inicial era de 323 alumnos. Tras aplicar todos los criterios de exclusión la muestra final fue de 254 alumnos con un total de 69 pérdidas.

Análisis descriptivo

a) Variables Sociodemográficas:

La muestra obtenida fue mayor en el colegio público (58,1%, $n=168$) que en el privado (41,9% $n=121$), así como, también es mayor en 3º de ESO (59,1% $n=172$) que en 2º de BAT (40,5% $n=117$).

La distribución por sexo es casi la misma. La muestra total fue compuesta por 146 hombres (50,5%) y 142 mujeres (49,5%).

b) Variables de Resultados:

En la Tabla 1 se puede ver la media, mediana y desviación de cada una de las cuatro subescalas tanto antes como después de realizar la intervención.

Se puede observar que el p-valor de las subescalas autoritarismo (PRE – POST) y benevolencia

(PRE – POST) es <0.05 , por lo que se puede aceptar la hipótesis con un 95% de confianza de que la intervención ha sido efectiva para poder modificar estas dos subescalas relativas al estigma de la enfermedad mental.

Sin embargo, en las subescalas de restricción y de ideología, aunque existen cambios, el p-valor es $>0,05$, por lo que no son estadísticamente significativos y podrían no deberse a la intervención.

Contraste de hipótesis

En las Tabla 2, Tabla 3 y Tabla 4 se puede ver un análisis descriptivo de cada una de las 4 subescalas antes y después de la intervención teniendo en cuenta las distintas variables sociodemográficas.

En la Tabla 2 se observa que la subescala autoritarismo post intervención tiene un p-valor $<0,05$ (0,005) por lo que se puede aceptar con un 95% de confianza la hipótesis de que sí hay diferencia estadísticamente significativa en el valor medio de esta subescala entre los dos cursos.

Si observamos la tabla 3 de la variable colegio, se aprecia que la subescala ideología post intervención tiene un p-valor $<0,05$ (0,042) por lo que se puede aceptar la hipótesis de que sí hay diferencia estadísticamente significativa en el valor medio de esta subescala entre los dos colegios.

Al fijarnos en la Tabla 4, correspondiente al sexo vemos que todas las subescalas tienen un p-valor $<0,05$ por lo que se puede aceptar la hipótesis de que hay diferencia estadísticamente significativa en el nivel de estigma entre hombres y mujeres.

Al comparar el rango medio de las dos muestras relacionadas (PRE – POST) se observa que el p-valor de la subescala autoritarismo en ambos cursos, en ambos colegios y en ambos sexos es $<0,05$, por lo que se puede aceptar la hipótesis de que la subescala autoritarismo se modifica en toda la muestra al realizar la intervención educativa. En el caso de 2º de BAT, el colegio privado y los hombres también se aprecia en la subescala benevolencia un p – valor $<0,05$.

7. DISCUSIÓN

Nuestro estudio es uno de los primeros proyectos implementados en escuelas de la Comunidad Valenciana. La comparación de resultados se ha

llevado a cabo con estudios anteriores realizados tanto a nivel nacional como internacional teniendo en cuenta las posibles limitaciones que esto pueda suponer.

Según el estudio de Sally et al.¹⁵, un taller de 1h redujo el estigma hacia la enfermedad mental en un grupo de estudiantes de secundaria, con efectos que se mantuvieron durante 1 mes, siendo estos autores los primeros en evaluar el estigma mediante una intervención corta. Nuestro estudio se mide a los 3 meses de realizar la intervención, por lo que se presupone que los conocimientos adquiridos son más duraderos.

Encontramos que la mayoría de las intervenciones efectivas recogidas hasta el momento han variado en su duración, desde intervenciones compuestas por dos sesiones de 90 minutos cada una sobre el estigma y la MHL⁵. Hasta la implementación de un plan de estudios de salud mental sobre conocimiento y estigma, impartido por maestros, en el cual se invirtieron 6 horas de tiempo de clase¹¹ o incluso intervenciones en las que las escuelas participaron durante dos años académicos¹⁷.

Por otro lado, diferentes investigaciones afirman que el género tiene influencia en las actitudes hacia la enfermedad mental. Los resultados obtenidos señalan que las mujeres son más empáticas que los hombres hacia estas enfermedades, haciendo referencia a una mentalidad más abierta por parte de ellas y a una participación activa para la integración de las personas con enfermedad mental en la comunidad^{5,18,19,20,21}.

En el estudio de Robert et al.¹¹, se demostró el impacto que tiene la MHL en salud mental sobre el estigma, proporcionando a través de un proyecto educativo, una solución para abordar las actitudes negativas hacia las enfermedades mentales. El análisis de este estudio reveló, de manera similar a nuestra investigación, que la edad influye de forma significativa en el nivel de estigma. En este caso se obtuvieron mejoras más sólidas en la MHL y el estigma para los estudiantes de ámbito universitario. Estos datos muestran que la educación es una manera de disminuir el estigma, por lo tanto como cabe esperar conforme mayor es la edad, mayor el nivel de educación, mayor es la MHL y menor es el estigma^{17,22}.

Cabía esperar que en nuestro estudio se encontrasen diferencias entre los alumnos pertene-

cientes al colegio público y privado ya que, existen estudios previos que sugieren una disminución de la restricción social a medida que aumenta el nivel de ingresos familiar²³. Así pues, es posible que nuestra muestra al pertenecer a la misma localidad comparta, en su conjunto, características similares y por tanto, que no se encuentren diferencias significativas en el nivel de estigma.

Se han revisado estudios donde no hubo modificaciones en el nivel de estigma, sin embargo, sí promovieron un aumento en las intenciones de búsqueda de ayuda para la depresión entre los adolescentes¹⁶. Sería interesante poder medir esta variable en trabajos futuros para poder ver si hay una mejora en las habilidades de búsqueda de ayuda.

8. CONCLUSIÓN

Nuestros datos se suman a la evidencia existente de que la educación para la salud, especialmente en población adolescente, pueden influir de manera positiva en las actitudes frente al estigma de la salud mental.

Estos datos avalan que la eficacia de la educación y las estrategias dirigidas hacia esta población es un campo muy amplio que todavía debe ser estudiado y en el que se necesita invertir más tiempo y recursos en futuras investigaciones.

Los resultados deberían contribuir a una mayor investigación en la promoción de la salud mental, el aumento de la MHL y la mejora de las habilidades de búsqueda de ayuda en los adolescentes.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. OMS: Organización Mundial de la Salud [internet]. 2019. Organización Mundial de la Salud [Consultado 3 Abril 2019] Disponible en: <https://www.who.int/es>
2. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Alonso GEJ, et al. ORIGINALES Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados : resultados del estudio ESEMeD-España. 2006;126(12):445-51.
3. Wei Y, Mcgrath PJ, Hayden J, Kutcher S. Mental health literacy measures evaluating knowledge , attitudes and help-seeking : a scoping review. BMC Psychiatry [Internet]. 2015; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-015-0681-9>
4. Arana IG, Lapidó AM, Pérez EAR, Liria AF. Enfermedad psiquiátrica Keywords: Rev la Educ Super [Internet]. 2015;11(85):5055-63. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.med.2015.08.001>



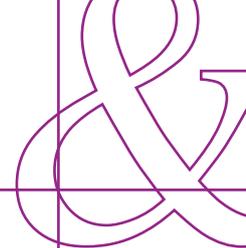
5. Campos L, Dias P, Duarte A, Veiga E, Dias C, Palha F. Is it possible to "Find Space for Mental Health" in young people? Effectiveness of a school-based mental health literacy promotion program. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(7):1426.
6. Appia A, Organizaci L. Plan de Acción sobre la Salud Mental 2019-2020.
7. RAE: Real Academia Española [Internet]. 2018. Diccionario de la Lengua Española (22aed.). [Consultado 2 Abril 2019] Disponible en: <https://dle.rae.es/>
8. Celina H, Campo-arias A, Celina H. Estigma : barrera de acceso a servicios en salud. 2014;
9. Seo M, Kim HL. Effectiveness of an Education Program to Reduce Negative Attitudes Toward Persons. 2010;4(2):90-101. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S1976-1317\(10\)60009-6](http://dx.doi.org/10.1016/S1976-1317(10)60009-6)
10. Schnyder N, Michel C, Panczak R, Ochsenbein S, Schimmelmann BG, Schultze-lutter F. The interplay of etiological knowledge and mental illness stigma on healthcare utilisation in the community : A structural equation model. *Eur Psychiatry* [Internet]. 2018;51:48-56. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.12.027>
11. Milin R, Kutcher S, Lewis SP, Walker S, Wei Y, Ferrill N, et al. Impact of a Mental Health Curriculum on Knowledge and Stigma Among High School Students: A Randomized Controlled Trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2016;55(5):383-391.e1. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2016.02.018>
12. Mental Health Stigma Prevention : Pilot Testing a Novel , Language Arts Curriculum-Based Approach for Youth. 2016;86(10):709-16.
13. Ochoa S, Martínez-zambrano F, Vila-badia R, Arenas O, Casas-anguera E, García-morales E, et al. Spanish validation of the social stigma scale : Community Attitudes towards Mental Illness . *Rev Psiquiatr y salud Ment* (English Ed [Internet]. 2016;9(3):150-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsmen.2015.02.002>
14. Solar C, Sociales DC. Análisis psicométrico y adaptación de la escala de actitudes comunitarias hacia la enfermedad mental (CAMI) en una muestra chilena *. 2016;(2):153-62.
15. Ke S, Lai J, Sun T, Yang MMH, Ching J, Wang C, et al. Healthy Young Minds : The Effects of a 1-hour Classroom Workshop on Mental Illness Stigma in High School Students. 2014;
16. Howard KA, Griffiths KM, Mcketin R, Ma J, Howard KA, Griffiths KM, et al. Can a brief biologically-based psycho-educational intervention reduce stigma and increase help-seeking intentions for depression in young people ? A randomised controlled trial. 2018;0583(May).
17. Casañas R, Arfuch VM, Castellví P, Gil JJ, Torres M, Pujol A, et al. «Españollove.net»- A school-based intervention programme to promote mental health and eradicate stigma in the adolescent population: study protocol for a cluster randomised controlled trial. *BMC Public Health*. 2018;18(1):103-5.
18. Ewaldskvist BÉA, Gberg TÖRNHÖ, N KIMLÜTZÉ. Impact of gender and age on attitudes towards mental illness in Sweden. 2013;(7):360-8.
19. Mclean CP, Anderson ER. Clinical Psychology Review Brave men and timid women ? A review of the gender differences in fear and anxiety. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2009;29(6):496-505. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2009.05.003>
20. Yoshioka K, Reavley NJ, Mackinnon AJ, Jorm AF. Stigmatising attitudes towards people with mental disorders : Results from a survey of Japanese high school students. *Psychiatry Res* [Internet]. 2014;215(1):229-36. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2013.10.034>
21. María A, Herrero M, Sánchez F, López M. Diferencias de la población general en relación a los conocimientos, actitudes y conductas hacia el estigma en salud mental. 2014;6:17-26.
22. Sari SP, Yulastuti E. International Journal of Nursing Sciences Investigation of attitudes toward mental illness among nursing students in Indonesia. *Int J Nurs Sci* [Internet]. 2018;5(4):414-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.09.005>
23. Bedaso A, Yeneabat T, Yohannis Z, Bedasso K. Community Attitude and Associated Factors towards People with Mental Illness among Residents of Worabe Town , Silte Zone, Southern Nation ' s Nationalities and People ' s. 2016;1-12.

Tabla 1

	Media	Desviación	Mediana	Pvalor
<u>Autoritarismo</u>				
PRE	25,49	4,375	26	
POST	24,14	4,323	24,5	,000
<u>Benevolencia</u>				
PRE	38,83	4,757	39	
POST	39,26	4,600	40	,034
<u>Restricción</u>				
PRE	19,76	4,404	20	
POST	19,43	4,798	19	,494
<u>Ideología</u>				
PRE	38,63	4,772	38	
POST	38,66	5,264	39	,964

Tabla 2

	3 ESO				2 BAT				Pvalor
	Media	Desv	N	Pvalor	Media	Desv	N	Pvalor	
AUTORITARISMO PRE	25,95	4,176	154	,014	24,86	4,579	112	,000	,193
AUTORITARISMO POST	24,88	4,341	138		23,16	4,117	104		,005
BENEVOLENCIA PRE	38,65	4,841	159	,357	39,09	4,643	111	,023	,366
BENEVOLENCIA POST	38,75	4,541	139		39,95	4,610	104		,140
RESTRICCIÓN PRE	19,50	4,496	155	,590	20,13	4,267	113	,085	,253
RESTRICCIÓN POST	19,43	5,011	142		19,42	4,521	106		,639
IDEOLOGÍA PRE	39,00	4,929	151	,468	38,13	4,523	111	,453	,165
IDEOLOGÍA POST	38,83	5,191	138		38,44	5,374	105		,445



Impacto de los cuidados de enfermería en el paciente mayor con el uso del ecógrafo volumétrico vesical portátil en una unidad de atención geriátrica domiciliaria

Impact of the nursery care in patients with the use of the portable bladder volumetric in the geriatric home care team

Autores: Luis Ramírez Real¹, Pilar Avilés Maroto², Nuria de Argila Fernández-Durán³

¹ *Enfermero de Atención Geriátrica. Experto Universitario en Enfermería de los Cuidados Críticos.*

² *Enfermera de Atención Geriátrica Domiciliaria. Experto Universitario en Urgencias y Emergencias*

³ *Enfermera MSc. Supervisora de Formación y Docencia y Hospital de Día y Atención Domiciliaria de Geriátrica. Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela. Madrid. España.*

e-mail: lramirezreal@gmail.com

RESUMEN

Objetivo: Identificar si el uso del ecógrafo volumétrico portátil (EVP) disminuye las complicaciones en el paciente geriátrico con sospecha de retención aguda de orina (RAO) desde un equipo de atención geriátrica domiciliaria (AGD)

Metodología: Estudio de cohortes retrospectivo comparando la cohorte expuesta a la disponibilidad del EVP con la no expuesta, entre mayo de 2019 y marzo de 2021 en pacientes geriátricos en seguimiento por AGD con indicación de sondaje vesical (SV) para descartar una RAO. En el grupo control la RAO se descarta mediante SV y en el grupo de intervención mediante un EVP. Los datos se recogen de la historia clínica electrónica.

Resultados: Se estudian 154 pacientes con indicación de SV. En el grupo de intervención, 66 pacientes, presentaron RAO 10 pacientes y en 56 no se detectó RAO, evitando el SV en el 72.7% de pacientes. En el grupo control, 88 pacientes, 23 pacientes presentaron RAO y 65 pacientes no la tuvieron, por lo que el 73.9% de estos sondajes se podrían haber evitado con el uso del EVP.

Conclusiones: El uso de la EVP en pacientes con sospecha de RAO evita sondajes y complicaciones derivadas de la técnica como la infección de orina, reduce del gasto sanitario y el discomfort que produce a los pacientes. Las enfermeras de geriatría realizan un nuevo abordaje en cuidados con carácter preventivo empírico con toma de decisiones en beneficio de estos pacientes.

Palabras Clave: Retención Aguda de Orina; Cateterismo Vesical, Ecógrafo Volumétrico Portátil, Atención Geriátrica Domiciliaria, Cuidados Paciente Geriátrico, Enfermeras.

ABSTRACT

Objective: To identify whether the use of the portable bladder volumetric reduces complications in geriatric patients with suspected watery urine retention

Methodology: Study of retrospective cohorts comparing the cohort exposed to the availability of the portable bladder volumetric with the one not exposed, between May 2019 and March 2021 in geriatric patients traced by the geriatric

home care team with the urinary catheterization to discard urinary retention. In the control group, the urinary retention is discarded by a urinary catheterization and in the intervention group, is discarded by a portable bladder volumetric. Data is collected from the electronic clinic history.

Results: 154 patients with urinary catheterization have been studied. In the intervention group, 10 patients had urinary retention out of 66. 56 patients didn't have urinary retention, avoiding the urinary catheterization in the 72.2% of patients. In the control group, 23 patients had urinary retention out of 88. 65 patients didn't have it. So the 73.9% of the catheterization could have been avoid using instead a portable bladder volumetric.

Conclusions: The use of the portable bladder volumetric in patients with the suspect of urinary retention, avoids catheterization and complications derived of the technique, like the urinary infection. Reduces the health expenditure and the discomfort in patients. Geriatric nurses make a new path in health care towards a empirical preventive care, making decisions for the benefit of patients.

Key words: acute urinary retention; Urinary catheterization; Portable bladder volumetric; geriatric home care; geriatric patient care; nurses.

INTRODUCCIÓN

La RAO se define como un cuadro clínico que resulta de la imposibilidad de vaciar adecuadamente y de forma voluntaria el contenido vesical. Los factores desencadenantes de este problema pueden estar relacionados con la obstrucción de la uretra, alteraciones tanto motoras como sensoriales, ansiedad y efectos medicamentosos, entre otros^{1,3,6,8}. Es la urgencia urológica más frecuente ya que se estima que el 10% de los hombres mayores de 70 años y el 33% de los mayores de 80 años tendrán un episodio de RAO en los 5 años siguientes^{1,7}. En nuestra unidad (AGD), están presentes en pacientes afectados de demencia, en los que tienen movilidad limitada y también en los enfermos diagnosticados de algún tipo de infección, sobre todo urinaria⁵.

El cateterismo urinario es uno de los procedimientos más comunes en la asistencia de enfermería a la RAO³. Debe ser realizado por la enfermera con rigor y seguridad del paciente. Cuando se lleva a cabo de forma inadecuada y

por tratarse de una intervención invasiva, puede llevar a diversas complicaciones, entre las cuales destacan la infección del tracto urinario (ITU), el traumatismo uretral, el dolor y el falso trayecto¹⁻³. Los microorganismos más frecuentes implicados en las ITU son las enterobacterias, siendo la más frecuente, la *Escherichia coli* (*E.coli*)^{2,10}

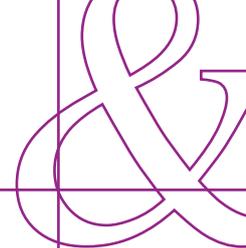
La ultrasonografía portátil es un método inocuo que permite al profesional, con seguridad y nivel de confianza, detectar el globo vesical, evaluar el volumen de orina (pre y/o posmiccional), y decidir o no la realización del cateterismo urinario^{1,8}. En la actualidad se han reducido de forma importante, tanto en volumen como en coste. Esto lleva a que cada vez estén más disponibles en todas las unidades de hospitalización y que, por tanto, su empleo sea cada vez más accesible y justificado¹.

El equipo de AGD del Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela de Madrid está compuesto por dos equipos multidisciplinares integrados por un Geriatra, enfermera y rotantes de Formación Sanitaria Especializada en Geriatría, tanto MIR como EIR. En esta unidad son atendidas las derivaciones de pacientes mayoritariamente procedentes del Equipo de Atención Primaria (EAP) del área norte de salud de Madrid (Área 5), más del 60%, y en menor medida para control post alta de la Unidad de Agudos de Geriatría (UGA), Unidad de Media Estancia (UME), Consultas Externas, etc. del Hospital Central de Cruz Roja de Madrid además de las de HULP (Geriatría, Medicina Interna, Cuidados Paliativos, etc.) siendo éste último nuestro hospital de referencia.

El objetivo que nos planteamos con este estudio es identificar si el uso del ecógrafo volumétrico vesical portátil disminuye las complicaciones en el paciente geriátrico con sospecha de RAO desde AGD

MATERIAL Y MÉTODO

Se planteó un estudio de cohortes retrospectivo comparando la cohorte expuesta a la disponibilidad del EVP con la no expuesta. Se incluyeron todos los pacientes geriátricos mayores de 65 años en seguimiento por AGD con indicación de sondaje vesical para descartar una RAO. El periodo de tiempo de estudio fue el comprendido entre mayo de 2019 y marzo de 2021. El criterio de exclusión fue que la sonda vesical ya estuviera



colocada. Previamente al inicio del estudio, se formó a todos los miembros del equipo en el manejo del EVP.

La recogida de los datos se hizo a través de la Historia Clínica Electrónica, manteniendo el anonimato de los pacientes una vez recogido el resultado microbiológico del estudio de urocultivo. Las variables que se recogieron fueron sexo, edad, indicación de SV, uso de EVP, se evita SV, se detecta RAO, cantidad de diuresis, se recoge muestra para urocultivo y resultado microbiológico de éste último.

El análisis de los datos se realizó con ayuda del programa IBM SPSS Statistics Versión 23¹¹. Las variables cuantitativas se describen como media y desviación estándar (DE) y las cualitativas como porcentajes (%). Se determinaron los intervalos de confianza del 95% (IC95).

El análisis bivalente se realizó mediante la prueba paramétrica Chi Cuadrado y el grado de significación estadística que se consideró fue de $p \leq 0.01$

RESULTADOS

Se estudiaron un total de 154 personas con una media de 88,86 años (63 hombres [40,9%] y 91 mujeres [59,1%]). TABLA 1.

De los sujetos incluidos, el grupo control, donde se descartó una RAO mediante SV, lo formaron 88 pacientes de los cuales en 23 (26,1%) se encontró un volumen de orina mayor a 200 mL y en 65 pacientes (73,9%), este volumen fue menor a 200 mL. El volumen de diuresis en los pacientes donde se encontró RAO se distribuyó de la siguiente manera. Entre 200 y 499 mL. 12 (13,6%), entre 500 y 1000 mL. 9 (10,2%) y más de 1000 mL. 2 (2,3%). En este grupo se recogió muestra para estudio microbiológico de urocultivo en 85 individuos obteniendo un resultado negativo de crecimiento bacteriano en 47 (55,2%), positivo en 36 (42,4%) y en 2 (2,4%) la muestra estaba contaminada. TABLA 2

El microorganismo que se aisló mayor número de veces fue la E. Coli (en 12 pacientes [13,6%]) seguido de la Klebsiella Pneumoniae (5 [5,7%]). TABLA 3.

El grupo de intervención, donde se usó el EVP para descartar una RAO, se componía de 66 individuos entre los cuales, solamente en 10 (15,2%) se detectó un volumen de diuresis mayor

de 200 mL. (5 entre 200 y 499 mL. [7,6%], 3 entre 500 y 1000 mL [14,5%] y 2 mayores de 1000 mL. [3%]). En resto de pacientes del grupo de intervención, 56 (84,8%) el EVP no mostró valores de diuresis que indicaran RAO. En este grupo se recogió muestra para urocultivo en 31 pacientes y el resultado fue negativo en 18 (58,1%), positivo 12 (38,7%) y una muestra contaminada (3,2%). TABLA 4. Entre los microorganismos que con mayor frecuencia se aislaron encontramos nuevamente a E.Coli y Klebsiella Pneumoniae, en 3 pacientes ambas (4,5%). TABLA 5.

Como muestra la tabla 6, para determinar el grado de significación estadística se compararon las variables cualitativas mediante la prueba Chi Cuadrado obteniendo un valor estadísticamente significativo ($p=0,000$).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados en este estudio, casi en el 85% de los pacientes del grupo donde se usó el EVP, se evitó el SV para detectar una RAO. No obstante, este porcentaje disminuyó hasta casi el 73%, ya que 8 pacientes fueron sometidos a la técnica de cateterismo urinario a pesar de no presentar RAO, para recoger una muestra de diuresis para estudio microbiológico urinario. TABLA 7.

Así mismo y de acuerdo con otros estudios como el de Ortega, D. G. podemos concluir que el hecho de disponer de un EVP en las unidades reduce el número de sondajes y de esa manera se disminuyen de forma considerable las complicaciones derivadas de esta técnica mejorando a su vez el bienestar del paciente.

Para las enfermeras este procedimiento de innovación en cuidados facilita la toma de decisiones de las intervenciones visibilizando la autonomía en este procedimiento cómo método indoloro, seguro, inocuo, fiable y objetivo para la detección de globo vesical. Todo ello justifica que debería generalizarse el uso por parte de las enfermeras evitando así el uso de sondajes vesicales innecesarios.

La orientación de los cuidados de enfermería al paciente geriátrico en la unidad de AGD se basa en una valoración geriátrica integral (VGI) con el fin de obtener resultados, tanto en la prevención del deterioro funcional y cognitivo del paciente, como en la recuperación de su proceso.

En la actualidad los avances en estos servicios giran alrededor de potenciar la autonomía enfermera en la atención a domicilio, el liderazgo de grupos educacionales para resolución de dudas, mejora de las actividades de la vida diaria y resolución de actuaciones ante los signos de alerta.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sánchez-Ortiz, M. et al. Empleo del sondaje vesical en el anciano hospitalizado. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 2021; 56(2), 96-99.
2. Gómez, S. et al. Detección de globo vesical mediante ecografía realizada por enfermería ante la sospecha de retención urinaria aguda. *Nursing (Ed. española)*.2017; 34(2), 62-66.
3. Ortega, D. G. et al. Impacto de la ecografía volumétrica portátil en el sondaje vesical por retención urinaria en una unidad de medicina interna. *Enfermería Global*. 2020; 19(1), 42-62.
4. Martín, I. L., & García, I. G. Una adecuada indicación y retirada precoz del sondaje vesical, disminuye la infección

del tracto urinario. *Enfermería Docente, Ciberindex* 2019; (111) 63-65. Disponible en <http://ciberindex.com/index.php/ed/article/view/11163ed> (acceso 5/4/2021)

5. Otero, M. R. M., & Ramos, N. A. Implantación del escáner volumétrico vesical: una nueva herramienta enfermera. *Nuevos tiempos de enfermería. Revista Oficial de la Asociación Española de Enfermería y Salud*. 2017; 5(2), 38-41
6. Vallejo, R. et al. Retención aguda de orina. *Panorama Actual del Medicamento*. 2015; 39:872-9.
7. Abdelwahab, H. et al. The reliability and reproducibility of ultrasonography for measuring the residual urine volume in men with lower urinary tract symptoms. *Arab J Urol*. 2014; 12:285-9.
8. Cabezón Gil, P. et al. Validez y fiabilidad de la ecografía vesical en la estimación no invasiva del volumen de orina en una Unidad de cirugía mayor ambulatoria. *Rev Esp Anestesiol Reanim [Internet]*. 2009; 56(8):479-84.
9. Fonseca Andrade VL, Veludo Fernandes FA. Prevención de la infección del tracto urinario asociada al cateterismo: estrategias en la implementación de las directrices internacionales. *RLAE*. 2016; 24: e2668.
10. Asensio J, et al. Sondaje vesical. *FMC*. 2017; 24(10):596-604. <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2017.04.004>
11. IBM Corp. Released 2013. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23.0. Armonk, NY: IBM Corp.

Tabla 1. Variables sociodemográficas de la muestra de estudio.

		N = 154	
Sexo	Hombre	63	40,90 %
	Mujer	91	59,10 %

	Mín.	Máx.	Media	(DE)
Edad	73	102	88,86	5,594

Mín. = Edad mínima; Máx. = Edad máxima; (DE)= desviación estándar

Tabla 2. Variables donde se descarta RAO mediante SV

GRUPO CONTROL		N = 88	57,10 %
¿Se detecta RAO?	NO	65	73,90 %
	SI	23	26,10 %
Cantidad diuresis	< 200 ml	65	73,90 %
	200 -499 ml	12	13,60 %
	500 - 1000 ml	9	10,20 %
	> 1000 ml	2	2,30 %
Muestra Urocultivo	NO	3	3,40 %
	SI	85	96,60 %
Resultado	Negativo	47	53,40 %
	Positivo	36	40,90 %
	Contaminada	2	2,30 %

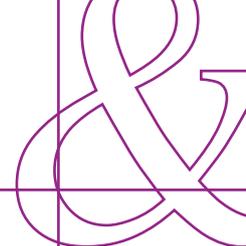


Tabla 3. Resultado de estudio microbiológico del grupo control.

MICROORGANISMO AISLADO				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	50	56,8	56,8	56,8
Enterococcus faecium/ Enterococcus faecalis	1	1,1	1,1	58,0
Candida Albicans	1	1,1	1,1	59,1
Candida glabrata	1	1,1	1,1	60,2
Candida tropicalis/Klebsiella pneumoniae	1	1,1	1,1	61,4
Contaminada	3	3,4	3,4	64,8
Enterobacter cloacae	1	1,1	1,1	65,9
Enterococcus faecalis	2	2,3	2,3	68,2
Enterococcus faecium	2	2,3	2,3	70,5
Escherichia coli	12	13,6	13,6	84,1
Escherichia coli/Pseudomona Aeureginosa	1	1,1	1,1	85,2
Klebsiella oxytoca / Proteus mirabilis	2	2,3	2,3	87,5
Klebsiella pneumoniae	5	5,7	5,7	93,2
Morganella morganii	1	1,1	1,1	94,3
Proteus hauseri/Escherichia Coli	1	1,1	1,1	95,5
Proteus mirabilis	2	2,3	2,3	97,7
Pseudomona Aeureginosa	1	1,1	1,1	98,9
Staphylococcus aureus	1	1,1	1,1	100,0
Total	88	100,0	100,0	

Tabla 4. Variables donde se descarta RAO mediante SV

GRUPO INTERVENCIÓN		N = 66	42,90 %
¿Se detecta RAO?	NO	56	84,80 %
	SI	10	15,20 %
Cantidad diuresis	< 200 ml	56	84,80 %
	200 -499 ml	5	7,60 %
	500 - 1000 ml	3	4,50 %
	> 1000 ml	2	3,00 %
Muestra Urocultivo	NO	35	53,00 %
	SI	31	47,00 %
Resultado	Negativo	18	27,30 %
	Positivo	12	18,20 %
	Contaminada	1	1,50 %

Tabla 5. Resultado de estudio microbiológico del grupo de intervención.

MICROORGANISMO AISLADO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	53	80,3	80,3	80,3
Citrobacter freundii	1	1,5	1,5	81,8
Contaminada	1	1,5	1,5	83,3
Enterococcus faecalis/Pseudomona aeruginosa	1	1,5	1,5	84,8
Escherichia Coli	3	4,5	4,5	89,4
Klebsiella pneumoniae	3	4,5	4,5	93,9
Proteus mirabilis	1	1,5	1,5	95,5
Pseudomonas Aeruginosa	1	1,5	1,5	97,0
Staphylococcus aureus	1	1,5	1,5	98,5
Yarrowia lipoly	1	1,5	1,5	100,0
Total	66	100,0	100,0	

Tabla 6. Significación estadística

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	70,986a	1	,000		
Corrección de continuidad	67,951	1	,000		
Razón de verosimilitud	72,904	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	70,525	1	,000		
N de casos válidos	154				

Tabla 7. Análisis estadístico.

		¿Se evita sondaje?		TOTAL
		NO	SI	
	NO	87 (98,9 %)	1 (1,1 %)	88
¿Se usa EVP?	SI	18 (27,3 %)	48 (72,7 %)	66
		105 (68,2 %)	49 (31,8 %)	154



Disfruta de un renting completo y flexible con tu seguro de coche.



Desde hoy, nuestros profesionales sanitarios tendrán la oportunidad de disfrutar, con su seguro de coche, de un producto innovador de renting.

Infórmate | **900 82 20 82**
en: | **www.amaseguros.com**

Servicio prestado por ALD Automotive



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

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

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

LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

www.amaseguros.com 900 82 20 82 / 913 43 47 00

Síguenos en



y en nuestra APP

