

Original

Mujeres cuidadoras: intervención comunitaria en mujeres promotoras de salud rural[☆]

Jaime González González^{a,*}, Guillermo Rico García^b, Ana María Izaguirre Zapatera^b, Sergio de Ángel Larrinaga^b y Manuel Lor Martín^b

^a Centro de Salud de Santa Olalla, Toledo, España

^b Centro de Salud de Navamorcuende, Toledo, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 25 de agosto de 2015

Aceptado el 19 de diciembre de 2015

On-line el 19 de febrero de 2016

Palabras clave:

Mujer

Calidad de vida relacionada con la salud

Intervención

Cuidado informal

Salud

R E S U M E N

La educación para la salud es uno de los pilares básicos de la atención primaria, para hacer que su intervención sobre la comunidad sea efectiva.

Material y métodos: Se realizan 9 charlas coloquio sobre alimentación saludable, primeros auxilios, ejercicio físico, reanimación cardiopulmonar básica, factores de riesgo cardiovascular, control de estrés, tabaquismo, sexualidad, climaterio y menopausia. Se realiza un análisis estadístico pre-post intervención mediante la «t» de Student apareada.

Resultados: Cincuenta y una mujeres (22-58 años) $p < 0,05$, significativa en todos los ítems valorados.

Conclusiones: Nuestra intervención ha servido para mejorar los conocimientos de nuestras pacientes para que puedan desarrollarse como vectores de salud.

© 2016 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Carer women: community intervention in rural health promoter women

A B S T R A C T

The health education is one of the basic pillars of primary care to make community intervention effective.

Material and methods: A series of 9 lectures were held on: healthy eating, first aid, physical, basic cardiopulmonary resuscitation, cardiovascular risk factors, stress management, smoking, sexuality, and menopause. A pre-post intervention statistical analysis was performed by paired Student t test.

Keywords:

Woman

Health-related quality of life

Intervention

Informal care

Health

[☆] El trabajo que aquí compartimos ha sido presentado a los premios de investigación de la gerencia de atención primaria de Talavera de la Reina en concurrencia competitiva obteniendo el primer premio.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jaime.gonzalez@uclm.es (J. González González).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.mgyf.2015.12.007>

1889-5433/© 2016 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Results: A $P < .05$, significant for all items evaluated was observed in 51 women (22-58 years).
Conclusions: Our intervention has helped to improve the knowledge of our patients, which may be developed as health vectors.

© 2016 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La Organización Mundial de la Salud define educación para la salud como «una actividad educativa diseñada para ampliar el conocimiento en relación con la salud y desarrollar habilidades y conocimientos personales que promuevan salud»¹. Por ello la actividad sanitaria también debe contemplar la prevención de la enfermedad como objetivo y las intervenciones educativas, tanto individuales como comunitarias como estrategia.

En España, al igual que en otros países europeos, las mujeres representan el 84% de los cuidadores encargados de atender a personas dependientes². Aunque existen estudios que ponen de manifiesto los efectos positivos para el cuidador del ejercicio de esta actividad, son más numerosos los que documentan efectos adversos sobre la salud³ y su calidad de vida⁴.

El objetivo de nuestro estudio ha sido realizar un programa de educación para la salud, encaminado a formar a mujeres en cuidados para que promuevan la salud en su ámbito familiar y social.

Material y métodos

Se lleva a cabo captación e información sobre el programa a realizar en las consultas de atención primaria de medicina y enfermería sobre mujeres mayores de edad de la zona básica de salud rural de Navamorcuende (Toledo), que no tienen trabajo remunerado fuera de su domicilio, que tienen a su cargo personas menores de edad (hijos) o mayores de edad familiares dependientes o no dependientes a su cargo.

Se realizan 9 charlas coloquio de 90 min de duración por médicos y enfermeros del centro salud de Navamorcuende sobre alimentación saludable, primeros auxilios, ejercicio físico, reanimación cardiopulmonar básica, factores de riesgo cardiovascular, control de estrés, tabaquismo, sexualidad, climaterio y menopausia.

Se efectúa una prueba no estandarizada, no validada, llevada a cabo preintervención con los puntos más importantes que se quieren transmitir a las mujeres-alumnas, en la que se valoran los contenidos teórico-prácticos sobre la materia a tratar (por ejemplo alimentación saludable [anexo 1 y tabla 1]). La prueba se realiza a la llegada a la charla-debate, para valorar los conocimientos de las mujeres cuidadoras sobre los temas a tratar. Esta prueba es evaluada por el ponente de 0 a 10.

Tras un periodo de entre una y 2 semanas, y con los conocimientos adquiridos en las charlas junto con el trabajo en grupo de las mujeres, se lleva a cabo en la siguiente charla del

programa la misma prueba test que habíamos efectuado con anterioridad, para poder ver los progresos en los temas que se había tratado.

Para realizar el trabajo en grupo y en el domicilio contamos con la ayuda de las bibliotecarias de la zona básica de salud, que llevan a cabo grupos de lectura y debates informales y ponen a disposición de la población estudiada bibliografía y vídeos sobre los temas que se tratan en las charlas-ponencias.

Para el análisis estadístico se utiliza el programa SPSS15.0 y la «t» de Student para datos apareados pre y postintervención.

Resultados

Asisten 51 mujeres, con una media de 34 asistentes por sesión con una edad comprendida entre 22 y 58 años.

La valoración de la prueba no estandarizada se recoge en la tabla 1 y en la figura 1.

En el caso del trabajo sobre sexualidad no se realizó la prueba debido a que ellas mismas pidieron por pudor e intimidad no responder a dichas preguntas, aunque la charla y el trabajo en grupo se realizó igual que en los otros temas a tratar.

En todos los casos la variación de los resultados entre ambas pruebas fue significativa ($p < 0,05$).

Comentario

La educación para la salud grupal es una estrategia muy interesante para la transmisión de conocimientos y habilidades a nuestra población, y así facilitar que la familia sea el principal proveedor de cuidados de la salud, lejos del modelo de prestación de salud en el centro sanitario⁵.

Las participantes se han beneficiado de la dinámica de grupo, que aporta participación, desinhibición, comunicación, compartir experiencias, y por supuesto adquirir conocimientos y habilidades en cuestiones de salud.

Sin embargo, somos conscientes de los sesgos que puede aportar este estudio, debido a que el tamaño muestral es limitado, pues principalmente es un medio rural y las mujeres tenían muchas dificultades para acudir a las charlas por ser precisamente cuidadoras. A ello se añade el sesgo que puede suponer que las mujeres sepan con anterioridad las preguntas que se les van a hacer en la prueba posintervención. No fue solamente nuestro objetivo una mejora en una prueba no validada, sino que nuestra intención fue transmitir una información a un grupo diana de difícil acceso, de forma directa y personalizada, en un entorno menos rígido que las consultas, y a su vez válida para acceder a personas que no acuden habitualmente a nosotros.

Tabla 1 – Diferencias pre y post intervención (0-10)

	N.º mujeres	Pretest (1)	Posttest
Alimentación saludable	36	5,42	8,37
Primeros auxilios	34	5,66	8,2
Ejercicio físico saludable	30	6	8,37
Reanimación cardiopulmonar básica	37	4,27	7,37
Factores de riesgo cardiovascular	31	7,27	9,27
Control del estrés	36	7,27	7,37
Tabaquismo	34	6,5	9
Etapas de la sexualidad	32	--2)	-
Climaterio y menopausia	36	5,8	7,8

Sabemos que se han producido otros beneficios intangibles, como el aumento de la autoestima de estas mujeres, al haberse concienciado de su papel fundamental como promotoras de salud en su entorno.

La educación sexual es un área de mejora, debido a los problemas de pudor y de mantenimiento de la intimidad de las mujeres, a pesar de lo cual la asistencia y participación fue importante. Es un tema en el que el trabajo puede ampliarse y mejorarse con nuevas intervenciones.

En nuestra práctica diaria nos centramos sobre todo en la atención individual desde una perspectiva enfocada a la curación y evitación de complicaciones de enfermedades existentes. La promoción de la salud y la prevención primaria son pilares fundamentales de la salud pública y los profesionales de atención primaria los más indicados para desarrollarlas. No obstante, la realidad es que apenas dedicamos recursos a estas actividades.

Quizás debemos modificar algunos aspectos de nuestra práctica asistencial para fomentar la salud, no solo cuando ya existe la enfermedad, sino antes de que pueda aparecer. Para ello es fundamental llegar a colectivos que apenas acuden a nuestras consultas por no padecer ninguna enfermedad, como jóvenes y trabajadores sanos.

Las mujeres de nuestro proyecto han podido ser un vehículo inestimable de transmisión de conocimientos y actitudes a estas personas a las que no podemos acceder de otra forma, y han contribuido de manera intangible con el sistema de salud formal⁶.

También opinamos que los grupos que se formen deben tener continuidad en el tiempo, ya que es previsible que los

efectos beneficiosos se vayan diluyendo. Hemos propuesto al grupo su continuidad con reuniones mensuales en las que tratamos otros temas sugeridos por ellas; incluso hemos propuesto que sean algunas de las propias participantes quienes, contando con nuestra tutorización, puedan ser protagonistas de algunas exposiciones. Esto es la esencia de la promoción de la salud.

Conclusión

El programa multidisciplinar diseñado de educación para la salud es eficaz para hacer llegar conocimientos sobre alimentación saludable, primeros auxilios, ejercicio físico, RCP básica, factores de riesgo cardiovascular, control de estrés, tabaquismo, sexualidad, climaterio y menopausia en el grupo de mujeres promotoras de salud en el medio rural.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

No existe conflicto de intereses.

Agradecimientos

Agradecimientos a Maruli, bibliotecaria del Área de Salud de Navamorcuede, por su apoyo en este proyecto.

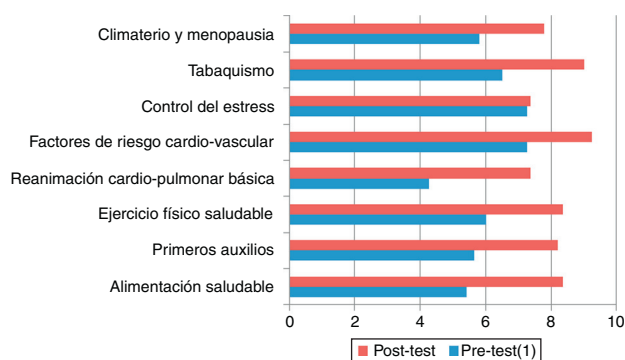


Figura 1 – Cambios en conocimientos tras intervención comunitaria.

ANEXO 1. Alimentación saludable

1. ¿Cuántas veces debemos comer al día?
 - 2.
 - 3.
 - 4.
 - 5.
2. ¿Cuántas veces a la semana debemos comer carne y pescado?
 - 2.
 - 3.
 - 4.
 - Todos los días.
3. ¿Cuántas veces a la semana debemos comer cereales?
 - 2.
 - 3.
 - 4.
 - Todos los días.
4. ¿Cuántas veces a la semana debemos comer frutas y vegetales?
 - 2.
 - 3.
 - 4.
 - Todos los días.
5. El consumo de 4 vasos de vino al día, ¿puede ser beneficioso?
 - Sí.
 - No.
6. Un valor de índice de masa corporal por encima de 25 kg/m² es:
 - Bajo peso.
 - Normopeso.
 - Sobrepeso.
 - Obesidad.
7. Un valor de índice de masa corporal por encima de 30 kg/m² es:
 - Bajo peso.
 - Normopeso.
 - Sobrepeso.
 - Obesidad.
8. Para adelgazar, ¿es bueno realizar ayunos prolongados?
 - Sí, se come menos y se adelgaza más rápido.
 - No, porque el cuerpo requiere menos cantidad de comidas pero con la misma frecuencia.
9. La dieta mediterránea se basa en el consumo frecuente de:
 - Carnes y pescado.
 - Cereales y legumbres.
 - Grasas.
 - Derivados lácteos.
10. ¿Cuántos litros de líquido debemos beber al día?
 - 0-1.
 - 2-3.
 - 4-5.
 - 7.

BIBLIOGRAFÍA

1. Beltrán AC, Moreno LMS, Oliva MA, Arcia DM, Hernández EH. Fundamentos de la preparación a los directivos de preuniversitario para dirigir la educación para la salud. *Revista ENLACE*. 2012;18:1-9.
2. Larrañaga I, Martín U, Bacigalupe A, Begiristáin JM, Valderrama MJ, Arregi B. Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *Gac Sanit*. 2008;22:443-50 [consultado 20 Feb 2013]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000500008&lng=es.
3. Graesel E. When home care ends. Changes in the physical health of informal caregivers caring for dementia patients: A longitudinal study. *J Am Geriatr Soc*. 2002;50:843-9.
4. Martínez-Martín P, Benito-León J, Alonso F, Catalán MJ, Pondal MJ, Zamarbide I, et al. Quality of life of caregivers in Parkinson's disease. *Qual Life Res*. 2005;14:463-72.
5. García-Calvente MM, Mateo-Rodríguez I, Maroto-Navarro G. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gac Sanit* [revista en la Internet] [consultado 26 Feb 2013]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000500011&lng=es.
6. Viviane Jofre A, Sara Mendoza P. Toma de decisiones en salud en mujeres cuidadoras informales. *Cienc Enferm*. 2005;11:37-49.