

Quantitative & Qualitative Community Nursing Research



SEAPA

Sociedad de Enfermería
Familiar y Comunitaria
de Asturias



Enfermería Comunitaria

Volume [10]

Number [4]

November 2022

Available at: <https://www.seapaonline.org/revista>

Entidad editora:

SEAPA (Sociedad de Enfermería Familiar y Comunitaria de Asturias)

Director [Editor in chief]:

Rubén Martín Payo (PhD)
Universidad de Oviedo

Dirección asociada [Associate editors]:

Ana González Pisano (PhD) (SEAPA/ SESPA)

Lara Menéndez González (SEAPA/ SESPA)

Teresa López Castellanos (SEAPA/ SESPA)

Comité Editorial [Editorial board members]

Edurne Zabaleta del Olmo (PhD)
Fundació Institut Universitari per a la recerca a l'Atenció Primària de Salut Jordi Gol i Gurina (IDIAPJGol)

Ángel Romero Collado (PhD)
Universidad de Girona

Rosalía Santesmases Masana (PhD)
EUI Sant Pau

Carlos Berlanga Macías (PhD)
Universidad de Castilla-La Mancha

Olga López-Dicastillo (PhD)
Universidad Pública de Navarra

Carmen Pérez Fuentes (PhD)
Universidad de Almería

Naia Hernantes Colias (PhD)
Universidad del País Vasco

Maria Duaso (PhD)
King's College London

Santiago Martínez Isasi (PhD)
Universidad de Santiago de Compostela

Daniel Fernández García (PhD)
Universidad de León

Ana I. Cobo Cuenca (PhD)
Universidad de Castilla-La Mancha

Juan M. Carmona Torres (PhD)
Universidad de Castilla-La Mancha

Jose A. Laredo Aguilera (PhD)
Universidad de Castilla-La Mancha

Marcus Heumann (MsC)
Bielefeld University

Alberto Lana Pérez (PhD)
Universidad de Oviedo

Jose A. Zafra Agea (PhD)
Escuelas Universitarias Gimbernat

Mei Fu (PhD)
Rutgers University

María del Mar Fernández Álvarez (PhD)
Universidad de Oviedo

Cristina Papin Cano (PhD)
Servicio de Salud del Principado de Asturias

Robert Kerrison (PhD)

University of Surrey

Xana González Méndez

Servicio de Salud del Principado de Asturias

Enrique Castro Sánchez (PhD)

University of West London

Graciela Fernández García

Universidad de Oviedo

Mary Luz Jaimes Valencia (PhD)

Universidad Autónoma de Bucaramanga

Lorena Martínez Delgado (PhD)

Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales

Dora Stella Melo Hurtado (MSc)

Pontificia Universidad Javeriana

Breanna Hetland (PhD)

University of Nebraska

Diego J. Villalba Soria

FAECAP

Vanesa Cantón Habas (PhD)

Universidad de Córdoba

Pedro Manuel Rodríguez Muñoz

Universidad de Salamanca

Cristina Rivera Picón

Universidad Pontificia de Salamanca

Usama Bilal

Drexel University

Editorial

Revista Otoño 2022

Natalie Gil, Anna Cox, Katriina L Whitaker and Robert Kerrison
School of Health Sciences, University of Surrey

Inequity in HPV vaccination, primary HPV screening, and sexual health education for people with learning disabilities, autism, and severe mental illness: A discussion.

The sexual lives of people with learning disabilities, autism or both, have long been subject to restriction and stigma [1, 2] and are often mediated by family members and support workers, as well as outdated policies that while initially designed to be protective, ultimately limit opportunity for sexual freedom and self-expression [3]. Moreover, a growing body of research indicates that far from being risk-averse, current attitudes and practices increase the likelihood of risky sexual behaviours [4] by driving sexuality 'underground' and removing opportunities for sexual health education and discussion [5]. Further, these attitudes contribute to the general misunderstanding among families and health care providers (HCP's) that people with learning disabilities and/or autism are asexual [6] and do not require access to the same public health interventions as the general population [7], such as HPV vaccination [8] and sexual and reproductive health screening [9, 10]. However, research suggests that sexuality and relationships are an important part of how people with learning disabilities experience their lives [11], and yet, despite being fertile and sexually active, are unsupported in accessing appropriate sexual,

reproductive, and gynaecologic healthcare [12]. Indeed, recent findings from a study investigating sexual health, orientation, and activity among autistic individuals, found that compared to the general population, they may express a wider range of sexual orientations, are more likely to be homosexual [13], have a lower mean age of first sexual activity and show no difference in rates of acquisition of sexually transmitted infections [2]. They are also found to be at an increased risk for poorer mental and physical health, have a lack of accessible sexual health information and screening, and may experience greater stress and discrimination arising from this intersectionality [2].

Rates of mental health problems are higher among people with learning disabilities and autism [14] and it is estimated that up to 40% of people with a developmental disability also experience mental illness, with 8.3% receiving a diagnosis of severe mental illness (SMI) [15]. Moreover, common risk factors exist for people with learning disabilities, autism, SMI, and a reduced likelihood of screening [16], including poverty and low educational attainment [17]. Women from these groups have been reported to be less knowledgeable about

cervical cancer, screening, and sexual health [18]. A systematic review and meta-analysis, which included international data on more than 4.7 million individuals, concluded that people (women in particular) with mental illness, including SMI, are significantly less likely to undergo screening of any kind than the general population. [17] However, it is known that people who live with SMI are sexually active, likely to engage in risky sexual behaviour [19] and have been found to be at an increased risk for sexually transmitted infections and unwanted pregnancies [20]. In the UK, it is recognised that people with SMI have unaddressed sexual health needs [21] but that there is limited empirical evidence available to inform effective interventions. However, a small feasibility trial found that it is possible to promote sexual health in this group, and that fully powered trials are needed to establish the effectiveness of such health promotion interventions [22].

Clearly, common barriers to sexual and reproductive health exist for people with learning disabilities, autism, and SMI [20]. Addressing the significant structural and social barriers to sexual health services and screening promotion and encouraging conversations about reproductive health is a priority for all vulnerable groups to ensure equitable health outcomes. For example, it has been widely reported that the introduction of the Human Papilloma Virus (HPV) vaccination in England has 'successfully almost eliminated' cervical cancer in women born after 1995 [23]. However, while England's largely successful HPV vaccination [24] and cervical screening programmes [25] have achieved widespread coverage, there remains significant variation in uptake [26]. While there is little nationally representative data available regarding uptake among people with learning disabilities, autism and SMI, several small regional studies suggest they are less likely to receive both first and second doses of HPV vaccine [8, 27] and significantly less likely to undergo cervical/primary HPV screening [28] [29]. Recent changes in the legal framework

around self-consent for HPV vaccination in England has potential to further exacerbate inequalities in uptake, due to the perceived (and actual) inability of people with learning disabilities, autism, and SMI to make an informed choice [30].

There is now widespread recognition that sexual and reproductive health rights (SRHR) are central to overall health and well-being [31], with the World Health Organisation (WHO) defining SRHR as a state of complete physical, mental and social well-being in all matters relating to the reproductive system, a safe and satisfying sex life, the capability to reproduce, and the freedom to decide if-and-when to do so [32]. In the UK, the Equality Act (2010) [33] states that reasonable adjustments must be made to remove barriers faced by people with learning disabilities, autism, and SMI, to receiving equitable access to healthcare services. However, addressing current ableist policies in service delivery will be key to upholding these rights. It is clear that both more research and greater intervention is needed if we are to achieve the visions laid out by these charters. Yet largely absent from the discussion on SRHR are the voices of people with people with learning disabilities, autism, and SMI, themselves. Their experiences require in-depth exploration if we are to advance knowledge in this area, and must inform the design and development of the research itself, through a diverse and participatory research environment [34]. Then may we begin to improve our understanding of the barriers and facilitators to HPV vaccination and primary HPV screening among vulnerable groups, to discover how people with learning disabilities, autism and SMI would like to be empowered in their decision-making, and use these insights to underpin the development of interventions that will improve uptake, and inform and encourage sexual health preventative behaviours.

It may be possible to further advance health equity by establishing the

intersectionality [35] faced by belonging to more than one of these groups [36], and whether those who have a combination of learning disability, autism, and SMI have even lower uptake of HPV vaccination and screening, than those with just one. Moreover, incorporating an intersectional framework in future research will allow for a clear understanding of the multiple conditions of inequality often surrounding the lives of people with learning disabilities, autism and SMI, including ethnicity, socioeconomic position, gender identity and expression, and how this may intensify their experiences of marginalisation [1]. In

recognising the synergistic and multiplying effects of this intersectionality, we may then move further towards advancing health equity, not only in improving access to HPV vaccination, screening, and sexual health education, but by addressing the structural and social stigma that has encouraged existing disparities. By challenging existing narratives, which limit opportunities for sexual and reproductive freedom and self-expression, we can empower people with learning disabilities, autism, and SMI in supported decision making and personal choice throughout their lives, thus fully exercising their most fundamental human rights.

Referencias

1. Carter A. The Sexual and Reproductive Health and Rights of Young People with Intellectual Disability: A Scoping Review. *Sexuality Research and Social Policy*, 2022; 19(1): 372-390.
2. Weir E, Allison C, Baron-Cohen S. The sexual health, orientation, and activity of autistic adolescents and adults. *Autism Res*, 2021; 14(11): 2342-2354.
3. Wilson NJ. A narrative review of the literature about people with intellectual disability who identify as lesbian, gay, bisexual, transgender, intersex or questioning. *Journal of Intellectual Disabilities*, 2016; 22(2): 171-196.
4. Matin BK. Sexual health concerns in women with intellectual disabilities: a systematic review in qualitative studies. *BMC public health*, 2021; 21(1): 1965-1965.
5. McCarthy M. Women with intellectual disability: Their sexual lives in the 21st century. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 2014; 39(2): 124-131.
6. McCarthy M. Prescribing Contraception to Women with Intellectual Disabilities: General Practitioners' Attitudes and Practices. *Sexuality and Disability*, 2011; 29(4): 339-349.
7. Prakriti Singh S. Challenges in Providing Reproductive and Gynecologic Care to Women With Intellectual Disabilities: A Review of Existing Literature. *Journal of Family and Reproductive Health*, 2022; 16(1).
8. MacLeod R, Tuffrey C. Immunisation against HPV in girls with intellectual disabilities. *Archives of Disease in Childhood*, 2014; 99(12): 1068.
9. Chan D. A systematic review of the barriers and facilitators influencing the cancer screening behaviour among people with intellectual disabilities. *Cancer Epidemiology*, 2022; 76: 102084.
10. McCarthy M. Sexuality, in Health of Women with Intellectual Disabilities. 2002: 90-102.
11. O'Shea A, Frawley P. Gender, sexuality and relationships for young Australian women with intellectual disability. *Disability & Society*, 2020; 35(4): 654-675.
12. Abells D, Kirkham YA, Ornstein MP. Review of gynecologic and reproductive care for women with developmental disabilities. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 2016; 28(5).
13. George R, Stokes MA. Sexual Orientation in Autism Spectrum Disorder. *Autism Res*, 2018; 11(1): 133-141.
14. England PH. Health Inequalities: Mental Health Problems. 2018.
15. NICE. Mental health problems in people with learning disabilities: prevention, assessment and management., in NICE guideline [NG54]. 2016, National Institute for Health and Care Excellence.
16. Public Health England. Population screening: reducing inequalities for people with a learning disability, autism or both. 2021.
17. Solmi M. Disparities in cancer screening in people with mental illness across the world versus the general population: prevalence and comparative meta-analysis including 4 717 839 people. *The Lancet Psychiatry*, 2020; 7(1): 52-63.
18. Giorgi-Rossi P, Baldacchini F, Ronco G. The Possible Effects on Socio-Economic Inequalities of Introducing HPV Testing as Primary Test in Cervical Cancer Screening Programs. *Front Oncol*, 2014; 4: 20.
19. Meade CS, Sikkema KJ. Psychiatric and psychosocial correlates of sexual risk behavior among adults with severe mental illness. *Community Ment Health J*, 2007; 43(2): 153-169.
20. Pandor A. Sexual health risk reduction interventions for people with severe mental illness: a systematic review. *BMC Public Health*, 2015; 15(1): 138.
21. Hughes E. Identifying and addressing sexual health in serious mental illness: Views of mental health staff working in two National Health Service organizations in England. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2018; 27(3): 966-974.
22. Hughes E. The RESPECT study: a feasibility randomised controlled trial of a sexual health promotion intervention for people with serious mental illness in community mental health services in the UK. *BMC Public Health*, 2020; 20(1): 1736.
23. Falcaro M. The effects of the national HPV vaccination programme in England, UK, on cervical cancer and grade 3 cervical intraepithelial neoplasia incidence: a register-based observational study. *The Lancet*, 2021; 398(10316): 2084-2092.
24. Robles C. Determinants of Human Papillomavirus Vaccine Uptake by Adult Women Attending Cervical Cancer Screening in 9 European Countries. *American Journal of Preventive Medicine*, 2021; 60(4): 478-487.
25. Massat NJ. Variation in cervical and breast cancer screening coverage in England: a cross-sectional analysis to characterise districts with atypical behaviour. *BMJ Open*, 2015; 5(7): e007735.
26. Agency UHS. Human papillomavirus (HPV) vaccination coverage in adolescent females and males in England: 2020 to 2021, in Health Protection Report. 2021. England.

27. Tuffrey C, Finlay F. Immunisation status amongst children attending special schools. *Ambulatory Child Health*, 2001; 7(3-4): 213-217.
28. Byrnes K. Attitudes and perceptions of people with a learning disability, family carers, and paid care workers towards cancer screening programmes in the United Kingdom: A qualitative systematic review and meta-aggregation. *Psychooncology*, 2020; 29(3): 475-484.
29. England PH. *Health Inequalities: Cervical Cancer*. 2019.
30. Smith L. Cancer survivors' attitudes towards and knowledge of physical activity, sources of information, and barriers and facilitators of engagement: A qualitative study. *Eur J Cancer Care (Engl)*, 2017; 26(4).
31. Starrs AM. Accelerate progress-sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission. *Lancet*, 2018; 391(10140): 2642-2692.
32. (WHO), W.H.O., *Sexual and Reproductive Health Rights (SHRH)*. 2022.
33. [Legislation.gov.uk](https://legislation.gov.uk), Equality Act 2010 [online] 2010.
34. Baines S. Sexual activity and sexual health among young adults with and without mild/moderate intellectual disability. *BMC Public Health*, 2018; 18(1): 667.
35. Mandelbaum J. Advancing health equity by integrating intersectionality into epidemiological research: applications and challenges. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2020; 74(9): 761.
36. Holman D. Can intersectionality help with understanding and tackling health inequalities? Perspectives of professional stakeholders. *Health Research Policy and Systems*, 2021; 19(1): 97.

Percepción de las enfermeras pediátricas de atención primaria sobre el Programa Infancia con Salud

Maria, Arévalo-Garzón¹ (RN); David, Cámara Liébana¹ (RN, PhD); Susanna, Trèmols Iglesias² (RN); Glòria, Reig Garcia^{1,3} (RN, PhD)

¹ Departamento de Enfermería. Universidad de Girona. Carrer Emili Grahit, 77, 17003 Girona.

² Centro de Salut Breda-Hostalric. Instituto de Asistencia Sanitaria. Carrer Major, 32, 17450 Hostalric, Girona

³ Grupo de investigación Salud y Atención Sanitaria. Universidad de Girona. Carrer Emili Grahit, 77, 17003 Girona.

Contacto: david.camaradg.edu

Manuscrito recibido: 19/07/2022

Manuscrito aceptado: 19/10/2022

Cómo citar este documento

Arévalo-Garzón M, Cámara Liébana D, Trèmols Iglesias S, Reig Garcia G. Percepción de las enfermeras pediátricas de atención primaria sobre el Programa Infancia con Salud. Quantitative and Qualitative Community Research RqR. 2022 Nov; 10 (4): 8-21.

Original

Resumen

Objetivo: Conocer la percepción de las enfermeras pediátricas de atención primaria en relación con el liderazgo enfermero del Programa Infancia con Salud, así como identificar propuestas de mejora del mismo.

Metodología: Estudio cualitativo a través de entrevistas semiestructuradas a cinco enfermeras pediátricas de Atención Primaria de la región sanitaria de Girona (España). Se realizó un análisis temático del contenido de las entrevistas.

Resultados: Los resultados del estudio proporcionaron tres temas relacionados con la percepción de las enfermeras sobre el programa: (1) rol autónomo de la enfermera (aumentar el rol autónomo de la enfermera proporciona beneficios para los niños/as, sus familias y para el resto de profesionales de la salud); (2) dificultades y aspectos de mejora (se identifican las barreras idiomáticas y culturales junto al manejo de situaciones de no normalidad como las principales

dificultades, y el aumento de las actividades grupales, la formación enfermera en auscultación y exploración abdominal y una mayor atención psicológica como aspectos de mejora); y (3) nuevas necesidades de la población infantil y su entorno (especialmente relacionadas con la complejidad durante la adolescencia y la diversidad cultural).

Conclusiones: Las enfermeras pediátricas consideran necesario potenciar el rol autónomo de la enfermera en el Programa Infancia con Salud. Las principales dificultades en el desarrollo del programa son la barrera idiomática con algunas familias y la falta de formación de las enfermeras en diversidad cultural, auscultación y exploración abdominal. Asimismo, el programa debería incluir más visitas grupales, mejorar los circuitos asistenciales para la atención psicológica de los niños y adolescentes y adecuarse a las necesidades de una población culturalmente más diversa y con una población adolescente más compleja.

Palabras clave:

Atención Primaria de Salud; Atención Ambulatoria; Enfermería en Salud Comunitaria; Niño; Salud; Pediatría.

Perception of primary care pediatric nurses about the Healthy Childhood Program

Abstract:

Objective: To know the perception of pediatric nurses of primary care regarding the nursing leadership of the Childhood with Health Program, as well as to identify proposals for its improvement.

Methodology: Qualitative study through semi-structured interviews with five primary care pediatric nurses in the health region of Girona (Spain). A thematic analysis of the content of the interviews was carried out.

Results: The results of the study provided three themes related to nurses' perception of the program: (1) autonomous role of nurses (increasing the autonomous role of nurses provides benefits for children, their families and other health professionals); (2) difficulties and aspects of improvement (Idiomatic cases and cultural barriers are identified along with the management of situations of non-normality as the main difficulties, and the increase in group activities,

nursing training in auscultation and abdominal examination, and greater psychological care as aspects of improvement); and (3) new needs of the child population and their environment (especially related to complexity during adolescence and cultural diversity).

Conclusions: Pediatric nurses consider it necessary to enhance the autonomous role of nurses in the Healthy Childhood Program. The main difficulties in the development of the program are the language barrier with some families and the lack of training of nurses in cultural diversity, auscultation and abdominal exploration. The program should also include more group visits, improve care channels for psychological care for children and adolescents, and be adapted to the needs of a culturally more diverse population with a more complex adolescent population.

Introducción

La salud infantil es altamente dependiente de los cambios socioeconómicos y de las actuaciones sanitarias asistenciales y preventivas (1). Aunque la reforma de la Atención Primaria en España en los años ochenta supuso una gran transformación de la atención pediátrica, alcanzando grandes resultados en pediatría preventiva, actualmente la población infantil continúa siendo uno de los grupos poblacionales más vulnerables sobre el que actuar (1). Para ello, la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria pone a disposición de las diferentes instituciones el Programa Salud Infantil, que incluye actividades de promoción y prevención desde el nacimiento hasta los 18 años. La elaboración de este documento pretendía sistematizar y reducir las diferencias entre los cuidados de la población infantil y adolescente en el territorio español (1). No obstante, las intervenciones de prevención y promoción de la salud en pediatría entre las distintas comunidades autónomas españolas siguen siendo variables (2-4).

En Cataluña, la atención primaria de salud a niños y adolescentes sanos se proporciona a través del Programa Infancia con Salud. Este programa propone un conjunto de actividades preventivas y de promoción de la salud, e implica al ciudadano en la gestión de su propia salud, reforzando las actuaciones de prevención y promoción de la salud en el ámbito de la Atención Primaria y Comunitaria como eje vertebrador del sistema. Las recomendaciones contenidas en el programa permiten combinar de forma eficiente las diferentes actividades preventivas y de promoción de la salud con las actuaciones asistenciales a la edad pediátrica (5).

El Programa Infancia con Salud engloba la atención desde el nacimiento hasta los catorce años y consta de diecinueve revisiones de salud, algunas realizadas de forma autónoma por la enfermera y otras en colaboración con el o la pediatra. Los dos profesionales del equipo de pediatría tienen una

actividad propia y relevante en las visitas a la edad pediátrica, aunque la enfermera tiene un mayor peso específico en las actividades y tiempo dedicado. Las actividades desarrolladas por el pediatra o la pediatra son: la exploración física por aparatos, lo que complementa los cribados hechos por la enfermera, la valoración integral del niño o niña y su familia (situación psicosocial, controles de enfermedad, seguimiento por especialistas y tratamientos) y el diagnóstico y seguimiento de las alteraciones detectadas. Asimismo, las enfermeras se ocupan de la valoración integral del menor y de su familia, de las actividades de cribado (somatometría, test de desarrollo psicomotor, alimentación, tensión arterial, cribado visual e auditivo, cribado metabólico y valoración psicosocial), de la gestión del programa de actividades preventivas y de promoción de la salud así como del programa de vacunas, de la elaboración del plan terapéutico para el seguimiento de las alteraciones detectadas y de la educación y promoción del autocuidado. Actualmente, las enfermeras desarrollan con rol autónomo seis de las diecinueve revisiones del programa (6).

El Plan estratégico de Ordenación de la Atención de Pediatría en la Atención Primaria, elaborado por el Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña en 2007, con el fin de dar respuesta a los problemas organizativos y a la carencia de pediatras en Cataluña, ya proponía una mayor competencia y responsabilidad de las enfermeras en los cuidados de la población infantil y adolescente, asumiendo que cada profesional puede incrementar sus competencias adecuadamente teniendo en cuenta sus posibilidades (humanas, científicas y técnicas) y la realidad económica, sanitaria y social del país (7). En esta línea, en los últimos años, los equipos de salud pediátricos apuestan por la redistribución de competencias, potenciando la autonomía de la enfermera en las revisiones de salud en esta etapa (8).

Además, la atención sanitaria en general, y la atención pediátrica en particular,

se enfrenta a un escenario cambiante, con más diversidad cultural y social (1, 2), y con una población infantil y especialmente adolescente, con problemas de salud más complejos (9). Esto constituye un reto para los profesionales de la salud y para las enfermeras, los que tienen que dar una respuesta desde una mirada holística e integral (2).

El rol y el liderazgo de la enfermera en la atención de la población infantil y adolescente es fundamental para asegurar una atención de calidad, pero este liderazgo enfermero no siempre se visualiza del mismo modo en todas las áreas básicas de salud del territorio (10, 11). En este sentido, conocer la opinión de las enfermeras es clave para evaluar la adecuación del programa y garantizar una atención segura y de calidad a la población infantil y a sus familias

Objetivo

Conocer la percepción de las enfermeras pediátricas de Atención Primaria en relación con el liderazgo enfermero del Programa Infancia con Salud e identificar propuestas de mejora.

Método

Se realizó un estudio cualitativo mediante entrevistas semiestructuradas durante el año 2022. La población de estudio estaba formada por enfermeras del servicio de pediatría de 3 áreas básicas de Atención Primaria de la región sanitaria de Girona. Los participantes se seleccionaron según un muestreo intencionado y homogéneo, todas eran profesionales de atención primaria y del servicio de pediatría, y heterogéneo seleccionando participantes de rangos de edad y centros de trabajo diferentes. El tamaño de la muestra final fue guiado por el concepto de "poder de la información", el que nos indica que cuanto más información relevante para el estudio contenga la

muestra, menor será la cantidad de participantes que se necesita (12). Asimismo, este tamaño de la muestra dependerá del objetivo de estudio, la especificidad de la muestra, el uso de la teoría establecida, la calidad del diálogo y la estrategia de análisis. Inicialmente, nos planteamos cinco entrevistas semiestructuradas, así que el poder la información, que proporciona validez interna a la investigación, sería el criterio para determinar el tamaño de la muestra final, si es necesario, ampliando el número de entrevistas (12,13).

Se elaboró un guión de entrevista semiestructurada para la recogida de datos (Figura 1). Las entrevistas tuvieron una duración aproximada de 45-60 minutos y se realizaron de forma virtual mediante la plataforma de videoconferencias de la Universidad de Girona. Los primeros minutos sirvieron para crear un ambiente confortable. Las entrevistas se iniciaron con una pregunta general relacionada con el Programa Infancia con Salud, facilitando así el inicio del relato de las participantes. Estas fueron grabadas para posteriormente ser transcritas y analizadas (14). Para garantizar el rigor metodológico se utilizó un diario de campo, donde se registraron las motivaciones personales, las presunciones sobre el tema, la posición teórica y la historia personal. Además, durante el proceso de investigación, se realizó un ejercicio de reflexión respecto a la aproximación y los métodos elegidos para el proyecto (15,16).

Tres miembros del equipo de investigación analizaron de forma independiente las entrevistas transcritas para establecer previamente los temas a analizar. Posteriormente se siguieron las seis fases del análisis temático de Braun y Clarke (17). El análisis temático es un método con una fase descriptiva en la cual se organiza la información para realizar una descripción de los datos. Se procede a leer línea por línea y holísticamente para de esta forma generar códigos abiertos que posteriormente se agrupan por criterios de similitud

y configurar las categorías de análisis. La codificación se realizó de forma manual. En una segunda fase interpretativa se teorizó sobre el significado de los patrones de respuesta, el significado que había detrás de los temas y cómo estos significados se alineaban en el contexto del fenómeno de investigación que se pretendía explicar (16). Para aumentar la validez de todos los resultados, los temas fueron discutidos y aclarados hasta que se llegó a un consenso (18). Finalmente, para garantizar el rigor de la investigación se usó la lista de comprobación de SRQR (Standards for Reporting Qualitative Research) (19).

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación del IDIAP Jordi Gol i Gurina (22/007-P) y por la dirección de atención primaria de la región sanitaria de Girona.

Resultados

Se realizaron un total de cinco entrevistas semiestructuradas a enfermeras pediátricas del ámbito de Atención Primaria. Todas las participantes fueron mujeres ya que el 100% de enfermeras pediátricas que trabajaban en las áreas básicas participantes eran mujeres. La media de edad fue de 46 años y la experiencia profesional como enfermeras pediátricas de atención primaria de 18 años (tabla 1).

El análisis destacó tres temas relacionados con la percepción de las participantes sobre el Programa Infancia con Salud: (a) Rol de la enfermera en el Programa Infancia con Salud; (b) Dificultades y aspectos de mejora del Programa Infancia con Salud; y (c) Nuevas necesidades de la población y Programa Infancia con Salud. En la tabla 2 se describen los temas y las categorías que emergieron después de analizar las entrevistas.

Tabla 1. Características demográficas y laborales de las participantes

ID	Género	Edad (años)	Situación Laboral	Años de experiencia profesional	Área Básica de Salud
1	Mujer	44	Permanente	16	1
2	Mujer	33	Interina	8	1
3	Mujer	58	Permanente	29	3
4	Mujer	47	Permanente	18	2
5	Mujer	45	Permanente	17	2

Tabla 2. Percepciones de las enfermeras pediátricas de atención primaria en relación al Programa Infancia con Salud

	Tema 1 Rol de la enfermera en el Programa Infancia con Salud	Tema 2 Dificultades y aspectos de mejora del Programa Infancia con Salud	Tema 3 Nuevas necesidades de la población y Programa Infancia con Salud
Categorías	Revisiones que la enfermera puede asumir con rol autónomo. Beneficios para los niños/as y las familias. Beneficios para las enfermeras.	Principales dificultades. Aspectos de mejora.	Abordaje de las situaciones complejas durante la adolescencia. Diversidad cultural.

Rol de la enfermera en el Programa Infancia con Salud

Revisiones que la enfermera puede asumir con un rol autónomo

Actualmente, las enfermeras pediátricas asumen de forma autónoma seis de las diecinueve revisiones del Programa Infancia con Salud, y en general, las participantes manifestaban que enfermería podría desarrollar un rol autónomo en las revisiones del Programa Infancia con Salud: «No hace falta tantas visitas conjuntas. Enfermería tiene competencias y formación para desarrollar estos controles de forma autónoma.» (P_2)

Durante las entrevistas se destacó que el rol autónomo de las enfermeras a menudo es consecuencia de las dificultades en la gestión de las agendas de los pediatras, sin que las participantes percibiesen una actitud de empoderamiento real de las enfermeras pediátricas en el Programa Infancia con Salud por parte de los gestores de los centros de atención primaria: «A menudo se delegan revisiones a enfermería porque el pediatra no tiene tiempo.» (P_1); «...pero yo pienso que fue por presiones de falta de pediatras que la dirección creyó que nosotras (refiriéndose a las enfermeras) podíamos hacer más en las revisiones.» (P_1).

En todas las entrevistas se habló de las visitas que las enfermeras pediátricas podían asumir de forma autónoma, y las participantes coincidieron en que la primera visita, la de después del nacimiento, se podían realizar autónomamente por la enfermera. En esta visita se tratan cuestiones como la lactancia, la higiene del sueño y las vacunas. Las enfermeras referían tener los conocimientos, habilidades y aptitudes para ello. Además, definían esta visita como una oportunidad para establecer una relación de confianza con las familias, considerándose que, al finalizar esta visita, las enfermeras se convertían en referentes en salud para las familias: «En la acogida del neonato los padres y las madres exponen las dudas y las inquietudes y la enfermería está capacitada para dar respuesta.» (P_3); «...después las

enfermeras somos un referente comunitario que tienen las familias y esto les genera mucha seguridad y tranquilidad.» (P_1).

Las participantes opinaban que la visita a los seis meses, con la alimentación como tema principal, también es una revisión para asumir con un rol enfermero autónomo. Sin embargo, actualmente esta revisión se realizaba de forma conjunta con pediatría: «La revisión de los seis meses es una visita donde se empiezan a introducir alimentos y enfermería se encarga de proporcionar mucha información. Esta la podríamos hacer solas.» (P_3).

Todas las participantes, independientemente de su experiencia profesional, expusieron que la colaboración con el o la pediatra en la revisión de los ocho meses era adecuada. No obstante, manifestaron que, con más formación en exploración abdominal, auscultación cardíaca y auscultación pulmonar, podrían realizar esta revisión de forma autónoma, especialmente aquellas enfermeras con más experiencia profesional: «Enfermería puede asumir la revisión de los ocho meses, pero cuando nos encontramos algo anormal consultamos con pediatría por más tranquilidad.» (P_4); «El tema de la auscultación se tendría que reforzar... y también tendríamos que formarnos en explorar abdómenes.» (P_5).

Beneficios del rol autónomo de la enfermera para los niños/as y las familias

Uno de los principales beneficios del rol autónomo de las enfermeras en el Programa Infancia en Salud es que a menudo estas disponen de más tiempo para abordar la educación en salud. Las participantes explicaban que las familias, especialmente primerizas, tienen muchas dudas en relación a diferentes temas (alimentación y sueño entre otros) y la enfermera que asume la visita de forma autónoma puede trabajar estos aspectos con más profundidad: «Las enfermeras disponemos de más tiempo para poder hacer educación para la salud. Esto las familias lo notan y lo agradecen.» (P_3).

También surgieron las vacunas como tema a tratar. Todas las participantes coincidieron en el hecho de que la visita enfermera aporta beneficios en relación con la información y conocimiento que se da a la familia sobre las vacunas, tanto de las que están establecidas en el calendario sistemático como las no financiadas: *«Los padres tienen muchas preguntas en relación con las vacunas.»* (P_4).

Las enfermeras también manifestaron que a menudo los y las pediatras tenían que atender diferentes visitas urgentes, lo que les colapsaba la agenda y consecuentemente retrasaba la programación prevista. En cambio, esta situación no era tan frecuente entre las enfermeras. Por lo tanto, según las participantes, las visitas autónomas programadas en las agendas de enfermería aseguraban la puntualidad de la visita: *«...desde que se delegaron algunas revisiones a enfermería no se acumula tanta gente en la sala de espera.»* (P_4).

Además, la relación de confianza que se establece entre la familia y la enfermera durante las visitas en rol autónomo es un hecho que las enfermeras percibían como muy satisfactorio por parte de las familias: *«Como puedes dedicar algo más de tiempo a las visitas, las familias cogen confianza y se establece un vínculo.»* (P_1).

Beneficios del rol autónomo de la enfermera para los profesionales

Todas las participantes estaban de acuerdo en que el rol autónomo de la enfermera en el Programa Infancia con Salud suponía un progreso y una oportunidad para la profesión: *«Los conocimientos los tenemos, solo nos falta dar el paso y avanzar como enfermeras.»* (P_1).

Además, según las participantes, el rol autónomo de enfermería suponía una mejora en la gestión de los recursos asistenciales y humanos, puesto que evitaba duplicidades y mejoraba la gestión del tiempo: *«Enfermería tiene suficientes competencias*

y formación para llevar a cabo estos controles de forma autónoma. Esto permitiría una mejor gestión de los recursos y del tiempo.» (P_2).

Dificultades y aspectos de mejora del Programa Infancia con Salud

Dificultades del Programa Infancia con Salud

La mayoría de enfermeras manifestaban que la barrera idiomática con algunas de las familias era una de las principales dificultades en la atención. También explicaban que, con frecuencia, las familias acudían a la consulta acompañadas de otros hijos/as menores de edad, para que les ayudaran en la traducción, lo cual comportaba un absentismo escolar. En este punto las participantes consideraban la necesidad de incorporar el apoyo de un traductor en los casos que fuera necesario: *«Muchas veces vienen con los hijos, puesto que no entienden el idioma, y los niños dejan de ir a la escuela para hacer de traductores.»* (P_1).

Las barreras culturales fueron otros de los aspectos que durante las entrevistas se percibió como una barrera en el Programa Infancia con Salud, a menudo, dando como resultado una atención deficiente o de dudosa calidad en las revisiones del programa: *«A veces con relación a la diversidad cultural, la calidad de nuestras curas se puede ver afectada a causa del desconocimiento y la falta de formación.»* (P_5).

Finalmente, las enfermeras manifestaban dificultades en el manejo de situaciones de no normalidad durante las visitas de seguimiento del Programa Infancia con Salud. En este sentido, las enfermeras consideraban que les faltaba conocimiento para el abordaje de situaciones en las que existía patología, por lo que consideraban necesario aumentar la formación de estos aspectos: *«Dificultad podríamos decir cuando nos encontramos en situación de no normalidad. Son situaciones que nos cuesta manejarlas.»* (P_1).

Aspectos de mejora del Programa Infancia con Salud

Las enfermeras entrevistadas percibían que se podían hacer cambios en el Programa Infancia con Salud, pero también reconocían que esto era un proceso complejo. En este punto, las participantes consideraban que formar parte de un equipo aliado con las iniciativas de la dirección era un hecho facilitador de los posibles cambios del programa: *«La dirección puede liderar el cambio, pero hace falta que el equipo lo acepte.»* (P_3).

De entre los aspectos de mejora, destacan cuatro temas que podrían mejorar la atención que se proporciona en el Programa Infancia con Salud. El primero, aumentar la realización de actividades grupales con las familias, tanto para realizar revisiones de salud como para hacer sesiones-talleres formativos. Las enfermeras definían las sesiones grupales como un espacio que permitía resolver dudas, aprender a manejar situaciones y proporcionar conocimientos para un crecimiento y desarrollo adecuado y saludable de los niños y niñas. Además, según las enfermeras, participar en redes de iguales aporta conocimiento y permite reflexionar. Según las participantes estas sesiones eran enriquecedoras para las familias, para las enfermeras y optimizan la gestión del tiempo en las consultas de enfermería: *«Los encuentros grupales son enriquecedores, tendríamos que hacer más. Los padres se escuchan, comparten y aprenden mucho. Evitas consultas puntuales porque das información antes de que pase cada situación. Los hace sentir preparados y seguros.»* (P_1).

Como segundo aspecto de mejora, las participantes consideraban que, para poder asumir más revisiones de forma autónoma, haría falta más formación en auscultación y exploración: *«Nos falta formación en auscultación y exploración de abdómenes, lo que sabemos es lo que vemos que realiza el pediatra.»* (P_5).

Otro aspecto de mejora que las participantes consideraron durante las entrevistas

fue la necesidad de aumentar la ratio de enfermeras pediátricas en atención primaria. En este punto, se explicaron experiencias de centros dónde, con ratios más altas de enfermeras pediátricas, estas podían asumir un rol más autónomo en el Programa Infancia con Salud. Este aumento de enfermeras supondría una mejora en la continuidad y el seguimiento de los niños y niñas, y podría mejorar la detección precoz de situaciones de riesgo: *«Ojalá pudiéramos implementar el modelo de can Bou. Pero allí, a raíz de este cambio, han ampliado el personal de enfermería.»* (P_3).

También se habló de la trascendencia de los aspectos psicológicos, especialmente durante la adolescencia, y de la necesidad de incorporar mejoras en este ámbito, ya que los circuitos actuales no garantizaban la detección precoz. Las participantes consideraban que enfermería podía liderar este reto: *«Los problemas relacionados con dificultades psicológicas se nos pasan por alto.»* (P_5).

Nuevas necesidades de la población y Programa Infancia con Salud

Abordaje de las situaciones complejas durante la adolescencia

Según las enfermeras, las necesidades de salud de los niños y adolescentes han cambiado. Actualmente los niños, las niñas y los adolescentes presentan más problemas sociales como discriminación y bullying, más trastornos relacionados con la alimentación, y en ocasiones mayor consumo de sustancias tóxicas, lo que conlleva a más problemas físicos, sociales y mentales. Las participantes consideraban la necesidad de incorporar otros perfiles profesionales, como psicólogos infantiles y también más enfermeras pediátricas formadas y preparadas para abordar esta complejidad: *«Durante los últimos años ha ido incrementando la demanda psicológica por parte de los adolescentes, pero no se han incorporado más psicólogos.»* (P_3).

También explicaron que últimamente atendían a más niños, niñas y adolescentes que habían sufrido malos tratos, algunas veces abusos sexuales, y que el Programa Infancia con Salud no incluía ningún protocolo específico para atender estas situaciones. Además, consideraban que sería imprescindible definir circuitos asistenciales rápidos para atender a esta población: «Los procesos para gestionar situaciones de maltrato son lentos» (P_2).

Diversidad cultural

Las participantes referían un aumento de la diversidad cultural en los últimos años, lo que les suponía un reto para ofrecer una atención adecuada según las necesidades culturales de los niños, las niñas y sus familias. Añadieron que el programa Infancia con Salud estaba adaptado a la cultura del territorio, dejando de lado aspectos fundamentales para la atención de la salud de personas de otras culturas. Por ello, las participantes planteaban la necesidad de una revisión y adecuación del programa con una perspectiva multicultural y, además, refirieron sentirse motivadas para formarse en éste ámbito: «Cuando explico la alimentación, solo me baso en nuestra cultura... algunas culturas utilizan muchas especies para cocinar y de esto no hablamos... nos tendríamos que formar más.» (P_4).

En la misma línea y para dar una mejor atención a la población con distintas culturas, las enfermeras manifestaron la necesidad de incorporar la figura del mediador sanitario. Este profesional sería un recurso que daría mucho valor en algunas visitas en las que se dan barreras culturales importantes y a la vez ayudaría a las familias a superar obstáculos en un sistema sanitario desconocido para ellas: «A veces es imposible que nos entendamos, y no hablo solo del idioma... esto supone una dificultad muy enorme.» (P_4).

Discusión

Los resultados de estudio destacan 3 temas relacionados con el Programa Infancia con Salud: rol autónomo de la enfermera; dificultades y aspectos de mejora; y nuevas necesidades de la población infantil y su entorno.

Los resultados obtenidos apuntan que se podría incrementar el número de revisiones que enfermería realiza con un rol autónomo, lo que tendría un efecto positivo en la atención a la salud de los niños, niñas y adolescentes, y mejoraría la eficiencia del programa Infancia con Salud. Actualmente las enfermeras asumen de forma autónoma 6 de las 19 revisiones del programa (6). Según Mulero (10), los modelos de atención pediátrica con liderazgo enfermero aumentan la resolución en atención primaria, la satisfacción de los usuarios e impulsan el desarrollo de los profesionales del servicio de pediatría. Y de acuerdo con Laserna, no existe literatura que evidencie ausencia de competencias de la enfermera como el profesional de referencia en las revisiones de salud de la población pediátrica y adolescente y sus familias (8).

Nuestro estudio pone en evidencia que las enfermeras disponen de más tiempo para las visitas y esto permite desarrollar con más profundidad aspectos relacionados con la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud (10,20). Pero para ello, hace falta aumentar las ratios de enfermeras pediátricas en la atención primaria. De acuerdo con la legislatura actual en atención primaria, la asignación de la población por cada enfermera no tiene que superar los 1500 habitantes, pudiéndose reducir esta cantidad en función de la tasa e indicadores de complejidad como la edad, la pluripatología y la cronicidad, entre otros (21,22). Además, experiencias previas demuestran que la implantación de nuevos modelos de atención en la población infantil, con liderazgo enfermero, hacen necesaria esta adecuación de ratios enfermeras (23).

En relación con las dificultades del Programa Infancia con Salud, se apunta a la diversidad cultural e idiomática como las mayores barreras en la atención a la población infantil y a sus familias. Actualmente, en la región sanitaria de Girona existe una incidencia del 1,6% de inmigrantes en relación a la población total (24). Según Escobar (25), y coincidiendo con nuestros resultados, el hecho de no hablar la lengua autóctona dificulta la anamnesis y la capacidad que tiene la familia para entender la información que se le proporciona durante las visitas. En la misma línea, Belintxon et al. apuntan que la falta de comprensión y de conciencia cultural de los profesionales dificulta los encuentros entre enfermeras y progenitores, estableciéndose relaciones superficiales o distantes y afectando la forma en que los programas de salud infantil se implementan (26). Asimismo, mejorar la atención a los y las infantes y familias de orígenes culturalmente diferentes, mediante una atención culturalmente competente, es un factor positivo en la salud de estos infantes y sus familias (26).

Según Saha (27) y Belintxon (28), para ofrecer una atención culturalmente competente se requiere de profesionales culturalmente competentes. Y esto significa que las enfermeras necesitan conciencia cultural con actitudes, conocimientos y habilidades apropiadas (29). La mayoría de enfermeras pediátricas en Atención Primaria no han tenido una formación formal en competencia cultural y perciben que no están suficientemente capacitadas para interactuar con padres e hijos de distintos orígenes (30). Además, según Moreno (31), para dar unos cuidados personalizados y centrados en la persona es imprescindible que las enfermeras conozcan el contexto cultural de las personas que atienden. Resultados similares a los de nuestro estudio dónde las participantes destacan la necesidad de adecuar el Programa Infancia con Salud, con una perspectiva multicultural y de formarse en este ámbito, además de incorporar mediadores culturales con el fin de dar una respuesta

más adecuada a las necesidades de una población culturalmente diversa. Estudios previos apuntan que antes de la recesión económica, la mayoría de las instituciones sanitarias incorporaban la figura de mediador, que ayudaban a superar barreras culturales (32,33).

Como aspectos de mejora en la atención de la población infantil y sus familias, se considera la importancia de incrementar la educación para la salud de forma grupal entre los padres, coincidiendo con otros estudios que destacan la necesidad de impulsar la atención grupal en atención primaria, ya que ha demostrado ser eficiente, efectiva, y a la vez proporciona satisfacción personal a los participantes y a los profesionales (34).

Otro aspecto de mejora a considerar es la necesidad de incrementar los conocimientos enfermeros en exploración abdominal y técnica de auscultación, especialmente entre las enfermeras que han finalizado los estudios hace más años. De acuerdo con Vural (35), la formación tradicional sobre auscultación es efectiva para aumentar los niveles de conocimientos y las habilidades, pero los métodos utilizados actualmente, como puede ser el uso de aulas de simulación clínica, resultan ser más efectivos y proporcionan un nivel más elevado de conocimientos. Así, los resultados del estudio ponen en valor la metodología que se está utilizando actualmente en la universidad del territorio (35-37).

En relación a las nuevas necesidades de la población y el Programa Infancia con salud el estudio destaca un incremento de situaciones complejas, especialmente durante la adolescencia, sin que esto se acompañe de los recursos de atención necesarios. En esta línea, el análisis de la situación de la juventud del Ministerio de Sanidad expone que los recursos específicos para jóvenes en España son deficientes. Además, la Organización Mundial de la Salud alerta sobre la necesidad de que los servicios de salud den respuesta a las necesidades de los adolescentes (9).

Las enfermeras entrevistadas destacan un incremento de malos tratos en niños, niñas y adolescentes, sin que el Programa Infancia con Salud esté preparado para dar respuesta a estas situaciones. De acuerdo con el informe sobre el abuso sexual infantil en Cataluña, alrededor del 15% de los niños y niñas podrían sufrir maltrato infantil (38). Sin embargo, las previsiones de la Ley 14/2010 sobre maltrato infantil sobre la creación de un servicio de atención inmediata, el registro unificado de maltrato infantil y la creación de un servicio especializado para niños, niñas y adolescentes víctimas de malos tratos, aún no se han hecho efectivas (38).

Los hallazgos de este estudio proporcionan información sobre la percepción de las enfermeras pediátricas en relación al Programa Infancia con Salud, identificando las principales barreras y los aspectos de mejora de este programa. Esta información es importante, ya que puede orientar a los gestores del ámbito de atención primaria a adecuar el Programa Infancia con Salud, lo que podría mejorar la calidad y seguridad de las curas enfermeras en esta población.

Limitaciones

La principal limitación de este estudio ha sido la homogeneidad del grupo de enfermeras de pediatría en la que se han explorado las percepciones, que pertenecían a una misma región geográfica, con unas

mismas directrices organizativas en relación al Programa Infancia con Salud y con un contexto de entorno socioeconómico similar. Además, las enfermeras que aceptaron ser entrevistadas podrían ser aquellas más motivadas y con una experiencia más positiva con el Programa Infancia con Salud. Por lo tanto, serían necesarios otros estudios que reflejaran las percepciones de las enfermeras de otros territorios, con organizaciones del Programa diferentes y con entornos diversos. También, la participación solo de 5 enfermeras podría limitar la transferibilidad de los resultados. No obstante, guiándonos por el poder de información (12), no se consideró necesario ampliar el número de entrevistas.

Conclusiones

Las enfermeras pediátricas de Atención Primaria perciben que se podría aumentar el rol autónomo de las enfermeras en el Programa Infancia con Salud.

Las principales dificultades en el desarrollo del programa son las barreras idiomáticas y culturales con algunas familias y la falta de formación de las enfermeras en auscultación y exploración abdominal. El Programa Infancia con Salud debería incluir más visitas grupales, mejorar los circuitos asistenciales para la atención psicológica de los niños y adolescentes, adecuarse a las necesidades de una población culturalmente más diversa, así como a una población adolescente más compleja.

Referencias bibliográficas

1. Programa de Salud Infantil. [Internet]. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria: 2009. Disponible en: Programa de salud infantil (PSI) | Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (aepap.org)
2. Programa de Salud Infantil y Adolescente de Andalucía. [Internet]. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. 2014. Disponible en: Programa de Salud Infantil y Adolescente (juntadeandalucia.es)
3. Guía de actividades preventivas y promoción de la salud en la infancia y adolescencia: Guía de apoyo al programa de salud infantil y del adolescente. [Internet]. Junta de Extremadura. 2007. Disponible en: [guia_actividades_preventivas_inf_adol.pdf](http://spapex.es/guia_actividades_preventivas_inf_adol.pdf) (spapex.es)
4. Atención a la salud infantil en los centros de atención primaria de la comunidad de madrid: Documento de Consenso. [Internet]. Servicio Madrileño de Salud. 2012. Disponible en: NDICE: (semap.org)
5. Aguilar F, Agullo J, Barco G, Brugués A, Castelló P, Chuecos M, et al. Programa Infancia con Salud. Catalunya: CSC: 2016. Disponible en: http://www.consorcio.org/media/upload/pdf/programainfanciasalut_csc_1435681150.pdf
6. Protocol d'activitats preventives i de promoció de la salut a l'edat pediàtrica [Internet]. Catalunya: Direcció General de Salut Pública: 2008. Disponible en: https://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/promocio_salut/infanciai-adolescencia/02infancia-amb-salut/protocol-infancia-amb-salut.pdf
7. Enrubia Iglesias M. La situación de la Pediatría de Atención Primaria en Cataluña. Rev Pediatr Aten Primaria. 2010; 12(19):149-158.
8. Laserna Jiménez C. Primary care nurse in pediatrics, a reference of health for patients and families in infants-youth age. Atención Primaria. 2019;51(6):386-387
9. Sanidad.gob.es: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [Internet]. España: Gobierno de España; 1986. Ministerio de Sanidad. Análisis de la situación de la juventud; 2008. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/adolescencia/docs/jovenes_2008.pdf
10. Mulero A, Villa L. Nou model organitzatiu assistencial al servei de pediatria d'un Centre d'Atenció Primària. Castelldefels: 2015. Disponible en: http://www.consorcio.org/media/upload/arxius/noticies/4_Anna_Mulero__Jornades_Innovacio_CASAP.pdf
11. Decálogo de propuestas de mejora de la Pediatría de Atención Primaria. [Internet]. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. 2018. Disponible en: Decálogo de propuestas de mejora de la Pediatría de Atención Primaria | Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (aepap.org)
12. Malterud K, Siersma VD, Guassora AD. Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. Qual Health Res. 2016; 26 (13): 1753-1760.
13. Martínez C. Sampling in qualitative research: basic principles and some controversies. Cien Saude Colet. 2012; 17 (3): 613-619.
14. Brinkmann S, Kvale S. Learning The Craft of Qualitative Research Interviewing. Qualitative Research. Dinamarca: SAGE Publications; 2014. Disponible en: <https://us.sagepub.com/enus/nam/interviews/book239402>
15. Taylor SP, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación [Monografía en Internet]. Barcelona: PAIDÓS; 2011. Disponible en: <http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2011/12/Introduccion-a-metodos-cualitativos-de-investigacion-C3%B3n-Taylor-y-Bogdan.-344-pags.pdf>
16. Caelli K, Ray L, Mill J. 'Clear as Mud': Toward Greater Clarity in Generic Qualitative Research. SAGE Journals. 2003; 2 (2): 1-13.
17. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol. 2006; 3 (2): 77-101.
18. Krueger RA. Focus groups: a practical guide for applied research. Thousand Oaks: Sage; 2020
19. Beckman T, Bridget O, Harris I, Darcy A. Standards for Reporting Qualitative Research: A Synthesis of Recommendations. Acad Med. 2014; 89 (9): 1-7
20. Rodríguez Jiménez C. Conocimiento de la actividad enfermera y satisfacción, de padres y madres, en las visitas de niño sano en un municipio rural [TFG]. Jaén: Universidad de Jaén; 2014. Disponible en: https://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/1328/1/TFG_RodriguezJimenez%2CJuanCarlos.pdf
21. Orden SAS/1730/2010, del 17 de junio, de salud pública. [Internet]. Boletín Oficial del Estado, núm. 157, (29-6-2010). Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/o/2010/06/17/sas1730/dof/spa/pdf>
22. Proposición de ley 120/000004 sobre ratios de enfermeras para garantizar la seguridad del paciente en centros sanitarios y otros ámbitos. [Internet]. Boletín Oficial de las Cortes Generales, núm 6-1, (20-12-2019). Disponible en: https://www.congreso.es/public_oficiales/L14/CONG/BOCG/B/BOCG14-B-6-1.PDF

23. Brugés A. Atenció a l'infant: mirada infermera. Gvarela. 2018. Disponible en: <http://gestioclincavarela.blogspot.com/2018/02/atencio-linfant-mirada-infermera.html>
24. Idescat. The municipality in figures. Girona (Gironès). 2022 Disponible en: <https://www.idescat.cat/emex/?id=170792&lang=en>
25. Escobar B, Paravic T. Transculturality, and essential element to improving health care and nursing. *Enferm Actual En Costa Rica*. 2017; 32 (1): 4-15.
26. Belintxon M, Dogra N, McGee P, Pumar-Mendez MJ, Lopez-Dicastillo O. Encounters between children's nurses and culturally diverse parents in primary health care. *Nurs Health Sci*. 2020; 22: 273–282.
27. Saha SMD, Beach MC, Cooper LA. Patient centeredness, cultural competence and healthcare quality. *Journal of the National Medical Association*. 2008; 100(11): 1275–1285.
28. Belintxon M, Lopez-Dicastillo O. The challenges of health promotion in a multicultural society: a narrative review. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2014; 37(3): 401–409.
29. Duanying C, Kunaviktikul W, Klunklin A, Sripusanapan A, Kay- Avant P. Identifying the essential components of cultural competence in a Chinese nursing context: A qualitative study. *Nursing & Health Sciences*. 2017; 19(2): 157–162.
30. Berlin A, Törnkvist L, Hylander I. Watchfully checking rapport with the primary child health care nurses-A theoretical model from the perspective of parents of foreign origin. *BMC Nursing*. 2010; 9(1): 14.
31. Moreno Preciado M. Transculturalidad, género y salud. *Manual de Enfermería Cultural*. España; 2021. Disponible en: CultCuid61_19.pdf (ua.es)
32. Ortega E. Médico y paciente, separados por el idioma: traducir no lo es todo. *Redacción Médica*. 2018 Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/la-revista/reportajes/medico-y-pacienteseparados-por-el-idioma-traducir-no-lo-es-todo-5978>.
33. Blay N, Ioannou S, Seremetkoska M, Morris J, Holter G, Bronwyn E. Healthcare interpreter utilisation: analysis of health administrative data. *BMC Health Serv Res*. 2018; 348 (18): 2–6. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3135-5>
34. Garrote A, Del Cojo T. Group education for health, challenge or reality. 1ª ed. Madrid: Díaz de Santos; 2015. Disponible en: <https://www.editdiazdesantos.com/books/garrote-garrote-adela-education-group-forhealth-L27000540201.html?articulo=27000540201>
35. Vural B, Zengin L. The effects of training with simulation on knowledge, skill and anxiety levels of the nursing students in terms of cardiac auscultation: A randomized controlled study. *Nurse Educ Today*. 2020; 84: 104216. Doi: 10.1016/j.nedt.2019.104216.
36. Romano A, Buxton M. A Multimethod Improvement Project to Strengthen Intermittent Auscultation Practice Among Nurse-Midwives and Nurses. *Journal of Midwifery & Women's Health* . 2020; 151 (2): 327-336. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13113>.
37. Malagón MC, Roqueta M, Olivet J, Reig G. Exploración de la persona adulta: aprendizaje mediante la simulación clínica de alta fidelidad [Internet]. México: Instituto para el Futuro de la Educación; 2021. Disponible en: <https://observatorio.tec.mx/edu-bits-blog/simulacion-clinica-ciencias-de-la-salud>
38. Síndic de Greuges de Catalunya. Informe sobre l'abús sexual infantil a Catalunya. Catalunya: Sindic; 2016. Disponible en: http://www.sindic.cat/site/unitFiles/4210/Informe%20abus%20sexual%20infantil_cat_okdef.pdf

Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en la población adulta joven de 4 zonas básicas de salud de un área sanitaria del Principado de Asturias (España)

Papin-Cano, Cristina^{1,2}; Martínez-Sexto María²; Sánchez-Pérez Beatriz²; Magdaleno-García Rocío²; Crespo-Fernández Laura²

¹ Equipo de Investigación Precam; Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias, Spain.

² Área Sanitaria 3, Principado de Asturias, España.

Contacto: cristinapapin7@gmail.com

Manuscrito recibido: 10/06/2022

Manuscrito aceptado: 22/09/2022

Cómo citar este documento

Papin-Cano C, Martínez-Sexto M, Sánchez-Pérez B, Magdaleno-García R, Crespo-Fernández L. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en la población adulta joven de 4 zonas básicas de salud de un área sanitaria del Principado de Asturias (España). Quantitative and Qualitative Community Research RqR. 2022 Nov; 10 (4): 22-35.

Original

Resumen

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

Métodos: Estudio descriptivo transversal. La población diana estuvo constituida por sujetos entre los 30 y 40 años, cuya zona básica de salud fue Sabugo, Corvera, Pravia y Castrillón. La información se recogió a través de un cuestionario digital compuesto por variables sociodemográficas y los cuestionarios IPAQ, Motiva.Diaf y preguntas relacionadas con el consumo de alcohol y tabaco.

Resultados: Participaron 436 personas en el estudio. El 59,4% eran mujeres y el 39,6% eran hombres. Los sujetos de la zona básica

de Sabugo mostraron un mayor nivel de estudios y mayor adherencia a las recomendaciones relacionadas con la alimentación. Los hombres consumían más cantidad de alcohol ($p<0,001$) y realizaban actividad física en mayor medida que las mujeres ($p<0,001$). Un nivel de estudios bajo se relacionó con las variables consumo de tabaco ($p<0,004$) menor nivel de actividad física ($p=0,013$) y peor estilo de vida ($p=0,010$). Además, las personas que vivían solas realizaban mayor nivel de actividad física ($p=0,029$).

Conclusiones: La prevalencia de conductas de riesgo cardiovascular fue similar en las 4 zonas básicas de salud incluidas en el estudio. Sin embargo, se observaron diferencias en función del sexo, nivel de estudios o tipo de convivencia.

Palabras clave:

Factores de riesgo, enfermedades cardiovasculares y enfermería en salud comunitaria.

Prevalence of cardiovascular risk factors in young adult population living at 4 basic health zones of a Health Area in the Principado de Asturias (Spain)

Abstract:

Aim: To describe the prevalence of cardiovascular risk behaviors in people aged between 30 and 40 years of the Sabugo, Corvera, Pravia and Castrillón basic health zones of Asturias.

Method: Cross-sectional study. The target population was subjects aged 30 and 40 years, whose basic health area is Sabugo, Corvera, Pravia and Castrillón. The information was collected through a digital form composed by sociodemographic, alcohol and tobacco consumption variables and the IPAQ and Motiva.Diaf questionnaires.

Results: 436 participants, 59.4% women (n=259) and 39.6% men (n=177). No differences were observed between the

basic health zones. High alcohol intake ($p<0,001$) and greater level of physical activity ($p<0,001$) was observed in men. Low educational level has significant association to tobacco ($p<0,004$), lower level of physical activity ($p=0,013$) and unhealthy lifestyle ($p=0,010$). Finally, people who live alone performed a higher level of physical activity ($p=0,029$).

Conclusion: The prevalence of cardiovascular risk behaviors was similar between the basic health zones studied. However, significant differences were observed in relation to sex, educational level and type of coexistence.

Keywords:

Risk Factors; Cardiovascular Diseases; Community Health Nursing.

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) suponen la principal causa de muerte a nivel mundial superando a las causadas por tumores, estimándose que continúe esta tendencia (1).

España presenta una de las tasas de mortalidad por ECV más bajas de la Unión Europea, si bien, suponen la primera causa de muerte en mujeres y la segunda en hombres (2). Sin embargo, en Asturias, la mortalidad relacionada con las ECV se encuentra un 11,9% por encima de la media nacional, situándose entre las comunidades autónomas con mayor mortalidad por esta causa, siendo la incidencia de patologías cardiovasculares también superior a la del resto de España (+16,5%) (3).

Esta situación epidemiológica supone un gasto muy alto tanto a nivel económico como sociosanitario para el Sistema Nacional de Salud, el cual destina alrededor del 5% del Producto Interior Bruto al manejo de dichas enfermedades (4).

Los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) están directamente relacionados con conductas adquiridas por la población como son la inactividad física, la alimentación no saludable, el uso abusivo del alcohol y el tabaco (5).

Sin embargo, los FRCV también están determinados por el entorno social de los individuos. De este modo, los determinantes sociales, es decir, las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven y trabajar influyen en las conductas adquiridas (6).

En Asturias, el Observatorio de Salud de Asturias (OBSA) permite comparar diversos indicadores entre los concejos que componen la Comunidad Autónoma, clasificando los concejos en función del grado de deterioro del indicador. Así, se pueden observar grandes diferencias en cuanto a los FRCV en los diferentes concejos del principado, sin embargo, no existe información al respecto a nivel de las zonas básicas de salud (ZBS) (7).

Puesto que los factores de riesgo individuales para las ECV están relacionados con comportamientos que, en gran parte de los casos, pueden modificarse, existe un gran interés en cuanto a su prevención, siendo Atención Primaria el ámbito ideal para desarrollar estrategias preventivas adecuadas y eficientes (8). Además, al igual que se han observado diferencias en los FRCV entre municipios, quizá podrían observarse también diferencias entre distintas ZBS de Asturias y, por tanto, las acciones preventivas de cada centro de salud deberían estar orientadas a las necesidades reales de cada población.

Por otro lado, estudiar las conductas de riesgo cardiovascular en la población adulta joven es esencial, desde un punto de vista de prevención, por ser un grupo en el que los cambios de conductas más pueden ayudar a retrasar o evitar la aparición de futuras ECV (2,5). Según datos del Ministerio de Sanidad (9) la media de consultas por habitante y año en el área sanitaria III desciende entre los 30 y 40 años, lo que indica que esta franja de la población prácticamente no acude al centro de atención primaria y, que si lo hace, es ya por tener un problema de salud. Todo ello resalta la necesidad de reforzar la acción preventiva que realiza la enfermería comunitaria.

Deci y Ryan (10), en su teoría de la Auto-determinación, destacan la importancia del entorno o ambiente social y de la existencia de una figura de referencia a la hora de motivar a las personas para adoptar conductas saludables. Cuando una persona está motivada es más probable que realice un cambio de conducta y lo mantenga en el tiempo y son los profesionales de enfermería de Atención Primaria los profesionales que tienen las competencias para actuar como referentes desarrollando estrategias de promoción de la salud que mejoren la motivación de la población.

Por tanto, el hecho de evaluar la magnitud de los FRCV posibilitaría que estos profesionales orientaran los programas de

promoción de la salud a la motivación de la población para disminuir los FRCV.

No se ha encontrado ningún estudio que identifique la prevalencia de FRCV en población con edad comprendida entre los 30 y 40 años en las zonas básicas de salud incluidas en la presente investigación. Por ello, se planteó como objetivo principal describir la prevalencia de conductas de riesgo cardiovascular en la población con edad comprendida entre los 30 y 40 años de las zonas básicas de salud de Sabugo, Corvera, Pravia y Castrillón y, como objetivo secundario, evaluar si existen diferencias en estas conductas en función de variables personales.

Material y métodos

Diseño o tipo de estudio

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, transversal.

Población a estudio

La población diana estuvo constituida por adultos con edad comprendida entre los 30 y 40 años, cuya zona básica de salud fue Sabugo, Corvera, Pravia y Castrillón.

La población a estudio fue aquella que, con las características anteriormente indicadas cumplía los siguientes criterios de inclusión: (i) posible contacto por teléfono y correo electrónico; (ii) no tenían limitaciones físicas, psicológicas o cognitivas que les impidiesen cumplimentar los cuestionarios empleados en el estudio; (iii) que firmasen el consentimiento de participación en el estudio. Se excluyeron aquellas personas que: (i) tenían una enfermedad crónica diagnosticada; (ii) no dominaban el idioma español.

De acuerdo con el número de población diana de cada zona básica de salud, (2272 Sabugo, 1861 Corvera, 1314 Pravia y 2566 Castrillón), y considerando como variable principal la puntuación de la variable

sinéctica estilo de vida, se estimó necesaria una muestra aleatoria de 106 individuos, considerando con una confianza del 95%, una precisión de ± 0.5 unidades, la media poblacional con una desviación estándar de 2.5 unidades y un porcentaje de pérdidas del 10%. De acuerdo con el porcentaje de población de cada zona básica de salud correspondería incluir 30, 25, 17 y 32 personas de Sabugo, Corvera, Pravia y Castrillón respectivamente. Una vez realizado el cálculo muestral, mediante aleatorización simple, se captó a los sujetos por vía telefónica.

Variables y herramientas de medición

Las variables incluidas en el estudio aparecen en la tabla 1. Para recoger la información se empleó un formulario digital que incluye variables sociodemográficas, el cuestionario IPAQ, el cuestionario Motiva. Diaf y preguntas relacionadas con el consumo de tabaco y alcohol.

En primer lugar, se recogió información relacionada con las características socio demográficas (edad, sexo, nivel de estudios...).

El cuestionario IPAQ (11) se utilizó para recoger información relacionada con la actividad física. Este cuestionario constó de 7 preguntas acerca de la frecuencia, duración e intensidad de la actividad física realizada en la última semana. Las preguntas 1 y 2 hicieron referencia a la actividad física intensa, las preguntas 3 y 4 a la actividad física moderada, las preguntas 5 y 6 al tiempo dedicado a caminar y por último la pregunta 7 al tiempo que permanece sentado en un día. La actividad física se reflejó en unidades de índice metabólico (METs). Los valores de referencia fueron 3,3 METs para caminar, 4 METs para la actividad física moderada y 8 METs para la actividad física intensa. Estos valores de referencia se han de multiplicar por el tiempo en minutos y los días a la semana que se realiza la actividad. La puntuación total del cuestionario se

Tabla 1. Variables, naturaleza y codificación

NOMBRE	DEFINICIÓN OPERATIVA DE LA VARIABLE	NATURALEZA	CODIFICACIÓN
Zona básica de salud	Zona básica de salud de la persona	Cualitativa nominal	Sabugo; Corvera; Pravia; Castrillón
Lugar de residencia	Donde reside el participante	Cualitativa nominal	
Sexo	Sexo de la persona	Cualitativa nominal	Hombre; Mujer
Edad	Edad en años	Cuantitativa discreta	De 30 a 40 años
Nivel de estudio	Nivel de estudios cursados	Cualitativa nominal	Primarios; Secundarios; Universitarios
Estado civil	Situación de convivencia administrativamente reconocida	Cualitativa nominal	Soltero/a; Casado/a o en pareja; Separado/a, divorciado/a o viudo/a
Convivencia	Con quien convive la persona	Cualitativa nominal	Solo; Acompañado
Hijos	Si la persona tiene hijos	Cualitativa dicotómica	No; Si
Nivel de actividad física	Nivel de actividad física en los últimos 7 días (cuestionario IPAQ)	Cualitativa ordinal	Bajo o inactivo; Moderado; Alto
Consumo de tabaco	Persona fumadora	Cualitativa dicotómica	No; Si
Cantidad de cigarrillos	Nº de cigarrillos fumados en un día	Cuantitativa discreta	Número al día
Frecuencia consumo alcohol	Con que frecuencia consume bebidas alcohólicas la persona	Cualitativa ordinal	Nunca; Mensualmente o menos; De 2 a 4 veces al mes; De 2 a 3 veces por semana; 4 o más veces a la semana
Cantidad de alcohol	Número de UBE	Cuantitativa discreta	En gramos
Realización de la recomendación	Adherencia a cada recomendación	Cualitativa nominal	No; Si
Número total de recomendaciones	Número total de recomendaciones que realiza la persona	Cuantitativa continua	Rango 0- 12 (ninguna-todas recom.)
Competencia, influencia social y autonomía.	Necesidades psicológicas básicas relacionadas con la motivación para la adherencia a recomendaciones saludables.	Cuantitativa continua	Nunca; Casi nunca; En ocasiones; Casi siempre; Siempre

obtuvo tras sumar los METs entre caminar, actividad física moderada e intensa. El IPAQ clasificó la actividad física en actividad baja, moderada o intensa según estos valores.

El cuestionario Motiva.Diaf (12) se empleó para recoger información relacionada con alimentación y actividad física. La puntuación final del mismo generó la variable sintética «estilo de vida». El cuestionario estuvo compuesto por 12 ítems (7 alimentación y 5 actividad física) codificando cada uno de ellos de forma dicotómica para determinar la adherencia a las recomendaciones (no realiza la recomendación=0; realiza la recomendación=1) lo que dió lugar a la variable sintética «estilo de vida» con rango 0 (no realiza ninguna recomendación) a 12 (realiza todas las recomendaciones).

Las conductas de alcohol y tabaco se midieron a través de la frecuencia y cantidad de consumo de cada participante. Para la

evaluación del consumo de tabaco, el participante seleccionó si fumaba o no. En caso de respuesta afirmativa, indicó el número de cigarrillos que consume al día. Para medir el consumo de alcohol se empleó la UBE (unidad de bebida estándar). Se trata de una unidad de medida que define el contenido de alcohol puro en una bebida (1 UBE = 10g de alcohol puro). Para recoger los datos de consumo de cada participante se utilizó una tabla de equivalencias que relaciona las bebidas de consumo habitual de nuestro entorno con su equivalencia en UBEs.

Método de recogida de datos

Los profesionales de enfermería participantes en el estudio contactaron con la muestra de población por vía telefónica. En esta llamada se indicó el objetivo del

estudio y se solicitó su consentimiento verbal de participación. Para que el contenido de la llamada que se realizó a los potenciales participantes fuese similar entre todos los investigadores se desarrolló un discurso. Aquellas personas que aceptaron participar recibieron por correo electrónico información del estudio y un enlace a un formulario digital que incluía el consentimiento informado y los cuestionarios. Además, se informó a los participantes de que los datos recogidos en el cuestionario serían tratados de forma confidencial. Se respetó la libre voluntad tanto de participar, como de abandonar la investigación en cualquier momento y por cualquier motivo sin que ello ocasione ningún perjuicio.

Cuando el usuario accedió al enlace, se abrió una nueva pestaña con el formulario digital. En la primera ventana se mostró una breve descripción del proyecto y el consentimiento informado de participación que rellenaron a través de unas casillas de cumplimentación obligatoria. La siguiente ventana dio comienzo al cuestionario, comenzando por las variables sociodemográficas y seguidamente a las preguntas relacionadas con las conductas.

Una vez finalizado el cuestionario los datos recogidos se incluyeron automáticamente a una hoja de cálculo a la que únicamente tuvieron acceso los componentes del equipo de investigación mediante un usuario y contraseña.

Los datos de los participantes se trataron con confidencialidad conforme a lo que dispone la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal. El acceso a las historias clínicas para obtener el teléfono de contacto de la muestra seleccionada ha sido realizado únicamente por los profesionales de enfermería participantes en el estudio.

Este estudio obtuvo el permiso tanto del Comité de Ética del Principado de Asturias como de la gerencia del Área Sanitaria III para ser desarrollado.

Plan de análisis de datos

Se realizó un estudio descriptivo de las variables empleando la media o mediana, y su desviación estándar o rango intercuartil, o el porcentaje en función de la naturaleza de las variables. A fin de verificar la normalidad de la distribución de las variables se empleó la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

Para determinar la relación entre variables cualitativas se empleó la prueba de Chi-Cuadrado. Para las variables de naturaleza cuantitativa se emplearon test paramétricos o no paramétricos en función de la distribución de las mismas.

Los análisis se realizaron con el paquete informático IBM SPSS versión 27®. Se consideraron valores significativos aquellos cuya $p < 0,05$.

Resultados

Características sociodemográficas de la muestra

Participaron un total de 436 personas, de las cuales el 59,4% ($n=259$) eran mujeres. La edad media fue de 35,6 años ($DE=3,45$). El nivel de estudios predominante fue estudios secundarios. La mayoría de la población 90,1% vivía acompañada. Únicamente se observaron diferencias significativas entre las zonas básicas en el nivel de estudios, donde la población perteneciente a Sabugo mostró un mayor porcentaje de personas con estudios universitarios que en el resto de las zonas básicas (tabla 2).

Descripción de la adherencia a las conductas relacionadas con enfermedad cardiovascular y diferencias en función de la zona básica de salud.

El porcentaje de fumadores fue de 22,3%. La mediana de consumo de alcohol fue de 2,5 ($RI= 6,5$). En cuanto a la realización de actividad física, evaluada mediante

Tabla 2. Características sociodemográficas de la muestra

Edad		Media (DE)		P
SABUGO	35,24 (3,255)			N.S
CORVERA	36,17 (3,303)			
PRAVIA	35,52 (4,031)			
CASTRILLÓN	35,65 (3,260)			
Nivel de estudios	%			P
	Primarios	Secundarios	Universitarios	
SABUGO	2,4	33,3	64,3	0,004
CORVERA	8,3	58,3	33,3	
PRAVIA	7,2	51,5	41,2	
CASTRILLÓN	5,3	50,9	43,9	
Convivencia	%			P
	Solos	Acompañados		
SABUGO	13,1	86,9		N.S
CORVERA	9,5	90,5		
PRAVIA	9,3	90,7		
CASTRILLÓN	8,8	91,2		

el cuestionario IPAQ se observó que un 21,9% realizaba una baja actividad física, un 43,6% llevaba a cabo actividad moderada y un 34,5 % practicaba un nivel alto de ejercicio. Finalmente, la puntuación obtenida en el cuestionario Motiva.Diaf, reportó una puntuación media de 8,02 en la variable estilo de vida (DE= 2,59).

Los porcentajes y puntuaciones observadas en las zonas básicas de salud fueron muy similares al registrado en general, sin aparecer diferencias significativas entre las diferentes zonas (tabla 3).

El análisis de cada uno de los ítems del cuestionario Motiva.Diaf de adherencia a recomendaciones saludables relacionadas con alimentación y actividad física mostró una mayor adherencia, en general, a las recomendaciones relacionadas con la alimentación. Además, no se observaron diferencias entre las distintas zonas básicas.

Análisis de la adherencia a las conductas relacionadas con enfermedad cardiovascular en función de las variables personales sexo, nivel de estudios y convivencia.

El consumo de alcohol fue significativamente superior en hombres que en mujeres (tabla 4). En cuanto a la realización de actividad física, se observó que las mujeres mostraron una tendencia a la realización de actividad moderada mientras que los hombres a la intensa. No se apreciaron diferencias en relación con el consumo de tabaco ni en la puntuación de la variable sintética estilo de vida (tabla 4).

Tal como se puede observar en la tabla 5, el menor nivel de estudios se asoció significativamente con 3 de las 4 variables analizadas, consumo de tabaco, actividad física y estilo de vida.

Tabla 3. Adherencia a las conductas relacionadas con enfermedad cardiovascular en las distintas zonas básicas de salud					
Consumo tabaco		Fumadores		No fumadores	P
SABUGO	19		81		N.S
CORVERA	21,4		78,6		
PRAVIA	17,5		82,5		
CASTRILLÓN	26,9		73,1		
Consumo alcohol		Mediana (RI)			P
SABUGO	2,5 (6-1)			N.S	
CORVERA	2,25 (5,5-1)				
PRAVIA	2 (4,5-0)				
CASTRILLÓN	3 (6,5-0)				
Actividad física	%				P
	Bajo	Moderado	Alto		
SABUGO	20,2	41,7	38,1		N.S
CORVERA	22,6	48,8	28,6		
PRAVIA	22,7	43,3	34		
CASTRILLÓN	22,2	40,4	37,4		
Estilo de vida		Media (DE)			P
SABUGO	8,15 (2,346)			N.S	
CORVERA	7,86 (2,649)				
PRAVIA	7,92 (2,749)				
CASTRILLÓN	8,14 (2,633)				

Tabla 4. Conductas relacionadas con enfermedad cardiovascular en función del sexo				
		Hombre	Mujer	P
CONSUMO DE ALCOHOL (MEDIANA (RI))		4 (7,5-1)	2 (4,5-0)	<0,001
CONSUMO DE TABACO (%)	Si	25,4	20,1	N.S.
	No	74,6	79,9	
ACTIVIDAD FÍSICA (%)	Bajo	16,9	25,5	<0,001
	Moderado	37,9	46,3	
	Alto	45,2	28,2	
ESTILO DE VIDA (MEDIA (DE))		8,05 (2,648)	8,03 (2,579)	N.S.

Tabla 5. Conductas relacionadas con enfermedad cardiovascular en función del nivel de estudios

		Primarios	Secundarios	Universitarios	P
CONSUMO DE ALCOHOL (MEDIANA (RI))		1,5 (5-0)	2,5 (6-0)	3 (6-1)	N.S.
CONSUMO DE TABACO (%)	Si	40	26,2	15,7	0,004
	No	60	73,8	84,3	
ACTIVIDAD FÍSICA (%)	Bajo	48	20,6	20,3	0,013
	Moderado	28	40,7	47,2	
	Alto	24	38,8	32,5	
ESTILO DE VIDA (MEDIA (DE))		6,6 (3,214)	8 (2,583)	8,26 (2,495)	0,013

Tabla 6. Conductas relacionadas con enfermedad cardiovascular en función de la convivencia

		Solo	Acompañado	P
CONSUMO DE ALCOHOL (MEDIANA (RI))		4 (6,5-1)	2,5 (5,5-0)	N.S.
CONSUMO DE TABACO (%)	Si	20,9	22,4	N.S.
	No	79,1	77,6	
ACTIVIDAD FÍSICA (%)	Bajo	16,3	22,6	P=0,029
	Moderado	30,2	44,3	
	Alto	53,5	33,1	
ESTILO DE VIDA (MEDIA (DE))		8,63 (2,564)	7,97 (2,604)	N.S.

La convivencia solo mostró asociación con la realización de actividad física, que fue significativamente superior en las personas que vivían solas (tabla 6).

Discusión

Los resultados del presente estudio ponen de manifiesto que la zona básica de salud no parece influir en la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en población de entre 30 y 40 años. Sin embargo, sí que se han observado diferencias en función del sexo, el nivel de estudios o vivir solo. Sería interesante que futuros estudios incluyeran el código postal de los individuos para analizar la influencia de los determinantes sociales en el estilo de vida, puesto que el sexo y el nivel de estudios son dos

de los principales factores de desigualdad en salud. Un reciente estudio realizado en España muestra una gran desigualdad social en la mortalidad por ECV en el país (6).

En la variable alimentación, se observó un mayor consumo de frutas, verduras, carnes bajas en grasas y frutos secos en la zona básica de Sabugo, hecho que podría deberse a que es la zona de mayor nivel socioeconómico de las incluidas en el estudio (13) y aquella con un porcentaje significativamente mayor de población con estudios universitarios.

La mayor parte de la población incluida en el estudio realiza actividad física moderada y, en menor medida, intensa o baja. Estos resultados coinciden con la Encuesta de Salud de Asturias (ESA) (14) realizada en el 2017, siendo contrarios a los datos

publicados en el OBSA, donde la población de las ZBS estudiadas aparecen como zonas de alto grado de sedentarismo. Si bien, esta diferencia pueda ser explicada por el hecho de que el OBSA (3) muestra los datos de la población general, no haciendo distinción por grupos de edad.

En cuanto al nivel de actividad física, las personas con estudios primarios realizan en mayor medida actividad física baja, mientras aquellas con estudios secundarios o universitarios realizan en su mayor parte actividad física moderada.

Se observaron diferencias estadísticamente significativas en función del sexo, así las mujeres tienden a practicar con mayor frecuencia actividad de intensidad moderada, mientras los hombres la hacen de alta intensidad, tendencia ya observada en estudios previos (15). El hecho de que las mujeres practiquen actividad física de menor intensidad que los hombres podría deberse a los estereotipos de belleza y feminidad que aún persisten, así como a los condicionantes socioculturales que limitan, en parte, la implicación de la mujer en el entorno deportivo (16). Asimismo, existen otros determinantes como otorgar mayor peso a otras actividades, como a los estudios en la etapa académica, escasa oferta deportiva en algunos casos y falta de referentes o sesgos socioculturales (16).

Además, la realización de actividad física fue significativamente superior en las personas que viven solas, lo que puede estar determinado por el hecho de que al vivir solas dispongan de más tiempo libre que deciden invertir en la realización de actividad física o bien la utilicen como medio de socialización, aunque es cierto que no se estudió si la actividad física la realizaban de forma individual o en grupo.

El consumo de alcohol en las cuatro ZBS estudiadas se mantiene en un rango entre 4,5 y 6,5 UBEs por semana, siendo significativamente mayor en hombres que en mujeres. Este patrón de consumo ya se ha encontrado en estudios previos realizados tanto

a nivel nacional (17) como regional (18). El mayor consumo de alcohol en el sexo masculino se podría explicar por la influencia de los roles de género en la sociedad, así, en edades tempranas el patrón de consumo es muy parecido en ambos sexos. Sin embargo, cuando las mujeres entran en la edad adulta realizan un menor consumo y, acotado a los fines de semana, mientras los varones consumen alcohol a diario y mantienen un consumo excesivo los fines de semana (19).

Encontramos un consumo de alcohol mayor en las personas que viven solas que en aquellas que están acompañadas, relación ya observada en estudios previos (17) y que parece indicar que vivir acompañado puede ser un factor de protección ante el consumo de alcohol.

En cuanto al tabaco, la mayor parte de la población estudiada es no fumadora, disminuyendo la cifra a medida que aumenta el nivel de estudios. Al igual que se mostró con el consumo de alcohol, las personas que viven acompañadas fuman menos que aquellas que viven solas. Así, el hecho de vivir acompañado podría actuar como un factor protector tanto ante el consumo de alcohol como de tabaco.

Se encontró una relación inversa entre el nivel de estudios y el consumo de tabaco, actividad física y estilo de vida. Esta relación ya ha sido observada en estudios previos, así un estudio sobre población estadounidense mostró que las personas sin estudios universitarios multiplicaban por 3,5 el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares (20). Por otra parte, en Europa donde el acceso a la educación es gratuito y, por tanto, la situación socioeconómica familiar no debería significar desigualdad, también se observó que el nivel de estudios influía en las conductas saludables. De forma que los jóvenes con un menor nivel de estudios tenían un mayor índice de masa corporal, realizaban menos ejercicio físico, llevaban a cabo una peor alimentación y consumían más tabaco que el resto (21). Además, Kubota et al (22) afirman que más del 50%

de los individuos con estudios primarios termina desarrollando una enfermedad cardiovascular a lo largo de su vida, independientemente de otras características socioeconómicas.

Por ello, es importante aprovechar cualquier contacto de la población adulta joven con el sistema sanitario para abordar estos factores de riesgo, motivándolos a realizar un cambio hacia conductas más saludables. Además, dado el escaso acceso de esta población a los centros de Atención Primaria, también, sería interesante que los profesionales de enfermería realizaran intervenciones comunitarias sobre estos estilos de vida fuera de los centros de salud.

Un reciente metanálisis (23) estudió la asociación entre el nivel socioeconómico y la mortalidad prematura comparándolo con la mortalidad por los principales factores de riesgo (consumo de tabaco, alcohol, inactividad física, obesidad, diabetes e hipertensión arterial). Así, un nivel socioeconómico bajo reduce la esperanza de vida tanto como la presencia de estos factores de riesgo. Por este motivo, las estrategias de promoción de la salud deberían tener en cuenta el nivel socioeconómico bajo como un factor de riesgo a intervenir, así como los demás determinantes sociales.

No obstante, este abordaje no debería hacerse únicamente de forma individual desde la consulta, ya que su utilidad se ve limitada a un pequeño reducto de la población, sino que deberían estar respaldadas por otras a mayor escala como son las políticas saludables y la promoción de entornos saludables, para que los cambios salutogénicos se produjesen en las comunidades (24).

Por tanto, además del refuerzo de la promoción de la salud que se realiza desde atención primaria, es clave el respaldo y la implicación de las políticas de salud para hacer más presión en el cambio a nivel poblacional, lo cual supone un reto para la salud pública de cara al futuro.

Conclusiones

La prevalencia de conductas de riesgo cardiovascular es similar en las 4 zonas básicas de salud incluidas en el estudio y por tanto, se podrían plantear las mismas medidas para disminuir su prevalencia en las zonas básicas de salud estudiadas. No obstante, si que parece tener en cuenta aspectos personales ya que si que se han observado algunas diferencias en función de estos.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud (OMS) [internet]. OMS; 2017. [Último acceso 5 enero 2022]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
2. Umbria M, Rafel J, Aluja MP, Santos C. Enfermedad cardiovascular en España: Estudio epidemiológico descriptivo 1999-2010. *Antropo*. 2014; 32: 1-13.
3. Observatorio de Salud de Asturias [internet]. Informe de Situación en Salud de Asturias. Oviedo. 2018. [Último acceso 7 enero 2022]. Disponible en: <https://obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/VD-ASSA-lectura-fácil.pdf>
4. Ontiveros L. ¿Cuánto cuesta un enfermo cardiovascular? [Internet]. Fundaciondelcorazon.com. 2018 [Último acceso 12 diciembre de 2021]. Disponible en: <https://fundaciondelcorazon.com/blog-impulso-vital/2208-cuanto-cuesta-enfermo-cardiovascular.html>
5. Bilal U, Díez J, Alfayate S, Gullón P, Del Cura I, Escobar F et al. Population cardiovascular health and urban environments: the Heart Healthy Hoods exploratory study in Madrid, Spain. *BMC Med Res Methodol*. 2016;16(1):104.
6. Haeberer M, León-Gómez I, Pérez-Gómez B, Tellez-Plaza M, Rodríguez-Artalejo F, Galán I. Desigualdades sociales en la mortalidad cardiovascular en España desde una perspectiva interseccional. *Rev Esp Cardiol*. 2020; 73(4): 282-9.
7. Observatorio de Salud de Asturias [internet]. Determinantes de salud: 2017. Oviedo. [Último acceso 10 enero 2022]. Disponible en: <https://obsaludasturias.com/obsa/determinantes/>
8. Carreño V, Franco M, Gullón P, Carreño V. Studying city life, improving population health. *Int J Epidemiol*. 2017; 46(1):14-21.
9. Ministerio de Sanidad [Internet]. Portal estadístico. Sistema Información Atención Primaria. [Último acceso 6 diciembre 2021]. Gobierno de España. Disponible en: <https://pestadistico.inteligenciadegestion.msccbs.es/publicoSNS/C/sistema-de-informacion-de-atencion-primaria-siap/actividad/ordinaria>
10. Balaguer I, Castillo I, Duda JL. Apoyo a la autonomía, satisfacción de las necesidades, motivación y bienestar en deportistas de competición: un análisis de la teoría de la autodeterminación. *Revista de Psicología del Deporte*. 2008; 17 (1): 123-39.
11. Román B, Ribas L, Ngo J, Serra L. Validity of the international physical activity questionnaire in the Catalan population (Spain). *Gac Sanit*. 2013;27(3):254-7.
12. Martin R, Gonzalez X, Papin C, Suárez J. Development and validation of a questionnaire for assessing the characteristics of diet and physical activity in patients with type 2 diabetes. *Psicothema*. 2018; 30(1):116-22.
13. Sociedad Asturiana de estudios económicos e industriales [internet]. Reseña estadística de los municipios asturianos. Año: 2019 [Último acceso 28 marzo 2022] Disponible en: https://www.sadei.es/sadei/enlaces-directos/informacion_121_1_ap.html
14. Observatorio de Salud de Asturias. IV Encuesta de Salud para Asturias, 2017. Consejería de Sanidad; 2018.
15. López-Munera RC, Santos-Campos MA, Navarro-Martínez AV, Arévalo-Arévalo JM, García-Pinillos F, Latorre-Román PA. Determinantes sociodemográficos y nivel de actividad física en la población de la provincia de Jaén mayor de 18 años RETOS. 2016; 29(1): 13-6.
16. Luque A, Villa F. Mujer joven y actividad física. 1ª Edición. Paseo de Recoletos, 23. Madrid. 2019.
17. Toft U, Pisinger C, Aadahl M, Lau C, Linneberg A, Ladelund S, et al. The impact of a population-based multi-factorial lifestyle intervention on alcohol intake: the Inter99study. *Prev Med*. 2009; 49(2-3):115-21
18. Bravo-Villasante FS. Sociología del consumo de alcohol en Asturias. *Cuadernos de psiquiatría*. 2001; 1 (1) 19-36.
19. Fernández MA, Dema S, Fontanil Y. La influencia de los roles de género en el consumo de alcohol: estudio cualitativo en adolescentes y jóvenes en Asturias. *Adicciones*. 2019; 31 (4).
20. Lawrence EM, Hummer RA, Domingue BW, Harris KM. Wide educational disparities in young adult cardiovascular health. *SSM Popul Health*. 2018; 5:249-56.
21. Gande N, Pechlaner R, Bernar B, Staudt A, Stock K, Hochmayr C, et al. Cardiovascular health behaviors and associations of sex, age, and education in adolescents - Results from the EVA Tyrol study. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. 2021; 31(4):1286-92.
22. Kubota Y, Heiss G, MacLehose RF, Roetker NS, Folsom AR. Association of educational attainment with lifetime risk of cardiovascular disease: The atherosclerosis risk in communities study. *JAMA Intern Med*. 2017; 177(8):1165.

23. Stringhini S, Carmeli C, Jokela M, Avendaño M, Muennig P, Guida F et al, LIFEPAATH consortium. Socioeconomic status and the 25 × 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1·7 million men and women. *Lancet*. 2017; 389(10075): 1229-37.
24. Capewell S, Capewell A. An effectiveness hierarchy of preventive interventions: neglected paradigm or self-evident truth? *Journal of Public Health*. 2017; 40 (2): 350–8.

Adicción al smartphone en estudiantes del grado de Enfermería: estudio transversal

Pamela Garzón García; Marta Solares Sampedro; Lucas Soto López; Beatriz Busto López; José Antonio Cernuda Martínez
Servicio de Salud del Principado de Asturias

Contacto: jacernudam@gmail.com

Manuscrito recibido: 24/05/2022
Manuscrito aceptado: 10/10/2022

Cómo citar este documento

Garzón García P, Solares Sampedro M, Soto López L, Busto López B, Cernuda Martínez JA. Adicción al smartphone en estudiantes del grado de Enfermería: estudio transversal. Quantitative and Qualitative Community Research RqR. 2022 Nov; 10 (4): 36-43.

Original

Resumen

Objetivo: comprobar el nivel de adicción al smartphone en estudiantes de Enfermería.

Métodos: estudio transversal sobre los 280 alumnos matriculados en el grado de Enfermería de la Facultad de Enfermería de Gijón, a través de un cuestionario autoadministrado. La variable principal fue la adicción al smartphone, mientras que las características sociodemográficas y de uso del smartphone fueron las variables independientes. Se calcularon las odds ratio entre la variable dependiente y las independientes y se estableció un modelo predictivo.

Resultados: se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el curso académico y las horas diarias de uso del móvil ($p=0,035$). Del mismo modo, también se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre la edad a la que tuvo su primer móvil y el curso académico ($p=0.006$). Hubo una correlación positiva, estadísticamente significativa, entre la edad de los participantes y la edad a la que obtuvieron su primer móvil ($p<0,000$).

Conclusiones: la edad de inicio del uso del smartphone es cada vez menor. No existe autopercepción de dependencia ni se reconocen adictos a su uso

Palabras clave:

teléfono inteligente; conducta adictiva; estudiantes de Enfermería.

Smartphone addiction in Nursing students: a cross-sectional study

Abstract:

Aim: to verify the level of smartphone addiction in Nursing students.

Methods: cross-sectional study on the 280 students enrolled in the Nursing degree at the Gijón School of Nursing, through a self-administered questionnaire. The main variable was smartphone addiction, while sociodemographic and smartphone use characteristics were the independent variables. Odds ratios between the dependent and independent variables were calculated and a predictive model was established.

Results: a statistically significant association was found between the academic year and the daily hours of mobile use ($p = 0.035$). Similarly, statistically significant differences were also found between the age at which they had their first mobile and the academic year ($p = 0.006$). It was a statistically significant positive correlation between the age of the participants and the age at which they obtained their first mobile ($p = 0.000$).

Conclusions: the age of initiation of smartphone use is decreasing. There is no self-perception of dependence, and addicts to its use are not recognized

Keywords:

smartphone; Behavior, Addictive; Students, Nursing.

Introducción

Los dispositivos móviles de nueva generación o smartphones (SP) constituyen hoy en día una herramienta cotidiana para una gran parte de la población (1,2). Según los datos del informe «The Mobile Economy 2019» (3), el 67% de la población mundial usa SP. En Europa, en el año 2017, eran un 87% los usuarios (4).

La telefonía móvil ha generado cambios en los comportamientos de los individuos, y el mal uso de los dispositivos móviles puede causar un aumento de las alteraciones del sueño, conflictos familiares o un mayor nivel de estrés (5,6). Actualmente, la «nomofobia» (angustia y/o desolación por no disponer de teléfono móvil) es un término en estudio por sus potenciales alteraciones en la salud de los adultos jóvenes (7-10).

El objetivo de este trabajo fue (i) comprobar el nivel de adicción al SP en estudiantes universitarios del Grado de Enfermería, e (ii) identificar los factores relacionados con la adicción al uso del SP en universitarios.

Material y métodos

Se realizó un estudio transversal sobre 132 estudiantes de los 4 cursos del Grado en Enfermería, matriculados en la Facultad de Enfermería de Gijón mediante un cuestionario autoadministrado. La captación se realizó mediante el envío del cuestionario a los 280 estudiantes matriculados en el Grado de Enfermería a 25 de septiembre de 2020. El criterio de inclusión para participar en el estudio fue estar matriculado de, al menos, una asignatura del Grado en Enfermería en la Facultad de Enfermería de Gijón el día del envío del cuestionario.

Para comprobar la existencia o no de adicción al SP se empleó el cuestionario SPAI-Spain (2), traducción al español y adaptación transcultural del cuestionario «Smartphone Addiction Inventory» (SPAI) (8).

El cuestionario usado en este estudio está formado por 22 de los 26 ítems del cuestionario SPAI original. Estos ítems constan de respuesta tipo Likert de 4 puntos (de 1 «muy en desacuerdo» a 4 «muy de acuerdo») (9).

Se evaluaron características sociodemográficas y se recopiló información sobre hábitos relacionados con el SP, el tiempo de uso y la autopercepción de dependencia del SP.

Para estudiar la relación entre variables categóricas se empleó la prueba de ji-cuadrado. Para comparar las medias de las variables cuantitativas por curso se utilizó el análisis de la variancia (ANOVA). En los resultados estadísticamente significativos se ejecutaron contrastes *a posteriori* mediante comparaciones múltiples con la corrección de Bonferroni.

Se realizó una correlación entre variables cuantitativas independientes para obtener el coeficiente de correlación de Pearson. Se realizaron regresiones logísticas para calcular las odds ratio (OR) y los coeficientes *b* entre la variable dependiente y las independientes. La variable dependiente fue la existencia o no de adicción al SP según los resultados del cuestionario SPAI-Spain (se consideró como «existencia» las puntuaciones iguales a 44 o superiores, y como «ausencia» las inferiores a 44). Se construyó un modelo predictivo entre la existencia o no de adicción y las variables independientes mediante regresión logística mediante el procedimiento de exclusión secuencial.

Se valoró la fiabilidad del modelo finalista mediante validación externa. Para ello se comprobó la pérdida de predicción o *shrinkage* mediante la técnica de muestras partidas o *split-sample*, aceptándose como adecuada una pérdida de predicción o *shrinkage* del 10% o inferior.

El poder predictivo del modelo se valoró mediante el área bajo la curva ROC (AUC). Se consideró como «bueno» un valor de AUC entre 0,80 y 0,89, y como «excelente» un valor igual o superior a 0,90 (11).

Para detectar colinealidad se aplicó el factor de incremento de la variancia (VIF), aceptándose como adecuados los valores inferiores a 10 en cada variable del modelo finalista.

Para valorar la calibración del modelo finalista se aplicó la prueba de Hosmer y Lemeshow.

Para todos los resultados se consideró un nivel de significación de $p < 0,05$ (excepto para la prueba de Hosmer y Lemeshow, en la que el nivel de significación fue de $p < 0,10$) y un índice de confianza del 95%.

El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación del Principado de Asturias con el código 2020.438.

Resultados

Se obtuvieron 132 respuestas de las 280 personas que cumplían el criterio de inclusión (tasa de respuesta = 47,1%). La Tabla 1 muestra las características generales totales y por curso académico de los participantes, de los que 117 (88,64%) fueron mujeres y 15 (11,36%), hombres.

Se encontró asociación estadísticamente significativa entre el curso académico y las horas diarias de uso ($\chi^2 = 18,04$; $p = 0,035$). Las asociaciones entre curso académico y frecuencia de apagado ($\chi^2 = 5,82$; $p = 0,444$), entre curso académico y retorno al domicilio si olvido ($\chi^2 = 1,369$; $p = 0,968$), entre curso académico y percepción de

Tabla 1. Características de los participantes en el estudio, por curso y en total

	Primer curso	Segundo curso	Tercer curso	Cuarto curso	Total
Edad media	20,7(DE= 4,75)	22,0 (DE=6,22)	25,1(DE= 7,52)	26,7(DE= 6,96)	22,77 (DE = 6,70)
Apagar por la noche					
Siempre	12(30,77%)	4(11,76%)	6(16,22%)	4(18,18%)	26 (19,7%)
A veces	4(10,26%)	6(17,65%)	7(18,92%)	5(22,73%)	22 (16,7%)
Nunca	23(58,97%)	24(70,59%)	24(64,86%)	13(59,09%)	84 (63,6%)
Volver a domicilio si olvido					
Siempre	19(48,72%)	19(55,88%)	20(54,05%)	10(45,45%)	68 (51,52%)
A veces	16(41,03%)	12(35,29%)	12(32,43%)	9(40,91%)	49 (37,12%)
Nunca	4(10,26%)	3(8,82%)	5(13,52%)	3(13,64%)	15 (11,36%)
Horas diarias de uso					
Menos de una	0	0	0	2(9,09%)	2 (1,52%)
Entre una y dos	7(17,95%)	4(11,76%)	3(8,11%)	3(13,64%)	17 (12,88%)
Entre dos y cuatro	21(53,85%)	11(32,35%)	18(48,65%)	11(50,00%)	61 (46,21%)
Más de cuatro	11(28,21%)	19(55,88%)	16(43,24%)	6(27,27%)	52 (39,39%)
Percepción de sonido fantasma					
Sí	19(48,72%)	17(50%)	17(45,95%)	10(45,45%)	63 (47,73%)
No	20(51,28%)	17(50%)	20(54,05%)	12(54,55%)	69 (52,27%)
Presencia de adicción					
Sí	8(20,51%)	9(26,47%)	11(29,73%)	8(36,36%)	36 (27,27%)
No	31(79,49%)	25(73,53%)	26(70,27%)	14(63,64%)	96 (72,73%)
Uso para trabajo	3,44(DE= 1,19)	3,91(DE= 1,24)	4,11(DE= 1,15)	3,77(DE= 1,11)	3,80 (DE = 1,19)
Uso para llamadas	3,18(DE= 1,35)	3,44(DE= 1,16)	3,38(DE= 0,95)	3,59(DE= 1,22)	3,37 (DE = 1,17)
Uso para mensajes	4,54(DE= 0,64)	4,65(DE= 0,74)	4,84(DE= 0,37)	4,5(DE= 0,86)	4,64 (DE = 0,66)
Uso para navegar	4,38(DE= 0,63)	4,44(DE= 0,86)	4,54(DE= 0,73)	4,5(DE= 0,80)	4,46 (DE = 0,63)
Uso para las redes	4,18(DE= 0,94)	4,5(DE= 0,79)	4,52(DE= 0,77)	4,32(DE= 1,25)	4,38 (DE = 0,92)
Autopercepción de dependencia	6,18(DE= 1,54)	6,82(DE= 1,24)	6,22(DE= 1,96)	6,36(DE= 1,89)	6,36 (DE = 1,65)
Puntuación media SPAI-Spain	37,4(DE= 9,35)	40,1(DE= 9,09)	37,1(DE= 8,78)	37,7(DE= 8,42)	38,07 (DE = 8,96)
Edad media primer móvil	12,9(DE= 2,33)	12,6(DE= 2,17)	14,8(DE= 3,46)	14,4(DE= 3,46)	13,61 (DE = 2,97)

sonido fantasma ($\chi^2 = 0,178$; $p = 0,981$) y entre curso académico y existencia de dependencia ($\chi^2 = 1,939$; $p = 0,585$) fueron estadísticamente no significativas.

En la comparación de medias de las distintas variables por curso académico mediante ANOVA, solamente fue estadísticamente significativa la comparación entre las medias de edad en que tuvieron su primer móvil ($F = 4,44$; $p = 0,006$). Tras ejecutar los contrastes *a posteriori* se comprobó que las diferencias estadísticamente significativas se produjeron entre los cursos primero y tercero ($t = 2,74$; $p = 0,04$) y segundo y tercero ($t = 3,08$; $p = 0,015$).

El coeficiente de correlación de Pearson entre la edad y la edad a la que tuvieron su primer móvil fue estadísticamente significativo ($r = 0,763$; IC95% = 0,677 a 0,827; $p < 0,000$).

La Tabla 2 muestra los coeficientes b con sus intervalos de confianza del 95%, los valores p de las distintas regresiones logísticas entre la variable dependiente y las independientes, así como los valores de OR con sus intervalos de confianza del 95%. La Tabla 3 muestra las variables que conformaron el modelo finalista, así como los coeficientes b con sus intervalos de confianza del 95% y los valores p, los valores de OR con sus intervalos de confianza del 95% y los valores de VIF de cada variable.

La pérdida de predicción del modelo finalista fue de 1,39% y el AUC del modelo finalista fue de 0,828 (IC95%: de 0,756 a 0,898). El valor p de la prueba de Hosmer y Lemeshow fue de 0,245.

Tabla 2. Coeficientes b con sus intervalos de confianza del 95%, odds ratio(OR) con sus intervalos de confianza del 95% y valores p entre las variables independientes y la variable dependiente

Variable independiente	Coeficiente b (IC95%)	OR (IC95%)	Valor p
Sexo	-0,0345 (de -1,249 a 1,180)	0,966 (de 0,287 a 3,254)	0,955
Curso			
Primero	Categoría de referencia		
Segundo	0,333 (de -0,755 a 1,421)	1,395 (de 0,470 a 4,142)	0,549
Tercero	0,494 (de -0,555 a 1,544)	1,640 (de 0,574 a 4,682)	0,356
Cuarto	0,795 (de -0,371 a 1,961)	2,214 (de 0,690 a 7,103)	0,181
Uso para llamadas	0,304 (de -0,035 a 0,644)	1,356 (de 0,966 a 1,903)	0,079
Uso para mensajes	0,661 (de -0,107 a 1,428)	1,934 (de 0,899 a 4,171)	0,092
Uso para navegar	0,330 (de -0,238 a 0,897)	1,391 (de 0,788 a 2,452)	0,255
Uso para consultar redes sociales	0,330 (de -0,154 a 0,813)	1,391 (de 0,857 a 2,255)	0,181
Uso para trabajo	0,474 (de 0,088 a 0,859)	1,606 (de 1,092 a 2,361)	0,016*
Autopercepción dependencia	0,554 (de 0,193 a 0,915)	1,740 (de 1,213 a 2,496)	0,003*
Volver al domicilio si olvido del móvil			
Nunca	-0,081 (de -1,770 a 1,610)	0,923 (de 0,170 a 5,003)	0,926
A veces	Categoría de referencia		
Siempre	1,374 (de 0,438 a 2,310)	3,951 (de 1,550 a 10,08)	0,004*
Percepción de sonido fantasma	0,588 (de -0,188 a 1,363)	1,800 (de 0,829 a 3,910)	0,137
Edad	0,068 (de 0,014 a 0,122)	1,070 (de 1,014 a 1,130)	0,013*
Edad a la que tuvo el primer móvil	0,130 (de 0,001 a 0,261)	1,139 (de 1,001 a 1,297)	0,042*

*Valor estadísticamente significativo ($p < 0,05$)

Tabla 3. coeficientes b con sus intervalos de confianza del 95%, odds ratio (OR) con sus intervalos de confianza del 95%, valores p y VIF del modelo finalista

Variable independiente	Coefficiente b (IC95%)	OR (IC95%)	Valor p	VIF
Edad	0,118 (de 0,041a 0,196)	1,126 (de 1,042 a 1,216)	0,003*	1,08
Siempre vuelve si se le olvida	2,018 (de 0,796 a 3,239)	7,522 (de 2,218 a 25,53)	0,001*	1,17
Autopercepción dependencia	0,263 (de -0,095 a 0,622)	1,301 (de 0,909 a 1,862)	0,150	1,20
Percepción sonido fantasma	0,895 (de -0,516 a 1,841)	2,446 (de 0,950 a 6,301)	0,064	1,07
Uso para trabajo	0,463 (de 0,037 a 0,889)	1,589 (de 1,038 a 2,434)	0,033*	1,11
Constante	-9,107 (de -12,80 a -5,411)	0,001 (de 2,75x10-6 a 0,004)	<0,000*	

*Valor estadísticamente significativo (p<0,05)

Discusión

El objetivo principal de este estudio fue comprobar el nivel de adicción al SP en estudiantes universitarios.

Existe asociación entre el curso académico y las horas diarias de uso de móvil, y se determinó la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre la edad a la que se tuvo el primer móvil y el curso. Los resultados obtenidos mostraron una correlación positiva entre la edad de los participantes y la edad a la que tuvieron su primer móvil, lo que indica que los más jóvenes cada vez tienen su primer móvil antes.

La edad media a la que los estudiantes de este estudio tuvieron un SP fue a los 13,7 años. En España, Villanueva (12), reflejó que la edad a la que tienen su primer SP es a los 12 años, y Ruiz (13) constató que es a los 12,9 años.

En cuanto al uso que los encuestados hacen del SP, se halló que el principal uso del SP fue para comunicarse a través de mensajería y para navegar en páginas web, datos que son coincidentes con los encontrados por Ruiz (13) y Walsh (14). No obstante, son numerosos los estudios en los que se destaca el uso mayoritario de las redes sociales (15-17).

En lo que respecta al tiempo de uso del SP, los estudiantes universitarios usan al día

el SP entre dos y cuatro horas. Peñuela (16) y Ruiz- Palmero (17) señalaron que ese tiempo puede alcanzar cinco o seis horas de uso diario en universitarios, algo que podría entrañar comportamientos abusivos. A pesar del gran uso del SP por parte de los jóvenes, estos manifiestan no tenerla (15-18).

El que más de la mitad de los encuestados percibiera sonido fantasma al no usar el SP, así como que siempre vuelve al domicilio en caso de olvido, lleva a pensar en la existencia de nomofobia, como ya ha sido encontrado en estudios llevados a cabo en estudiantes universitarios de Irán (19) o Brasil (20).

Conclusiones

La edad de inicio del uso del SP cada vez es menor y son los estudiantes más jóvenes quienes más horas están conectados a su SP. Regresar al domicilio por olvido del teléfono, no apagarlo de noche o reconocer la existencia del sonido fantasma se dan con la misma prevalencia en todas las franjas de edad de los diferentes cursos.

El SP es una herramienta ,tanto de trabajo como personal, que puede potenciar aspectos saludables (psicológicos y sociológicos) mejorando la comunicación y el aprendizaje, pero también provocando dependencia y aislamiento social.

Referencias bibliográficas

1. Yuste AP. El proceso de implantación de la telefonía móvil en España. Antena del COITT [Internet]. 30 de septiembre de 2002 [citado 15 de febrero de 2021];8. Disponible en: https://www.etsist.upm.es/estaticos/catedra-coitt/web_socioeconomica/articulos/procesoimplantaciontelefoniamovil.pdf
2. Simó-Sanz C, Ballestar-Tarín M^aL, Martínez-Sabater A. Smartphone Addiction Inventory (SPAI): Translation, adaptation and validation of the tool in Spanish adult population. PLoS One 2018; 13(10): e0205389.
3. The Mobile Economy 2018 [Internet]. gsma.com; [citado 15 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://data.gsmaintelligence.com/api-web/v2/research-file-download?id=28999769&file=The%20Mobile%20Economy%202018.pdf>
4. Informe Ditrendia Mobile en España y en el Mundo 2017 [Internet]. 2017 [citado 15 de febrero de 2021]. Disponible en: https://www.amic.media/media/files/file_352_1289.pdf
5. Becoña Iglesias E. Trastornos adictivos. 2nd ed. Madrid: Síntesis, 2016.
6. Harris B, Regan T, Schueler J, Fields SA. Problematic Mobile Phone and Smartphone Use Scales: A Systematic Review. Front Psychol. 2020;11.
7. Velázquez-Reyes LM. ¿Acaso tengo demasiado apego a mi celular? Pedagogía y Práctica Educativa. 2019;1(1):5-22.
8. Lin YH, Chang LR, Lee YH, Tseng HW, Kuo TB, Chen SH. Development and validation of the Smartphone Addiction Inventory (SPAI). PLoS One. 2014;9(6):e98312.
9. Ballestar-Tarín ML, Simó-Sanz C, Chover-Sierra E, Saus-Ortega C, Casal-Angulo C, Martínez-Sabater A. Self-Perception of Dependence as an Indicator of Smartphone Addiction—Establishment of a Cutoff Point in the SPAI–Spain Inventory. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(11).
10. Twenge JM, Campbell WK. Associations between screen time and lower psychological well-being among children and adolescents: Evidence from a population-based study. PrevMedRep. 2018;12:271-283.
11. Delgado Rodríguez M, Domenech i Massons JM, Llorca Díaz JL. Estudios para pruebas diagnósticas y factores pronósticos. 10.a ed. Barcelona: Signo, 2019.
12. Chóliz M, Villanueva V. Ellas, ellos y su móvil: Uso, abuso (¿y dependencia?) del teléfono móvil en la adolescencia. Rev Espanola de Drogodepend. 2009; 34(1): 74-88.
13. Ruiz de Miguel C. Perfil de uso del teléfono móvil e internet en una muestra de universitarios españoles: ¿Usan o abusan? Bordón Revista de Pedagogía. 2016; 68(3):131-145.
14. Walsh SP, White KM, Cox S, Young RMD. Keeping in constant touch: The predictors of young Australians' mobile phone involvement. Comput Human Behav. 2011;27(1):333-342.
15. Gaspar Herrero S, Díaz Cuesta V. Adicción al smartphone. Análisis motivacional de uso entre nativos digitales. Opción. 2015;31(4):517-531.
16. Peñuela Epalza M, Paternina Del Río J, Moreno Santiago D, Camacho Pérez L, Acosta Barrios L, De León De León L. El uso de los smartphones y las relaciones interpersonales de los jóvenes universitarios en la ciudad de Barranquilla (Colombia). Salud Uninorte. 2014;30(3):335-346.
17. Ruiz-Palmero J, Sánchez-Rivas E, Gómez-García M, Sánchez Vega E. Future Teachers' Smartphone Uses and Dependence. Educ Sci. 2019;9(3):194.
18. Marín Díaz V, Vega Gea EM, Sampredo Requena BE. Uso problemático del smartphone en estudiantes universitarios. Rev Española de Drogodepend. 2018;(43):62-76.
19. Daei A, Ashrafi-rizi H, Soleymani MR. Nomophobia and Health Hazards: Smartphone Use and Addiction Among University Students. Int J Prev Med. 2019;10:202.
20. Ahmed S, Pokhrel N, Roy S, Samuel AJ. Impact of nomophobia: A nondrug addiction among students of physiotherapy course using an online cross-sectional survey. Indian J Psychiatry. 2019;61(1):77-80.

Knowledge, individual beliefs and preventive behaviours regarding COVID-19 in Spanish university students

Fernández-Álvarez María del Mar^{1*} (PhD); Zabaleta-del-Olmo, Edurne^{2,3,4,5} (PhD); Antonín Martín, M⁶ (PhD); Cachero-Rodríguez, Judit¹ (MsC); Martín-Payo, Ruben¹ (PhD)

¹ Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Oviedo. Equipo de investigación PRECAM, Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias, Spain.

² Fundació Institut Universitari per a la recerca a l'Atenció Primària de Salut Jordi Gol i Gurina (IDIAPJGol), Barcelona, Spain

³ Gerència Territorial de Barcelona, Institut Català de la Salut, Barcelona, Spain

⁴ Nursing department. Faculty of Nursing, , Universitat de Girona, Girona, Spain

⁵ Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, Cerdanyola del Vallès, Barcelona, Spain

⁶ Escuela Universitaria de Enfermería, Escuelas Universitarias Gimbernat, Universidad Autónoma de Barcelona, Spain.

Contacto: fernandezmar@uniovi.es

Manuscrito recibido: 15/05/2022

Manuscrito aceptado: 26/09/2022

Cómo citar este documento

Fernandez-Alvarez MdM, Zabaleta-del-Olmo E, Antonin-Martin M, Cachero-Rodríguez J, Martín-Payo, R. Knowledge, individual beliefs and preventive behaviours regarding COVID-19 in Spanish university students. Quantitative and Qualitative Community Research RqR. 2022 Nov; 10 (4): 44-57.

Original

Abstract

Objective: the objective of this study was to assess the knowledge, beliefs, perceptions, and preventive behaviors for COVID-19 among university students in Spain.

Method: the WHO survey «Monitoring knowledge, risk perceptions, preventive behaviors and trust to inform pandemic outbreak response» was used in this cross-sectional study conducted in May 2020.

Results: 1,285 students joined the study, with an average age of 23.4 (SD=6.0). The average score for self-assessed knowledge was 5.5 (SD= 1,1) (range 0-7). Most of the effective measures were correctly identified

as such, with an average of correctly identified measures of 6.9 (SD=1.8) (range 0-17). The average score for infection probability and severity (range 1-7) was 3.8 (SD= 1.5 and 1.6 respectively). The number of effective measures adopted to prevent COVID-19 was 8.6 (SD =1.3) (range 0-10) and the number non-effective measures was 0.4 (SD=0.8) (range 0-7).

Conclusions: the results show an adequate level of knowledge about symptoms and preventive measures. Risk perception, severity, infection probability and ability to avoid infection suggest overconfidence, which should be considered.

Key Words:

Knowledge; Health Risk Behaviors; Coronavirus Infections; Students; Universities

Conocimientos, creencias individuales y conductas preventivas frente a la COVID-19 en estudiantes universitarios españoles

Resumen:

Objetivo: evaluar los conocimientos, las creencias, las percepciones y las conductas preventivas desarrolladas en relación con COVID-19 en estudiantes de universidades españolas.

Metodología: estudio transversal en el que se empleó una versión digital de la encuesta de la OMS "Monitoring knowledge, risk perceptions, preventive behaviours and trust to inform pandemic outbreak response", en el mes de mayo de 2020.

Resultados: participaron 1285 estudiantes, con edad media de 23,4 (DE=6,0). La puntuación media de la autopercepción de conocimiento fue de 5,5 (DE= 1,1) (rango

0-7) y de síntomas correctamente identificados de 6,9 (DE=1,8) (rango 0-17). La probabilidad de infectarse y la severidad, en un rango de 1-7, obtuvieron una puntuación media de 3,8 (DE= 1,5 y 1,6 respectivamente). El número de medidas efectivas adoptadas para prevenir COVID-19 fue de 8,6 (DE = 1,3) (rango 0-10) y de las no efectivas 0,4 (DE = 0,8) (rango 0-7).

Conclusión: los resultados muestran un adecuado nivel de conocimiento de síntomas y medidas preventivas. La percepción de riesgo, severidad, probabilidad de infectarse y capacidad de evitar la infección sugieren un exceso de confianza que debe ser tenido en cuenta.

Palabras clave:

Conocimiento; Comportamientos de Riesgo para la Salud; Infección Coronavirus; Estudiantes; Universidad.

Introduction

As it is well-known now, we are experiencing a new pandemic caused by a coronavirus of which little data is known despite its similarities with previous virus (1). Among the strategies to stop its spread, the scientific community has highlighted vaccination as the most effective measure. There are currently several vaccines in development, but not one has been chosen as standard care and preventive measures are still being recommended and implemented. Therefore, governments are adopting different policies based on recommendations by the European Centre for Disease Prevention and Control (2). Behavioral and environmental measures that should be adopted by the population are among the most effective to prevent infection, such as handwashing, using a mask in public spaces, and social distancing (3,4).

These measures require an adaptation by the population to a new social scenario as well as the acquisition of new behaviors that were not previously performed on a regular basis. Adopting new behaviors is not a simple task, especially when they must be adopted in a short time characterized by the uncertainty of this new social scenario. With this aim in mind, it is necessary for people to perceive a health threat in order to take preventive actions as suggested by the Health Belief Model (HBM). That is, people need to perceive they are susceptible to becoming ill and the disease can severely affect their health (5). On the other hand, it is essential to learn about people's needs about the behaviors to adopt. According to the Behavior Change Wheel (6), there are three determinants that have a strong impact on people's intention to modify their behaviors: capability, opportunity, and motivation. Each determinant is also related to the behavioral needs previously mentioned. For example, capability is related to the need for knowledge or abilities to adopt a new behavior. Opportunity is related to the physical and social environment. Finally, motivation is related to emotional needs or

benefits derived from the planned behavior. However, knowing the risk of infection also has an impact on the development of preventive measures (7).

Hence, by identifying knowledge, risk infection perception, and behavioral needs people are adopting to prevent becoming infected allows for the development of programs focused on the determinants of preventive behaviors improving people's intention to implement these behaviors (8).

According to the WHO, COVID-19 affects all people, regardless of sex and apparently the number of cases increases with age (9). However, an increase in infection rates has been observed in Spain among people aged 15-29 (10), which includes university students. This age group is of interest due to the high percentage of asymptomatic patients with a high potential for infection (11). Therefore, it is necessary to assess the different aspects that can have an impact on our protection against COVID-19.

This study was developed with the aim of evaluating the knowledge, beliefs, perceptions, and preventive behaviors related to COVID-19 as there is limited information available about Spanish university students' and COVID-19.

Methodology

Study Design

Cross-sectional survey using a web-based questionnaire.

Setting and Participants

The study population was Spanish students of public and private universities. In 2020, Spain has a population of about 1.5 million university students (11-INE). The survey was conducted in May 2020. Researchers obtained an unrestricted sample by disseminating the availability of the questionnaire on social media and university e-mail lists (12).

Measures

WHO's survey tool OMS «Monitoring knowledge, risk perceptions, preventive behaviors and trust to inform pandemic outbreak response» (13) was translated into Spanish and posted in Google Docs. The web-based questionnaire included 7 demographic items (age, sex, level of studies, residence) and 3 items, with 8 questions in total: 3 knowledge-based, 4 risk perception, and 1 about measures to prevent transmission.

For scoring of knowledge, we divided the questions into two subgroups: 1 question to assess self-assessed knowledge with a likert answer (ranged from 1 to 7, where a higher score means higher perceived knowledge); 1 question to assess knowledge about COVID-19 symptoms, which included 10 symptoms with a qualitative answer (is a symptom/is not a symptom), and 1 question about knowledge about the 16 protection measures, qualitatively coded with a dichotomous answer (is an effective measure/is not an effective measure).

For scoring of individual beliefs about COVID-19, 4 questions were used: perception of probability of getting infected, susceptibility, knowledge to protect myself, and ability to avoid infection (ranged from 1 to 7, where a higher score means higher perceived likelihood, susceptibility, knowledge and avoiding respectively).

And 1 question to score the adopted measures to prevent transmission: «have you adopted the following behavior to prevent COVID-19?» Fourteen behaviors were included scored on a 2-point scale (I adopt the measure/I don't adopt the measure).

Data collection

Information about the study was forwarded to university authorities to be shared among students via email and internal channels (e-mail lists) as well as in social media. Emailing respondents received an

introductory letter containing basic information about the study (objective, goals, and content) and a box that students had to check to give their permission to join the study. Once their participation was confirmed, they accessed the web-based survey by a hyperlink.

Statistical Analysis

We calculated the number of correct symptoms and preventive measures identified. We also calculated the number of evidence-based preventive actions taken. Continuous data are presented as means with standard deviations (SD). Categorical variables are presented as absolute and relative frequencies. Relevant characteristics are described and stratified according the students' field of studies in two categories: health sciences students and students of other fields. We compared the characteristics and responses between these two groups using Student t-test.

We used a HBM approach to analyze the association between individual beliefs and the reported adherence to recommendations and evidence-based preventive actions (5). We determined this association by calculating the Spearman correlation coefficient. Correlation coefficients of ≤ 0.29 were considered weak, 0.30-0.49 low, 0.50-0.69 moderate, and ≥ 0.70 was considered strong correlation (14). We used the statistical software IBM SPSS Statistics version 24 for all analyses.

Ethical Considerations

Ethical approval was obtained from the Principado de Asturias Committee of Ethics (ref. 220/2020). The survey did not collect identifiable data. A consent form was prepared, and participants were assured that their participation was voluntary, that their right to withdraw at any time would be upheld and that their collected information would remain confidential. The participants

were also informed that all collected data would be destroyed after project completion. All study procedures involving human participants were conducted in accordance with the Declaration of Helsinki. All the participants provided informed consent to participate in the study before completing the web-based questionnaire.

Results

Population characteristics

We received a total of 1,285 answers, primarily from women (65.9%), with an average of 23.4 years (SD = 6.0) mainly from health sciences (72.8%).

Real and perceived knowledge

Scoring for the question related to self-assessed knowledge was 5.4 (SD = 1.1) and the average of correctly identified

symptoms was 6.9 (SD = 1.8), both averages being significantly superior among health sciences students. The symptoms «shortness of breath», «fever», and «cough» were the most frequently identified (Table 1). Health sciences students generally identified a higher number of symptoms than students from other fields of knowledge (Table 2).

High success rates were identified in relation to knowledge about effective preventive measures, being «taking herbal supplements» the one with the lower percentage (Table 2).

Perceived susceptibility to and severity of disease

The average score for susceptibility of infection was 3.8 (SD = 1.5), while the score for severity identified by the participants was 3.8 (SD = 1.6). Significant differences were identified according to the field of knowledge of the participants in both cases. In relation to

Table 1. Real and perceived knowledge about COVID-19 preventive measures and symptoms

Variables	Total n=1,285	Health sciences n=584	Other n=701	P value
Self-assessed knowledge				
How would you rate your knowledge level on how to prevent the spread of the novel coronavirus? (ranged from 1 to 7; higher score=higher perceived knowledge), mean (SD)	5.4 (1.1)	5.5 (1.1)	5.3 (1.1)	0.008
Knowledge symptoms related to the newly coronavirus (% correct answers)				
Shortness of breath	1,271 (98.9)	583 (99.8)	688 (98.1)	0.004
Fever	1,261 (98.1)	578 (99.0)	683 (97.4)	0.042
Cough	1,188 (92.5)	558 (95.5)	630 (89.9)	<0.001
Fatigue (tiredness)	1,079 (83.3)	525 (89.9)	545 (77.7)	<0.001
Loss of taste and smell	1,001 (77.9)	491 (84.1)	510 (72.8)	<0.001
Muscle or body aches	860 (66.9)	421 (72.1)	439 (62.6)	<0.001
Headaches	803 (62.5)	396 (67.8)	407 (58.1)	<0.001
Diarrhea	619 (48.2)	341 (58.4)	278 (39.7)	<0.001
Sore throat	525 (40.9)	259 (44.3)	266 (37.9)	0.020
Runny or stuffy nose	278 (21.6)	133 (22.8)	145 (20.7)	0.365
Number of correctly identified symptoms (ranged from 0 to 10), mean (SD)	6.9 (1.8)	7.3 (1.7)	6.5 (1.9)	<0.001

Table 2. Percentages of measures identified as effective and non-effective against COVID-19

Variables	Total n=1,285	Health sciences n=584	Other n=701	P value
Effective measures identified as effective (% correct answers)				
Avoiding touching your eyes, nose, and mouth with unwashed hands	1,277 (99.4)	582 (99.7)	695 (99.1)	0.244
Physical distancing	1,275 (99.2)	582 (99.7)	693 (98.9)	0.105
Covering your mouth when you cough	1,271 (98.9)	579 (99.1)	692 (98.7)	0.462
Staying home when you are sick or when you have a cold	1,267 (98.6)	578 (99.0)	689 (98.3)	0.299
Use of disinfectants to clean hands when soap and water is not available for washing hands	1,264 (98.4)	574 (98.3)	690 (98.4)	0.840
Hand washing for at least 20 seconds	1,257 (97.8)	574 (98.3)	683 (97.4)	0.296
Disinfecting surfaces	1,256 (97.7)	574 (98.3)	682 (97.3)	0.230
Wearing a face mask	1,244 (96.8)	572 (97.9)	672 (95.9)	0.034
Disinfecting the mobile phone	1,240 (96.5)	573 (98.1)	667 (95.1)	0.004
Getting the flu vaccine	1,022 (79.5)	440 (75.3)	582 (83.0)	0.001
Self-isolation	1,117 (86.9)	505 (86.5)	612 (87.3)	0.660
Non-effective measures identified as non-effective (% correct answers)				
Taking herbal supplements	1,022 (79.5)	440 (75.3)	582 (83.0)	0.001
Using homeopathic remedies	1,176 (91.5)	521 (89.2)	655 (93.4)	0.007
Eating garlic	1,210 (94.2)	539 (92.3)	671 (95.7)	0.009
Eating ginger	1,210 (94.2)	535 (91.6)	675 (96.3)	<0.001
Eating lemon	1,211 (94.2)	534 (91.4)	677 (96.6)	<0.001
Using antibiotics	1,211 (94.2)	536 (91.8)	675 (96.3)	0.001
Number of correctly identified measures (ranged from 0 to 17), mean (SD)	6.9 (1.8)	7.3 (1.7)	6.5 (1.9)	<0.001

probability of contagion, perception was higher among health sciences students, while perception of severity was higher among students from other fields (probability $p=0.013$; severity $p=0.010$) (Figure 1).

Perceived self-efficacy

The score for perception of self-efficacy to protect themselves against COVID-19 was 5.5 (SD = 1.1), while the score for perception of ability to avoid infection was 4.4 (SD = 1.3) (Figure 1). Health sciences students perceived a greater ability to protect themselves on average ($p<0.001$) but a reduced ability to prevent infection ($p=0.007$) (Figure 2).

Performance of preventive measures

The average value for the variable that assessed adherence to recommendations was 6.2 (SD = 0.9), and no significant statistical differences were observed between the two student groups ($p=0.359$). In relation to the performance of preventive measures, very high percentages were observed for almost every effective recommendation, and low percentages were observed for recommendations described as non-effective or unnecessary (Table 3). The percentage of health sciences students who reported adopting certain evidence-based preventive measures (covering your mouth when you cough; avoiding touching your eyes, nose, and mouth with unwashed hands;

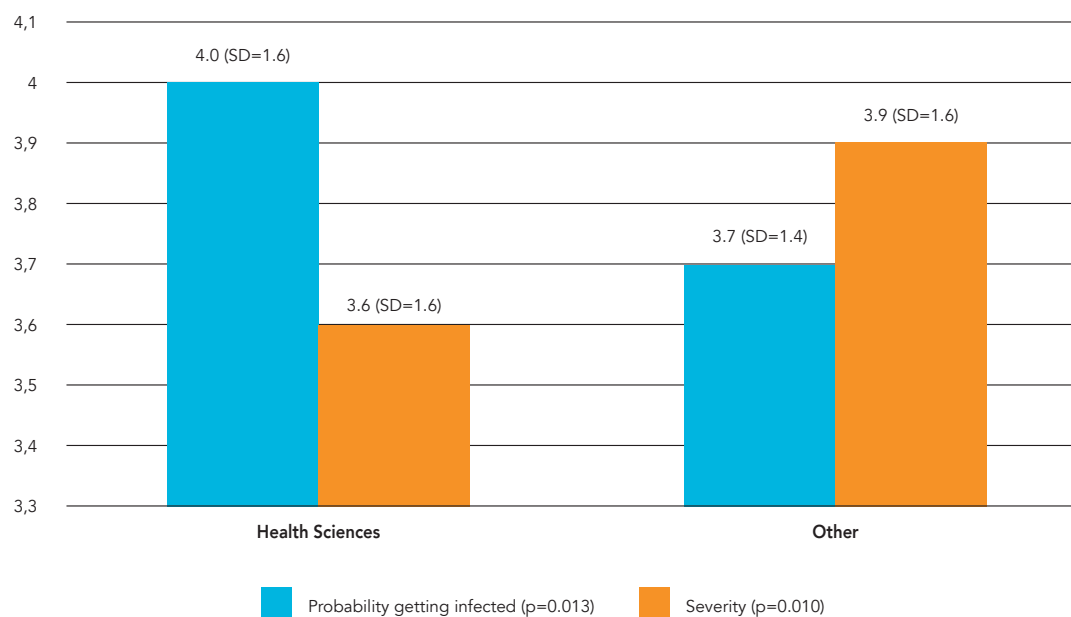


Fig.1 Comparison of the probability and severity perceived between health sciences students and students from other fields of knowledge (scores ranged from 1 to 7; higher score=high perception).

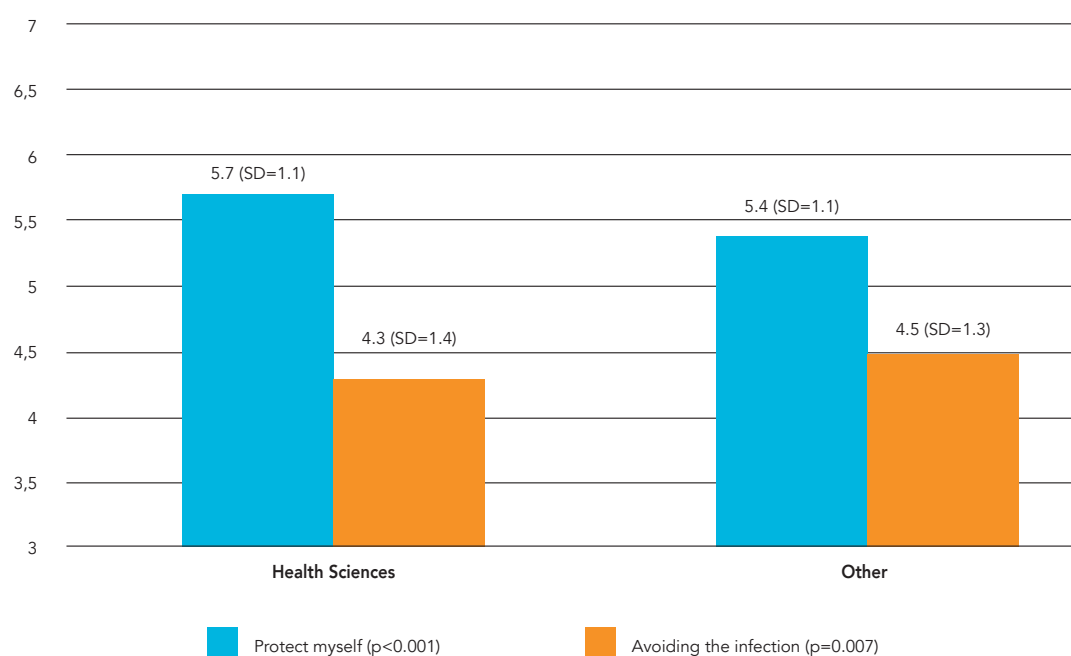


Fig. 2 Comparison of the perceived self-efficacy between health sciences students and students from other fields of knowledge (scores ranged from 1 to 7; higher score=high perception)

Table 3. Percentage of effective and non-effective measures adopted

Variables	Total n=1,285	Health sciences n=584	Other n=701	P value
% evidence-based preventive measures (% correct answers)				
Covering your mouth when you cough	1,253 (97.5)	575 (98.5)	678 (96.7)	0.046
Physical distancing	1,225 (95.3)	559 (95.7)	666 (95.0)	0.547
Staying home when you are sick or when you have a cold	1,156 (90.0)	528 (90.4)	628 (89.6)	0.624
Hand washing for at least 20 seconds	1,152 (89.6)	530 (90.8)	622 (88.7)	0.236
Avoiding touching your eyes, nose, and mouth with unwashed hands	1,147 (89.3)	531 (90.9)	616 (87.9)	0.079
Use of disinfectants to clean hands when soap and water is not available for washing hands	1,082 (84.2)	518 (88.7)	564 (80.5)	<0.001
Wearing a face mask	1,046 (81.4)	505 (86.5)	541 (77.2)	<0.001
Disinfecting surfaces	992 (77.2)	477 (81.7)	515 (73.5)	<0.001
Disinfecting the mobile phone	855 (66.5)	414 (70.9)	441 (62.9)	0.003
Self-isolation	776 (60.4)	334 (57.2)	442 (63.1)	0.032
Number of evidence-based measures taken (range from 0 to 10), mean (SD)	8.3 (1.6)	8.5 (1.5)	8.1 (1.7)	<0.001
% of Non-evidence-based preventive measures developed				
Eating lemon	91 (7.1)	60 (10.3)	31 (4.4)	<0.001
Taking herbal supplements	82 (6.4)	43 (7.4)	39 (5.6)	0.189
Eating garlic	75 (5.8)	49 (8.4)	26 (3.7)	<0.001
Eating ginger	51 (4.0)	31 (5.3)	20 (2.9)	0.025
Using antibiotics	25 (1.9)	12 (2.1)	13 (1.9)	0.796
Using homeopathic remedies	19 (1.5)	9 (1.5)	10 (1.4)	0.865
Number of non-evidence-based measures taken (range from 0 to 7), mean (SD)	0.4 (0.8)	0.5 (0.9)	0.3 (0.7)	<0.001

use of disinfectants to clean hands when soap and water is not available for washing hands; wearing a face mask; disinfecting surfaces and disinfecting the mobile phone) was statistically higher. However, students in the other fields reported adopting the measure of self-isolation more frequently. On average, health sciences students reported adopting more evidence-based preventive measures than those in other fields. In addition, students in health sciences reported engaging in certain non-evidence-based preventive measures such as eating lemon, garlic or ginger more often than those in other fields. On average, health sciences students reported adopting more non evidence-based preventive measures than those in other fields.

Correlation between the performance of preventive measures and individual beliefs

The correlation analysis showed a weak association between the perception of adherence to recommendations as well as in the real number of recommendations implemented and the variables susceptibility, severity, self-assessed knowledge, and self-efficacy to protect oneself (Table 4).

Discussion

To our knowledge, this study is the first investigation about COVID-19 and Spanish university students. Therefore, it provides valuable insights into public health education and preventative measures in Spanish

Table 4. Spearman correlation coefficients between individual beliefs and adherence to recommendations and evidence-based preventive actions taken

			Individual beliefs (<i>higher scores=higher belief</i>)			
			Probability	Severity	Preparedness and perceived self-efficacy	Self-assessed knowledge
			What do you consider to be your own probability of getting infected with the novel coronavirus? (ranged from 1 to 7)	How severe would contracting the novel coronavirus be for you? (ranged from 1 to 7)	Overall evaluation of preparedness and perceived self-efficacy (ranged from 2 to 14)	Self-assessed knowledge to prevent spread (ranged from 1 to 7)
Actions	I follow the recommendations from authorities in my country to prevent spread of novel coronavirus. (ranged from 1 to 7; higher score=greater adherence)	Total students	-0.042	0.077**	0.218**	0.251**
		Health sciences students	-0.073	0.034	0.244**	0.295**
		Students of other fields	-0.019	0.115**	0.198**	0.215**
	Number of evidence-based preventive actions taken (ranged from 0 to 10)	Total students	0.101**	0.172**	0.070*	0.173**
		Health sciences students	0.159**	0.167**	0.063	0.145**
		Students of other fields	0.042	0.188**	0.073	0.186**

universities during the COVID-19 pandemic. The results of this study show that the participants had and perceived an appropriate level of knowledge about COVID-19 symptoms, and an adequate adherence to evidence-based preventive measures but could improve their perception for their own risk of infection for COVID-19.

Participants identified most of the most frequent signs of infection such as «shortness of breath», «fever» or «cough» (15). However, other less frequent symptoms also associated with the infection such as «diarrhea», «sore throat» or «stuffy nose» were not identified. This discovery is extremely relevant as an early identification of symptoms can contribute to avoid transmission while adopting a positive attitude towards self-protection (15,16).

Knowledge had previously been assessed in other studies, in which heterogeneity was observed. The good results

observed in this study were similar to the ones observed in previous studies (16-18) or were even better (19). We would like to highlight the consistency with the results of Galle et al. (17) in whose study Italian students correctly identified the main preventive measures, such as «handwashing» and «social distancing» as well as the non-effective.

The assessment of adherence to evidence-based preventive measures recommended by health authorities has shown positive results. Most of the participants admitted to performing those behaviors. Adherence to the two main measures considered essential since the beginning of the pandemic must be highlighted: handwashing and the use of masks. The percentage of adherence was 89.6% and 81.4% respectively, both being quite superior to the percentages observed in previous studies with university students (17, 20). For example, the study carried out by Olaimat et al. (20) among

Jordan students shown percentages of adherence of 66.8% and 39.8% respectively. Maybe the positive results in our study can be attributed to the students' high level of knowledge. Association between poor knowledge about COVID-19 and negative attitudes toward protective measures has been analyzed in other studies, concluding in the performance of risk practices related to infection spread (21,22). Adoption of preventive measures is essential to control the COVID-19 routes of infection and to develop prevention and control trainings with preventive measures to lower the risk of transmission (23).

The variables used to assess attitude showed average scores for probability of infection and perception of severity. On the contrary, high scores were observed for self-efficacy to protect oneself and avoid infection, a reality observed in other studies among university students (24). The analysis of the results of these variables should be considered, as they could suggest excessive confidence or a lack of intention of performing preventive measures, which could have a negative impact on curbing the pandemic. As postulated by the HBM, the non-perception of the existence of a health problem causes the failure to take action to prevent or solve said problem (7). An example of this can be found in Wilson et al. (25) who concluded that not perceiving the severity of disease outcome might explain why young adults might attend social events or not wear a mask.

The analysis of the variables according to the students' field of knowledge could be considered a less important factor than the analysis of the global data, but the differences found in the students' knowledge about symptoms must be highlighted as health sciences students performed better. It is not rare for these students to stand out, as other authors have already suggested (17,22,26), this could be explained by their trainings in microbiology, preventive health or public health.

In relation to protective measures, health sciences students showed the best percentages of adherence, being superior to 81% for all of the recommended measures except for «self-isolation». Students from other fields of knowledge showed variable percentages depending on the behavior, without any behavior standing out in a negative sense, and in 9 of the behaviors, significant differences were found, with health sciences students standing out. Again, the awareness of these students can influence the results. Previous studies that assessed protective measures did not find any differences between health sciences students and students from other fields, maybe because they only incorporated the most popular measures (26). Information about preventive measures has been widely shared through diverse communication channels, which has allowed the information to reach all the population. However, this does not justify the adoption of these measures. The fact that knowledge about these measures was high is relevant as it suggests that the lack of implementation of protective measures cannot be attributed to a lack of knowledge. This finding also contradicts previous studies in which it is suggested that knowledge is associated with the performance of behaviors (21, 22).

This could be explained by the scores about individual beliefs. Health sciences students were less concerned about severity of infection. Similar results were observed by Olaimat et al. (20) in both variables among Jordanian students. This could be attributed to the fact that health sciences students, apart from having more information, are also more familiar with preventive measures and are in contact with communicable diseases during their clinical practice. On the other hand, the relation observed between individual beliefs and adherence to recommendations and evidence-based preventive measures is extremely interesting. Even though the correlations were weak, they were positive, following the theoretical framework of the HBM.

Finally, to our knowledge, another study related to COVID-19 was developed among Spanish university students but as studies carried out in other countries (28, 29) it only included health sciences students (27). Even though they used different measuring tools, the results are consistent with the ones presented by Cervera-Gash et al. (27), as both studies confirm that the level of knowledge and preventive measures among health sciences students is very adequate.

One limitation of our survey is the impossibility to calculate a response rate, an often-cited issue in web-based surveys, especially those with unrestricted samples (12). We only know the number of completed questionnaires and not the number of people who refused to participate.

The information contained in this study can be useful to inform future information

campaigns by health authorities. It is extremely important to assess the knowledge, but also individual the beliefs about infection prevention. These variables determine how the population faces the pandemic and they also influence the evolution of the pandemic.

Conclusion

The results of this study carried out among Spanish university students show an adequate level of knowledge about symptoms, preventive measures, and their performance. Variables perception of risk and severity, probability of infection and ability to avoid infection suggest excessive confidence and should be taken into consideration, as they could become an obstacle for curbing the pandemic.

References

1. Wu D, Wu T, Liu Q, Yang Z. The SARS-CoV-2 outbreak: What we know. *Int J Infect Dis.* 2020; 94: 44-8. doi: 10.1016/j.ijid.2020.03.004.
2. Jonhson HC. Potential scenarios for the progression of a COVID-19 epidemic in the European Union and the European Economic Area. *Euro Surveill.* 2020; 25(9): 2000202. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2020.25.9.2000202.
3. Adhikari SP, Meng S, Wu YJ, Mao YP, Ye RX, Wang QZ, et al. Epidemiology, causes, clinical manifestation and diagnosis, prevention and control of coronavirus disease (COVID-19) during the early outbreak period: a scoping review. *Infect Dis Poverty.* 2020; 9 (1): 29. doi: 10.1186/s40249-020-00646-x.
4. Wilder-Smith A, Freedman DO. Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. *J Travel Med.* 2020; 27(2): taaa020. doi: 10.1093/jtm/taaa020.
5. Champion VL, Skinner CS. *Health Behavior and Health Education. Theory, Research, and Practice.* 4th ed. San Francisco: John Wiley & Sons; 2008.
6. Michie S, van Stralen MM, West R. The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implement Sci.* 2011; 6: 42. doi: 10.1186/1748-5908-6-42.
7. Becker MH. The Health Belief Model and Sick Role Behavior. *Health Educ Behav.* 1974; 2: 326-7. doi: 10.1177/109019817400200407.
8. Lohiniva AL, Sane J, Sibenberg K, Puimalainen T, Salminen M. Understanding coronavirus disease (COVID-19) risk perceptions among the public to enhance risk communication efforts: a practical approach for outbreaks, Finland, February 2020. *Euro Surveill.* 2020; 25 (13): 2000317. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2020.25.13.2000317.
9. World Health Organization. Weekly Surveillance Report. World Health Organization. 2020. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/weekly-surveillance-report>. Accessed 26 Nov 2020.
10. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Informe número 50 de la situación COVID en España. Instituto de Salud Carlos III. 2020. https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/Informe%20COVID-19.%20N%C2%BA%2050_28%20de%20octubre%20de%202020.pdf. Accessed 26 Nov 2020.
11. Han D, Li R, Han Y, Zhang R, Li J. COVID-19: Insight into the asymptomatic SARS-COV-2 infection and transmission. *Int J Biol Sci.* 2020; 16 (15): 2803-11. doi: 10.7150/ijbs.48991.
12. Van Selin M, Jankowski NW. Conducting online surveys. *Qual Quant.* 2006; 40: 435-56. doi: 10.1007/s11135-005-8081-8.
13. World Health Organization. Monitoring knowledge, risk perceptions, preventive behaviours and trust to inform pandemic outbreak response. World Health Organization. 2020. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/436705/COVID-19-survey-tool-and-guidance.pdf. Accessed 26 Nov 2020.
14. Hinkle DE, Wiersma W, Jurs SG. *Applied Statistics for the Behavioral Sciences.* 4th ed. Boston: Houghton Mifflin; 1998.
15. Sheleme T, Bekele F, Ayela T. Clinical Presentation of Patients Infected with Coronavirus Disease 19: A Systematic Review. *Infect Dis. (Auckl).* 2020; 13: 1178633720952076. doi:10.1177/1178633720952076.
16. Yuan T, Liu H, Li XD, Liu HR. Factors Affecting Infection Control Behaviors to Prevent COVID-19: An Online Survey of Nursing Students in Anhui, China in March and April 2020. *Med Sci Monit.* 2020; 26: e925877. doi: 10.12659/MSM.925877.
17. Gallè F, Sabella EA, Da Molin G, De Giglio O, Caggiano G, Di Onofrio V, et al. Understanding Knowledge and Behaviors Related to CoViD-19 Epidemic in Italian Undergraduate Students: The EPICO Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2020; 17 (10): 3481. doi: 10.3390/ijerph17103481.
18. Taghrir MH, Borazjani R, Shiraly R. COVID-19 and Iranian Medical Students; A Survey on Their Related-Knowledge, Preventive Behaviors and Risk Perception. *Arch Iran Med.* 2020; 23(4): 249-54. doi: 10.34172/aim.2020.06.

19. Gohel KH, Patel PB, Shah PM, Patel JR, Pandit N, Raut A. Knowledge and perceptions about COVID-19 among the medical and allied health science students in India: An online cross-sectional survey. *Clin Epidemiol Glob Health*. 2021; 9:104-9.
doi: [10.1016/j.cegh.2020.07.008](https://doi.org/10.1016/j.cegh.2020.07.008).
20. Olaimat AN, Aolymat I, Elshahoryi N, Shahbaz HM, Holley RA. Attitudes, Anxiety, and Behavioral Practices Regarding COVID-19 among University Students in Jordan: A Cross-Sectional Study. *Am J Trop Med Hyg*. 2020; 103(3): 1177-83.
doi: [10.4269/ajtmh.20-0418](https://doi.org/10.4269/ajtmh.20-0418).
21. Dardas LA, Khalaf I, Nabolsi M, Nassar O, Halasa S. Developing an Understanding of Adolescents' Knowledge, Attitudes, and Practices Toward COVID-19. *J Sch Nurs*. 2020; 36(6):430-41.
doi: [10.1177/1059840520957069](https://doi.org/10.1177/1059840520957069).
22. Peng Y, Pei C, Zheng Y, Wang J, Zhang K, Zheng Z, et al. A cross-sectional survey of knowledge, attitude and practice associated with COVID-19 among undergraduate students in China. *BMC Public Health*. 2020; 20(1): 1292.
doi: [10.1186/s12889-020-09392-z](https://doi.org/10.1186/s12889-020-09392-z).
23. Zhong BL, Luo W, Li HM, Zhang QQ, Liu XG, Li WT, et al. Knowledge, attitudes, and practices towards COVID-19 among Chinese residents during the rapid rise period of the COVID-19 outbreak: a quick online cross-sectional survey. *Int J Biol Sci*. 2020; 16(10): 1745-52.
doi: [10.7150/ijbs.45221](https://doi.org/10.7150/ijbs.45221).
24. Chesser A, Drassen Ham A, Keene Woods N. Assessment of COVID-19 Knowledge Among University Students: Implications for Future Risk Communication Strategies. *Health Educ Behav*. 2020; 47(4): 540-3.
doi: [10.1177/1090198120931420](https://doi.org/10.1177/1090198120931420).
25. Wilson RF, Sharma AJ, Schluechtermann S, Currie DW, Mangan J, Kaplan B, et al. Factors Influencing Risk for COVID-19 Exposure Among Young Adults Aged 18-23 Years - Winnebago County, Wisconsin, March-July 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2020; 69(41): 1497-502.
doi: [10.15585/mmwr.mm6941e2](https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6941e2).
26. Gao Z, Ying S, Liu J, Zhang H, Li J, Ma C. A cross-sectional study: Comparing the attitude and knowledge of medical and non-medical students toward 2019 novel coronavirus. *J Infect Public Health*. 2020; 13(10): 1419-23.
doi: [10.1016/j.jiph.2020.06.031](https://doi.org/10.1016/j.jiph.2020.06.031).
27. Cervera-Gasch Á, González-Chordá VM, Mena-Tudela D. COVID-19: Are Spanish medicine and nursing students prepared? *Nurse Educ Today*. 2020; 92: 104473.
doi: [10.1016/j.nedt.2020.104473](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104473).
28. Umeizudike KA, Isiekwe IG, Fadeju AD, Akinboboye BO, Aladenika ET. Nigerian undergraduate dental students' knowledge, perception, and attitude to COVID-19 and infection control practices. *J Dent Educ*. 2021; 85(82):187-96.
doi: [10.1002/jdd.12423](https://doi.org/10.1002/jdd.12423).
29. Hamza MS, Badary OA, Elmazar MM. Cross-Sectional Study on Awareness and Knowledge of COVID-19 Among Senior pharmacy Students. *J Community Health*. 2020; 46(1):139-46.
doi: [10.1007/s10900-020-00859-z](https://doi.org/10.1007/s10900-020-00859-z).

Población de Cuidadores familiares en Cantabria: ¿Un nuevo perfil?

Mónica Cueli Arce (PhD); Ana Rosa Alconero Camarero (PhD); Carmen María Sarabia Cobo (PhD); Paula Parás Bravo (PhD); Óscar Pérez González; Miguel Santibañez Margüello (PhD)

Facultad de enfermería de la universidad de Cantabria, Cantabria, España
Gerencia de atención primaria de Cantabria, Cantabria, España.

Contacto: cueliarcem@unican.es

Manuscrito recibido: 24/05/2022
Manuscrito aceptado: 10/10/2022

Cómo citar este documento

Cueli Arce M, Alconero Camarero AR, Sarabia Cobo CM, Parás Bravo P, Pérez González O, Santibañez Margüello M. Población de Cuidadores familiares en Cantabria: ¿Un nuevo perfil? Quantitative and Qualitative Community Research RqR. 2022 Nov; 10 (4): 58-73.

Original

Abstract

Objetivo: Determinar el perfil actual de los cuidadores y cuidadoras familiares de personas mayores dependientes en Cantabria.

Métodos: Estudio transversal que incluyó 184 cuidadores y cuidadoras familiares de personas mayores dependientes, seleccionados mediante muestreo aleatorio simple estratificado por Centro de Salud. La información se obtuvo mediante entrevistas personales entre enero y julio de 2016 utilizando un cuestionario estructurado.

Resultados: La edad media global fue de 60,98 años [DE=10,69]. El 83,2% (N=153) fueron mujeres. En cuanto al sexo y relación de parentesco, los tres perfiles más prevalentes fueron: hijas 56,5% (N=104), cónyuge o pareja (esposa) 13% (N=24) e hijos 12% (N=22).

En cuanto al estado civil, el 70,6% de las mujeres cuidadoras estaban «casadas y conviviendo en pareja» frente al 45,2% de los hombres, que en mayor porcentaje fueron «solteros, divorciados o separados»

(54,8%). Respecto a la situación laboral, los hombres refirieron estar «ocupados, jubilados y parados» en mayor medida ($p=0,005$).

Las diferencias se mantienen en las hijas (casadas y conviviendo en pareja el 69,2%) y en los hijos (solteros, divorciados o separados el 68,2%).

Al restringir los cuidadores a hijas e hijos, se mantuvieron las diferencias estadísticamente significativas. Las «tareas del hogar» siguieron siendo más prevalentes en las hijas (31,7 % frente a 0%) y los hijos estuvieron ocupados, jubilados y parados en mayor medida ($p=0,048$).

Conclusión: Los tres perfiles más prevalentes de población de cuidadores familiares en Cantabria, incluye tanto al género masculino como femenino: hijos e hijas y cónyuges o parejas. Existen diferencias en cuanto al estado civil y situación laboral según su género. Estas diferencias se mantienen cuando se restringe a los hijos y las hijas.

Palabras clave:

Cuidadores; Relaciones familiares; Atención domiciliaria de salud; Anciano; Actividades cotidianas

Characteristics of family caregivers of elderly dependents in Cantabria

Abstract:

Objective: To determine the current profile of family Caregivers of elderly dependents in Cantabria.

Methods: Cross-sectional study, which included 184 family caregivers of elderly dependents, selected by simple random sample stratified by Primary Care Health Centre. The information was obtained through personal interviews between January and July 2016 using a structured questionnaire.

Results: The mean age was 60.98 years [SD=10.69]. 83.2% (N=153) were women. Regarding sex and family relationship the three most prevalent profiles were: daughters 56.5% (N=104) spouse or partner (wife) 13% (N=24); and sons 12% (N=22).

In terms of marital status, 70.6% of female caregivers were «married and living together as a couple» compared with 45.2% of men, who in a higher percentage were «single, divorced or separated» (54.8%). In

terms of employment status, men reported being «employed, retired and unemployed» to a greater extent ($p=0.005$).

By restricting caregivers to daughters and sons of dependent persons, these differences remained statistically significant. Daughters were also to a greater extent «married and living together as a couple» (62.9%) and sons were «single, divorced or separated» (68.2%) ($p=0.004$). Household tasks» continued to be more prevalent among daughters (31.7% vs. 0%), and sons «employed, retired and unemployed» to a greater extent ($p=0.048$).

Conclusions: Nowadays, the three most prevalent profiles of family caregivers include the male gender, with gender differences as regards marital status and employment status, which persist after restricting to daughters and sons of the elderly dependents.

Keywords:

Caregivers; Family Relations; Home Nursing; Aged; Activities of Daily

Introducción

En las sociedades desarrolladas, el descenso significativo de la mortalidad en los grupos de edad superiores se asocia a la llegada de la población mayor a edades más avanzadas. Entre el año 2000 y 2050 se estima que la proporción de personas mayores de 60 años en el mundo se duplique, cuadruplicándose la proporción de personas mayores de 80 años (1).

En España, según el Instituto Nacional de Estadística (INE), el 1 de enero de 2015 fueron registradas 8.573.985 personas de 65 años o más. El porcentaje de población mayor de 65 años pasaría a ser el 24,9 % de la población total en 2029 y el 38,7 % en 2064 con más de 16 millones de personas mayores. Aproximadamente en 50 años el grueso de la pirámide poblacional se encontraría representado por la población en edad superior a 75 años (2).

Esta previsión de incremento en la longevidad conlleva el aumento de la prevalencia de diversas enfermedades crónicas, asociado a un inherente aumento de la dependencia y la necesidad de cuidados de la población mayor.

Se define dependencia como la discapacidad de una persona que requiere ayuda de otras personas para realizar las actividades de la vida diaria (3).

La figura del cuidador y cuidadora familiar se asocia indiscutiblemente a la dependencia, pues surge en el momento que una persona precisa de ayuda para realizar las actividades de la vida diaria. El cuidador y cuidadora se encarga de desempeñar esas funciones y de procurar los cuidados necesarios para que la persona dependiente tenga una buena calidad de vida (4).

En la literatura se identifican claramente dos perfiles distintos de cuidadores y cuidadoras: el cuidador formal (profesional) y el cuidador informal o familiar (no profesional). En el cuidador formal o profesional, la relación se caracteriza por ser eminentemente laboral, por lo que el cuidador

y cuidadora percibe un salario por un servicio, con un horario previamente acordado y unos cuidados especializados que permiten mejorar la calidad de vida de la persona atendida. En términos legales, los cuidados formales o profesionales se definen como «los prestados por una institución pública o entidad, con y sin ánimo de lucro, o profesional autónomo entre cuyas finalidades se encuentre la prestación de servicios a personas en situación de dependencia, ya sean en su hogar o en un centro» (5).

El cuidador informal o familiar (no profesional) es aquel en el que la relación con el paciente se establece por lazos familiares, amistades o por un compromiso personal. Se diferencia del cuidador profesional en la ausencia de remuneración económica por el servicio del cuidado (6). No existe un claro consenso en cuanto a la elección del término más adecuado y los términos de «cuidador informal» o «cuidador familiar» suelen ser citados indistintamente.

España se sitúa al frente de los cuidados informales respecto al resto de países europeos. En los países del norte de Europa, en comparación con España, es más común la institucionalización de personas mayores. Por ello, en estos países la proporción de cuidadores informales es menor y estos dedican menos horas al cuidado. Los países mediterráneos, como Italia y España, son los países con mayor proporción de cuidadores y cuidadoras familiares y donde estos dedican una mayor cantidad de horas al cuidado. Los países continentales como Alemania y Francia, junto al Reino Unido, se encuentran en una posición intermedia respecto a los países del norte y sur de Europa (7). En Cantabria, el Instituto Cántabro de Asuntos Sociales (ICASS) e Instituto Cántabro de Estadística (ICANE), han publicado datos sobre los receptores de cuidados familiares. En un 68,8 % de los hogares cántabros, las personas que necesitan ayuda para cualquier actividad de la vida cotidiana son atendidas por el sistema informal de cuidados (8).

Debido al envejecimiento demográfico es previsible que la demanda de servicios de cuidados informales crezca de manera sustancial en las próximas décadas, lo que va a ejercer presión sobre los sistemas sanitarios de España, de toda Europa o de países desarrollados en general (9-11).

En España, el perfil clásico de cuidador familiar sería una mujer, con una edad comprendida entre los 45 y 64 años, conviviente con la persona dependiente, lo que suele implicar un lazo familiar directo (12). Suelen ser mujeres con estudios primarios o incompletos, amas de casa o sin ocupación remunerada, correspondiendo con la última generación de mujeres no activas en el mercado laboral que mantuvieron la tradición de ser esposas encargadas del cuidado de la casa y familia (13-15).

Sin embargo, las circunstancias socioeconómicas en España y en Cantabria han cambiado en los últimos diez años. Progresivamente la mujer se ha incorporado al mercado laboral para sustentar, al igual que el hombre, la economía doméstica. A ello, se añade el fuerte impacto de la crisis económica acaecida la pasada década, lo que condiciona un aumento de miembros de la familia desocupados. Así pues, puede que la tendencia sea una disminución en la brecha de género debido a una progresiva incorporación de los hombres desocupados, por ejemplo hijos en paro o sin trabajo, en el rol del cuidador familiar.

Las investigaciones que evalúan el perfil y el estado de salud de los cuidadores y cuidadoras familiares, permiten diseñar programas de intervención para mejorar la salud y el bienestar de esta población.

A modo general, las intervenciones con cuidadores y cuidadoras familiares se engloban en el término de «terapias no farmacológicas». Destacan por su grado de evidencia las intervenciones de tipo «Multicomponente», que presentan un impacto positivo en la calidad de vida de las cuidadoras y cuidadores familiares. Los resultados de este tipo de intervención se mantiene en el tiempo,

mejorando el estado de ánimo, el estrés y la carga percibida por la población de cuidadores familiares (16-18). Asimismo, existe evidencia (Grado A) de un impacto positivo en el retraso en la institucionalización de los pacientes (19). Son intervenciones que se basan en establecer diferentes estrategias de intervención, combinando materiales educativos, consejo y entrenamiento en algunas habilidades.

Estas intervenciones deben ser diseñadas de acuerdo a la situación del cuidador y cuidadora familiar y receptor de los cuidados, así como desarrollarse en su contexto (16-18, 20). Conocer el perfil actual y las tendencias en el perfil de los cuidadores y cuidadoras familiares es esencial de cara a fomentar estas «Intervenciones de Tipo Multicomponente» individualizadas a cada situación y contexto.

En España existen diferentes modelos de organización del cuidado, siendo el modelo familista subvencionado el más prevalente en la Comunidad Autónoma (C.A.) de Cantabria, en el que la labor asistencial de la familia está apoyada por la Administración Pública a través de transferencias económicas de gestión directa; aún así, la provisión de cuidados familiares en Cantabria es la más elevada del país, presentando un índice de cuidado familiar de un 95,6% (21). Ante estos datos, es necesario estudiar el perfil sociodemográfico actual de los cuidadores y cuidadoras familiares de personas mayores dependientes de Cantabria para diseñar intervenciones con impacto positivo dirigidas a dicha población.

Objetivo

Determinar el perfil actual de los cuidadores y cuidadoras familiares de personas mayores dependientes en Cantabria.

Métodos

Diseño

Estudio transversal.

Población de estudio

Se utilizó como fuente indirecta de datos, a modo de registro de cuidadores y cuidadoras familiares de personas mayores dependientes, el sistema informático Oficina Médica Informatizada de Atención Primaria (OMI-AP), dependiente de la Gerencia de Atención Primaria del Servicio Cántabro de Salud (SCS). Se identificaron las personas de 65 años o más con Tarjeta Individual Sanitaria (Pacientes TIS). En esta población se aplicó el filtro «servicio 313» (Prevención y detección de problemas en el anciano) para filtrar las «personas inmovilizadas» registradas. La población inmovilizada de esta C.A. queda definida como las personas con problemas para realizar desplazamiento a su centro de salud por cualquier causa física, psicológica o social, pudiendo estar en situación de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria o actividades instrumentales. Adicionalmente, los pacientes debían tener asignado al menos uno de estos tres filtros adicionales: Protocolo Inmovilizado Enfermería, Protocolo Evaluación cognitiva/ funcional, Protocolo Evaluación física / funcional. Aplicando estos criterios de búsqueda se obtuvieron un total de 5.500 pacientes inmovilizados distribuidos en los 43 Centros de Salud (CS) de Cantabria.

El muestreo aleatorio simple se realizó estratificando por CS para preservar las frecuencias relativas del total de pacientes inmovilizados por centro. De este modo se

seleccionaron al azar un total de 1.071 pacientes inmovilizados con edad superior o igual a 65 años.

Se excluyeron los pacientes fallecidos y los ingresados en residencias geriátricas (N=489). Al resto se le envió una carta informativa al domicilio dirigida a la atención de su cuidador o cuidadora familiar, en la que se explicaron los objetivos del estudio y se intentó establecer contacto telefónico con cada uno de los cuidadores y cuidadoras familiares para verificar de nuevo los criterios de inclusión y exclusión; y confirmar su colaboración. No se pudo establecer contacto telefónico con 65 cuidadores y cuidadoras familiares. Tras contactar telefónicamente, se descartaron otros 85 receptores de cuidado por fallecimiento, residir en residencias geriátricas o solo tener cuidador o cuidadora profesional.

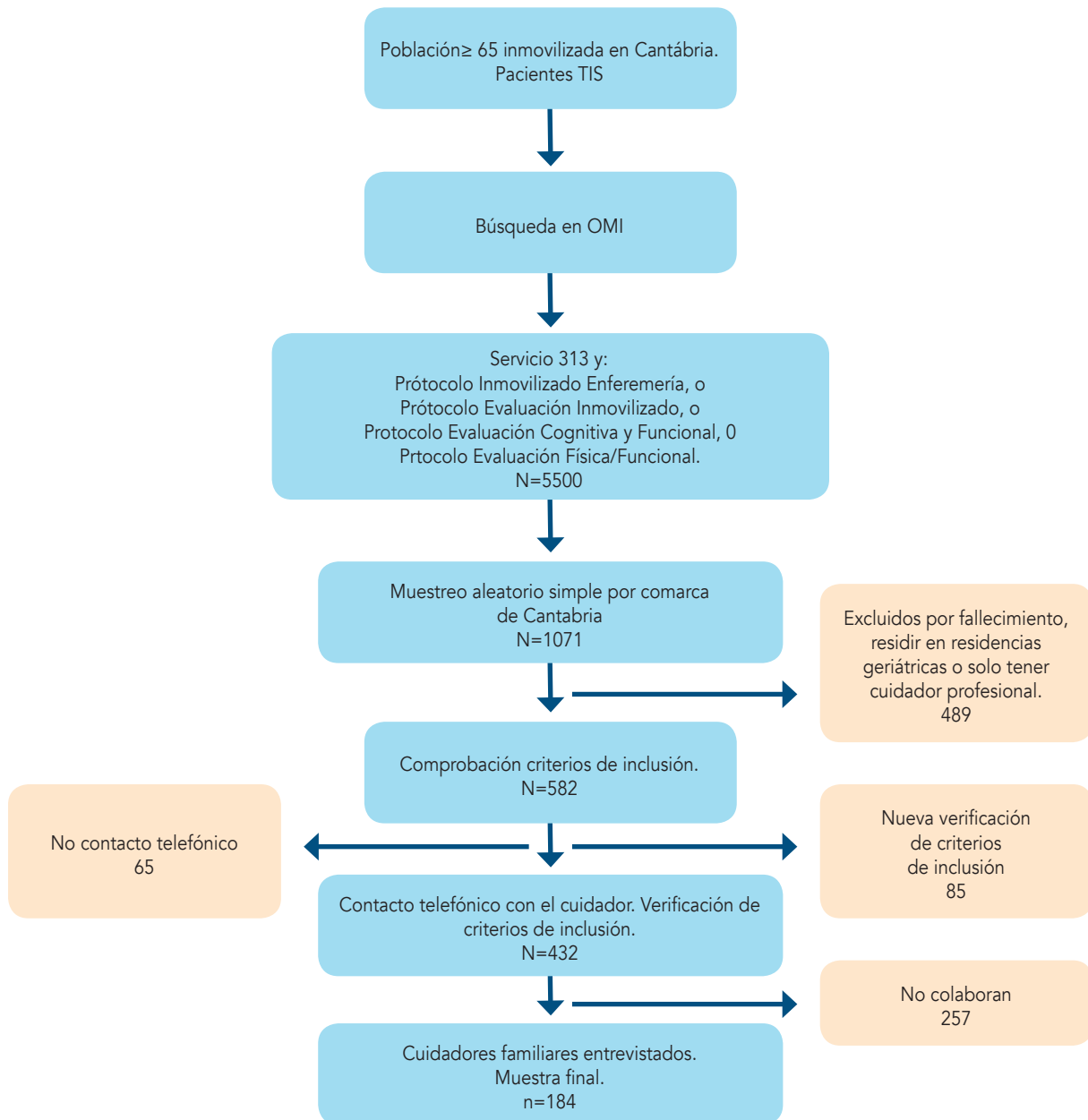
De los 432 cuidadores y cuidadoras familiares contactados y en los que se verificaron los criterios de inclusión (Tabla 1), 184 cuidadores y cuidadoras familiares aceptaron participar (42,6%). El proceso de selección hasta llegar a la muestra objeto de estudio se recoge en la Figura 1.

El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité ético en Investigación Clínica de Cantabria y todas las personas entrevistadas aceptaron participar de forma voluntaria, mediante la firma del consentimiento informado.

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión de cuidadores

Criterios de inclusión
— Ser el familiar que proporciona la mayor parte de los cuidados en el domicilio y ser identificado por el receptor de los cuidados como su cuidador entre todos los miembros de su entorno. Si el receptor de los cuidados presentó deterioro cognitivo y no fue capaz de discernir quien era su cuidador, se tomó como criterio de inclusión su identificación por otro miembro de la unidad familiar (conjunto de personas que conviven juntas). — Ser mayor de 25 años. — Dedicar más de 7 horas semanales al cuidado de la persona. — Llevar 6 meses o más cuidando.
Criterios de exclusión
— Cuidadores familiares de pacientes que durante el proceso de estudio estuvieron hospitalizados en unidades de agudos, crónicos o en residencias. — Cuidadores familiares con analfabetismo funcional. — Cuidadores familiares con problemas importantes visuales o auditivos. — Cuidadores familiares que desconozcan el español.

Figura 1. Proceso de Selección de la Muestra



Recogida de información y variables

La información se obtuvo mediante entrevistas personales realizadas por una única entrevistadora, utilizando un cuestionario estructurado. El periodo de recopilación de datos fue de enero de 2016 a julio de 2016. Se recogieron tanto variables relacionadas con la magnitud de los cuidados, como variables sociodemográficas asociadas a las personas cuidadoras y receptores de lo

cuidados: edad, relación de parentesco con el receptor de los cuidados, situación laboral, estado civil, nivel educativo y lugar de residencia. Para ello se siguió las clasificaciones mostradas en la encuesta Nacional llevada a cabo por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) en el año 2004 y la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Dependencia (EDAD), llevada a cabo por el Instituto Nacional de estadística (INE) en el año 2008.

Análisis estadístico

Las características de los cuidadores y cuidadoras familiares se compararon en función del sexo del cuidador y del sexo del receptor de los cuidados, utilizando para las comparaciones la prueba Chi-Cuadrado de Pearson o el test exacto de Fisher. La edad se describió mediante medias con su desviación estándar utilizando la T de Student-Fisher para las comparaciones. Se consideró un nivel de significación estadística del 0.05 ($p < 0,05$) y todas las pruebas fueron bilaterales. Los análisis se realizaron con el programa estadístico SPSS 23.

Resultados

En la Tabla 2 se describen las características de los cuidadores y cuidadoras familiares, en función de su sexo. 153 de los 184 cuidadores familiares (83,2%) fueron mujeres y 31 (16,8%) hombres. La edad media global fue de 60,98 años [DE=10,69]. No se observaron diferencias en cuanto a la edad en función del sexo del cuidador familiar.

En cuanto al sexo y relación de parentesco de los cuidadores familiares, se identificaron tres perfiles más prevalentes de cuidadores y cuidadoras familiares de personas mayores dependientes: hijas (56,5%), cónyuge o pareja (esposa) (13%), hijos (12%). En global las hijas e hijos constituyeron el 68,5% de la muestra (N=126) y los cónyuges o pareja (esposas y esposos) el 15,8% (N=29).

Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al estado civil en función del sexo. Las mujeres cuidadoras fueron en mayor porcentaje «casadas y conviviendo en pareja» (el 70,6% de ellas refirió este estado civil) y los cuidadores hombres fueron en mayor porcentaje «solteros» y «divorciados o separados» (fue referido por el 54,8% de los hombres), $p = 0,005$.

Se observaron, asimismo, diferencias estadísticamente significativas con respecto a la situación laboral. Las «Tareas del hogar»

fue la situación laboral más referida por las mujeres cuidadoras, mientras que los hombres estuvieron «ocupados, jubilados y parados» en mayor medida ($p=0,005$).

Al restringir a cuidadores hijos e hijas de la persona dependiente, se mantuvieron las diferencias estadísticamente significativas para estado civil y situación laboral. Las mujeres cuidadoras fueron, asimismo, en mayor porcentaje «casadas y conviviendo en pareja» (69,2%) y las «tareas del hogar» siguieron siendo más prevalentes en las hijas que en los hijos (referidas por el 31,7% de las hijas frente al 0% en los hijos). Ser «soltero, divorciado o separado» fue el estado civil del 68,2% de los hijos, que estuvieron «ocupados, jubilados y parados» en mayor medida (Tabla 3). El 22,6% de los hombres cuidadores refirió encontrarse en «paro», frente al 16,3% de las mujeres cuidadoras (Tabla 3).

Los servicios de prestación de ayuda más prevalentes para ambos sexos fueron la «Prestación Económica para Cuidados en el Entorno Familiar» (PECEF) (60,1%), seguida de la «Ayuda para Cuidados Personales» (15,8%) y Servicio de Teleasistencia (12,6%). Respecto al «Servicio de Ayuda a Domicilio para la atención a las necesidades del hogar», se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($P=0,044$), respecto al sexo del cuidador familiar, siendo este más demandado por los hombres cuidadores (12,9%) que por las mujeres cuidadoras (3,9%).

El nivel educativo fue similar en hombres y mujeres. El 61,4% de la muestra de cuidadores y cuidadoras familiares cursó únicamente estudios primarios (Tabla 2).

Respecto al lugar de residencia de los cuidadores y cuidadoras familiares, el 76,6% residía y pernoctaba con el receptor de los cuidados, sin observarse tampoco diferencias estadísticamente significativas en función del sexo del cuidador (Tabla 2).

En la Tabla 4 se presenta la relación de parentesco del cuidador y cuidadora

Tabla 2. Características sociodemográficas de los cuidadores familiares en función del sexo de los cuidadores

Variables	Sexo del cuidador						Valor P
	Mujeres		Hombres		Total		
	n 153	% 83.2	n 31	% 16.8	n 184	% 100	
Edad. Media [DE]	61,3	10,32	59,45	12,4	61	10,69	0,385
Edad. Categorías							
30-39	6	3,9	2	6,5	8	4,3	
40-49	18	11,8	6	19,4	24	13,0	
50-59	49	32,0	10	32,3	59	32,1	
60-69	53	34,6	8	25,8	61	33,2	
70-79	20	13,1	2	6,5	22	12,0	
80-89	7	4,6	3	9,7	10	5,4	0,506
Parentesco							
Cónyuge o pareja	24	15,7	5	16,1	29	15,8	
Hija-Hijo	104	68,0	22	71,0	126	68,5	
Nuera-Yerno	6	3,9	1	3,2	7	3,8	
Nieta-Nieto	2	1,3	0		2	1,1	
Hermana-Hermano	4	2,6	0		4	2,2	
Otro pariente	9	5,9	3	9,7	12	6,5	
Otra persona	4	2,6	0		4	2,2	0,85
Situación Laboral							
Ocupado	26	17,0	9	29,0	35	19,0	
No ocupado	6	3,9	1	3,2	7	3,8	
Jubilado	45	29,4	14	45,2	59	32,1	
Parado	25	16,3	7	22,6	32	17,4	
Tareas del hogar	51	33,3	0		51	27,7	0,005
Estado Civil							
Casado y conviviendo en pareja	108	70,6	14	45,2	122	66,3	
Viudo	8	5,2	0		8	4,3	
Soltero	24	15,7	12	38,7	36	19,6	
Divorciado o separado	13	8,5	5	16,1	18	9,8	0,005
Nivel educativo							
Primarios	96	62,7	17	54,8	113	61,4	
Segundo grado	40	26,1	10	32,3	50	27,2	
Tercer grado	17	11,1	4	12,9	21	11,4	0,708
Lugar de residencia							
Comparte vivienda con la persona mayor (no pernocta)	14	9,2	4	12,9	18	9,8	
Reside con la persona mayor (pernocta)	118	77,1	23	74,2	141	76,6	
Reside en lugar diferente	21	13,7	4	12,9	25	13,6	0,813

Tabla 3. Situación laboral y estado civil del cuidador restringiendo a hijos e hijas

	Hija		Hijo		Total		Valor P
	n	%	n	%	n	%	
Situación laboral							
Ocupado	22	21,2%	7	31,8%	29	23,0%	
No ocupado	3	2,9%	1	4,5%	4	3,2%	
Jubilado	24	23,1%	8	36,4%	32	25,4%	
Parado	22	21,2%	6	27,3%	28	22,2%	
Tareas del Hogar	33	31,7%	0		33	26,2%	0,048
Estado civil							
Casado y conviviendo en pareja	72	69,2%	7	31,8%	79	62,7%	
Viudo	3	2,9%	0		3	2,4%	
Soltero	17	16,3%	10	45,5%	27	21,4%	
Divorciado o separado	12	11,5%	5	22,7%	17	13,5%	0,004

Tabla 4. Relación de parentesco del cuidador, en función del sexo del receptor de los cuidados

	Mujeres		Hombres		Total		Valor P
	n	%	n	%	n	%	
Cuidador. Categorías							
Cónyuge o pareja	8	5,7%	21	47,7%	29	15,8%	
Hija-Hijo	109	77,9%	17	38,6%	126	68,5%	
Hija	92	84,4%	12	70,6%	104	82,5%	
Hijo	17	15,6%	5	29,4%	22	17,5%	
Nuera-Yerno	7	5,0%	0		7	3,8%	
Nieta-Nieta	2	1,4%	0		2	1,1%	
Hermana-Hermano	3	2,1%	1	2,3%	4	2,2%	
Otro pariente	7	5,0%	5	11,4%	12	6,5%	
Otra persona	4	2,9%	0		4	2,2%	< 0,001

familiar en función del sexo del receptor de los cuidados (persona dependiente).

El 47,7% de los hombres fueron cuidados por sus esposas, seguido de sus hijas e hijos (38,6%), mientras que la gran mayoría de las mujeres (el 77,9%) fueron cuidadas mayoritariamente por sus hijas e hijos y escasamente por sus esposos (únicamente un 5,7% de las mujeres fueron cuidadas por sus esposos), encontrándose diferencias estadísticamente significativas $p < 0,001$.

Discusion

En España el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) ha realizado dos encuestas nacionales a la población de cuidadores. La primera se realizó en el año 1994 (22) y una década después se realizó la segunda, año 2004. En el año 2008 se realizó una tercera encuesta nacional, Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Dependencia (EDAD), llevada cabo

por el Instituto Nacional de Estadística (INE) (24). Esta última, aunque no realizó un análisis específico del cuidador y cuidadora familiar, ofrece una información relevante al respecto.

A nivel nacional, clásicamente los estudios acerca de los cuidadores y cuidadoras familiares definen el perfil del cuidador en nuestro país en género femenino (5,23), coincidiendo con múltiples investigaciones en varias Comunidades Autónomas (CCAA) como: Cataluña, Andalucía, Madrid, Castilla y León, Galicia y País Vasco que estudian el cuidado informal en su comunidad (25-29).

Nuestros resultados (hijas, esposas e hijos) incluyen, no obstante, el género masculino entre los tres perfiles de cuidador familiar más prevalentes; aunque al menos en Cantabria, el cuidador familiar de personas mayores dependientes prevalezca el género femenino, hijas seguidas de esposas. Esta brecha de género parece disminuir en las dos últimas décadas a favor de los hijos cuidadores, por lo que los resultados según lo hipotetizado, apoyan un perfil del cuidador y cuidadora familiar dinámico, esto es, que se adapta a las circunstancias socioeconómicas. Estas circunstancias, tanto en España como en Cantabria, han cambiado en los últimos años con una incorporación gradual de la mujer al mercado laboral y con un aumento de los miembros de la familia desocupados o jubilados como consecuencia del impacto de la crisis económica.

El estado civil, al igual que la situación laboral, parecen ser factores determinantes a la hora de la elección del cuidador o cuidadora dentro de los grupos familiares. Los hombres tienden a ser solteros, divorciados o separados. El 23% de los hombres cuidadores familiares refirió encontrarse en «paro», frente al 16% de las mujeres cuidadoras familiares. Estos pueden ser algunos de los factores relacionados con las diferentes experiencias de cuidado entre hombres y mujeres encontradas en otros estudios (30). A pesar de que estos resultados muestran aspectos diferenciales de género en

cuanto a situación laboral, también sugieren, que en aquellos contextos socioeconómicos familiares en los que el hombre está desempleado, éste ejerce el rol de cuidador familiar frente a la mujer ocupada. Por tanto, hijos e hijas adoptan el rol de cuidador familiar y es la situación de desempleado o desocupado laboral, la que prioriza para asumir el cuidado de los familiares mayores dependientes.

En cuanto al nivel de estudios, sigue prevaleciendo el porcentaje de cuidadores y cuidadoras familiares con estudios primarios o incompletos. Respecto al lugar de residencia de los cuidadores y cuidadoras familiares, la mayoría residía y pernoctaba con el receptor de los cuidados, algo también reflejado en el perfil clásico del cuidador informal (12-14).

En el primer estudio a nivel nacional según nuestro conocimiento (22), la edad media del cuidador o cuidadora familiar fue de 52 años. En el año 2008, según la encuesta EDAD, la edad media de los cuidadores y cuidadoras familiares de personas mayores de 65 años fue 60,68 años (31). En nuestro estudio la media de edad fue de 61 años. Es constatable un aumento de la edad media de los cuidadores y cuidadoras familiares y puede explicarse por el progresivo envejecimiento de la población española. Este aumento progresivo de la edad de los cuidadores y cuidadoras familiares va asociado a un aumento de los problemas crónicos de salud, percibiendo una falta de capacidad para afrontar la demanda de cuidados (32, 33); al aumentar, la edad de los receptores de cuidados, la edad de los cónyuges o parejas, o el de las generaciones más próximas que los cuidan. El cambio demográfico por el progresivo envejecimiento poblacional hace previsible el mantenimiento de esta tendencia. En este sentido se ha descrito un aumento gradual en el porcentaje de cuidadores y cuidadoras familiares jubilados desde las dos últimas décadas (5,22), que en Cantabria en el 2017, según nuestros resultados, fue del 32%. Las «tareas del hogar», perfil de amas de casa

clásico, fue referido en nuestra muestra por el 33%. Esto sugiere que ambas situaciones laborales son casi igual de prevalentes a día de hoy y que previsiblemente la tendencia sea que en las próximas décadas haya más mujeres cuidadoras jubiladas que amas de casa (32).

Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la relación de parentesco del cuidador, cuidadora familiar y el sexo del receptor de los cuidados. Casi la mitad de los hombres son cuidados por sus esposas, mientras que únicamente un 6% de las mujeres son cuidadas por sus esposos. Las mujeres son cuidadas mayoritariamente por sus hijas e hijos. Este hecho diferencial debe estudiarse con mayor profundidad y tenerse en cuenta de cara a intervenciones de tipo multicomponente, que minimicen los efectos negativos del cuidado, como: la carga subjetiva, ansiedad o depresión; y mantengan y refuercen los aspectos positivos asociados al mismo, como: la satisfacción, resiliencia y coherencia (33-37).

En cuanto a las limitaciones y fortalezas de nuestro estudio y de cara al cumplimiento de nuestro objetivo, con la mayor validez posible tanto interna como externa, los cuidadores y cuidadoras familiares de personas mayores dependientes en Cantabria fueron seleccionados mediante muestreo aleatorio simple estratificado por CS. Esto permitió obtener una selección representativa en cuanto a las frecuencias relativas de pacientes dependientes ≥ 65 años por CS y distribución geográfica. De los 432 cuidadores y cuidadoras familiares contactados y en los que se verificaron los criterios de inclusión,

184 aceptaron participar. La tasa de participación con respecto a los contactados fue, por lo tanto, del 42,6%. La muestra, finalmente obtenida, respetó adecuadamente la distribución por frecuencias relativas de la distribución geográfica, pero los porcentajes de respuesta menores al 80% potencialmente pudieran dar lugar a un sesgo de selección, si el perfil de los no respondedores fuera diferente al de los respondedores. Por otro lado, en cuanto a la validez externa de los resultados, la CA de Cantabria, presenta características diferenciales con respecto a otras comunidades autónomas, como una menor densidad geográfica con respecto a Madrid, Cataluña, o Comunidad Valenciana. En este sentido, la validez externa para los cuidadores y cuidadoras de Cantabria sería aceptable dada la selección aleatoria de la muestra y el porcentaje de respuesta, pero los resultados no tienen por qué ser extrapolables a nivel nacional debido a las diferencias poblacionales entre las CCAA.

En conclusión, al menos, en la CA de Cantabria, el perfil del cuidador y cuidadora familiar no es estático, sino dinámico, adaptándose al contexto demográfico y socioeconómico, que parece influir en la elección del cuidador familiar. La creciente incorporación de la mujer al mercado laboral y el desempleo en los hogares españoles, parece replantear la elección del cuidador o cuidadora dentro del grupo familiar en función de su ocupación laboral, siendo la hija o el hijo desocupado susceptibles de tomar el rol de cuidador o cuidadora familiar. El estado civil también parece ser un factor determinante, siendo los hombres en mayor medida solteros, separados o divorciados.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y ciclo de vida. 2017 [Consultado el 12 de julio de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
2. Instituto Nacional de Estadística. Proyección de la población de España 2014-2064. Madrid: 2014. INE. [Consultado el 12 de julio de 2017]. Disponible en: www.ine.es/prensa/np870.pdf
3. López Gil MJ, Orueta Sánchez R, Gómez Caro S, Sánchez Oropesa A, Carmona de la Morena J, Alonso Moreno FJ. El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Rev Clin Med Fam.* 2009;2(7):332-339.
4. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Jefatura del Estado «BOE» núm. 299 (15 de diciembre de 2006). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-21990>
5. Rodríguez P, Mateo A, Sancho M. Cuidados a las personas Mayores en los hogares Españoles: el entorno familiar [monografía en internet]. Madrid: IMSERSO;2005[citado el 17 de julio 2018]. Disponible en: <https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/cuidadosppmmhogares.pdf>
6. Vilaplana C, Jiménez S, García P. Trade-Off entre cuidadores formales e informales en Europa. *Gac Sanit.* 2011;25(S):115-124.
7. Colombo F, Llena A, Mercier J, Tjadens F. Help Wanted?: providing and paying for long-term care. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing. 2011;1-8 [citado el 20 de marzo 2017]. Disponible en: <https://www.oecd.org/els/health-systems/47903344.pdf>
8. ICANE Explotación estadística padrón municipal de habitantes Cantabria 2014[citado el 5 de noviembre 2017]. Disponible en: https://www.icanes.es/c/document_library/get_file?uuid=1bea8d66-9ee8-4e32-8252-495bc5642516&groupId=10138
9. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud. 2015. [Consultado el 12 de julio de 2017]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=17B-0FAC58C27CD80EAE0679420058F4?sequence=1
10. Schaller S, Mauskopf J, Kriza C, Wahlster P, Kolominsky-Rabas PL. The main cost drivers in dementia: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2015;30:111-129.
11. Instituto Nacional de Estadística. Panorámica de la discapacidad en España. Encuesta de discapacidad, autonomía personal y situación de dependencia. 2008. Madrid: INE;2009[citado el 25 de noviembre 2016]. Disponible en: <http://www.ine.es/revistas/cifraine/1009.pdf>
12. García Calvente MM, Mateo Rodríguez I, Eguiguren AP. El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gac Sanit.* 2004;18(S):132-139.
13. 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.* 2004;18(S):83-92.
14. De los Santos A PV, Carmona- Valdés SE. Cuidado informal: una mirada desde la perspectiva de género. *Rev. Latinoam. estud. fam.* 2012;4:138- 146.
15. Gómez-Sánchez A. Intervenciones de enfermería en el cuidador informal del adulto dependiente. *Nuber Científ.* 2014;2:21-26.
16. Chien LY., Chu H, Guo JL., Liao YM., Chang LI., Chen CH., Chou KR. Caregiver support groups in patients with dementia: a meta-analysis. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2011;26:1089-1098.
17. Sörensen S, Pinquar TM, Duberstein P. How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *Gerontologist.* 2002;24:356- 72.
18. Tang WK, Chan CY. Effects of psychosocial interventions on self-efficacy of dementia caregivers: a literature review. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2016;31:475-493.
19. Mittelman MS, Haley WE, Clay OJ, Roth DL. Improving caregiver well- being delays nursing home placement of patients with Alzheimer disease. *Neurology.* 2006;14;67:1592-1599.
20. Amador-Marín B, Guerra-Martín MD. Eficacia de las intervenciones no farmacológicas en la calidad de vida de las personas cuidadoras de pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Gac. Sanit.* 2017;31:154-160.
21. Martínez Buján R. Los modelos territoriales de organización social del cuidado a personas mayores en los hogares. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas* 2014;145:99-126.

22. Rodríguez P, Sancho MT, Abellán A, Puga MD, Colectivo Ioé, INSERSO, CIS. Cuidados en la vejez. El apoyo informal. Madrid: INSERSO;1995.
23. Instituto de Mayores y Servicios Sociales, IMSERSO. INFORME 2004. Las Personas Mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas. Madrid: IMSERSO. (2004)[Consultado el 17 de julio de 2018] Disponible en: <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/informe2004v1.pdf>
24. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y situaciones de Dependencia (EDAD);2008[citado el 28 de noviembre 2017]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176782&menu=resultados&secc=1254736194716&idp=1254735573175#
25. Flores N, Jenaro C, Moro L, Tomsa R. Salud y calidad de vida de cuidadores familiares y profesionales de personas mayores dependientes: estudio comparativo. Eur J investig health psychol Educa. 2014;4:79-88.
26. González-Valentín A, Gálvez-Romero C. Características sociodemográficas, de salud y utilización de recursos sanitarios de cuidadores de ancianos atendidos en domicilio. Gerokomos. 2009;20(1):15-21.
27. Molinuevo JL, Hernández B. Perfil del cuidador informal asociado al manejo clínico del paciente con enfermedad de Alzheimer no respondedor al tratamiento sintomático de la enfermedad. Neurología. 2011;26:518-527.
28. Pérez-Peñaranda A, García-Ortiz L, Rodríguez-Sánchez E, Losada- Baltar A, Porras-Santos N, Gómez-Marcos MA. Función familiar y salud mental del cuidador de familiares con dependencia. Aten Primaria. 2009;41:621-628.
29. Torres A, Blanco V, Vázquez F, Díaz O, Otero P, Hermida E. Prevalence of major depressive episodes in non-professional caregivers. Psychiatry. Res. 2015;226:333-339.
30. Ramón-Arbués E, Martínez-Abadía B, Martínez-Gómez S. Factores determinantes de la sobrecarga del cuidador. Estudio de las diferencias de género. Aten Primaria. 2017;49(5):308-313.
31. Oliva J, Vilaplana C, Osuna R. El Valor social de los cuidados informales provistos a personas mayores en situación de dependencia en España. Gac Sanit. 2011;25(S):108-114.
32. Martínez Marcos M, De la Cuesta Benjumea C. La experiencia del cuidado de las mujeres cuidadoras con procesos crónicos de salud de familiares dependientes. Aten Primaria. 2016;48(2):77-84.
33. Rodríguez Gonzalez AM, Rodríguez Míguez E, Duarte Pérez A, Díaz Sanisidro E, Barbosa-Alvarez A, Calveria A. Estudio observacional transversal de la sobrecarga en cuidadores informales y los determinantes relacionados con la atención a las personas dependientes. Aten Primaria. 2017;49(3):156-65
34. Rodríguez P. El apoyo informal como destinatarios de los programas de intervención en situación de dependencia [monografía en internet]. Bizkaia: Caritas Bizkaia;2006 [citado el 23 de marzo de 2017]. Disponible en: <https://studylib.es/doc/4773789/el-apoyo-informal-como-destinatario-de-los-programas-de>
35. Navarro Abal Y, López López MJ, Climent Rodríguez JA, Gómez- Salgado J. Sobrecarga, empatía y resiliencia en cuidadores de personas dependientes. Gac Sanit. 2018. pii: S0213-9111(18)30006-2. doi: 10.1016/j.gaceta.2017.11.009.
36. López-Martínez C, Frías-Osuna A, Del-Pino-Casado R. Sentido de coherencia y sobrecarga subjetiva, ansiedad y depresión en personas cuidadoras de familiares mayores.. Gac Sanit. 2017. pii: S0213- 9111(17)30260-1. doi:10.1016/j.gaceta.2017.09.005.
37. Lawton MP, Kleban MH, Moss M, Rovine M, Glicksman A. Measuring caregiving appraisal. J Gerontol. 1989;44:61-71.

