

Quantitative & Qualitative Community Nursing Research



SEAPA

Sociedad de Enfermería
Familiar y Comunitaria
de Asturias



Enfermería Comunitaria

Volume [13]

Number [1]

Abril 2025

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

**Quantitative & Qualitative
Community Nursing Research**

Volume 13, Number 1. Abril 2025

Índice

Quantitative & Qualitative Community Nursing Research

Volume 13, Number 1. Abril 2025

Editorial

La Sinergia y Transdisciplinariedad de las Ciencias a través de la
Salud Pública: Un Desafío Ineludible en el Contexto Global..... 5

Javier Fagundo-Rivera y Juan Gómez-Salgado

Conocimientos, hábitos y actitudes sobre salud bucodental en el
municipio de Girona: un estudio cualitativo 14

*Montserrat Pujiula-Blanch, Zoila Bastardo-López, Natàlia Bernardo-Vilamitjana,
Laura Figueroa-Marcé, Elena Olabarrieta-Zaro y Glòria Reig-Garcia*

Satisfacción laboral en las enfermeras de atención primaria durante
la pandemia COVID-19: una revisión sistemática 29

Francisco Miguel Escandell-Rico y Lucia Pérez-Fernández

Evaluación del grado de conocimientos para la prevención de
Lesiones relacionadas con la Dependencia en cuidadores/as
informales 41

Pedro Francisco González Muñoz, Jose Ángel López Sánche y Elena López Sánchez

ISSN: 2254-8270

Título Clave: Revista (SEAPA. Internet)

Depósito Legal: AS 2340-2002

Periodicidad: Trimestral

EDITA: SEAPA

Dirección: Calle Juan Antonio Álvarez Rabanal
33011 (Oviedo - Asturias)

Teléfono: 635 208 132

EQUIPO EDITORIAL

Entidad editora

SEAPA (Sociedad de Enfermería Familiar y Comunitaria de Asturias)

Director de la Revista

Rubén Martín Payo (PhD)

Universidad de Oviedo

Dirección asociada

Ana González Pisano

Servicio de Salud del Principado de Asturias. Universidad de Oviedo.

Teresa López Castellanos

Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Lara Menéndez González

Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Comité editorial

Eduarne 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)

Facultad de Ciencias de la Salud de Manresa

Mei Fu (PhD)

University of Missouri-Kansas City

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

Lorena Gutierrez Puertas (PhD)

Universidad de Almería

Phill Della (PhD)

Curtin University Distinguished Emeritus Professor

Ana Palmar Santos (PhD)

Universidad Autónoma de Madrid

La Sinergia y Transdisciplinariedad de las Ciencias a través de la Salud Pública: Un Desafío Ineludible en el Contexto Global

The Synergy and Transdisciplinarity of Science through Public Health: An Unavoidable Challenge in the Global Context

Javier Fagundo-Rivera¹ y Juan Gómez-Salgado^{2,3}

¹Centro Universitario de Enfermería Cruz Roja, adscrito a la Universidad de Sevilla, Sevilla, España; javier.fagundo@cruzroja.es

²Departamento de Sociología, Trabajo Social y Salud Pública, Facultad de Ciencias del Trabajo, Universidad de Huelva, Huelva, Spain; salgado@uhu.es

³Programa de Posgrado en Seguridad y Salud, Universidad Espíritu Santo, Guayaquil, Ecuador.

En el contexto de los desafíos contemporáneos en salud pública, resulta evidente que los problemas que afectan a las comunidades son cada vez más complejos y multidimensionales. Desde pandemias globales y el aumento de enfermedades crónicas hasta la resistencia antimicrobiana y el cambio climático, los sistemas de salud enfrentan retos sin precedentes que exigen soluciones innovadoras, colaborativas y sostenibles. En este escenario, la salud pública se consolida como un campo esencialmente multidisciplinario, donde convergen diversas titulaciones sanitarias, técnicas y sociales para construir respuestas efectivas ante las crecientes demandas de la sociedad [1,2]. La integración de conocimientos y el trabajo colaborativo entre diversas disciplinas no solo es una estrategia conveniente, sino una necesidad ineludible para abordar problemas de manera integral, resolver desafíos inmediatos y generar intervenciones con un impacto positivo y duradero en el bienestar de la población [3]. Esta convergencia, además, optimiza el uso de los recursos, impulsa la innovación continua, promueve avances científicos y garantiza que las soluciones sean inclusivas y accesibles para todos los sectores de la sociedad [4,5,6,7].

A modo de ejemplos, es posible comenzar con el diseño de edificaciones e infraestructuras sanitarias sostenibles, lo cual requiere la colaboración entre las ingenierías civiles, la arquitectura, las ciencias naturales y especialistas en salud pública y cambio climático. Mientras las ingenierías aportan su experiencia en la creación de infraestructuras robustas y eficientes, los especialistas en salud pública garantizan que estas infraestructuras no solo cumplan con estándares técnicos, sino que también satisfagan las necesidades sanitarias de las poblaciones. La arquitectura desempeña un papel crucial en la creación de espacios sanitarios funcionales y seguros, así como en la planificación de entornos urbanos que promuevan hábitos y ambientes saludables [8]. Un ejemplo de ello es el rediseño de hospitales con mayor acceso a luz natural y ventilación adecuada, lo que ha demostrado históricamente que influye de manera positiva en la disminución del tiempo de recuperación de los pacientes [9,10]. Asimismo, iniciativas como las ciudades de 15 minutos han sido clave para mejorar el acceso a servicios sanitarios y fomentar la actividad física, reduciendo así la incidencia de problemas relacionados con enfermedades crónicas, sobre todo cardiovasculares [11,12].

Desde las ciencias ambientales, igualmente, se puede proporcionar información crucial sobre la interacción de las infraestructuras con el entorno natural, permitiendo soluciones que respeten los ecosistemas y minimicen los impactos en el entorno. Esta convergencia de saberes es esencial para diseñar soluciones holísticas en los entornos habitados que no solo sean viables a corto plazo, sino que también se adapten a las necesidades cambiantes del futuro, garantizando la salud de la ciudadanía y la biodiversidad, así como el bienestar de las generaciones venideras [13].

La implementación de modelos predictivos e inteligencia artificial (IA) ha transformado la gestión sanitaria al integrar disciplinas como la informática, la ciencia de datos y la ingeniería biomédica [14,15]. La IA y los algoritmos predictivos dependen de *big data* proveniente de registros clínicos, investigaciones y análisis climáticos [16]. Así, la colaboración entre expertos en tecnología, medioambiente y salud pública permite desarrollar modelos más precisos para anticipar eventos naturales y brotes y gestionar adecuadamente los recursos. Además, las matemáticas avanzadas optimizan la logística sanitaria y mejoran los algoritmos de diagnóstico y predicción epidemiológica [17]. Estos sistemas personalizan planes de intervención para maximizar la efectividad y equidad en el acceso a la salud, en un contexto donde la convergencia de disciplinas es clave para garantizar un uso de recursos eficiente, ético y orientado a la protección de las personas [18,19].

Cabe destacar la relevancia del estudio de los movimientos migratorios a gran escala, un asunto crucial para la salud pública global, ya que impacta tanto a los países de origen como a los de tránsito y destino [20]. Las migraciones y los flujos migratorios generan nuevas dinámicas de salud, exigen enfoques adaptados a distintos

contextos culturales y epidemiológicos, y requieren una visión global y colaborativa [21]. Es fundamental comprender los determinantes de salud que afectan a las poblaciones migrantes y los retos organizativos para diseñar infraestructuras sanitarias sostenibles [22,23]. La planificación estratégica de los servicios de salud en los países de acogida debe considerar las necesidades específicas de los migrantes y sensibilizar a los profesionales para ofrecer servicios culturalmente adecuados, reduciendo barreras idiomáticas y diferencias en la percepción de la salud [24]. Además, incluir datos de salud de los migrantes en la planificación sanitaria permitiría anticipar y gestionar mejor sus necesidades. Para ello, es clave la colaboración de expertos en tecnología y estadística dentro de equipos interdisciplinarios con formación en salud transcultural, mediación cultural y sociología, garantizando así una atención integral y de calidad.

La labor interdisciplinaria es esencial en todos los niveles de atención a la salud, siendo aún más relevante en la Atención Primaria de Salud ya que constituye el primer punto de contacto entre la población y el sistema sanitario. La integración de distintos saberes permite brindar cuidados efectivos, abordando no solo la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, sino también la construcción de relaciones sólidas con las familias a lo largo de la vida [25]. El trabajo en equipos interdisciplinarios en Atención Primaria posibilita una atención holística, considerando factores sociales, económicos y ambientales que influyen en la salud de las comunidades. De este modo, la colaboración entre profesionales de distintas disciplinas permite diseñar intervenciones que abarquen desde la prevención de enfermedades hasta el acompañamiento emocional y psicológico [26]. En este ámbito, la enfermería desempeña un rol clave al actuar como un puente entre los distintos profesionales de la salud, garantizando

la coherencia y continuidad del cuidado. Su contacto constante con los pacientes le otorga una perspectiva privilegiada para ajustar las intervenciones a las necesidades comunitarias y facilitar la implementación de políticas locales que promuevan entornos saludables. Además, contribuye a la educación en salud, al fomento de hábitos positivos de autocuidado y a la participación activa de la comunidad en su propio bienestar [27,28].

La sinergia entre disciplinas enriquece la toma de decisiones en salud pública y fomenta la innovación a través de estrategias basadas en la evidencia. Por ello, es fundamental fortalecer la formación transdisciplinaria y promover entornos colaborativos que faciliten el intercambio de conocimientos entre sectores como la salud, la educación y los servicios sociales [29,30]. El intercambio de datos científicos a nivel local, regional y nacional entre centros de investigación, universidades y servicios de salud permite generar evidencia sólida para la implementación de políticas sanitarias eficaces. Además, el uso de herramientas tecnológicas y plataformas digitales optimiza la toma de decisiones en tiempo real. En este aspecto, la colaboración con el sector privado, especialmente en tecnología y salud, facilita el desarrollo de soluciones innovadoras como aplicaciones móviles, telemedicina y sistemas de monitoreo. Las alianzas público-privadas pueden acelerar la investigación y ampliar el alcance de las intervenciones sanitarias, beneficiando a un mayor número de personas, incluyendo a la población trabajadora y sus familias. Esta colaboración intersectorial permite una respuesta más eficaz y sostenible frente a los retos de salud pública [31].

En España, diversos programas de salud pública destacan por su enfoque multidisciplinario e innovador. El Plan de Acción Estatal para la Implementación de la Garantía Infantil Europea (2022-2030) [32] promueve la colaboración entre profesio-

nales de la salud, la educación y el trabajo social para fomentar hábitos saludables y la educación infantil desde una perspectiva integral. Asimismo, el Plan de Acción para la Prevención del Suicidio 2025-2027 [33] aborda la salud mental con un enfoque multidisciplinario, combinando sensibilización, intervención y apoyo a personas en riesgo.

Igualmente, las alianzas público-privadas han demostrado ser clave en la prevención y control de enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión [34,35]. A través de colaboraciones con la industria farmacéutica, se han desarrollado campañas de concienciación, programas de detección precoz y formación especializada para profesionales de salud. Además, estas alianzas han ampliado el acceso a recursos y plataformas digitales, mejorando la cobertura y efectividad de las intervenciones [36]. En este sentido, la telemedicina en España ha avanzado significativamente gracias a la colaboración entre el Sistema Nacional de Salud y empresas tecnológicas [37]. Un ejemplo de esta integración de servicios es la Estrategia de Salud Digital del Sistema Nacional de Salud, que ha facilitado consultas médicas a distancia, diagnósticos remotos y la gestión de recetas electrónicas. Además, el uso de aplicaciones móviles ha optimizado la gestión de enfermedades crónicas y el monitoreo de pacientes en situación de fragilidad, mejorando la eficiencia y calidad del sistema sanitario [38]. La colaboración público-privada en telemedicina ha sido clave para reducir la saturación de los servicios de salud y mejorar el acceso a la atención, especialmente en áreas rurales y crisis sanitarias como la pandemia. Además de garantizar la continuidad asistencial, ha impulsado la innovación en el sistema sanitario, abriendo nuevas posibilidades para el futuro de la salud pública en España [39].

La salud pública se enfrenta continuamente a nuevos y complejos desafíos, los

cuales seguirán requiriendo soluciones sinérgicas, innovadoras y adaptativas. Entre los principales retos destacan el envejecimiento de la población, el aumento de enfermedades crónicas y la amenaza de nuevas pandemias. El envejecimiento incrementa la demanda de servicios médicos y de cuidado a largo plazo, requiriendo un enfoque integral y personalizado que combine atención médica, social y gubernamental [40]. Asimismo, la creciente prevalencia de enfermedades crónicas como la diabetes y las patologías cardiovasculares exige estrategias preventivas y de monitoreo continuo para mejorar la calidad de vida y reducir hospitalizaciones innecesarias [41,42]. Por su parte, las pandemias recientes han evidenciado la vulnerabilidad de los sistemas de salud, subrayando la necesidad de fortalecer la vigilancia epidemiológica, la preparación para emergencias y la respuesta rápida ante nuevas amenazas. La cooperación internacional y el uso de plataformas digitales, como la telemedicina, serán esenciales para una respuesta sanitaria global eficaz [43,44,45].

En conclusión, las estrategias basadas en la evidencia en salud pública requieren una colaboración continua y efectiva, que integre datos, tecnologías y conocimientos de diversas disciplinas y sectores para optimizar las respuestas sanitarias. La transdisciplinariedad no es solo una opción, sino una necesidad impostergable para abordar los retos contemporáneos en salud pública. Programas como los desarrollados en España reflejan cómo la sinergia entre distintas áreas del conocimiento, unida a la implementación de prácticas basadas en la evidencia, puede generar intervenciones más efectivas y adaptadas a las realidades de la población, con un

impacto tangible en el bienestar colectivo. Solo mediante esta colaboración y una mirada integral del bienestar humano, seremos capaces de avanzar hacia sistemas de salud más equitativos, sostenibles y resilientes [46]. Para lograrlo, es crucial fomentar políticas públicas y privadas que impulsen y fomenten la integración de equipos interdisciplinarios en la atención sanitaria, así como crear programas de formación continua que refuercen esta enriquecedora visión colaborativa. Además, invertir en infraestructuras y tecnologías que faciliten la coordinación entre profesionales de distintos ámbitos garantizará una respuesta eficiente y adaptada a las necesidades cambiantes de la población, promoviendo una atención más holística y accesible para todos. Es posible destacar a partir de lo expuesto en este manuscrito que los retos futuros de la salud pública están estrechamente vinculados con los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas (ODS), especialmente el ODS 3, Salud y Bienestar, y el ODS 17, Alianzas para lograr los Objetivos. Se mencionan especialmente el envejecimiento de la población y el aumento de enfermedades crónicas, como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares, que exigen enfoques preventivos e integrales, lo cual está alineado con el ODS 3. Además, se resalta la importancia de la cooperación transdisciplinaria para enfrentar estos desafíos, particularmente en la gestión de riesgos ante futuras pandemias, lo que resalta el papel crucial del ODS 17 [47,48,49]. A través de alianzas globales y la colaboración entre distintos sectores, se podrán abordar eficazmente estos problemas de salud pública, garantizando una respuesta efectiva y coordinada, y promoviendo el bienestar integral para la población global.

REFERENCIAS

1. Målqvist M. Beyond global health: Redefining the 'public' in public health. *Scand J Public Health*. 2022 Nov;50(7):1059-1061. [doi: 10.1177/14034948221109712](https://doi.org/10.1177/14034948221109712).
2. Institute of Medicine (US) Committee on Assuring the Health of the Public in the 21st Century. *The Future of the Public's Health in the 21st Century*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2002. [doi: 10.17226/10548](https://doi.org/10.17226/10548)
3. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, Garcia P, Ke Y, Kelley P, Kistnasamy B, Meleis A, Naylor D, Pablos-Mendez A, Reddy S, Scrimshaw S, Sepulveda J, Serwadda D, Zurayk H. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010 Dec 4;376(9756):1923-58. [doi: 10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5).
4. Stokols D, Hall KL, Taylor BK, Moser RP. The science of team science: overview of the field and introduction to the supplement. *Am J Prev Med*. 2008 Aug;35(2 Suppl):S77-89. [doi: 10.1016/j.amepre.2008.05.002](https://doi.org/10.1016/j.amepre.2008.05.002).
5. Committee on Key Challenge Areas for Convergence and Health; Board on Life Sciences; Division on Earth and Life Studies; National Research Council. *Convergence: Facilitating Transdisciplinary Integration of Life Sciences, Physical Sciences, Engineering, and Beyond*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2014 Jun 16. [doi: 10.17226/18722](https://doi.org/10.17226/18722).
6. Frenk J, Moon S. Governance challenges in global health. *N Engl J Med*. 2013 Mar 7;368(10):936-42. [doi: 10.1056/NEJMr1109339](https://doi.org/10.1056/NEJMr1109339).
7. Choi BC, Pak AW. Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness. *Clin Invest Med*. 2006 Dec;29(6):351-64.
8. Guenther R, Vittori G. *Sustainable healthcare architecture*. 2nd ed. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons; 2013.
9. Lipson-Smith R, Zeeman H, Muns L, Jeddi F, Simondson J, Bernhardt J. The role of the physical environment in stroke recovery: Evidence-based design principles from a mixed-methods multiple case study. *PLoS One*. 2023 Jun 9;18(6):e0280690. [doi: 10.1371/journal.pone.0280690](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0280690).
10. Zubcov D. Healing architecture - A different approach of hospital design. *MATEC Web Conf*. 2024, 396:07001. [doi: 10.1051/matecconf/202439607001](https://doi.org/10.1051/matecconf/202439607001)
11. Moreno, C.; Allam, Z.; Chabaud, D.; Gall, C.; Pratlong, F. Introducing the "15-Minute City": Sustainability, Resilience and Place Identity in Future Post-Pandemic Cities. *Smart Cities* 2021, 4, 93-111. [doi:10.3390/smartcities4010006](https://doi.org/10.3390/smartcities4010006)
12. Capolongo S, Rebecchi A. The city of proximity as an Urban Health strategy for the post pandemic neighborhood's needs. *Eur J Public Health*. 2021. 31, Supp 3: ckab164.495. [doi:10.1093/eurpub/ckab164.495](https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab164.495)

13. Baum F. *The New Public Health*. 4th ed. Oxford: Oxford University Press; 2016. [doi: 10.1093/acprof:oso/9780195588088.001.0001](https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195588088.001.0001)
14. Topol EJ. High-performance medicine: the convergence of human and artificial intelligence. *Nat Med*. 2019 Jan;25(1):44-56. [doi: 10.1038/s41591-018-0300-7](https://doi.org/10.1038/s41591-018-0300-7).
15. Panch T, Mattie H, Atun R. Artificial intelligence and algorithmic bias: implications for health systems. *J Glob Health*. 2019 Dec;9(2):010318. [doi: 10.7189/jogh.09.020318](https://doi.org/10.7189/jogh.09.020318).
16. Raghupathi W, Raghupathi V. Big data analytics in healthcare: promise and potential. *Health Inf Sci Syst*. 2014 Feb 7;2:3. [doi: 10.1186/2047-2501-2-3](https://doi.org/10.1186/2047-2501-2-3).
17. Brauer F, Castillo-Chavez C, Feng Z. *Mathematical Models in Epidemiology*. New York: Springer; 2019. [doi: 10.1007/978-1-4939-9828-9](https://doi.org/10.1007/978-1-4939-9828-9).
18. Roco MC, Bainbridge WS, editors. *Converging Technologies for Improving Human Performance: Nanotechnology, Biotechnology, Information Technology, and Cognitive Science*. Dordrecht: Springer; 2003. [doi: 10.1007/978-94-017-0359-8](https://doi.org/10.1007/978-94-017-0359-8).
19. Stewart SR, Barone PW, Bellisario A, Cooney CL, Sharp PA, Sinskey AJ, Natesan S, Springs SL. Leveraging Industry-Academia Collaborations in Adaptive Biomedical Innovation. *Clin Pharmacol Ther*. 2016 Dec;100(6):647-653. [doi: 10.1002/cpt.504](https://doi.org/10.1002/cpt.504).
20. Wickramage K, Vearey J, Zwi AB, Robinson C, Knipper M. Migration and health: a global public health research priority. *BMC Public Health*. 2018 Aug 8;18(1):987. [doi: 10.1186/s12889-018-5932-5](https://doi.org/10.1186/s12889-018-5932-5).
21. Castañeda H, Holmes SM, Madrigal DS, Young ME, Beyeler N, Quesada J. Immigration as a social determinant of health. *Annu Rev Public Health*. 2015 Mar 18;36:375-92. [doi: 10.1146/annurev-publhealth-032013-182419](https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182419).
22. Marmot M, Wilkinson R (eds). *Social Determinants of Health*. 2nd edn (Oxford, 2005; online edn, Oxford Academic, 1 Sept. 2009. [doi:10.1093/acprof:oso/9780198565895.001.0001](https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198565895.001.0001).
23. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S; Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*. 2008 Nov 8;372(9650):1661-9. [doi: 10.1016/S0140-6736\(08\)61690-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61690-6).
24. Fagundo-Rivera J, Gómez Salgado J, Fernández-León P. Emergencia humanitaria en Canarias: un desafío integral al sistema sanitario y social. *Rev Esp Salud Pública*. 2024;98: e202412066. Disponible en: <https://ojs.sanidad.gob.es/index.php/resp/article/view/919>
25. Michaelson V, Pilato KA, Davison CM. Family as a health promotion setting: A scoping review of conceptual models of the health-promoting family. *PLoS One*. 2021 Apr 12;16(4):e0249707. [doi: 10.1371/journal.pone.0249707](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249707)

26. Maier CB, Aiken LH. Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study. *Eur J Public Health*. 2016 Dec;26(6):927-934. [doi: 10.1093/eurpub/ckw098](https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw098).
27. Karam M, Chouinard MC, Poitras ME, Couturier Y, Vedel I, Grgurevic N, Hudon C. Nursing Care Coordination for Patients with Complex Needs in Primary Healthcare: A Scoping Review. *Int J Integr Care*. 2021 Mar 19;21(1):16. [doi: 10.5334/ijic.5518](https://doi.org/10.5334/ijic.5518).
28. Bodenheimer T, Bauer L. Rethinking the Primary Care Workforce - An Expanded Role for Nurses. *N Engl J Med*. 2016 Sep 15;375(11):1015-7. [doi: 10.1056/NEJMp1606869](https://doi.org/10.1056/NEJMp1606869).
29. Frodeman R, Klein JT, Pacheco RCS, editors. *The Oxford Handbook of Interdisciplinarity*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2017. [doi: 10.1093/oxford-hb/9780198733522.001.0001](https://doi.org/10.1093/oxford-hb/9780198733522.001.0001).
30. Brownson RC, Fielding JE, Maylahn CM. Evidence-based public health: a fundamental concept for public health practice. *Annu Rev Public Health*. 2009;30:175-201. [doi: 10.1146/annurev.publhealth.031308.100134](https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.031308.100134).
31. Achilladelis B, Antonakis N. The dynamics of technological innovation: the case of the pharmaceutical industry. *Research Policy*. 2001. 30(4): 535-588. [doi: 10.1016/S0048-7333\(00\)00093-7](https://doi.org/10.1016/S0048-7333(00)00093-7)
32. Gobierno de España. Plan de Acción Estatal para la Implementación de la Garantía Infantil Europea (2022-2030). Madrid: Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030; 2022.
33. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Plan de Acción para la Prevención del Suicidio 2025-2027. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2025. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=6618>
34. De Matteis F, Striani F, Notaristefano G, Caferra R. Public-private partnerships in the healthcare sector and sustainability: managerial insights from a systematic literature review. *Admin Soc*. 2024;56(9-10):1146-74. [doi: 10.1177/00953997241275576](https://doi.org/10.1177/00953997241275576).
35. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2025. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/EstrategiaPromocionSalud-yPrevencionSNS.pdf>
36. Kickbusch I, Gleicher D. Governance for health in the 21st century. Geneva: World Health Organization; 2012. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326429>.
37. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Estrategia de Salud Digital del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2021. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/saludDigital/doc/Estrategia_de_Salud_Digital_del_SNS.pdf
38. Gupta A, Maslen C, Vindlacheruvu M, Abel RL, Bhattacharya P, Bromiley PA, Clark EM, Compston JE, Crabtree N, Gregory JS, Kariki EP, Harvey NC, McCloskey E, Ward

- KA, Poole KES. Digital health interventions for osteoporosis and post-fragility fracture care. *Ther Adv Musculoskelet Dis*. 2022 Mar 28;14:1759720X221083523. doi: [10.1177/1759720X221083523](https://doi.org/10.1177/1759720X221083523)
39. Acezat Oliva J, Alarcón Belmonte I, Paredes Costa EJ, Albiol Perarnau M, Goussens A, Vidal-Alaball J. Teleconsulta: encontrando su lugar en Atención Primaria [Teleconsultation: finding its place in primary care]. *Aten Primaria*. 2024 Jun;56(6):102927. Spanish. doi: [10.1016/j.aprim.2024.102927](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2024.102927).
 40. Lucero-Prisno DE, Kouwenhoven MBN, Adebisi YA, et al. Top ten public health challenges to track in 2022. *Public Health Chall*. 2022; 1:e21. doi:[10.1002/puh2.21](https://doi.org/10.1002/puh2.21)
 41. World Health Organization. World report on ageing and health. Geneva: World Health Organization; 2015. Disponible en: <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/en/>.
 42. Fontán Vinagre MG, López Peláez A, Ayuso Murillo D, Enríquez Jiménez M, Guerrero-Menéndez R, Domínguez Fernández S. Abordaje y atención a la cronicidad con tecnologías digitales en las políticas sanitarias en España. *Rev Esp Salud Pública*. 2024; 98: e202406040. Disponible en: <https://ojs.sanidad.gob.es/index.php/resp/article/view/679>
 43. Timmis K, Brüssow H. The COVID-19 pandemic: some lessons learned about crisis preparedness and management, and the need for international benchmarking to reduce deficits. *Environ Microbiol*. 2020 Jun;22(6):1986-1996. doi: [10.1111/1462-2920.15029](https://doi.org/10.1111/1462-2920.15029).
 44. DeVita T, Brett-Major D, Katz R. How are healthcare provider systems preparing for health emergency situations? *World Med Health Policy*. 2022 Mar;14(1):102-120. doi: [10.1002/wmh3.436](https://doi.org/10.1002/wmh3.436).
 45. Budd J, Miller BS, Manning EM, Lampos V, Zhuang M, Edelstein M, Rees G, Emery VC, Stevens MM, Keegan N, Short MJ, Pillay D, Manley E, Cox IJ, Heymann D, Johnson AM, McKendry RA. Digital technologies in the public-health response to COVID-19. *Nat Med*. 2020 Aug;26(8):1183-1192. doi: [10.1038/s41591-020-1011-4](https://doi.org/10.1038/s41591-020-1011-4).
 46. Rebuilding resilient health systems for Europe: The Lancet Regional Health- Europe. *Lancet Reg Health Eur*. 2021 Oct;9:100238. doi: [10.1016/j.lanepe.2021.100238](https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100238).
 47. Aftab W, Siddiqui FJ, Tasic H, Perveen S, Siddiqi S, Bhutta ZA. Implementation of health and health-related sustainable development goals: progress, challenges and opportunities - a systematic literature review. *BMJ Glob Health*. 2020;5:e002273.
 48. United Nations. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development [Internet]. New York: United Nations; 2015. Available from: <https://sdgs.un.org/2030agenda>
 49. Organización Mundial de la Salud. World Health Statistics 2022: Monitoring Health for the SDGs. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022.

Conocimientos, hábitos y actitudes sobre salud bucodental en el municipio de Girona: un estudio cualitativo

Montserrat Pujiula-Blanch, MD¹, Zoila Bastardo-López, MD¹, Natàlia Bernardo-Vilamitjana, MD¹, Laura Figueroa-Marcé¹, Elena Olabarrieta-Zaro, RN¹ y Glòria Reig-Garcia, RN, PhD²

¹Centre d'Atenció Primària Alfons Moré i Paretas. Passeig Marquès de Camps 52-54. 17190. Salt

²Departament d'Infermeria. Universitat de Girona. Emili Grahit, 77. 17003 Girona

AUTOR DE CORRESPONDENCIA: gloria.reig@udg.edu

Manuscrito recibido: 7/10/2024

Manuscrito aceptado: 17/01/2025

Cómo citar este documento

Pujiula-Blanch M., Bastardo-López Z., Bernardo-Vilamitjana N., Figueroa-Marcé L., Olabarrieta-Zaro E., Reig-Garcia G., Conocimientos, hábitos y actitudes sobre salud bucodental en el municipio de Girona: un estudio cualitativo. *Quantitative and Qualitative Community Research RqR*. 2025 Abril; 13 (1): 13-27.

Declaración de conflicto de intereses: No existen

Financiación: No existe

Conceptualización: Montserrat Pujiula-Blanch; Zoila Bastardo-López

Metodología: Montserrat Pujiula-Blanch; Zoila Bastardo-López

Investigación: Natàlia Bernardo-Vilamitjana; Laura Figueroa-Marcé; Elena Olabarrieta-Zaro

Análisis: Natàlia Bernardo-Vilamitjana; Laura Figueroa-Marcé

Supervisión: Elena Olabarrieta-Zaro; Glòria Reig-Garcia.

Escritura - Revisión y Edición: Glòria Reig-Garcia; Montserrat Pujiula-Blanch; Zoila Bastardo-López; Laura Figueroa-Marcé; Natàlia Bernardo-Vilamitjana; Elena Olabarrieta-Zaro

Original

RESUMEN

Objetivo: Evaluar los conocimientos, hábitos y actitudes relacionados con la salud bucodental en un municipio de Girona, identificando los activos en salud bucodental percibidos por la comunidad.

Metodología: Estudio cualitativo con cinco grupos focales con familiares, seleccionando a los participantes mediante un muestreo intencional que priorizó la inclusión de asociaciones familiares como espacios representativos. Además, se incluyó a personas con experiencia en proyectos y servicios comunitarios, considerando la diversidad social y cultural del municipio. El análisis se realizó a través de un enfoque temático del contenido de los grupos.

Resultados: El análisis reveló cuatro temas generales relacionados con los conocimientos, hábitos y actitudes relacionados con la salud bucodental del municipio de Salt: (a) conocimiento

previo de los problemas de salud bucodental; (b) hábitos y actitudes relacionadas con la salud bucodental; (c) activos y recursos en salud relacionados con la salud bucodental; y d) propuestas de mejora.

Conclusiones: La mayoría de los participantes mostraron un conocimiento básico sobre las caries dentales, pero carecían de conciencia sobre los azúcares ocultos en los alimentos. Aunque muchos informaron mantener prácticas regulares de cepillado, se evidenciaron diferencias entre grupos étnicos y socioeconómicos, así como una falta de supervisión parental en el cepillado infantil. Los servicios de odontología de atención primaria fueron reconocidos como recursos clave, aunque su utilización fue baja. Se sugirieron mejoras que incluyen educación en escuelas, campañas de sensibilización y colaboración comunitaria para fomentar hábitos saludables.

Palabras clave

Salud bucodental, promoción de la salud, educación para la salud, enfermería, atención primaria.

Knowledge, Habits, and Attitudes Regarding Oral Health in the Municipality of Girona: A Qualitative Study

Abstract

Objective: To assess knowledge, habits, and attitudes related to oral health in a municipality of Girona, identifying community-perceived assets for oral health.

Methodology: A qualitative study was conducted with five focus groups involving family members. Participants were selected through intentional sampling, prioritizing the inclusion of family associations as representative spaces. Additionally, individuals with experience in community projects and services were included, taking into account the social and cultural diversity of the municipality. Data analysis was carried out using a thematic approach to the content of the focus groups.

Results: The analysis revealed four general themes related to knowledge, habits, and attitudes regarding oral health in the municipality of Salt: (a) prior knowledge of oral health issues; (b) habits and attitudes concerning oral health; (c) assets and resources related to oral health; and (d) improvement proposals.

Conclusions: Most participants demonstrated basic knowledge about dental caries but lacked awareness of hidden sugars in food. While many reported regular brushing practices, differences were observed across ethnic and socioeconomic groups, along with a lack of parental supervision in children's brushing routines. Primary care dental services were recognized as key resources, though their utilization was low. Suggested improvements included education in schools, awareness campaigns, and community collaboration to promote healthy habits.

Key words

Oral health, health promotion, health education, nursing, primary care.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud bucal como “el estado de la boca, los dientes y los tejidos circundantes que permite a los individuos realizar funciones básicas como comer, hablar y sonreír, y afecta aspectos psicosociales como la autoconfianza, el bienestar y la capacidad para socializar y trabajar sin dolor, molestias o vergüenza”. La salud bucal es un indicador fundamental de la salud general, el bienestar y la calidad de vida [1]. Abarca una variedad de enfermedades y condiciones, incluyendo caries dental, enfermedad periodontal, pérdida de dientes, cáncer oral y otras enfermedades bucales menos comunes [2]. En España, los problemas de salud bucodental son frecuentes y varían según la edad, el nivel socioeconómico y los hábitos de prevención. El 94% de los adultos ha tenido caries alguna vez, con una prevalencia del 31% en niños menores de 6 años y del 43% en los de 12 años. Entre el 30% y el 40% de los adultos presentan enfermedades periodontales, cifra que aumenta hasta el 70% en mayores de 65 años. Además, el 8% de los adultos jóvenes ha perdido dientes por problemas bucales [3]. En Cataluña, los datos reflejan patrones similares, con diferencias según la región y el nivel socioeconómico [4]. Estos problemas de salud bucal representan una carga significativa para el sector de la salud en muchos países, causando dolor, deformidades e incluso mortalidad [5]. Recientemente, Bernabé [6] estudió la carga global de las enfermedades, destacándose la alta prevalencia de las enfermedades bucales en todo el mundo, afectando a 3.5 mil millones de personas.

Las directrices del NICE indican que ciertos grupos de personas, como aquellos con diabetes, enfermedades cardiovasculares, embarazo, menopausia, hábitos de tabaquismo y diferentes condiciones socioeconómicas, tienen necesidades dentales específicas [7,8]. A pesar de los avances en salud bucodental, persiste un importante

gradiente social en España. Los niños de familias con menos recursos tienen menos acceso al dentista y presentan más problemas bucales, como caries y enfermedades periodontales. Este patrón se extiende a los adultos de niveles socioeconómicos bajos, que sufren mayor prevalencia de periodontitis severa y más extracciones dentales. En adultos mayores, las desigualdades se reflejan en la pérdida de dientes y la necesidad de prótesis. Además, existen diferencias regionales, conocidas como “gradiente postal”, que afectan el acceso y la calidad de la atención bucodental. Esto resalta la necesidad de políticas públicas que aborden los determinantes sociales y las disparidades regionales para reducir estas desigualdades en salud bucodental [9].

Sin embargo, las recomendaciones para abordar la carga de las enfermedades bucales han enfatizado la importancia de enfoques a nivel de la población [10]. En España, se han desarrollado programas para mejorar el acceso a los servicios odontológicos y prevenir estas patologías. A nivel nacional, la ampliación de la cartera común del Sistema Nacional de Salud prioriza a colectivos vulnerables como menores, embarazadas y personas con discapacidad, ofreciendo revisiones, tratamientos preventivos y programas educativos escolares [11]. En Cataluña, la Ley 12/2010 se centra en la prevención y la equidad en la atención dental, incluyendo revisiones periódicas, tratamientos básicos y actividades educativas. También destaca el Programa de Atención Dental Infantil y Juvenil, que cubre revisiones anuales y tratamientos preventivos para menores de 14 años, con especial atención a personas en riesgo de exclusión social o con diversidad funcional [12].

La Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC, el original en inglés COPC-Community-Oriented Primary Care) se distingue por su enfoque en detectar las necesidades de salud y llevar a cabo acciones dirigidas a toda la comunidad, no solo a los usuarios de los servicios de salud. Este

modelo busca racionalizar y organizar los recursos existentes a través de intervenciones que reflejan los principios de la Declaración de Alma-Ata [13] y el documento de la OMS "Salud XXI" [14]. La APOC se define como la práctica de la atención primaria con responsabilidad poblacional, centrada en mejorar la salud de una comunidad específica mediante la identificación de necesidades de salud y la implementación de acciones correspondientes, con participación comunitaria y coordinación de servicios de salud. Se integra la atención primaria con acciones de salud pública, responsabilizándose de la salud de todos los miembros de la comunidad. A diferencia de la atención primaria tradicional, que se centra en responder a la demanda y tratar los síntomas, el enfoque APOC pone el énfasis en la prevención y la promoción de la salud [15,16] [10,11]. Este modelo permite al equipo de salud establecer un conocimiento profundo de los miembros de la comunidad y se basa en un proceso continuo y estructurado, compuesto por diversas etapas [17].

Salt (Girona) es una localidad caracterizada por su diversidad socioeconómica y una importante población inmigrante, lo que genera desigualdades en el acceso a la atención sanitaria, incluida la salud bucodental. Muchas personas de los grupos más vulnerables se enfrentan a barreras económicas que dificultan su acceso a servicios odontológicos, lo que aumenta la prevalencia de enfermedades bucales como caries y enfermedades periodontales. Además, las diferencias en los hábitos preventivos y el conocimiento sobre prácticas de higiene bucal contribuyen a estos problemas [9,18]. El objetivo del presente estudio fue evaluar los conocimientos, hábitos y actitudes relacionados con la salud bucodental en el municipio de Salt, identificando los activos en salud bucodental percibidos por la comunidad. Estudiar estas variables permitirá identificar las necesidades específicas de la comunidad y diseñar intervenciones y políticas locales que mejoren su salud bucodental.

Metodología

Diseño

Se utilizó un diseño cualitativo genérico [19] basado en un enfoque constructivista naturalista, ya que permite comprender la complejidad de un fenómeno desde diferentes puntos de vista de los informantes [20]. Los estudios genéricos permiten a los investigadores jugar con los límites, utilizar herramientas metodológicas establecidas y desarrollar diseños de investigación que se ajusten a su postura epistemológica, disciplina y preguntas de investigación particulares [21].

Ámbito de Estudio

El ámbito de estudio fue la Atención Primaria y la Salud Comunitaria de Salt, una ciudad perteneciente a la Región Sanitaria de Girona, Cataluña (España). Esta área abarcaba una población total de 33.337 habitantes, con una renta familiar disponible por habitante de 12.512 euros, y un 37,76 % de población inmigrante. [18].

Reclutamiento y Recopilación de datos

La investigación cualitativa consistió en 5 sesiones de grupo focales con familias. Dicha técnica es un método adecuado para explorar las experiencias, opiniones, deseos o preocupaciones de los individuos [22]. El tamaño de la muestra se seleccionó basándose en el concepto de poder de información y tuvo en cuenta el objetivo de la investigación, la especificidad de la muestra, el uso de teorías establecidas, la calidad de los datos y la estrategia de análisis [23].

Los participantes fueron seleccionados mediante un muestreo intencional, priorizando la participación de asociaciones de familias, que actúan como espacios abier-

tos y representativos de distintos perfiles familiares. También se eligieron personas con experiencia en proyectos y servicios comunitarios, teniendo en cuenta la diversidad social y cultural del municipio. Las personas candidatas fueron contactadas a través de los directores y directoras de los centros educativos, así como del coordinador del Plan Comunitario del municipio (Proyecto de intervención comunitaria intercultural), en colaboración con la odontóloga del centro de atención primaria.

Los grupos focales siguieron un formato semiestructurado, basado en preguntas abiertas sobre la salud bucodental. Al inicio se hicieron una serie de preguntas socio-demográficas para caracterizar la muestra. Las preguntas fueron elaboradas cuidadosamente basadas en la información de agentes clave como dentistas, higienistas dentales e investigadores que han realizado estudios previos sobre salud bucodental. Además, se revisó exhaustivamente la evidencia existente sobre el tema, lo que permitió construir un guión adecuado para explorar los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la salud bucodental en la población (Tabla 1).

Tabla 1. Guión grupos focales

¿Sabéis qué son las caries?

¿Sabéis qué las provoca?

¿Sabéis cómo se pueden evitar o prevenir?

¿Qué haces tú para tener una buena salud de tu boca y dientes?

¿Qué importancia le das al cuidado de tu boca?

¿Y a la de tus hijos?

RECOGER ACTIVOS/ RECURSOS PERCIBIDOS Y POSIBLES INTERVENCIONES

¿Qué se puede hacer?

¿Qué piensas que puedes aportar?

Durante las discusiones, dos investigadores fueron responsables de la moderación: uno actuó como moderador, guiando la conversación y asegurando que todos los participantes pudieran expresar sus opiniones, mientras que el otro asumió el rol de observador, tomando notas detalladas, incluyendo las comunicaciones no verbales, y resumiendo las discusiones al final de cada sesión para su análisis posterior.

Las sesiones de los grupos focales se desarrollaron en diferentes espacios, priorizando la comodidad de los participantes. Cada una de las sesiones duró alrededor de 40 minutos, y todas fueron grabadas en audio para asegurar la precisión en el análisis posterior. Las grabaciones se transcribieron textualmente para facilitar el análisis de los datos. El análisis de los datos fue realizado por dos investigadores utilizando la técnica de análisis de contenido, que, según Krippendorff [24], es un proceso para hacer inferencias válidas y replicables a partir del texto. Este proceso involucró varias etapas: descontextualización, que implicó separar las unidades de análisis de su contexto original; recontextualización, donde se situaron dentro de un marco interpretativo adecuado; categorización, que consistió en agrupar los fragmentos de texto en categorías temáticas relevantes; y finalmente, compilación, en la que se sintetizó la información obtenida para extraer patrones y conclusiones significativas. Este procedimiento asegura una interpretación sistemática y rigurosa de los datos cualitativos, permitiendo una comprensión profunda de los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la salud bucodental en la población estudiada [25]. Para asegurar la validez de nuestros resultados, los temas fueron discutidos y clarificados por el equipo de investigación hasta alcanzar un consenso [26].

Para garantizar una investigación rigurosa, el presente informe se guió por los Criterios Consolidados para Informes de Investigación Cualitativa (COREQ) [27],

los cuales proporcionan una estructura estandarizada para asegurar la transparencia y la calidad en la investigación cualitativa. Estos criterios se aplicaron a lo largo de todo el proceso de investigación, desde el diseño del estudio hasta la presentación de los resultados. En primer lugar, los criterios de transparencia fueron fundamentales en la selección de los participantes, garantizando que los grupos focales fueran representativos de la población objetivo. Además, los roles de los investigadores fueron especificados, destacando el papel del moderador y del observador en las sesiones, y asegurando que las grabaciones y transcripciones fueran completas. En cuanto al análisis de datos, se utilizó un enfoque sistemático y riguroso, siguiendo las etapas del análisis de contenido, lo que permitió una interpretación objetiva y validada de los datos. Finalmente, para asegurar la reflexividad, se llevó a cabo una revisión continua de las influencias personales de los investigadores, lo que permitió mantener la objetividad durante todo el proceso.

Aspectos éticos

El estudio recibió la aprobación del Comité de Ética del Institut d'Investigació Atenció Primària Jordi Gol (Idiap Jordi Gol) (Código CEI 19/069-P). Todos los procedimientos estuvieron en línea con la Declaración de Helsinki. Los participantes aceptaron voluntariamente mediante un consentimiento escrito, recibieron información oral y escrita sobre el estudio, y se les aseguró la confidencialidad de sus aportaciones.

Resultados

Participaron un total de 44 personas (8 de la asociación de familias de una escuela del municipio, 8 del proyecto comunitario

“Vincles”, 7 personas de la comunidad en el Local del Barrio, 12 progenitores de niños de la guardería i 9 personas usuarias de los programas de Cáritas del municipio), con edades comprendidas entre los 29 y los 76 años. La mayoría de los participantes eran de género femenino y provenían de diversos orígenes étnicos, incluyendo español, marroquí, hondureño, senegalés, gambiano e indio.

El análisis reveló cuatro temas generales relacionados con los conocimientos, hábitos y actitudes relacionados con la salud bucodental del municipio de Salt: a) conocimiento previo de los problemas de salud bucodental; b) hábitos y actitudes relacionadas con la salud bucodental; c) activos y recursos en salud relacionados con la salud bucodental; y d) propuestas de mejora.

(a) *Conocimientos previos con los problemas de salud bucodental*

La mayoría de los participantes demostraron tener un conocimiento básico sobre qué son las caries dentales. Además, muchos de ellos describieron la detección de las caries mediante signos concretos.

*“...cosa negra dentro de los dientes..”
(mujer, asociación de familia escuela)*

“Se detecta por mal olor...y empieza a doler.” (mujer, proyecto comunitario Vincles)

Estas descripciones indican una comprensión práctica de los síntomas visibles y perceptibles asociados con las caries. Incluso, algunos participantes que inicialmente afirmaron no saber exactamente qué son las caries fueron capaces de identificarlas correctamente en fotografías.

En cuanto a las causas de las caries, todos los participantes demostraron tener una comprensión clara e identificaron diversos factores contribuyentes como son:

el consumo de azúcares, chocolate, golosinas, galletas y zumos. Además, mencionaron la importancia de la higiene oral, indicando que la falta de una buena higiene, como no cepillarse los dientes, puede llevar a la formación de caries. Otros factores mencionados incluyen elementos hereditarios, la presencia de bacterias y la calidad del agua.

"Las caries aparecen por comer cosas dulces." (hombre, comunidad)

"...aparecen porque no te lavas los dientes." (mujer, familia guardería)

A pesar de este conocimiento, ninguno de los grupos de discusión mencionó los azúcares ocultos presentes en muchos alimentos. Esto sugiere que, aunque los participantes reconocen los azúcares evidentes, como los de los dulces y refrescos, existe una posible falta de conciencia sobre la presencia de azúcares en productos alimenticios menos evidentes.

(b) Hábitos y actitudes relacionadas con la salud bucodental

La mayoría de los participantes informaron que se cepillan los dientes con cepillo, pasta dental y agua dos o tres veces al día, destacando que después de cada comida se lavan la boca, especialmente por la noche.

Se observó una variación en las prácticas de higiene dental entre los participantes de origen marroquí, quienes mencionaron cepillarse los dientes antes del desayuno y luego después de las comidas. Además, en el grupo de mujeres de origen marroquí y subsahariano, se discutió el uso del palo Miswak.

"En mi país usábamos un palo para limpiar los dientes que dejaba la boca roja." (mujer, Cáritas)

"Eso lo teníamos antes [refiriéndose al palo], ahora usamos el cepillo." (mujer, Cáritas)

"Yo a la mañana me lavo con cepillo y a la tarde con el palo." (mujer, Cáritas)

Un grupo de participantes mujeres, con un nivel socioeconómico bajo manifestaron que saben que deben cepillarse los dientes, pero admitieron que no saben cómo hacerlo porque nadie les ha enseñado. Además, la mayoría de los participantes saben que es necesario cambiar el cepillo de dientes cada 3 meses, pero no todos lo hacen. El precio fue mencionado como la principal barrera para comprar cepillos de dientes.

"Cambiar cepillos cada 3 meses. Compramos en farmacia o en supermercado." (hombre, Cáritas)

"Yo compro en el supermercado porque es más barato." (mujer, asociación de familia escuela)

Por otro lado, en un entorno de jardín de infancia y de un nivel socioeconómico medio, los padres conocen y utilizan el dental de silicona, los cepillos eléctricos e irrigadores. Saben que deben cepillarse los dientes y lo hacen dos veces al día.

En relación al cepillado dental de los hijos, se observaron diferentes prácticas entre los padres participantes. Algunos comenzaron a cepillar los dientes de sus hijos cuando tenían 6 meses, con la erupción del primer diente, mientras que otros optaron por iniciar esta rutina a partir del primer año de edad de sus hijos. Sin embargo, también se identificó un grupo de padres que no cepillan los dientes de sus hijos hasta que tienen entre 2 y 4 años, ya que carecen de información sobre si es necesario cepillar los dientes no definitivos.

"Desde los 6 meses que le doy el cepillo y se lo hace él, sin ninguna pasta porque le da asco." (mujer, familia guardería)

"A los 2 años cepillo. Primero le dejé hacer a ella y después lo repaso yo."

"...además ahora tenemos cepillos eléctricos que funcionan bien..." (mujer, familia guardería)

Durante las conversaciones, se destacó el temor de algunos padres a que sus hijos ingieran pasta dental como una barrera en el proceso de cepillado de los dientes. Otro aspecto relevante fue que, a pesar de que algunos padres afirmaron tener una técnica de cepillado correcta, no suelen ayudar a sus hijos en esta tarea. Además, la mayoría de los participantes admitieron que no supervisan regularmente el cepillado de los dientes de sus hijos, lo que sugiere una falta de atención y seguimiento en este aspecto de la higiene bucal infantil.

"No antes de los 3 años porque antes no sabe escupir." (mujer, asociación de familia escuela)

En uno de los grupos se debatió sobre el consumo diario de dulces y chocolate por parte de los hijos, reconociendo que los hijos consumen bajo el consentimiento de sus padres ya que a menudo son ellos los que se los dan. También admitieron saber que los zumos envasados no son saludables, pero consideran que los naturales sí lo son. Además, consumen té con mucho azúcar.

"No puedes evitar los dulces..." (mujer, comunidad)

"Casi siempre somos los padres quienes les damos dinero para comprar chuches." (mujer, asociación de familia escuela)

Finalmente, bastantes participantes afirmaron que antes no se daba tanta importancia a la higiene oral y cuidados bucodentales pero que ven un cambio generacional en los conocimientos y actitudes de la comunidad en relación a la salud bucodental.

"Yo cuando era joven, información cero. Ahora los jóvenes han subido con más higiene. Que lo que yo he pasado no lo pasen ellos". (mujer, proyecto comunitario Vincles)

(c) Activos y recursos en salud relacionados con la salud bucodental.

Durante las discusiones, se identificaron diversas percepciones y propuestas relacionadas con los activos y recursos disponibles en el ámbito de la salud bucodental.

Un grupo de participantes resaltó el papel fundamental de la familia en la transmisión de información sobre salud bucodental. No obstante, se aportó que a menudo las familias no consideran las caries como un problema prioritario debido a su situación social y económica. En este contexto algunos participantes enfatizaron la necesidad de hacer más visible el problema de las caries, ya que, aunque se reconoce el problema, no se está solucionando de manera efectiva.

"La base es tener formación. Desde las escuelas se debería de hacer tanto a niños como a padres." (mujer, comunidad)

"...y hacer campañas para que las personas adultas pudieran hacer una limpieza, un control..." (mujer, Cáritas)

Los participantes identifican los servicios de odontología del centro de atención primaria como un recurso en salud bucodental. Sin embargo, mencionaron que los padres solo acuden al dentista del centro de atención primaria cuando tienen dolor, en casos agudos. En cuanto a los hijos, señalaron que los llevan al dentista del centro de atención primaria una vez al año, pero ninguno ha llevado a su hijo a una revisión antes de los 3 años. Solo una participante acude a un dentista privado. Se destacó que los tratamientos bucodentales son costosos y muchas familias no cuentan con los recursos necesarios para acceder a ellos.

"La dentista me ha enseñado." (mujer, asociación de familia escuela)

"Nosotros vamos poco al dentista, solo cuando tenemos dolor." (mujer, familia guardería)

La falta de información sobre la cantidad de azúcares en los alimentos y sus consecuencias para la salud bucodental se señaló como un recurso en salud bucodental en el que hacía falta trabajar.

(d) Propuestas de mejora

Los participantes de los grupos focales informaron de propuestas de mejora a nivel individual y familiar y también a nivel comunitario.

Con relación al primer nivel, individual, se sugirió la recomendación de no comprar

productos con alto contenido de azúcares como medida preventiva. Así como una supervisión del cepillado dental por parte de los padres

"Hucha donde guardar el dinero de las chuches..." (mujer, asociación de familia escuela)

"En el hogar tiene que haber también un nivel de comportamiento del niño. Si el niño en la noche comió, no se fue a cepillar y su papá no le insistió... así se quedó. Tiene que ser también a nivel de padres de familia." (mujer, proyecto comunitario Vincles)

"A mi hijo le enseñé que después de cada comida se cepillaban los dientes, sobre todo por las noches. Y eso él se lo ha pasado a mi nieto". (mujer, comunidad)

Las propuestas de mejora a nivel comunitario se hicieron en tres ámbitos: ámbito escolar, el centro de atención primaria y comunidad.

La mayoría de los y las participantes destacó la importancia de la educación sobre higiene bucodental en las escuelas, proponiendo incluir la enseñanza del cepillado dental dentro del horario escolar, especialmente durante el almuerzo. También se planteó la posibilidad de reintroducir la fluoración en las escuelas. Se sugirió la implementación de campañas escolares destinadas a la prevención de las caries, así como la ampliación de la prohibición de la venta de golosinas en los centros educativos como medida preventiva adicional. Se mencionó la posibilidad de producir dulces sin azúcar como alternativa más saludable.

"Después de la comida, cepillarse los dientes en las escuelas... una rutina igual que se limpian las manos." (mujer, asociación de familia escuela)

"...y que las escuelas se impliquen y los niños lleven su cepillo de dientes." (mujer, asociación de familia escuela)

"Yo cuando iba a la escuela se hacía el flúor..." (mujer, familia guardería)

Otro aspecto que se planteó fue la necesidad de concienciar a los padres mediante sesiones informativas regulares, haciendo uso de imágenes impactantes para resaltar la importancia de la salud bucodental.

"...además hacen falta campañas informativas con imágenes de impacto". (mujer, Cáritas)

"Hacer campañas a nivel de familias dentro de la escuela, porque ciertas cosas de comportamiento se deben insistir en el hogar." (mujer, asociación de familia escuela)

Se sugirió la realización de jornadas de puertas abiertas en los centros de atención primaria para sensibilizar y educar sobre la prevención de caries y una ali-

mentación saludable. Además, se propuso que las farmacias y matronas sirvan como puntos de información sobre higiene oral. Se sugirió regalar cepillos de dientes y pasta dental para fomentar los buenos hábitos.

*“Antes regalaban en la escuela cepillos y pasta de dientes, eso ayuda a que los niños en casa se limpien los dientes.”
(mujer, comunidad)*

Durante las discusiones, surgieron diversas propuestas para abordar la prevención de caries y promover hábitos saludables en la comunidad. Se planteó la colaboración con organizaciones como Cáritas para organizar talleres familiares sobre alimentación saludable, como parte de una estrategia integral de prevención de caries. Además, se resaltó la importancia de brindar apoyo específico a adultos con bajos ingresos económicos, quienes se enfrentan a desafíos adicionales en el acceso a la atención dental y en la adopción de hábitos saludables. Se sugirió la necesidad de revisar los programas de donación de alimentos para garantizar que aborden adecuadamente las necesidades de nutrición y salud bucodental de la comunidad. Asimismo, se propuso la organización de espacios informativos y de intercambio con diferentes comunidades religiosas y culturales, con el fin de promover la conciencia sobre la importancia de los hábitos saludables y la higiene oral en contextos diversos. Se planteó la idea de integrar el tema de hábitos saludables e higiene oral en todas las actividades culturales como una estrategia efectiva para llegar a un público más amplio y diverso.

Finalmente, se solicitó a la administración pública que estableciera un ejemplo positivo al garantizar que las máquinas expendedoras de alimentos incluyeran opciones saludables, como parte de los esfuerzos para promover una alimentación más saludable en entornos públicos.

Discusión

El presente artículo investiga los conocimientos, hábitos y actitudes en torno a la salud bucodental en un municipio de Girona, así como los recursos y activos identificados por la comunidad en este ámbito, utilizando la metodología APOC. Reconociendo la estrecha relación entre el comportamiento, las actitudes y las creencias con las decisiones de salud de las personas [28], se llevó a cabo un total de 5 grupos focales con familias para recopilar información detallada sobre las percepciones y propuestas de mejora relacionadas con la salud bucodental.

En cuanto a los conocimientos previos sobre problemas de salud bucodental, se encontró que la mayoría de los participantes tenían una comprensión básica de las caries dentales, identificando signos como mal olor, dolor o “dientes picados”. Esto nos indica que los participantes tienen una cierta sensibilización hacia los síntomas más comunes y visibles de las caries [29]. Sin embargo, es preocupante la falta de conciencia sobre los azúcares ocultos en los alimentos, ya que estos son un factor crucial en la prevención de caries [30,31].

Los hábitos de cepillado disminuyen el riesgo de aparición de caries [32]. Según Singh [33] dichos hábitos están condicionados por contextos socioeconómicos determinados. Así, en situaciones de pobreza, exclusión social o bajo nivel educativo, la población se expone más frecuentemente a hábitos higiénico-dietéticos insanos [34]. Sin embargo, la mayoría de los participantes informaron prácticas regulares de higiene dental, como cepillarse los dientes dos o tres veces al día, observándose diferencias entre grupos étnicos en cuanto a la frecuencia y el momento del cepillado. Además, se destacó la falta de supervisión y apoyo parental en el cepillado de los niños, lo que indica una carencia de intervenciones en este sentido. Es crucial que los padres se responsabilicen de este hábito desde la aparición

de los primeros dientes y mantengan esta responsabilidad mientras los niños crecen y adquieren la habilidad para realizarlo por sí mismos [35].

En cuanto a los recursos en salud bucodental, se identificaron los servicios de odontología del centro de atención primaria como un recurso clave. Sin embargo, se señaló que muchos padres solo acuden al dentista en casos de dolor agudo, y los tratamientos dentales fueron considerados costosos para muchas familias.

En Cataluña, la atención odontológica gratuita cubre una serie de servicios esenciales, que incluyen visitas diagnósticas, tratamiento de caries, exodoncias y obturaciones. Además, reconociendo la importancia de la salud bucodental como parte integral de la salud general, el sistema de salud catalán está implementando el "*Programa d'atenció dental de Catalunya*". Este programa público y gratuito prioriza la atención dental infantil hasta los 14 años, así como a colectivos vulnerables por condiciones sociales y de salud, conforme a la ley 12/2020 [36].

Asimismo, el Departament de Salut ofrece programas adicionales para la promoción y prevención de la salud bucodental en la población [37].

Por último, en las propuestas de mejora, se sugirió una serie de intervenciones a nivel individual y comunitario, como educación en las escuelas sobre higiene bucodental, campañas de prevención de caries y sensibilización periódica a los padres. Estudios previos han demostrado que las intervenciones en educación sanitaria diseñadas de manera intersectorial y participativa, teniendo en cuenta los contextos socioeconómicos específicos, son eficaces para mejorar el conocimiento sobre salud bucodental. [38,39].

También se propusieron colaboraciones con organizaciones como Cáritas para organizar talleres familiares sobre alimentación saludable y revisiones de programas de do-

nación de alimentos para abordar las necesidades de nutrición y salud bucodental de la comunidad. Además, se destacó la importancia de integrar el tema de hábitos saludables e higiene oral en todas las actividades culturales y públicas.

Entre las limitaciones de este estudio se encuentra que la mayoría de las participantes eran mujeres, lo que redujo la representación de las opiniones de los hombres. Además, en uno de los grupos, los participantes enfrentaron dificultades idiomáticas, lo que hizo necesaria la traducción entre ellos, un hecho que pudo haber afectado tanto la riqueza de los datos obtenidos como la calidad de la interacción entre los participantes.

Conclusiones

El estudio evaluó los conocimientos y prácticas en salud bucodental de un municipio de la región sanitaria de Girona mediante grupos focales con familias. La mayoría tenía un conocimiento básico sobre las caries dentales, pero había falta de conciencia sobre los azúcares ocultos en los alimentos. Aunque muchos reportaron prácticas regulares de cepillado, hubo diferencias entre grupos étnicos y socioeconómicos, y falta de supervisión parental en el cepillado de los niños. Se identificaron los servicios de odontología de atención primaria como recursos fundamentales, aunque se observó una baja utilización de los mismos. Las propuestas de mejora incluyeron educación en escuelas, campañas de sensibilización y colaboración comunitaria para promover hábitos saludables. El estudio pone de manifiesto la importancia de abordar la salud bucodental desde una perspectiva integral, considerando no solo los conocimientos y prácticas individuales, sino también los recursos y activos comunitarios disponibles. Aunque existen conocimientos básicos, persisten lagunas significativas que subrayan la necesidad de implementar intervenciones específicas para mejorar la salud bucodental en esta comunidad.

Bibliografía

1. World Health Organization. Global Oral Health Status Report: Towards Universal Health Coverage for Oral Health by 2030. Geneva: World Health Organization; 2022. Disponible a: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240061484>
2. World Health Organization. *Oral Health*. Geneva: World Health Organization; 2022. Disponible a: https://www.who.int/health-topics/oral-health#tab=tab_1
3. Consejo General de Dentistas de España. *Libro Blanco 2023 - Encuesta poblacional: la salud bucodental*. Madrid: Consejo General de Dentistas de España; 2023. Disponible a: <https://consejodentistas.es/publicaciones/libro-blanco-2023-encuesta-poblacional-la-salud-bucodental/>
4. Instituto de Estadística de Cataluña. *Encuesta de salud de la población*. Barcelona: Instituto de Estadística de Cataluña; 2024. Disponible a: <https://www.idescat.cat/pub/?id=esca&lang=es>
5. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: Continuous improvement of oral health in the 21st century—The approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2003;31(3):3-24.
6. Bernabe E, Marcenes W, Hernandez CR, Bailey J, Abreu LG. Global, regional, and national levels and trends in burden of oral conditions from 1990 to 2017: A systematic analysis for the global burden of disease 2017 study. *J Dent Res*. 2020;99(3):362-373.
7. Elyassi M. An introduction to oral health promotion. *BDJ Team*. 2022;9(1):26-27.
8. National Institute for Health and Care Excellence. *Oral Health Promotion: General Dental Practice. NICE Guideline NG30*. 2015. Disponible a: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng30/chapter/Recommendations#oral-health-advice-given-by-dentists-and-dental-care-professional>.
9. Consejo General de Dentistas de España. *Atlas de la Salud Bucodental en España: una llamada a la acción*. 2022. Disponible a: <https://consejodentistas.es/publicaciones/atlas-de-salud-bucodental-2022-una-llamada-a-la-accion/>.
10. Menegaz AM, Silva AE, Cascaes AM. Educational interventions in health services and oral health: Systematic review. *Rev Saúde Pública*. 2018;21:52..
11. Ministerio de Sanidad, Gobierno de España. *Plan para la ampliación de la cartera común de servicios de salud bucodental en el sistema nacional de salud*. 2022. Disponible a: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/PlanSalud-Bucodental/pdf/Plan_ampliacion_cartera_bucodental_.pdf.
12. Generalitat de Catalunya, Canal Salut. *Programes de salut bucodental*. 2024. Disponible a: <https://canalsalut.gencat.cat/ca/vida-saludable/salut-bucodental/higiene-cura-dents/programes/>.
13. World Health Organization. *Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata*. Geneva: World Health Organization; 1978. Disponible a: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240061484>.
14. Organización Mundial de la Salud. *Salud XXI: un enfoque estratégico para la salud y el bienestar*. Ginebra: OMS; 2000.

15. Kark S, Kark E. Promoting community health: from Pholela to Jerusalem. Johannesburg: Witwatersrand University Press; 1999.
16. King Edward's Hospital Fund for London, Department of Social Medicine of the Hebrew University, Hadassah School of Public Health and Community Medicine. *Community-oriented primary care: a resource for developers*. London: King's Fund; 1994.
17. Guerrero F, Ferreira J, Salas E, Carrasco M. Educación y comunicación para la salud: una revisión de la experiencia en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Publica*. 2007;21(2-3):177-85.
18. Instituto de Estadística de Cataluña. *Población extranjera en Cataluña*. 2024. Disponible a: <https://www.idescat.cat/poblacioextranjera/?b=6&lang=es>.
19. Caelli K, Ray L, Mill J. 'Clear as Mud': Toward Greater Clarity in Generic Qualitative Research. *Int J Qual Methods*. 2003;2:1-13.
20. Taylor SJ, Bogdan R, DeVault M. *Introduction to Qualitative Research Methods: A Guidebook and Resource*. 4th ed.; Wiley: Hoboken, NJ, USA, 2015; ISBN 978-1118767214.
21. Zarco-Colón J, Ramasco-Gutiérrez M, Pedraz-Marcos A, Palmar-Santos AM. *Investigación Cualitativa en Salud*. Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS): Madrid, Spain, 2019; ISBN 8474768055.
22. Barbour RS, Kitzinger J. *Developing Focus Group Research: Politics, Theory and Practice*. Sage Publications: London, UK, 1999.
23. Malterud K, Siersma VD, Guassora AD. Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qual Health Res*. 2016;26:1753-1760.
24. Krippendorff K. *Content Analysis: An Introduction to Its Methodology*. Sage Publications Inc.: Thousand Oaks, California, 2004.
25. Bengtsson M. How to plan and perform a qualitative study using content analysis. *Nurs Plus Open*. 2016;2:8-14.
26. Krueger RA. *Focus groups: a practical guide for applied research*. Thousand Oaks: Sage; 2020.
27. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19:349-357.
28. Guerrero F, Ferreira J, Salas E, Carrasco M. Educación y comunicación para la salud: una revisión de la experiencia en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Publica*. 2007;21(2-3):177-8.
29. Organización Mundial de la Salud. *Salud bucodental*. 2023. Disponible a: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>.
30. Fejerskow O. Changing paradigms in concepts on dental caries: consequences for oral health care. *Caries Res*. 2004;38:182-191.
31. Sheiham A, James WP. A reappraisal of the quantitative relationship between sugar intake and dental caries: The need for new criteria for developing goals for sugar intake. *BMC Public Health*. 2014;14:863.
32. Holmes RD. Tooth brushing frequency and risk of new carious lesions. *Evid Based Dent*. 2016;17:98-99.

33. Singh A, Harford J, Schuch HS, Watt RG, Peres MA. Theoretical basis and explanation for the relationship between area-level social inequalities and population oral health outcomes - A scoping review. *SSM Popul Health*. 2016;2:451-462.
34. Bernabé E, Hobdell MH. Is income inequality related to childhood dental caries in rich countries? *J Am Dent Assoc*. 2010;141:143-149.
35. Maya M, Pérez J, Moya J. La caries dental: una enfermedad multifactorial. *An Pediatr Contin*. 2014;12(3):115-20.
36. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. *Salut bucodental*. 2024. Disponible a: <https://canalsalut.gencat.cat/ca/vida-saludable/salut-bucodental/>.
37. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. *Programes de higiene i cura de les dents*. 2024. Disponible a: <https://canalsalut.gencat.cat/ca/vida-saludable/salut-bucodental/higiene-cura-dents/programes/>.
38. Calderón Larrañaga S, Expósito Ruiz M, Cruz Vela P, Cuadrado Conde A, Alquézar Villarroya L, Garach Gómez A, Ruiz Hernández A, Toral López. *Primary Care and oral health promotion: Assessment of an educational intervention in school children*. *Aten Primaria*. 2019;51(7):416-423.
39. Henderson E, Rubin G. A model of roles and responsibilities in oral health promotion based on perspectives of a community-based initiative for pre-school children in UK. *Br Dent J*. 2014;216:E11.

Satisfacción laboral en las enfermeras de atención primaria durante la pandemia COVID-19: una revisión sistemática

Francisco Miguel Escandell-Rico¹, Lucia Pérez-Fernández²

¹Profesor de enfermería. Departamento de enfermería. Universidad de Alicante. Alicante (España).

²Coordinadora de enfermería. Centro de salud Almoradí. Departamento de salud de Orihuela. Alicante (España).

AUTOR DE CORRESPONDENCIA: francisco.escandell@ua.es

Manuscrito recibido: 29/02/2024

Manuscrito aceptado: 14/09/2024

Cómo citar este documento

Escandell-Rico F. M., Pérez-Fernández, L., Satisfacción laboral en las enfermeras de atención primaria durante la pandemia COVID-19: una revisión sistemática. *Quantitative and Qualitative Community Research RqR*. 2025 Abril; 13 (1): 29-40.

Declaración de conflicto de intereses: No existen

Financiación: No existe

Contribución de autoría: *Francisco Miguel Escandell Rico*: Conceptualización, supervisión, revisión y edición del texto. Todas las personas firmantes revisaron el borrador, hicieron contribuciones relevantes y asumen el redactado final.

Lucia Pérez Fernández: búsqueda de información redacción y síntesis. Todas las personas firmantes revisaron el borrador, hicieron contribuciones relevantes y asumen el redactado final

Original

RESUMEN

Objetivo: Revisar y sintetizar la evidencia disponible la satisfacción laboral en las enfermeras de atención primaria durante la pandemia Covid-19.

Metodología: Esta revisión sistemática siguió la declaración de elementos de informes preferidos para revisiones sistemáticas y metaanálisis (PRISMA). La búsqueda bibliográfica se realizó en bases de datos Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), SCOPUS, MedLine / PubMed, Cochrane, Google Scholar, con lenguaje libre y controlado (términos MeSH) utilizando los operadores booleanos AND y OR. Se analizaron 7 artículos seleccionados. Los artículos fueron seleccionados en función de su re-

levancia, de los cuales se identifica como principal tipo de estudio el descriptivo transversal. La búsqueda se limitó a artículos publicados entre 2019-2023.

Resultados: En cuanto a la satisfacción laboral de las enfermeras en atención primaria, los temas de discusión más importantes extraídos en los artículos analizados, hacen referencia a la seguridad laboral y condiciones de trabajo, la capacitación, el conocimiento y el bienestar mental (trabajo, hogar y comunidad).

Conclusión: Los hallazgos de este estudio indican que la pandemia de Covid-19 ha tenido un impacto significativo en la satisfacción laboral, y en las sospechas de seguridad de las enfermeras que trabajan en la atención primaria.

Palabras clave

enfermería de atención primaria; satisfacción en el trabajo; pandemia de Covid-19.

Job satisfaction in primary care nurses during the COVID-19 pandemic: a systematic review

Abstract

Objective: Objective: To review and synthesize the available evidence on job satisfaction in primary care nurses during the Covid-19 pandemic.

Methodology: This systematic review followed the statement of preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses (PRISMA). The bibliographic search was carried out in the Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), SCOPUS, MedLine / PubMed, Cochrane, Google Scholar databases, with free and controlled language (MeSH terms) using the Boolean operators AND and OR. 7 selected articles were analyzed. The articles were

selected based on their relevance, of which the descriptive cross-sectional study was identified as the main type of study. The search was limited to articles published between 2019-2023.

Results: Regarding the job satisfaction of nurses in primary care, the most important discussion topics extracted in the analyzed articles refer to job security and working conditions, training, knowledge and mental well-being (work, home and community).

Conclusions: The findings of this study indicate that the Covid-19 pandemic has had a significant impact on job satisfaction, and suspicions of safety among nurses working in primary care.

Key words

Primary care nursing; job satisfaction; Covid-19 pandemic.

Introducción

La satisfacción laboral se define como la actitud positiva del individuo hacia el trabajo, elemento esencial del proceso de enfermería con relación a la calidad del trato. La evidencia sugiere que la satisfacción laboral puede variar según el entorno de la práctica (1).

El COVID-19 ha provocado una crisis en la satisfacción laboral de las enfermeras, tan avanzada que algunos se han referido a ella como una pandemia de salud mental o pandemia secundaria dentro de la pandemia del COVID-19 (2-4). Desde el inicio de la pandemia de la COVID-19 a principios de 2020, la atención sanitaria que prestan las enfermeras de atención primaria ha cambiado significativamente tanto en España como a nivel internacional (5,6). Cambiar la forma en que se brinda la atención e introducir nuevas formas de trabajar puede afectar la calidad de la atención que brindan estas personas (7).

Es bien sabido que la atención primaria es la piedra angular y el primer punto de contacto para la mayoría de los sistemas de salud en los países desarrollados (8). Por lo tanto, se han generado importantes transformaciones que impactan tanto en el desempeño como en la calidad del servicio brindado a los usuarios. Entre estos cambios destacan diversos factores, como la adopción de nuevos protocolos de atención, los ajustes en las jornadas laborales y la implementación de estrictas medidas de bioseguridad, los cuales tienen un impacto directo en la satisfacción laboral y el ambiente del personal sanitario (9,10).

El objetivo del presente trabajo es revisar y sintetizar la evidencia disponible sobre la satisfacción laboral en las enfermeras de atención primaria durante la pandemia Covid-19.

Método

Procedimiento de búsqueda

Se llevo a cabo una revisión sistemática. Para el proceso de revisión de la bibliográfica más actual, se siguieron las propuestas para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas (11) y los ítems de reporte preferidos para revisiones sistemáticas PRISMA ScR extensión para revisiones de alcance: Lista de verificación y explicación (12). Figura 1.

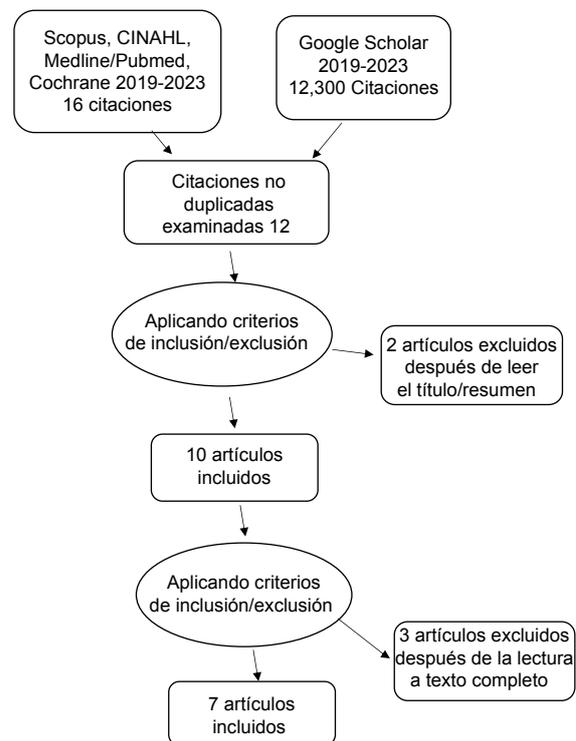


Figura 1. Diagrama PRISMA

Para identificar los artículos para su inclusión, se consultaron las siguientes bases de datos académicas: Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), SCOPUS, MedLine / PubMed, Cochrane. Y el buscador académico: Google Scholar. Se utilizaron los términos de búsqueda MeSH: *primary care nursing*; *job satisfaction*; combinándolos con los operadores booleanos AND y OR, obteniendo la cadena de búsqueda (*"primary care nursing"*[Mesh]) AND (*"job satisfaction"* [Mesh]).

Los elementos de la pregunta PICO fueron:

- Participantes/población: para ser elegible en la revisión, los estudios se dirigieron directamente a personal de enfermería de atención primaria.
- Intervenciones: la revisión se centró en la satisfacción laboral durante la pandemia COVID-19.
- Comparador(es)/control: se consideraron estudios que comparen la satisfacción laboral durante la pandemia COVID-19 en el ámbito de atención primaria.
- Resultados principales: los resultados específicos de interés y los datos elegibles para su inclusión fueron: satisfacción laboral, COVID-19, atención primaria.

Criterios de inclusión y exclusión

Fueron de interés los artículos que describían la satisfacción laboral en las enfermeras de atención primaria durante la pandemia COVID-19. Se incluyeron artículos que cumplieran con los siguientes criterios: sólo artículos a texto completo, sin discriminación de idioma, publicados en revistas académicas revisadas por pares y en un período de tiempo comprendido entre 2019 y 2023. Respecto al tipo de diseño, estarían incluidos: estudios cualitativos y cuantitativos de tipo descriptivo y transversal.

Como criterios de exclusión se estableció la duplicidad de artículos, revisiones bibliográficas, tesis doctorales, otros profesionales sanitarios que no fueran enfermeras y otros ámbitos de estudios diferentes a la atención primaria. Esta ventana de búsqueda se utilizó para seguir las prácticas recomendadas de revisión de la literatura (11) y fue capaz de seleccionar al menos un marco de búsqueda de 4 años que capturó las publicaciones más relevantes y oportunas.

Extracción y análisis de datos

Las referencias fueron inicialmente analizadas por dos investigadores de forma individual, mediante la lectura del título y el resumen, y si cumplían los criterios de inclusión, se localizaba el artículo completo y se valoraba de nuevo su inclusión de manera independiente. El grado de concordancia entre ambos investigadores alcanzó el 90%. Tras la selección de los 7 artículos para su inclusión en la revisión, los datos se extrajeron de cada artículo y se organizaron en una matriz. Los datos extraídos incluyeron autor, año de publicación, revista, país de origen, tamaño de la muestra, tipo de estudio, instrumento, intervención y resultados. Se confirmó la exactitud de los datos extraídos de cada artículo y se realizó un análisis de contenido para identificar temas entre los datos extraídos (12). La calidad del estudio se evaluó con el método de análisis de datos inductivos y el riesgo de sesgo (13). De los documentos incluidos en la revisión sistemática se extrae la siguiente variable respuesta: Satisfacción laboral de las enfermeras en atención primaria durante la pandemia COVID-19. Se puede visualizar el procedimiento de búsqueda y extracción de las referencias en la figura 1 (diagrama PRISMA).

Resultados

Los 7 estudios que cumplieron con los criterios de inclusión se revisaron en su totalidad. Las fechas de publicación de los estudios incluidos variaron de 2019 a 2023. En los artículos incluidos se estudiaron muestras desde 7 a 637 enfermeras. Las características de cada artículo se resumen en la Tabla 1.

Resumen de evidencia

Después de analizar el contenido de los 7 artículos incluidos, se identifica como principal tipo de estudio el descriptivo transversal. El principal tema de estudio re-

Tabla 1. Características de los estudios.

Primer Autor, año	País	Diario	Muestra (Enfermeras/os)	Tipo de estudio
Poku, 2022	Ghana	Plos UNO	348	Transversal
Ashley, 2021	Australia	Beca Clínica	25	Cualitativo
Halcomb, 2020	Australia	Journal of Nursing Management	637	Transversal
Halcomb, 2020	Australia	Journal of Nursing Scholarship	637	Transversal
Crowley, 2021	Sudáfrica	Practica Familiar Sudafricana	83	Descriptivo
Mizumoto, 2022	Japón	Journal of General and Family Medicine		Cualitativo
Crowley, 2021	Sudáfrica	Revista Africana de atención primaria de salud y medicina familiar	83	Descriptivo

presenta los factores asociados con la seguridad laboral y condiciones de trabajo, la capacitación, el conocimiento y el bienestar mental (trabajo, hogar y comunidad). La Tabla 2 muestra los resultados de cada estudio.

En la mayoría de los estudios (4,16-20) utilizaron cuestionarios para analizar la satisfacción laboral en las enfermeras de atención primaria durante la pandemia COVID-19.

Poku et al. (14) reclutó a 348 enfermeras. Los hallazgos del estudio establecieron que las enfermeras registradas informaron una Calidad de Vida Relacionada con el Trabajo (QoWL) percibida deficiente y una alta intención de rotación en la era COVID-19. La satisfacción en el trabajo fue predictor significativo de la intención de rotación ($\beta = -.179, p < .05$).

Un grupo de investigadores (15) exploró las percepciones de riesgo de las enfermeras de atención primaria durante la COVID-19. Varias participantes expresaron su preocupación por las directivas que sugerían una menor necesidad de uso de equipos de protección individual

en la atención primaria debido a la percepción de un bajo riesgo para la comunidad. Algunas participantes expresaron que se sentían más protegidos en su entorno laboral que en la comunidad, gracias a las medidas de precaución implementadas en su lugar de trabajo.

Otro grupo de investigadores (16) exploró las necesidades de apoyo inmediato de las enfermeras de atención primaria en Australia durante la pandemia de COVID-19. Aunque la mayoría de las encuestadas consideraron que poseían un conocimiento adecuado sobre el COVID-19, manifestaron inquietud por los riesgos laborales que podrían afectar tanto a ellas como a sus familias. Además, la mayoría indicó que rara vez o solo ocasionalmente disponían de equipo de protección personal suficiente en sus lugares de trabajo.

Halcomb et al. (17) analizaron los aspectos relacionados con la satisfacción laboral, el desempeño de sus funciones y la disponibilidad de equipos de protección personal. Un tercio de los encuestados (34%) percibió que la atención brindada en su lugar de trabajo era significativa o ligera-

Tabla 2. Evidencia relacionada con los estudios

Primer autor, año	Instrumento	Intervención	Resultados
Poku, 2022	Cuestionario	Evaluar la percepción de la fuerza laboral de enfermería sobre la calidad de vida laboral y los factores que predicen la intención de rotación entre las enfermeras en la metrópoli de Kumasi, Ghana.	Destaca la insatisfacción laboral resultante de entornos de malas prácticas (mayores cargas de trabajo, agotamiento emocional y mayor interfaz trabajo-familia) magnificada por la pandemia de COVID-19.
Ashley, 2021	Entrevista	Explorar las percepciones de riesgo de las enfermeras de atención primaria de salud australianas durante COVID-19	Los participantes compartieron preocupaciones sobre los riesgos en el lugar de trabajo que surgieron durante el COVID-19 y describieron las estrategias utilizadas para reducir estos riesgos identificados. Se identificaron tres temas: (a) Preocupaciones profesionales, (b) Preocupaciones personales/ familiares y (c) Necesidades del paciente.
Halcomb, 2020	Cuestionario	Identificar las necesidades de apoyo inmediato de las enfermeras de atención primaria de salud australianas durante la pandemia de COVID-19.	Los participantes proporcionaron 1213 declaraciones sobre los apoyos percibidos necesarios para brindar atención clínica de calidad. De estos, surgieron siete categorías clave, a saber, satisfacción, equipo de protección personal, comunicación, financiación, cuestiones industriales, autocuidado, factores del lugar de trabajo y valoración de las enfermeras.
Halcomb, 2020	Cuestionario	Investigar la experiencia de las enfermeras que trabajan en la atención primaria de salud australianas durante la pandemia de COVID-19.	La mayoría de los encuestados sintieron que tenían suficiente conocimiento sobre COVID-19, expresaron su preocupación por los riesgos relacionados con el trabajo para ellos y sus familias. La mayoría de los encuestados estaban insatisfechos y describieron que nunca o solo algunas veces tenían suficiente equipo de protección personal en su lugar de trabajo.
Crowley, 2021	Cuestionario	Investigar la reorganización de los servicios de atención primaria durante la COVID-19 desde la perspectiva de las enfermeras de atención primaria en la provincia de Western Cape en Sudáfrica.	El 48,2% de los participantes expresaron preocupaciones, principalmente relacionadas con la posible falta de adherencia de los pacientes con enfermedades crónicas, la falta de servicios de promoción y prevención, los desafíos con la infraestructura de las instalaciones y el tiempo del personal dedicado al triaje y la detección.
Mizumoto, 2022	Cuestionario	Explorar cómo las enfermeras que trabajan en atención primaria se vieron afectadas psicológica y socialmente por el desastre de COVID-19 y cómo superaron las dificultades experimentadas.	Del análisis surgieron tres temas: los efectos del desastre de la COVID-19 en las enfermeras, la nueva fortaleza de las enfermeras durante la pandemia y sus cambios y logros.
Crowley, 2021	Cuestionario	Investigar la preparación de las enfermeras de atención primaria para COVID-19 en el Cabo Occidental.	Las enfermeras de atención primaria se sintieron más cómodas con la clasificación (78,3 %) que con el manejo de personas con COVID-19. Las enfermeras de atención primaria necesitan apoyo para afrontar el estrés (57,8 %), aunque pocas (14,5 %) informaron tener acceso a los servicios de salud mental.

mente peor que antes de la pandemia. Los datos cualitativos reflejan una considerable preocupación por la insuficiencia de equipos de protección personal, atribuida principalmente a la falta de disponibilidad debido a la escasez global.

En esta misma línea, Crowley et al. (18) evaluaron la reorganización de los servicios de atención primaria durante la COVID-19. El personal experimentó insatisfacción laboral y agotamiento como resultado de la gran carga de trabajo y la esca-

sez de personal. Algunas instalaciones se vieron obligadas a cerrar temporalmente debido a que todo su personal dio positivo por COVID-19. Varios participantes expresaron que sus condiciones laborales no eran seguras, lo que les provocó un aumento en los niveles de estrés y ansiedad.

Mizumoto et al. (19) también exploraron cómo las enfermeras que trabajan en atención primaria se vieron afectadas psicológica y socialmente por el desastre de COVID-19 y cómo superaron las dificultades experimentadas. Existía una insatisfacción laboral debido al temor a lo desconocido, a la escasez de información sobre el virus y a la incertidumbre sobre cómo tratar a los pacientes con fiebre en ese contexto. Las participantes experimentaron una mayor ansiedad al enfrentarse a una situación que no comprendían por completo y experimentaron un impacto negativo del COVID-19 en su vida cotidiana, afectando sus roles como integrantes de la familia, madres y miembros de la comunidad.

Crowley et al. (20) descubrieron en su estudio que más de la mitad de las participantes reportaron insatisfacción laboral y la necesidad de apoyo para manejar el estrés. Además, experimentaron episodios frecuentes o muy frecuentes de angustia relacionados con el COVID-19.

Discusión

Es importante considerar la satisfacción laboral de las enfermeras de atención primaria, ya que esto contribuye a mejorar su bienestar general y también las condiciones laborales en las que desempeñan su trabajo. Los estudios incluidos en esta revisión buscan analizar la evidencia más actual en relación actual en relación con la satisfacción laboral en las enfermeras de atención primaria durante la pandemia COVID-19.

En el estudio de Poku. et al. (14) el resultado afecta al bienestar físico y emocional

de las enfermeras y subraya la necesidad de mejorar la interfaz entre el hogar y las condiciones de trabajo, así como reducir el estrés en el entorno de la práctica y desarrollar las políticas necesarias para mejorar la satisfacción laboral. Este estudio descubrió que un mayor número de años de experiencia de las enfermeras en el entorno laboral se asocia negativamente con la intención de rotación. En línea con esto, otros estudios también indican que las enfermeras con más experiencia laboral en Europa muestran una relación negativa con la intención de cambiar de puesto (21).

Como menciona Ashley et al. (15) en su estudio, comprender las percepciones de riesgo de las enfermeras de atención primaria puede informar a los líderes de enfermería y las organizaciones de atención primaria de salud para apoyar a esta fuerza laboral. Abordar las preocupaciones sobre los riesgos puede contribuir a aumentar la satisfacción laboral, disminuir el agotamiento y mejorar la calidad de la atención al paciente. Esto es consistente con el estudio de Dryhurst et al. (22), quienes encontraron una percepción de riesgo alto y uniforme en 10 países, incluida Australia, a pesar de las diferencias en la gravedad de la pandemia.

El apoyo a los servicios de salud basados en la comunidad es esencial no solo para promover un buen control de infecciones, la detección de casos y el manejo de enfermedades basado en la comunidad, sino también para garantizar que los miembros de la comunidad puedan continuar accediendo a la atención sanitaria para problemas de salud no relacionados con la pandemia (16). Como tal, es una consideración importante para todos los líderes y gerentes de enfermería a fin de comprender las implicaciones para las enfermeras en todo el sistema de salud. Este estudio (16) identificó la preocupación por la salud mental y el bienestar de los propios participantes durante y después de la pandemia. Muchas enfermeras tuvieron un fuerte sentido de la obligación profesional de brindar cuidados de enfermería du-

rante una pandemia (23). Sin embargo, se ha informado que la incertidumbre de la situación, las presiones extremas de las demandas de alta carga de trabajo y la necesidad de priorizar los recursos crean sentimientos de vulnerabilidad, soledad, impotencia y agotamiento físico y psicológico (23).

En cuanto a la experiencia y la satisfacción laboral de las enfermeras de atención primaria durante la pandemia COVID-19, los resultados del estudio de Halcomb et al. (17) destacan el impacto considerable que la pandemia ha tenido en el empleo de las enfermeras de atención primaria, su rol y el posible efecto negativo en la calidad de la atención proporcionada. Un hallazgo clave del estudio fue que las enfermeras estaban muy preocupadas por su seguridad laboral y muchas reportaron horas de trabajo perdidas. Los hallazgos revelaron importantes preocupaciones de seguridad personal que llevaron a muchas enfermeras a considerar renunciar a su lugar de trabajo. Estudios anteriores también han reportado un incremento de la ansiedad debido a los riesgos vinculados al trabajo en el ámbito de cuidados agudos durante las pandemias (24).

A pesar de la preocupación de las enfermeras por la forma en que se reorganizaron los servicios, el estudio de Crowley et al. (18) describió la creatividad individual para brindar atención a quienes la necesitan. Por lo tanto, es importante que la satisfacción laboral y el bienestar mental de las enfermeras de atención primaria formen parte integral de las estrategias de reorganización en medio de una pandemia. De este modo el estudio de Krist et al. (25) mencionó la importancia de priorizar el apoyo a los trabajadores de la salud, sugiriendo 10 intervenciones clave basadas en la literatura que pueden marcar la diferencia para garantizar la salud y el bienestar mental.

En el estudio de Mizumoto et al. (19) exploraron como las experiencias de las enfermeras que actúan en la atención prima-

ria experimentaron insatisfacción laboral, ansiedad y dificultades no solo en el lugar de trabajo, sino también en el hogar y la comunidad. Investigaciones previas (26) indican que, entre el personal de las salas designadas, las principales causas de ansiedad en las primeras etapas de la pandemia fueron el trabajo de alta intensidad y la preocupación por los pacientes y sus familias. Sin embargo, en el estudio de Mizumoto et al. (19), las causas de ansiedad entre los participantes se centraron en la incertidumbre sobre qué hacer y las preocupaciones anticipadas.

La importancia de la preparación de las enfermeras de atención primaria para la pandemia de COVID-19 se evaluó en el estudio de Crowley et al. (20). Congruente con otros estudios, (27) el 59% de las enfermeras de atención primaria en el Cabo Occidental consideran importante brindar servicios y atención de COVID-19. Sin embargo, estaban preocupados por el posible riesgo para ellos y sus familias. Esto indica que se deben abordar las preocupaciones sobre el riesgo familiar y las estrategias de mitigación (28).

Los cuestionarios fueron otro instrumento utilizado en los estudios incluidos en esta revisión (14,16-20). En los 7 estudios revisados se utilizaron diferentes intervenciones, así como diferentes medidas de resultado, por lo que es difícil llegar a una conclusión sobre qué intervención ha sido más efectiva para buscar la evidencia más actual. Los futuros investigadores que estudien este tema deberían considerar la posibilidad de realizar estudios en múltiples sitios utilizando las mismas herramientas de medición validadas para determinar la efectividad de una intervención en relación con un resultado específico.

Entre los estudios incluidos hubo una falta de información proporcionada con respecto a las propiedades psicométricas de las medidas utilizadas. Los temas de discusión más importantes extraídos en los

artículos analizados, hacen referencia a: seguridad laboral y condiciones de trabajo, conocimiento, capacitación y bienestar mental (trabajo, hogar y comunidad).

Es importante seguir analizando globalmente la satisfacción laboral de las enfermeras de atención primaria para determinar los métodos apropiados de apoyo ocupacional y de la vida diaria durante las pandemias.

Limitaciones

Hay varias limitaciones para esta revisión. Primero, debido a la heterogeneidad metodológica, a las características de los/as participantes y a la representatividad internacional, existe la dificultad de extraer conclusiones y generalizar los hallazgos a otros contextos a nivel internacional. Además, esta revisión excluyó varios artículos (referentes a otros profesionales de la salud que no fueran enfermeras y otros ámbitos de estudio que no fuera atención primaria) y este enfoque puede haber excluido la evidencia relevante. Finalmente, aunque los autores

realizaron búsquedas extensas en bases de datos, algunos estudios relevantes pueden haber sido excluidos involuntariamente de esta revisión.

Conclusion

Esta revisión proporciona información sobre la evidencia más actual con relación a la satisfacción laboral en las enfermeras de atención primaria durante la pandemia COVID-19. Los hallazgos de este estudio indican que la pandemia de COVID-19 ha tenido un impacto significativo en la insatisfacción laboral, y en la seguridad de las enfermeras que trabajan en la atención primaria.

La literatura sugiere que abordar estos hallazgos tiene el potencial de mejorar la satisfacción laboral, reducir el agotamiento y mejorar la atención al paciente. Los líderes de enfermería y las organizaciones de atención primaria de salud deben conocer los factores que pueden influir en la satisfacción laboral durante las pandemias actuales y futuras.

Referencias

1. Ibacache VEC, Grandon KR, Alzate LCC. Clima, Ambiente y Satisfacción laboral: un desafío para la enfermería. *Rev Cubana Enferm* [Internet]. 2015 [citado el 4 de abril de 2023];31(1). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/478>
2. Rothan HA, Byrareddy SN. La epidemiología y la patogenia del brote de la enfermedad por coronavirus (COVID-19). *J Autoimmune* 2020; 109:102433. <https://doi.org/10.1016/j.jaut.2020.102433>
3. Li JY, You Z, Wang Q, Zhou ZJ, Qiu Y, Luo R, et al. The epidemic of 2019-novel-coronavirus (2019-nCoV) pneumonia and insights for emerging infectious diseases in the future. *Microbes Infect.* 2020 ;22(2):80-85. [doi: 10.1016/j.micinf.2020.02.002](https://doi.org/10.1016/j.micinf.2020.02.002)
4. Rabelo I, Lee V, Fallah MP, Massaquoi M, Evlampidou I, Crestani R, et al. Angustia psicológica entre los supervivientes de los ébola dados de alta de una unidad de tratamiento del ébola en Monrovia, Liberia: un estudio cualitativo. *Frente Salud Pública* 2016; 4:142. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2016.00142>

5. Rawaf S, Allen LN, Stigler FL, Kringos D, Quezada Yamamoto H, van Weel C. et al. Lecciones sobre la pandemia de COVID-19, para y por profesionales de atención primaria en todo el mundo. *El Diario Europeo de Practica General*. 2020; 26(1): 129-133. <https://doi.org/10.1080/13814788.2020.1820479>.
6. Verhoeven V, Tsakitzidis G, Philips H, Van Royen P. Impact of the COVID-19 pandemic on the core functions of primary care: will the cure be worse than the disease? A qualitative interview study in Flemish GPs. *BMJ Open*. 2020 Jun 17;10(6):e039674. [doi: 10.1136/bmjopen-2020-039674](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-039674)
7. Dzau VJ, Kirch D, Nasca T. Preventing a Parallel Pandemic - A National Strategy to Protect Clinicians' Well-Being. *N Engl J Med*. 2020; 383(6):513-515. [doi: 10.1056/NEJM2011027](https://doi.org/10.1056/NEJM2011027)
8. Wong ST, Watson DE, Young EL, Regan S. What Do People Think Is Important about Primary Healthcare? *Healthc Policy*. 2008;3(3):89-104.
9. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Response to the COVID-19 pandemic in the Americas response strategy and donor appeal [Internet]. [Paho.org](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53540/PAHOPHEHEOCVID-19210008_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y). [citado el 12 de junio de 2023]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53540/PAHOPHEHEOCVID-19210008_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
10. Carrasco OP, Castillo EF, Salas RM, Reyes CI. Job stressors and satisfaction in Peruvian nurses during the COVID-19 pandemic [Internet]. [SciELO.org](https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/1468/23236). [citado el 12 de junio de 2023]. Disponible en: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/1468/23236>
11. Urrútia G, Bonfill X. Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis [PRISMA declaration: a proposal to improve the publication of systematic reviews and meta-analyses]. *Med Clin (Barc)*. 2010;135(11):507-11. [https://doi.org/ 10.1016 / j. medcli.2010.01.015](https://doi.org/10.1016/j.medcli.2010.01.015)
12. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169(7):467-73. [https://doi.org/ 10.7326/M18-0850](https://doi.org/10.7326/M18-0850)
13. Higgins J, & Green S. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. Version 5.1.0. The Cochrane Collaboration. [Internet]. 2011 [citado el 12 de junio de 2023]. Disponible en: <http://www.cochrane.org/handbook>
14. Poku CA, Alem JN, Poku RO, Osei SA, Amoah EO, Ofei AMA. Quality of work-life and turnover intentions among the Ghanaian nursing workforce: A multicentre study. *PLoS One*. 2022;17(9):e0272597 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0272597>
15. Ashley C, James S, Stephen C, Mursa R, McInnes S, Williams A. Primary Health Care Nurses' Perceptions of Risk During COVID-19: A Qualitative Study. *J Nurs Scholarsh*. 2021;53(6):689-697. [doi: 10.1111/jnu.12698](https://doi.org/10.1111/jnu.12698)
16. Halcomb E, Williams A, Ashley C, McInnes S, Stephen C, Calma K, et al. The support needs of Australian primary health care nurses during the COVID-19 pandemic. *J Nurs Manag*. 2020;28(7):1553-1560. [doi: 10.1111/jonm.13108](https://doi.org/10.1111/jonm.13108)

17. Halcomb E, McInnes S, Williams A, Ashley C, James S, Fernandez R, et al. The Experiences of Primary Healthcare Nurses During the COVID-19 Pandemic in Australia. *J Nurs Scholarsh*. 2020 Sep;52(5):553-563. [doi: 10.1111/jnu.12589](https://doi.org/10.1111/jnu.12589)
18. Crowley T, Kitshoff D, De Lange-Cloete F, Baron J, De Lange S, Young C, et al. Reorganisation of primary care services during COVID-19 in the Western Cape, South Africa: Perspectives of primary care nurses. *S Afr Fam Pract* (2004). 2021;63(1):e1-e10. [doi: 10.4102/safp.v63i1.5358](https://doi.org/10.4102/safp.v63i1.5358)
19. Mizumoto J, Mitsuyama T, Kumagaya S, Eto M, Izumiya M, Horita S. Primary care nurses during the coronavirus disaster and their struggle: Qualitative research. *J Gen Fam Med*. 2022;23(5):343-350. <https://doi.org/10.1002/jgf2.566>
20. Crowley T, Kitshoff D, De Lange-Cloete F, Baron J, De Lange S, Young C et al. Primary care nurses' preparedness for COVID-19 in the Western Cape province, South Africa. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2021;13(1):e1-e8. [doi: 10.4102/phcfm.v13i1.2879](https://doi.org/10.4102/phcfm.v13i1.2879).
21. Van der Heijden Bi, Peeters MC, Le Blanc PM, Van Breukelen JWM. Características del trabajo y experiencia como predictores de la intención de rotación ocupacional en el sector de enfermería europeo. *Diario de comportamiento vocacional*. 2018; 108:108-120.
22. Dryhurst S, Schneider CR, Kerr J, Freeman ALJ, Recchia G, Van Der Bles AM, et al. Percepciones de riesgo de COVID-19 en todo el mundo. *Revista de investigación de riesgos*, 2020; 23:(7-8), 994-1006. <https://doi.org/10.1080/13669877.2020.1758193>
23. Fernandez R, Lord H, Halcomb E, Moxham L, Middleton R, Alananzeh I, et al. Implications for COVID-19: A systematic review of nurses' experiences of working in acute care hospital settings during a respiratory pandemic. *Int J Nurs Stud*. 2020 ;111:103637. [doi: 10.1016/j.ijnurstu.2020.103637](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103637)
24. Khalid I, Khalid TJ, Qabajah MR, Barnard AG, Qushmaq IA. Healthcare Workers Emotions, Perceived Stressors and Coping Strategies During a MERS-CoV Outbreak. *Clin Med Res*. 2016;14(1):7-14. [doi: 10.3121/cmr.2016.1303](https://doi.org/10.3121/cmr.2016.1303)
25. Krist AH, Devoe JE, Cheng A, Ehrlich T, Jones SM. Rediseñando la atención primaria para atender la pandemia del COVID-19 en medio de la pandemia. *Ann Fam Med*. 2020;18(4):349-354. <https://doi.org/10.1370/afm.2557>
26. Veldhuizen JD, Zwakhalen S, Buurman BM, Bleijenberg N. El impacto de COVID-19 desde la perspectiva del distrito holandés enfermeras: un estudio de métodos mixtos. *Int J Environ Res Salud Pública*. 2021;18(24):13266
27. Liu Q, Luo D, Haase JE, Guo Q, Wang XQ, Liu S, Xia L, Liu Z, Yang J, Yang BX. The experiences of health-care providers during the COVID-19 crisis in China: a qualitative study. *Lancet Glob Health*. 2020;8(6):e790-e798. [doi: 10.1016/S2214-109X\(20\)30204-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30204-7)
28. Adams JG, Paredes RM. Apoyo al personal sanitario durante la epidemia mundial de COVID-19. *JAMA*. 2020;323(15):1439-1440. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.3972>

Evaluación del grado de conocimientos para la prevención de Lesiones relacionadas con la Dependencia en cuidadores/as informales

González Muñoz, Pedro Francisco ¹; López Sánchez, Jose Ángel²; López Sánchez, Elena³

¹ *Enfermero Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. CS Casa del Mar.*

² *Enfermero. CS Casa del Mar*

³ *Enfermera. SUAP Mula.*

AUTOR DE CORRESPONDENCIA: pedrogm_92@hotmail.com

Manuscrito recibido 11/10/2024

Manuscrito aceptado: 27/05/2024

Cómo citar este documento

González Muñoz, P. F., López Sánchez, J. Á., López Sánchez, E.. Evaluación del grado de conocimientos para la prevención de Lesiones relacionadas con la Dependencia en cuidadores/as informales . *Quantitative and Qualitative Community Research RqR*. 2024 Nov; 12 (2): 41-56.

Original

RESUMEN

Objetivo: Evaluar los conocimientos de los cuidadores/as informales de personas incluidos/as en el programa de Atención Domiciliaria sobre los cuidados de prevención de las lesiones relacionadas con la dependencia.

Metodología: Estudio observacional y transversal dirigido a cuidadores/as informales de pacientes incluidos en el programa de Atención Domiciliaria (ATDOM) tras firmar el consentimiento informado.

Palabras clave

Lesiones relacionadas con la dependencia, úlceras por presión, cuidadores informales, conocimientos, Atención Primaria

Resultados: Se recogieron 55 cuestionarios. El 65,50% de los cuidadores familiares encuestados fueron mujeres. Los resultados del cuestionario obtuvieron una media de 69,25 para el índice de conocimientos.

Conclusión: Los cuidadores familiares presentan déficits de conocimientos sobre los cuidados de prevención. Estos desconocimientos en algunos cuidados de prevención deben alertarnos de que los cuidadores no poseen unos conocimientos adecuados. Los cuidadores de género femenino, que habían cuidado previamente y que llevan más de 10 años cuidando presentaron mayor índice de conocimientos.

Evaluation of the degree of knowledges for the prevention of dependence-related skin lesions in informal caregivers.

Abstract

Objective: Objective: To assess the knowledge of the informal caregivers of people included in the home care program on prevention care for dependence-related skin lesions.

Methodology: Observational and cross-sectional study aimed at informal caregivers of patients included in the home care program after signing the informed consent

Key words

Dependence-related skin lesions, pressure ulcers, caregivers, knowledges, Primary Health Care

Results: 55 questionnaires were collected. 65.50% of the family caregivers surveyed were women. The results of the questionnaire obtained a mean of 69.25 for the knowledge index.

Conclusions: Family caregivers have knowledge deficits about preventive care. This lack of knowledge in some preventive care should alert us that caregivers do not have adequate knowledge. Female caregivers, who had previously cared for and who have been caring for more than 10 years, presented a higher rate of knowledge.

1. Introducción

Los cuidadores de los pacientes que presentan heridas crónicas son un pilar fundamental para detectar y prevenir la aparición de estas lesiones (1). El nivel de conocimientos de los cuidadores/as junto con la toma de decisiones clínicas compartida, el intercambio de información y conocimientos, y la participación de los cuidadores/as en el cuidado se han propuesto como factores que mejoran el proceso de cuidado de las lesiones por presión (LPP) (2, 3, 4). Pese a la importancia de estos factores, debemos ser conscientes de que los cuidadores verbalizan que se enfrentan a estas lesiones con una importante falta de conocimientos (5). Además, de que no se sienten involucrados en los procesos relacionados con la atención y decisión sobre las heridas (5).

Se estima que alrededor del 95% de las LPP pueden ser prevenidas con un abordaje integral que incluya unos cuidados de enfermería adecuados. En concreto, la evidencia científica resalta la prevención como el mejor tratamiento, tanto en el caso de las LPP como en el resto de las lesiones relacionadas con la dependencia (LRD) (6). La ausencia de estrategias preventivas daña enormemente la calidad de vida de los individuos y más aún la de sus cuidadores/as, que son las personas en las que recaen los cuidados (7). Para que este abordaje funcione de manera satisfactoria, se requiere de una implicación de todos los agentes que intervienen en el cuidado de las personas en riesgo de padecer LPP; desde las instituciones o servicios de salud, hasta de los profesionales, pacientes y cuidadores/as (8).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (9) estima que entre 2015 y 2050, la población mundial con más de 60 años pasará de 900 millones (12%) a 2000 millones (22%), lo que indica que el envejecimiento de la población está siendo más rápido que en años anteriores. Según afirma el Comité Europeo de Cohesión Social (7), es probable que la dependencia aumente con el en-

vejecimiento y que la mayor parte de esta responsabilidad de la asistencia recaiga en las familias. Además, se estima que de las personas que requieren cuidados de larga duración sólo el 6,5% lo recibe de los servicios sociales (10). Por todo esto, debemos ser conscientes de que la mayoría de estos cuidados los proporciona el cuidador/a familiar, que según algunos datos asumen hasta el 95 % de los cuidados (11).

En 2014, culmina la publicación del nuevo modelo teórico de las lesiones relacionadas con la dependencia; concluyendo que son cuatro los factores etiológicos: humedad, fricción, presión y cizalla los que están involucrados en la producción de hasta siete tipos de lesiones crónicas (12). Hasta este momento los siete tipos de lesiones crónicas se habían conceptualizado como UPP (úlceras por presión) (12). A partir de este nuevo modelo teórico, estas lesiones pasaron a denominarse LRD. También, es importante mencionar la modificación en el concepto de úlceras por presión pasando a llamarse lesiones por presión (LPP). Esta modificación concluye que no en todas las categorías de las lesiones por presión hay "ulceración", considerada como pérdida de la integridad de la piel (12). Además, según Pancorbo-Hidalgo et al, la palabra lesión tiene connotaciones de efecto o evento adverso sufrido por la persona (8).

En España se atiende diariamente entre 57.000 y 100.000 pacientes con LPP de los cuales el 84,7% son mayores de 65 años (13). La prevalencia de las LPP entre los pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria en el ámbito de Atención Primaria (AP) es de un 8,51% (14).

En España el coste global anual para nuestro Sistema Nacional de Salud se estimó en 1.687 millones de euros, lo que suponía un 5,2% del gasto sanitario total de nuestro país (15). En 2007, el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) analizó el coste medio del tratamiento de una LPP por paciente y por nivel asistencial en Espa-

ña señalando que el coste de una LPP grado I podía oscilar desde entre 24€ en Hospital, 43€ en Atención Sociosanitaria y 108 € en Atención Primaria (16).

La magnitud en las que estas lesiones se ven implicadas las hace un problema de primer orden, ya que su presencia afecta a los/las pacientes, los/las cuidadores/as, al sistema sanitario y a la sociedad en general. Esto hace que deban ser consideradas como un problema de salud pública y precisa, por tanto, de todos los medios y recursos necesarios para combatirlas (17).

El objetivo de este estudio es evaluar los conocimientos que tienen los cuidadores/as informales de pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria sobre los cuidados en la prevención de lesiones relacionadas con la dependencia.

2. Metodología

Estudio descriptivo, observacional y transversal, realizado en el Centro de Atención Primaria (CAP) Sant Llàtzer, desde septiembre del 2021 hasta junio del 2022.

Criterios de inclusión: cuidadores/as principales informales de los pacientes que fueron atendidos/as en el programa de Atención Domiciliaria.

Criterios de exclusión: cuidadores/as informales que no fueran los que prestaban la mayor parte de los cuidados, cuidadores/as formales y cuidadores/as que estuvieran diagnosticados/as de deterioro cognitivo moderado o grave.

Para el cálculo del tamaño muestral se usó la calculadora GRANMO. Se calculó cómo necesaria una muestra aleatoria de 88 cuidadores/as informales con un nivel de confianza del 95% y una precisión de +/- 5 unidades porcentuales, un porcentaje poblacional que se previó que fuera alrededor del 8%. Para porcentaje de reposiciones necesarias se previó que fuera del 10%.

La variable principal de este estudio fue el índice de conocimientos de los cuidadores/as informales sobre la prevención de LPP y otras LRD que se valoró a través de un cuestionario validado, denominado "Cuestionario de Conocimientos de las Personas Cuidadoras sobre Úlceras por presión y otras lesiones relacionadas con la dependencia (COCU-LCRD 23)" (Anexo I) (18). El cuestionario lo componen 23 ítems que informan a cerca de los conocimientos del cuidador/a sobre los cuidados de prevención relacionados con: valoración de la piel, alivio de la presión, alimentación, humedad y fricción.

El nivel de conocimientos se obtiene de la suma de un punto para las respuestas correctas: los ítems 1, 2, 7, 8, 9, 11, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21 suman un punto por respuesta "Sí" y los ítems 3, 4, 5, 6, 10, 12, 13, 19, 22, 23 suman un punto por respuesta "No".

Si la respuesta es incorrecta, se puntúan con 0 puntos. Los ítems cuya respuesta es "No se" también se puntúan con 0 puntos, pero al igual que las respuestas incorrectas, se pueden tener en cuenta para identificar áreas de desconocimiento. La puntuación máxima en el cuestionario es de 23 puntos que equivale a un índice 100 de conocimientos. Esta puntuación se puede transformar en un índice en base a 100 mediante la siguiente fórmula:

$$\text{Índice conocimientos} = \frac{\text{Puntuación obtenida} \times 100}{23}$$

Las variables secundarias fueron:

- las características sociodemográficas (género, edad, estudios, profesión, información sobre el cuidado) del cuidador/a principal informal y de los pacientes atendidos en el programa de atención domiciliaria
- la experiencia como cuidador/a
- las características clínicas de los pacientes
- dependencia medida a través de la Escala de Barthel

- riesgo de desarrollar lesiones por presión medida a través de la Escala de Braden

Las variables mencionadas anteriormente se categorizaron como variables cualitativas y cuantitativas. Todos los datos cualitativos se codificaron numéricamente para facilitar su posterior análisis. Se realizó un estudio descriptivo de las variables utilizando los índices propios de la estadística descriptiva: frecuencias absolutas, porcentajes, medias y desviaciones típicas. En concreto, se obtuvieron medidas de centralización, percentil e intervalo de confianza del 95%. Se empleó la prueba T de Student en los casos de pruebas paramétricas, la chi-cuadrado (χ^2) para la comparación de proporciones y ANOVA para combinar variables cualitativas y continuas. Se contempló una relación estadísticamente significativa cuando $p \leq 0,05$. El estudio estadístico se realizó mediante el paquete estadístico SPSS.

El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Consorci Sanitari de Terrassa y todos los participantes, tanto los/las pacientes como los cuidadores/as informales, aceptaron participar en el estudio libremente, mediante consentimiento escrito y al completar el cuestionario.

3. Resultados

El cuestionario se distribuyó a 55 cuidadores/as informales de personas que estaban incluidas en el programa de atención domiciliaria del CAP Sant Llàtzer con una tasa de respuesta del 100%.

La muestra de cuidadores/as familiares estuvo formada mayoritariamente por mujeres con un 65,50% (n=41). La media de edad de los encuestados fue de 65 años (DE ± 13). En relación con el nivel de estudios: un 3,6% (n=2) no tenían estudios; el 36,4% (n=20) estudios Primarios/EGB; el 25,5% (n=14) estudios de Secundaria/Bachillerato; el 20% (n=11) estudios de formación profesional y

el 14,50% (n=8) estudios universitarios. Respecto a la profesión, el 14,50% (n=8) eran profesionales sanitarios. El 70,90% (n=39) no desarrollaba actividad laboral en el momento de contestar el cuestionario.

El rango de tiempo cuidando fue de más de 10 años para un 27,3% (n=15) de los cuidadores. En cuanto a la experiencia previa como cuidador/a; el 67,3% (n=37) respondió que no había cuidado a otra persona. El 76,4% (n=42) de los cuidadores/as disponían de apoyo para el cuidado del paciente, de estos cuidadores el 38,2% (n=21) recibía ayuda de otro cuidador/a familiar y el 29,1% (n=16) la recibía de un cuidador/a formal. Todo lo que sabían del cuidado del paciente lo habían aprendido por su propia experiencia (38,2%), a través del consejo de un sanitario (23,6%), de forma autodidacta (7,3%), mediante cursos (3,6%), y un 43,6% no responde (en algunos casos han indicado más de una fuente, por lo que el porcentaje acumulado supera el 100%). La distribución por variables sociodemográficas de los/las cuidadores/as familiares se muestra en la Tabla 1.

La muestra de las personas incluidas en el programa de atención domiciliaria estuvo constituida por 55, donde predominó el sexo femenino con un 69,1% (38) frente al 30,9% (17) de hombres. La media de edad de las personas incluidas en ATDOM fue de 86 años (DE ± 8). La relación de parentesco entre el cuidador/a y el paciente era de un 65,5% para padre/madre y el 21,8% para esposo o esposa. La mayoría de los pacientes pasaban la mayor parte del tiempo sentados en un sillón con un 63,6% (35). Respecto a la incontinencia, un 63,6% (35) presentaban incontinencia urinaria y un 47,3% (26) presentaban incontinencia fecal. Solo un 29,1% (n=16) tenían una LRD activa al contestar el cuestionario, estando localizadas en el sacro en un 14,5% (n=8) y en el talón en un 10,9% (n=6). La distribución por variables sociodemográficas de los/las personas incluidas en el programa de ATDOM se muestra en la Tabla 2.

Tabla 1. Variables sociodemográficas de los/las cuidadores familiares

Variables cuidadores	Categoría	n	Frecuencia
Género	Hombre	14	25,5%
	Mujer	41	74,5%
Edad (media; DE)	-	55	63; 13
Estudios	Sin estudios	2	3,6%
	Primarios/EGB	20	36,4%
	Secundaria/Bachillerato	14	25,5%
	Formación profesional	11	20%
	Universitarios	8	14,5%
Profesión	Sanitario	8	14,5%
	No sanitario	40	72,7%
¿La ejerce actualmente?	Sí	14	25,5%
	No	39	70,9%
Tiempo cuidando	<1 año	6	10,9%
	1-3 años	10	18,2%
	3-5 años	13	23,6%
	5-10 años	10	18,2%
	>10 años	15	27,3%
¿Antes había cuidado a alguna otra persona?	Sí	18	32,7%
	No	37	67,3%
¿Le ayuda alguien para el cuidado del paciente?	Sí	42	76,4%
	No	12	21,8%
¿Quién le ayuda?	Cuidador remunerado	16	29,1%
	Cuidador familiar	21	38,2%
	Otro	1	1,8%
Todo lo que sabe del cuidado del paciente lo ha aprendido de:	Consejo Sanitario	13	23,6%
	Forma autodidacta	5	9,1%
	Propia experiencia	21	38,2%
	Cursos	2	3,6%
	No responde	24	43,6%

Tabla 2. Variables sociodemográficas de las personas incluidas en el programa ATDOM

Variables pacientes ATDOM	Categoría	n	Frecuencia
Género	Hombre	17	30,9%
	Mujer	38	69,1%
Edad (media; DE)	-		86; 8
Parentesco	Padre/Madre	35	63,6%
	Hermano/a	1	1,8%
	Hijo/a	2	3,6%
	Amigo/a	0	-
	Abuelo/a	2	3,6%
	Suegro/a	2	3,6%
	Ninguno (cuidador remunerado)	1	1,8%
	Otro	0	-
¿Dónde pasa la mayor parte del tiempo o del día la persona a la que cuida?	En cama	4	7,3%
	Alternan cama y sillón	16	29,1%
	En un sillón	35	63,6%
La persona a la que Vd. cuida, ¿tiene problemas para controlar la orina?	Sí	35	63,6%
	No	19	34,5%
La persona a la que Vd. cuida, ¿tiene problemas para controlar las deposiciones?	Si	26	47,3%
	No	28	50,9%
La persona a la que Vd. cuida, ¿tiene alguna úlcera, escara o llaga?	Sí	16	29,1%
	No	38	69,1%
Si la respuesta es sí, indique en que parte del cuerpo:	Sacro	8	50%
	Talón	6	37,50%
	No especifican	2	12,50%

El 78,2% (n=43) presentaban un riesgo bajo de probabilidad de desarrollar úlcera por presión según la Escala de Braden. En cuanto, al Índice de Barthel el 20% (n=11) presentaban una dependencia total.

El índice de conocimientos (IC) global sobre los cuidados de prevención de las lesiones relacionadas con la dependencia en la muestra de cuidadores estudiada fue de un 69,24 con una desviación estándar del 19,79; mediana= 73,91. El rango mínimo= 4,59 y máximo= 95,65.

Para analizar los 23 ítems, se agruparon en 6 áreas de conocimientos: valoración de la piel (ítems 4, 7 y 9), cuidados de la piel (ítems 2, 5, 6, 10, 13 y 14), alivio de la presión (ítems 1, 3, 15, 19, 20, 22 y 23), alimentación (ítems 16, 17 y 18), humedad (ítems 8, 11 y 12) y fricción (ítem 21). En el Gráfico 1, se observa la media del número de aciertos, errores, no sé y en blanco para cada dimensión.

En la dimensión valoración de la piel; los cuidadores familiares son conscientes

de que en una persona con la piel delicada es más fácil de que aparezcan las UPP con 53 aciertos, que ante la presencia de una zona de apoyo enrojecida y que no blanquea al tocar hay que informar a la enfermera porque puede ser una UPP con 47 aciertos y que la piel reseca evita que se formen UPP con 40 aciertos.

En cuanto a los cuidados de la piel, las recomendaciones menos conocidas fueron que el masaje en las zonas de apoyo enrojecidas es bueno para evitar las UPP con 20 aciertos (36,36%) y que el uso de polvos de talco sobre la piel propicia que se formen UPP con 33 aciertos (60%).

Dentro de la dimensión alivio de la presión, los cuidados de prevención con menor número de aciertos fueron que el uso de cojines tipo "rosco" para estar sentado puede ocasionar que se formen las UPP con sólo 12 aciertos (21,82%) y que para una persona acostada que no se mueve, es mejor no elevar el cabecero de la cama para evitar las UPP con 18 aciertos (32,73%).

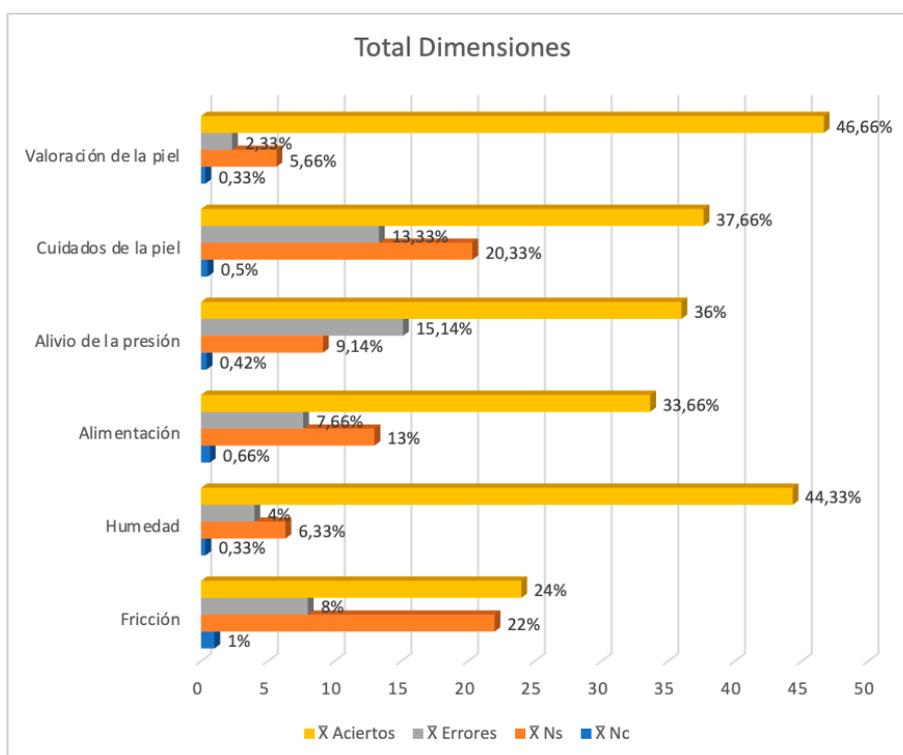


Gráfico 1. Agrupación en dimensiones de los 23 ítems del cuestionario COCU-LCRD23.

Con relación a la dimensión alimentación, los cuidadores familiares son conocedores de que una alimentación incorrecta hace más fácil que se formen las UPP con 44 aciertos (80%). Cuando se les preguntó acerca de si introducir proteínas y vitaminas ayuda a evitar que se formen las UPP se obtuvieron 40 aciertos (72,73%). En cambio, cuando se les preguntó sobre introducir una alimentación rica en grasas se obtuvieron 17 aciertos (30,91%).

En la dimensión humedad, los cuidadores conocen que la orina y el sudor pueden influir en que se formen UPP con 49 aciertos (89,08%) y que el uso de un detergente o jabón muy fuerte no es bueno para evitar las UPP con 47 aciertos (85,45%). Para prevenir dermatitis asociadas a la humedad, no todos los cuidadores usan cremas barreras con solo 37 aciertos (67,27 %).

Para la dimensión fricción, se les preguntó si para mover a una persona encamada es mejor usar una sábana entremetida bajo los glúteos con 24 aciertos (43,64%).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas cuando se comparó el índice de conocimientos con el nivel de estudios y la presencia de una UPP.

También se comparó el índice de conocimientos con los pacientes que refirieron que todo lo que habían aprendido acerca de la prevención había sido por consejo sanitario, sin diferencias estadísticamente significativas.

Se relacionó el Índice de Barthel y la Escala de Braden del paciente junto con el índice de conocimientos del cuidador familiar, no encontrándose diferencias significativas ($p > 0,05$). En el caso de los pacientes con un Índice de Barthel < 20 , es decir, con una dependencia total, sus cuidadores familiares presentaban mayor índice de conocimientos que el resto de los cuidadores (74,70%).

Entre el índice de conocimientos y el tiempo de experiencia como cuidador tampoco se encontraron diferencias significativas ($p = 0,45$). En cambio, sí que se observó que el índice de conocimientos era mayor en los cuidadores/as familiares que presentaban más de 10 años de experiencia como cuidadores/as.

Cuando se relacionó el índice de conocimientos junto con la experiencia previa como cuidador aparecieron diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,029$), al igual que cuando se relacionó el índice de conocimiento con el género del/de la cuidador/a ($p = 0,00$); con una media de IC para los hombres de 51,24 y de 75,39 para las mujeres.

4. Discusión

En este estudio se evidencia que el perfil de la mayoría de los cuidadores familiares son mujeres, tal y cómo se observa en la bibliografía consultada, lo que enfatiza la predominancia del género femenino en el rol del cuidado (18, 19, 20).

El índice de conocimiento de los cuidadores, medido a través del cuestionario COCU-LCRD 23, obtuvo una media de 16 aciertos de 23; un índice de conocimientos que equivale a un 69,25. Dicho índice de conocimientos es inferior comparado con el estudio de Arboledas Bellón (18).

En el desarrollo de este estudio, tras analizar las diferentes dimensiones, se muestra que los cuidadores familiares presentan más aciertos en los ítems relacionados con la valoración de la piel y la humedad, en contraposición con los señalados en otro estudio donde los ítems con más aciertos fueron el reposicionamiento del paciente, la hidratación de la piel y la humedad (18).

Los cuidadores desconocen que se debe evitar dar un masaje en las zonas de apoyo enrojecidas, hallazgo que coincide

con otros estudios (18, 20). En cuanto al manejo de la presión, los cuidadores tienen una percepción errónea del uso de cojines tipo "roscos" para evitar que se formen las UPP (18) y desconocen que para una persona acostada que no se mueve, no se debe de elevar el cabecero más de 30°.

En la dimensión de alimentación, cabe destacar el alto número de cuidadores que contestaron de forma errónea o que lo desconocían cuando se les preguntó si una dieta rica en grasas ayuda a evitar que se formen las UPP. Al igual que en el estudio de Martínez López et al (19) ninguno de los encuestados consideró efectivo el aporte de calorías. En la dimensión fricción, más de la mitad de los cuidadores desconoce el uso de una sábana entremetida bajo los glúteos para mover a una persona encamada, encontraron resultados similares en el estudio de De Figueiredo et al (21).

Los cuidadores que habían cuidado previamente presentan un mayor índice de conocimientos frente a los que no tenían dicha experiencia, asociación estadísticamente significativa que no se observó en el trabajo de elaboración y validación del cuestionario usado en esta investigación (18). Otra asociación, que nos permite concretar más el perfil del cuidador familiar; es que los cuidadores con más de 10 años de experiencia presentan un mayor índice de conocimientos.

Se ha observado que el índice de conocimientos en los cuidadores familiares de género femenino fue superior respecto a los cuidadores de género masculino, siendo estadísticamente significativo. Este hallazgo, muestra nuevas aportaciones acerca de las características de los cuidadores familiares, hecho que se evaluaba como una laguna del conocimiento en el artículo de Arboledas Bellón (18).

Estos hallazgos relacionados con el desconocimiento en algunos cuidados de prevención deben alertarnos de que los

cuidadores no poseen unos conocimientos adecuados, conclusiones similares a la de otros estudios que evaluaron el nivel de conocimientos de los cuidadores (18, 19, 20, 21).

Como limitaciones de este estudio de investigación, en primer lugar, podemos destacar que el cálculo del tamaño muestral de los cuidadores fue realizado a través del número de pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria. Por características de nuestra población, la mayoría de los cuidadores eran formales, siendo este un criterio de exclusión de nuestro estudio. Añadir también que existían pacientes incluidos en el programa de ATDOM que presentaban el mismo cuidador/a. Otro factor limitante de nuestro estudio fue el tiempo, motivo que también ha influido para alcanzar el tamaño muestral calculado.

5. Conclusión

Los cuidadores familiares tienen mejores conocimientos en las áreas relacionadas con la valoración de la piel y la humedad. En cambio, tienen déficits de conocimientos en otros cuidados de prevención igual de necesarios e importantes para prevenir la aparición de las LRD. Hay que destacar, que los cuidadores de género femenino que habían cuidado previamente y que tenían más de 10 años de experiencia cuidando, son características que influyen en tener un mayor índice de conocimientos.

Concluimos que este estudio puede ayudar a definir algunas características importantes en relación con el perfil de los cuidadores y a confirmar la necesidad de realizar intervenciones educativas para formar y empoderar a los cuidadores familiares. El uso de un cuestionario en la práctica clínica que evalúe los conocimientos de los cuidadores nos ayudaría a identificar áreas de desconocimiento, para así conocer sobre qué aspectos debemos incidir.

Bibliografía

1. Rodríguez Torres MC, Díaz Martínez JM. Herramientas para cuidadores de pacientes con heridas crónicas. Serie Documentos de Posicionamiento GNEAUPP n°13. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por presión y Heridas Crónicas. Logroño: 2016.
2. Puck Cordeiro Ferreira D, Renato Barros da Guarda F. A percepção dos cuidadores familiares acerca da úlcera por pressão em idosos. Revista de Enfermagem UFPE Online [Internet]. 2009 [citado 13 de Abril de 2021];9(11). Disponible en: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10751/11869>
3. Suárez LPV, Cueto MS. Abordaje integral de la enfermera en la prevención de las úlceras por presión. Nuberos científica [Internet]. 2017 [citado 13 de Abril de 2021];3(23):39-46. Disponible en: <http://www.index-f.com/nuberos/2017pdf/2339.pdf>
4. Roberts S, McInnes E, Wallis M, Bucknall T, Banks M & Chaboyer W. Nurses' perceptions of a pressure ulcer prevention care bundle: a qualitative descriptive study. BMC Nurs [Internet]. 2016 [citado 13 de Abril de 2021];15(64). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27895528/>
5. Suárez LPV y Cueto MS. Abordaje integral de la enfermera en la prevención de las úlceras por presión. Nuberos científica [Internet]. 2017 [citado 13 de Abril de 2021];3(23):39-46. Disponible en: <http://www.index-f.com/nuberos/2017pdf/2339.pdf>
6. Pancorbo-Hidalgo PL, García-Fernández FP, Torra i Bou JE, Verdú Soriano J y Soldevilla-Agreda JJ. Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4º Estudio Nacional de Prevalencia. Gerokomos [Internet]. 2014 [citado 13 de Abril de 2021];25(4):162-170. Disponible en: <https://gneaupp.info/4o-estudio-nacional-de-prevalencia-upp-en-espana/>
7. O'Shea E. La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes. Comité Europeo de Cohesión Social. Grupo de Expertos en la mejora de la calidad de vida de las personas dependientes. Galway: Universidad Nacional de Irlanda; 2006.
8. García-Fernández FP, Soldevilla-Agreda JJ, Pancorbo-Hidalgo PL, Verdú-Soriano J, López-Casanova P, Rodríguez-Palma, M. Prevención de las úlceras por Presión. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP n° 1. Logroño: Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en úlceras por Presión y Heridas Crónicas; 2014.
9. World Health Organization. World report on ageing and health: summary. World Health Organization; 2015. 101 p.
10. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco; 2004.
11. Riera, JRM y del Pino Casado R. Manual práctico de enfermería comunitaria. Barcelona: Elsevier; 2020. 63-68 p.
12. García-Fernández, Francisco Pedro, *et al.* "A new theoretical model for the development of pressure ulcers and other dependence-related lesions." Journal of Nursing Scholarship [Internet]. 2014 [citado 3 de abril de 2021];46: 28-38. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24118691/>

13. Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE, Verdú Soriano J, Martínez Cuervo F, López Casanova P, Rueda López J, et al. 2º Estudio Nacional de Prevalencias de Úlceras por Presión en España. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Gerokomos [Internet]. 2006 [citado 5 de Abril de 2021];17(3):154-172. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2006000300006
14. Pancorbo-Hidalgo PL, García-Fernández FP, Torra i Bou JE, Verdú Soriano J y Soldevilla-Agreda JJ. Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4º Estudio Nacional de Prevalencia. Gerokomos [Internet]. 2014 [citado 5 de Abril de 2021];25(4):162-170. Disponible en: <https://gneaupp.info/4o-estudio-nacional-de-prevalencia-upp-en-espana/>
15. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Mesa de debate: "Las úlceras por presión, un reto para el sistema de salud y la sociedad. Repercusiones a nivel epidemiológico, ético, económico y legal". Madrid. Barcelona. Logroño: GNEAUPP; 2003.
16. Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou J E, Posnett J, Verdú Soriano J, San Miguel L, Mayan Santos JM. Una aproximación al impacto del coste económico del tratamiento de las úlceras por presión en España. Gerokomos [Internet]. 2007 [citado 5 de Abril de 2021];18(4):43-52. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2007000400007
17. Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE, Verdú Soriano J, López Casanova P. 3.º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2009. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Gerokomos [Internet]. 2009 [citado 5 de Abril de 2021];22(2):77-90. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000200005
18. Arboledas Bellón J. Elaboración y validación psicométrica de un cuestionario de conocimientos de cuidadores familiares sobre prevención de úlceras por presión y de lesiones relacionadas con la dependencia. Gerokomos [Internet]. 2020 [citado 18 julio de 2022];27(2): 73-79. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=151848>
19. López RM, Martínez DP. Valoración de los conocimientos del cuidador principal sobre úlceras de presión. Enfermería Global [Internet]. 2011 [citado 18 de julio de 2021];10(4). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000400005
20. Galveño SL, Ruiz M, Alonso SRL. ¿Cuál es el riesgo de desarrollar úlceras por presión en adultos mayores institucionalizados y qué conocimiento al respecto tienen sus cuidadores?. Revista Enfermería Docente [Internet]. 2017 [citado 18 de julio de 2021];108. Disponible en: https://www.huvv.es/sites/default/files/revistas/12upp%20publicable_CORREGIDO%20teresa.pdf
21. De Figueiredo Z, Tirado JJ, Mulet FV, Núñez J, De Andrade L M, Di Ciero Miranda M, et al. Úlceras por presión en personas con lesión medular: conocimiento de familiares y cuidadores. Avances en enfermería [Internet]. 2010 [citado 18 de julio de 2021];28, 29. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9017492>

Anexo I: Cuestionario: conocimientos de las personas cuidadoras sobre úlceras por presión y otras Lesiones relacionadas con la Dependencia (Cuestionario COCU-LCRD 23).

INSTRUCCIONES GENERALES

A veces cuando una persona enferma o anciana pasa mucho tiempo en la cama o sentada sin poder moverse, puede tener heridas en la piel. Estas heridas se conocen con el nombre de llagas, escaras o úlceras por presión. En este cuestionario utilizamos la palabra UPP para referirnos de forma general a este tipo de heridas. El propósito del cuestionario es averiguar lo que usted sabe sobre el tema de las UPP.

En el cuestionario no hay respuestas buenas o malas. Simplemente queremos saber lo que usted conoce sobre la prevención

y el cuidado de las UPP. Le pedimos que para cada pregunta responda SI (si cree que la respuesta es correcta), NO (si no lo es) o bien NO LO SE (si cree que realmente no sabe ese punto o no está segura). Por favor, intente responder a todas las preguntas.

Es necesario que responda con total sinceridad, el hecho de que responda una cosa u otra no tendrá ninguna consecuencia negativa, solo servirá para ver si usted necesita conocer más cosas para cuidar a su familiar y solamente así, podremos averiguar qué temas son los que necesita saber más.

DATOS DE LA PERSONA CUIDADORA:

Género: Hombre Mujer

Edad (en años):

Estudios:

Sin estudios Primarios/EGB

Secundaria/Bachillerato Formación profesional Universitarios

Profesión:

¿La ejerce actualmente? Sí No

Tiempo que lleva cuidando de su familiar o paciente (años):

Menos de 1 De 1 a 3 De 3 a 5

De 5 a 10 Más de 10

¿Antes había cuidado a alguna otra persona? Sí No

¿Le ayuda alguien para el cuidado del paciente? Sí No

¿Quién le ayuda?

Cuidador remunerado (cobra por cuidar) Cuidador familiar Otro

Todo lo que sabe del cuidado del paciente lo ha aprendido de:

DATOS DEL PACIENTE O PERSONA A LA QUE CUIDA:

Género: Hombre Mujer

Edad (en años):

Parentesco:

Padre Hijo/a Abuelo/a Hermano/a Madre Hermano/a
 Amigo/a Suegro/a Ninguno (cuidador remunerado) Otro

Enfermedades principales del paciente o persona a la que cuida:

¿Dónde pasa la mayor parte del tiempo o del día la persona a la que cuida?

En cama Alterna cama y sillón En un sillón Otro

La persona a la que Vd. cuida, ¿tiene problemas para controlar la orina? Sí No

La persona a la que Vd. cuida, ¿tiene problemas para controlar las deposiciones?

Sí No

La persona a la que Vd. cuida, ¿tiene alguna úlcera, escara o llaga? Sí No

Si la respuesta es Sí, indique en que parte del cuerpo:

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS SOBRE PREVENCIÓN DE ÚLCERAS

¿Para evitar que se formen escaras, llagas o úlceras por presión, en una persona encamada, cree usted que? (Marque la opción que crea correcta).

1. Si no se cambia de posición a una persona sentada es posible que aparezcan las UPP:

Sí No No sé

2. Se debe usar crema hidratante en la piel, tras el aseo:

Sí No No sé

3. Es apropiado colocar y dejar en la misma posición sobre zonas de apoyo enrojecidas:

Sí No No sé

4. La piel reseca evita que se formen UPP:

Sí No No sé

5. Se debe usar en la piel cualquier tipo de alcohol (romero, colonia, etc.) para evitar las UPP:

Sí No No sé

6. Los polvos de talco sobre la piel evitan que se formen UPP:

Sí No No sé

7. En las personas de piel delicada es más fácil que aparezcan las UPP:
 Sí No No sé
8. La humedad procedente de la orina y del sudor, pueden incluir en que se formen UPP:
 Sí No No sé
9. Si vemos una zona de apoyo enrojecida y que no blanquea al tocar, hay que informar a la enfermera porque puede ser una UPP:
 Sí No No sé
10. El masaje en las zonas de apoyo enrojecidas es bueno para evitar las UPP:
 Sí No No sé
11. Las cremas (como las usadas para los bebés) usadas en las zonas que están en contacto con las deposiciones, la orina o el sudor, evitan que se formen UPP:
 Sí No No sé
12. El uso de un detergente o jabón muy fuerte para limpiar la piel, si la persona encamada no controla la orina o las deposiciones, es bueno para evitar las UPP:
 Sí No No sé
13. Cualquier clase de jabón, gel o detergente es bueno para el aseo de la persona encamada:
 Sí No No sé
14. La aplicación de aceites de farmacia (llamados ácidos grasos, como Mepentol, Corpitol, Linovera, etc) en la piel de zonas de apoyo ayuda a evitar que se formen UPP:
 Sí No No sé
15. El uso de apósitos (o parches) almohadillados en la zona de apoyo ayuda a evitar que se formen las UPP:
 Sí No No sé
16. Una alimentación rica en grasas (aceite, carnes, huevos) ayuda a evitar que se formen las UPP:
 Sí No No sé
17. Una alimentación rica en proteína (carne, pescado, huevos) y vitaminas (fruta, verdura) ayuda a evitar que se formen las UPP:
 Sí No No sé
18. La alimentación incorrecta hace más fácil que se formen las UPP:
 Sí No No sé

19. El uso de cojines tipo "rosco" para estar sentado, ayuda a evitar que se formen las UPP:
 Sí No No sé
20. Colocar los pies de una persona sentada sobre un banquito/reposapiés, si no alcanza al suelo, ayuda a evitar las UPP:
 Sí No No sé
21. Para mover a una persona encamada es mejor usar una sábana entremetida bajo los glúteos:
 Sí No No sé
22. Para una persona acostada que no se mueve, es mejor elevar bastante el cabecero de la cama (más de 30) para evitar las UPP:
 Sí No No sé
23. Es apropiado poner bastante ropa de cama/mantas, que pesen, sobre una persona encamada:
 Sí No No sé



**Enfermería
Comunitaria**