Actas UFV
III Congreso Internacional de Investigación, Formación y Desarrollo Enfermero
15 y 16 de noviembre de 2019
Universidad Francisco de Vitoria (Madrid)

Caminando hacia nuevos horizontes III

Coordinación
Ana Pérez, Alina Renghea y María Alonso-González

Universidad Francisco de Vitoria
UFV Madrid
Editorial

15 y 16 de noviembre de 2019
Universidad Francisco de Vitoria

Desde el cambio de los estudios de Diplomatura a Grado, rondaba por nuestra cabeza la idea de realizar un congreso de investigación, que diera cabida, también a comunicaciones relacionadas con los trabajos de fin de grado. El hecho de que el trabajo fin de grado durante la etapa académica, tenga el rigor y la exigencia adecuados a la investigación en Enfermería, pone al alumno en el camino necesario, para concienciarle de la importancia de la investigación en Enfermería, relegada hasta el momento a otras disciplinas de las Ciencias de la Salud.

La Enfermería es una ciencia y arte de cuidar que requiere de la responsabilidad que supone el tener la vida de las personas en nuestra mano y los conocimientos para responder adecuadamente ante las necesidades, siendo esto clave para la evolución de los procesos de enfermedad y protección de la salud. En este sentido la Investigación alcanza vital importancia en esta disciplina, dedicada y con el propósito, de defender la vida y mejorar la calidad de los cuidados, entre nuestras funciones esenciales.

La celebración de este Congreso Internacional de Investigación, Formación y Desarrollo Enfermero abre una puerta muy importante hacia este objetivo, para la publicación y difusión de los resultados relacionados con nuevas estrategias, técnicas y procedimientos y validar las teorías ya existentes.

Caminando hacia nuevos horizontes

III

III Congreso Internacional de Investigación, Formación y Desarrollo Enfermero

15 y 16 de noviembre de 2019

Universidad Francisco de Vitoria (Madrid)

III Congreso Internacional de Investigación,
Formación y Desarrollo Enfermero
15 y 16 de noviembre de 2019
Universidad Francisco de Vitoria (Madrid)

Caminando hacia nuevos horizontes

III

Ana Pérez, M. Alina Renghea
y María Alonso (coords.)

Universidad
Francisco de Vitoria
UFV Madrid
Editorial

MADRID 2021

Caminando hacia nuevos horizontes
III Congreso Internacional de Investigación, Formación y Desarrollo Enfermero
UFV (Madrid)

Coordinación
Ana Pérez Martín, Mariana Alina Renghea y María Alonso González

Comité científico
María Mercedes Gómez del Pulgar García-Madrid, Sonsoles Hernández Iglesias, Gema Mata González, Almudena Crespo Cañizares, María Teresa Iglesias López, María Teresa Soy Andrade, Esther Rodríguez López, Mónica Rivero Martínez, Ana María Pedraza Anguera, Matilde Fernández Fernández-Arroyo, Miguel Ángel Cuevas Budhart y Alejandro Conde Rojo

© 2021 Ana Pérez Martín, Mariana Alina Renghea y María Alonso González de la coordinación
© 2021 Los autores de sus textos
© 2021 Editorial UFV
Universidad Francisco de Vitoria
editorial@ufv.es // www.editorialufv.es

Primera edición: noviembre de 2021

ISBN edición impresa: 978-84-18360-93-0
ISBN edición digital: 978-84-18360-94-7
Depósito legal: M-18445-2021

Diseño de portada: Cruz más Cruz
Imagen de portada: Unidad de Diseño Universidad Francisco de Vitoria

Preimpresión: MCF Textos, S. A.

Impresión: Producciones digitales Pulmen, S.L.L

Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con la autorización de los titulares de la propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y ss. Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos (www.cedro.org) vela por el respeto de los citados derechos.

une
Unión de Editoriales Universitarias Españolas

Esta editorial es miembro de UNE, lo que garantiza la difusión y comercialización de sus publicaciones a nivel nacional e internacional.

Este libro puede incluir enlaces a sitios web gestionados por terceros y ajenos a EDITORIAL UFV que se incluyen solo con finalidad informativa. Las referencias se proporcionan en el estado en que se encuentran en el momento de la consulta de los autores, sin garantías ni responsabilidad alguna, expresas o implícitas, sobre la información que se proporcione en ellas.

Impreso en España - *Printed in Spain*

ÍNDICE

Prólogo 11
Mercedes Gómez del Pulgar

Valoración de las intervenciones educativas sobre cuidados del recién nacido recibidas por los padres primerizos en el área de salud de Valladolid Este 13
Laura Arnáez Nuñez

Relación entre los factores influyentes en el bienestar de familias vulnerables en España y Perú 25
Ana Cebrero Rodríguez

Barreras de acceso al diagnóstico de la enfermedad de Chagas en la Comunidad de Madrid 39
Begoña Santos Porras

Cuidado del paciente sometido a la braquiterapia: propuesta de protocolo de radioprotección 51
Camila Sabença Omil, Simone Falcão Cidade y Goretti Marques

Protocolo de gestión de los cuidados de enfermería en las cirugias de ambulatorio 63
Camila Sabença Omil, Deolinda Silva, Silvana Oliveira y Goretti Marques

O perdão interpessoal e a qualidade de vida em idosos: *scoping review* 75
Cristiane Pavanello Rodrigues Silva, Beatriz Edra y Goretti Marques

La danza como terapia para la enfermedad de Parkinson 89
Diana Carolina Maicelo Cardozo
y Patricia García Marcos

Beneficios de la práctica de *mindfulness* (atención plena)
en la reducción del síndrome de *burnout* o su prevención
en profesionales sanitarios 101
Eva Veleda Luque

Por Mais Saúde: uma aplicação móvel para a promoção de hábitos
de vida saudáveis em crianças do 1.º ciclo 121
G. Marques, A. Reis, T. Martins, S. Pinto y C. Silva

Miedo de los estudiantes de enfermería antes de comenzar
las prácticas clínicas 133
Guillermo Moreno Rivas

Revisión bibliográfica de los beneficios en el paciente con cateterismo
vesical intermitente aplicando la técnica de no tocar 139
Isabel Terrer Pérez

La inclusión digital en el síndrome de Asperger 151
Jesús Muñoz Muñoz (autor)
y Julio de la Torre Montero (coordinador)

Evaluación de la implantación de evidencia enfermera: escalas
de valoración del dolor 167
José Antonio Molina Ortiz (autor principal),
Manuela Mateos Romero, Inmaculada Escanciano Pérez,
Saray Blanco Abril y Cristina Martín-Crespo Blanco

Barreras para la notificación de errores de medicación
en el personal de enfermería 185
María Isabel Leal Rico y Navidad Canga Armayor

Aproximación al hábito de la automedicación en pediatría 193
María Lorente Redín

Calidad de vida incontinencia fecal del paciente ostomizado
tras la reconstrucción del tránsito intestinal 207
María Luisa Alvarado Vázquez

Mejora en la evaluación de la asignatura Cuidados del adulto 1
con trabajo tipo póster 231
Marta Botella Navas, Elena Castellano Rioja
y Lourdes M.ª López Hernández

La enfermera de farmacia hospitalaria: la invisible y desconocida 241
Nuria García Bonilla, Arturo González Sánchez, Alicia Marcos García, Elena Fraile Moreno, María Ángeles Cedenilla Ramón y Gerardo Ávila Martín

Perspectiva de la comunicación con laringófono de los pacientes conectados a ventilación mecánica invasiva en las UCI: estudio cualitativo fenomenológico 249
Patricia García Marcos (autora principal), Beatriz Marcos Salas y Diana Carolina Maicelo (coautoras)

Satisfacción del usuario sometido a intervencionismo urológico ambulatorio bajo anestesia tipo *target controlled infussion* 261
María del Pilar Galve García

Obesidade Infantil: correlação entre atividade física, rendimento escolar e risco cardiometabólico em crianças do 1.º ciclo 273
T. Martins, A. S. Queirós, C. Lima, G. Marques, M. Conceição y C. Silva

Cuidados enfermeros en adolescentes con cecostomía y vejiga neurógena secundarios a mielomeningocele: revisión bibliográfica a propósito de un caso 283
Aulasdeep. José Luis Cobos Serrano (tutor)

Prólogo

Mercedes Gómez del Pulgar
Presidenta del Comité Científico

Caminando hacia nuevos horizontes. Poco podíamos imaginar cuando celebrábamos este tercer congreso internacional que ese camino, antes de finalizar el 2019, nos pondría en un horizonte tan inesperado como el que nos hemos encontrado en estos dos últimos años, consecuencia de la pandemia de la covid-19. Si en noviembre del 2019 esperábamos con tremenda ilusión el 2020, el Año Internacional de la Enfermera, en el que las naciones del mundo nos rendirían homenaje como los profesionales que tanto contribuimos a la salud mundial, desde cualquiera de los ámbitos en los que desarrollamos nuestras funciones, poco podíamos sospechar que nuestro protagonismo pasaría por hacer frente a un escenario completamente nuevo, demostrando no solo la profesionalidad, sino la capacidad de crear las mejores respuestas ante las situaciones que se sucedían en un contexto desconocido hasta entonces y con muy pocos recursos. Los profesionales de enfermería llevamos dos años en el corazón de la pandemia, liderando los cuidados en todos los niveles de atención, siendo un pilar fundamental dentro del equipo de salud. El horizonte que se vislumbraba en ese mes de noviembre de 2019 ha pasado a ser una de las realidades más difíciles y, a la vez, que más han contribuido a afrontar nuevos retos, que nos siguen poniendo ante nuevos horizontes. Estos retos nos impulsan a continuar trabajando para seguir cerca de la población, de las personas sanas y enfermas, y por supuesto de sus familias. Siempre desde la motivación de contribuir al desarrollo de nuevos modelos de cuidados basados en la profesionalidad y en la humanización. Ciencia y cuidado humanizado, siempre a la par, siempre de la mano.

Con el lema *Caminando hacia nuevos horizontes*, el Congreso Internacional de Investigación, Formación y Desarrollo Enfermero acogió hace dos años a estudiantes recién egresados y profesionales de enfermería tanto nacionales como internacionales, entre los que queremos agradecer especialmente a la Dra. Nena Pagallo, decana de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Carolina del Norte, y al Dr. Johis Ortega, director de Programas Internacionales en la Escuela de Enfermería

y Estudios de Salud de la Universidad de Miami. Todos ellos hicieron posible que este encuentro contribuyera a promover y poner en valor la investigación y la práctica enfermera basada en la evidencia en distintos ámbitos de actuación.

Este congreso, que celebró su tercera edición en noviembre de 2019, permitió dar a conocer trabajos inéditos, también de estudiantes, que estimulan iniciativas que permiten incorporar las mejores prácticas en la actividad enfermera, tanto para aumentar la calidad de los cuidados como para mejorar el desarrollo de la profesión.

Las experiencias compartidas en investigación, así como la relevancia de las aportaciones de los diferentes ponentes invitados, de reconocido prestigio, hicieron de este encuentro una excepcional oportunidad para compartir experiencias y propuestas que, sin duda, promoverán más espacios de colaboración, además de suponer una motivación para los nuevos y futuros profesionales, y por supuesto para los que no perdemos el interés por orientar nuestro día a día hacia la mejora continua.

En este libro de ponencias, hemos recogido todas y cada una de estas aportaciones, presentadas en las seis mesas de comunicaciones, con temas relacionados con el cuidado de los más pequeños, el futuro de la enfermería, los pacientes crónicos, la evolución educativa y la enfermería comunitaria.

No quiero terminar sin dar las gracias a todas las personas que hicieron posible ese encuentro, a todas las contribuciones que han permitido contar en este momento con este libro y a todos los que, de una manera o de otra, vamos a seguir trabajando para ampliar horizontes, para superar retos y para continuar haciendo de la enfermería la profesión más bonita del mundo.

Valoración de las intervenciones educativas sobre cuidados del recién nacido recibidas por los padres primerizos en el área de salud de Valladolid Este

Laura Arnáez Núñez

INTRODUCCIÓN

Una de las experiencias personales más fascinante es el inicio de la vida de los hijos. Los nuevos progenitores tienen mucho que aprender poco después del nacimiento, y en la actualidad no siempre tienen el apoyo social o un modelo de conducta. Por tanto, es fácil que los progenitores no sepan cómo afrontar adecuadamente esta nueva situación. Habitualmente, disponen de asesoramiento por parte de amigos, conocidos o familiares, que puede llegar a ser contradictorio y llevar a conflicto (por la discrepancia entre las opiniones, basadas a menudo en experiencias personales).

Por otro lado, el nacimiento de un hijo tiene una serie de implicaciones que convierten a la familia en objeto de cuidado. Surgen de manera inmediata una amplia gama de necesidades (tanto para el neonato como para los progenitores). Por tanto, aparece la necesidad inmediata de dar respuestas efectivas para garantizar la salud, el bienestar y el desarrollo de la familia. Para que toda nuestra información sea siempre la misma, y así evitar confusiones, es necesario crear un programa de educación para la salud (en adelante, EPS) en relación con los cuidados del recién nacido.

El programa de EPS en neonatos está diseñado para que los padres estén preparados para afrontar los primeros días en la vida de su bebé. Es una guía de consejos básicos y elementales sobre los cuidados que deben recibir. Los conocimientos sobre los cuidados de su bebé proporcionará a los progenitores seguridad y autoconfianza, y disminuirán el miedo y el estrés.

BIBLIOGRAFÍA MÁS RELEVANTE Y ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Para la realización de este proyecto de investigación, se llevó a cabo una revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Cochrane, Science Direct, Biblioteca Virtual de la Salud (en adelante, BVS) y Cuiden.

En primer lugar, para establecer la cadena de búsqueda, se utilizaron los tesauros MeSH y DeCS, así como los tesauros propios de las bases de datos utilizadas. En Science Direct, se usó texto libre. Posteriormente, se configuraron limitadores de búsqueda, ya que cada base de datos dispone de sus propios limitadores.

De entre los artículos conseguidos mediante la búsqueda bibliográfica, se excluyeron los artículos duplicados. Se realizó una primera selección de acuerdo con los títulos y el resumen. Se obtuvo el texto completo de aquellos artículos que fueron de relevancia de acuerdo con la pregunta de investigación: ¿La educación a los padres primerizos, en relación con los cuidados del recién nacido, mejora la percepción respecto a sus capacidades en la crianza y disminuye su ansiedad?

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

La población que se incluyó en la revisión fueron los padres o madres primerizos/as de niños sanos en el periodo perinatal (desde las veintidós semanas de edad gestacional hasta los siete primeros días de vida) y neonatal (desde el nacimiento hasta los veintiocho días de vida). Quedaron incluidos independientemente de la edad a la que tuvieron a su hijo/a.

Se incluyeron artículos que contenían datos sobre la intervención educativa procedente de profesionales de enfermería dirigida a los padres. Dicha intervención podía contener promoción de la salud en ámbitos concretos o combinados: lactancia, accidentes, cuidados del recién nacido, intervenciones sanitarias habituales (cribado neonatal, vacunaciones, profilaxis oftalmológica) y complicaciones (ictericia, vómitos, atragantamiento, síndrome de muerte súbita del lactante).

También se incluyó documentación que contenía una valoración de la efectividad de las intervenciones de EPS o promoción de la salud y también los que contenían información sobre el grado de satisfacción o aceptación de los padres receptores.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se excluyó la información relativa a los programas de intervención educativa para padres de niños con patologías concretas, agudas o crónicas. También se excluyó aquella documentación que contenía información sobre intervenciones educativas que abarcaban contenido relacionado con otros periodos diferentes a los descritos o con temas diferentes. Por último, se excluyeron las intervenciones educativas no iniciadas por los profesionales de enfermería y las intervenciones realizadas en servicios especiales, por ejemplo, UCIN.

JUSTIFICACIÓN

El nacimiento de un hijo es un momento clave en la vida. Como tal, es un momento de cambio que conlleva un periodo de adaptación y que puede generar mucho estrés. La labor de la enfermera, como profesional del cuidado, y en busca de una atención integral, es el establecimiento del vínculo entre la madre y el niño (contacto precoz en el momento del nacimiento) y la consolidación de los nuevos roles de los progenitores, dado que son ellas quienes tiene contacto precoz y estrecho con las vivencias de la familia, por lo que pueden hacer de cada situación una instancia de aprendizaje.

Las intervenciones enfermeras estarán dirigidas, por una parte, a favorecer el apego y la observación de la conducta del recién nacido por parte de los padres y, por la otra, a fomentar en ellos hábitos saludables, facilitarles la expresión de sus dudas e inquietudes y enseñarles las cuestiones básicas inherentes al autocuidado y al cuidado del recién nacido para prevenir riesgos potenciales en su salud. La salud es considerada en nuestra sociedad como un valor fundamental; sin embargo, las conductas sanas, al igual que los comportamientos inadecuados, no son algo innato, sino que la educación que le brindan los profesionales de enfermería puede apoyarlos o modificarlos.

Hay familias que se sienten cómodas expresando sus dudas y problemas respecto del cuidado de su hijo, pero no es algo que pueda generalizarse. Una de las habilidades del profesional enfermero consiste en detectar las diferencias de cada familia para así cumplir con sus necesidades de información. Es importante conseguir que los padres lleguen a un nivel de autoestima adecuado para que puedan sentirse capaces de ejercer su nuevo rol con responsabilidad y autonomía.

Por otro lado, no podemos obviar el hecho de que el ámbito de cuidados desde el nacimiento está muy influido por las costumbres, pautas culturales, religiosas y sociales de la familia. La importancia de la influencia de este conjunto de conocimientos previos es tal que muchas veces los propios padres no son capaces de objetivarla en su vida cotidiana. La enfermera, en el ámbito de la EPS que les brinda a los padres primerizos, debe valorar adecuadamente el ideario subyacente en las familias para ayudarlas a construir su propio modelo de crianza.

Las referencias bibliográficas encontradas defienden la efectividad de las intervenciones educativas tanto en aspectos concretos como en el ámbito global de los cuidados del recién nacido, pese a que algunos de ellos describan la falta de evidencias para llegar a conclusiones concretas. Es necesario investigar más en el ámbito de la preventiva del recién nacido y de la EPS sobre cuidados del recién nacido.

El estudio de los programas de intervención educativa y de su efectividad es importante en nuestro papel como profesionales de la salud, por lo que indagar en este campo puede ayudarnos, en un futuro, a dirigir una buena intervención educativa, actuar con más profundidad en la preventiva y en la promoción de la salud de la familia y, en consecuencia, favorecer el óptimo desarrollo de los recién nacidos.

OBJETIVOS

- Objetivo primario: Describir las intervenciones educativas enfermeras recibidas por los padres primerizos en el Área de Salud de Valladolid Este.
- Objetivos secundarios:
  – Identificar las necesidades informativas percibidas por los padres primerizos y su relación con las diferentes intervenciones educativas.
  – Medir el grado de satisfacción de los padres primerizos con las intervenciones educativas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño

Este proyecto de investigación (tratando de dar cumplimiento a los objetivos fijados) se dedicó a recoger datos sobre variables previamente determinadas, procesarlos y analizarlos. Se trata de un estudio analítico, observacional y de corte transversal en el que se trató de conocer la formación que los padres primerizos han recibido y cómo ha repercutido dicha información sobre su preparación y su percepción de autoconocimiento como cuidadores principales. Se incluyeron las intervenciones recibidas durante el periodo perinatal y neonatal. Para alcanzar nuestro objetivo primario, utilizamos un estudio analítico de corte transversal, ya que, mediante el análisis de los datos recogidos en los centros de salud del Área Este de Valladolid, se podrían conocer y describir cuáles eran las intervenciones educativas enfermeras que se están llevando a cabo en nuestra área de salud.

Hipótesis

- El nivel de satisfacción de los padres aumenta tras la realización de los talleres de padres primerizos o clases de preparación al parto.
- El nivel de satisfacción no varía de forma relevante tras recibir información hospitalaria o información escrita.
- En el ámbito rural, existe menor asistencia a intervenciones educativas.
- En la mayor parte de la formación que reciben los padres, la enfermera de pediatría tiene poca representación.
- Los padres demandan más información acerca del desarrollo normal del bebé cuando no reciben información por parte de la enfermera de pediatría.
- La colaboración del equipo de profesionales sanitarios es beneficiosa y se traduce en un aumento de la satisfacción de los padres.

Ámbito de estudio

Centros de salud urbanos y rurales del Área Este de Valladolid. Se incluyeron dieciséis centros de atención primaria pertenecientes al Hospital Clínico Universitario de Valladolid y seis centros de salud englobados en el Hospital Comarcal de Medina del Campo. Es necesario exponer que no todos los centros de salud cuentan con consulta de pediatría o con horario de atención diaria.

El Área Este de Valladolid cuenta con doce zonas básicas de salud, que constituyen la zona urbana de Valladolid. Además, el ámbito urbano cuenta con tres puntos de atención continuada (PAC). Todos ellos disponen de atención continuada veinticuatro horas de lunes a domingo. Asimismo, el Área de Valladolid Este cuenta con diez zonas básicas de salud en el ámbito rural. Todos los centros de salud que componen el ámbito rural del Área Este de Valladolid cuentan con puntos de atención continuada (PAC), uno en cada uno de los centros de salud (con horario de atención de 15:00 a 20:00 h) de lunes a viernes y durante veinticuatro horas los fines de semana.

Tipo de estudio

Se trata de un estudio analítico, en el que se estudia la preparación de los padres de recién nacidos a término, en la consulta de los dos meses y en su centro de salud de referencia.

Mediante una encuesta y el posterior análisis de los resultados, tratamos de investigar acerca de la formación que los futuros padres han recibido, en qué momento y cómo ha repercutido en su preparación, en su percepción de autoconocimiento y en su formación como cuidadores principales.

Sujetos/participantes

La población de estudio fueron aquellos padres y madres primerizos del Área Sanitaria de Valladolid Este que cumplían los criterios de inclusión, aquellos que acudieron a los centros de salud a las consultas de matrona para realizarse la revisión posparto o a los grupos de preparación al parto y a las consultas de la enfermera de pediatría de la revisión del RN a los dos primeros meses de vida. Se decidió incluir dentro de la población a padres y madres biológicos, independientemente de su estado civil, dado que valoramos su percepción y manejo de la información recibida en su papel como cuidador principal de forma individual. Se incluyeron dentro de nuestro estudio los padres y madres biológicos de cualquier cultura y etnia, como parte integrante de nuestra sociedad diversa, aunque reconocemos que, en ciertas

situaciones, sus creencias, costumbres o idioma pueden dificultar la captación o recogida de la información.

- Criterios de inclusión
  - Pertenecer al Área Sanitaria de Valladolid Este.
  - Padres y madres de recién nacidos a término sanos.
  - Primer/a hijo/a.
  - Padres o madres biológicas de cualquier cultura, etnia o religión.
  - Personas que estén mentalmente capacitadas para entender el cuestionario.
- Criterios de exclusión
  - Recién nacidos pretérmino, por la peculiar complejidad que caracteriza su cuidado y por la patología que con frecuencia suelen padecer. Los progenitores de estos niños y niñas requieren un protocolo específico de educación tras el alta. Los padres de estos niños tendrán unas necesidades de formación orientadas a las patologías que presenten o relacionadas con su prematuridad.
  - Recién nacidos a término con cualquier afectación grave de su salud, enfermedades degenerativas o congénitas, debido a la dificultad en su abordaje y a los cuidados específicos y orientados a su patología que requieren.
  - Recién nacidos mayores de dos meses o menores de un mes, por no cumplir el periodo estipulado para la recogida de datos.
  - Padres con hijos anteriores biológicos o adoptados.
  - Padres y madres de niños adoptados o en acogimiento temporal, ya que presumiblemente no han recibido ninguna de las intervenciones educativas que se contemplan dentro de los programas de salud (creemos que dicha circunstancia no les exime de la necesidad de recibir información que aumente su nivel de preparación de cara al cuidado y la crianza del hijo o la hija).
  - Padres o madres que no comprendan castellano ni se comuniquen en castellano.
  - Recién nacidos que no vengan acompañados por su cuidador principal (padre/madre biológicos), sino por familiares.

Variables de estudio

- Variable independiente: Intervenciones educativas enfermeras que se llevan a cabo en los centros de salud.
- Variables demográficas:
  - Edad de los padres.
  - Sexo de los padres.
  - Nivel de estudios de los padres.

- Otras variables:
  - Nivel de satisfacción.
  - Percepción de autoconocimiento.
  - Necesidades de información.

Técnicas de recogida de datos

Los datos de nuestra muestra se recogieron a través de una encuesta, también denominada *muestreo no probabilístico de conveniencia*. Durante el periodo entre diciembre y enero de 2015-2016, todos aquellos padres que cumplieron los criterios de inclusión, y dieron su aprobación para participar en el estudio, recibieron una encuesta de manos de su enfermera de pediatría de referencia. Para conocer la situación de los padres y madres respecto a su nivel de preparación, se procedió a utilizar una encuesta autoadministrada entregada en mano. A dicha encuesta la acompañó una solicitud de consentimiento oral para la participación en el estudio, y se explicó brevemente el modo de cumplimentación, en los casos en los que fue preciso.

Se trató de un estudio retrospectivo en el que nuestro objetivo fue analizar la formación recibida, antes de la llegada del recién nacido, en el posparto inmediato o periodo neonatal, y conocer el nivel de satisfacción que deriva de dicha formación (que se traduce en una mejora tangible o de autopercepción acerca de su preparación para afrontar su nuevo rol parental). La encuesta nos permitió recoger datos en lo referente a estas variables para su posterior valoración y análisis. La encuesta fue estructurada, con dieciocho preguntas, de las cuales cuatro fueron acerca de datos generales, once preguntas con respuesta cerrada sí/no, oral/escrito, y una pregunta con respuesta múltiple en la que debían señalar sobre qué aspectos relativos al cuidado de su hijo les interesaría recibir más información. Por último, una pregunta en la que los padres valoraron de forma general la información recibida.

Análisis de datos

Tras la recolección de los datos obtenidos en los cuestionarios, se procedió a su recopilación, valoración y análisis. Las variables se presentaron en su distribución de frecuencias. Mediante el test ji al cuadrado de Pearson, se analizó la asociación de las variables cualitativas. En el caso de que el número de celdas con valores esperados menores que 5 fuera de más de un 20 %, se utilizó el test exacto de Fisher o el test razón de verosimilitud para variables con más de dos categorías. Los datos han sido analizados con el programa estadístico IBM SPSS Stadistics versión 20.0 para Windows. Aquellos valores de $p < 0,05$ han sido considerados estadísticamente significativos.

RESULTADOS

En cuanto a la correlación de las variables cualitativas estudiadas, hubo diferencias estadísticamente significativas:

- El 84,6 % de los individuos que habían cursado estudios de secundaria y el 83,3 % de los padres que habían cursado estudios superiores asistieron a las clases de preparación al parto, frente al 46,2 % de los padres con estudios de atención primaria (P = 0,015).
- El 79,2 % de los que cursaron estudios superiores y el 87,5 % con estudios de secundaria consideraron que la información acerca de los cuidados del recién nacido fue suficiente, frente al 40 % de los padres que habían cursado estudios de primaria (P = 0,018).
- En cuanto a la demanda de información, el 94,1 % de los progenitores con estudios de secundaria y el 87,5 % con estudios superiores demandaron al menos algún tipo de información (de entre las opciones enumeradas en el cuestionario), frente al 45,5 % de los progenitores con estudios primarios (P = 0,007).
- En cuanto a los progenitores que consideraron la información recibida insuficiente, el 100 % de los mayores de treinta años había acudido a las clases de preparación al parto, frente a los menores de treinta años, que acudieron en un 33,3 % (P = 0,011).
- De entre los padres que acudieron a las clases de preparación al parto, el 93,3 % de los mayores de treinta años demandaron más información, frente al 63,6 % de los menores de treinta años (P = 0,012).
- Por otra parte, de entre los progenitores que consideraron la información suficiente, el 68,2 % había recibido al menos dos sesiones específicas sobre cuidados del recién nacido, y el 29,5 % había recibido una. Por último, el 86,3 % de los progenitores que consideraron la información suficiente había recibido información hospitalaria oral, frente al 66,7 % de los que la recibieron y la consideraron insuficiente (P < 0,01).

DISCUSIÓN

En nuestro estudio, pudimos comprobar que las encuestan fueron completadas por una muestra similar de sujetos de los diferentes ámbitos (rural y urbano). Solo fue necesario excluir un cuestionario, debido a que era procedente de una madre no primeriza. La edad media de los encuestados es bastante similar, y se concentra en su mayoría en la franja de entre treinta y cuarenta años, tal y como cabía esperar, teniendo en cuenta las tendencias de nuestra sociedad

actual expuestas en el Instituto Nacional de Estadística. Con respecto al sexo de los padres que completaron el cuestionario, cabe destacar la gran diferencia entre madres y padres. Esto nos hace pensar que el cuidado de los hijos en los primeros meses de vida sigue recayendo sobre las madres. Creemos que el motivo principal de que ocurra esta repartición de tareas tiene relación con los aspectos laborales.

El principal objetivo de nuestro estudio consistía en conocer las intervenciones educativas que se están realizando en el Área Valladolid Este. Hemos podido observar que existe una amplia variabilidad de intervenciones en los diferentes centros de atención primaria. La intervención educativa que más prevalencia tiene es la información escrita, seguida de las clases de preparación al parto. Los talleres para padres primerizos tienen poca relevancia en comparación con otras intervenciones educativas.

En la mayoría de los casos, es la matrona en solitario la persona encargada de dirigir dichas clases. Existen unos pocos casos en los que los 57 individuos encuestados han referido que recibieron información por parte de la enfermera pediátrica o de otros profesionales, lo que confirma nuestra hipótesis de que la enfermera pediátrica tiene poca representación actualmente en las intervenciones educativas dirigidas a los padres y madres. A pesar de que no hemos encontrado una diferencia estadísticamente significativa, debido en su mayor parte a una muestra insuficiente, parece que, en los casos en los que la enfermera pediátrica colabora (tanto en solitario como acompañando a la matrona o a otros profesionales), los padres tienden a valorar positivamente la información recibida acerca de los cuidados del recién nacido.

En concordancia con nuestra hipótesis, existe un porcentaje mayor de padres en el ámbito rural que no acude a la preparación al parto comparándolos con los padres del ámbito urbano. Sería interesante comprobar si tal hecho se debe a la falta de accesibilidad o a otros motivos ajenos.

En cuanto a la satisfacción derivada de las intervenciones educativas, no hemos podido objetivar diferencias significativas. Es necesario realizar un estudio más amplio y prolongado para llegar a conclusiones certeras acerca de la satisfacción derivada de cada una de las intervenciones educativas. Aun así, hemos objetivado que la valoración de las intervenciones educativas recibidas es altamente positiva.

La limitación principal de nuestro estudio fue la muestra insuficiente, ya que esta nos impidió indagar en las correlaciones entre las diferentes variables. Los resultados obtenidos nos instan a realizar un estudio a mayor escala para determinar de forma más concreta las necesidades de educación de los futuros padres y para evaluar de una forma más específica la eficacia de las diferentes intervenciones educativas.

CONCLUSIONES

La educación para la salud, la promoción de la salud y, en definitiva, las intervenciones educativas son instrumentos muy valiosos en la pediatría preventiva y son muy relevantes para el mantenimiento de un óptimo estado de salud de la familia y de los recién nacidos. Parece existir una relación positiva entre la realización de las diferentes intervenciones educativas y el aumento de la satisfacción de los padres. Aun así, debido a que un gran número de encuestados demanda más información acerca de los cuidados del recién nacido, es necesario que se refuercen las intervenciones educativas por parte de todos los profesionales implicados.

BIBLIOGRAFÍA

1. AEPap, Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Programa de Salud Infantil (PSI) (1.ª ed.). Madrid: Exlibris Ediciones; 2009.
2. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ginebra: OMS; 1986.
3. Consejo Interterritorial del Sistema nacional de salud. Formación en Promoción y educación para la salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2014.
4. Romero, M. C. *et al.* La salud desde el principio. Valladolid: Junta de Castilla y León; 2013.
5. Salvadó, M. C., Guerrero, E., Florido, M., Tomás., M., Soler, A., Rueda, P. *et al.* Intervención educativa grupal sobre cuidados neonatales a futuros padres. Metas enferm. 2012; 15(3):20-25.
6. Bryanton, J., Beck, C., Montelpare, W. Educación posnatal de padres para la optimización de la salud infantil general y las relaciones entre padres e hijos. Cochrane Database of Systematic Review. 2013; 11. (N.º CD004068. DOI: 10.1002/14651858.CD004068).
7. Barlow, J., Smailagic, N., Huband, N., Roloff, V., Bennett, C. Programas de entrenamiento grupales para padres para mejorar su salud psicosocial. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2014; 5. (N.º CD002020. DOI: 10.1002/14651858.CD002020).
8. Barlow, J., Parsons, J. Programas grupales de entrenamiento para padres para mejorar el ajuste emocional y conductual en niños de cero a tres años de edad (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus. Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Recuperado de: http://www.bibliotecacochrane.com. (Traducida de The Cochrane Library, Vol. 3). Chichester: John Wiley & Sons; 2008.
9. Shu Fen Ong, Wai-Chi Sally Chan, Shefaly Shorey, Yap Seng Chong, Piyanee Klainin-Yobas, Hong-Gu He. Postnatal experiences and support needs of first-time mothers in Singapore: A descriptive qualitative study, Midwifery. 2014; 30(6):772-778.
10. Beltrán, C., Sánchez, S., Gómez, S., Duque, C., Sukkarieh, S., Sukkarieh, L. Actualización sobre las fuentes de educación para la salud en la mujer gestante. Rev Paraninfo Digital. 2011 [Consultado el 25 de octubre del 2015]; 12. Recuperado de: http://www.index-f.com/para/n11-12/030d.php
11. Castro, L., Zapata, M. A. Cuidados del recién nacido en su primer año de vida. Educare21. 2009; 58. Recuperado de: http://preview.enfermeria21.com/educare/secciones/aprendiendodetalle_index.php?Mg%3D%3D&MTg1&Mjc%3D&MzAwMQ%3D%3D
12. Monteiro, A. L., Rodrigues, C., Mendonça, D., Almeida, M., Rangel, L. Conhecimentos de familiares sobre os cuidados com recém-nascidos. Conocimientos de familiares acerca de la atención a recién nacidos. Rev RENE. 2015; 16(2):258-265.
13. Weiner, E. A., Billamay, S., Partridge, J. C., Martinez, A. M. J Perinatol. Antenatal education for expectant mothers results in sustained improvement in knowledge of newborn care. 2011; 31(2):92-97.
14. Reich, S. M., Penner, E. K., Duncan, G. J. Using baby books to increase new mothers' safety practices. Acad Pediatr. 2011; 11(1):34-43.
15. Bergmann, R. L., Kamtsiuris, P., Bergmann, K. E., Huber, M., Dudenhausen, J. W. Competent parenting: expectations of young parents of counseling on pregnancy and labor. Z Geburtshilfe Neonatol. 2015;204(2):607.

16. Molinero, P., Burgos, M. J., Mejía, M. Resultado de una intervención de educación para la salud en la continuidad de la lactancia materna. Enferm Clin. 2015; 25(5):232-238.
17. Mete, S., Yenal, K., Okumu, H. An Investigation into Breastfeeding Characteristics of Mothers Attending Childbirth Education Classes. Asian Nursing Research. 2010; 4(4):216-226.
18. Pitts, A., Faucher, M. A., Spencer, R. Incorporating breastfeeding education into prenatal care. Breastfeed Med. 2015; 10(2):118-123.
19. Craig, H. J., Dietsch, E. 'Too scary to think about': first time mothers' perceptions of the usefulness of antenatal breastfeeding education. Women Birth. 2010; 23(4):160-165.
20. Costa, E., Gaiva, Munhoz, M. A., Gomes, J., Abud Mourão, S. O conhecimento de puérperas sobre a triagem neonatal. Cogitare Enferm. 2011;16(2):282-288.
21. Araia, M. H., Wilson, B. J., Chakraborty, P., Gall, K., Honeywell, C., Milburn, J., Ramsay, T., Potter, B. K. Factors associated with knowledge of and satisfaction with newborn screening education: a survey of mothers. Genet Med. 2012; 14(12):963-970.
22. D'Halluin, A. R., Roussey, M., Branger, B., Venisse, A., Pladys, P. Formative evaluation to improve prevention of sudden infant death syndrome (SIDS): a prospective study. Acta Paediatr. 2011; 100(10):147-151.
23. Miller, L. H., Fraser, A., Moy, R. How does cot death prevention advice influence parents' behaviour? Child Care Health Dev. 2008; 34(5):6138.
24. Rogers, S. C., Gallo, K., Saleheen, H., Lapidus, G. Can nurse education in the postpartum period reduce car seat misuse among newborns? J Trauma Acute Care Surg. 2013; 75(4-3):S319-23.
25. Ateah, C. A. Prenatal parent education for first-time expectant parents: «making it through labor is just the beginning…». J Pediatr Health Care. 2013;27(2):91-97.
26. Altman, R. L., Canter, J., Patrick, P. A., Daley, N., Butt, N. K., Brand, D. A. Parent education by maternity nurses and prevention of abusive head trauma. Pediatrics. 2011; 128(5):e1164-72.
27. Fernández, S., Gómez, O., Posadillo, M. D. Estudio Ictericia Neonatal. Importancia de la Educación Maternal Postparto. Rev Paraninfo Digital. 2008 [Consultado el 25 de Octubre del 2015]; 5. Recuperado de: http://www.index-f.com/para/n5/p159.php
28. De Tina, A., Quattrin, R., Montina, L., Brusaferro, S. Paediatric emergency department utilisation: is it necessary an educational intervention? Ig Sanita Pubbl. 2014; 70(2):141-50.
29. Soria, R. M. Educación a los padres del recién nacido en el alojamiento conjunto. Enfermería neonatal [Internet]. 2012 [citado 25 septiembre 2015]; IV(13):22-31. Recuperado de: http://fundasamin.org.ar/newsite/wp-content/uploads/2012/05/Educaci%C3%B3n-a-los-padres-del-reci%C3%A9n-nacido-en-el-alojamiento-conjunto.pdf

Relación entre los factores influyentes en el bienestar de familias vulnerables en España y Perú

Ana Cebrero Rodríguez

INTRODUCCIÓN

La vulnerabilidad caracteriza a la persona o al conjunto de ellas con dificultades para proteger sus intereses [1]. Podemos clasificarla en tres tipos:

- Individual: incluye aspectos biológicos, emocionales, cognitivos, actitudinales e interpersonales [2].
- Social: engloba aspectos culturales, sociales y económicos [2]. Estos determinarán el acceso del individuo/familias a los bienes y servicios de la comunidad a la que pertenecen.
- Programática: presente en aquellos que carecen de recursos para solventar las vulnerabilidades individuales y sociales [1, 2].

De esta manera, desmitificamos que la pobreza (aspecto económico de la vulnerabilidad social) sea la única causa del concepto de vulnerabilidad en los hogares [2]. Por lo tanto, una unidad familiar puede no ser pobre y presentar alguna categoría de vulnerabilidad en aspectos distintos al económico.

De manera tradicional, el concepto de exclusión social se ha asociado a situaciones de aspecto económico [2]. En la actualidad, el término *exclusión social* ha evolucionado; autores como Hills o Subirats han definido el concepto de exclusión social a través de las siguientes características [3]:

- La relatividad: depende de los factores que afectan a la persona o unidad familiar.
- La complejidad: obedece al tipo de vulnerabilidad o factores económicos, psicológicos, culturales y sociales por los que se ven afectados los individuos o la familia.
- La multidimensionalidad: de acuerdo con el ámbito de la vida de las personas o familias al que afecte (económico, educación y salud, relaciones sociales o a la vivienda).

- El dinamismo: Castel establece tres zonas en las cuales los individuos afectados fluctúan, de acuerdo con sus carencias:
  - Zona de integración: familias con un empleo fijo, sólidas relaciones familiares y protección social.
  - Zona de vulnerabilidad: presentan una inestabilidad con respecto al área anterior.
  - Zona de exclusión: familias que han perdido en gran medida los recursos con los que se ven favorecidas las zonas anteriores.

MARCO TEÓRICO

Senescencia en América del Sur

La senescencia da lugar a vulnerabilidades biológicas (alteraciones orgánicas y funcionales) [4] y psicológicas [1]. El rápido envejecimiento de la población en países como Perú, de bajos y medios ingresos, está generando un aumento de las enfermedades crónicas y de la discapacidad [4].

Mujer en América del Sur

A su vez, se está produciendo un aumento de la educación y la participación en el mundo laboral por parte de las mujeres, principales cuidadoras de niños y ancianos. Las mujeres se identifican como *cuidador principal*, mientras que los hombres lo hacen como *cabeza de familia*; sin embargo, ellas, están empezando a transgredir estas normas de género no escritas, comenzando por la toma de decisiones unilaterales. Actualmente, en los países de baja y media renta, se está empezando a empoderar a la mujer [4]. Además, se ha mostrado una reversión en cuanto a las diferencias educacionales entre hombres y mujeres. Lo que refleja otro factor más de la evolución positiva del rol de la mujer en la sociedad [5].

Estos hechos complican la gestión del cuidado de los miembros de la familia propensos a necesitar una mayor atención. Hoy en día, la solución que han adoptado es una modificación extendida de las familias, donde se han establecido unos patrones de corresidencia. Si nos basamos en la evidencia, esto contribuye positivamente en la economía familiar, siempre y cuando los ancianos sean beneficiarios de pensiones sociales, y no supongan un incremento de los gastos debido a enfermedades crónicas [4].

Infancia y adolescencia

En lo referente al trabajo infantil en América del Sur, este está estrechamente relacionado con las condiciones socioeconómicas desfavorables de la familia, el absen-

tismo escolar y el desempleo de los progenitores. A medida que el nivel educacional del cabeza de familia aumenta, disminuye el número de familias cuyos hijos realizan algún tipo de trabajo infantil. La misma relación se observa con los ingresos per cápita de las familias; cuantos más ingresos, menos tasas de menores trabajadores [5].

La desnutrición es otro problema latente en estos países que afecta a los menores. En 2014, se publicó un estudio realizado en el Sobral (Brasil), donde el 30 % de las familias comunicó que sus hijos habían padecido desnutrición [5].

En España, las familias que se han visto afectadas por este factor de vulnerabilidad han aumentado desde la crisis económica de 2007-2008. Si bien actualmente en España no existe ningún sistema que realice un seguimiento de los procesos de exclusión social a los que se ven sometidos un gran número de unidades familiares, de existir, debería contemplar acciones básicas, tales como la producción de información referente a las familias y la intervención temprana una vez hayan sido identificadas. En lo referente a la exclusión infantil, deberían tenerse en cuenta cuatro aspectos [3]:

- El niño como sujeto de derechos (genera un deterioro de la infancia).
- La necesidad de apoyo familiar (el menor carece de autonomía para hacer que prevalezcan sus derechos).
- Consecuencias en la vida adulta: afectación en la maduración del niño (física, psicológica, afectiva y en sus relaciones).
- Transmisión generacional de la exclusión: puede prolongarse en la edad adulta y cabe la posibilidad de que este se la transmita a su descendencia, dando lugar a un bucle generacional.

El estilo de vida contribuye a la salud y al bienestar del individuo. Su influencia positiva o negativa en la calidad de vida del sujeto estaba determinada por el consumo de sustancias como el tabaco, el alcohol o el cannabis [4]. Sin embargo, debemos tener en cuenta la situación socioeconómica, los valores culturales transmitidos y la labilidad de estos en ambientes socialmente desiguales (los comportamientos hipersexuados o violentos a los que son propensos debido al entorno en el que se desarrollan), así como la comunicación dentro de la unidad familiar [6].

Existe una gran variedad de circunstancias vitales que pueden constituir la adversidad en la niñez y la adolescencia. Por ello, las intervenciones que se realicen a nivel sanitario y social deben estar ajustadas a las necesidades de cada individuo. En la adolescencia, la capacidad de afrontamiento de la adversidad es muy resiliente, pero su resistencia es limitada y volátil [6].

Los jóvenes son un pilar importante de la comunidad, como lo son para ellos las experiencias personales y sus vivencias (problemas de salud mental, vivir en barrios empobrecidos o marginales). Es el entorno que los rodea y aquello que han vivido desde niños lo que los moviliza a intentar ser reconocidos en las distintas esferas de sus vidas [7].

La discriminación es un factor presente en muchas de las interacciones sociales de los jóvenes en situación de vulnerabilidad, ya que esta está en muchas ocasiones ligada a la discapacidad [8]. Estos actos discriminatorios se basan en los prejuicios hacia un grupo vulnerable y concreto, que es identificado negativamente por su situación de discapacidad por el resto de la población [9].

Las disparidades existentes y escasas oportunidades de acceso de estas familias al campo de la salud representan, también, una expresión objetiva de las desventajas socioeconómicas y sanitarias de estas personas en situación de vulnerabilidad [9]. Por ello, los fallos en los microsistemas familiar, escolar y sanitario impiden que los niños se desarrollen y formen con normalidad, y los mantiene en el ciclo de pobreza, marginación y discriminación inicial en el que nacieron [10].

Salud, educación y profesionales

La educación popular en salud (América del Sur) es un campo nuevo debido al incipiente desarrollo de la población. Cuando se habla de la educación popular como una práctica transversal que debe darse en los distintos ámbitos del cuidado de la salud, un aspecto muy importante es en la atención básica [11].

Tanto en Perú como en España, un cuerpo profesional sanitario que destaca en el proceso de promoción de la salud es la enfermería. Los enfermeros se encargan de potenciar la relación entre la educación y la formación de una conciencia crítica para que los pacientes sean capaces de entender las vulnerabilidades a las que están expuestos y enfrentarse a ellas para mejorar su calidad de vida [11].

Desde enfermería, se intenta construir una relación de confianza entre el profesional y el usuario, de tal manera que juntos puedan trabajar para que las familias aprendan y estos sean autónomos en sus propios cuidados y atenciones [12]. La colaboración, cooperación, comunicación y continuidad de los cuidados son pilares fundamentales en la promoción, construcción y refuerzo del comportamiento individual y colectivo que les permite a estas poblaciones superar su condición de vulnerabilidad [13].

MÉTODO

Tipología del estudio

Estudio transversal, realizado en la provincia de Piura (Perú) y Tres Barrios (Sevilla, España), desde el mes de junio hasta noviembre de 2018.

Cálculo del tamaño muestral

Para realizar el cálculo de la muestra, se ha tenido en cuenta el número total de familias que pertenecen a las asociaciones y al colegio mencionado con anterio-

ridad. Contaremos con 254 familias en la ciudad de Piura (Perú) y 325 familias en Tres Barrios (Sevilla, España). Para calcular el tamaño global de la muestra, ha sido necesario el uso de la fórmula Psyma [14]. Se ha establecido un nivel de confianza del 95 % y un margen de error del 14,7 % para un tamaño poblacional de 629 personas entre España y Perú. De estas, se han seleccionado aleatoriamente 21 familias en cada zona geográfica, lo que supone un total de 42 familias para la muestra.

Población

En el estudio han participado familias que presentan algún tipo de vulnerabilidad individual, social o programática.

Escala FACES II y cuestionarios

Los datos fueron recogidos mediante cuestionarios de perfiles sociodemográficos, geográficos, de necesidades sanitarias, de hábitos de vida y de afrontamiento de problemas, así como a través de la escala de evaluación de adaptabilidad y cohesión (FACES II), instrumento que nace en 1980 a raíz del desarrollo del modelo circunflejo de Olson, Sprenkle y Russell. Según el modelo circunflejo, ambas dimensiones son curvilíneas; esto significa que las unidades familiares que se encuentren en los extremos serán familias disfuncionales, por lo que los niveles centrales serán aquellos relacionados con una buena dinámica de dicha unidad. El modelo circunflejo divide ambas dimensiones en cuatro niveles, según los cuales obtendremos una tipología de unidad familiar [15]:

- Cohesión:
  - Familias enmarañadas (muy alta).
  - Familias conectadas (moderada-alta).
  - Familias separadas (moderada-baja).
  - Familias desapegadas (muy baja).
- Adaptabilidad:
  - Familias caóticas (muy alta).
  - Familias flexibles (moderada-alta).
  - Familias estructuradas (moderada-baja).
  - Familias rígidas (muy baja).

La cohesión se refiere al vínculo emocional que comparten los individuos que forman la unidad familiar, y la adaptabilidad, a la habilidad que presenta dicha unidad familiar para cambiar.

Los cuestionarios se han realizado de manera autoadministrada y heteroadministrada, debido a que había personas analfabetas, con problemas de visión o que no entendían el español.

Análisis y estudio de los datos

El análisis estadístico de los datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS versión 22.0 para Windows.

En el análisis univariante de las distintas variables, se aplicó, para las cuantitativas, media, moda, mediana, desviación típica, mínimo y máximo. En las cualitativas, se utilizaron frecuencias y porcentajes.

Para desarrollar el análisis bivariante, se utilizó el estadístico ji al cuadrado para relacionar variables cualitativas. El estudio de la normalidad se realizó mediante el test de Kolmogorov-Smirnov (K-S), con el fin de analizar las variables cuantitativas. Para estudiar la relación entre las variables cuantitativas y cualitativas, se utilizó la T de Student (T-test) y la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney. El valor de *p* inferior a 0,05 fue considerado como estadísticamente significativo.

Por último, para comprobar la relación y la influencia de las variables sexo, edad, personas por familia, patologías, acceso de agua potable y tipo de letrina, en los niveles de cohesión y adaptabilidad, se realizó una regresión multivariante (centrando el número de personas por familia y la edad en la media). Se seleccionaron estas variables, ya que aportan una mayor significancia a los resultados.

RESULTADOS

Los resultados hallados, de acuerdo con los perfiles sociodemográficos, geográficos, necesidades sanitarias y hábitos de vida, quedan recogidos en la tabla 1.

Los resultados obtenidos según el tipo de problemas familiares que presentan las familias y el afrontamiento de estos es el que aparece en la tabla 2. Para hallar la correlación entre las distintas variables expuestas en la tabla y los niveles de cohesión y adaptabilidad, se realizó una regresión multivariante.

En la tabla 3 podemos comprobar cómo las distintas variables influyen en el nivel de adaptabilidad y cómo este se encuentra estrechamente relacionado con el nivel de cohesión; presenta una significancia de 0,0000966 y viceversa.

Los datos promedio que se han obtenido son para un varón de cuarenta y un años, con una familia de cinco miembros, sin presencia de patologías, sin acceso a agua potable y con acceso al alcantarillado público. Para realizar la estimación estadística, se han aplicado los datos recogidos en la tabla según la variable independiente a la que pertenecen. Comprobamos cómo los coeficientes de estimación de los cuatro modelos oscilan en torno al 50 % en todos los casos.