

BILBAO, MAYO 2015

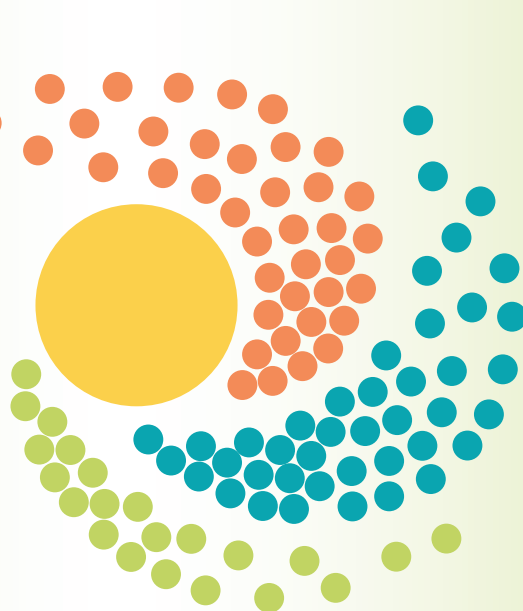
CONGRESO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

BILBON, 2015EKO MAIATZA

OSASUNAREN SUSTAPENERAKO KONGRESUA

INNOVANDO PARA UNOS ENTORNOS Y
POLÍTICAS PÚBLICAS MÁS SALUDABLES

PROMOCION
SALUD 2015
OSASUN
SUSTAPENA



INGURUNE ETA POLITIKA PUBLIKO
OSASUNGARRIAGOAK ERABERRITZEN

LIBRO DE RESÚMENES DE PONENCIAS Y COMUNICACIONES

HITZALDI ETA KOMUNIKAZIOEN LABURPENEN LIBURUA

El Congreso de Promoción de la Salud ha sido organizado con el apoyo financiero de las siguientes instituciones:

- Ayudas para la organización de congresos y reuniones de carácter científico. Departamento de Educación, Política Lingüística y Cultura. Gobierno Vasco.



- Ayudas para la Organización de Congresos Científicos. Vicerrectorado de Investigación. UPV/EHU.



- Departamento de Salud. Gobierno Vasco.



Cita sugerida:

Rodríguez Álvarez E, González-Rábago Y. (ed.) (2015) Innovando para unos entornos y políticas públicas más saludables. Libro de resúmenes de ponencias y comunicaciones del Congreso de Promoción de la Salud. Bilbao

Portada: Marta Jaunarena

Diseño: Fernando Caballero Santamaría

Mayo de 2015

ISBN: 978-84-606-8303-2



Innovando para unos entornos y políticas públicas más saludables. Libro de resúmenes de ponencias y comunicaciones del Congreso de Promoción de la Salud. is licensed under a Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License.

ÍNDICE

Presentación	5
---------------------------	---

Programa Científico	9
----------------------------------	---

Ponencias

Mesa redonda 1. Herramientas útiles para la promoción de la salud en todas las políticas	25
Sesión especial enfermería. Más allá de la clínica: ¿Hay un espacio para la enfermería en la promoción de la salud?	29
Mesa redonda 2. Promoción de la salud desde los entornos: respuestas innovadoras para el siglo XX	32
Mesa redonda 3. La participación comunitaria: ¿cómo hacerlo y no morir en el intento?	37
Mesa redonda 4. Retos y desafíos futuros para la promoción de la salud	41

Sesiones de Comunicaciones

Sesión 1. Mesa espontánea: "Promoción de hábitos saludables en los entornos: experiencias inspiradoras del movimiento Gosasun"	46
Sesión 2. Mesa espontánea: "Cómo reorientar Osakidetza hacia la salud"	56
Sesión 3: Urbanismo y Actividad Física	62
Sesión 4: Entornos educativos promotores de la salud	69
Sesión 5: Promoción de la salud desde la AP (I)	78
Sesión 6: Envejecimiento saludable	87
Sesión 7: Promoción de la salud local e intersectorial (I)	95
Sesión 8: Adicciones	104
Sesión 9: Universidades saludables	112
Sesión 10: Promoción de la salud 2.0	120
Sesión 11: Promoción de la salud en grupos y contextos vulnerables	130
Sesión 12: Promoción de la salud local e intersectorial (II)	138
Sesión 13: Promoción de la salud desde la AP (I)	145
Sesión 14: Promoción de la salud en el entorno laboral	154

Sesiones de Pósters

Sesión Poster 1: Promoción en todo el sistema educativo, desde primaria a universitaria	160
Sesión Poster 2:	
2.1. Promoción de la salud mental y relacional	172
2.2. Promoción de la salud en las primeras etapas de la vida	182
Sesión Poster 3: Herramientas y retos en Promoción de la Salud	195

PRESENTACIÓN

El Congreso de Promoción de la Salud “Innovando para unos entornos y políticas públicas más saludables”, celebrado los días 14 y 15 de mayo de 2015 en el Bizkaia Aretoa de la Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertistatea (UPV/EHU) en Bilbao, ha sido organizado conjuntamente por la UPV/EHU y el Departamento de Salud del Gobierno Vasco, con el objetivo de constituir un espacio de reflexión, debate e intercambio de conocimientos y de experiencias entre profesionales en torno a la promoción de la salud, la salud comunitaria y la salud pública. La idea de construir un espacio de intercambio de tales características se encuentra en la organización de la “I Jornadas de Promoción de la Salud y Salud Comunitaria” que en marzo de 2014 organizaron conjuntamente los Departamentos de Enfermería y de Sociología 2 de la UPV/EHU con el propósito inicial de acercar la salud comunitaria al alumnado universitario, pero que finalmente constituyó un espacio interesante para el diálogo entre profesionales de la salud pública acerca de su papel en la mejora de la salud poblacional en los tiempos actuales de crisis. Tanto las Jornadas de 2014 como el presente Congreso de 2015 parten explícitamente del reconocimiento de la relevancia de los determinantes sociales de la salud como elementos clave sobre los que las intervenciones en el ámbito de la promoción de la salud deben pivotar si realmente pretenden modificar las oportunidades que las personas tienen de desarrollar hábitos de vida saludables. La desigual distribución de estas oportunidades generan importantes desigualdades en salud que las políticas de promoción de la salud también deben incorporar como ejes de actuación e indicadores en sus evaluaciones.

Desde la organización, hemos tratado de que el congreso comience a tender puentes entre dos esferas tradicionalmente poco conectadas como son en nuestro contexto la universidad y la administración pública, que naturalmente deberían trabajar de forma coordinada y sinérgica, en un proceso que comienza con la generación de conocimiento y evidencia a partir de investigaciones rigurosas, seguir con una adecuada planificación, desarrollo e implementación de políticas, y acabar con la evaluación de las mismas, con el objetivo último de hacer que nuestras poblaciones sean lo más saludables posibles. Por ello, también, en el marco del Congreso, se ha organizado el “I Encuentro para la Formación en Salud Pública y Salud Comunitaria en el País Vasco”, que trata de dar respuesta a las necesidades de formación continuada que los/as profesionales de la salud tienen en el desempeño de sus tareas, en un contexto en el que las herramientas para la mejor planificación y evaluación de intervenciones en el ámbito de la salud van desarrollándose a gran velocidad en nuestros días. Esperamos que contar con reconocidos profesionales en cada uno de los cursos organizados, así como el perfil variado del alumnado asistente, haga del Encuentro un espacio formativo que satisfaga las expectativas de formación generadas. Su vocación será la de constituir una referencia periódica de formación en el área, abierta a las peticiones que los/as propios/as profesionales hagan en función de las necesidades de reciclaje o aprendizaje que perciban.

Es una satisfacción que el congreso reúna a profesionales diversos, provenientes tanto del ámbito académico como del profesional, y que se visibilicen las colaboraciones que ya existen en este sentido. Las expectativas de participación en términos de personas inscritas y de comunicaciones enviadas han sido ampliamente superadas, ya que el congreso reunirá a más de 350 profesionales, y ha recibido 170 propuestas

de comunicaciones. Todas ellas han sido evaluadas por pares, dando lugar a 136 comunicaciones finalmente aceptadas para su presentación en forma oral (94) o poster (42), según las siguientes áreas temáticas: La promoción en el entorno educativo; Urbanismo y actividad física; Promoción de la salud desde la atención primaria; Adicciones; Envejecimiento saludable; Promoción de la salud en el ámbito local; Promoción en el entorno laboral; Universidades saludables; Grupos y contextos vulnerables; Promoción de la salud en las primeras etapas de la vida; Promoción de la salud mental y relacional; Promoción de la salud 2.0 y Herramientas y retos en Promoción de la Salud, además de dos mesas espontáneas organizadas por Innobasque y Osakidetza.

El perfil de los/as asistentes ha resultado muy plural: el 36% proviene de la administración pública (autonómica o local), un 30% del entorno universitario, un 22% procede de los servicios sanitarios y alrededor de un 12% de otras entidades (empresas, asociaciones, ONGs, fundaciones, etc.). Respecto al origen de las personas participantes, el 33% procede de fuera de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) y destaca claramente la presencia de mujeres en el mismo, que constituyen el 80% de la asistencia al congreso. Desde el comité organizador, se ha puesto un especial cuidado en que esta diversidad quedara también reflejada en la participación en mesas redondas, tanto ponencias como moderaciones, moderación de comunicaciones orales y posters y participación en dinámicas comunitarias. En este sentido, la presencia de mujeres en las actividades directamente organizadas por el congreso ha sido de un 71%, siendo un 60% de fuera de la Comunidad Autónoma del País Vasco. En el caso de las moderaciones de mesas, el 70% serán realizadas por mujeres que en su gran mayoría provienen del contexto de la CAPV.

Desde la organización esperamos que el Congreso permita visibilizar el trabajo que se está desarrollando en el ámbito e la promoción de la salud y crear sinergias que, sin duda, aportarán una mayor evidencia para la planificación, la implementación y la evaluación de planes, programas y políticas.

¡Esperamos que lo disfrutéis!

Comités científico y organizador del Congreso de Promoción de la Salud

Comité Organizador

Elena Rodríguez (Presidenta) Universidad del País Vasco (UPV/EHU)

Amaia Bacigalupe. Universidad del País Vasco (UPV/EHU)

Salomé Basurto. Universidad del País Vasco (UPV/EHU)

Yolanda González. Universidad del País Vasco (UPV/EHU)

Leyre Gravina. Universidad del País Vasco (UPV/EHU)

Itziar Hoyos. Universidad del País Vasco (UPV/EHU)

Nerea Lamborena. Universidad del País Vasco (UPV/EHU)

Nerea López. Universidad del País Vasco (UPV/EHU)

Unai Martín. Universidad del País Vasco (UPV/EHU)

M^a Dolores Moragues. Universidad del País Vasco (UPV/EHU)

Clara Sánchez. Universidad del País Vasco (UPV/EHU)

Ana Chueca. Osakidetza/ Servicio Vasco de Salud

Beatriz Nuin. Departamento de Salud. Gobierno Vasco

Comité Científico

Amaia Bacigalupe. Universidad del País Vasco (UPV/EHU)

Itziar Hoyos. Universidad del País Vasco (UPV/EHU)

Unai Martín. Universidad del País Vasco (UPV/EHU)

Elena Aldasoro. Departamento de Salud. Gobierno Vasco

Concha Castell. Departamento de Salud. Gobierno Vasco

Juan Carlos Fernández. Departamento de Salud. Gobierno Vasco

Isabel Larrañaga. Departamento de Salud. Gobierno Vasco

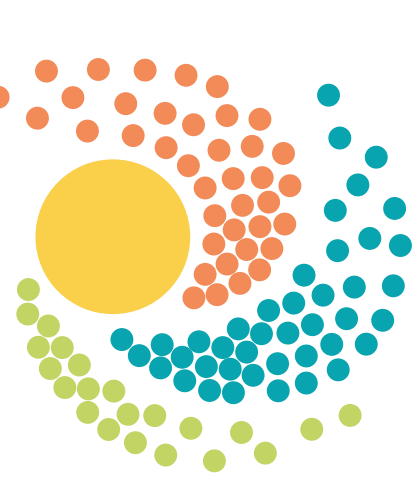
Francisco Gómez Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz

Patxi Galarraga Proiekta

Luisa Borrell. The City University of New York (CUNY)

Ainhoa Ruiz. Escuela Andaluza de Salud Pública

PROMOCION
SALUD 2015
OSASUN
SUSTAPENA



INNOVANDO PARA UNOS ENTORNOS Y POLÍTICAS PÚBLICAS MÁS SALUDABLES

BILBAO, 14 Y 15 DE MAYO DE 2015

PROGRAMA CIENTÍFICO

ACTIVIDADES PRE-CONGRESO

I Encuentro para la Formación en Salud Pública y Salud Comunitaria en el País Vasco

11 y 12 DE MAYO

9:00 a 14:30H: ¿Cómo evaluar programas, proyectos o políticas de salud?

Docente: María José López. Agencia de Salud Pública de Barcelona.

12 y 13 DE MAYO

9:00 a 14:30H: Activos para la salud y salutogénesis en Promoción de la Salud

Docentes: Mariano Hernán García. Escuela Andaluza de Salud Pública. Javier Gállego Diéguez. Dirección General de Salud Pública. Gobierno de Aragón.

13 DE MAYO

9:00 a 13:30h y de 15.00 a 17.00h: ¿Cómo escribir un artículo científico en Salud Pública?

Docente: Luisa N. Borrell. Lehman College, CUNY / School of Health Sciences, Human Services and Nursing.

PROGRAMA CONGRESO

JUEVES 14 DE MAYO

08.30 Recepción y acreditación de los congresistas

9.00 -10.00 CONFERENCIA INAUGURAL DEL CONGRESO

Presenta: **Maribel Larrañaga Padilla**. Subdirección de Salud Pública y Adicciones. Departamento de Salud. Gobierno Vasco

"Narrativa de los barrios en los cuerpos"

Rafael Cofiño. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad de Asturias.

10.00-10.30 SESIÓN INAUGURAL DE APERTURA

Iñaki Goirizelaia Ordorika. Rector de la Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea.

Guillermo Viñegra García. Viceconsejero de Salud del Gobierno Vasco.

Elena Rodríguez Álvarez. Presidenta del Comité Organizador. Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea.

10.30 -11.00 CAFÉ (servido por **Fundación Peñasca**. Empresa de inserción social).

11.00-12.15

SESIONES COMUNICACIONES ORALES

Sesión 1. Mesa espontánea: **"Promoción de hábitos saludables en los entornos: experiencias inspiradoras del movimiento Gosasun"**

Mesa organizada en colaboración con **Innobasque**

Modera: Lola Elejalde. Innobasque.

¿Por qué es necesario un movimiento como GOSASUN para la promoción de hábitos saludables? Elejalde, Lola.

Intervenciones para un urbanismo activo. Murua, Juan Manuel.

Ermua Mugi!, estrategia comunitaria de ámbito local para la incorporación efectiva e igualitaria del ejercicio físico como hábito de vida. García López, Antton.

Programa de fomento del consumo de fruta y verdura en la población infantil de Vitoria-Gasteiz (Fase I). Rodríguez, Víctor Manuel; Mauleón, Jose Ramón; Etaio, Iñaki; Martínez, Olaia; Perales, Amaia; Aizpuru,

Garbiñe; Cassetti, Lucrezia; Elortondo Pérez, Francisco José; Gómez Pérez De Mendiola, Francisco; María del Puy Portillo.

Plan de Vida Saludable en CAF, S.A. Makibar Aztiria, Leire; Korta Murua, Iñaki.

Espalda saludable: Programa ERGOMIX de Mercedes-Benz España, S.A. Sopelana Saenz de Urturi, Alberto

Vending para una alimentación saludable. Pinedo Ibáñez, Mónica.

Sesión 2. Mesa espontánea: "Cómo reorientar Osakidetza hacia la salud"

Mesa organizada en colaboración con la **Unidad de Investigación de Atención Primaria de Bizkaia. Osakidetza**

Modera: Gontzal Grandes. Unidad de Investigación de Atención Primaria de Bizkaia. Osakidetza.

Investigación en implementación de la promoción de la salud. Grandes, Gonzalo; Sánchez, Álvaro; Pombo, Haizea; Cortada, Josep M.

Experiencia Prescribe Vida Saludable: PVS fases I-III. Gorostiza Esther, Grandes Gonzalo, Martínez Catalina; Bacigalupe Gonzalo; Cortada Josep M; Pombo Haizea; Sánchez Álvaro.

Prevención de enfermedades crónicas: la experiencia DPLAN-PreDiAPS. Sánchez, Álvaro; Silvestre, Carmen; Campo, Natalia; Valderrama Naroa; Grandes, Gonzalo.

La promoción de la salud en las personas que padecen enfermedades crónicas: proyecto EfiKronik. Arietaleanizbeacoa MS; Zalacain R; García JC; Uriarte JM; López Vivanco G; Grandes G.

La promoción de la salud mental en atención primaria. Aiarzaguena, Jose M.

Sesión 3: Urbanismo y Actividad Física

Modera: Kepa Arrarte Martinez. Subdirección de Salud Pública de Bizkaia. Departamento de Salud. Gobierno Vasco.

Evaluación de una intervención comunitaria para la mejora de la actividad física. Vilanova Vilá, Marta; Juvinyá Canal, Dolors; Gomez-Pardo, Emilia; Haro Muñoz, Domenec; Xandri Soler, Imma; Fuster, Valentín.

IkasSasoi: intervención multicomponente para incrementar la actividad física en la población adolescente de Irún. Iturrioz, Iñaki; Larbide, Gemma; Uranga, Arantxa; Iturrioz, Pedro; Otegi, José Ramón; Izquierdo, Miguel Ángel; Cano, Álvaro; Miren Emazabel.

"Hiribili": diseño, señalización y equipamiento de circuitos para el fomento y la monitorización automática de la práctica del senderismo urbano. Galarraga Aiestaran, Patxi.

Evaluación del ambiente alimentario comunitario, ambiente construido para actividad física y oferta de alimentos saludables en barrios de diferente nivel socioeconómico. Garipe, Leila Yasmín; González, Verónica; Biasizzo, Antonella; Lalia, Jennifer; Soriano, Mercedes; Perman, Gastón; Giunta, Diego.

La promoción de la actividad física en Cataluña: Plan de Actividad Física, Deporte y Salud (PAFES). González-Viana A.; Violan M.; Castell C.; Rubinat M.; Garcia-Codina O.; Ibañez E.; Casadesús F.; Mateu A.; Cabezas C.

SESIÓN DE POSTER

Sesión 1: Promoción de la salud a lo largo del sistema educativo

Moderadora: Juan Carlos Fernández Crespo. Subdirección de Salud Pública de Álava. Departamento de Salud. Gobierno Vasco

Desayunos saludables en escolares de Cantabria. Gómez Soto, María. Graduada en Enfermería.

Educación para la salud en primaria: análisis de elementos curriculares en las leyes educativas. Gabari, M. Inés; Sobejano, Marta; Sáenz, Raquel.

Sexualidad y Sistema educativo: con S de Salud. Pacheco González, Adriana; Del Hoyo Herrero, Ana.

Lavado de manos en el colegio. Cayetano Rodríguez, Naiara; Castilla Toribio, Miren Yosune; Páez Viciano, Amaya

Evaluación de hábitos alimenticios antes y después de los talleres de alimentación saludable del Programa Forma Joven en el IES Alhambilla del D.S. Almería. Craviotto Manrique, Isabel; Del Pino Berenguel, Margarita; Tobías Moreno, Gonzalo; Tobías Manzano, Ana.

El manejo del estrés, la gestión del tiempo y la potenciación del bienestar como pilares en la Promoción de la Salud Cardiovascular. Cruz Cornejo, Silvia; Romero Hernández, Ainhoa; López-Bescos, Lorenzo; Gallardo Pino, Carmen; Gil de Miguel, Ángel; García, Ana.

Opiniones y hábitos de los estudiantes universitarios relacionados con la salud y el bienestar durante su vida universitaria. Katsioulas, Rafailia; Ortega Barrio, Myriam; Sandín Vázquez, M^a del Val.

Guía de actuación en la universidad ante emergencias de salud mental/Unibertsitatean osasun mentaleko larrialdietan jarduteko gida. Govillard Garmendia, Leila; Gorbeña Etxebarria, Susana; Gómez De Maintainant, Pablo; Iraurgi Castillo, Joseba.

Formación de los alumnos de odontología en técnicas de promoción de la salud oral para población infantil. Rámila, Estibaliz; Gorritxo, Begoña; Franco, Virginia; Anta, Alberto.

12.15-14.00 MESA REDONDA 1. Herramientas útiles para la promoción de la salud en todas las políticas

Presentación: "La Salud en Todas las Políticas: fundamentos de la estrategia y herramientas para su implementación".

Ana Ryvadeneira. Instituto de Salud Pública, Epidemiología y Desarrollo - ISPED. Universidad de Burdeos.

"Aplicación de la Lente de la Salud a la política ambiental y de empleo de Euskadi".

Elena Aldasoro. Departamento de Salud del Gobierno Vasco.

"Una década de Evaluación de Impacto en la Salud en Euskadi: ¿qué hemos aprendido?"

Elena Serrano. Departamento de Salud del Gobierno Vasco.

"Guía municipal para promover un urbanismo saludable".

Miriam Arrizabalaga. Ihobe, Sociedad Pública del Gobierno Vasco; Secretaría Técnica de Udalsarea 21.

14.00 -15.00 COMIDA (servida por **Fundación Peñascal**. Empresa de inserción social).

15.00-16.30

DINÁMICA COMUNITARIA

Cómo convertir nuestras intervenciones en dinámicas comunitarias

El objetivo de la dinámica es analizar una serie de intervenciones que se realizan con frecuencia en nuestro entorno y discutir qué elementos o agentes se podrían introducir para que adquieran un carácter más comunitario. Está dirigida a personas que trabajen en el campo de la promoción de la salud, con y/o para la comunidad, sin importar el ámbito /sanitario, local, educativo, etc.).

Organiza: Grupo de Salud Comunitaria. Departamento de Salud del Gobierno Vasco/Osakidetza.

Aforo limitado: 25 personas.

SESIÓN ESPECIAL ENFERMERÍA

Mesa redonda: **Más allá de la clínica: ¿hay un espacio para la enfermería en la promoción de la salud?**

Modera: Salomé Basurto. Escuela Universitaria de Enfermería de Vitoria-Gasteiz.

Dolors Juvinya. Departamento de Enfermería. Universitat de Girona.

Elena Uría. Osakidetza.

Angelina González. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

SESIONES COMUNICACIONES ORALES

Sesión 4: Entornos educativos promotores de la salud

Modera: Tomás Plazaola. Comarca de Salud Pública de Tolosa. Departamento de Salud. Gobierno Vasco

Propuesta de wiki interactiva desde el enfoque salutogénico para la escuela primaria. Sobejano, Marta; Gabari, M. Inés; Sáenz, Raquel.

Promoción de la salud en la escuela desde la perspectiva del profesorado de Primaria. Sáenz, Mendía, Raquel; Gabari, Gambarte M. Inés; García, García, José M.

"Integrando la Promoción de la Salud dentro del currículum escolar: experiencia de comunidad educativa en la Ikastola Egape de Urnieta". Zubeldia, Josune; Goñi, Luke; Agote, Iciar; Alberdi, Eider; Urdangarin, Ana.

Una experiencia en intervención en alimentación y actividad física en un centro docente de secundaria transversalmente y con inmersión en el currículum. Pelechano García, Desamparados; Bella Sanchis, Inés; Nogues Martínez Rafael; García Machí, Asensio.

Promoción de la salud mental en la escuela, una experiencia multicéntrica. Pelechano García, Desamparados; Gimeno Alemany, M^a José; Vendrell Chirivella, Tomás; Lacruz Santamaría, Pilar; Comes Fambuena, M^a Desamparados; Castell Sanfelix, Carmen Concepción.

Red Aragonesa de Escuelas Promotoras de Salud. Vilches Urrutia, Begoña; Aliaga Traín, Pilar; Bueno Franco, Manuel; Ferrer Gracia, Elisa; Gallego Dieguez, Javier; Ipiens Sarrate, José Ramón; Muñoz Nadal, Pilar; Plumed Parrilla, Manuela.

La educación emocional, un activo para la salud. Programa de salud emocional y prevención del consumo de tóxicos en educación primaria. Ortégón Delgadillo, Ramiro Andrés.

Sesión 5: Promoción de la salud desde la AP (I)

Moderadora: Sara Olariaga Arrazola. Residente de medicina de familia. Centro de Salud Mamariga.

Proyecto de Promoción y Educación para la Salud "Activa tu Rutina: El paso que te Faltaba". Solís Calvo, Luis Fernando; Bonilla Montero, Juan Ramón.

Consulta Aula Joven: Una experiencia local con proyección global. Uría Etxebarria, Elena; Arévalo Martínez, Itxaso; Ruiz de Gopegi, Pilar; Sánchez Rubio, Sagrario.

Promoción del ejercicio físico a través de la implicación directa de los profesionales sanitarios. Lalueza Lafuente, Estrella María; Hernández Paolomo, M^a Teresa; Huguet Bea, Núria; Olarte Col, Teresa; Zaballós Hernández, Montserrat; Pelegri Romeo, Meritxell.

El truco está en la cantidad y el color. Proyecto IAPartylarizu. Promoción de Hábitos Saludables en la asistencia sanitaria. Calle Calle, María Dolores; Zaballa Alaguero, Carmen; Mateos García, Rosa; Ajuria Comunión, Marta; García Soriguren, Ascensión; Díaz Garrido, Oscar; Bernas Castro, Iñaki; Espinosa, María Angeles; Carrasco Forcada, Ana Lidia.

¿Quién pisa la calle? Factores relacionados con el desarrollo de intervenciones comunitarias de promoción de la salud en atención primaria. March, Sebastià; Muntaner, Isabel; Ruiz-Giménez, Juan Luis; Benedé, Carmen Belén; Elizalde, Lázaro; Vidal, M^a Clara.

Implementación del programa de promoción de la salud "niñ@s en movimiento" en el valle del txorierri de Bizkaia. Peñafiel Herrera, Nahikari; Guerrero Vaquero, Ana; Anchia Larrucea, Leire; Herrero García, Laura; Gravina Alfonso, Leyre.

Ergonomía y estiramientos para la prevención de lesiones musculares y articulares en Atención Primaria. García Martín, Sara; Torres Moya, Carlos; Araquistain, Mikel; Mateos García, Rosa; Arratibel Imaz, Iñaki; Hernández García, Jacinta; Izquierdo De La Guerra, Ana; Cordero Díaz, Noemi; Del Amo Cachán, Silvia; De La Cruz Couto, Itxaso; Benito Pérez de Mendiola, Izaskun.

SESIÓN DE POSTER

Sesión 2: Promoción de la salud mental y relacional / Promoción de la salud en las primeras etapas de la vida

2.1. Promoción de la salud mental y relacional

Moderadora: M^a José Astillero Pinilla. Subdirección de Salud Pública de Bizkaia. Departamento de Salud. Gobierno Vasco.

Promoción de la salud en la universidad a través de la inteligencia emocional. Romero Hernández, Ainhoa; Cruz Cornejo, Silvia; Gallardo Pino, Carmen; Gil de Miguel, Ángel.

Grupos psicoeducativos para adolescentes. Bernardo de Paz, Ana Ruth; Ruiz Maresca, Alberto José.

Percepciones y características socio-sanitarias de las participantes en grupos socioeducativos en Atención Primaria. Sánchez Peralta, M^a Asunción; Torío Sánchez, Jesús; Jiménez Estévez, Encarnación.

De oruga a mariposa. Martínez Hita, Pilar; Gil Redondo, Carlos; San Martín Aparicio, Montserrat.

Evaluación preventiva del contexto familiar como ámbito potenciador de la salud: Escala Etxadi-Gangoiti. Barreto Zarza, Florencia; González Safont, Lluçia; Etxaniz, Alaitz; Roncallo, Claudia Patricia; Sánchez De Miguel, Manuel; Arranz Freijo, Enrique; Olabarrieta, Fernando; Rebagliato, Marisa; Santa Marina, Loreto; Ibarluzea, Jesús.

Estado emocional de la mujer durante el embarazo, salud perinatal y desarrollo psicológico temprano. Roncallo, Claudia Patricia; Sánchez de Miguel, Manuel; Etxaniz, Alaitz; Barreto, Flor; Arranz Freijo, Enrique; Olabarrieta, Fernando.

El sentido de coherencia de las mujeres inmigrantes. Bonmatí-Tomàs, Anna; Malagón-Aguilera, M^a Carmen; Gelabert Vilella, Sandra; Bosch-Farré, Cristina; Garcia Gil, M^o Mar; Juvinyà-Canal, Dolors.

Herramientas para mejorar la salud física y emocional en el día a día Espacio de mujeres del Plan Comunitario. Romera Punzano M^o Teresa; Moreno Girao, M^a Cruz; Martínez Martínez, Maribel.

2.2. Promoción de la salud en las primeras etapas de la vida

Moderadora: Jesús Ibarluzea Maurologoitia. Subdirección de Salud Pública y Adiciones de Gipuzkoa. Departamento de Salud. Gobierno Vasco.

La prevención de la obesidad, un reto para la Promoción de la Salud en la Adolescencia. Marañoñ Elena; Lertxundi Aitana; Oribe, Madalen; Lamas, María del Mar.

Apego: promoción de la parentalidad positiva desde el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Garrido Porras, Antonio; Padial Espinosa, Mónica.

Los adolescentes y el tabaco: adicción, enfermedad y muerte. Lanzas Garzón, Natalia Pilar; Torres Reyes, Ana Alicia.

Promoción de la lactancia materna. Torres Reyes, Ana Alicia; Lanzas Garzón, Natalia Pilar.

Resultados de la intervención odontopediátrica en población escolar socialmente desfavorecida tras una década de experiencia. Promoción de hábitos saludables. Gorritxo Gil, Begoña Nerea; Marañoñ González, María Elena; Franco Varas, Virginia; Rámila Sánchez, Estibaliz.

La obesidad y los hábitos de vida de l@s jóvenes de entre 12 y 15 años del municipio de Usurbil. Lamas, María del Mar; Oribe, Madalen; Marañoñ, Elena; Lertxundi, Aitana.

Descripción de los hábitos de actividades sedentarias multimedia en una muestra de escolares del Gran Bilbao. Caballero Sánchez, Silvia; Hoyos Cillero, Itziar.

Estado de salud buco dental de niños de 2 a 5 años de un centro de enseñanza pública de Otxarkoaga. Gorritxo Gil, Begoña; Franco Varas, Virginia; Marañoñ González, María Elena; Rámila Sánchez, Estibaliz.

Pubertad... ¿etapa comprendida?. Programas de intervención ProCC con madres, padres y púberes desde el Ayuntamiento de Bilbao. San Emeterio Gómez, Amaia.

Las conductas de autocuidado saludables en edad adolescente. Laespada Martínez, María Teresa; González de Audikana de la Hera, Juan Manuel.

Escuela abierta de verano, una experiencia de acción comunitaria para la salud en Elche. Ferrer Aracil, Javier.

Promoción temprana de salud bucal infantil. Protocolo de actuación en las etapas del desarrollo infantil. Franco Varas, Virginia; Gorritxo Gil, Begoña; Rámila Sánchez, Estibaliz.

Plan de actuación sanitario en el ámbito escolar. Bustinduy Bascaran, Ana; Rodríguez Ramírez, M. Carmen; González Zumeta, Ana Jesus; Barandiaran Bengoetxea, M. Elisabet; Larrañaga Padilla, M Isabel; González Etxabarri, Gema.

16.30-18.30 MESA REDONDA 2. Promoción de la salud desde los entornos: respuestas innovadoras para el siglo XX

Presentación: "Importancia de los entornos facilitadores de la promoción de la salud".

Javier Segura. Ayuntamiento de Madrid.

"El entorno educativo".

Maribel Pasarín. Agencia de Salud Pública de Barcelona.

"El entorno sanitario".

María Eugenia Azpeitia. Osakidetza. Coordinadora Nacional del PACAP.

"Barrios y Salud Cardiovascular: estudio Europeo Heart Healthy Hoods".

Manuel Franco. Universidad de Alcalá de Henares.

18.45-20.00 REUNIÓN INTERNA DE LA ALIANZA POR LA SALUD COMUNITARIA

PROGRAMA CONGRESO

VIERNES 15 DE MAYO

9.00-10.30

SESIÓN ESPECIAL MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA

Cómo plantear un enfoque comunitario en las consultas de Atención Primaria

En la dinámica se expondrán, en primer lugar, algunos proyectos y experiencias de interés acerca de la introducción del enfoque comunitario para la actividad de la AP, que irá seguido de un foro de debate acerca de los retos más relevantes que entraña dicho enfoque y del planteamiento de propuestas de futuro para avanzar en esta área de trabajo.

Modera: Rafael Gracia. Sociedad Vasca de MFyC-

Participantes: M.Eugenia Azpeitia, Rosa Mateos, Susana Sánchez, Rafael Cofiño, Fernando Casado y otros/as ponentes.

Aforo limitado a la capacidad de la sala-

SESIONES COMUNICACIONES ORALES

Sesión 6: Envejecimiento saludable

Modera: Jon Irazusta Astiazaran. Departamento de Fisiología. UPV/EHU-

Mugituz. Modelo de intervención comunitaria en pacientes frágiles. Erreterria (Gipuzkoa). Perez Torres, Juan Ramón; Maiz Gonzalez, Enara; Usandizaga Endaya, Arantza; Peña Suarez, Luis; Abrante Vega, Maria.

Talleres de prevención de caídas en personas mayores, una experiencia innovadora en Euskadi. Arrate Martínez, Kepa; Cantera Fernández, Yolanda; Gómez Alcalde, Jose Luis.

Mugi Tolosa caminos saludables, iniciativa comunitaria para la promoción de la actividad física en los mayores de Tolosa. Plazaola Muguruza, Tomás; Errasti Aizpurua, Nagore; Virto Lecuona, M^a Carmen; Bakaikoa Belaunzaran, Asier; Lekuona Izeta, Garikoitz.

Envejecer de forma activa y saludable en Lezo una experiencia comunitaria en torno a la promoción de la salud y prevención de la dependencia. Estévez Martínez, Gemma; Uranga Fraiz, María Aranzazu; Larbide Arregui, Gemma; Goñi Agudo, Mari Jose; Gil Rodrigo, María Victoria; Angiozar Unanue, Arkaitz; Val Zabaleta, Xanti; Muñoz Bouza, Dami; Orbegoza Zurutuza, Nekane.

Valoración del estado de salud tras la práctica de ejercicio físico en grupo. Martínez Albert, Carolina; Antón García, Francisco; Mir Sánchez, Carolina; Maroto Delgado, Olga; Felipe Román, Olaya; Pérez Ollero, Laura.

La monitorización del envejecimiento saludable en Bizkaia: una propuesta a partir del Active Ageing Index. González-Rábago, Yolanda; Bacigalupe, Amaia; Martín, Unai; Murillo, Sergio.

Sesión 7: Promoción de la salud local e intersectorial (I)

Modera: Celina Pereda Riguera. Subdirección de Salud Pública de Bizkaia. Departamento de Salud. Gobierno Vasco.

Promocionando una comunidad a través de su Diagnóstico de Salud. Alberdi, Mari Jose; Rayon, Esperanza; Mayoz, Itziar; Elorza, Isabel.

Redes Locales de Salud en Bizkaia. Bizkaiko Osasunsareak. Urieta Guijarro, Inés; Astillero Pinilla, M^a José; Ortuondo Diego, Henar; Paskual Uribe, Agurtzane; Regidor Fuentes, Iratxe; De la Peña Varona, Enrique; Pereda Riguera, Celina; Castells Carrillo, Concha.

AHORA! Kilometroak 13, trabajando para disminuir el consumo de alcohol entre los adolescentes. Errasti Aizpurua, Nagore; Plazaola Muguruza, Tomás; Blanco Egaña, Maria; Virto Lecuona, M^aCarmen; Urteaga Ibarrolaburu, Jone; Senovilla San Juan, Lurdes.

Participa y promueve la salud en red. Gallego Dieguez, Javier; Ipiens Sarrate, José Ramón; Aliaga Train, Pilar; Ferrer Gracia, Elisa; Vilches Urrutia, Begoña; Bueno Franco, Manuel; Plumed Parrilla, Manuela; Muñoz Nadal, Pilar.

OSASUNSAREA GERNIKA. Experiencia de una Red Local de Salud con participación comunitaria. Astillero, María José; Regidor, Iratxe; Aranburu, Pedro; Landa, Begoña; Jauregi, Ziortza; Llantada, Nerea; Castells, Concha; Pereda, Celina.

Creación de una red local de salud en Amorebieta-Etxano. Ortuondo Diego, Henar; Pascual Uribe, Agurtzane; Nazabal Etxeberria, Begoña; Sancho Sena, Itxaso; Salaverri Sabando, Gonzalo; Aldazabal Zorroza, Juan Carlos.

Sesión 8: Adicciones

Modera: Teresa Laespada Martínez. Departamento de Psicología Social y Desarrollo. Universidad de Deusto.

Exposición al humo de tabaco ambiental en niños de 4 años de la Cohorte INMA. Uranga, Arantxa; Aurrekoetxea, Juanjo; Santa Marina, Loreto; Ibarluzea, Jesús.

Consumo de bebidas alcohólicas en Bizkaia. Sancho Uriarte, Patricia; Aspiritxaga Gamarra, Inmaculada; Hernandez Arricibita, Esther; Muniozguren Agirre, Nerea.

Tabaquismo pasivo entre el alumnado de 12-13 años de Bizkaia. Sancho Uriarte, Patricia; De Castro Laíz Visitación; Muniozguren Agirre, Nerea; Aguirre Larracoechea, Urko; Manzano, Itxaso.

Adicciones sin sustancias: los jóvenes y el móvil. Castilla Toribio, Miren Yosune; Cayetano Rodríguez, Naiara; Páez Viciano, Amaya.

Tabaco de liar, ¿un problema para la salud pública?. Quiroga Álvarez, María; Cueto Pérez, Mónica; Ibarrolaza Fernández, Irune; Cano Sánchez, María; Cabeza García, Beatriz; Baltar Barrio, Ana.

Eficacia de un programa de prevención de alcohol entre adolescentes: cambios en la percepción sobre la sustancia. González de Audikana de la Hera, Juan Manuel; Laespada Martínez, María Teresa.

Estudio del etiquetado del tabaco de liar en relación a su contenido en alquitrán, nicotina y monóxido de carbono. Quiroga Álvarez, María; Cueto Pérez, Mónica; Ibarrolaza Fernández, Irune; Cabeza García, Beatriz; Cano Fernández, María; Baltar Barrio, Ana.

10.30 -11.00 CAFÉ (servido por **Fundación Peñasca**. Empresa de inserción social).

11.00-12.30 MESA REDONDA 3. La participación comunitaria: ¿cómo hacerlo y no morir en el intento?

Modera: **Noemi Bergantiños**. *Parte Hartuz. Departamento de Sociología y Trabajo Social. UPVIEHU.*

"Participación comunitaria y participación ciudadana: ¿sinónimos o diferentes?".

Fernando Pindado. *Ajuntament de Premià de Mar.*

"Participación en salud como herramienta de cambio".

Vicky López Ruiz. *Médica de familia y salubrista.*

12.30-14.00

DINÁMICA COMUNITARIA

¡Conoce tu barrio!: Como mapear recursos en la comunidad

La dinámica está orientada a profesionales que desarrollan su actividad en el ámbito de la salud comunitaria. Desde una visión de los condicionantes sociales de la salud, la dinámica trabajará con herramientas metodológicas para el mapeo de activos en salud de una comunidad, incluyendo tanto los recursos formales e informales que pueden contribuir a mejorar la salud de la comunidad.

Imparten la dinámica: Elisa García López y Sara Calderón Larrañaga. Centro de Salud Almanjáyar y Centro de Salud Cartuja. Granada.

Aforo limitado: 40 personas.

SESIONES COMUNICACIONES ORALES

Sesión 9: Universidades saludables

Modera: Unai Martín Roncero. Departamento de Sociología 2. UPV/EHU.

Empoderamiento de la comunidad universitaria desde un Programa de Universidad Saludable. Cruz Cornejo, Silvia; Romero Hernández, Ainhoa; Gallardo Pino, Carmen; Gil de Miguel, Angel.

Anda por tu salud. Asenjo Dávila, Fernando.

Kiroltasunaren beherakada gaztarotik aurrera eta osasunaren sustapenean duen garrantzia. Lertxundi, Aitana; Legarda-Ereño, Enara; Lapuente, Jone; Markaida, Ainhoa; Moya, Sheila.

Actividad física y comportamientos sedentarios en jóvenes universitarios del País Vasco: relación con indicadores antropométricos. Garaizabal, Maddi; Tellería Aramburu, Nerea; Ovejas Arzá, Verónica; Castro Quevedo, Belén; Martínez Crego, Alba; Alegria Lertxundi, Iker; Arroyo Izaga, Marta.

Vending saludable en la universidad: análisis de pautas de consumo Gaztelu Amarika, Eider; Laespada Martínez, Teresa.

Alimentación saludable en una muestra de población laboral de la Universidad del País Vasco (UPVIEHU). Díaz Ereño, Elena; García Ceciaga, Itxazne; Jugo Orrantia, Begoña M.

Sesión 10: Promoción de la salud 2.0

Modera: María Blanco. Subdirección de Salud Pública y Adiciones de Gipuzkoa. Departamento de Salud. Gobierno Vasco

Una ventana abierta a la familia. Padial Espinosa, Mónica; Garrido Porras, Antonio.

"Aliados con las tecnologías del empoderamiento y la participación. Crecimiento y mejora de un programa de salud". Márquez Vidal, Alícia; Lalueza Lafuente, Estrella; Llurdá Aldevert, Júlia; Gimeno Pi, Iraidia; Clemente Mirón, M^a Antònia.

Herramienta para difusión de recursos disponibles en promoción de la salud. Borde Lekona, Blas; Caballero Alzate, Virginia; Blanco Egaña, María; Bengoechea Ocio, Lucía.

Utilización de tecnologías de información y comunicación en la promoción de la lactancia materna. Tazo Prieto, Yolanda; Díaz De Argote Saez De Maturana, Purificación; Serrano Aranda, Maria Isabel.

Comunicación de SARES en el entorno digital: web social. Ferrer Gracia, Elisa; Aliaga Traín, Pilar; Bueno Franco, Manuel; Gallego Dieguez, Javier; Ipiens Sarrate, José Ramón; Muñoz Nadal, Pilar; Plumed Parrilla, Manuela; Viches Urrutia, Begoña.

Prebentzioa eta aholkularitza online. Otaola, Ainhoa.

Integración del Mapa de activos de salud en la web 2.0 del Consultorio Barrio de la Luz de Valencia. Martínez Albert, Carolina; Mir Sánchez, Carolina; Felipe Román, Olaya; Pérez Morales, M^a Teresa.

SESIÓN DE POSTER

Sesión 3: Herramientas y retos en Promoción de la Salud

Modera: M^a del Enar Ortuondo Diego. Subdirección de Salud Pública de Bizkaia. Departamento de Salud. Gobierno Vasco.

Puntuan, promoción de salud y vida activa. Martínez Pereda, Jesús; Pérez Artetxe, Aitor.

Cambio de conductas no saludables y marketing social. Seco Hilera, Rebeca; Sancho Bernad, María Antonia.

Andalucía es Salud, una experiencia de comunicación en salud pública. Padial Espinosa, María Mónica; Rodríguez Ocaña, José.

bepSALUT: el boletín electrónico en promoción de la salud. Juvinyà Canal, Dolors; Vilanova Vilà, Marta; Batlle Amat, Pau; Bertran Noguer, Carme; Cabezas Peña, Carmen; Sáez Cárdenas, Salvador; Buxó Castañer, María; Figueras Salart, Nora.

Urban Sasoi: código urbano para una ciudad más activa. Rosell Iturrioz, Iñaki; Zabala, Naiara; Juanma Murua.

Pautas para mejorar la adherencia al ejercicio físico. Zulaika, Luis Mari; Rodríguez, Arantzazu; Infante, Guillermo; Ros, Iker; Zuazagoitia, Ana; Revuelta, Lorena; Etxezarra, Ibon.

Encuestas cualitativas a los asistentes del taller de cuidadores 2014. Olarte Coll, Teresa; Febas, Judit; Lalueza Lafuente, Estrella; Sola Cinca, Teresa; Huguet Bea, Núria; Pelegri Romeo, Meritxell.

Estudio del contenido de sal en el pan elaborado en Gipuzkoa. Urtiaga, M^a Carmen; Abadía, Lourdes; Amiano, Pilar; Azpiri, Mikel; Borde, Blas; De Castro, Visitación; Larrañaga, M^a Isabel; Uranga, M^a Aránzazu.

Interculturalidad en atención primaria, otro reto. Martínez Pérez, M^a Cruz; Juan Armas, Julia; San Emeterio Barragan, Marta; Usamentiaga Ortiz, Pilar; Esparza Escayola, Mar; Oria Salmón, Estela; Santamaría Martínez, María C.

¿Se puede ser una persona activa y sedentaria? Dos conceptos independientes con riesgos para la salud. Benito Pérez de Mendiola, Aitziber; Nuin González, Beatriz; Sorarrain Odriozola, Yon.

Una herramienta para transmitir a la población el concepto de alimentación saludable: "El plato salvable". Nuin González, Beatriz; Benito Pérez de Mendiola, Aitziber; Sorarrain Odriozola, Yon.

Experiencia en Comunicación y educación para la salud de una red integrada de servicios de salud en Buenos Aires, Argentina. Pace, Natalia; Garipe, Leila; Galarza, Carlos; Ramirez, Karina; Pereiro, Natalia; Guani, Liliana; Somoza, Federico; Kapucian, Marisa; Giardini, Gimena; Perman, Gaston; Garfi, Leonardo; Marchetti, Marcelo; Figar, Silvana; Gonzalez Bernaldo De Quirós, Fernán.

Centros Nordic Walking Guneak. Creación de Producto Deportivo, Turístico y Saludable. Fernández Hierro, Beatriz; Alday Irure, David

14.00 -15.00 COMIDA (servida por **Fundación Peñasal**. Empresa de inserción social).

15.00-16.30

DINÁMICA COMUNITARIA

Redes de actividades comunitarias y redes de activos para la salud: la experiencia del Observatorio de Salud en Asturias

La dinámica tiene como objetivo presentar el proyecto "Asturias Actúa en Salud", desarrollado conjuntamente por el OBSA y la Red del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP) de la SEMFYC con el propósito de identificar y movilizar recursos comunitarios que generen acciones con impacto en buena salud. Se debatirán sus retos, dificultades y oportunidades de mejora.

Imparten la dinámica: Marcial V. Arguelles y Oscar Suárez Álvarez. Observatorio de Salud en Asturias. Dirección General de Salud Pública.

SESIONES COMUNICACIONES ORALES

Sesión 11: Promoción de la salud en grupos y contextos vulnerables

Modera: Ainhoa Ruiz Azarola. Escuela Andaluza de Salud Pública.

Intervención socio sanitaria a migrantes residentes en asentamientos del poniente Almeriense. Morante García, Wladimir; Alonso Paniagua, María Ángeles; Bosch Ibáñez, Alicia; Chouni, Bouchra.

Descripción de la Red Social en familias de la cohorte INMA-Gipuzkoa. Larrañaga, Maribel; De la Cruz, Marlene; Aurrekoetxea, Juanjo; Santa Marina, Loreto; Arranz, Enrique; Ibarluzea, Jesús.

La prisión como oportunidad de cambio en salud. Bernardo de Paz, Ana Ruth; Ruiz Maresca, Alberto José.

Efectos en la salud mental de un programa de inserción laboral en jóvenes de barrios desfavorecidos de Barcelona. Dabán, Ferràn; Díez, Elia; Artacoiz, Lucía.

Evaluación de una intervención de consejo contraceptivo en adolescentes de barrios desfavorecidos. Nebot Soler, Laia; Díez David, Èlia; Martín Valle, Sílvia.

Intervención comunitaria con hombres. Una propuesta desde la metodología PROCC. Schäfter, Andreas.

Entornos urbanos generadores de salud y movilización social en cuatro Zonas Básicas de Salud (ZBS) de la ciudad de Valencia. Grau Camarena, Cristina; López Sánchez, M^a Pilar; Sánchez Cánovas, M^a Isabel; Antonaya Campos, Amparo; Soler Alberich, Francisca; Herraiz Ortiz, M^a Carmen; Castro Rojas, Lilian; Paredes Carbonell, Joan J; Oprea, Georgiana.

Sesión 12: Promoción de la salud local e intersectorial (II)

Modera: Inés Urieta Guijarro. Subdirección de Salud Pública de Bizkaia. Departamento de Salud. Gobierno Vasco.

Experiencia del proyecto RELAS en el distrito sanitario Almería. Craviotto Manrique, Isabel; Martínez Mengibar, Evangelina; Moreno Tobías, Gonzalo; Uribe Ortega, Josefa.

Intervención comunitaria con la juventud de Amorebieta-Etxano. Pascual Uribe, Agurtzane; Ortuondo Diego, Henar; Arriaga Calvo, Miriam; Murillo Herreros, David; Sancho Sena, Itxaso; Salaverri Sabando, Gonzalo.

Promoción de la salud desde la OSI Debarrena. Rodríguez Cogollo, Ronald; Mendiguren Navascues, Maria Aranzazu; Taboada Gómez, Jorge; Cobos Rozadilla, Marta; Moro Barragues, Luis; Arzuaga Arambarri, María Jesús.

Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud: promoviendo entornos y políticas saludables en el ámbito local. Terol Claramonte, María; Gil Luciano, Ana; Zuza Santacilla, Inés; Campos Esteban, Pilar; Merino Merino, Begoña; Andradar Aragonés, Elena.

Incorporando la promoción de la salud a nivel territorial en la Agencia de Salud Pública de Cataluña (ASPCAT): Una estrategia de formación. González-Viana, A; Salvador, G; Estrada, M; Martínez, M; Mundet, C; Coll, MD; Pérez, C; Cabezas, C.

Capacitación y creación de redes locales: Talleres de Municipios Activos y Talleres de Prevención de Accidentes. Uranga Fraiz, María Aranzazu; Gómez Alcalde, José Luis; Bengoechea Ocio, Lucía; Garmendia Álvarez Aitziber.

Sesión 13: Promoción de la salud desde la AP (II)

Modera: Ana Gorroñoitua Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Bizkaia. Osakidetza.

¿A quién recetan ejercicio físico en consulta en la población vasca? Factores asociados: un estudio transversal. Extremiana Egia, María.

Análisis de la implementación de la promoción de la salud en los centros sanitarios de la red HPH-Catalunya. Juvinyà Dolors; Santiñà Manel; Simón Rosa; Pérez Ana Carol; Briansó María; Ibañez Rocío; Ballester Mónica; Monteis Jaume; Serra Marisa; Romero Nené.

Experiencia de actividades comunitarias, en un área básica de salud rural, dirigidas a la promoción y prevención de la salud. García Hinojosa, Joana; Estela Abad, Carme; Manuel Martí, Blanca; Roca Burillo, Carlos; Asensio Maials, Albert; Polo Sentañes, Montse.

Iniciativa comunitaria para la promoción de la salud de los adolescentes de Zumarraga y Urretxu. Blanco Egaña, María; Errasti Aizpurua, Nagore; Plazaola Muruguza, Tomás; Pérez de Arenaza Ruiz de Munain, Resurrección; Larrañaga Cortabarría, Idoia; Aramburu Garate, Salomé.

Estrategia de Grupos Socioeducativos, promocionando los activos en salud desde atención primaria. Escalona Labella, Isabel; García Roldán Patricia; Llamas Martínez, M^a Victoria; García-Cubillana Pablo.

Promocionando Salud! En el barrio tenemos un Plan Comunitario. Salud y comunidad. Moreno Girao, M^a Cruz; Romera Punzano, M^a Teresa; Martínez Martínez, Maribel.

Formar un grupo de participación comunitaria en un Centro de Salud; sí, se puede. Escartín Lasiera, Patricia; Gimeno-Feliu, Luis Andrés; Fortit García, Jonatan.

Sesión 14: Promoción de la salud en el entorno laboral

Modera: M^a Jesús Martín Díez. Osalan.

Red Andaluza de Centros de Trabajo Promotores de Salud. Dolz López, Francisco Javier; Gómez Molera, Carmen; Blanco Aguilar, Javier; Escalona Labella, Isabel.

"A tu Salud" Salud y Calidad de Vida en Mahou San Miguel. Palencia Alejandro, Manuel.

La salud; un valor estratégico para las empresas. Mayorga Mas, Rafael.

Experiencias de promoción de la salud en la Autoridad Portuaria de Bilbao. El proyecto Portu Osasuntsua. Calvo Larrondo, Joseba Gotzon.

Promoción del riesgo cardiovascular desde la ecografía. López Pérez, Javier; Barceló Galínez, Pablo; De la Cruz Vicente, Juan Carlos; Campa Vidal, Santiago; Uria Aguirre, Ángel.

16.30-18.30 MESA REDONDA 4. Retos y desafíos futuros para la promoción de la salud

Modera: **Concha Castells.** Departamento de Salud. Gobierno Vasco.

"¿Cómo introducir la perspectiva de la equidad en promoción de la salud?"

Pilar Campos. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

"La calidad en promoción de la salud".

Javier Gallego. Departamento de Salud del Gobierno de Aragón.

"Internet y salud; visión de la infancia y la juventud".

Mariano Hernán. Escuela Andaluza de Salud Pública.

"El ámbito de la Normalidad Supuesta Salud y la atención a los malestares cotidianos. Un desafío para la promoción de la salud".

Ana Sáenz. Promoción de Salud del Ayuntamiento de Bilbao.

18.30-19.00 CLAUSURA

PONENCIAS

MESA REDONDA 1

Herramientas útiles para la promoción de la salud en todas las políticas

Presentación: “La Salud en Todas las Políticas: fundamentos de la estrategia y herramientas para su implementación”.

Ana Ryvadeneira.

Instituto de Salud Pública, Epidemiología y Desarrollo - ISPED. Universidad de Burdeos

La Salud en todas las Políticas (SeTP) es una nueva estrategia de gobernanza transversal que introduce la mejora de la salud y la reducción de las desigualdades en salud como objetivo compartido del conjunto de gobierno.

Siguiendo el modelo de los determinantes sociales de la salud, se construye sobre la sólida evidencia de que la salud depende en gran medida de factores económicos, sociales y políticos controlados por políticas no sanitarias. Preconiza el que todos los agentes y órganos de gobierno contribuyan activamente al logro la salud/ equidad en salud introduciendo una consideración sistemática por la salud en el diseño e implementación de sus políticas y programas.

Los fundamentos de la estrategia se han ido construyendo en los debates y declaraciones formuladas en sucesivas conferencias internacionales auspiciadas por la OMS en línea con la agenda Salud para Todos, la Acción Intersectorial en Salud y las Políticas Públicas Saludables.

Como innovación, la SeTP propone un análisis de los efectos de otras políticas sobre la salud como punto de partida para proponer alternativas de acción que optimicen los resultados en salud sin comprometer otras metas sectoriales. Además, no se trata de que Salud lidere la estrategia, sino de que ésta sea impulsada desde las más altas instancias de gobierno para garantizar un compromiso conjunto de todos los sectores, agencias y niveles gubernamentales.

Su principal reto tiene que ver con las dificultades para introducir la salud en agendas que tradicionalmente no integran la Salud en sus prioridades o en escenarios en los que puede entrar en conflicto con otras metas sectoriales. Tampoco está exenta de los obstáculos clásicos del trabajo intersectorial como la ausencia de recursos dedicados, las diferentes culturas y lenguajes institucionales, la falta de mecanismos y estructuras de coordinación, la escasa prioridad de la salud en otras agendas o la percepción de injerencia en los asuntos propios.

Se plantea por ello la necesidad de nuevas estructuras, procesos, recursos y herramientas que permitan operativizar la estrategia. La Declaración de Adelaida, fruto de la *Reunión Internacional sobre Salud en Todas las Políticas* auspiciada por la OMS en 2010 recoge algunos elementos clave: un mandato y un compromiso político favorable; procesos de colaboración intersectorial; mecanismos de rendición de cuentas; procesos participativos; un compromiso de actores no gubernamentales; e iniciativas intersectoriales generadoras de nuevas alianzas.

Los debates y experiencias presentadas en la *VIII Conferencia Mundial de Promoción de la Salud* en 2013 permitieron conocer algunas experiencias de implementación de la estrategia a nivel internacional.

Existe hoy un consenso claro sobre la necesidad de dar respuesta a retos y problemas de salud complejos, multifactoriales e interdependientes que, más allá del sector Salud, precisan respuestas integradas transectoriales. La SeTP se presenta como nueva estrategia de gobernanza transversal con gran potencial para avanzar en este objetivo.

“Aplicación de la Lente de la Salud a la política ambiental y de empleo de Euskadi”.

Elena Aldasoro.

Departamento de Salud del Gobierno Vasco

El término Salud en Todas las Políticas (SeTP) hace referencia a una estrategia donde diferentes sectores tienen en cuenta, de forma consciente y responsable, el impacto de los procesos de toma de decisiones en la salud poblacional y en los diferentes grupos de población. Su fin último es el de mejorar la salud pública tratando de influir en aquellos determinantes sociales de la salud (DSS) cuya influencia desde el sector salud es limitadaⁱ

El Departamento de Salud del Gobierno Vasco ha puesto en marcha la estrategia de implementación de SeTP que tiene por objetivo definir y establecer un proceso sistemático para integrar la valoración de la salud en la acción política vasca. Para ello, se han planificado tres tipos de intervenciones: el Análisis de la Lente de la Salud (ALS), el procedimiento de respuesta a las consultas de otros departamentos, dentro del marco de los DSS y la integración de la equidad en la planificación del propio Departamento de Salud.

El **Análisis de la Lente de Salud** consiste en la valoración de los impactos en la salud y la equidad en salud de las políticas sectoriales, seleccionadas “ad hoc” y proactivamente, y en la posterior elaboración de recomendaciones para evitar o mitigar los efectos negativos en la salud y la equidad e igualmente maximizar los positivos.

Para elaborar el plan de acción se tuvieron en cuenta los 6 elementos clave que propone el marco para la acción de los países en SeTP (OMS)ⁱⁱ y se tomó como referencia la experiencia de Australia del Surⁱⁱⁱ. Además, se incorporó el enfoque de la salutogénesis para la planificación de políticas públicas. EL ALS consta de 5 fases: Acuerdo o compromiso, Recopilación de la evidencia, Producción de recomendaciones e informe final, Navegación y Evaluación.

Tras un proceso de priorización llevado a cabo en el seno del Comité Técnico de SeTP, compuesto por personas de los diferentes departamentos del gobierno, se seleccionaron para iniciar el ALS, el IV Programa Marco Ambiental y el Plan de Empleo 2013-2016.

Una vez analizadas ambas políticas sectoriales, se identificaron los elementos o DSS afectados por las mismas y se realizó una revisión de la evidencia científica sobre la relación de dichos DSS con la salud y las posibles soluciones que permitan avalar recomendaciones que aumenten el potencial saludable de la política.

Para identificar los impactos se cuenta con una herramienta validada en el contexto autonómico vasco. Además, se han identificado experiencias inspiradoras para el análisis en Empleo y en Sostenibilidad (Evaluación de Impacto en Salud de la Estrategia Europea de Empleo y el informe sobre Australia sostenible con un enfoque holístico de la sostenibilidad)

Referencias:

ⁱ TAPANI MELKAS. HEALTH IN ALL POLICIES AS A PRIORITY IN FINNISH POLICY: A CASE STUDY ON NATIONAL HEALTH POLICY DEVELOPMENT. *SCANDINAVIAN J PUBLIC HEALTH*, 2013;41 (SUPPL 11):3-28

ⁱⁱ WHO. HEALTH IN ALL POLICIES FRAMEWORK FOR COUNTRY ACTION. WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014

ⁱⁱⁱ THE SOUTH AUSTRALIAN APPROACH TO HEALTH IN ALL POLICIES: BACKGROUND AND PRACTICAL GUIDE. GOVERNMENT OF SOUTH AUSTRALIA, 2011.

“Una década de Evaluación de Impacto en la Salud en Euskadi: ¿qué hemos aprendido?”

Elena Serrano.

Departamento de Salud del Gobierno Vasco

Han transcurrido prácticamente 10 años de implementación de la metodología EIS en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV). Si bien el área de aplicación de la metodología es muy amplia, en el caso de la CAPV, se ha aplicado principalmente a proyectos de regeneración urbana.

En esta ponencia se analizan las tres EIS desarrolladas en el ámbito de la regeneración urbana en la CAPV: para el Plan de Regeneración Integral de Uretamendi-Betolaza y Circunvalación de Bilbao (2004), para el Soterramiento del Ferrocarril de Gasteiz (2010) y para dos Proyectos de Regeneración en la Bahía de Pasaia (2011-2012). El proyecto de Uretamendi-Betolaza y Circunvalación incluye diversas intervenciones, enfocadas principalmente a la mejora de la accesibilidad y la gestión de las aguas residuales; el de Gasteiz propone nuevos usos residenciales y de servicios para el área liberada por el soterramiento del ferrocarril a su paso por el centro de la ciudad; en Pasaia se proyecta una nueva lonja, como edificio emblemático que aporta un nuevo parque, y nuevos usos residenciales y de servicios en una parcela degradada (La Herrera) en pleno centro urbano, cercana a la nueva lonja. Tanto el proyecto de Uretamendi-Betolaza y Circunvalación como el de Pasaia, se plantean en un área con gran deterioro urbanístico, con una población descontenta por la sensación de abandono institucional y socioeconómicamente desfavorecida con respecto a su entorno.

La elección de los términos de referencia de las tres EIS fue muy semejante, planteándose seguir las etapas clásicas de esta metodología. Sin embargo, en el transcurso de la evaluación, fueron surgiendo imprevistos que requirieron la introducción de modificaciones de distinto calado en el desarrollo de la EIS. La flexibilidad y reflexividad de la metodología EIS permitió su adaptación y la correcta gestión de las mismas, redundando en un mejor rendimiento del trabajo y en la emisión de recomendaciones ajustadas a las necesidades reales. Un exponente de ello es la EIS de Pasaia, en que la suspensión definitiva del proyecto de La Herrera y la constatación, a través del trabajo cualitativo, del malestar que ello causaba en la población, condujo a sustituir el objetivo inicial -la evaluación de los impactos del proyecto de reordenación-, por la evaluación de los efectos de la no intervención.

Las recomendaciones emitidas en estas EIS se agrupan en tres bloques: medidas paliativas para el periodo de obras, propuestas para mejorar la deteriorada relación vecindario/ayuntamiento (en las EIS de Uretamendi-Betolaza-Circunvalación y de Pasaia) y recomendaciones específicas para la propia intervención urbanística. Esta presentación valora el grado de aplicación de las mismas y se identifican las posibles barreras para su culminación.

Se identifican elementos comunes, como es la complejidad inherente a los procesos de regeneración urbana (responsabilidad pluri-institucional; largos tiempos requeridos y frecuentes demoras en los procesos de diseño, aprobación y ejecución de los proyectos; mutabilidad de los mismos; conflictividad asociada; percepción por la población, de abandono institucional). También se constatan las fortalezas de la metodología EIS: crear espacios de consenso, promover la participación ciudadana; difundir una visión social de la salud y la contribución del urbanismo a la salud. Se concluye que la EIS es una herramienta especialmente válida para su aplicación a proyectos en escenarios de prolongado deterioro urbano, con descontento de la población, percepción de abandono institucional y, en consecuencia, en detrimento de la autoestima social.

“Salud y Desarrollo urbano sostenible: una propuesta para promover la salud a través de las iniciativas locales de urbanismo”.

Miriam Arrizabalaga. Ihobe, Sociedad Pública del Gobierno Vasco; Secretaría Técnica de Udalsarea 21, Red vasca de municipios hacia la sostenibilidad.

Introducción. La revisión liderada por Michael Marmot en 2010 del Reino Unido presenta evidencias científicas que relacionan factores del medio urbano y resultados en la salud y en las desigualdades sociales en salud, lo que ha permitido el desarrollo de iniciativas para fomentar un urbanismo con impacto positivo en salud.

Entre los Compromisos de Aalborg+10 marco de referencia de las Agendas Locales 21 –herramientas de gestión municipal– el Compromiso nº 7: Acción local para la salud. “*Nos hemos comprometido a promover y proteger la salud y el bienestar de nuestra ciudadanía*”, alude específicamente al aumento de conciencia pública y la movilización de agentes de planificación urbana para contribuir a la mejora de la salud de la comunidad local. En este contexto, **Udalsarea 21** - Red de Municipios Vascos por la Sostenibilidad –pone en marcha en 2012 el grupo de trabajo interinstitucional “Salud y Desarrollo Urbano Sostenible” para desarrollar un método que ayudara a analizar sistemáticamente el efecto en la salud de los proyectos urbanísticos.

Objetivos:

- Sensibilizar al personal municipal sobre los determinantes sociales de la salud y la relación existente entre espacio urbano y salud.
- Diseñar un método que permita a las personas responsables de planificación urbana conocer el efecto en la salud de una intervención concreta y sirva de apoyo para elegir alternativas que maximicen los efectos positivos en salud y disminuyan los negativos.
- Facilitar el tratamiento de la información resultante para su difusión a la ciudadanía.

Metodología. Se constituyó un grupo de trabajo específico, “Salud y Desarrollo Urbano Sostenible” formado por 14 municipios y entidades supramunicipales pertenecientes a Udalsarea 21, como punto de encuentro, de comunicación, aprendizaje, y fomento de acción de los municipios en esta materia.

Para el desarrollo del trabajo se utilizó un modelo elaborado por el *New South Wales (NWS) Health Department* y el *Sydney South West Area Health Service* [vi] y se trató de adaptarlo a la realidad de la CAPV.

Resultados. Dos herramientas de trabajo a disposición del público interesado: <http://goo.gl/ZwsGtl>

a-) La Publicación: “Cuaderno Udalsarea 21 nº 17: Salud y Desarrollo Urbano Sostenible”. Guía práctica para el análisis del efecto en la salud de iniciativas locales de urbanismo.

Ideada como un elemento para la reflexión, se asienta sobre 4 principios rectores: la equidad, la participación, la interdependencia y la intervención temprana.

Mediante el uso de cuestionarios, permite conocer el posible efecto de la planificación urbana sobre nueve determinantes sociales de la salud. Además, proporciona estrategias y recomendaciones en base a la evidencia científica disponible, para ayudar al personal municipal en la toma de decisiones.

b-) El Aplicativo on-line para el “Análisis del efecto en la salud de iniciativas locales de urbanismo”, que facilita el estudio sistemático de las intervenciones.

Conclusiones. La experiencia contribuye a la sociedad a través de los siguientes logros:

- Establecimiento de una **metodología de referencia**.
- Aportación al principio de **Salud en todas las políticas**, centrada en el urbanismo local.
- Mayor **conocimiento** entre los ámbitos de salud pública y gestión local sostenible.
- **Colaboración** interdepartamental e interinstitucional.

ESPECIAL ENFERMERÍA

Mesa redonda: **Más allá de la clínica: ¿hay un espacio para la enfermería en la promoción de la salud?**

Dolors Juvinyà Canal.

Departamento de Enfermería. Universitat de Girona

La Carta de Ottawa de 1986 define la promoción de la salud como un proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Esta definición supone considerar la promoción de la salud como un proceso político y social que incluye acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de las personas, y otras acciones dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen efectos sobre la salud de las personas.

Son diferentes las estrategias impulsadas desde distintas instituciones europeas y desde la Organización Mundial de la Salud. En la conferencia de Helsinki, en el 2013, se impulsó el enfoque Salud en Todas las Políticas con el objetivo de incorporar la perspectiva de salud y tener en cuenta las implicaciones en salud que se derivan desde diferentes ámbitos para contribuir a la mejora de la salud de la población y la equidad en salud.

Siguiendo con la transversalidad que propone la estrategia Salud en Todas las Políticas y de que la salud se genera en el lugar donde viven, trabajan y se relacionan las personas la promoción de la salud ha de ser incorporada en los distintos entornos que rodean a las personas. Las ciudades saludables, las escuelas promotoras de salud, las universidades saludables, los hospitales y centros promotores de salud... son ejemplos que ilustran el movimiento en pro de la salud, que buscan cambiar la perspectiva de trabajo y la cultura organizacional incorporando el valor de la salud en los mismos, centrados en las personas y la comunidad.

Incorporar la perspectiva salutogénica, el enfoque de determinantes sociales de la salud y los derechos humanos comporta un cambio de rol para los profesionales de la salud y de la enfermería en particular. Centrándonos en las personas, tendremos en cuenta el grado de alfabetización para la salud, el apoderamiento, la participación comunitaria, los activos para la salud, las habilidades para la vida, son herramientas y aspectos que los profesionales debemos ir conociendo e incorporando en nuestro día a día para avanzar hacia un modelo de atención integral centrado en la persona. Este cambio de perspectiva requiere el compromiso de todos los actores implicados en la salud y debe sustentarse en la participación, la motivación para el cambio y la evidencia que la promoción de la salud nos ofrece una oportunidad.

Elena Uría.

Osakidetza

La Comarca Sanitaria Ezkerraldea-Meatzaldea-Enkarterri, (actualmente OSI Ezkerraldea Enkarterri Cruces) de Osakidetza presta servicio a 17 municipios situados en Bizkaia, que reúnen a 171.000 habitantes. Estos municipios constituyen la denominada margen izquierda del Nervión. Esta es una zona con carácter específico caracterizada por numerosas señales de identidad en lo que a lo económico y social se refiere. Desde esta Dirección se ha pretendido que los profesionales de los Centros de Salud entiendan que la actividad sanitaria no debe estar "centrada" sólo en el sistema sanitario y la apertura a la sociedad mediante este tipo de actividades hoy enmarcadas dentro del ámbito socio-sanitario aportan un valor importante a la actividad puramente asistencial, por ello se ha pretendido fomentar estas actuaciones estimulando o incentivando que los trabajadores participen de manera proactiva en estas iniciativas. La evidencia mostrada en los datos proporcionados por el Departamento de Salud, y asumiendo

el marco normativo en el que la antigua comarca desarrolla sus actuaciones, se consideró necesario incorporar un nuevo abordaje que diera una respuesta más efectiva a las necesidades de salud evidenciadas en la comarca. Para ello, la antigua comarca propició el inicio de un proceso de trabajo de orientación comunitaria en todos los municipios de la comarca. Dicho proceso fue suscitado inicialmente en torno al tema del abordaje del tabaquismo y se facilitó convocando a todos los agentes relacionados con dicho tema, a participar en una sesión de discusión.

Entendiendo la potenciación del papel del ciudadano y su responsabilización y autonomía, como una actuación indiscutible en el desarrollo de la salud de los usuarios, se han facilitado, dentro de línea de actuación del Plan de Gestión de la Comarca, encuentros con diferentes grupos de interés (asociaciones de enfermos, vecinales, etc.), incluso se ha fomentado la participación de profesionales en medios de comunicación para la difusión de conocimientos que generen una cultura de autocuidados en los pacientes.

La intervención comunitaria carece de sentido si nos olvidamos al resto de agentes tanto sanitarios como no sanitarios que confluyen alrededor de los ciudadanos, por ello hemos desarrollado estrategias de colaboración con: Ayuntamientos, Colegio de Farmacéuticos, Osalan, Asociación contra el cáncer, Salud Pública, Departamento de Educación, centros escolares, berritzegunes, innovación educativa, Diversas asociaciones vecinales, Etorkintza, Diputación: Juventud y Deportes, Comerciantes y Ciudadanos. El instrumento de trabajo inicial empleado en los municipios fue el mapa de recursos municipal.

Conclusiones. La comunidad se encuentra constituida por personas, grupos, organizaciones sociales e instituciones, que son los actores reales del desarrollo. La comunidad, sólo existe si se configura como resultado de la interacción de todos ellos. Tal interacción, crea un valor compartido a modo de capital social por todos y cada uno de los agentes sentando cimientos para el desarrollo local.

Trabajar en red de manera coordinada, supone poner en funcionamiento los valiosos recursos que tenemos en nuestro entorno, maximizando los resultados e impulsando una nueva gobernanza a través de la participación ciudadana.

Angelina González.

Departament de Salut. Generalitat de Catalunya

¿Como llega una Diplomada de Enfermería a la Promoción de la Salud? Al terminar la Diplomatura de enfermería trabajé en el hospital Clínico de Barcelona durante dos años, al cabo de los cuales fui a Londres a trabajar, allí encontré trabajo en el Hospital Sant Bartholomew, en una sala de cuidados coronarios. En Londres encontré un espacio donde crecer como profesional y seguir con los estudios en un momento en que en España no existía el grado. Después conseguí trabajo con Medicos Sin Fronteras, en Sierra Leona y Uganda. El trabajo en estos contextos me llevaron la certeza de que el papel que como enfermeras, y como cualquier profesional sanitario en mejorar la salud de las personas (de las poblaciones) es limitado si nos enmarcamos en el sistema sanitario. Allí se hacía evidente que la salud es la salud depende más del acceso al agua potable, alimentos, educación, trabajo así como a carreteras, viviendas que a un sistema sanitario. Al cabo de un año volví a Barcelona donde estudié un máster de salud pública que supuso una apertura a nuevas oportunidades profesionales.

Según la Ley de Salud Pública del 2009, la salud pública es un conjunto organizado de actuaciones de los poderes públicos y de la sociedad mediante la movilización de recursos humanos y materiales para proteger y promover la salud de las personas, prevenir la enfermedad y cuidar la vigilancia de la salud pública

¿Y que hacen las Diplomadas de Enfermería en una agencia de salud pública?

En estos momentos en el servicio de promoción de la salud somos unas 6 enfermeras llevando a cabo programas de promoción y prevención del tabaquismo, drogas, alimentación y actividad física, vacunas, alcohol, laboral y comunitaria. Dentro de estos programas algunas de las tareas que llevamos a cabo son: la coordinación de redes de profesionales (normalmente de la atención primaria) a través de los cuales se llevan a cabo aspectos de promoción, coordinación de formaciones así como formación directa a profesionales de la atención primaria o de salud pública, gestión de bases de datos y evaluación de los programas así como colaboración o incluso impulso a investigación en salud pública, gestión de webs y dinamización de redes sociales relacionadas con los programas. También damos soporte en el territorio a programas locales sobre los temas que son nuestra responsabilidad y a los profesionales de salud pública del territorio.

Algunos consejos para terminar: todas las experiencias profesionales suman y no sabes para que, pero al final te son útiles. Sueña, es decir marcate objetivos laborales de futuro. No te pongas límites, la vida ya se encarga de ponerlos. Si sientes “mielusión” (miedo+ilusión) vas bien. Estes donde estes no olvides que las personas son parte de una comunidad y estan expuestos a determinantes sociales...y por último aprende un idioma.

MESA REDONDA 2

Promoción de la salud desde los entornos: respuestas innovadoras para el siglo XXI

Presentación: *“Importancia de los entornos facilitadores de la promoción de la salud”*.

Javier Segura.

Ayuntamiento de Madrid

Vengo de una comunidad autónoma, dónde hace siete años se disolvió la Dirección General de Salud Pública y se insertó el Servicio de Promoción de la Salud (PS), en la Dirección General de Atención Primaria (AP). Lo cual era una oportunidad para apoyar de cerca las actividades de PS de los equipos de atención primaria (EAP), pero a la vez supuso un acotamiento de los espacios de la PS y la necesidad de señalar los límites que tienen los EAP (predominancia del trabajo clínico y a demanda, frente al comunitario, roles profesionales, etc). Entre ellos, el trabajo en entornos diferentes a los del propio centro de salud y en la acción intersectorial y de abogacía sobre las políticas públicas. Para ello, hubo que volver a la historia y recordar como el limitado desarrollo de la Declaración de Alma Ata (1978), que abogaba por una estrategia dentro del sistema sanitario (Atención Primaria de Salud), se intentó compensar, en cierto sentido, con la Carta de Ottawa (1986). El naciente Movimiento de PS diseñó nuevas estrategias de la Salud Pública dirigidas afuera del sistema sanitario (Ciudades Saludables, Escuelas Promotoras de la salud, etc.), en las que este se quedaba como un mero mediador o facilitador. En esta nueva estrategia el concepto de entorno saludable alcanza una significación central.

Los entornos son los lugares o el contexto social donde las personas desarrollan las actividades diarias y en el cual interactúan factores ambientales, sociales, organizativos y personales que afectan la salud y el bienestar. Como ejemplos de entornos se pueden citar los centros de enseñanza, los lugares de trabajo, las prisiones, los hospitales, las poblaciones y las ciudades. Son lugares donde son más visibles los determinantes sociales de la salud (DSS) y donde hay mayores oportunidades para su abordaje, principalmente desde el empoderamiento de los y las que los habitan. Es decir, para los salubristas, “los entornos” son nuestros lugares de trabajo por excelencia, pero dónde, a la vez, nos cuesta más tener una presencia sólida y estable.

Vengo de un ayuntamiento, en el que desde hace siete años hemos desarrollado un proyecto de PS, denominado “Estrategia Gente Saludable”, aprovechando una red de 23 centros municipales de salud especializados en PS (Centros Madrid Salud), con vocación de ser un apoyo a los EAP, pero a la vez de aprovechar las oportunidades que ofrecen los municipios para el trabajo intersectorial, la presencia en entornos saludables y el abordaje de los DSS. Sin embargo, como otros ayuntamientos, estas iniciativas están actualmente amenazadas por la nueva ley de régimen local (ley RASAL), que nos exige de nuevo hacer pedagogía (el valor del trabajo en entornos de salud; la salud en todas las políticas públicas, la discriminación entre el concepto de salud y el de sanidad, etc.).

Afortunadamente, en este congreso no tenemos esta necesidad. Para abrir el debate sobre las oportunidades y límites que tenemos en el siglo XXI para trabajar en estos entornos, contamos en esta mesa con tres profesionales de la salud con una amplia experiencia de trabajo e investigación sobre y en los entornos saludables.

Primero, Maribel Paserin, de la Agencia de Salud Pública de Barcelona, que nos va a hablar sobre el entorno educativo y cómo debemos aprovechar al máximo las oportunidades que brinda para la PS

Después, María Eugenia Aizpetia, coordinadora estatal del PACAP, nos dará su visión de qué cambios tiene que introducir el entorno sanitario para cumplir esa función mediadora reconocida en la conferencia de Ottawa.

Finalmente, Manuel Franco, investigador principal del proyecto HHH, nos va a hablar de un entorno muy especial como es el barrio, utilizando también la palabra “entorno” para denominar los condicionantes socio-

ambientales que facilitan el cambio de hábitos (tabaco, alcohol, alimentación y actividad física) y, por lo tanto, de la salud cardiovascular en ese barrio.

“El entorno educativo”.

Maribel Pasarín.

Agencia de Salud Pública de Barcelona

1. El entorno educativo está formado por diferentes agentes: el alumnado, los adultos del centro y las familias.

El marco teórico en que actualmente enmarcamos la promoción de la salud es realmente diferente que la de hace unos años. La persona es importante pero el entorno en el que vive, se relaciona y se desarrolla es muy determinante de lo que finalmente sucede en la vida de cada uno. Es por ello que al referirnos a la “promoción de la salud en el entorno educativo” no debemos referirnos exclusivamente en qué y cómo hacer para que los alumnos sepan cómo hacer para vivir de forma más saludable, sino que hay que incluir todo el entorno como ámbito promotor de salud. Los alumnos, pero también los profesores, los monitores, conserjes, otras personas adultas que trabajen en el centro y la asociación de madres y padres (a la que considero siempre imprescindible). Pero además el centro como entorno: su estructura e instalaciones, sus normas, lo que ofrece (ej: comedor escolar).

La educación es un potente determinante de la salud y por ello, los entornos educativos podríamos decir que son saludables en sí mismos, pero además pueden organizarse de forma que sean espacios más saludables y salutogénicos. La educación obligatoria hasta los 16 años, puede ser considerada una política que favorece la disminución de las desigualdades sociales, es por ello que hay que vigilar para que la calidad a los diferentes grupos sociales sea equivalente.

A lo largo del proceso educativo son claves los factores promotores de la salud que se pueden trabajar; enseñar para la adquisición de habilidades social, para una mejor autestima y asertividad, etc. es trabajar para favorecer también una mejor salud. Pero cuando aparecen riesgos específicos de la etapa puede ser necesario incluir intervenciones especialmente orientadas a un mejor afrontamiento a las situaciones de riesgo. En estos casos es necesario utilizar criterios de calidad, equidad, sostenibilidad e impacto de las intervenciones que se pongan en marcha.

2. Ningún entorno está aislado, forma parte y/o se comunica o se debe comunicar con otros entornos.

El trabajar para que el entorno escolar sea promotor de la salud se ve muy reforzado cuando no se hace de forma aislada, de puertas para adentro. Hay dos entornos inmediatos sobre los que conviene hacer esfuerzos para implicar. En primer lugar, en entorno familiar: la infancia y la adolescencia son dos etapas clave en los aprendizajes para el resto de la vida, y la congruencia de mensajes que se perciben desde los entornos es un elemento favorecedor de los aprendizajes favorables; es por ello que hacer esfuerzos para sumar a las familias en las líneas promotoras de salud de la escuela, es hacérselo a niños y jóvenes más fácil. En segundo lugar, el barrio, incluyendo los servicios, las entidades, los recursos, que en él existan. Nos podría sorprender conocer todos los agentes que en nuestro barrio pueden estar preocupados por la calidad de vida de infancia y juventud. Y si no, es posible que se pueda implicar a alguno... Es bueno buscar la conexión y la coherencia entre el entorno escolar y el entorno comunitario. En la acción comunitaria orientada a la mejora de la salud de la comunidad, el entorno educativo debe formar parte de las alianzas, compartiendo objetivos, aportando acciones, etc.

3. La posición de los profesionales (de salud, del mundo educativo, etc.) en promoción de la salud

Como profesional, reconociendo los determinantes de la salud, no pondré exclusivamente el objetivo en las personas como individuos, esperando cambios y aprendizajes desde el exclusivo esfuerzo personal. He de reconocer mis relaciones y con ellas mis “puntos de actuación” para provocar cambios en otros sectores, en otros niveles del mapa de determinantes, en otros actores, de forma que sea objeto de nuestro trabajo poner en práctica la responsabilidad que implica el reconocimiento de los determinantes de la salud.

Se ajusta a esta idea el concepto aprendido del profesor Emerson Merhy (Brasil), sobre el “trabajo vivo en salud”. En nuestro ejercicio profesional somos determinados y determinantes, debemos reconocer el poder que en nuestro ejercicio del trabajo tenemos cada uno, unos estarán en posición de gobierno (“G”) - los que están en alta posición jerárquica- y otros, los que estamos en otras posiciones de la organización, como “g”.

En la exposición de estos tres puntos que se tratarán en la ponencia se pondrán ejemplos que conozco por llevarse a cabo desde la Agencia de Salud Pública de Barcelona en la que trabajo.

“El entorno sanitario”.

María Eugenia Azpeitia.

Osakidetza. Coordinadora Nacional del PACAP

La salud comunitaria es la expresión colectiva de la salud de los individuos y grupos en una comunidad definida, determinada por la interacción entre las características de los individuos, las familias, el medio social, cultural y ambiental, así como por los servicios de salud y la influencia de factores sociales, políticos y globales¹.

Es necesaria la incorporación de esta perspectiva a los sistemas de salud mediante la puesta en marcha de procesos participativos e intersectoriales en ámbitos geográficos concretos, pues son elementos estratégicos clave para el abordaje de los determinantes de la salud y la disminución de las desigualdades en salud. Se precisa de la intervención de:

- Administraciones (local, otras administraciones públicas) de las que depende la legislación, la planificación, los recursos y la financiación.
- Ciudadanía incluido sus organizaciones sociales (asociaciones y grupos formalmente constituidos y otros actores y líderes sociales). Verdaderos protagonistas del proceso.
- Recursos profesionales y técnicos, personas que se relacionan directa y diariamente con la población y que gestionan servicios, programas y prestaciones (educativas, sociales, sanitarias, económicas...). Aportan elementos técnico-científicos y conocimiento de la realidad en la que se interviene.

El papel de los profesionales sanitarios puede quedar en segunda línea, apoyando actuaciones que impulsen otros agentes de la comunidad, pero su contribución más apropiada puede ser generar o traducir la información sobre por qué es importante una determinada intervención en términos de mejora de salud, detectando las personas que puedan beneficiarse, contribuyendo al diseño y a la evaluación de las actividades comunitarias, y procurando no incrementar las desigualdades en salud de la comunidad sino disminuirlas.

Necesitamos²

- Desarrollar metodologías ágiles para la evaluación o la revisión de la evidencia científica de las actuaciones comunitarias en salud incluidas en las diferentes redes.
- Reconocer que la participación activa de los profesionales en los procesos de salud comunitaria sea

adecuada a las necesidades y forme parte como actividad regular de sus agendas de trabajo y que no se trate de acciones erráticas y voluntaristas.

- Generar espacios comunes para las diferentes redes que están funcionando en nuestro país, construyendo una metodología común para la presentación y la difusión de las actuaciones.

Una buena manera es desarrollando un trabajo en red a nivel local, creando Redes Locales de Salud (RLS). El trabajo en red consiste en crear alianzas para establecer objetivos compartidos y actuar cooperativamente para alcanzarlos. Asimismo, al trabajar en red se crean sinergias entre los distintos agentes locales y los recursos son mejor aprovechados esto contribuye a largo plazo a disminuir las desigualdades en salud, un cambio social importante.

Estas Redes Locales de Salud se crean gracias a la participación activa de la ciudadanía y de los recursos profesionales y técnicos mediante foros de participación locales. Este modelo de trabajo permite analizar los problemas a la luz de ópticas distintas y así obtener un mejor diagnóstico y unas mejores y más eficientes soluciones. Igualmente permite situar la política y las acciones de salud en el escenario más cercano a la población.

Referencias:

¹ Gofin J, Gofin R, Essentials of global community health. Sudbury (MA): Jones and Bartlett learning; 2010.

² Cofiño R, Pasarin MI, Segura A. ¿Cómo abordar la dimensión colectiva de la salud de las personas? Informe SESPAS 2012. Gaceta Sanitaria 2012;26(S):88-93

“Barrios y Salud Cardiovascular: estudio Europeo Heart Healthy Hoods”.

Manuel Franco.

Universidad de Alcalá de Henares

El estudio Heart Healthy Hoods (Starting Grant 2013 del European Research Council HHH <http://hhhproject.eu/>) tiene como objetivo estudiar la relación entre el entorno urbano y la salud cardiovascular. Específicamente vamos a estudiar la ciudad (municipio) de Madrid incluyendo sus 21 distritos, 128 barrios y 2412 secciones censales. En este área viven 1,4 millones de personas de entre 40 y 75 años.

El entorno urbano se estudiará enfocándonos en cuatro dominios: entorno de tabaco, entorno alimentario, entorno de alcohol y entorno construido relacionado con el transporte y la actividad física.

Estudiamos tanto las estructuras físicas de estas áreas como los comportamientos y normas sociales que caracterizan estos cuatro entornos en los barrios estudiados.

Los datos de salud cardiovascular se obtendrán en dos estudios: 1) Una cohorte reclutada en los centros de salud para determinar el riesgo cardiovascular de 2500 personas (incluyendo un 20% de inmigrantes provenientes de países andinos: Bolivia, Ecuador, Perú y Colombia); 2) La explotación de las historias clínicas de los residentes que utilizan los servicios de Atención Primaria del municipio de Madrid.

El estudio HHH comenzó el 1 de Abril del 2014 y tiene una duración de 5 años. El HHH incluye un grupo de investigación interdisciplinar que utiliza metodologías variadas cuantitativas y cualitativas. El grupo incluye expertos en sociología, geografía, comunicación, atención primaria, epidemiología y salud pública.

Comunicar la evidencia científica sobre la relación entre el entorno urbano y la salud cardiovascular a investigadores, la sociedad civil y decisores políticos es un objetivo fundamental del proyecto HHH. Informar las políticas públicas que tengan un mayor impacto en la promoción de la salud cardiovascular y la prevención de las enfermedades asociadas es una tarea esencial del HHH.

El estudio HHH colabora activamente con el Servicio de Atención Primaria de la Comunidad Autónoma de Madrid y el Instituto de Salud Pública del Ayuntamiento de Madrid. En colaboración con este Instituto desarrollamos un proyecto de investigación participativa con los residentes de Villaverde financiado por la Fundación Mapfre para entender el entorno alimentario. <http://hhhproject.eu/research/photovoice>.

MESA REDONDA 3

La participación comunitaria: ¿cómo hacerlo y no morir en el intento?

Modera: **Noemi Bergantiños.** *Parte Hartuz. Departamento de Sociología y Trabajo Social. UPV/EHU*

"Participación comunitaria y participación ciudadana: ¿sinónimos o diferentes?"

Fernando Pindado.

Ajuntament de Premià de Mar

Aunque toda participación tiene un carácter político, si no señalamos elementos concretos para definir un derecho o un elemento democrático tan importante como éste podemos correr el riesgo de banalizarlo y aceptar cualquier festejo como participación política. La única participación que tiene sentido político es la que relaciona a la persona con la cosa pública, la *polis*.

Comunidad política. Los seres humanos hemos evolucionado viviendo en grupos: familia, tribu, aldea, pueblo, ciudad... compartiendo conocimientos y recursos para mejorar nuestra capacidad de adecuarnos al entorno. Hemos desarrollado vínculos "comunes" que nos han relacionado con un conjunto de personas parecidas y nos han dado unas señas de identidad.

La historia humana ha conocido diferentes formas de vida en común y hoy, en el actual sistema capitalista, continúa existiendo la comunidad. Mientras haya seres humanos habrá relaciones comunitarias porque el ser humano es un animal que para vivir y desarrollarse necesita de la interacción con otros. Hay muchas comunidades: las que comparten un edificio, una calle, un barrio; las que comparten unos vínculos o unos ideales; las que profundizan en su relación y forman organizaciones para conseguir unas finalidades. Una de estas comunidades es la "*polis*", de donde deriva la POLÍTICA en mayúsculas. La política es, en este sentido, uno de los instrumentos que las personas hemos creado para gestionar la pluralidad y diversidad de intereses y resolver los conflictos derivados de ella. Claro está que, a menudo, la política se ha basado en la explotación del débil por el fuerte y el hecho comunitario ha sido condicionado por la sumisión a los dictados de los poderosos. La democracia es el sistema político que, conceptualmente, considera que la legitimidad para ejercer el poder nace del pueblo y se tiene que ejercer en su nombre y en su interés.

La relación de la persona con la colectividad se puede observar desde tres ángulos diferentes. En el primero, es usuaria de un servicio público que, no olvidemos, corresponde (debería corresponder) a las instituciones democráticas desplegar los medios económicos y humanos para su prestación. En el segundo, es miembro de una comunidad, de un grupo de personas con quienes comparte un espacio, unos intereses, unos deseos. Y, finalmente, desde el tercer ángulo, es ciudadana en el sentido más político del término, titular indiscutible del derecho a participar y miembro de ese conjunto de minorías al que –siguiendo a Rosanvallon– llamamos pueblo, en quien descansa la soberanía política y de donde emanan todos los poderes del Estado (artículo 1 de la Constitución).

Son tres ángulos diferentes desde los que la persona puede actuar (usar) lo colectivo. Es importante señalar sus diferencias para utilizar los canales adecuados a cada rol y no confundir la defensa de lo "mío" (usuario de servicio con derechos) con la defensa o realización de lo "nuestro" (ciudadano con derecho político).

a) **La persona como usuaria del servicio público.** Cuando se obtiene (¿se pide?) la prestación de un servicio: el servicio de salud, una plaza escolar, un permiso de vado... el individuo actúa como usuario de ese servicio y las sugerencias, las quejas o reclamaciones que pueda hacer de manera particular forman parte de su relación de usuario. Podríamos incluir aquí la "participación" en el servicio público "justicia penal" que hacen

los miembros del tribunal del jurado, o la “participación” en la Mesa electoral cuando se produce la votación en unas elecciones. La participación tiene un carácter más administrativo, la relación de las personas usuarias suele ser con responsables técnicos que ofrecen respuestas técnicas a las demandas quejas o propuestas planteadas. Esa participación es un elemento necesario para la mejora del funcionamiento de los servicios, pero no entra en el contenido de las políticas de las que dependen esos servicios.

En este ámbito, las políticas públicas deberían promover una gestión de calidad en la realización de los servicios públicos, así como un buen sistema de información y atención para poder canalizar las propuestas, demandas, quejas y reclamaciones y dar respuesta eficaz. Interviene la gestión ordinaria, no la POLÍTICA, en mayúsculas.

b) **La persona como miembro de una comunidad.** Se da otra dimensión de la relación entre las personas y la colectividad cuando éstas se conectan con otras de su entorno, en la calle, en una asociación, en la comunidad de propietarios... Se desarrollan sentimientos de identidad, de pertenencia, de solidaridad y también, hay que decirlo, de enfrentamiento, de conflicto, de exclusión. El ámbito comunitario es el más próximo y el que permite vivir experiencias significativas que demuestran a la gente su capacidad de intervención colectiva. El paso siguiente es, justamente, formar parte de manera consciente de algún grupo estructurante que permita continuar la realización de más experiencias¹.

Robert Putnam hace referencia a dos formas distintas de relación de la persona con la comunidad. Una, **el vínculo**, que determina la pertenencia a dicha comunidad por aquello que la une con los otros miembros, como por ejemplo, la religión, la edad, las aficiones, la ideología... Otra, **el puente**, en la que las personas buscan la diversidad, el conocimiento y relación con los diferentes. Sin despreciar las relaciones basadas en el vínculo, las llamadas “puente” incrementan la capacidad de la comunidad de vertebrarse y estar en condiciones de hacer frente a los retos del presente y del futuro. Las políticas públicas de cohesión social, de desarrollo comunitario², de mejora del capital social... tienen que facilitar la realización de estas experiencias positivas y deberían colaborar a la extensión de este tipo de relaciones.

c) **La persona como ciudadana, titular de derechos políticos.** Finalmente hay otra dimensión, cuando la persona, con interés concreto e incluso particular, conecta con la política porque la manera de hacer posible su interés pasa por una actuación pública que afecta a la colectividad, es decir, hace falta una decisión política. Es la relación del individuo con la “polis” que ha estado muy pervertida porque, de manera excesivamente frecuente, la política ha aparecido como la “solucionadora” de los problemas individuales. Eso pasa en muchas ciudades y pueblos cuando es directamente el alcalde o alcaldesa, quien da respuesta a las peticiones individuales. Es normal escuchar a muchos responsables políticos municipales, especialmente en ciudades medias o pequeñas decir que “hacen participación ciudadana” cuando van por la calle y responden a las demandas de la gente, la típica pregunta “Ahora que te veo, ¿qué hay de lo mío?” Normalmente se pregunta sobre “lo mío” es extraño preguntar sobre “lo nuestro”, lo de la comunidad.

La política en democracia es, sobre todo, debate y argumentación, pero respecto de políticas (actuaciones públicas) que, obviamente, afectan a personas individuales, aunque indeterminadas. Es la respuesta a “lo nuestro”. Evidentemente la construcción de un centro de salud afectará a personas individuales, pero no están determinadas, serán aquéllas que reúnan los requisitos establecidos por la política y hoy se ha establecido que toda persona tiene derecho a la atención sanitaria.

Reconociendo la importancia de los otros dos tipos de relaciones, propongo reservar “participación ciudadana”

¹ Esta conceptualización sobre experiencias significativas y grupos estructurantes son de Amadeu Mora, Director de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Girona.

² Para mayor abundamiento sobre acción comunitaria ver el trabajo realizado por Oscar Rebollo para el ayuntamiento de Barcelona <http://w3.bcn.cat/fitxers/observatorisocial/guiaoperativaaccicomunitria.518.761.pdf>

para la relación de la persona con la POLÍTICA (en mayúsculas) y es aquí donde se necesitan eficaces políticas para facilitar y promover la implicación ciudadana en los asuntos públicos, lo cual supone alguna cosa más que impulsar la deliberación y el debate, hacen falta actuaciones en el ámbito representativo y, aunque resulte complejo, en el diseño y establecimiento de canales de decisión directa de la ciudadanía.

La Trinidad democràtica. Ahora utilizo la palabra “trinidad”, concepto místico, más que “triángulo”, concepto geométrico, para destacar esa idea que ha florecido en algunas religiones y que trata de explicar la existencia de tres cosas que, al mismo tiempo, son una sola. Recordemos la trinidad cristiana “tres personas distintas, Padre, Hijo y Espíritu Santo, pero un único Dios”. Otras corrientes filosóficas hablan del cuerpo, el espíritu y la suma (o interacción) de los dos que es distinto a cada uno y, a la vez, algo nuevo.

Este símil sirve para explicar el concepto de democracia que también tiene tres dimensiones distintas, con desarrollos propios y vida propia cada una de ellas, pero sólo hay una única democracia. Podemos decir que este sistema político se realiza por la interacción de sus poliédricas dimensiones. Destaco las que, en mi opinión, son más importantes: **representativa** (actuación mediante intermediarios), **directa** (actuación sin intermediarios) y **dialógica** (basada en el debate regular entre ciudadanía y poderes públicos) algunos la llaman “participativa” pero se presta a confusión porque participativas son (deberían ser) las tres dimensiones ya que una democracia que no sea participativa no puede llamarse democracia.

Tres formas diferentes y un único sistema. Las tres son necesarias y son compatibles y combinables. Para mejorar el sistema hay que abordarlas de manera global y no desarrollar más una dimensión sobre otra. Nos aventuramos a afirmar que quizás, el futuro de la democracia pase por la revisión y actualización de las tres dimensiones adecuándolas a la realidad social y tecnológica actual. Estamos obligados, pues, a buscar esas otras formas en las que se mantengan los valores esenciales de la democracia: libertad, igualdad, pluralismo, justicia y los derechos políticos inherentes: asociación, reunión, libre expresión... El ágora ya no es sólo la plaza del pueblo o el parlamento, el ágora es multidimensional, multiespacial y multitemporal. Y en este contexto aparece también una tensión que no hay que despreciar, la que se produce entre actividades y acciones democráticas y antidemocráticas.

La relación de la comunidad con la política se suele concretar principalmente en la dimensión dialógica y, en no pocas ocasiones se le exige al poder público que acepte las propuestas o resoluciones promovidas por la comunidad o por los grupos organizados, lo cual desvirtúa el principio democrático de ejercicio del poder por el pueblo, no por una o unas minorías organizadas por más razón que tengan.

Aquí está la clave, para pasar de la preocupación por lo mío al interés por lo nuestro. Pasar de la acción comunitaria a la acción política y promover canales de participación para el diseño y la decisión sobre cuáles deben ser las prioridades políticas, en este caso, en el ámbito de la salud, pero no se debe fiar la participación únicamente a las organizaciones sociales por más socios o apoyos que tengan.

“Participación en salud como herramienta de cambio”.

Vicky López Ruiz.

Médica de familia y salubrista

La participación se torna real y se redefine en los espacios locales. Cuando pensamos en participación en salud, tendemos a acotar nuestras miras a los servicios sanitarios. Pero, ¿es este hoy día el espacio donde la participación se torna real? ¿Hay entornos facilitadores de la participación en nuestro sistema sanitario?

A la hora de aterrizar la participación en los territorios, hemos de considerar dos premisas:

- 1. El concepto de salud:** no podemos partir de una participación comunitaria basada en la enfermedad, se trata de mirar al fondo y descubrir los procesos salutogénicos que nacen de la comunidad, de observar la salud desde una óptica colectiva.
- 2. El significado de la participación:** la participación ha sido usada como medio de manipulación en lo social y en lo político o como garantía de éxito en los programas. No podemos entender la participación sin una plena conciencia social y sin espacios de deliberación, entendiendo la participación en salud como aquel espacio en la que la ciudadanía no sólo toma parte en su salud sino que se convierte en parte de ella.

Si La participación comunitaria fue definida en la Declaración de Alma Ata como “el proceso mediante el cual los individuos y familias asumen la responsabilidad ante su salud y su bienestar, así como por la salud de su comunidad y desarrollan la capacidad de contribuir activamente a su propio desarrollo y al de su comunidad” encontramos en las experiencias sobre huertos urbanos un “gold standar”. Las experiencias de huertos urbanos, no sólo significan una forma de reducir las desigualdades sociales en salud repercutiendo directamente sobre las condiciones de vida, sino que además se convierten en puntos de encuentro intergeneracionales donde reforzar los lazos sociales y construir comunidad.

De esta manera, en un escenario social y político como el que estamos viviendo las experiencias autogestionadas de empoderamiento ciudadano se multiplican. Hoy día, asistimos al resurgir de los grupos de crianza como espacio en el que padres y madres comparten dudas, inquietudes y vivencias sobre la salud de sus hijos/as. Ellos/as mismos/as dibujan un espacio de formación “por pares” constituyéndose como grupos de apoyo mutuo.

Por último, no podemos dejar de señalar, la acción desmedicalizadora de la participación comunitaria tal y como constatan experiencias como Radio Nikosia o la experiencia del Proyecto Chamberí. Proyectos en los que los problemas de salud mental dejan de ser una enfermedad para convertirse en un sentir del potencial colectivo.

El choque con una estructura sanitaria gerencialista, basada en la tecnologización de la salud y eminentemente vertical, hace que muchas de las experiencias de participación en salud se coloquen en los márgenes del sistema sanitario y que algunas de las experiencias que parten del mismo se reduzcan a una participación vertical y sin un verdadero protagonismo ciudadano. Sin embargo, algunos ejemplos desde la Atención Primaria (véanse experiencias como los paseos cardiosaludables del centro de salud de San pablo de Zaragoza u otras experiencias del PACAP) y la Salud Pública (los centros de Promoción de la salud de Madrid Salud, mapeos de activos de Astursalud, etc) devuelven a las administraciones al lugar del que nunca debieron alejarse: a la salud que se construye y se nutre de la comunidad, abriendo la puerta una verdadera participación en salud también desde las instituciones.

MESA REDONDA 4

Retos y desafíos futuros para la promoción de la salud

Modera: **Concha Castells.** *Departamento de Salud. Gobierno Vasco*

“¿Cómo introducir la perspectiva de la equidad en promoción de la salud?”

Pilar Campos.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Alcanzar equidad en salud significa que todas las personas puedan desarrollar su máximo potencial de salud independientemente de su posición social u otras circunstancias determinadas por factores sociales. La Ley General de Sanidad de 1986 ya estableció la equidad como un objetivo prioritario del Sistema Nacional de Salud (SNS). El Plan de Calidad para el SNS, regulado por la Ley de cohesión y calidad del SNS de 2003, recoge también entre sus medidas principales el fomento de la equidad. Y la Ley 33/2011 General de Salud Pública, profundiza en su desarrollo e incluye las bases para la equidad y la salud en otras políticas.

Además de que la equidad esté presente en el marco normativo, el MSSSI cuenta con una larga experiencia trabajando en este campo, reforzada por el impulso que se le ha dado a nivel internacional.

Los principales desafíos de la salud pública para avanzar hacia la equidad fueron esbozados conjuntamente por las CCAA y el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) y se agruparon en cuatro grandes líneas estratégicas³ que son: el desarrollo de sistemas de información sobre equidad en salud que permitan guiar las políticas públicas, el desarrollo de conocimiento y herramientas intersectoriales avanzando hacia el concepto de “Salud y Equidad en todas las políticas”, el apoyo integral en los primeros años de vida, dada la importancia de promover la equidad desde el principio, y la visibilización política, que incluiría sensibilización y abogacía.

A lo largo de los últimos años, la equidad se ha ido incorporando a la agenda política y está cada vez más presente en muchas de las estrategias, planes y programas, donde se ha integrado como eje transversal. Uno de los retos pendientes es pasar del discurso y de su integración teórica a la práctica efectiva. En este sentido, el proceso formativo llevado a cabo en el MSSSI en 2010-2011 para integrar los determinantes sociales de la salud (DSS) y la equidad en Estrategias, Programas y Actividades (EPAs) de salud, y la Guía metodológica⁴ desarrollada como resultado del mismo, han constituido un paso clave para avanzar en este área, y no sólo a nivel nacional, puesto que la Guía se ha pilotado con éxito, de la mano de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en cuatro países de Europa: Bulgaria, Montenegro, Serbia y la ARY de Macedonia. Este proceso formativo demostró la aplicabilidad y la transferibilidad de la guía metodológica. El MSSSI continúa colaborando con la OMS y está co-organizando un nuevo proceso con 5 países: Albania, Rumanía, Eslovaquia, Ucrania y Kosovo.

La metodología propuesta supone una herramienta práctica y efectiva para la integración del enfoque de DSS y equidad, y, además, resulta útil como proceso integral de mejora de las EPAs. Este último aspecto es de

³ <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/EstrategiaNacEquidadSalud.htm>

⁴ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía metodológica para integrar la Equidad en las Estrategias, Programas y Actividades de Salud. Versión 1. Madrid 2012. http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/jornadaPresent_Guia2012/docs/Guia_metodologica_Equidad_EPAs.pdf

gran relevancia puesto que el proceso genera un espacio de reflexión y evaluación entre diferentes actores que intervienen en una EPA, facilitando que, tras el proceso, se integren elementos de mejora en la propia EPA, no sólo relacionados con la equidad sino también con la efectividad y la calidad.

Subrayar que la equidad en salud es, además de una cuestión de justicia social, un componente clave para la efectividad y la calidad de las intervenciones. En salud pública y, en concreto, en promoción de la salud, debemos ser capaces de llegar a toda la población, y asegurar que las intervenciones se basan en las necesidades reales de las personas a las que se dirigen.

En la práctica, es necesario avanzar en: (1) la reorientación del sistema de salud a la promoción de la salud y a la equidad; (2) la capacitación de los profesionales en cómo integrar de forma efectiva el concepto de equidad; (3) la participación social, que a su vez conlleva el empoderamiento de la población; (4) la Intersectorialidad, puesto que es necesario un esfuerzo conjunto de todos los sectores para incrementar la salud de la población y poner en marcha medidas estructurales que reduzcan las desigualdades sociales en salud; (5) la monitorización de los DSS y la equidad; y (6) la evaluación de las intervenciones para conocer su impacto en la generación de inequidades, además de para reforzar la base de evidencia.

Por tanto un gran reto pendiente, y no sólo para la equidad, es incorporar en nuestras instituciones procesos formales de evaluación de intervenciones complejas, como son las de promoción de la salud, con enfoque de equidad, involucrando a diferentes actores y sectores con responsabilidad sobre ellas y dedicando los recursos y el tiempo necesario para que la evaluación suponga realmente un ciclo continuo de mejora que además permita profundizar en aquellos elementos comunes que puedan hacer que, experiencias basadas en la evidencia, efectivas y equitativas, sean transferibles a otros contextos.

“La calidad en promoción de la salud”.

Javier Gallego.

Departamento de Salud del Gobierno de Aragón

El desarrollo de principios, criterios e instrumentos de calidad en promoción de la salud, permite a los promotores de una iniciativa disponer de recursos para su perfeccionamiento, aplicables a los diferentes entornos y facilitando su adaptación a la complejidad de los diferentes contextos. La utilización de herramientas de calidad en promoción de la salud permite: Evitar las prácticas inadecuadas, favorecer la efectividad y eficiencia de acuerdo con la evidencia existente, justificar el apoyo financiero a los proyectos según su calidad y facilitar la gestión y transferencia del conocimiento en promoción de la salud.

La Ley de Salud Pública de España de 2011, refuerza la necesidad de potenciar la calidad de las intervenciones de promoción de la salud, de manera que el Ministerio de Sanidad con la participación de las Comunidades Autónomas *establecerá y actualizará criterios de buenas prácticas para las actuaciones de promoción de la salud y fomentará el reconocimiento de la calidad de las actuaciones.*

Existen diversos instrumentos de calidad en promoción de la salud entre los que destaco los siguientes: *PREFFI 2.0* del NIGZ (Instituto holandés para la promoción de la salud); EQUIHP (European Quality Instrument for Health Promotion) apoyado por la Unión Europea; La *Démarche de Qualité* para asociaciones promovida en Francia por INPES (Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé); Quint-Essenz, sistema de calidad desarrollado por la Fundación de Promoción de Salud de Suiza; *IDM Modelo de Dominio Interactivo*, creado en la Universidad de Toronto (Canadá). También hay propuestas formuladas por redes: Red Europea de Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo (ENWHP) y la Red de Escuelas por la Salud de Europa (SHE). En España la *Red Aragonesa de*

Proyectos de Promoción de la Salud (RAPPS), ha desarrollado criterios de calidad a partir de la experiencia de la red y la revisión de la literatura.

En las diferentes herramientas y propuestas identifico los siguientes aspectos comunes:

- La coherencia de la intervención con los valores de la promoción de la salud (visión global de la salud, equidad, empoderamiento, participación, intersectorialidad, continuidad y estrategias múltiples).
- El análisis del contexto es clave para valorar la pertinencia, relevancia y viabilidad de la iniciativa.
- La revisión de los aspectos metodológicos del ciclo de planificación, implementación y evaluación permite valorar la idoneidad y efectividad de las actuaciones de acuerdo con la evidencia existente.
- La valoración de la gestión, seguimiento y animación de la iniciativa son claves para mejorar el liderazgo de los promotores y la comunicación del proyecto.

La experiencia de la RAPPS confirma que la calidad de una iniciativa de promoción de la salud, está relacionada con la existencia de un equipo competente, interdisciplinar e intersectorial. Las redes de promoción de la salud son importantes para la gestión del conocimiento y generar una cultura de evaluación y de mejora continua.

“Internet y salud: visión de la infancia y la juventud”.

Mariano Hernán.

Escuela Andaluza de Salud Pública

Internet, como recurso para la alfabetización en salud, ha sido ampliamente reconocido en la literatura científica, pero aún son escasos los estudios centrados en el análisis de la Red como fuente de salud y bienestar biopsicosocial, especialmente en las poblaciones más jóvenes y al principio del río de la vida. Explorar opiniones de niños, niñas, adolescentes y jóvenes sobre Internet y su relación con la salud, el bienestar y la calidad de vida puede ser una fuente de conocimiento útil para promover la salud.

Al utilizar metodologías adecuadas a la realidad social e investigar desde una perspectiva de e-research, se han generado resultados que nos permiten comprender por qué las personas más jóvenes describen Internet como una importante herramienta para el aprendizaje, la comunicación, la diversión, el bienestar y el cuidado de la salud. Del mismo modo, cada vez más se ponen de manifiesto formas diferenciales de entender el fenómeno entre padres, madres, niños, niñas y jóvenes, que influyen de forma directa en la orientación de los discursos con relación a la visión de Internet. Mientras los adultos ponen el acento en los riesgos de Internet, los niños, niñas y jóvenes destacan los efectos positivos. Todo ello puede discutirse atendiendo a las implicaciones en salud pública de la alfabetización digital y de la calidad de la información en la Red y el Social media, así como de su conexión con la perspectiva salutogénica y biopsicosocial, especialmente en relación a la identificación de los activos para la salud como recursos de las personas y las comunidades para mejorar y mantener la salud, el bienestar y la felicidad.

Palabras clave: Internet, Health, Childhood, Family, Health assets, Salutogenesis, Risk. Qualitative methods, Spain.

Referencias:

- Hernán-García, M et al. (2014). El Internet como fuente de información sobre la salud: la visión de estudiantes de Andalucía, España. Global Health Promotion. <http://doi.org/10.1177/1757975914536911>
- Hernán-García, M et al (2015). Understanding children: a qualitative study on health assets of the Internet in Spain. International Journal of Public Health. <http://doi.org/10.1007/s00038-015-0648-0>

“El ámbito de la Normalidad Supuesta Salud y la atención a los malestares cotidianos. Un desafío para la promoción de la salud”.

Ana Sáenz. Promoción de Salud del Ayuntamiento de Bilbao

La Normalidad Supuesta Salud (NSS) es una de las conceptualizaciones de la Metodología de los **Procesos Correctores Comunitarios** (ProCC) creada por la doctora en psicología Mirtha Cucco, que se desarrolla desde los ámbitos de la salud, la educación y la intervención social desde hace más de 30 años en el Estado español, Cuba, Argentina y otros países de Latinoamérica. Esta concepción significa un aporte más a los procesos de intervención comunitaria encaminados a trabajar los determinantes de la Salud, desde la interdisciplina e interinstitucionalidad.

Desde el Área de Salud y Consumo del Ayuntamiento de Bilbao, desarrollamos dicha metodología desde hace más de 25 años a través de diferentes programas de intervención con madres, padres, adolescentes, profesorado, profesionales, etc. con importantes logros en el objetivo de conseguir una vida cotidiana y una sociedad más saludables.

La **Normalidad Supuesta Salud (NSS)** constituye el ámbito que recoge aquellos malestares cotidianos que la población sufre y que habitualmente no analiza, ni cuestiona porque los considera normales. Son reales y ampliamente generalizados, generan queja pero no demanda explícita, y no tienen interlocutor profesional específico, sin embargo, tienen consecuencias en la salud y bienestar de la población. Aunque no son naturales sino **histórico-sociales**, producto de una formación social dada, estos malestares presentan un elevado grado de **consenso social** que facilita su naturalización, estableciéndose como normales. Como se consideran inevitables (se dice: “es lo que hay”, “es lo que toca”) no se articulan propuestas de intervención ni transformación más allá del paliativo de sus efectos.

Podemos situar como ejemplo, niveles de agobio y desgaste en la crianza actual, dificultades de la adolescencia de hoy, grados de sobrecarga en mujeres, hombres perdidos en los cambios, soledades sin sentido, desgastes en el ejercicio de roles profesionales, etc. que constatamos en quejas como:

“Ya sabes, los niños lo quieren todo”, “Llegaron los hijos... se acabó la pareja, es lo que hay”, “Gano una birria de sueldo, agobiada, sin tiempo para estar con mis hijos, ¡no sé qué liberación de la mujer es ésta!”, “Yo ya no sé cómo acertar, cuido a mis hijas, hago tareas domésticas, pero parece que nunca lo hago bien porque mi mujer siempre me está corrigiendo”, “Desde que cuido a mis padres, ya no puedo con mi alma, ¡es lo que toca!”, “Ya no sé qué inventar para que vengan a las charlas, la gente no quiere participar”, “Ya sabes, aquí cada uno va a su bola”, ...

El análisis de los malestares normalizados, pero no saludables (NSS), permite visualizar los mecanismos de la construcción subjetiva y vínculos sociales, que el sistema socio-económico hegemónico pone en juego para su reproducción y desarrollo. La identificación e intervención sobre dichos mecanismos es la base de nuestra propuesta para aportar a los procesos de transformación que permitirán construir una vida y sociedad saludables. La codificación de los malestares en **Indicadores Diagnósticos de Población (IDP)** que se actualizan en una investigación permanente, permite diseñar programas de intervención dirigidos a toda la comunidad para abordar dichos malestares propositivamente, a partir del trabajo de una problemática dada (la crianza, la adolescencia, el ser mujer, el ser hombre, el ser profesional hoy en día, etc.). Algunos de estos **programas ProCC** son: ‘Escuela para madres y padres’; ‘Adolescencia, ¿Asignatura pendiente?’; ‘Pubertad, ¡Todo me cambia!’; ‘El rol de la mujer, problemática actual’; ‘El rol del hombre, una problemática silenciada’; ‘Los roles profesionales en la institución pública, desgastes y alternativas’; etc.

Se trabaja con un dispositivo grupal, el **Grupo Formativo**, que permite desarrollar la capacidad reflexiva y habilitar nuevos consensos grupales por fuera de lo “naturalizado socialmente como normal” pero no saludable, y así buscar alternativas con mayor grado de protagonismo personal y social, operando cambios importantes, que apuntan a la transformación.

Los resultados de una praxis constante en el ámbito de la Normalidad Supuesta Salud desde el **Área de Salud y Consumo del Ayuntamiento de Bilbao**, avalan las posibilidades de contribuir a operar transformaciones en el modo de vida, verdadero desafío en el proceso de conseguir una vida y sociedad saludables.

SESIÓN 1. COMUNICACIONES ORALES

Mesa espontánea. Promoción de hábitos saludables en los entornos: experiencias inspiradoras del movimiento Gosasun

Mesa organizada en colaboración con Innobasque

163. ¿Por qué es necesario un movimiento como gosasun para la promoción de hábitos saludables?

Elejalde, Lola¹

¹Directora de Área, Innobasque

Introducción. Gosasun es un movimiento impulsado por Innobasque para fomentar unos hábitos de vida saludables en torno a tres ejes fundamentales: alimentación, actividad física y salud emocional, promoviendo un equilibrio entre ellos.

Objetivos. GOSASUN busca un beneficio tanto social como económico, pues el objetivo de conseguir una sociedad saludable hace que se fomenten nuevos productos y servicios relacionados con la salud, la mejora de la competitividad de los sectores económicos, y la creación de empleo en Euskadi.

Metodología. Creación de una extensa red de agentes compuesta por empresas, administraciones, asociaciones... comprometidas con la promoción de hábitos saludables, que llevan a cabo iniciativas concretas para promover la salud en sus entornos (laboral, educativo, comunitario...) y que las comparten a través de la página web de GOSASUN para que otros puedan beneficiarse de su experiencia.

Gestión de la página Web de GOSASUN como un punto de encuentro entre organizaciones interesadas en la promoción de hábitos saludables, y también una herramienta donde encontrar iniciativas y recursos útiles y replicables. El mapa de GOSASUN permite una búsqueda de organizaciones y actividades, así como una segmentación por tipo, ámbito o entorno.

Reconocimiento de las mejores prácticas sobre promoción de hábitos saludables mediante el Sello GOSASUN.

Difusión y socialización a través de redes sociales, artículos, newsletter, eventos... Realización de Talleres de conexión de agentes anuales. Estas sesiones sirven para difundir iniciativas llevadas a cabo por los agentes en ámbitos concretos, para trabajar en nuevas ideas y recoger sugerencias, y para presentar nuevos proyectos y recursos relacionados con los hábitos saludables.

Mediante el trabajo que se realiza a través del movimiento GOSASUN, Innobasque pretende activar el Sistema de Salud Extendido. Hasta ahora, la responsabilidad sobre la salud propia recaía, principalmente, en el sistema sanitario, pero ahora también en las personas y en nuestros entornos. Los pacientes, cada vez más empoderados, somos capaces de participar en la toma de decisiones sobre nuestra propia salud, en la definición de las políticas sanitarias, en establecer prioridades en el ámbito de la investigación y otros.

La salud deja de ser una política exclusivamente sanitaria y pasa a estar presente en todas las políticas públicas e incluso en las privadas. Algunas empresas empiezan a incluir la salud de los trabajadores dentro del propio plan de gestión, sensibilizando y actuando para que los empleados adquieran competencias no solo profesionales sino también vitales y orientadas a mantener un equilibrio en su salud.

Los entornos en los que nos movemos (hogar, centro educativo, centro de trabajo, ciudad o barrio) se reconocen desde hace tiempo como factores determinantes de nuestra salud, y por lo tanto objetivos de salud pública. Y por último, la evolución y el crecimiento del sector global de la salud, ofrece nuevas posibilidades para el tejido industrial, de servicios y de educación.

Resultados. Más de 130 organizaciones adheridas a GOSASUN

Más de 70 actividades compartidas

13 iniciativas reconocidas con el Sello GOSASUN

4 talleres de conexión de agentes celebrados

2 campañas de promoción de hábitos saludables

Conclusiones. Es necesario seguir trabajando para fomentar que organizaciones de cualquier naturaleza realicen intervenciones de promoción de la salud en sus entornos. Pequeños gestos contribuyen a mejorar la salud de las personas, lo que beneficia tanto a las personas como al país.

132. Intervenciones para un urbanismo activo

Murua, Juan Manuel¹

¹[murua]-HEK

Email de Contacto: juanma@murua.eu

Introducción. Desde un enfoque socioecológico, el entorno físico (natural y construido) y el entorno social de las personas son aspectos clave a considerar a la hora de promocionar la Actividad Física ya que condicionan directamente las actitudes y comportamientos de las personas a la hora de llevar estilos de vida más activos o inactivos.

Bajo esta perspectiva algunas ciudades, han iniciado procesos para incorporar criterios de fomento de la actividad física en sus ordenanzas y otras herramientas urbanísticas municipales. El municipio de Irun (Gipuzkoa) es uno de estos municipios que están trabajando en diferentes ámbitos de intervención con el objetivo de “crear, desarrollar y mantener un entorno físico natural y construido que facilite e impulse la actividad física”, para lo cual se plantean la “promoción y dinamización de un urbanismo facilitador de la actividad física. El municipio de Getxo (Bizkaia), por su parte, también está trabajando sobre el concepto de hábitat saludable y generando proyectos transversales con esta orientación.

Objetivo. Generar una herramienta basada en los trabajos científicos realizados en el ámbito del urbanismo activo, que recoja una serie de orientaciones y recomendaciones para generar un entorno urbano que facilite la actividad física (Irun-Gipuzkoa). Poner en marcha una serie de intervenciones efímeras para el testeo de algunas de las propuestas (Getxo-Bizkaia).

Metodología. La metodología se basa en un meta-análisis de las investigaciones realizadas y de revisión de la literatura existente sobre la relación entre el diseño del espacio urbano y sus efectos en la actividad física de las personas que en él habitan. A partir de este trabajo de investigación se elabora un código urbano cuyos destinatarios principales son el Área Municipal de Deportes y el Área de Urbanismo del Ayuntamiento de Irun.

Ambas áreas comienzan a aplicar las directrices recogidas en el código. Por otra parte, se ponen en marcha una serie de actuaciones efímeras en el municipio de Getxo, en el que se observan los comportamientos de las personas con relación a dichas intervenciones.

Resultados. Las intervenciones efímeras como la inclusión de mensajes para el fomento del uso de las escaleras, el pintado de las mismas, la instalación de pequeñas zonas de juego con césped artificial o la organización de una dinámica participativa para la dinamización de espacios, han mostrado efectos prometedores. Los resultados de las intervenciones duraderas en Irún, con las que se podrá realizar una verdadera evaluación de su efectividad, todavía no han podido analizarse dado el largo plazo necesario para una evaluación de este tipo.

Desde un punto de vista operativo para la incorporación de estos criterios en las herramientas urbanísticas se plantean los siguientes ámbitos:

- Movilidad
- Usos del suelo
- Espacios abiertos
- Calles y paisaje urbano
- Proyectos de edificación
- Espacios, instalaciones y equipamientos específicos.

Conclusiones/Aportaciones. Los resultados del meta-análisis realizado y la investigación sobre la literatura existente, muestran que este tipo de intervenciones sobre el entorno físico, natural y construido, pueden generar entornos que faciliten la adopción de estilos de vida más activos. Los efectos de las intervenciones efímeras en Getxo invitan al optimismo, si bien es importante considerar la necesidad de encuadrar este tipo de actuaciones dentro de estrategias multicomponente, coordinándose con otras actuaciones en el entorno social y en ámbitos concretos como la escuela, los centros de trabajo o las comunidades.

113. Ermua Mugi!, estrategia comunitaria de ámbito local para la incorporación efectiva e igualitaria del ejercicio físico como hábito de vida

García López, Antton¹

¹Deportivo del Instituto Municipal de Deportes de Ermua, Ayuntamiento de Ermua - Ermuko Udala

Email de Contacto: agarcia@imdermua.com

Introducción. En diciembre del año 2012, el Ayuntamiento de Ermua pone en marcha un Punto Local de Orientación de la Actividad Física y el Deporte (POAF en adelante) que ofrece información, asesoramiento y orientación gratuita a la ciudadanía, que presente patologías o sin ellas, de forma individualizada, acerca de las diferentes opciones o programas de actividad física que, tanto en sus actividades de la vida diaria como en su tiempo libre de manera estructurada, pueda realizar en el espacio físico de Ermua para adquirir un hábito de actividad física saludable en función de sus condiciones físicas, de sus necesidades, de sus recursos y de sus emociones. La inclusión de la estrategia Ermua Mugi! en el Plan Experimental Sociosanitario Local en el año 2014 posibilita la señalización y equipamiento de más de 8 kilómetros de rutas urbanas y periurbanas seguras utilizadas habitualmente por las personas caminantes de Ermua, creando así una red de Circuitos Saludables Inteligentes. Esta Red está compuesta por 16 balizas con detectores de radiofrecuencia y permite monitorizar la actividad a

través de las pulseras con tecnología de identificación de proximidad que portan las personas caminantes. La información generada contiene una serie de información básica de la actividad realizada, como es la distancia, el desnivel y el tiempo de cada tramo recorrido en valores diarios, semanales y mensuales, que, además de ser accesible vía web por la propia persona usuaria, es remitida tanto al POAF como a la propia persona caminante por correo electrónico.

Objetivo. Ermua Mugi! tiene como objetivo emocionar para provocar un cambio que normalice el hábito de la actividad física, incremente el número de personas con estilos de vida activos y reduzca paulatinamente el número de personas sedentarias o de personas con bajos niveles de actividad física, establecido en un 66% de la población en la actualidad.

Metodología. La Unidad Médica Local de Atención Primaria, el Área Sociocultural del Ayuntamiento y el Instituto Municipal de Deportes de Ermua, junto con las empresas ATHLON, concesionaria del servicio del POAF, y Projekta Contract, entidad responsable del diseño de la Red de Circuitos Saludables Inteligentes de Ermua, y, bajo la dirección de la propia Alcaldía del Ayuntamiento, constituyen la Mesa Local de Coordinación, equipo tractor de la estrategia, que asume con una visión transversal y multidisciplinar las competencias del diseño, planificación, evaluación y mejora de las líneas de acción. Estas organizaciones, además de constituirse como agentes facilitadores de hábitos de vida saludables y estilos de vida activos, asumen mediante un protocolo establecido la derivación al POAF de las personas sedentarias y de aquellas que deban iniciar planes de incremento de actividad física. La labor de prescripción de la actividad se inicia con la realización en el POAF de una valoración mediante el Cuestionario Internacional de Actividad Física-IPAQ para medir el grado de actividad física semanal de la persona, que se complementa con unas pautas mínimas de alimentación, y tiene continuidad con valoraciones posteriores en el seguimiento y la monitorización de la actividad después de la primera sesión.

Resultados. Desde la puesta en marcha del Primer Plan Experimental Sociosanitario en el año 2014, el POAF ha asistido a 303 personas, de las cuales 134 corresponden a nuevas prescripciones y 169 a personas en seguimiento y monitorización. El perfil tipo de la persona que acude al POAF es la de una mujer, de entre 56 y 65 años, que camina habitualmente y asiste al servicio por voluntad propia. A su vez, los 3 grandes grupos de enfermedades o patologías de las personas usuarias del POAF han sido la obesidad, la hipertensión y la diabetes.

Conclusiones/Aportaciones. Con la perspectiva que nos otorga el tiempo transcurrido en la implementación de esta estrategia pionera en el fomento de estilo de vida activos en el ámbito local, podemos concluir que el trabajo en red de los agentes locales y comarcales, el uso de un concepto de actividad física amplio tanto en contenido como en personas destinatarias, la concepción de la ciudad como espacio deportivo, y la intervención sobre las personas en su entorno más cercano, constituyen herramientas eficaces de empoderamiento de la población en el cuidado de su salud.

42. Programa de fomento del consumo de fruta y verdura en la población infantil de Vitoria-Gasteiz (Fase I)

Rodríguez, Víctor Manuel¹; Mauleón, Jose Ramón²; Etaio, Iñaki²; Martínez, Olaia²; Perales, Amaia²; Aizpuru, Garbiñe²; Casseti, Lucrezia²; Elortondo Pérez, Francisco José²; Gómez Pérez De Mendiola, Francisco³; María del Puy Portillo²

¹Profesor agregado e investigador de la UPV/EHU ²UPV/EHU ³Ayto. de Vitoria-Gasteiz

Email de Contacto: bittor.rodriguez@ehu.es

Introducción. Los hábitos alimentarios, que son determinantes para la salud, se establecen durante la infancia. De acuerdo a una investigación realizada por la UPV/EHU en el seno del Observatorio Nutricional de Vitoria-Gasteiz, el 80% de los niños de la ciudad no ingiere suficiente hortalizas y el 60% suficiente fruta. Teniendo en cuenta el carácter protector de este grupo de alimentos frente a las enfermedades más prevalentes en la sociedad actual y la importancia de la etapa infantil en el establecimiento de hábitos de salud, los programas de intervención eficaces para aumentar el consumo de estos alimentos resultan imprescindibles.

Objetivo. El objetivo principal del proyecto de investigación (US10/05) era diseñar, ejecutar y evaluar un programa de fomento del consumo de fruta y verdura dirigido a escolares de Vitoria-Gasteiz de entre 6 y 12 años que tuviese impacto positivo en indicadores relacionados con los determinantes del consumo de frutas y hortalizas que predisponen al consumo de este tipo de alimentos. El programa constituiría el piloto (Fase I) de un programa más amplio (Fase II) cuyo objetivo será incrementar en términos cuantitativos el consumo de fruta y verdura.

Metodología. Un equipo multidisciplinar (dietistas-nutricionistas, sociólogos, especialistas en análisis sensorial, epidemiólogos) diseñaron un programa piloto de intervención breve (90 minutos) basado en los determinantes de la elección de alimentos (motivación, habilidades, oportunidad, recompensa y modelos), impartido por dietistas-nutricionistas y desarrollado en el mercado municipal. El programa consistía en tres talleres y dos actividades relacionadas: 1) Taller de Nutrición en el que se trabajaban a modo de motivación conocimientos nutricionales (beneficios de frutas y verduras para la salud) y dietéticos (cantidad recomendada al día) así como habilidades dietéticas (cómo alcanzar las recomendaciones); 2) Taller Sensorial en el que se trabajaban habilidades sensoriales para el conocimiento de los gustos personales; 3) Taller Culinario en el que se desarrollaban habilidades culinarias; 4) Adquisición de Fruta en la frutería de la Plaza de Abastos (para trabajar el componente oportunidad) donde los/as participantes elegían una fruta (recompensa); 5) Desayuno con Fruta, en casa con la familia desayunaban la fruta elegida el día anterior y, para el trabajo del determinante modelos padre y/o madre comentaban, de acuerdo a unas instrucciones recibidas, las actividades anteriormente mencionadas. Se evaluó tanto el proceso (cuestionarios a profesorado y dietistas-nutricionistas) como el impacto del programa (impacto en los determinantes de la elección de alimentos trabajados) mediante encuestas diseñadas por el departamento de sociología de la UPV/EHU.

Resultados. 914 niños/as participaron en el programa piloto. En cuanto a los determinantes de la elección de alimentos trabajados, gracias al taller de nutrición un 51% de los y las participantes aprendió razones nutricionales para consumir frutas y hortalizas, un 54% aprendió cuántas raciones de fruta y verdura hay que consumir cada día y un 60% aprendió cómo se pueden comer ese número de raciones en un solo día. Gracias al taller sensorial un 23% adquirió habilidades sensoriales en relación a las frutas y hortalizas y gracias al taller culinario un 20% adquirió habilidades para preparar una ensalada. Después de la intervención, el 76,7% de los y las participantes declaró que querían comer más frutas (un 19% incluso de probar nuevas frutas) y 59,5% se manifestó predispuesto a consumir más hortalizas. Un 38% consumió la fruta que eligió para el desayuno antes del mismo y un 43% la consumió en el desayuno y le gustó. De acuerdo a la encuesta realizada a padres y/o madres un 74% de los/as participantes manifestaron durante el desayuno que estaban interesado/as en consumir más fruta y hortalizas.

Conclusiones. El programa tiene efectos positivos sobre los determinantes de elección de frutas y hortalizas además de sobre la predisposición al consumo de alimentos de este grupo. El programa se sigue ejecutando en la actualidad y por él han pasado más de 2.500 niños y niñas de Vitoria-Gasteiz. Por otra parte, actualmente se está ejecutando la Fase II de este programa.

130. Plan de vida saludable en CAF, S.A.

Makibar Aztiria, Leire¹; Korta Murua, Iñaki¹

¹Servicio Médico de CAF, S.A.

Email de Contacto: lmakibar@caf.net ikorta@caf.net

Introducción. En CAF, S.A siempre hemos entendido la salud de los trabajadores desde un punto vista integral y holístico. Por lo tanto consideramos que el ámbito laboral es un lugar muy adecuado para desarrollar programas de promoción de la salud específicos y generales.

Objetivo. Promover hábitos de vida saludable en cuanto a:

- Dieta
- Actividad Física
- Tabaco

Dirigidos a mejorar la salud global de los trabajadores y en particular las capacidades para desarrollar las actividades laborales en las mejores condiciones.

Resultados. A comienzos del 2010, desde el Centro de Salud de Osakidetza en Beasain se pusieron en contacto con nuestro Servicio Médico para solicitar colaboración en la puesta en marcha de un programa de intervención comunitaria sobre la población de la comarca dirigido a promover la actividad física, la alimentación saludable y el abandono del tabaco. (Prescribe Vida Saludable). La intervención inicial consistió en conocer cuáles eran los hábitos de la población de la comarca con respecto a los tres parámetros señalados y también su disposición personal a modificar dichos hábitos. Esto se llevó a cabo por medio de una encuesta personal que se cumplimentó en las consultas del servicio médico y que fueron enviadas al Centro de Salud de Beasain. En algunos casos se aconsejó la modificación de alguno o varios de los hábitos analizados y, ciertamente en pocos, se acordó un plan de modificación, ayuda y seguimiento que se lleva adelante bien en el Centro de Salud de Osakidetza de Beasain y otras poblaciones de la comarca, o en algún caso desde el S. Médico. Más allá de la intervención individualizada, desde este S. Médico se consideró que también cabían las actuaciones de promoción de hábitos saludables a nivel colectivo y en este sentido se consideraron diversas acciones. La primera y más visual fue aprovechar la carrera anual de empresas que organiza Adeg y en la que venían participando trabajadores de CAF con gran éxito en cuanto a posición, para promover esta actividad con un carácter, eso sí, menos competitivo. Se trató de animar una mayor participación de diversos equipos con el fin de promover el ejercicio de correr moderadamente como actividad muy saludable. Esta actividad se lleva a cabo, con el espíritu referido de promocionar la actividad física, con un incremento progresivo en la participación de trabajadores que el pasado año consistió en 48 trabajadores (12 equipos). Además la actividad se realizó en colaboración con el equipo promotor del PVS del Centro de Salud de Beasain.

Por otro lado entendiendo que la realización de actividad física también está relacionada con la mejora de la capacidad para hacer frente a los requerimientos de la actividad laboral, en el marco de las diferentes acciones a desarrollar en el plan de ergonomía, se pusieron en marcha actividades de formación práctica en ejercicios físicos específicos dirigidos, inicialmente, a trabajadores con dolencias osteomusculares recurrentes. Para esta actividad contamos con la inestimable colaboración de la empresa Athlon que desarrolla el plan formativo con un alto grado de satisfacción por parte de los participantes. En la actualidad se realizan seminarios formativos muy prácticos de dos horas semanales a lo largo de 5 semanas, en horario laboral. Abordamos, por lo tanto, el hábito del ejercicio físico, por un lado como actividad que actúa reduciendo el riesgo de presentación de enfermedades cardiovasculares y por otro lado como una actividad que actúa mejorando las capacidades para hacer frente a los requerimientos

psicofísicos de la actividad laboral. En lo que se refiere a la promoción de la alimentación saludable se veía como una insuficiencia no aprovechar el hecho de que gran parte de la plantilla utiliza diariamente el servicio de comedor para, por un lado ofrecer la alternativa de una alimentación saludable y por otro informar a los trabajadores en qué consiste la misma. Por ello, se inició un proceso informativo sobre los criterios que conforman una alimentación saludable y que tiene su vertiente más visual en la categorización de los alimentos que se sirven en el comedor mediante un sistema de colores o semaforización que, de un modo sencillo, aporta la información básica en el momento de elegir la comida de cada día. Además se aporta información complementaria breve por escrito en los "mantelitos" que eventualmente se colocan en las bandejas del comedor y próximamente se colocarán pósteres informativos en las paredes de los comedores y trípticos con más información a la salida de los mismos. Es un camino recién iniciado y confiamos en que poco a poco se introduzcan mejoras en la información aportada, en la preparación de los menús diarios en base a dichos criterios y finalmente en los tipos de consumo de los trabajadores. Actualmente nos encontramos estudiando el modo de cuantificar los tipos de consumo para dirigir más específicamente las recomendaciones de cambio. Por último, y en lo que se refiere al tercer hábito sobre el que se desarrolla este programa, el consumo de tabaco, la actividad actual del programa en CAF consiste en el consejo individualizado para el abandono del consumo y en los casos en que se acuerda así, el apoyo, control y seguimiento de la terapia individual, en algunos casos con apoyo farmacológico. Periódicamente también se ofrece la posibilidad de la participación de terapias grupales organizadas en el Centro de Salud de Beasain y no se descarta que si se formara un grupo de personas con interés pudieran organizarse las mismas desde este servicio Médico como se organizaron hace unos años.

Conclusiones. Aún es pronto para evaluar la eficacia de estas acciones pero es nuestro interés en el futuro valorar el impacto real de este conjunto de acciones sobre distintos indicadores de salud. Algunos directos, como son la medición de la cantidad de los consumos de los distintos alimentos en los comedores de empresa y su tendencia en el tiempo en paralelo con las acciones de promoción o como es el descenso en el número de trabajadores fumadores a lo largo de los años, descenso del 29% en el 2010 al 21% en el 2014.

133. Espalda saludable: Programa Ergomix de MERCEDES-BENZ ESPAÑA, S.A.

Sopelana Saenz de Urturi, Alberto¹

¹Mercedes-Benz España Vitoria-Gasteiz

Email de Contacto: alberto.sopelana@daimler.com

Introducción. IMPORTANCIA DE LA PATOLOGÍA DE ESPALDA

Existe una justificación y una necesidad de acciones para asegurar un nivel de protección de los trabajadores frente a las lesiones de la espalda

Abordaje integral del problema

- Formación
- Evaluación
- Actuación

Objetivos. Objetivos del programa

- Mejorar la condición física de los trabajadores.

- Adquisición de patrones motores y posturales más saludables.
- Generar una cultura preventiva y de autocuidado en todos los estamentos.
- Reducción del absentismo.
- Evitar la cronificación de los dolores de espalda.
- Generar una imagen de “empresa saludable”.

Metodología. Formación

Facilitar al trabajador suficiente información como para permitirle asumir un papel activo en el cuidado de su espalda y animarle a aceptar su responsabilidad.

Evaluación:

- Estudio y evaluación de las líneas de montaje.
- Se identificaron juntamente con los trabajadores las situaciones de mayor riesgo.
- Se hicieron grabaciones en tiempo real.
- Se elaboraron propuestas de mejora de las condiciones de trabajo

Actuación – ERGOMIX

Sistema David Spine Concept

— Método de potenciación muscular específico, diseñado especialmente para la recuperación selectiva de la musculatura de la espalda (Síndrome de Desuso).

— Objetivo: Conseguir un ejercicio de Flexo-Extensión específico, controlado y seguro de la columna dorso-lumbar sin provocar dolor adicional y con un control total de la amplitud de movimiento mediante el Sistema de Bloqueo de Caderas y E.E.I.I.

— La “máquina” proporciona una forma segura y efectiva de mejorar la movilidad, la fuerza, la resistencia y la coordinación espinal. Mediante la realización de movimientos cuidadosamente limitados y pesos controlados.

— Metodología:

— Los programas son “individualizados”, basados en un cuestionario inicial y pruebas de valoración de fuerza y movilidad.

— Valoración inicial Se realiza un test de fuerza y juntamente con datos antropométricos y estado de salud se envía a una Base de Datos (Finlandia) que los compara y establece unos objetivos individuales a desarrollar en 16 sesiones (una a la semana).

— La carga se va aumentando gradualmente y de una manera controlada hasta la finalización del programa.

— A mitad y al final se hacen nuevas valoraciones para constatar si hay alguna desviación y si finalmente hemos conseguido el objetivo.

— La clave está en el apoyo y motivación continuo por parte del terapeuta/instructor para obtener un resultado positivo. Debe animar al participante a usar su cuerpo correctamente, además de que se responsabilice de su bienestar.

Resultados. Indicadores:

Salud percibida

- Los participantes del programa (1300) manifiestan:
- El 91% considera que ERGOMIX es un entrenamiento eficaz como medida para los dolores de espalda.
- Al 48% le resulta más fácil el trabajo.
- El 56% no tiene dolores de espalda desde que participa.
- El 56% percibe una mejora en el estado de salud.
- El 48% manifiesta que sus molestias se han visto mejoradas.

— El 95% quisiera seguir participando en el programa.

Absentismo – consulta

— Reducción de los días de baja de un 78%.

— Reducción del nº de bajas de un 70%.

— Reducción de las consultas en el Servicio Médico de un 29%.

— Efecto sobre todo en las bajas de corta duración.

Evaluación final

— El programa ha demostrado unas mejoras del rendimiento físico, especialmente en la Fuerza Muscular de la Musculatura Flexora (10%) y Extensora (11%).

— Resultados “llamativos” en lo que respecta a la disminución del número de bajas, días de baja y consultas en el SM.

— Muy buena aceptación.

— Los participantes han reducido los dolores específicos relacionados con la espalda y ha mejorado su función.

— Incremento del rendimiento laboral y productividad.

— Imagen corporativa.

— El programa es percibido muy positivamente en el conjunto de la empresa.

— El mecanismo de origen del “Síndrome de Desuso” se puede invertir gracias a la intervención del ERGOMIX.

Conclusiones/Aportaciones. Seguimiento

Se ha constatado, dependiendo de las condiciones individuales y del estado de entrenamiento, un aumento de la fuerza de hasta 2 años.

Se debería acompañar de un programa de ejercicios funcionales y de un entrenamiento físico más intenso en el tiempo de ocio.

20. Vending para una alimentación saludable

Pinedo Ibáñez, Mónica¹

¹Innobasque - Agencia Vasca de la Innovación

Email de Contacto: mpinedo@innobasque.com

Introducción. Las personas necesitamos que los entornos en los que vivimos nos faciliten la adopción de hábitos saludables. Y las máquinas de vending que encontramos en nuestros lugares de trabajo, centros deportivos, hospitales o centros de ocio, a menudo contienen productos con gran cantidad de grasas, azúcar o sal.

Objetivo. El objetivo de esta iniciativa es fomentar que el snack que se consuma entre horas contribuya a mantener una alimentación saludable, promoviendo por un lado la disponibilidad de productos más saludables en las máquinas de vending, y por otro concienciando al consumidor para que realice una elección adecuada.

Metodología. Esta iniciativa plantea un abordaje tanto hacia oferta como la demanda del sector, actuando por un lado sobre los operadores de vending y productores de productos de vending, como sobre las organizaciones que instalan las máquinas en sus recintos y los consumidores finales.

La propuesta es que al menos un 50% de los snacks y bebidas frías que se venden en las máquinas de vending sean considerados como saludables, según los criterios nutricionales de la Estrategia NAOS (Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad). Estos criterios limitan las calorías de los alimentos, y su contenido en azúcar, grasa, grasa saturada y sal.

Para facilitar la implantación y el éxito de un vending más saludable, Innobasque ha creado tres guías prácticas dirigidas a operadores de vending, a organizaciones privadas, y a administraciones que tramitan la explotación de las máquinas de vending a través de concursos públicos.

Por otro lado, se propone seguir todo un proceso por el cual se involucre a los usuarios de las máquinas de vending desde el principio. En primer lugar, se propone realizar un cuestionario para conocer sus preferencias y hábitos alimenticios, y preguntarles si estarían dispuestos a consumir productos más saludables en las máquinas y qué tipo de productos. La organización debe ponerse en contacto con su operador de vending para solicitarle la inclusión de snacks y bebidas que cumplan con los criterios nutricionales establecidos. De nuevo se debe informar a los usuarios de la oferta de productos saludables que incluirán las máquinas, los cuales además irán señalizados con una pegatina verde o distintivo similar. Para seguir concienciando a los usuarios en el momento de la compra en las máquinas, Innobasque pone a disposición de las organizaciones un cartel y un folleto que pueden personalizar con su logotipo y utilizar en sus instalaciones a tal fin.

Por último se recomienda realizar una evaluación de resultados mediante indicadores como las ventas de los productos saludables, o a través de otro cuestionario para medir la satisfacción de los usuarios.

Resultados. A día de hoy más de 20 organizaciones en Euskadi están implantado un vending saludable, lo que supone un cambio en más de 100 máquinas a las que tienen acceso más de 20.000 personas.

Conclusiones/Aportaciones. El Vending saludable es una tendencia incipiente y aún tiene mucho recorrido. Es necesario seguir concienciando a las organizaciones y a los operadores de vending sobre la influencia que tiene lo que consumimos a través del vending en nuestra salud, y promover que la industria alimentaria facilite alimentos que cumplan con los criterios nutricionales establecidos.

SESIÓN 2. COMUNICACIONES ORALES

Mesa espontánea. **Cómo reorientar Osakidetza hacia la salud**

Mesa organizada en colaboración con la Unidad de Investigación de Atención Primaria de Bizkaia. Osakidetza

164. Investigación en implementación de la promoción de la salud

Grandes, Gonzalo¹; Sánchez, Alvaro¹; Pombo, Haizea¹; Cortada, Josep M¹

¹Unidad de Investigación de Atención Primaria de Bizkaia - Osakidetza.

Introducción. La promoción de la salud es un buen ejemplo de la necesidad de investigación en implementación. A pesar de las sólidas evidencias epidemiológicas del impacto que la actividad física, nutrición, tabaco y alcohol tienen sobre la salud y a pesar de contar con intervenciones clínicas eficaces en atención primaria, la mitad de las veces no se utilizan con los ciudadanos que consultan en estos servicios. La investigación en implementación consiste en diseñar y estudiar científicamente estrategias dirigidas a promover la adopción de intervenciones de probada eficacia en la práctica clínica rutinaria. Pretende transformar los servicios de salud, a través de la investigación, para mejorar su calidad, su eficiencia y la salud de los ciudadanos. El desarrollo de estrategias de implementación es un proceso complejo que debe abordarse por fases: (I) modelado, (II) pilotaje de su factibilidad, y (III) evaluación de su efectividad.

Objetivos. Describir el proceso de modelado de la estrategia de implementación “Prescribe Vida Saludable” PVS, para optimizar la integración de la promoción de la salud en la práctica clínica rutinaria de atención primaria y comunitaria.

Metodología. Investigación-acción participativa para tomar decisiones compartidas entre todos los profesionales de atención primaria de cuatro centros de salud, agentes de la comunidad, directores de estos servicios, técnicos de salud pública e investigadores. Se identificó un líder local en cada centro. Se organizaron reuniones de discusión y consenso en cada centro-barrio para evaluar las necesidades y establecer metas comunes para todo el equipo, seleccionar las intervenciones clínicas más apropiadas y distribuir tareas entre todos los participantes. Se contó con el apoyo institucional de las direcciones de las organizaciones de servicios de Osakidetza, que facilitaron recursos y salvaron el tiempo necesario para que todos los profesionales pudieran participar. Nuevas herramientas fueron incorporadas en la historia clínica electrónica para dar apoyo a los profesionales en la realización de las intervenciones y a la vez registrar las actividades realizadas y darles seguimiento. Los técnicos de salud pública del Gobierno Vasco facilitaron el contacto con organizaciones en la comunidad. Los investigadores facilitaron el proceso de modelado, entrenaron a los profesionales y supervisaron el desarrollo de las herramientas informáticas de apoyo.

Resultados. Se necesitó un número diferente de reuniones en cada centro, entre 10 y 13. Se logró la implicación activa del 80% de todos los 89 profesionales que trabajaban en los cuatro centros, siendo más alta la participación de los médicos de familia (92%), seguida por los profesionales de admisión (86%), enfermería (74%), pediatras y matronas (50%). En todas las reuniones de todos los centros, excepto en cuatro, se logró que participaran más del 50% de todos los profesionales. La intervención clínica denominada 5 Aes fue seleccionada en los cuatro centros como la más efectiva y factible: (A1) Averiguar, (A2) Aconsejar, (A3) Acordar, (A4) Ayudar y (A5) Asegurar el seguimiento. Esta intervención se adaptó al contexto real de cada uno de los 4 centros y sus acciones se distribuyeron entre los diferentes profesionales de atención primaria y algunos miembros de la comunidad. A

nivel comunitario se contactaron 30 organizaciones y 21 (70%) participaron. En tres de los barrios se ha creado consejos locales de promoción de vida saludable. La experiencia de los profesionales fue positiva en cuanto a que el proceso de modelado aumentó la importancia de la promoción de la salud en atención primaria y subrayaron la importancia de involucrar a todo el equipo. Entre los aspectos negativos, destacan la sobrecarga de trabajo, el lenguaje críptico utilizado en alguna de las sesiones educativas y la incertidumbre inherente a un proceso de innovación de abajo a arriba.

Conclusiones. En centros especialmente motivados, es factible involucrar a la mayoría de los profesionales de atención primaria, junto con miembros de la comunidad, en la elaboración de estrategias de implementación. A través su participación activa estos equipos toman decisiones sobre cómo adaptar intervenciones de probada eficacia al contexto de su centro y barrio, así como sobre los necesarios cambios de su práctica clínica. Estas estrategias deben ser pilotadas antes de su propagación generalizada.

165. Experiencia Prescribe Vida Saludable: PVS fases II-III

Esther Gorostiza, Gonzalo Grandes, Catalina Martínez, Gonzalo Bacigalupe, Josep M Cortada, Haizea Pombo, Álvaro Sánchez,

Centro de Atención Primaria de Matiena, OSI Barrualde-Galdakao, Osakidetza.

Introducción. Los estilos de vida ocupan el primer lugar entre los factores que determinan la salud: el 65-80% de las enfermedades cardiovasculares, el 75-90% de las diabetes tipo 2 y el 20-30% de todos los cánceres podrían ser prevenidos, si lográramos que la población siguiera una dieta saludable, un adecuado nivel de actividad física y dejara de fumar. Sin embargo, la promoción de la salud en hábitos saludables no está integrada de forma generalizada en la práctica clínica diaria en atención primaria y comunitaria (APS). El proyecto de investigación en implementación Prescribe Vida Saludable PVS desarrolla estrategias de cambio de la práctica clínica para integrar la promoción de la salud en atención primaria y comunitaria.

Objetivo. Evaluar la factibilidad de las estrategias de implementación PVS para optimizar la promoción de una alimentación saludable, actividad física y abandono del tabaco en la práctica habitual de la atención primaria y comunitaria.

Metodología. Ensayo híbrido de implementación-efectividad cuasi-experimental en fase II, que se realiza en 8 centros de atención primaria de Osakidetza (4 de intervención y 4 de control), analizado con métodos mixtos, cuantitativos para describir las intervenciones recibidas durante dos años por la cohorte de personas que visitan los centros de atención primaria y cualitativos para identificar los factores asociados al mayor o menor alcance e implementación de la estrategia. La intervención clínica, adaptada a cada centro, es la de las 5Aes (A1: Averiguar, A2: Aconsejar, A3: Acordar, A4: Ayudar y A5: asegurar el seguimiento). La efectividad potencial se explora mediante la comparación cuasi-experimental de los cambios en los hábitos de vida de los pacientes consultantes a los 12 meses después de haberse puesto en marcha la intervención PVS. Para determinar los factores asociados con una mayor o menor implementación se realizó grupos focales con los profesionales de los centros.

Resultados. Durante los dos años de pilotaje consultaron 22.726 pacientes en los 4 centros PVS. La cobertura de la intervención fue muy variable de unos centros a otros. Uno de los 4 centros logró averiguar los hábitos (A1) a más del 80%, otros dos, al 55%-60%, y el cuarto a un 35%. En conjunto, 11.842 pacientes (52%) han sido averiguados, 7.732(33%) han recibido consejo (A2-A3) y únicamente 2337 (10%) una prescripción de

planes de modificación de hábitos. En el clima de implementación también se observan diferencias intercentros y destaca uno de los centros que partiendo de la situación más baja muestra tendencias más positivas que el resto de los centros. El cambio de al menos 1 hábito a los 12 meses fue declarado por el 34,5% de los expuestos a un plan personalizado en PVS, frente al 24,5% de los no expuestos y el 25,5% del grupo control. Se identificaron 11 características directamente relacionadas con la implementación real: tensión para el cambio, clima de aprendizaje, confianza de los profesionales en su propia capacidad para ejecutar y alcanzar los objetivos de implementación, compromiso de los profesionales y liderazgo local, planificación previa al comienzo de la intervención, ejecución y pilotaje del cambio, reflexión y evaluación, percepción de la intervención como propia del CS; fuerza y calidad de la evidencia en la que se fundamenta la intervención; diseño y acabado de la intervención, y su adaptabilidad.

Conclusiones. La estrategia PVS consigue una amplia cobertura poblacional en la identificación de hábitos de vida (A1). La participación de la comunidad y la cooperación de los agentes extrasanitarios, facilita el logro de las metas sanitarias. En el centro de salud la colaboración entre los diferentes estamentos profesionales es uno de los pilares para integrar en la práctica diaria la intervención PVS y mantenerla en el tiempo. La distribución escalonada de la intervención PVS entre los estamentos de APS favorece la co-responsabilidad y la mejora del clima organizacional del centro. El cambio de hábitos en la población requiere llegar en la intervención hasta la A4 de ayuda con un plan personalizado de modificación de los hábitos abordados para cada ciudadano.

Una vez rediseñada la estrategia en base a las lecciones aprendidas, en la fase III del proyecto, se continúa investigando en 2015-16 la propagación de la estrategia PVS a otros centros especialmente motivados en promoción de la salud, incluidos en un ensayo de implementación-efectividad.

166. Prevención de enfermedades crónicas: la experiencia DEPLAN-PreDiAPS para prevenir la diabetes tipo-II

Sánchez, Alvaro¹; Silvestre, Carmen¹; Campo, Natalia¹; Valderrama Naroa¹; Grandes, Gonzalo¹

¹Unidad de Investigación de Atención Primaria de Bizkaia - Osakidetza.

Introducción. La diabetes tipo-II (DM2) es una de las causas principales de enfermedad y muerte prematura en la mayoría de los países y por ello se ha convertido en un importante problema de salud pública. A pesar de la evidencia a nivel experimental de la efectividad de intervenciones basadas en el cambio de estilos de vida para la prevención de la DM2, su traslación factible, sostenible y efectiva al contexto clínico rutinario no está resuelta.

Objetivos. Describir los resultados y lecciones aprendidas del proyecto DE-PLAN Euskadi cuya finalidad es evaluar la efectividad y factibilidad de un programa de prevención primaria de la DM2 incorporado a la práctica asistencial rutinaria de 14 centros de APS de Osakidetza.

Metodología. Ensayo clínico en Fase IV aleatorizado a nivel de centros, con evaluación cuantitativa y cualitativa. El proyecto utiliza la intervención clínica DE-PLAN y su metodología, y para su implantación se utilizaron estrategias y técnicas de difusión habituales de naturaleza pasiva: formación de los profesionales y provisión de herramientas y materiales.

Resultados. Los resultados del estudio reflejan la situación contradictoria actual en el campo de la traslación de la prevención primaria de DM2 en la práctica clínica real de APS: Por un lado, 4.124 pacientes han sido cribados

mediante la escala FINDRISC en los 14 centros participantes, de los cuales un 50% han sido identificados a alto riesgo de DM2, y de los cuales han sido incluidos en estudio 645 en los centros de control y 455 pacientes que han recibido la intervención DE-PLAN en los centros de intervención. Con un 75% del seguimiento de los pacientes a 24 meses completado, el programa está consiguiendo unos resultados clínicamente relevantes con un 20% de reducción de riesgo de desarrollo de DM2 a favor de la intervención (resultados provisionales no publicados). Sin embargo, estos favorables resultados en la reducción de la incidencia de DM2 en el grupo de intervención se han visto ensombrecidos por: a) la baja cobertura poblacional del programa, ya que solamente un 4% (4.124/104.228) de los pacientes de entre 45 y 70 años que han acudido a los centros participantes durante el periodo de ejecución del estudio, potencialmente abordables, han sido abordados mediante el cribado de su riesgo de desarrollo de DM2; b) en las evaluaciones cualitativas realizadas, los profesionales de los centros de intervención coinciden y destacan las dificultades relacionadas con la factibilidad de la integración del programa en las condiciones rutinarias de los centros y una anticipada insostenibilidad del programa una vez concluya el ensayo.

Conclusiones. La evidencia científica ha mostrado claramente qué debemos hacer para prevenir la DM2. Sin embargo todavía desconocemos cómo hacer que dichas intervenciones se integren de manera factible y sostenible en la cartera de servicios rutinarios de los centros de APS. En base a la creciente evidencia sobre la capacidad de las estrategias de implementación para facilitar la traslación real, integración y adopción de intervenciones efectivas en la práctica clínica, el proyecto PREDIAPS pondrá a prueba el impacto de una estrategia de implementación multifacética, basada en la realización de un proceso de modelado colaborativo estructurado dinamizada por un facilitador externo, para lograr la integración factible y sostenible de la prevención primaria de la DM2 al contexto clínico rutinario de los servicios de APS.

167. Programa de investigación EfiKroniK. Ejercicio supervisado para personas con patologías crónicas. Ensayo híbrido clínico y de implementación

Arietaleanizbeacoa MS¹; Zalacain R¹; García JC¹; Uriarte JM¹; López Vivanco G¹; Grandes G¹.

¹Unidad de Investigación de Atención Primaria de Bizkaia

Introducción. A pesar de los conocimientos disponibles hace años sobre los beneficios del ejercicio físico como terapia, su utilización en el tratamiento de personas con patologías crónicas es escasa y aún menor en estadios avanzados de la enfermedad. La inactividad física ha sido identificada como uno de los más importantes factores modificables causantes de carga de enfermedad, pero menos de la mitad de las personas con patologías crónicas reciben siquiera un consejo sobre actividad física en atención primaria, llegando en el mejor de los casos a un 57% la proporción de pacientes aconsejados, en el caso de los trastornos metabólicos y a un 54%, en las enfermedades cardiovasculares.

Objetivo. Describir la línea de investigación en actividad física que la Unidad de Investigación de Atención Primaria de Bizkaia lleva más de 10 años promoviendo tanto en personas sanas, como en las que padecen diversas enfermedades crónicas:

Métodos y resultados. Esta línea de investigación comenzó en el año 2003 con un ensayo clínico aleatorio para evaluar la efectividad de un programa innovador de promoción de la actividad física (PEPAF) implantado en la consulta diaria del médico de familia, donde se concluye que el consejo médico mostraba un efecto relevante, de un 5% de personas activas a los seis meses, atribuibles al programa.

En el año 2005 pusimos en marcha un ensayo clínico aleatorio que evaluaba un programa de ejercicio en ciclo-ergómetro supervisado por enfermeras de atención primaria, ESCAP, mostrando un aumento de la capacidad funcional clínicamente relevante de los pacientes coronarios mayor que la de caminar sin supervisión.

A este le siguió el ensayo clínico EFICAR donde la población de estudio eran pacientes de insuficiencia cardiaca y se ponía a prueba la efectividad de un programa de ejercicio progresivo (intervalos en el rango alto de la intensidad de trabajo + fuerza), añadido al tratamiento óptimo farmacológico y no farmacológico en el que se muestra una mejora de la capacidad funcional del grupo EFICAR respecto al control de casi 30 metros en el test de 6 minutos.

En estos momentos estamos inmersos en la ejecución de otros dos ensayos clínicos, por un lado el proyecto EFA-P que evalúa el efecto del ejercicio físico en pacientes con demencia y por otro lado el proyecto EFICANCER donde estamos evaluando la efectividad y eficiencia de un programa de ejercicio físico innovador, para personas en tratamiento por tumores del aparato digestivo, mama y pulmón no microcítico, en términos de mejora de la calidad de vida, fatiga y capacidad funcional, respecto a los tratamientos habituales estándar cuyos datos preliminares muestran diferencias entre los dos grupos relevantes en las variables de estudio: 13 puntos en la calidad de vida y 55 metros en el test de 6 min.

Conclusiones. EfiKroniK cambia el foco de los programas de rehabilitación separados para cada enfermedad, a un programa unificado, que atiende a las necesidades de los individuos que padecen las enfermedades crónicas más comunes. EfiKroniK pretende promover la utilización del ejercicio como arma terapéutica en las patologías crónicas en general, como el cáncer, EPOC, los trastornos mentales, hematológicos, etc. en las que contamos con menor información y además, en sus estadios más avanzados, que son los menos estudiados.

Se trata de un proyecto híbrido clínico y de investigación en efectividad. Además de estimar el efecto común del programa de ejercicio físico EfiKroniK. Explora y describe las barreras y facilitadores de la continuidad y adherencia de los pacientes al programa, que determinan la implementación generalizada y sostenible de programas complejos como EfiKroniK. Elaborar un modelo predictivo de la implementación de estos programas.

168. La promoción de la salud mental en atención primaria

Aiarzaguena, Jose M^a

Centro de Atención Primaria de San Ignacio, OSI Bilbao-Basurto, Osakidetza

Introducción. El término atención primaria de salud (APS) hace referencia a su enfoque a los determinantes de la salud, entendida como un estado dinámico de bienestar físico, psicológico y social, que las personas gozan, mejoran, se adaptan y afrontan. La APS se centra más en la percepción que cada persona tiene de su estado de salud que en la presencia de enfermedades. Para promover la salud es necesario sustituir el actual modelo bio-médico centrado en la enfermedad por un modelo centrado en la persona, integral, con sus factores biológicos y psico-sociales (familiares, sociales, creencias, espiritualidad...). Pero... ¿Cómo se hace esto en nuestras consultas de atención primaria? Nuestro equipo ha desarrollado una intervención psicosocial, DEPENAS, que ha mostrado en ensayos clínicos aleatorios ser eficaz para mejorar de la calidad de vida de los pacientes. Sin embargo, el estudio cualitativo con los médicos que participaron en el ensayo clínico puso de manifiesto la necesidad de mejorar la intervención y la dificultad para utilizarla en su consulta diaria.

Objetivo. Desarrollar técnicas de comunicación innovadoras, asequibles para los médicos de familia, que faciliten el acuerdo médico-paciente en interacciones con pacientes difíciles, como los somatizadores, para promover su calidad de vida relacionada con la salud.

Métodos. Aprendizaje colaborativo a través de breves ciclos de pilotaje PLAN, DO, STUDY, ACT (PDSA), que consiste en un proceso dinámico de planificación, pilotaje y evaluación. Esto permitirá introducir los cambios comunicacionales necesarios para la óptima implantación de los componentes de la intervención. PLAN: Consenso de técnicas de comunicación que deberán ser pilotadas. DO: Videograbación de las consultas, que son transcritas y analizadas utilizando el método del Análisis de las Conversaciones. Se recogen datos de calidad de vida (SF-36) y de la percepción (PatientExperienceQuestionnaire) de los pacientes. STUDY: El equipo estudia los resultados del análisis conversacional y los datos estadísticos descriptivos. ACT: Por consenso, el equipo decide si el ciclo se da por acabado, si es preciso modificar la intervención y se desarrollan nuevas propuestas para un nuevo ciclo PDSA.

Resultados. Se han identificado múltiples áreas de mejora. Por ejemplo: 1- La prescripción de consejos no pedidos por el paciente provoca resistencias e impide el mantenimiento del clima de colaboración médico-paciente. 2- Las resistencias del paciente en el abordaje de aspectos psico-sociales generan frustración en el médico. También se han identificado posibles soluciones por consenso. Por ejemplo: 1- El único objetivo de las primeras entrevistas consistirá en conocer al paciente y su marco de referencia sin interpretaciones y sin consejos. 2-Promover un contexto en el que tanto los síntomas como las resistencias, son entendidas como necesarias para el paciente, aunque su coste sea alto.

Conclusiones. Una vez modelada la intervención, es necesario dar el salto a la investigación en implementación para identificar los factores que facilitan o dificultan la integración de estas intervenciones en la práctica rutinaria de APS y posteriormente, desarrollar estrategias de implementación que deberán ser evaluadas en futuros ensayos de implementación.

SESIÓN 3. COMUNICACIONES ORALES

Urbanismo y Actividad Física

16. Evaluación de una intervención comunitaria para la mejora de la actividad física

Vilanova Vilá, Marta¹; Juvinyà Canal, Dolors²; Gomez-Pardo, Emilia³; Haro Muñoz, Domenec³; Xandri Soler, Imma; Fuster, Valentín³

¹Universitat de Girona. Fundación SHE ²Cátedra de promoción de la salud. Universitat de Girona ³Fundación SHE

Email de Contacto: marta.vilanovavila@udg.edu

Introducción. La promoción de la salud cardiovascular es un reto importante y comporta, entre otras intervenciones estratégicas, la capacitación de las personas para adquirir unos hábitos saludables, entre ellos la actividad física. El hábito de realizar actividad física (AF) de manera regular y la práctica de ejercicio aeróbico reducen la morbilidad y mortalidad cardiovascular en personas sanas y en personas con factores de riesgo cardiovascular, siendo un estilo de vida sedentario uno de los principales factores de riesgo cardiovascular.

Objetivo. Evaluar el nivel de mejora de la actividad física a partir de la capacitación de las personas de 25 a 50 años con una intervención comunitaria.

Metodología. Ensayo de intervención comunitaria, controlado y longitudinal, de 14 meses de duración, a una población de 25 a 50 años de Cardona (Barcelona). Las variables estudiadas fueron sociodemográficas, educación entre iguales —grupo intervención y control—, niveles de mejora y niveles óptimos de AF (>150 minutos/semana en períodos superiores a 10 minutos). Se inició la intervención con formación en AF e incorporando la educación entre iguales a los 2 meses. Se realizaron valoraciones al inicio, los 2, 6 y 12 meses. La AF se valoró a partir de scores (0=<75'/semana; 1=75'-150'/semana; 2=>150'/semana), considerando el score 2 como óptimo en AF y los cambios de 0 a 1, de 1 a 2 o de 0 a 2 en el score, como mejoras en AF. *Resultados.* La muestra fue de 68 personas, el 56,5% mujeres. La prevalencia del hábito de AF pre y post-intervención fue del 22,1% vs 67,7%. El nivel óptimo inicial en AF fue ligeramente superior en los hombres. La capacidad de mejora en AF durante el programa fue del 77,9% y la mejora en AF incrementó durante la intervención. La evolución de la mejora en AF para todo el grupo tuvo una tendencia positiva durante el programa, con un incremento más importante de los 2 a los 6 meses, pasando del 71,7% al 84,9% y consiguiendo el 82,4% a los 12 meses. El grupo intervención presentó una mejora más pronunciada de los 2 a los 6 meses, pasando del 63% al 88,9% y disminuyendo al 73,1% a los 12 meses. Se destacó una mejora del 10% en AF del inicio a los 12 meses. Respecto al nivel óptimo, el grupo intervención, a los 12 meses, presentó una consecución más elevada pasando del 47,1% de los 2 meses a un 70,6% a los 6 meses ($p<0,05$). De los 6 a los 12 meses se produce un cambio y el grupo control consigue un porcentaje de nivel óptimo superior (68,75%) al del grupo intervención (66,67%). Las personas que trabajan consiguen el nivel óptimo en AF con diferencia significativa a los 6 meses ($p<0,05$). La mejora en AF es superior en las mujeres pasando del 73,3% que realizaban AF a los 2 meses al 89,7% a los 12 meses. En los hombres, de los 2 a los 6 meses, la mejora en AF fue más elevada, con un ligero retroceso a los 12 meses. Respecto a los niveles óptimos en AF, las mujeres los consiguen más que los hombres.

Conclusiones/Aportaciones. La mejora y consecución del nivel óptimo en AF se ha incrementado durante el programa y más significativamente de los 6 a los 12 meses. El nivel óptimo conseguido por el grupo intervención fue significativamente superior al control de los 2 a los 6 meses, produciéndose un cambio de tendencia a los 6 meses. En relación al sexo, las mujeres presentan una mejora en AF más elevada y consiguen un nivel óptimo

más elevado que los hombres. La intervención comunitaria como estrategia de promoción de la salud permite la mejora de la AF como hábito de salud cardiovascular de la población. El estudio llevado a cabo es la base para la reproducción y estandarización de la intervención en otras poblaciones.

58. IkasSasoi: intervención multicomponente para incrementar la actividad física en la población adolescente de Irun

Iturrioz, Iñaki¹; Larbide, Gemma²; Uranga, Arantxa²; Iturrioz, Pedro²; Otegi, José Ramón²; Izquierdo, Miguel Ángel²; Cano, Álvaro³; Miren Emazabel³

¹Ayuntamiento de Irun ²Gobierno Vasco ³Kabia Heziketa SL

Email de Contacto: iiturrioz@irun.org

Introducción. La actividad física juega un papel fundamental en el bienestar de los y las adolescentes. Los hábitos que se instalan en la adolescencia tales como hacer actividad física, tomar frutas o verduras, consumir alcohol o fumar suelen persistir durante mucho tiempo. Por otra parte, en la adolescencia se observa una significativa tasa de abandono de la práctica deportiva, especialmente entre las chicas. Las estrategias multicomponente parecen resultar efectivas en el fomento de la actividad física en la población.

Objetivos. 1. Incrementar el porcentaje de la población escolar de E.S.O. que alcanza los niveles mínimos de actividad física recomendados. 2. Incrementar el porcentaje de personas que refieren una actitud favorable hacia la actividad física. 3. Reducir la percepción de barreras. 4. Reducir la desigualdad proveniente de la incidencia en la población de los determinantes sociales de la práctica de actividad física. 5. Reducir el tiempo que la población dedica a actividades sedentarias.

Metodología. El programa IkasSasoi consta de un formato de intervención multicomponente. El desarrollo de su metodología sigue un modelo lógico que incorpora aspectos propios de procesos participativos. El esquema planteado para el desarrollo de IkasSasoi se recoge en la figura 1.

Resultados. Se distribuyó un cuestionario de hábitos de actividad física a 1.797 alumnos y alumnas de ESO. De ellos, el 14% de los chicos y el 25% de las chicas no alcanzan una actividad mínima en el tiempo libre y el 51% de los chicos y el 58% de las chicas pasan más de dos horas frente a pantallas en días laborables. Se llevaron a cabo cuatro grupos focales. Principales productos y resultados de las acciones llevadas a cabo:

— Comunicación de la oferta de actividades de Irun a comienzo de curso: 18 actividades no competitivas, un total de 23 actividades ofertadas en el curso 2014/15. 17 empresas y clubes de la ciudad ofertando actividades.

— Catálogo de espacios para la práctica de actividades físico-deportivas: cuatro acciones de comunicación, denominadas Planes Irunkirol, de pelota, baloncesto, fútbol y nueva zona recreativa de juego.

— Eliminar la norma de límite de acceso a gimnasios de polideportivos a menores de 16 años. 36 nuevas altas correspondientes a este tramo de edad. Descuento de matrícula período julio-septiembre (70 altas de personas de este grupo de edad) y campaña de promoción de abonados/as 2014-15 (26 altas).

— Apertura de las instalaciones deportivas de centros educativos en horario extralectivo: Total de horas adicionales de apertura de las instalaciones de los patios: 5.373h durante 215 jornadas al año (3 centros).

— Formación a jóvenes sobre pautas y normas para desplazarse activamente en la ciudad: Participación de 90 alumnos (cuatro aulas) de dos centros educativos.

— Organizar salidas intercentros de ESO a la naturaleza: 6 salidas, participaron un total de 16 jóvenes.

— Préstamo de material deportivo durante los recreos en los centros educativos de ESO: Se implantó en primavera de 2015. Importe de la inversión en material deportivo: 4.999,00€.

— Servicio de préstamo de podómetros a alumnos/as de E.S.O.: Se refieren únicamente 5 participaciones por parte de un centro. Se ha reactivado en marzo de 2015.

— Habilitación de espacios urbanos para la práctica de actividad física de los y las jóvenes: instalación de zona deportiva en Urdanibia Berri. Partida de inversión en material deportivo por importe de 12.000,00€.

Conclusiones/Aportaciones. El programa IkaSasoi ha generado impactos positivos en relación con los objetivos del programa. En primer lugar, ha permitido conocer en profundidad los hábitos y percepciones de las y los jóvenes en relación con la actividad física. Además, ha generado una red intersectorial (grupo de trabajo y otros agentes de la comunidad) consolidada, lo que ha dado cauce a un mejor conocimiento de los agentes que intervienen en la promoción de actividad física dirigida a este colectivo y ha facilitado la coordinación de otras iniciativas y programas. Se valora positivamente también, a nivel operativo, haber posibilitado la implementación de diecinueve acciones de intervención en este ámbito. En definitiva, el programa está consiguiendo activar a la comunidad para apoyar la actividad física de los y las jóvenes y ha ubicado a estos jóvenes en las agendas de las políticas locales.

152. “Hiribili”: diseño, señalización y equipamiento de circuitos para el fomento y la monitorización automática de la práctica del senderismo urbano

Galarraga Aiestaran, Patxi

Active Urbes y Projekta Contract S.C.P.

Email de Contacto: pgalarraga@projekta.es

Introducción.

— Los elevados y crecientes niveles de pluripatología, cronicidad y dependencia de la sociedad vasca exigen de la promoción de hábitos saludables, con acciones de fomento que deberían acompañarse por inversiones en entornos que faciliten dichos hábitos.

— A pesar del consenso en torno a la práctica regular de la actividad física como hábito saludable, todavía existe una parte importante de la población que no ve satisfechas sus preferencias, necesidades, capacidades y aspiraciones en materia deportiva.

— Caminar es la actividad deportiva preferida en Euskadi a partir de los 50 años, siendo la salud el principal motivo para su práctica (el Eustat prevé que la mitad de la población vasca superará los 50 años por primera vez en 2026).

— Proponemos que todo municipio debería dotarse de un nuevo equipamiento deportivo consistente en una red de circuitos equilibrada, adecuada para caminar, conectada en su caso con las redes de los municipios vecinos y accesible en menos de diez minutos desde toda vivienda en suelo urbano.

Objetivo.

- El establecimiento de una serie de criterios para el diseño, señalización y equipamiento de lo que se conoce como “Circuitos Saludables”.
- El desarrollo de una tecnología para la monitorización automática de la actividad realizada en dichos recorridos, sin generar barreras tecnológicas o económicas.
- El desarrollo de un software para el fomento del autocuidado, la prescripción y seguimiento personalizados, y la gestión.

Metodología.

- Identificación y análisis de más de 100 recorridos, tanto de “Circuitos Saludables” reconocidos o trazados por la administración pública como de “rutas del colesterol” adoptadas espontáneamente por la población.
- Análisis de experiencias previas (basadas sobre todo en podómetros) y funcionalidades de aplicaciones para smartphone dirigidas al registro de la actividad física.

Resultados.

- Identificación de los factores determinantes en el trazado de los circuitos: la facilidad (pendiente longitudinal), la continuidad, la segregación, la seguridad respecto del tráfico rodado, la distancia al circuito, la existencia de bancos y contar con vigilancia natural (sobre todo en mujeres).
- El diseño y desarrollo del hardware exclusivo: el circuito se equipa con balizas, que además de ser el soporte de la señalización y de los mensajes para el fomento, acogen en su interior detectores autónomos que registran a las personas que acercan a la baliza sus pulseras, las cuales no tienen botones ni necesitan de baterías.
- El desarrollo de un software (hiribili.com) que genera el recorrido diario, sumando distancias, desniveles y tiempos de cada tramo, detectando el ritmo de la marcha o si la persona ha caminado acompañada por otra portadora de una pulsera.
- El desarrollo del módulo para el fomento del autocuidado o la prescripción y seguimiento personalizados: la persona usuaria (caminante o cuidadora) recibe un informe estadístico semanal por email y puede consultar sus datos en la web. El agente de prescripción tiene acceso a los datos y puede establecer y modificar el objetivo semanal.
- El desarrollo de un panel de control para el personal de gestión, para: (i) monitorizar caminantes con estadísticas por segmentos de población, orientando en la promoción y midiendo el impacto de las acciones de fomento; (ii) monitorizar circuitos mediante estadísticas de su uso tramo por tramo, apoyando la toma de decisiones en las inversiones de mejora.
- El desarrollo de un módulo para generar retos lúdicos y compartidos, diseñados para fomentar caminatas en grupos intergeneracionales e intergénero.
- Finalmente, la implantación del sistema Hiribili en Ermua, dentro del programa “Ermua Mugi!”: se han instalado 3 paneles informativos y 20 balizas (14 de ellas con detectores), y se han suministrado 700 pulseras. Los agentes del ámbito sociosanitario derivan al Punto Local de Orientación para la Actividad Física, donde se realizan la prescripción y el seguimiento.

Conclusiones/Aportaciones.

- Se trata de una propuesta deportiva inclusiva desde todas las perspectivas -condición física, nivel socio-económico, género, cultura-.

— Es especialmente válida para atraer hacia la práctica del deporte a personas que no realizan ninguna actividad deportiva (algo más de la mitad de la población mayor de 50 años, con una importante brecha de género).

— Contribuye a convertir el espacio público en lugar de encuentro y convivencia.

— Respecto a la implantación de Hiribili en Ermua, no se cuenta con resultados dado que el suministro de las pulseras ha comenzado a finales de abril de 2015.

155. Evaluación del ambiente alimentario comunitario, ambiente construido para actividad física y oferta de alimentos saludables en barrios de diferente nivel socioeconómico

Garipe, Leila Yasmín¹; González, Verónica¹; Biasizzo, Antonella¹; Lalia, Jennifer¹; Soriano, Mercedes¹; Perman, Gastón¹; Giunta, Diego¹

¹Hospital Italiano de Buenos Aires

Email de Contacto: leila.garipe@hospitalitaliano.org.ar

Introducción. Durante los últimos años ha habido un importante interés en entender cómo el ambiente influye sobre la salud de la población, ya sea de manera directa o constituyendo el contexto en el que se toman decisiones relacionadas con la misma. La presencia de comercios de alimentos y la disponibilidad de productos saludables en los mismos son importantes contribuyentes de los patrones alimentarios de sus habitantes. Se ha demostrado que el ambiente construido con barrios con buena accesibilidad, mayor cantidad de espacios verdes y abiertos, y oportunidades recreativas favorece mayores niveles de actividad física entre sus habitantes, incluyendo caminar.

Objetivo. Describir el ambiente alimentario comunitario y los espacios disponibles para realizar actividad física y evaluar la oferta de alimentos saludables en supermercados, determinando las diferencias en tres barrios representativos de diferente nivel socio-económico (NSE) de Buenos Aires.

Metodología. Se realizó un estudio de corte transversal durante 2011 organizado en dos etapas. Se seleccionaron por conveniencia tres barrios de Buenos Aires con el fin de representar diferentes realidades socio-económicas. Para dicha clasificación, se definió por el valor del metro cuadrado de la propiedad como indicador indirecto de NSE. Los barrios seleccionados fueron: Recoleta, Almagro y Constitución (representativo predominantemente de NSE alto, medio y bajo, respectivamente). En una primera etapa, se incluyeron todos los locales estables y puestos ambulantes de venta de alimentos y/o bebidas de cualquier tipo y todos los espacios públicos o privados destinados a la realización de actividad física. Sólo se excluyeron aquellos no disponibles para público general. Se entrenaron para dicho fin a estudiantes de nutrición quienes recorrieron la totalidad de las calles de los barrios evaluados utilizando una sistemática predefinida. Se detectaron por observación directa y se clasificaron todos los locales y espacios disponibles para actividad física según el Código de Habilitaciones y permisos del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Se asignaron las coordenadas de longitud y latitud de cada local o espacio detectado. Se estimaron las densidades por superficie cuadrada del barrio y por cantidades de habitantes según censo 2010.

En la segunda etapa, se muestrearon aleatoriamente el 30% de la totalidad de los supermercados, almacenes y despensas, relevados y clasificados con anterioridad. Se excluyeron los comercios que se negaron a participar. El mismo equipo relevó sistemáticamente por observación directa, la disponibilidad de alimentos en los locales

muestreados. En ambas etapas, se realizó un estudio piloto y se predefinió la estrategia de observación y relevamiento en terreno.

Resultados. Se relevaron 2778 locales de alimentos y 149 espacios de actividad física. Se observó una mayor densidad en el barrio de Constitución para locales de comidas rápidas (Recoleta 3,6; Almagro 2,4; Constitución 6,7) y puestos ambulantes (Recoleta 4,2; Almagro 1,2; Constitución 25,7). Las densidades por habitantes fueron concordantes con las densidades por superficie. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en las proporciones de despensas, kioscos, verdulerías, bares, restaurantes, puestos ambulantes y en las cantidades del total de locales y espacios. En cuanto a espacios disponibles para la realización de actividad física se relevaron 149 espacios. De los cuales 85 (57%) pertenecían a Recoleta, 45 (30%) a Almagro y 19 (13%) a Constitución. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las proporciones totales de sitios para realización de actividad física entre los tres barrios (p 0.001) y en la proporción de plazas (p 0.005).

No se observaron diferencias significativas en la disponibilidad de alimentos más saludables entre los 3 barrios en frutas frescas (p 0,371), harinas integrales (p 0,195), lácteos descremados (p 0,258), gaseosas light (p 0,526) o pescados enlatados (p 0,371) con proporciones entre 93 y 100%. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en panificados integrales (Recoleta 100%; Almagro 95,56%; Constitución 87,5%; p 0,025).

Conclusiones/Aportaciones. La información generada en este estudio podría ser muy útil en la gestión de salud pública para promoción de estilo de vida saludable modificando el ambiente construido para mejorar la equidad en la ciudad, y/o generando acciones para mejorar la accesibilidad a estilos de vida saludables en los barrios de menores ingresos.

159. La promoción de la actividad física en Cataluña: Plan de Actividad Física, Deporte y Salud (PAFES)

Gonzalez-Viana A.¹; Violan M.²; Castell C.¹; Rubinat M.²; Garcia-Codina O.³; Ibañez E.¹; Casadesús F.¹; Mateu A.¹; Cabezas C.¹;

¹Agencia de Salut Pública de Catalunya ²Secretaria General de l'Esport Generalitat Catalunya ³Planificació Sanitaria Generalitat Catalunya

Email de Contacto: angelina.gonzalez@gencat.cat

Antecedentes. La estrategia de enfermedades crónicas de la OMS tiene entre los 5 principales objetivos para 2025 la reducción del sedentarismo. En Catalunya 3334 muertes/año (2010) son debidas al sedentarismo. El coste sanitario añadido (estimado OMS) del sedentarismo es 150-300€/persona/año. El PAFES, iniciado en 2007 por acuerdo de gobierno (Departamento Salud y Secretaria General del Deporte) se integra en el Pla de Salut (PdS) y el Plan Interdepartamental de Cataluña.

Objetivo. Se describe el impulso y resultados conseguidos con el PAFES.

Métodos. Dirigido a adultos sedentarios con factores de riesgo cardiovascular (principalmente entre 55 y 74 años). Intervención: Consejo en el centro de salud y potenciación del uso de recursos comunitarios (rutas) y deportivos del municipio. Se proponen 3 niveles de consejo: 1) general/breve: basado en la oferta de AF municipal; 2) Asesoramiento en AF: con pacto de objetivos e incremento progresivo: rutas saludables; 3) En algunos municipios derivación a programa d'EF grupal en equipamiento deportivo con técnicos de AF. Registro de AF a la historia clínica (HC) informatizada del estadio del cambio (EC) y consejo realizado. Implementación:

establecimiento de alianzas territoriales; selección centros de salud (CS) /municipios; formación de formadores descentralizada a 2 referentes/CS; Apoyo a municipios para hacer listado de oferta AF saludable y diseño rutas. Se complementa con diseño y mantenimiento www.pafes.cat (materiales, buscador de rutas y recursos) e impulso Día Mundial de la AF (DMAF). Desde 2013 el Consejo AF en APS forma parte de los objetivos de CatSalut para APS

Resultados. 367 ABS formadas (99%), con 694 referentes de CS y 379 LCAFES, que han formado > 3000 profesionales. 74% asistentes a los cursos los valoran ≥ 4 sobre 5.

786 rutas planificadas técnicamente en 250 municipios. Casi 122.000 visitas al web desde 2009, más de 20.000 descargas de rutas. 203.366 personas de 671 entidades participan al DMAF 2014. En noviembre 2013 en las HC (ICS) constan 506.018 registros EC para AF y 516.188 personas aconsejadas. El registro de EC se ha multiplicado por 6 con respecto al 2012 y por 4 el de consejo. El coste directo aproximado por persona aconsejada es <1€. Según datos poblacionales (Encuesta de Salut de Catalunya), el sedentarismo pasa de un 23,9% en 2006 a un 22,20% en 2014. Comparado con 2006 98.888 personas sedentarias menos (ahorro aproximado 22 millones €)

Conclusiones/Aportaciones. El PAFES está finalizando su implantación integrado en el PdS. Es clave la cooperación entre salud, deporte y municipios así como facilitar el registro en HC. Leve reducción del sedentarismo corroborada por un gran incremento de la actividad registrada en APS. Impacto económico positivo estimado

Sesión 4. Comunicaciones Orales

Entornos educativos promotores de la salud

43. Propuesta de wiki interactiva desde el enfoque salutogénico para la escuela primaria

Sobejano, Marta¹; Gabari, M.Inés¹; Sáenz, Raquel¹

¹Universidad Pública de Navarra/Nafarroako Unibertsitate Publikoa

Email de Contacto: igabari@unavarra.es

Introducción. La salutogénesis nos plantea un nuevo enfoque en el que lo importante no es por qué enfermamos sino cómo podemos mantenernos sanos. Esto supone un cambio de visión, colocarnos en el lado de la salud y no en el lado de la enfermedad. Es en los primeros años de vida, donde este enfoque positivo de la salud se empieza a gestar y es un momento idóneo, ya que los niños se encuentran en pleno desarrollo vital o río de la vida (Lindstrom & Eriksson, 2009), y el abordaje de la promoción de la salud desde la óptica de los activos será más proclive a dar buenos resultados en salud. El reto de aportar un medio facilitador nos ha llevado a diseñar una herramienta virtual, para potenciar que el alumnado desarrolle competencias digitales y pueda trabajar de forma autónoma. En este sentido, la wiki es un sitio web en cuya construcción pueden participar, de manera asíncrona, múltiples usuarios. Como su etimología indica (del hawaiano wiki, que significa rápido) es una manera ágil y fácil de crear páginas webs de manera colaborativa. Basta tener un ordenador conectado a la red, acceder con cualquier navegador a la URL del wiki, y hacer clic en el lugar correspondiente para poder editar, modificar o borrar el contenido de la web. Junto a la edición compartida, otra de las características más destacables de los wikis es la posibilidad de acceder al historial del documento, de tal manera que podemos explorar las distintas etapas de su escritura.

Objetivo. Diseñar una wiki con fines salutogénicos que integre el currículo de primaria y secuencie las actividades en niveles de complejidad correspondientes a esta etapa. Posibilitar que, de una manera asincrónica, puedan participar numerosos usuarios de la comunidad educativa (alumnado, familias, docentes, profesionales de servicios del entorno)

Metodología. Se diseña una página wiki con actividades relacionadas con las Áreas troncales (Matemáticas, Lengua, Ciencias Naturales...) en castellano e inglés para cada ciclo (bloque organizativo, según la LOMCE) de Educación Primaria

Resultados. La página de inicio da bienvenida a la wiki y es el espacio común donde se pueden colgar las noticias de interés general que se van encontrando acerca del tema de la Educación y Promoción de la Salud en la escuela: eslóganes, frases promotoras de estilos de vida saludables, fotos, etc. y también incluye un apartado "Para saber más" con enlaces a otras páginas de consulta, juegos, ... De esta manera todo el que lo desee puede contribuir a la construcción de este espacio virtual interactivo. Es un lugar participativo y en continuo movimiento. La navegación posterior sigue tres enlaces, uno por cada ciclo de los tres que han venido estructurando la Etapa de Educación Primaria. En el primer ciclo encontramos propuestas de actividad y de autopercepción en relación con los ámbitos de la alimentación saludable, el ejercicio físico y la higiene. En el segundo ciclo se incluyen propuestas con dimensión reflexiva y de toma de decisiones sobre los propios hábitos de vida. En el tercer ciclo, se introduce la realización de un mapeo de activos de salud del entorno en el que viven, entre otras actividades.

Conclusiones/Aportaciones. La wiki “Salutogénesis en Educación Primaria” tiene muchas ventajas en el desarrollo de competencias de Promoción de la Salud, puesto que facilita una forma de romper los muros del aula. Lo que se hace en clase se continúa trabajando desde casa o desde otros espacios. En este sentido: 1)Es tan fácil de usar que hace que el alumnado se centre en el contenido y no en la tecnología, 2)Abre nuevos espacios de comunicación entre profesorado, alumnado, familias, entorno... 3)Aumenta las capacidades sociales y de colaboración humana, como la participación comunitaria en los barrios y la identificación de activos en salud, 4)Fomenta el aprendizaje activo y 5)Es una plataforma facilitadora de la realización de trabajos de creación, indagación y desarrollo de la capacidad de comunicar.

46. Promoción de la salud en la escuela desde la perspectiva del profesorado de Primaria

Sáenz, Mendía, Raquel¹; Gabari, Gambarte M. Inés¹; García, García, José M¹

¹Universidad Pública de Navarra/Nafarroako Unibertsitate Publikoa

Email de Contacto: raquel.saenz@unavarra.es

Introducción. La promoción de la salud en el entorno escolar capacita al alumnado desde edades tempranas para abordar las cuestiones de salud. El estilo educativo de las familias, profesorado y profesionales de la salud influye en la adquisición de las competencias en salud de los niños y niñas. Para cumplir este objetivo se crea en 1991 la red de Escuelas de Salud en Europa. Es una plataforma de escuelas que apoya el desarrollo y mantenimiento de la promoción de la salud en la escuela. Actualmente en Pamplona existen seis centros de Educación Primaria adheridos a esta plataforma. Los profesores y profesoras adquieren un papel protagonista en la adquisición de valores y estilos de vida saludables junto con la identificación de activos de salud escolar en cada comunidad.

Objetivo. Conocer la percepción de un grupo de profesores de Educación Primaria respecto al desarrollo de la Educación para la Salud en el contexto escolar.

Metodología. Diseño descriptivo. Se realiza muestreo intencional: 105 sujetos (63 mujeres y 42 varones), profesores de Educación Primaria, con edades comprendidas entre los 24 y 63 años de edad ($\bar{x}=41,68$, $s=11,31$). Trabajan en centros escolares de Pamplona que participan en iniciativas de promoción de la salud en la escuela. Se envía un cuestionario online para el profesorado. Consta de 10 preguntas de respuesta tipo Likert. Se representan las opiniones de los participantes respecto a las cuestiones planteadas. Cada elemento del cuestionario tipo Likert presenta 5 niveles de respuesta y se analizan por separado: 1. Totalmente en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4. De acuerdo 5. Totalmente de acuerdo. Se aplica el procesamiento estadístico descriptivo mediante el programa estadístico SPSS, calculando frecuencias de respuesta y porcentajes que representan estas.

Resultados. Más del 50% de los encuestados muestra una actitud muy favorable respecto a promoción de la salud en la escuela. Las puntuaciones más altas corresponden a la identificación de elementos en el entorno próximo que mejoren la salud, seguido de la implicación familiar en estas iniciativas. Los profesores/as muestran gran interés en promover hábitos y estilos de vida saludables. Consideran que es necesario implicar a todos los miembros de la comunidad escolar y que las actuaciones tienen que llevarse a cabo en el entorno más cercano. Opinan también que su trabajo es importante para transmitir valores de salud y bienestar. Participar en iniciativas internacionales de promoción de salud escolar, es una manera de aunar esfuerzos y visibilizar el trabajo que se lleva a cabo en este área. Examinar las cuestiones de salud en el contexto escolar contribuye a una mejor salud y

calidad de vida. Reforzar las relaciones interinstitucionales permite incorporar de manera transversal la educación para la salud en la escuela.

Conclusiones/Aportaciones. El profesorado muestra gran predisposición para el desarrollo de estos temas. La colaboración de la comunidad escolar es esencial para lograr la competencia en materia de salud y educación. Se precisa de un mayor compromiso por parte de las instituciones para desarrollar estas actividades de manera sistemática e integrada en el currículo oficial.

55. “Integrando la Promoción de la Salud dentro del currículo escolar: experiencia de comunidad educativa en la Ikastola Egape de Urnieta”

Zubeldia, Josune¹; Goñi, Luke²; Agote, Iciar³; Alberdi, Eider¹; Urdangarin, Ana⁴

¹UPV/EHU ²UPV/EHU-Asociación de donantes de Guipuzcoa ³Osakidetza ⁴Ikastola Egape de Urnieta

Email de Contacto: josune.zubeldia@ehu.es

Introducción. La comunidad educativa escolar es una práctica que pretende socializar la enseñanza, acercando la sabiduría de los padres a las aulas. De esta manera se aprovechan los recursos existentes y por otra parte se aproxima la comunidad a la escuela. Ikastola Egape de Urnieta, lleva desarrollando esta experiencia en la asignatura Conocimiento del Medio. Una profesora tutora de 6º curso, contacta con tres madres enfermeras de esta escuela, a las que detecta como recurso para impartir una visión de la salud en las áreas temáticas del aparato respiratorio, locomotor y cardiovascular. Tras una primera valoración, éstas plantean dar un punto de vista de promoción de hábitos saludables relacionados con las áreas temáticas mencionadas. Tras trabajar los alumnos el contenido correspondiente con la profesora, se procede a preguntarles qué es lo que les gustaría saber más sobre el tema, y qué cuestiones se plantean al respecto. A partir de esta evaluación diagnóstica se hacen los siguientes bloques de conocimiento: el atragantamiento, la pérdida de conciencia, las heridas y fracturas, la tensión arterial y la oxigenación.

Objetivo. Los alumnos de 6º de primaria de la Ikastola Egape de Urnieta mejorarán los conocimientos en los temas relacionados con el aparato cardiovascular y respiratorio, y adoptarán actitudes positivas y habilidades de actuación frente a situaciones relacionadas con las mismas.

Metodología. La intervención se basa en el modelo de aprendizaje significativo. En una primera fase, se realiza un cuestionario para recoger lo que sabe el alumnado una vez trabajados los temas con la profesora. Además se pregunta por los conocimientos en prevención y promoción de la salud, así como las actitudes y habilidades. Para lograr los objetivos educativos específicos se desarrolla un temario adaptado a lo que ellos han aprendido y han manifestado querer aprender. Como métodos pedagógicos se combinan técnicas de investigación, de exposición, y de desarrollo de habilidades. Las sesiones se llevan a cabo en el aula, donde se preparan cuatro espacios destinados a cuatro talleres consecutivos y rotatorios. El material para el desempeño de los talleres, es el siguiente: dos torsos para Reanimación Cardiopulmonar, dos aparatos de tensión, dos esterillas, vendas de crepe, yeso, 2 bisturís, paños, etc. Los agentes de salud implicados son tres enfermeras madres de la escuela. Se realizan dos sesiones por cada aula de hora y media, el 20 y 27 de febrero del 2015. La evaluación de esta intervención se ha llevado a cabo de la siguiente manera: La evaluación de los resultados, de forma continuada antes, durante y después de las sesiones, a través de cuestionarios, tareas, y observación directa. La evaluación de la estructura se lleva a cabo, tras cada sesión. Los

resultados y la estructura de la intervención son evaluados por las agentes de salud. La evaluación del proceso, la realiza el alumnado, al finalizar la intervención.

Resultados. Tras la intervención educativa, los conocimientos en los temas trabajados, han mejorado. Ha habido una integración de conocimientos, y cambio favorable en las actitudes y capacidades. El alumnado ha participado muy activamente en este proyecto, y su nivel de satisfacción ha sido muy elevado. En relación a la estructura de la intervención, se observa que el tiempo resulta limitado para el desempeño de las tareas programadas.

Conclusiones/Aportaciones. Los alumnos han valorado muy positivamente que madres del centro hayan participado en su proceso de aprendizaje. Además se ha visto reforzada la figura profesional de enfermería. Para un futuro, se detecta la necesidad de ampliar la duración de las sesiones, o ampliar el número de las mismas. Este proyecto demuestra lo interesante que resulta integrar la promoción de la salud en el curriculum escolar. Sería conveniente analizar la posibilidad de integrar los temas de salud de forma transversal en las materias curriculares de los centros educativos, teniendo en cuenta las características de cada comunidad de alumnos.

85. Una experiencia en intervención en alimentación y actividad física en un centro docente de secundaria transversalmente y con inmersión en el currículum

Pelechano García, Desamparados¹; Bella Sanchis, Inés¹; Nogues Martínez Rafael¹; García Machí, Asensio¹

¹Centre Salut Pública d'Alzira. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana.

Email de Contacto: pelechano_des@gva.es

Introducción. La unidad de promoción y prevención de la salud del centro de salud pública de Alzira, dentro de su proyecto de promoción de la salud, tiene como prioridad el trabajo en los centros docentes. La LOGSE introdujo la educación para la salud como materia transversal, la LOE mantuvo la misma línea, esto conlleva una necesidad de formación para el profesorado en esta materia y su posterior desarrollo en competencias y habilidades relacionadas con la metodología de la educación para la salud, de cara a la aplicación de esas herramientas y técnicas. El IES Blasco Ibáñez de Cullera, tiene una trayectoria de intervenciones en salud en general y más específicamente en alimentación, por lo que ofrecía un marco idóneo para la intervención. La alimentación saludable y la actividad física forman parte de los determinantes que condicionan la salud del individuo, es por ello que cualquier intervención en esta área podría generar ganancias en salud en el futuro de los escolares.

Objetivo. Objetivo general: Implicar a los profesores para que sean los protagonistas de las intervenciones en Educación para la Salud en su centro docente. Objetivos específicos: Dotarlos de unos conocimientos básicos en nutrición y actividad física que faciliten las intervenciones posteriores en el aula. Elaborar un material didáctico, aplicarlo y evaluarlo, sobre alimentación y actividad física.

Metodología. La intervención tuvo como marco el plan de formación de los profesores en su centro de trabajo, amparado por el Servicio de Formación del Profesorado de la Generalidad Valenciana. Se realizó un curso de formación experimental, en cuatro fases:

- Formación teórica en contenidos de Actividad Física y Alimentación.
- Elaboración de proyectos de intervención en alumnado y presentación.
- Intervención en el centro.

— Presentación de las intervenciones y evaluación.

Resultados: La mayor parte de los departamentos del Instituto se implicaron en el proyecto introduciendo la experiencia en su materia curricular. En plástica: los cursos de 3º y 4º de ESO realizaron un mural en el patio con figuras deportivas. Bachillerato esculturas en la playa. En Sociales: los alumnos de 3º de ESO elaboraron menús medievales con maquetas y pergaminos y una presentación sobre alimentación en países subdesarrollados. En Matemáticas: PQPI y ESO, trabajaron las matemáticas en la nutrición. En Ciencias de la naturaleza: 1º y 2º ESO valoraron la dieta de cada alumno y un concurso de elaboración de postres. El departamento de educación física; para todos los niveles propuso la creación de un aula gimnasio. En Inglés: montaron una Gymkhana para 1º ESO; en 2º Bachillerato realizaron un spot publicitario y un video de promoción de deporte y hábitos saludables en los jóvenes. En el PQPI (programa de cualificación profesional inicial): Excursión a pie por la montaña de Cullera y juegos tradicionales en patio del instituto. En francés: los cursos de 4º ESO y Bachillerato se realizaron clases de zumba. En pedagogía terapéutica en 1º ESO y 2º PQPI realizaron un taller de lengua sobre alimentos saludables y elaboración de juegos: Dominó. Adivinanzas. Crucigramas. Sopas de letras. En Física y química para ESO y Bachillerato realizaron la intervención “La energía en las reacciones químicas”. El departamento de Historia para ESO y Bachillerato organizó una intervención en relación a la historia de la gastronomía con elaboración de menús de distintas épocas históricas y su exposición posterior. En Historia y literatura para bachillerato realizaron un trabajo sobre arte y poesía relacionadas con la alimentación. En literatura en 1º Bachillerato trabajaron en la alimentación en el Lazarillo de Tormes.

Conclusiones

— Todos los docentes señalan como muy positiva la implicación de los alumnos y profesores a la hora de hacer las actividades.

- Una nueva manera de enseñar y aprender disfrutando.
- Sentimiento de grupo, buen clima creado entre el profesorado
- Satisfacción personal.
- Participación de todo el Centro.

Aportaciones. Nuestra forma de trabajo convierte al docente en agente de salud dentro de la comunidad educativa, maximizando el trabajo del centro de salud pública.

86. Promoción de la salud mental en la escuela, una experiencia multicéntrica

Pelechano García, Desamparados¹; Gimeno Alemany, M^a José²; Vendrell Chirivella, Tomás³; Lacruz Santamaría, Pilar⁴; Comes Fambuena, M^a Desamparados ; Castell Sanfelix, Carmen Concepción

¹Centre Salut Pública d'Alzira. Conselleria Sanitat. Generalitat Valenciana ²CC M^a Inmaculada Carcaixent ³CC La Milagrosa Cullera

⁴IES Balmes Guadassuar IES Hort de Feliu Alginet CC S'Ant Vicent Ferrer Cullera

Email de Contacto: pelechano_des@gva.es

Introducción. La unidad de promoción y prevención de la salud del centro de Salud Pública de Alzira, dentro de su proyecto de promoción de la salud tiene como prioridad el trabajo en los centros docentes. Los centros educativos son ejes fundamentales para el trabajo en educación para la salud. Este es el tercer curso escolar

en que un grupo de orientadores escolares, siguiendo la línea de trabajos anteriores, opta por iniciar un grupo de trabajo, al observar la dificultad que supone el manejo, la derivación y el seguimiento de los alumnos con trastornos mentales. A su vez en la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud en su justificación plantea: "...la promoción de la salud mental no es una competencia exclusiva de los servicios de salud, sino que es una tarea intersectorial y multidisciplinar que necesita la implicación de, al menos, los departamentos de educación, justicia, urbanismo, servicios sociales, trabajo y vivienda".

Objetivo. Facilitar el desarrollo de actividades de promoción de la salud mental en los centros docentes. Capacitar a los docentes para implementar programas de promoción de la salud mental en Educación Secundaria Obligatoria y Bachiller. Establecer y facilitar mecanismos de comunicación y coordinación entre los diferentes agentes que intervienen (centros docentes, sanitarios y sociales). Prevenir y detectar precozmente los trastornos mentales en el aula.

Metodología. Durante dos cursos escolares, los 14 orientadores han recibido formación por parte de los profesionales de salud mental del departamento, han tratado la patología más prevalente en la infancia y adolescencia (trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastornos de la conducta alimentaria, trastorno obsesivo compulsivo, patología del espectro autista, depresión...). Las sesiones fueron activas y prácticas para conseguir los objetivos del grupo. Todas las sesiones se implementaron siguiendo la misma estructura: Introducción teórica. Factores protectores y de riesgo. Como potenciarlos y como prevenirlos. Actuaciones específicas. Para saber más...

Resultados. Compartimos inquietudes y experiencias participando en las II Jornadas de promoción de la salud mental en nuestro departamento llevando a cabo un taller (Educación y Sanidad, ¿podemos trabajar juntos?), en las conclusiones del cual surgió la necesidad de implicar al sector de servicios sociales, y nos confirmó la necesidad de realizar unos protocolos de coordinación y derivación. Se realizaron unas jornadas multidisciplinarias, con la misma intención y con la presencia de los tres sectores; sanitario, docente y servicios sociales. De las conclusiones de las dos jornadas han surgido las líneas de trabajo actual. Nos encontramos: Elaborando diagramas de flujo de los procesos y los protocolos de derivación y comunicación entre estamentos. A la espera de los criterios de derivación elaborados por la unidad de salud mental del departamento, para la elaboración de los protocolos de derivación. Hemos incluido en el grupo una asesora del CEFIRE (Servicio de Formación del Profesorado de la Generalidad Valenciana) y al SEAFI (Servicio especializado de atención a la familia y a la infancia, perteneciente a los equipos base de servicios sociales) de la Mancomunitat de la Ribera Alta. Queremos conseguir: Elaboración de materiales de intervención para el aula, actualmente en proceso de elaboración. Conseguir fluidez en la comunicación entre estamentos.

Conclusiones. Con esta forma de trabajo de formación-acción-evaluación, pensamos que podemos validar un modelo de buenas prácticas, en el que los docentes del centro en general y los orientadores en particular, implementen el programa dentro del plan de acción tutorial, y a la vez, favorecer la derivación en los casos pertinentes al ámbito asistencial.

Aportaciones.

- Interconectar centros educativos.
- Intercambiar experiencias.
- Mejorar la comunicación entre los dos sectores.
- La formación del profesorado como agentes de salud en su comunidad educativa.

99. Red Aragonesa de Escuelas Promotoras de Salud

Vilches Urrutia, Begoña¹; Aliaga Traín, Pilar¹; Bueno Franco, Manuel¹; Ferrer Gracia, Elisa¹; Gallego Dieguez, Javier¹; Ipiens Sarrate, José Ramón¹; Muñoz Nadal, Pilar¹; Plumed Parrilla, Manuela¹

¹Gobierno de Aragón. Dirección General de Salud Pública.

Email de Contacto: bvilches@aragon.es

Introducción. En el año 2008 se creó la Red Aragonesa de Escuelas Promotoras de Salud (RAEPS), promovida por la Comisión Mixta Salud-Educación. Siguiendo el marco de la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud que se continuó con la red de Escuelas para la Salud en Europa, Schools for Health in Europe network (SHE).

Objetivos.

- Reconocer a los centros educativos que dentro de sus señas de identidad toman una opción por trabajar por la salud y el bienestar del alumnado y de la comunidad escolar.
- Proporcionar un marco globalizador de las actuaciones relacionadas con la salud que llevan a cabo los centros educativos, facilitando su integración en el proyecto educativo y curricular del centro.
- Promover una educación para la salud orientada hacia el desarrollo de habilidades para la vida, que potencia los factores de protección y la capacitación del alumnado.
- Ayudar a institucionalizar y consolidar las actuaciones de buena práctica que desarrolla el profesorado de promoción de la salud en los centros educativos.
- Facilitar la colaboración intersectorial y el apoyo de agentes y entidades que ayuden a desarrollar experiencias educativas satisfactorias y facilitar unos entornos saludables.

Metodología. Las escuelas promotoras de salud facilitan la adopción, por toda la comunidad educativa, de modos de vida sanos en un ambiente favorable a la salud. Incluyen un modelo de organización del centro, la actuación frente a los determinantes de la salud (alimentación, actividad física, salud emocional, consumos, ambiente), la programación educativa relacionada con la salud y las relaciones del centro con su entorno y la promoción de las competencias del alumnado basándose en las habilidades para la vida. Para participar en la RAEPS, las escuelas han de presentar un cuestionario de acreditación que recoge todos estos aspectos, y que será evaluado por la Comisión Mixta Salud-Educación. El compromiso de pertenencia a la Red es de 3 años y anualmente exige la presentación de un informe de progreso.

Resultados. En la actualidad participan 134 centros educativos en Aragón. 30 en Huesca, 24 en Teruel y 80 en Zaragoza. Suponiendo un 25% del total. La valoración que tienen los centros de la Red Aragonesa de Escuelas Promotoras (RAEPS) es alta o muy alta tanto en el análisis de la valoración global como por provincias, siendo más elevada en los centros de titularidad pública, sin grandes diferencias en cuanto al ámbito rural o urbano. Cuando se analiza el grado de implicación del profesorado en las actuaciones de promoción de la salud en el centro y el funcionamiento de los equipos de salud, la mayoría de los centros coinciden en valorarlo como muy alto o alto (97%). La percepción sobre el grado de implicación de las familias en las actuaciones de promoción de la salud en los centros educativos es considerado globalmente como alto/muy alto (74%), aunque no resulta desdeñable el porcentaje de centros que lo considera bajo (23%).

Conclusiones/Aportaciones. Para el buen funcionamiento de una escuela promotora de salud es necesario desarrollar y mantener una comunidad escolar democrática y participativa. De este modo será posible que exista

una buena comunicación entre padres, alumnos y maestros para marcar las líneas de actuación de la escuela, examinando las cuestiones de salud en el contexto de la vida y de la comunidad en la que están insertos los alumnos. Crear un entorno social favorable, que fomente unas relaciones abiertas y cálidas en la comunidad escolar permitirá poder establecer alianzas entre los responsables de elaborar las políticas de educación y salud.

150. La educación emocional, un activo para la salud. Programa de salud emocional y prevención del consumo de tóxicos en educación primaria

Ortegón Delgadillo, Ramiro Andrés

Asociación SEER (Salud y Educación de la Emoción y la Razón)

Email de Contacto: ortegon.ra@gmail.com

Introducción. Nos referiremos con la educación emocional a la educación que permite el desarrollo de habilidades socioemocionales que, con motivo de generar bienestar interno y externo, activan nuestra inteligencia, como seres humanos integrales, que vivimos en comunidad (Ortegón, Julià y Porrini, 2015). Potencia el bienestar y la salud del individuo y la comunidad, por lo que, según la definición de Morgan y Ziglio (2007), es un activo para la salud: todo factor o recurso que potencia la capacidad del individuo y la comunidad para mantener su salud y promover el bienestar. Con la educación emocional, educamos para la salud. Es ideal para potenciar aquellas características personales y fortalezas (Seligman, 2008) que nos permitirán promover una personalidad saludable. Desarrollamos habilidades personales desde el bienestar, para así generar hábitos de vida saludables, y por tanto, para habitar nuestra vida mucho más sanamente. La educación de la dimensión socioemocional influye de forma activa no sólo en la salud social y la salud emocional, también lo hace en la salud mental, espiritual y física del ser humano. Trabajar de forma integral nos permite poder desarrollar factores potenciadores como los definidos por Kristin, Moore, Solveig y Ruland (2010): factores relacionales, de motivación, de protección y de voluntad; los cuales permiten activar la salud, pudiendo ser internos o externos a la persona. Generar climas positivos en la educación presenta efectos psicológicos de bienestar en la persona, lo cual puede asociarse a un desarrollo saludable del individuo y la comunidad, influyendo a la vez en el aprendizaje y la disminución de conductas desadaptativas (Palomera, Fernández-Berrocal y Brackett, 2008), como el consumo de tóxicos o las actitudes de violencia.

Objetivos.

- Activar la salud a través de la educación emocional desarrollando de habilidades y fortalezas personales.
- Desarrollar en el individuo factores protectores para la salud a través del trabajo de la personalidad saludable.
- Prevenir el consumo de tóxicos y potenciar el desarrollo de hábitos saludables.

Metodología. Aplicación práctica de un programa de salud y educación emocional para la prevención del consumo de tóxicos en 9 centros de educación primaria del municipio de Montcada i Reixac (Barcelona) durante el curso 2014-15. Se han realizado espacios de formación familiar en los nueve centros, a demás del trabajo de educación emocional con un total de 12 grupos de sexto de primaria, y el trabajo continuo con los equipos tutoriales y docentes. Para el desarrollo del programa hemos estructurado tres sesiones de educación emocional realizadas por un facilitador/a externo/a al centro. Trabajamos con la metodología VRT (vivencia – reflexión – transferencia) en los talleres fomentando el aprendizaje significativo y el crecimiento personal. Tras cada

sesión, trabajando conjuntamente con el responsable tutor/a, se ha realizado material posterior para reforzar los contenidos y las habilidades propuestas. Realizamos el análisis desde la perspectiva del facilitador/a a modo de estudio cualitativo de investigación-acción educativa.

Resultados. En el contexto educativo dónde se ha realizado el proyecto, tanto para el profesorado, las familias, como el alumnado de sexto de primaria, ha tenido buena acogida trabajar desde la educación emocional generar hábitos de vida saludables a través del desarrollo positivo de la personalidad, y desde un paradigma salutogénico, acceder al desarrollo de habilidades y fortalezas. El profesorado en la mayoría de los centros expresa la dificultad para realizar educación emocional desde la perspectiva salutogénica y con la metodología VRT, si no se ha estado formado previamente. Así mismo en el 70% de los centros esta dificultad se expresa como un interés por aprender más y seguir trabajando con el alumnado a través de esta metodología y contenido. Desde la consciencia emocional, la elección personal y la responsabilidad individual, tres conceptos claves para la educación emocional en el trabajo de la personalidad saludable, el alumnado ha podido percibir una evolución en el desarrollo de tres factores claves principalmente: el autoestima, la propia escala de valores y la gestión emocional.

Conclusiones/Aportaciones. Es necesario seguir trabajando en la formación del profesorado, y otros activos sociales, la educación emocional con una metodología vivencial que permita el desarrollo personal del individuo y la comunidad en relación a la salud y los hábitos de vida saludables ya que, las experiencias en este campo son ampliamente satisfactorias y de acogida muy positiva.

SESIÓN 5. COMUNICACIONES ORALES

Promoción de de la salud desde la ap (i):

5. Proyecto de Promoción y Educación para la Salud “Activa tu Rutina: El paso que te Faltaba”

Solís Calvo, Luis Fernando¹; Bonilla Montero, Juan Ramón¹

¹Escuela de Salud Pública. Universidad de Costa Rica,

Email de Contacto: luisfer_solis@hotmail.com

Introducción. “Activa tu rutina” es un proyecto de Educación para la Salud que se desarrolló con las personas pertenecientes al Programa de Intervención Nutricional en Enfermedades Crónicas (PINEC), el cual es implementado por el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA) y desarrollado en el Área de Salud de Coronado, en la provincia de San José, Costa Rica. Este surgió como respuesta a la dificultad que presentaba el centro para abordar la actividad física y la adherencia a ésta en las personas con diabetes y prediabetes; para lo cual se desarrolló un diagnóstico previo, con el que se identificaron las principales necesidades en dicha población respecto al tema, y se tuvo como principal resultado la limitación de asimilar los factores psicológicos que influyen en el proceso de la adherencia, específicamente la motivación, autoestima y autocuidado influyentes en la adherencia.

Objetivos. Al abordar esta temática, se propuso como objetivo general “Contribuir con el control de la diabetes y prediabetes por medio de la adherencia a la actividad física adecuada en las personas pertenecientes al PINEC del Área de Salud de Coronado, mediante la Educación para la Salud, durante el segundo semestre del año 2013”. Al mismo tiempo se consideraron como objetivos específicos desarrollar los conceptos básicos necesarios para el logro de la adherencia a la actividad física, establecer la influencia y aplicación de factores como autoestima, autocuidado y motivación en la realización de actividad física y evidenciar la importancia y beneficios de una práctica cotidiana de actividad física que permita la adherencia a la misma.

Metodología. Para lograrlo, se hizo la propuesta de intervención (“Activa tu Rutina”), utilizando diferentes técnicas educativas como por ejemplo un conversatorio conceptual sobre los términos a abarcar en el proyecto, dos talleres participativos para abordar los factores psicológicos, dos capacitaciones sobre actividad física desde la cotidianidad, y un convivio de cierre, agradecimiento y premiación por los logros obtenidos.

Resultados. Como resultados principales se obtiene la identificación y aumento de motivación hacia la actividad física en los participantes, una mejor autopercepción y autocuidado durante su tratamiento, además de la disminución y regulación de los niveles glicémicos posterior a haber realizado un registro sistemático y consistente tanto de la Actividad Física realizada, como de las mediciones de glicemia.

Conclusiones/Aportaciones. El proyecto se basó en la construcción del conocimiento desde el enfoque de Promoción de la Salud, a partir de la experiencia de los participantes, enfocándose en la asimilación e inclusión de prácticas más activas físicamente en su rutina cotidiana como parte del tratamiento integral, y siendo motivados por conseguir una normalización y regulación de los niveles de glicemia, considerando las cualidades, aptitudes y posibilidades de los participantes para conseguir el objetivo. Lo anterior, permitió entre otras cosas, evidenciar el papel que adquieren los Servicios de Salud que reciben los usuarios y la forma en que estos pueden potenciar o limitar la motivación y participación de los individuos en la construcción de su propio proceso salud-enfermedad. De igual forma, dentro de estos servicios surge la importancia de retomar el ámbito y contexto familiar, ya que

éste posee gran importancia dentro del proceso de tratamiento integral; pues las personas expresan la relevancia que tiene el acompañamiento de sus seres cercanos, mismo que incluye el conocimiento de la enfermedad, características y consecuencias. Al mismo tiempo, se debe considerar que en una intervención, cada persona es diferente y tiene diversas percepciones y formas de verse a sí mismo, así como las formas de asimilar y trabajar un proceso. Por lo tanto, generalizar y homogenizar en la forma de abordar cierto tema y al realizar un proyecto de este tipo, no es adecuado; en especial cuando se trata de la salud.

6. Consulta Aula Joven: Una experiencia local con proyección global

Uría Etxebarria, Elena; Arévalo Martínez, Itxaso; Ruiz de Gopegi, Pilar; Sánchez Rubio, Sagrario.

OSI Ezkerralde Enkarterri Cruces

Email de Contacto: ELENA.URIAETXEBARRIA@osakidetza.net

Introducción. Desde 2011, la Comarca Ezkerraldea – Enkarterri apostó por un nuevo enfoque proactivo en la gestión de la agenda de los profesionales, apostando por una transmisión transversal y accesible de los profesionales en el medio educativo. Para dar forma a esta propuesta, y tras realizar una acción de gestión de conocimiento por parte de los profesionales interesados en este campo, se definió el equipo de gestión del proyecto “Consulta–Aula Joven”, formado, principalmente, por profesionales de enfermería quienes diseñaron esta actividad. Consulta–Aula Joven, es un proyecto comunitario orientado hacia el adolescente en el medio educativo, en el que se generan debates, diálogos, se exponen experiencias diarias, por parte de los adolescentes de manera abierta y sin filtro alguno de moderación previa; compartiéndose libre y abiertamente esas experiencias.

Objetivo. Facilitar que los y las adolescentes desarrollen capacidades que les permitan tomar decisiones conscientes y autónomas sobre su propia salud. Objetivos específicos: Atender de forma precoz problemas de salud de las y los adolescentes relacionados con: salud psicosocial, salud afectivo sexual, consumo de drogas, alimentación, etcétera, promoción de la salud, prevención de la salud. Promocionar actitudes y estilos de vida saludables en el grupo de adolescentes.

Metodología. Siguiendo un modelo de educación activa y participativa. Su finalidad no es que se lleven a cabo comportamientos definidos y prescritos por el profesional, sino facilitar que los y las adolescentes desarrollen capacidades, que les permita tomar decisiones conscientes y autónomas sobre su propia salud, abordando los factpres relacionados con los comportamientos en salud.

Resultados. El número de chicas y chicos que han pasado por el Aula Joven han sido los siguientes: UAP Santurtzi Mamariga, 162 pacientes, 691 citas; UAP Zalla, 124 pacientes 649 citas; UAP Santurtzi Kabiezes, 4 pacientes, 16 citas. Estos niños han recibido, por lo menos, 4-5 sesiones continuadas sobre todo respecto al tabaco, alcohol, embarazo, sexualidad:

- Tabaco. Del total de consultas en la mitad se ha tratado este tema.
- Alcohol. Del total de consultas en la mitad se ha tratado este tema.
- Alimentación. En 75% de las consultas se ha tratado este tema.
- Ejercicio físico. En el 70% de las consultas se ha tratado.
- Ciclo menstrual. En el 85% de las consultas de las niñas, este ha sido uno de los temas tratados.
- Prevención de accidentes. En el 65% de las consultas

- Drogas diferentes al tabaco y alcohol. El 60% de las consultas.
- Amistad / Asertividad. En el 50% de las consultas.
- Bullying. En el 45% de las consultas
- E.T.S. En el 40%
- Preservativos. En el 40%
- Emociones, sentimientos, sexo (atracción sexual). En el 37% de las consultas
- Rendimiento escolar. En el 25% de las consultas

Conclusiones/Aportaciones. Dentro del equipo participativo de la Consulta- Aula Joven se impulsa la participación por parte de la enfermería en el medio educativo con el propósito de reforzar en los escolares áreas sobre la Promoción y prevención de la Salud: alcohol, tabaco, sexualidad, alimentación....Es un programa de duración de año escolar (desde octubre a mayo), cuya finalidad es dar respuesta a problemáticas, dudas o dificultades de carácter socio sanitario. Esta iniciativa pretende facilitar que los y las adolescentes desarrollen capacidades para tomar decisiones autónomas, responsables sobre su salud:

- Implantando el programa como un servicio comunitario
- Promocionando actitudes y estilo de vida saludables, y
- Atendiendo de forma precoz problemas de salud.

Intervención:

- Consejo/información aprovechando una consulta profesional de demanda o programada
- Educación individual: consultas educativas programadas y pactadas entre la enfermera y la/el adolescente
- Disponibilidad a la comunidad educativa, para intervenir en los programas de educación para la salud, específicos en adolescentes.

31. Promoción del ejercicio físico a través de la implicación directa de los profesionales sanitarios

Lalueza Lafuente, Estrella María¹; Hernández Paolomo, M^a Teresa¹; Huguet Bea, Núria¹; Olarte Col, Teresa¹; Zaballo Hernández, Montserrat¹; Pelegri Romeo, Meritxell¹

¹Institut Català de la Salut

Email de Contacto: elalueza.lleida.ics@gencat.cat

Introducción. El Área Básica de Almacellas es una ABS rural de la provincia de Lleida. El ejercicio físico es una de las actividades de promoción de la salud más efectivas y con mejores resultados de salud para los usuarios. Los profesionales sanitarios han de llevar a cabo acciones de promoción de la salud como parte de la cartera de servicios de Atención Primaria, sin embargo factores como la gran presión asistencial, los cambios organizativos, la falta de formación en comunitaria y las carencias de personal dificultan esta tarea.

Objetivo. Promocionar la práctica de ejercicio físico en una Área Básica de Salud rural. Implicar a todo el equipo de profesionales (sanitarios y no sanitarios) en una actividad para difundir la práctica de ejercicio físico a la población.

Metodología. El equipo dispone de una enfermera referente para promocionar el ejercicio físico entre la población. Desde hace 3 años se realizan actividades en coordinación con el Ayuntamiento de la población

principal. El año 2014 se realizó la grabación “amateur” de un lip-dub para promocionar la práctica del ejercicio físico en la población. En él participan todos los profesionales tanto sanitarios como no sanitarios que trabajan en el centro de salud realizando diferentes actividades (tenis, ciclismo, baile...) de manera lúdica en el centro de salud. Desde hace 3 años se programan caminadas lideradas por una enfermera desde el mes de septiembre hasta el mes de junio, una cada 15 días a miércoles alternos. El calendario se da a conocer el mes de septiembre y se realiza la divulgación del mismo a través de diferentes medios (radio local, centro de salud, diario local...). Los usuarios cada semana se inscriben en el centro de salud. Se han diseñado 4 rutas saludables de bajo y medio nivel de dificultad. Las caminadas incluyen actividades paralelas diversas (estiramientos, excursiones, juegos con pelotas, dinamizaciones en el parque de salud o en el campo de fútbol, visita al gimnasio). Durante el mes de abril se celebra el Día Mundial de la Actividad Física con diferentes actividades durante todos los miércoles del mes de Abril. El Ayuntamiento colabora con el centro de salud divulgando las actividades y subvencionando la compra de pañoletas y bolsas que son entregadas de manera gratuita a los participantes.

Resultados. Adherencia a los diferentes programas de ejercicio físico liderados desde el Centro de Salud. Disminución del sedentarismo. Mayor cohesión del equipo por la participación en la actividad grupal.

Conclusiones/Aportaciones. La implicación de los profesionales sanitarios, el acercamiento a la comunidad formando parte de la misma, el escuchar las demandas y acercar las posibles soluciones facilita la adhesión a los programas comunitarios. La participación de todos los profesionales en una actividad común facilita la consideración de la inclusión de la promoción de hábitos saludables en la cartera de servicios básica de Atención Primaria.

64. El truco está en la cantidad y el color. Proyecto IAPartylarizu. Promoción de Hábitos Saludables en la asistencia sanitaria

Calle Calle, María Dolores¹; Zaballa Alaguero, Carmen²; Mateos García, Rosa^{3,1}; Ajuria Comunión, Marta⁴; García Soriguren, Ascensión ; Díaz Garrido, Oscar ; Bernas Castro, Iñaki ; Espinosa, Maria Angeles¹; Carrasco Forcada, Ana Lidia³

¹UAP Olárizu Comarca Araba ² HUA Sede Txagorritxu ³ Proyecto IAPartylarizu ⁴Nutricionista Auxiliar de clínica UAP Olárizu Comarca Araba

Email de Contacto: HABITOS.SALUDABLES@OSAKIDETZA.NET

Introducción. Desde el año 2009 el Proyecto de Investigación Acción Participativa, IAPartylarizu, desarrolla actividades de intervención comunitaria para fomentar conductas promotoras de salud en colaboración con agentes sociales, Atención Especializada y usuarios informantes clave de nuestra Unidad.

Objetivo. Proyecto de Investigación Acción Participativa que integrando formación en la Promoción de Hábitos Saludables (PHS) en las actividades de la vida diaria, facilite generar conductas saludables en la alimentación.

Objetivos específicos: 1. Conocer y poner en práctica los fundamentos de la dieta mediterránea. 2. Fomentar la elaboración de platos teniendo en cuenta los principios de la dieta mediterránea. 3. Contar con la colaboración del usuari@, informante clave de la red y participantes en el desarrollo de la actividad.

Metodología. Población: Población diana: muestreo estratificado en cinco cupos del Centro de Salud, reclutados en el estudio piloto previo, realizado en la Unidad de Atención Primaria Olárizu, rango etario 50-70 y

que eligen dentro de su plan de promoción de salud formar parte del plan de alimentación saludable en grupo, Trucos culinarios saludables 2015 de la UAP Olárizu. Tanto los participantes como los colaboradores firmaron el consentimiento informado al inicio de la actividad.

Captación: Diciembre 2014-Abril 2015.

Criterios de inclusión: Rango de edad: 50-70 años; Realizar entrevista de acceso y encuesta de satisfacción. Criterios de exclusión: Disfunción Psicofísica severa; No firmar consentimiento informado.

Variables: Cuantitativas: Edad, ECG, TA, IMC, circunferencia abdominal, FRCV, Regicor y tratamiento farmacológico. Cualitativas: Pre-Postest de conocimiento.

Sesiones: Las sesiones se celebrarán en una sociedad gastronómica del barrio cedida por uno de los informantes clave del Proyecto IAPartylarizu para realizar la actividad. Se realizarán dos sesiones teórico-prácticas en las que los participantes podrán conocer los fundamentos de la dieta mediterránea y ponerlos en práctica elaborando platos saludables.

Guía de contenidos de las sesiones grupales:

— 1ª sesión: El truco está en la cantidad: La guarnición: Equivalencias entre raciones y medidas caseras; Propiedades y variedades de verduras; Formas de conservación de las verduras; Diferentes formas de introducción de la verdura en nuestra dieta diaria: guarniciones; Interacciones de verduras con fármacos; Práctica: Elaboración de distintas recetas de guarniciones.

— 2ª sesión: Los colores en la mesa: De ensaladas diferentes: Fundamentos de la dieta mediterránea; Relaciona colores con nutrientes; Propiedades y variedades de frutos secos; Frutos secos como ingredientes para ensaladas; Práctica: Elaboración de distintas ensaladas

— Presentación del libro de recetas elaborado por profesionales del CS Olárizu, servicio de hostelería y dietética del HUA (sede Txagorritxu) y colaboradores-Informantes clave Proyecto IAPartylarizu. Las sesiones de 2.30 horas de duración, incluirán una parte teórica y una parte práctica en la que se realizarán exposición teórica y dinámicas grupales. Con motivo de afianzar el aprendizaje, los participantes asistirán a dos jornadas de seguimiento, días 14 y 21 de Abril 18.00 a 20.30 h. La información transmitida (guía de contenidos) se apoyará en documentación diseñada a tal efecto.

Material: Páginas web; Alimentos, ingredientes aportan los informantes clave de la Unidad; Consejos y equivalencias raciones; Libro de recetas.

Evaluación: Se realizará a la finalización y/o al inicio de las jornadas a través de las técnicas de evaluación participativa: Entrevista de acceso al programa; Pre-Postest de conocimiento; Encuesta de satisfacción unificada.

Resultado. Se realizará evaluación cuali-cuantitativa al finalizar la actividad.

103. ¿Quién pisa la calle? Factores relacionados con el desarrollo de intervenciones comunitarias de promoción de la salud en atención primaria

March, Sebastià¹; Muntaner, Isabel¹; Ruiz-Giménez, Juan Luis¹; Benedé, Carmen Belen¹; Elizalde, Lázaro¹; Vidal, M^a Clara¹

¹Unidad de investigación, Gerencia atención primaria de Mallorca

Email de Contacto: smarch@ibsalut.caib.es

Introducción. Aunque la legislación vigente otorga a los equipos de atención primaria responsabilidades sobre el trabajo comunitario de promoción de la salud, su desarrollo no está muy extendido.

Objetivo. Establecer los factores que se relacionan con que los equipos de atención primaria o los profesionales a nivel individual se impliquen en intervenciones de promoción de la salud.

Metodología. Dos estudios caso control. Estudio 1: Los casos son los equipos que desarrollan actividades comunitarias (AC) y los controles los que no. Estudio 2, realizado exclusivamente en los centros que si hacen AC: Casos son los/as profesionales que participan en AC y controles los que no. Ámbito: Atención primaria de 5 CCAA españolas (Illes Balears, Catalunya, Aragón, Madrid y Navarra). Recogida de información: Se contactó con todos los EAP de las áreas escogidas preguntando si en el último año habían participado en una AC. Si la respuesta era afirmativa se solicitaba una persona de contacto por AC a la que se le pasaba un cuestionario de confirmación para verificar que cumplían criterios de inclusión, según una definición operativa consensuada por el equipo de investigación, y apoyada en la definición conceptual del Programa de Actividades Comunitarias de Atención Primaria (PACAP) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (Semfyc). Los controles fueron seleccionados aleatoriamente. La información fue recogida mediante cuestionarios administrados a coordinadores/as de centro y profesionales individuales, y de fuentes secundarias. Variables: A nivel de EAP: características del centro de salud (nº de profesionales, tipo de profesional, población adscrita, presión asistencial, disponibilidad de espacio para actividades grupales, nivel de autonomía en la organización de agendas, acreditación como centro docente), características de la comunidad (ámbito territorial, tamaño del municipio, nivel socioeconómico y nivel de asociacionismo según la percepción de los profesionales, % población con tarjeta sanitaria de nacionalidad no comunitaria y estructura demográfica de la población adscrita). A nivel de profesional: Demográficas, profesión, situación, satisfacción y experiencia laboral, presión asistencial, tutores o investigadores, formación comunitaria, estilo de práctica (biomédica-psicosocial), capacidad autopercebida para realizar AC, autonomía de agendas, apoyos del equipo, opiniones sobre promoción y participación comunitaria y sensibilidad social. Análisis: Regresiones logísticas multivariante con realizar o no AC (caso control) como variable principal.

Resultados. Se incluyeron 204 equipos de atención primaria (EAP), de los que 103 eran casos. Los factores ajustados que se relacionaban con realizar AC al nivel de EAP fueron: mayor porcentaje de enfermeras (OR=1.07, CI95=1.01-1.14); estatus socioeconómico de la comunidad (OR medio-bajo/bajo sobre alto/medio-alto 2.16, CI95=1.18-3.95) y tener formación pregrado en el centro (OR=0.44, 0.21-0.93). Respondieron al cuestionario 569 profesionales de los que 241 eran casos y 328 controles. Los factores ajustados que se relacionaban con realizar AC a nivel individual fueron: profesión (medicos hacían menos que las enfermeras y estas menos que las trabajadoras sociales); formación específica en comunitaria (OR=1.9, CI95=1.2-3.1); apoyo del EAP (OR=2.9, 1.5-5.7); años en el centro de salud (OR=1.06, 1.03-1.09); ser tutor/a de enfermería (OR=2, 1.1-3.5); tener motivación (OR=3.7, 1.8-7.5); colaborar con ONG (OR=1.9; 1.2-3.1) y participar habitualmente en actividades del barrio (OR=3.1, 1.9-5.1).

Conclusiones/Aportaciones. Las características del profesional parecen tener una mayor influencia que las del equipo o la comunidad a la hora de realizar AC, especialmente la sensibilidad social y la motivación. En contraste a la opinión expresada por profesionales, la carga de trabajo no tiene ninguna relación. Las enfermeras y las trabajadoras sociales tienen un rol fundamental en el desarrollo de AC de promoción de la salud.

146. Implementación del programa de promoción de la salud “niñ@s en movimiento” en el valle del txorierri de Bizkaia

Peñafiel Herrera, Nahikari¹; Guerrero Vaquero, Ana¹; Anchia Larrucea, Leire¹; Herrero Garcia, Laura¹; Gravina Alfonso, Leyre¹

¹Osakidetza ²UPV/EHU

Email de Contacto: Celeste.21.5@hotmail.com

Introducción. La incidencia de sobrepeso y obesidad tanto en adultos como en niños ha aumentado considerablemente y con ello la prevalencia de complicaciones. Este incremento se debe a cambios en los modelos sociales que han creado “el ambiente obesogénico”. Según recientes estudios la obesidad infantil es un factor de riesgo en la aparición de obesidad en la edad adulta. Es por ello conveniente realizar programas de promoción de salud dirigidos a niños/as en edad escolar y a su entorno familiar. El programa “Niñ@s en movimiento”, se basa en promover cambios de la alimentación, la actividad física, en el apoyo emocional y el compromiso familiar.

Objetivo. Evaluar un programa de promoción de hábitos saludables en niños/as con sobrepeso y obesidad, y sus padres/madres.

Metodología. 15 niños/as con obesidad o sobrepeso de edades comprendidas entre 7 y 12 años pertenecientes al área del Txorierri fueron captados en la consulta de pediatría de atención primaria, atendiendo a los criterios de inclusión/exclusión establecidos previamente. Los participantes, previo consentimiento informado y compromiso de los padres, realizaron el programa multidisciplinar “Niñ@s en movimiento”, al cual colaboraron los aytos. de Zamudio y Sondika con locales y financiación. Se trabajaron los aspectos emocionales, imagen corporal, resolución de conflictos, asertividad, autoestima, relajación, comunicación, estilo de vida y hábitos nutricionales. La intervención incluyó 11 sesiones con duración de 90 minutos. En dichas sesiones se utilizaron técnicas cognitivo-conductuales y afectivas utilizando material didáctico adaptado a niños/as de este rango de edad. Las sesiones fueron conducidas por personal de enfermería y pediatría previamente formada. Además, se realizaron sesiones paralelas de educación para la salud con los padres/madres. Para evaluar el programa, se utilizaron indicadores antropométricos (peso, talla, IMC y su valor Z normalizado (DE)), hábitos de alimentación mediante cuestionario KIDMED y el de satisfacción corporal mediante cuestionario SIC. Todas las variables se midieron antes y al finalizar el programa de intervención. Los estadísticos de contraste para la comparación de grupos se realizaron mediante la prueba de McNemar y test de Wilcoxon ($p<0.05$).

Resultados. Tras la aplicación del programa, a pesar de que el peso no varió, el IMC de los niños/as disminuyó un 4.8% ($p<0.001$) y el DE disminuyó significativamente un 29.3% ($p<0.001$).

Sólo 5 niños/as mostraron una necesidad de mejorar sus hábitos de alimentación antes de empezar el programa. Tras la intervención, se observó una mejora significativa en el consumo de fruta ($p<0.05$), y el de verduras ($p<0.001$). Tanto padres/madres como sus hijos/as, mejoraron sus hábitos alimentación tras el programa.

La satisfacción global corporal aumentó significativamente ($p<0.05$). Las partes corporales que peor valoraron fueron: abdomen, cintura, nalgas y cadera, y las partes del cuerpo que mejoraron significativamente fueron: boca ($p<0.05$), labios ($p<0.05$), cuello ($p<0.05$) y muslos ($p<0.05$) con una valoración de sobresaliente, y abdomen ($p=0.03$) con una valoración de notable.

La valoración general sobre el programa fue muy positiva, especialmente sobre la metodología utilizada en las sesiones.

Conclusiones/Aportaciones. El programa de promoción de salud ha resultado adecuado y satisfactorio para los niños/as y familiares, ya que se ha conseguido mejorar la alimentación y la autopercepción corporal. El programa "Niñ@s en movimiento" podría ser un buen método para su implementación en el contexto escolar empoderando a familiares, profesorado, profesionales y alumnado en la mejora de los hábitos de vida en la población infantil. Para ello, será necesaria la implicación de organismos especializados en la Salud Pública en la comunidad, así como comités, asociaciones, ayuntamientos y escuelas.

53. **Ergonomía y estiramientos para la prevención de lesiones musculares y articulares en Atención Primaria**

García Martín, Sara¹; Torres Moya, Carlos¹; Araquistain, Mikel²; Mateos García, Rosa³; Arratibel Imaz, Iñaki⁴; Hernández García, Jacinta⁵; Izquierdo De La Guerra, Ana; Cordero Díaz, Noemi; Del Amo Cachán, Silvia; De La Cruz Couto, Itxaso; Benito Pérez de Mendiola, Izaskun⁶

¹CS OLÁRIZU ² HUA ³Coordinadora proyecto IAPartylarizu ⁴Facultad de Ciencias de la Actividad Física y el Deporte UPV ⁵UAP Olárizu ⁶Informante clave Proyecto IAPartylarizu

Email de Contacto: sara.garciamartin@osakidetza.eus

Introducción. Proyecto de Investigación Acción Participativa (IAPartylarizu) que integra la formación en la Promoción de Hábitos Saludables (PHS) en el contexto de las actividades de la vida diaria, fomentando el autocuidado y la prevención de lesiones musculares y articulares.

Objetivo.

- Conocer y poner en práctica las medidas de corrección postural tanto en posición estática como en movimiento.
- Mejorar la movilidad corporal.
- Capacitar al usuari@, informante claves de la red y participantes, en Promoción de Hábitos Saludables (PHS), en Ergonomía doméstica y prevención de lesiones musculoesqueléticas.

Metodología. Población: Pacientes reclutados en el estudio Multirriesgo de la Unidad de Atención Primaria Olárizu, rango etario 50-70 y que eligen dentro de su plan de actividad física formar parte del plan de actividad física en grupo, Programa Ergonomika 2015 de la UAP Olárizu. Los participantes se valorarán en consulta no presencial por los colaboradores, Unidad del dolor, Traumatología y Cardiología, en el caso que presenten patologías que desaconsejen su participación en la terapia ergonómica. Participantes y colaboradores firmaron el consentimiento informado al inicio de la actividad. Captación: Diciembre 2014-Abril 2015. Criterios de inclusión: Rango de edad: 50-70 años, Realizar entrevista de acceso al programa ergonomika, escalas y encuesta de satisfacción.

Criterios de exclusión: Disfunción Psicofísica severa; Neoplasia activa invalidante; Dolor neuropático o desaferente (post ictus); Dolor crónico invalidante no filiado; Enfermedad cardiorrespiratoria incapacitante; Enfermedad neurológica severa; Pacientes Pluripatológicos; Alteración traumatológica que incapacite en la dinámica especificada en cada taller. (Ej.: Fracturas previas no estabilizadas,.....); No firmar consentimiento informado.

Escalas: IPAQ y SF12 (ya integrados en el estudio Multirriesgo)

Variables: Cuantitativas: Edad, ECG, TA, IMC, circunferencia abdominal, FRCV, Regicor y tratamiento farmacológico. Cualitativas: Pre-Posttest de conocimiento.

Material: Tiras Theraband; Hojas informativas de ejercicios: estiramientos columna cervical-lumbar, rodilla y ejercicios de fuerza basados en la autocarga; Ropa deportiva

Sesiones: Se realizará actividad física en grupo, la cual tendrá lugar en la Facultad de Ciencias de la Actividad Física y del Deporte. EHU-UPV. Campus de Vitoria-Gasteiz, y consistirá en dos sesiones guiadas (calentamiento, estiramientos, relajación) y una sesión libre (calentamiento, trabajo aeróbico caminando y estiramientos). Duración de las sesiones: Las sesiones de 1.30 horas de duración, incluirán una parte teórica y una parte práctica en la que se realizarán ejercicios, estiramientos y dinámicas grupales. Con motivo de afianzar el aprendizaje, los participantes asistirán a dos jornadas de seguimiento, días 15 y 22 de Abril 18.30 a 20.00 h *Resultados*. Se realizará a la finalización y/o al inicio de las jornadas a través de las técnicas de evaluación participativa:

- Entrevista de acceso al programa.
- Pre-Posttest de conocimiento
- Encuesta de satisfacción unificada

SESIÓN 6. COMUNICACIONES ORALES

Envejecimiento saludable

7. Mugituz. Modelo de intervención comunitaria en pacientes frágiles. Errenteria (Gipuzkoa)

Perez Torres, Juan Ramón¹; Maiz Gonzalez, Enara²; Usandizaga Endaya, Arantza³; Peña Suarez, Luis⁴; Abrante Vega, Maria⁵

¹Técnico de Salud Pública. Departamento de Salud. Eusko Jaurlaritza-Gobierno Vasco. ²Eusko Jaurlaritza-Gobierno Vasco.

³Osakidetza. ⁴Errenteriako Udal Patronatua. ⁵Polideportivo Galtzalaborda Errenteria

Email de Contacto: esk-irun10@euskadi.eus

Introducción. Una de las actuaciones realizadas en el municipio de Errenteria (Gipuzkoa) dentro del programa de intervención para promover la actividad física en personas mayores de 64 años, ha sido el "Taller de ejercicio físico para personas frágiles MUGITUZ". Es una estrategia integrada en el ámbito sanitario y municipal para la promoción de ejercicio físico en personas mayores frágiles. Para llevar a cabo esta intervención ha sido necesario establecer una red de profesionales de diferentes ámbitos (Patronato de Deportes de Errenteria, Osakidetza y Departamento de Salud del Gobierno Vasco). En este póster se pretende mostrar la intervención realizada y a su vez destacar la creación, coordinación y comunicación de la red de profesionales implicados. La correcta creación de esta red de profesionales es fundamental si se quieren conseguir los objetivos establecidos, el correcto desarrollo de la intervención y la dinamización de intervenciones futuras.

Objetivo.

- Mejorar la salud y calidad de vida en personas en situación de fragilidad.
- Plantear un nuevo escenario de atención sanitaria potenciando las relaciones sociales de los pacientes Frágiles.
- Creación y coordinación de una red de profesionales.
- Mantener las actividades organizadas en el tiempo.

Metodología.

- Derivación desde Atención Primaria (2 centros de salud: CAP Iztieta y CAP Beraun) de pacientes con criterios de fragilidad (escala Barthel >85-95) al Polideportivo Municipal (Galtzaraborda-Errenteria).
- Acogida y valoración del paciente por la monitora técnico de deportes del taller de frágiles.
- Asignación de ejercicio o adiestramiento en función de dicha valoración. Las sesiones se realizan en grupos de máximo 12 pacientes, en sesiones de 1 hora de duración 2 veces por semana.
- Sesiones técnicas con la red de profesionales sanitarios y municipales en los centros de Atención Primaria para la mejora de la metodología y procedimiento. La frecuencia de estas sesiones es al menos anual en cada centro de salud o menor si las circunstancias lo requieren.

Resultados.

- La actividad física mejora la condición física general de los pacientes.
- La intervención contribuye a la socialización y autonomía de los pacientes.

— Creación de una red de profesionales para posteriores intervenciones comunitarias.

Conclusiones/Aportaciones. Este taller tiene como principal objetivo mejorar la salud y calidad de vida de los pacientes frágiles que en muchas ocasiones debido a las limitaciones derivadas de su estado de salud no encuentran alternativas a nivel local para poder realizar ejercicio físico y sociabilizarse. Así mismo, se quiere mantener esta actividad en el tiempo y que no sea una actividad puntual. Para ello, es muy importante la creación de la red de profesionales, así como su coordinación. Por lo que se concluye que las posteriores sesiones técnicas de refuerzo para la revisión del procedimiento o mejoras del mismo son imprescindibles si se quiere conseguir dicho objetivo. La actividad se ha conseguido llevar a cabo durante un año subvencionada por el Patronato Municipal de Deportes. El hecho de que sea gratuito es un valor añadido para la actividad porque la derivación desde Atención Primaria se puede realizar sabiendo que no supone un coste adicional para el paciente. Tras un año de la puesta en marcha del programa, se han realizado dos sesiones técnicas con la red de profesionales de los tres ámbitos, en las cuales se ha detectado la necesidad de mejorar el procedimiento de derivación y acogida del paciente en el polideportivo municipal. Asimismo, se plantea la necesidad de que una vez alcanzado los objetivos deseados, los pacientes sean derivados a otras actividades o recursos municipales por medio de orientadores para que nuevos pacientes se vayan incorporando al grupo de trabajo.

48. Talleres de prevención de caídas en personas mayores, una experiencia innovadora en Euskadi

Arrate Martínez, Kepa¹; Cantera Fernández, Yolanda¹; Gómez Alcalde, Jose Luis¹

¹Promoción de la Salud, Dirección de Salud Pública, Departamento Salud, Gobierno Vasco

Email de Contacto: eps2bi-san@ej-gv.es

Introducción. Los Talleres de Prevención de Caídas son una iniciativa de la Dirección de Salud Pública y Adicciones del Departamento de Salud para llevar adelante una intervención plurifactorial de carácter interinstitucional para prevenir estos accidentes en personas mayores. Las caídas son la causa predominante de lesiones en mayores de 64 años de la CAPV. Su incidencia aumenta con la edad y es mayor en mujeres. Además, quienes sufren una caída tienen más probabilidades de caerse de nuevo en los meses siguientes. Las caídas en las personas mayores causan más muertes que los accidentes de tráfico. La estimación anual habla de 150 fallecimientos en la CAPV, 4.500 altas hospitalarias y 13.500 urgencias ambulatorias y/o hospitalarias sin ingreso causadas por caídas. Las caídas generan pérdida de autonomía y de calidad de vida, provocan discapacidad y dependencia e implican un elevado coste sanitario y social para la comunidad, tanto directo como indirecto. Las caídas están causadas por factores de riesgo individuales y ambientales. Diferentes revisiones sistemáticas señalan que las intervenciones en prevención de caídas para ser eficaces deben ser plurifactoriales y tener una continuidad en el tiempo con tres áreas generales de actuación: la promoción de la práctica de actividad física; convertir el hogar en un entorno seguro; prestar atención a factores individuales como son: la medicación, enfermedades, audición y vista, calzado; utilización de dispositivos de apoyo.

Objetivos.

— Reducir la incidencia de caídas en mayores.

— Establecer mecanismos de colaboración local en la prevención de accidentes y potenciar las intervenciones comunitarias.

Metodología. Estos talleres tienen una orientación y una metodología comunitaria, basada en la creación de un equipo de trabajo en el nivel local del municipio o barrio donde se impartirá el taller. Tras una primera fase de contacto y de presentación de la propuesta de intervención, se crea el equipo de trabajo con las instituciones participantes, se definen los contenidos y los ponentes cerrando el programa definitivo y se atienden los aspectos de organización, publicitación, impartición y evaluación del taller. Este grupo está compuesto por:

- personal técnico del AYUNTAMIENTO (de salud y/o deportes y/o servicios sociales)
- personal sanitario del CENTRO DE SALUD DE OSAKIDETZA
- profesionales de SALUD PÚBLICA

Contenidos de los talleres: La población-diana son las personas mayores autónomas de más de 64 años de la zona. El taller consta de dos módulos de 2 horas que se imparten en dos días diferentes. El primer módulo tiene un carácter expositivo e informativo, mientras que el segundo tiene una orientación práctica.

— Módulo 1: Incidencia, factores de riesgo y consecuencias de las caídas en mayores: discapacidad y dependencia. Identificación de riesgos ambientales dentro y fuera del hogar. El proceso de envejecimiento y su incidencia en las caídas de personas mayores. Los beneficios en salud de la actividad física y de una alimentación saludable. Importancia de las revisiones de salud: vista, oído, medicación. Importancia del calzado adecuado y de los dispositivos de apoyo y su correcta utilización. Actividad física para prevenir caídas: fuerza, equilibrio y coordinación. Recursos municipales disponibles para su práctica en programas dirigidos a mayores de 64 años.

— Módulo 2: Higiene postural: sentarse y levantarse, acostarse y levantarse de la cama, subir y bajar escaleras, tareas domésticas, mover pesos, el carro de la compra... Aprendizaje y práctica de unos ejercicios sencillos trabajando fuerza, equilibrio y coordinación. Aprendizaje y práctica de los pasos a dar para levantarse tras una caída.

Evaluación:

Indicadores Cuantitativos: Nº participantes taller; Perfil socio-demográfico de asistentes; Motivación previa ante el tema; Grado de satisfacción de los participantes; Aprovechamiento de los contenidos e informaciones.

Indicadores Cualitativos: dificultades de proceso.

Desarrollo de los Talleres: Tras la valoración positiva de los pilotajes realizados en 2.014, con buena acogida por parte de las instituciones participantes (Ayuntamientos, Osakidetza y Salud Pública) y la favorable respuesta del público destinatario, esta iniciativa está en fase de extensión durante 2015 a otros barrios y municipios de la CAPV. Hasta la fecha se han celebrado 27 talleres con una asistencia de 1.590 personas mayores.

72. Mugi Tolosa caminos saludables, iniciativa comunitaria para la promoción de la actividad física en los mayores de Tolosa

Plazaola Muguruza, Tomás¹; Errasti Aizpurua, Nagore¹; Virto Lecuona, M^a Carmen¹; Bakaikoa Belaunzarán, Asier²; Lekuona Izeta, Garikoitz²

¹Gobierno Vasco, Departamento de Salud, Comarca de Salud Pública de Tolosa-Goierrri ²Ayuntamiento de Tolosa

Email de Contacto: koor-tolosa@euskadi.eus

Introducción. La incorporación de la actividad física a la rutina diaria constituye una herramienta para la mejora de la condición física y la calidad de vida de las personas. Sin embargo, según la Encuesta de Salud de la CAPV, el 53% de los mayores de 65 años son inactivos y no cumplen las recomendaciones de práctica de actividad física. Las estrategias de promoción de la actividad física en este colectivo, no solo requieren la accesibilidad a los espacios e instalaciones y oferta de actividades, sino también el apoyo a las relaciones interpersonales. En respuesta a esta situación, desde la Subdirección de Salud Pública y Adicciones de Gipuzkoa se plantea el desarrollo del programa Ttipi-Ttapa. Este programa se está llevando a cabo en varios municipios de Gipuzkoa y ha tenido especial relevancia en Tolosa. En este estudio, se exponen la puesta a punto y los resultados obtenidos en este municipio.

Objetivo. Mejorar el bienestar físico y mental de las personas mayores de 64 años, principalmente inactivas, promocionando la práctica de la actividad física a través del ocio activo. Así mismo, se pretende mejorar su salud personal mediante salidas en grupo, que favorezcan la sociabilización.

Metodología. La Comarca de Salud Pública de Tolosa-Goierri realizó diferentes reuniones con los agentes municipales y el JUAP para informar del proyecto. Tras adquirir el compromiso de participación se identificó como líder del proyecto al técnico de Deportes del Ayuntamiento. Posteriormente, el líder convocó a reuniones a los posibles agentes clave del municipio (mayoritariamente asociaciones) que pudieran tomar parte en la iniciativa como grupo dinamizador. Se creó así dicho grupo compuesto por el Ayuntamiento, Centro de Salud, Comarca de Salud Pública y asociaciones municipales. La dinámica de funcionamiento consistió en reuniones periódicas. El grupo dinamizador se encargó de diseñar los 8 recorridos y concretó el logo y el nombre del proyecto como "Mugi Tolosa". Se prepararon dípticos y tarjetas de participación y se colocó señalética en los diferentes recorridos. Se acordó con los comerciantes del municipio realizar un lunch tras la actividad. Se diseñó un cronograma trimestral con 10 salidas programadas. Cada semana un agente clave se responsabilizó de organizar la salida. Se realizó prescripción médica directa en consulta, aprovechando la campaña de la gripe, utilizando el material de apoyo diseñado. Asimismo, para publicitar el proyecto, se realizó una rueda de prensa y se publicó en prensa y televisión local. Se realizaron las salidas programadas y al concluir el primer trimestre se celebró una reunión para valorar los resultados obtenidos.

Resultados. De las diez salidas realizadas, la primera fue la de máxima asistencia con un total de 141 personas. En las siguientes 9 salidas, aunque, el número de participantes fue menor, se obtuvo una asistencia media de 104 personas/salida. El día de menor asistencia acudieron 85 personas. En las diez salidas realizadas participaron 225 personas diferentes, cada una al menos en una salida. La participación de las mujeres fue superior al de los hombres, con un porcentaje de 65% y 35%, respectivamente. En cuanto a la edad de los participantes, el 5% fueron mayores de 85 años, el 17% tenían entre 75 y 84 años, el 19% entre 65-74 años, el 51% menos de 64 años y se desconocen los datos del 7% de ellos.

Conclusiones/Aportaciones. El número de participantes ha cumplido las expectativas iniciales y se ha mantenido estable durante el periodo de salidas. La mayoría de las participantes han sido mujeres. Aunque el programa está dirigido a personas mayores de 64 años se constata que la mayor participación se da en menores de 64 años. Esto se debe a la incorporación de personas discapacitadas con el objetivo de conseguir su sociabilización. Es reseñable que un alto porcentaje de las personas mayores de 85 años han participado en 6 o más salidas. Uno de los aspectos valorados más positivamente por los participantes ha sido la oportunidad de sociabilización, relacionado con el lunch tras las salidas. Por otra parte la implicación de los distintos agentes clave ha sido muy importante. En el futuro, se han previsto incorporar nuevas actividades para consolidar el grupo y atraer a nuevos participantes. Incluso, se ha debatido la posibilidad de ampliar el número de salidas por semana.

100. Envejecer de forma activa y saludable en Lezo una experiencia comunitaria en torno a la promoción de la salud y prevención de la dependencia.

Estévez Martínez, Gemma¹; Uranga Fraiz, María Aranzazu²; Larbide Arregui, Gemma³; Goñi Agudo, Mari Jose¹; Gil Rodrigo, María Victoria¹; Angiozar Unanue, Arkaitz⁴; Val Zabaleta, Xanti⁴; Muñoz Bouza, Dami⁴; Orbegozo Zurutuza, Nekane⁴

¹Osakidetza ²Subdirección de Salud Pública y Adicciones de Gipuzkoa ³Comarca de Salud Pública de Bidasoa ⁴Ayuntamiento de Lezo

Email de Contacto: edu1ss-san@ej-gv.eus

Introducción. El Envejecimiento saludable/activo es un concepto acuñado en los últimos treinta años que ha ido evolucionando, desde la definición de la OMS de 1990 del envejecimiento saludable (centrado en la salud), hacia un modelo mucho más integrador, como el de envejecimiento activo (OMS, 2002), definido como “el proceso de optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad en orden a mejorar la calidad de vida de las personas que envejecen”. En los últimos años se han aprobado en nuestro entorno Leyes, estrategias y documentos de consenso que configuran el espacio en el que se encuadra este proyecto. Uno de estos documentos es Plan de Salud de la CAPV (2013-2020) que contempla como “Área Prioritaria 3: el Envejecimiento Saludable”. A nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2005 comenzó a diseñar el proyecto “Ciudades Amigables con los Mayores” partiendo de la consideración de que el envejecimiento y la urbanización de la población son dos tendencias globales que juntas, caracterizan el siglo XXI. En 2012, la Comisión Económica de las Naciones Unidas para Europa (UNECE) y la Unión Europea han realizado un trabajo de concretización sobre qué es envejecimiento activo y cómo medirlo y que va a servir de marco de referencia: <http://www1.unece.org/stat/platform/display/AAI/Active+Ageing+Index+Home>

Objetivo. Objetivo general: Diseñar un plan de actuación que fomente el envejecimiento activo y saludable en el municipio de Lezo incorporando a toda la población > de 60 años.

Objetivos específicos:

- Puesta en marcha de un grupo interdisciplinar, interinstitucional y con representantes de la comunidad.
- Realizar un análisis de las necesidades y los activos en salud aplicando una metodología participativa.
- Conocer las barreras existentes y los elementos que faciliten la participación ciudadana.

Metodología. Este proyecto se ha diseñado como un estudio de investigación-acción participativa (IAP) en el que la población diana son las personas mayores de 60 años y sus familiares/ cuidadores/as, y las instituciones/ entidades del ámbito social, sanitario y comunitario que prestan servicio en el municipio de Lezo. El proyecto se ha llevado a cabo durante el año comprendido entre febrero de 2014 y febrero de 2015. Metodológicamente se pueden señalar dos partes diferenciadas: diagnóstico y elaboración del plan de acción. Como ya se ha citado está alineado con el proyecto de Ciudades Amigables de la OMS que establece en sus bases metodológicas un proceso de participación de personas mayores (que aportan su percepción y experiencia sobre la ciudad en su vida cotidiana considerando su proceso de envejecimiento), organizaciones de voluntariado, proveedores de servicios, empleados públicos y cuidadores de personas en situación de dependencia. Se utilizan técnicas cualitativas con grupos focales y se analizan ocho áreas de intervención: espacios al aire libre y edificios, transporte, vivienda, participación social, respeto e inclusión social, participación cívica y empleo, comunicación e información, y servicios sociales y sanitarios.

El conocimiento del medio se ha llevado a cabo a través de:

- Revisión de bibliografía especializada
- Obtención de información procedente de fuentes oficiales: Eustat-Udalmap, Padrón Municipal, estadísticas de DFG, estadísticas del INSS.
- Bases de datos, memorias y documentos del Ayuntamiento de Lezo
- La obtención de la información para el análisis de las necesidades y activos en salud se ha realizado a través de: revisión bibliográfica, página web municipal.
- Empleo de técnicas participativas dirigidas a obtener información analizada desde una perspectiva cualitativa: mediante la técnica de grupos focales, complementado con la técnica de Mapeo de Activos en Salud. La parte cualitativa también ha sido trabajada a través del contacto directo con agentes implicados en el proyecto.

Resultados y conclusiones. Tras el proceso participativo se ha elaborado un informe con las conclusiones del mismo y se ha procedido a diseñar un plan de acción partiendo del diagnóstico obtenido con las siguientes áreas de intervención: urbanismo, espacio al aire libre, plazas, calles y edificios públicos, transporte y movilidad, edificios, equipamientos y vivienda, redes y apoyo social, respeto, reconocimiento e inclusión social, información y comunicación, servicios sociales y salud.

145. Valoración del estado de salud tras la práctica de ejercicio físico en grupo

Martínez Albert, Carolina¹; Antón García, Francisco¹; Mir Sánchez, Carolina¹; Maroto Delgado, Olga¹; Felipe Román, Olaya¹; Pérez Ollero, Laura¹

¹Residente de enfermería familiar y comunitaria

Email de Contacto: carolinamartinezalbert@gmail.com

Introducción. La práctica habitual de ejercicio ha demostrado mejorar la salud física y psicológica de los pacientes. En nuestro Centro de Salud (CS) la forma de estimular la realización de ejercicio habitual se hace dando consejo mínimo a los pacientes que acuden a la consulta diaria por cualquier otro motivo, facilitándoles su integración en grupos que ya están haciendo gimnasia, o bien invitándoles a integrarlo en su vida de forma individual, aunque cuando se buscan fines terapéuticos como la rehabilitación articular son más coste-efectivos los programas en grupo.

Objetivos. Determinar si el ejercicio físico, realizado sistemáticamente por un grupo de pacientes mayores, mejora la sensación de bienestar de su estado de salud.

Metodología. Hemos realizado, de forma anónima, la encuesta de salud percibida SF-12 adaptada, a un grupo de 94 pacientes mayores de 65 años que llevaban al menos 6 meses realizando ejercicio físico 2 horas a la semana monitorizado por "pacientes expertas" en dos Centros de Mayores (CM) de nuestra zona de salud. La encuesta ha valorado la salud percibida en la actualidad comparándola con la que consideraban que tenían antes de empezar a realizar ejercicio. Las "pacientes expertas" las hemos buscado y encontrado entre las pacientes atendidas en nuestro CS. La utilización de los locales de los CM se ha conseguido a través del contacto previo con sus presidentes y con la Concejalía de Bienestar Social del Ayuntamiento de la ciudad de quien dependen estos CM. La propuesta que les hemos realizado era la de utilizar los locales en las horas que no se realizaban

ninguna otra actividad programada en ellos, sin coste alguno extra para la administración. En esta actividad hemos implicado directamente a la Trabajadora Social de nuestro CS.

Resultados. Los grupos de ejercicio físico ha estado compuesto por 88 mujeres y 6 hombres. La edad media ha sido de 72,2 años. Preguntas (P) de la encuesta: P1: En la actualidad considera que su salud es: Regular 27,7%. Buena 39,4%. Muy buena 22,3%. Excelente 10,6%. P2: Su salud actual comparada con la antes del ejercicio: Igual 13,8%. Mejor o mucho mejor 86,2%. P3: Su capacidad para realizar las actividades diarias: Sigue igual 4,3%. Ha notado mejoría: 95,7%. P4: Desde que realiza ejercicio, sus dolores: Siguen igual 9,7%. Han disminuido 83,8%. Han desaparecido 6,5%. P5: Situación de su estado de ánimo: Sigue igual 3,2%. Ha mejorado mucho 48,9%. Ha mejorado algo 46,8%. P6: En relación a su vida social: Ha mejorado mucho 51,1%. Ha mejorado algo 42,6%. P7: En la actualidad se encuentra con más energía: Totalmente cierto 46,8%. Bastante cierto 44,7%. P8: Ha mejorado su calidad de vida: Totalmente cierto 59,6%. Bastante cierto 34%. P9: Puntuando de 0 a 10 cómo considera su estado de salud global: Antes ejercicio 6,18. Después ejercicio 8,90 ($p=0,000$. Intervalo Confianza: 2,35 a 3,10).

Conclusiones. 1.-El ejercicio físico sistemático ha mejorado, en este grupo de pacientes, su sensación de bienestar y sus relaciones sociales. 2.-Es preciso disponer de actividades concretas donde integrar a los pacientes que lo deseen. 3.-El coste de esta actividad para la administración ha sido 0 euros.

169. La monitorización del envejecimiento saludable en Bizkaia: una propuesta a partir del Active Ageing Index

González-Rábago, Yolanda¹; Bacigalupe, Amaia¹; Martín, Unai¹; Murillo, Sergio²

¹Departamento de Sociología 2, UPV/EHU, ²Diputación Foral de Bizkaia

Email de contacto: yolanda.gonzalezr@ehu.eus

Introducción. Según la OMS, el envejecimiento activo hace referencia al proceso de optimizar las oportunidades de generar salud, participación y seguridad que mejoren la calidad de vida de la población a medida que ésta envejece. El término “activo” incluye todas aquellas actividades relacionadas con la participación social, económica, cultural, espiritual y cívica, y no sólo la capacidad para mantenerse activo/a en el mercado laboral.

El Active Ageing Index (AAI) es una herramienta de medición comparada de la potencialidad de las personas mayores para tener un envejecimiento activo y saludable, que ha sido promovida por la Comisión Europea y la Unidad de Población de la Comisión Económica para Europa de Naciones Unidas (UNECE). Su objetivo es la monitorización del envejecimiento activo entre la población mayor, favoreciendo que los países tomen decisiones políticas basadas en el conocimiento que mejoren su calidad de vida. En 2014, como parte de las actividades del Observatorio de Personas Mayores de Bizkaia, la Diputación Foral de Bizkaia promovió el cálculo del AAI, con el objetivo de obtener datos comparados con el resto de países europeos con los que formular y evaluar políticas encaminadas a mejorar la calidad de vida de la población mayor de Bizkaia.

Objetivo. Analizar la situación de envejecimiento saludable de la población mayor residente en Bizkaia a partir del Active Ageing Index en 2012-2013, de manera comparada con los países de la Unión Europea. Asimismo, se plantea la identificación de las áreas de mayor potencialidad y también de mayor carencia en términos de envejecimiento activo y saludable de las personas mayores en Bizkaia.

Metodología. El AAI se compone de 24 indicadores divididos en cuatro dimensiones: empleo, participación social, vida independiente y segura, y capacidad para un envejecimiento saludable. Se calcularon los indicadores a través de dos tipos de fuentes de información en función del grado de comparabilidad de los indicadores locales respecto a los originales. Por un lado, se utilizaron datos secundarios proporcionados por Eustat-Instituto Vasco de Estadística y procedentes de diversas encuestas para el cálculo de 10 de los indicadores y, por otro, se produjeron datos primarios a través de una encuesta *ad hoc* con población de 55 y más años residente en Bizkaia y que sirvieron para el cálculo de los 12 indicadores restantes. Una vez calculada la puntuación del índice global y de sus cuatro dimensiones para Bizkaia, se compararon los resultados con el resto de países de la UE28.

Resultados. Bizkaia obtiene una puntuación de 35,9 en el AAI, lo que indica que la población bizkaína se encuentra en una buena situación de envejecimiento activo, comparativamente con otros países de la UE. De las cuatro dimensiones, la población mayor de Bizkaia destaca en la dimensión de *Participación social* y en la de *Capacidad para un envejecimiento activo*, mientras que puntúa más bajo en *Empleo* y en *Vida independiente y segura*. Entre las fortalezas se encuentran la alta realización de actividades de trabajo voluntario en asociaciones (20%) o el cuidado a otras personas (37,4% a niños/as y 21,5% a otras personas mayores o discapacitadas). Además Bizkaia también destaca por su elevada esperanza de vida y de esperanza de vida en buena salud, por su buena salud mental (87,9%), y por sus frecuentes relaciones sociales. Además, es reseñable la población mayor que realiza actividad física frecuentemente (54,3%), a gran distancia de la media de la UE (15,6%), y que afirma haber recibido algún tipo de formación durante el mes anterior (16,4%). Por otro lado, encontramos que la población mayor en Bizkaia tiene una menor puntuación en términos de vida independiente (población en viviendas unipersonales o en pareja) que la mayoría de los países de la UE, así como también una menor tasa de participación en el mercado laboral, especialmente tras los 65 años.

Conclusiones/Aportaciones. La medición del envejecimiento activo y saludable a través del AAI indica una buena situación general de la población mayor en Bizkaia. Los resultados del AAI en Bizkaia proporcionan una imagen comparativa con la situación de las poblaciones mayores en otros países, mostrando las fortalezas y debilidades no sólo de las personas y sino también de los contextos para permitir el envejecimiento saludable de la población mayor, cada vez más voluminosa en sociedades como la nuestra. La monitorización del envejecimiento a través del AAI permite observar aquellos puntos de mejora en los que las políticas públicas tienen que focalizarse para reforzar la capacidad de la población para envejecer de la forma más activa y saludable posible.

SESIÓN 7. COMUNICACIONES ORALES.

Promoción de la salud local e intersectorial (I)

8. Promocionando una comunidad a través de su Diagnóstico de Salud

Alberdi, Mari Jose¹; Rayon, Esperanza²; Mayoz, Itziar¹; Elorza, Isabel¹

¹UPV/EHU, ²UCM

Email de Contacto: mariajose.alberdi@ehu.es

Introducción. El objeto de esta comunicación es el Diagnóstico de Salud de Mañaria (Vizcaya), un estudio que promueve dicho entorno y fomenta políticas locales en dicha comunidad. El Diagnóstico de Salud consiste en una descripción detallada de una comunidad y de su estado de salud, así como de los factores responsables de dicho estado y de los problemas y necesidades sentidos por la población. El estudio parte del abordaje del concepto de salud, el de comunidad, la participación comunitaria y el de diagnóstico de salud. Además nos hemos basado en los condicionantes estructurantes que intervienen sobre la salud de las comunidades, siendo éstos los ejes vertebradores del estudio. Se sustenta en el Paradigma Integral, porque hemos caracterizado la comunidad desde las estructuras existentes en ella y hemos contemplado la vida de las personas de la manera más holística con una visión positiva, integral y multidimensional de la salud. El estudio se ha realizado desde el punto de vista de la mujer trasladando de una manera científica, toda la riqueza del mundo femenino a la comunidad, lugar indispensable para la vida y, en ocasiones, condicionante de la misma.

Objetivo. Realizar el Diagnóstico de Salud de la comunidad de Mañaria desde la perspectiva de sus mujeres, describiendo los determinantes contextuales, identificando los problemas de salud, mostrando propuestas de cambio y determinando los activos de salud de la comunidad.

Metodología. Esta investigación se ha realizado desde un enfoque cualitativo con un proceso etnográfico y de trabajo de campo. La muestra del estudio la componen 26 informantes. La entrevista y la observación participante han constituido la base empírica principal de esta investigación.

Resultados. Se han descrito las características de la comunidad: la población; el trabajo y la economía; los espacios; conductas relacionadas con alimentación, el alcohol, el tabaco, el reposo-sueño y las vinculadas con ocio y tiempo libre; los escenarios de socialización y por último, los recursos de cuidados de salud. Se han identificado los problemas de salud: sobrecarga de trabajo doméstico y laboral en las mujeres e inseguridades en el ámbito económico; elementos urbanos como las explotaciones mineras, la red viaria, las barreras arquitectónicas y la carencia de transporte público; hábitos alimenticios a mejorar; riesgo en el pequeño comercio; en el consultorio, por una parte, ausencia de servicio de pediatría y servicio dirigido a los jóvenes y, por otra parte, excesiva distancia de las urgencias pediátricas y déficit en la cita previa, horario, coordinación intersectorial y estabilidad del equipo profesional. Se han mostrado soluciones: fomentar el reparto equitativo de las tareas domésticas; promocionar espacios y hábitos saludables especialmente en relación a la alimentación; mejorar en el transporte público; proteger el pequeño comercio; lograr estabilidad y continuidad profesional en el equipo de salud del consultorio y ofertar servicio de pediatría, atención al joven y PAC de pediatría más cercano a la comunidad. Se han determinado los activos de Mañaria: asentamiento de nuevas personas; percepción de buena situación económica; Urkuleta, un barrio saludable; mejoras relacionadas con la red viaria y su peligrosidad; el supermercado, pilar básico del día a día de la comunidad; sentimiento de seguridad; hábito de consumo de frutas y verduras; oferta variada de actividades de ocio y tiempo libre; existencia de servicio de guardería y nivel de satisfacción alto; la familia y la

red social cercana, fundamentales en los cuidados de las personas mayores; satisfacción hacia el equipo de salud del consultorio por la atención domiciliaria ofertada.

Conclusiones/Aportaciones. Este estudio promueve la salud de un entorno ya que: ha facilitado la visión integral de una comunidad al identificar los condicionantes estructurales de la misma; ha servido para determinar la naturaleza de algunos de los problemas de salud y el conocimiento de cuáles son algunas de las necesidades de salud atendidas y no; ha identificado los recursos disponibles y algunas de las actividades llevadas a cabo en la comunidad; da pistas sobre el grado de implicación de algunas entidades y sobre los profesionales de distintos servicios con los que se pudiera trabajar en el futuro; y, ha tenido una repercusión social a nivel local al aportar información necesaria para formular propuestas a los organismos competentes, con el fin de mejorar la salud y la calidad de vida de esta comunidad.

91. Redes Locales de Salud en Bizkaia. Bizkaiko Osasunsareak

Urieta Guijarro, Inés¹; Astillero Pinilla, M^a José¹; Ortuondo Diego, Henar¹; Paskual Uribe, Agurtzane²; Regidor Fuentes, Iratxe²; De la Peña Varona, Enrique³; Pereda Riguera, Celina¹; Castells Carrillo, Concha¹

¹Subdirección de Salud Pública y Adicciones de Bizkaia ²OSI Barrualde-Galdakao ESI ³OSI Uribe ESI

Email de Contacto: i-urieta@euskadi.eus

Introducción. El Plan de Salud para Euskadi 2013-2020 se sitúa en el marco de los determinantes sociales de la salud. Se basa, por tanto, en que el nivel de salud de una población está íntimamente relacionado con la distribución de la salud entre los grupos sociales. El nivel de salud y la equidad en salud son las dos caras de una misma moneda. Así, el Departamento de Salud asume el liderazgo de generar salud desde todas las instituciones públicas, "Salud en Todas las Políticas". Desde esta perspectiva, se entiende que las estructuras locales de salud no son solamente clínico-asistenciales, sino que tienen una responsabilidad sobre la salud de la población, que exige la integración de sus servicios con los de otros agentes locales mediante mecanismos y procedimientos para potenciar la participación de la ciudadanía e incorporar los activos en salud. La creación de espacios de encuentro entre personal sanitario de las estructuras locales, otros agentes también locales y representantes de la comunidad permite conocer las necesidades de la población y las situaciones de riesgo allí donde la sociedad vive y actúa. La participación activa de la ciudadanía en las intervenciones poblacionales orientadas a mejorar su salud fomenta su empoderamiento, consiguiéndose así comunidades informadas y con responsabilidad sobre su propia salud. En los últimos años, en diversos municipios de la CAPV se han creado varios de estos espacios de encuentro. El objetivo de esta comunicación es presentar un documento publicado en Enero de 2015 que en el que se revisan las características de cada una de las Redes Locales de Salud existentes en Bizkaia y se identifica el procedimiento más adecuado para la creación de este tipo de foros en el futuro.

Objetivos.

— Promover la salud en el ámbito local conectando a personas, ideas y recursos, mediante la acción intersectorial.

— Promover en el municipio el desarrollo comunitario y empoderamiento de la ciudadanía en la gestión de su salud.

— Identificar necesidades de la población, situaciones de riesgo y activos en salud.

— Poner en marcha proyectos que actúen sobre los determinantes de la salud, a nivel municipal.

— Captar fondos, a través de subvenciones, ayudas, etc., para sufragar los costes de estos proyectos.

Metodología. Las distintas redes de salud creadas hasta el momento han surgido por diferentes vías. Las de Abadiño, Sondika y La Merced (Bilbao) tienen su origen en el proyecto de investigación Prescribe Vida Saludable (PVS) impulsado desde la Unidad de Investigación de Atención Primaria de Bizkaia. Las redes de Amorebieta-Etxano y Gernika-Lumo surgieron como consecuencia de la creación del proyecto Espacio Salud/Osasungune impulsado por la Comarca Interior de Atención Primaria y Salud Pública. El Espacio Salud/Osasungune tenía como objetivo ser un lugar de referencia, tanto a nivel institucional como de la comunidad, que favoreciera a través de la participación de los distintos agentes, la mejora de la salud. Otras redes locales de salud, que aún están en proceso de creación, han surgido por iniciativa de los propios responsables municipales. Este es el caso de Bermeo, Urduliz y Galdakao. El documento publicado incluye un Anexo en el que se indican los pasos seguidos en el procedimiento de creación de las redes locales de salud mencionadas.

Resultados. Creación de las siguientes redes locales:

— Consejo para la Promoción de Vida Saludable de Abadiño (Consejo PVS de Abadiño)/Abadiñoko Bizitza Osasuntsua Promozionatzeko Kontseilua (Abadiñoko BOP Kontseilua)

— Consejo para la Promoción de Vida Saludable de Sondika (Consejo PVS de Sondika)/Sondikako Bizitza Osasuntsua Promozionatzeko Kontseilua (Sondikako BOP Kontseilua)

— Osasunsarea Gernika

— Osasunañon Amorebieta

Conclusiones/Aportaciones.

— Las Redes Locales de Salud son un tipo de intervención poblacional que pretende, mediante la participación y el empoderamiento de la ciudadanía, mejorar la salud de las personas e incorporar la lente de la salud en las políticas locales y los entornos, en línea con lo establecido en el Plan de Salud de Euskadi 2013-2020.

— A corto plazo se espera fomentar la participación comunitaria y poner en marcha proyectos orientados a la modificación de los determinantes de la salud. A largo plazo, se espera conseguir una mayor eficiencia en la utilización de recursos y la mejora de la salud de la población.

— Las Redes Locales de Salud de Abadiño, Sondika, Amorebieta-Etxano y Gernika-Lumo se encuentran correctamente implantadas. Sus participantes se muestran satisfechos de pertenecer a las mismas y la red de contactos creada se considera útil.

162. AHORA! Kilometroak 13, trabajando para disminuir el consumo de alcohol entre los adolescentes

Errasti Aizpurua, Nagore¹; Plazaola Muguruza, Tomás¹; Blanco Egaña, Maria²; Vito Lecuona, M^aCarmen¹; Urteaga Ibarrolaburu, Jone³; Senovilla San Juan, Lurdes⁴

¹Comarca de Salud Pública de Tolosa-Goierrri, Gobierno Vasco, Departamento de Salud ²Subdirección de Salud Pública y Adicciones de Gipuzkoa ³Laskorain Ikastola, Tolosa ⁴Ayuntamiento de Tolosa

Email de Contacto: esk-tolosa12@euskadi.eus

Introducción. El estado de embriaguez alcohólica forma parte de los rituales de ocio y diversión de los/las adolescentes los fines de semana y fiestas. Así, muchos adolescentes asocian fiestas como Kilometroak al alcohol y borrachera. El patrón del consumo de alcohol entre adolescentes es diferente al de las personas adultas; estos consumos son de tipo intensivo “binge drinking” o consumo en atracón. Ante esta problemática, tanto la Ikastola-Laskorain de Tolosa, encargada de organizar la fiesta de Kilometroak-2013 (AHORA!) en el municipio, como la Comarca de Salud Pública de Tolosa-Goierri vieron la necesidad de abordar la problemática.

Objetivo. Disminuir el consumo de alcohol de los jóvenes entre 12 y 18 años en la fiesta de Kilometroak-2013, mediante el compromiso y la participación activa de todos los agentes de la sociedad y principalmente, de los jóvenes.

Metodología. En 2012, la Ikastola-Laskorain de Tolosa inició la organización de la fiesta Kilometroak-2013. En octubre de 2012 se realizó una jornada de reflexión donde se analizó el consumo abusivo de alcohol y se recogieron varias propuestas. Posteriormente, éstas se presentaron en el Consejo de Dirección y se constituyeron dos comisiones para trabajar la prevención del consumo y el diseño de un modelo de fiesta alternativo con la participación activa de los jóvenes. Paralelamente, en diciembre de 2012, la Comarca de Salud Pública de Tolosa-Goierri, propuso a la Ikastola-Laskorain y al alcalde del municipio, trabajar conjuntamente en el abordaje de esta problemática. En una primera fase de planificación y diseño, se identificaron agentes comunitarios potenciales (educación, ayuntamiento, sanidad, etc.) y se les presentó la propuesta con el objetivo de conseguir su adhesión y compromiso. Tras confirmar el compromiso, se definieron las dos principales áreas de actuación: prevención del consumo y oferta de ocio alternativo. En la fase de implementación y desarrollo, la comisión encargada de trabajar en la prevención del consumo organizó actividades a lo largo del año y el mismo día del evento. Estas actividades fueron dirigidas a jóvenes y a distintos grupos de la sociedad, entre otros, familias, hosteleros y comerciantes y voluntarios. Otra comisión trabajó el diseño de fiesta alternativa, ERRONKA, dirigida a jóvenes entre 14 y 16 años que, agrupados en equipos mixtos de 10 personas, participaron en varias actividades que se realizaron durante todo el día. Por otra parte, se consideró necesario constituir una comisión de alumnos para que se sintieran parte clave en la fiesta y conseguir su participación activa. Para dar a conocer a la comunidad las actividades planeadas se realizó una campaña de comunicación. Fueron los alumnos los encargados de publicitar ERRONKA. Una vez finalizado el evento, se evaluaron los resultados.

Resultados. Se elaboró un decálogo de consumo responsable de alcohol que se expuso a lo largo del recorrido y en los bares-comercios de Tolosa. Se cumplieron los objetivos marcados en relación a repartición del material de prevención en ikastolas y centros escolares de Gipuzkoa (74 ikastolas y 14 centros escolares). La participación de familias y grado de satisfacción respecto a las sesiones de sensibilización, superaron también los objetivos marcados. Las actividades dirigidas a hosteleros- comerciantes, no cumplieron las expectativas de asistencia a las sesiones de sensibilización, aunque se les hizo llegar a todas cartas, decálogo, posters... Respecto al voluntariado, se superaron objetivos en el grado de participación en las sesiones de formación y en su satisfacción respecto a la formación recibida y trabajo desarrollado. De 22 ikastolas, 19 participaron en Erronka, implicando a 1200 alumnos entre “Erronkari”s y seguidores. El grado de satisfacción de participantes y organizadores fue muy alto. No se registró ningún coma etílico. Se registraron 34 intoxicaciones etílicas y 5 traslados hospitalarios.

Conclusiones/Aportaciones. Para el éxito de esta iniciativa fue indispensable: contar con los jóvenes en todas las fases del proyecto; conseguir el compromiso de todos los agentes implicados y difundir públicamente los objetivos marcados. Fue muy importante la labor de los grupos de prevención itinerante. Para funcionar de forma coherente y coordinada, fue esencial que todas las comisiones conocieran perfectamente las medidas de prevención acordadas. Es necesario incidir más en el sector de comerciantes-hosteleros. Erronka ha sido un primer paso en el cambio de modelo de fiesta “Kilometroak”. Será necesario seguir trabajando para cambiar el modelo de fiesta y costumbres de nuestros jóvenes.

112. Participa y promueve la salud en red

Gallego Dieguez, Javier¹; Ipiens Sarrate, José Ramón²; Aliaga Train, Pilar²; Ferrer Gracia, Elisa²; Vilches Urrutia, Begoña²; Bueno Franco, Manuel²; Plumed Parrilla, Manuela²; Muñoz Nadal, Pilar²

¹Sección de educación para la salud. Dirección General de Salud Pública ²Salud Pública. Aragón

Email de Contacto: jgallego@aragon.es

Introducción. La Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud (RAPPs) es una iniciativa de la Dirección General de Salud Pública del Gobierno de Aragón, que tiene como finalidad ser un instrumento integrador de los grupos de trabajo multidisciplinares que desarrollan proyectos de educación y promoción de la salud en distintos ámbitos -educativo, sanitario y comunitario- con implicación de diversas entidades -centros educativos, servicios sanitarios y sociales, ayuntamientos, comarcas y asociaciones sin ánimo de lucro-

Objetivo.

- Identificar proyectos de promoción y educación para la salud que se están llevando a cabo desde distintos sectores de la Comunidad Autónoma.
- Fomentar la realización de experiencias nuevas y apoyar la consolidación de los equipos de trabajo ya existentes.
- Disponer de un sistema de información que permita conocer las tendencias actuales y desarrollar la investigación en promoción y educación para la salud
- Facilitar la relación y la gestión del conocimiento a través el intercambio de información entre los equipos de trabajo de la Red y con otras redes y sistemas de promoción de salud.
- Promover la innovación en promoción de la salud y el desarrollo de modelos de buena práctica adaptados a diferentes contextos.

Metodología. Trabajo en equipo, desde un enfoque salutogénico y promoviendo la colaboración intersectorial desde la asesoría, seguimiento, formación e intercambio de experiencias de los grupos de trabajo multidisciplinares, que llevan a cabo un proyecto y que tienen la oportunidad de integrarse en la red mediante convocatoria publicada en Boletín Oficial de Aragón (BOA). Basada en criterios de calidad, en cuyo proceso de elaboración se ha utilizado la revisión de la literatura sobre los modelos de calidad aplicados a la promoción de la salud, el análisis de la experiencia de los proyectos de la Red y la reflexión y el dialogo entre los diferentes equipos que forman la red.

Resultados. En la actualidad están integrados en la Red 73 proyectos, (19 en Huesca, 16 en Teruel, 38 en Zaragoza) y en cuyos equipos participan 484 profesionales, pertenecientes a 141 centros promotores y 150 colaboradores, que son: centros educativos, centros sanitarios, servicios sociales, asociaciones y recursos comunitarios. Los temas abordados son muy variados y dependen del análisis del contexto y de las prioridades de los proyectos. Una relación de los temas abordados en la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud (RAPPs) es la siguiente: Salud mental; Ayuda mutua; Prevención de drogodependencias; Alimentación y nutrición; Desarrollo rural; Sexualidad; Integración social; Habilidades para la vida; Utilización de servicios sanitarios; Lactancia materna; Ambiente y salud; Tiempo libre.

Conclusiones/Aportaciones. La RAPPs favorece el intercambio y la gestión del conocimiento en promoción de la salud entre los equipos de los proyectos, aun desarrollando su intervención en diferentes escenarios (sanitario, educativo y social).El apoyo y reconocimiento a los equipos innovadores permite la identificación de modelos

de buena práctica y su difusión al resto de servicios y centros de la Comunidad Autónoma. La existencia de profesionales con experiencia en el desarrollo de proyectos de promoción de la salud en el territorio favorece la transferencia horizontal de las innovaciones. Las actividades de interés aparecen publicadas con regularidad en la web 2.0, en la que podemos encontrar contenidos saludables que favorecen la dinamización y la capacidad de la comunidad, a través de:

Blog de la Rapps: <http://redaragonesaproyectospromocionsalud.blogspot.com.es/p/la-red-aragonesa-de-proyectos-de.html>

Facebook: <https://www.facebook.com/RAPPSalud>

Twitter: @rediniciativas

115. OSASUNSAREA GERNIKA. Experiencia de una Red Local de Salud con participación comunitaria

Astillero, María José¹; Regidor, Iratxe²; Aranburu, Pedro³; Landa, Begoña⁴; Jauregi, Ziortza⁴; Llantada, Nerea⁵; Castells, Concha⁶; Pereda, Celina⁶

¹Técnico de Salud Pública. Comarca Gernika-Lea-Artibai, Bizkaia ²OSI Barrualde ³Ambulatorio de Gernika ⁴Ayuntamiento de Gernika-Lumo ⁵Servicios Sociales. Mancomunidad de Busturialdea ⁶Subdirección Salud Pública Bizkaia

Email de Contacto: mj-astillero@euskadi.eus

Introducción. La salud está profundamente influida por variables sociales. Estos determinantes sociales de la salud van más allá de los servicios sanitarios, son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan y envejecen. A su vez, estas circunstancias están configuradas por un conjunto más amplio de fuerzas: económicas, sociales, normativas y políticas. De ahí que las iniciativas para mejorar la salud no deben ser aisladas y el enfoque ha de ir necesariamente más allá de los límites del sector salud. El ámbito comunitario es el contexto micro donde cristalizan un buen número de determinantes intermedios de la salud. Promoviendo la salud donde la comunidad vive y actúa podemos intervenir no solo sobre las conductas individuales (tabaco, alimentación, sedentarismo...), podemos actuar también en los entornos, en las políticas locales, en la cohesión social, en la accesibilidad a los servicios... La salud comunitaria, por definición es participativa y un buen modelo para abordarla es desarrollar un trabajo en red a nivel local, creando Redes Locales de Salud con la participación ciudadana. En 2012 desde la Subdirección de Salud pública de Bizkaia y la Comarca Interior de Atención Primaria de Osakidetza se impulsa el proyecto de creación de una Red Local de Salud en el municipio de Gernika-Lumo (17.000 habitantes).

Objetivo. Crear una Red de Salud en Gernika para promover la salud y el empoderamiento de la comunidad conectando a personas, ideas y recursos.

Metodología. El modelo de trabajo tiene como base la creación de un grupo promotor formado por al menos, representantes a nivel local de Salud Pública, Osakidetza y del Ayuntamiento. En el caso de Gernika el grupo promotor está formado por 6 personas pertenecientes a las 3 instituciones citadas más la responsable de los Servicios Sociales de la Mancomunidad de Busturialdea. Inicialmente se realizó un primer contacto entre técnicos de Salud Pública y Osakidetza para posteriormente contactar con el Alcalde. El proyecto interesó en el Ayuntamiento creándose así el Grupo Promotor. El apoyo político municipal fue fundamental para dar visibilidad a la red en el municipio. Este Grupo Promotor comenzó a trabajar en la realización de un diagnóstico comunitario. Para lo cual se empezaron a estudiar los recursos que existen en el municipio. La presencia de personal municipal en el

grupo ayudó a conocer las asociaciones de ciudadanos más activas y sobre todo a saber si ya existían dinámicas de participación ciudadana en Gernika con las que habría que contactar para trabajar conjuntamente. Para la detección de los agentes comunitarios-posibles integrantes de nuestra red- se hicieron entrevistas personalizadas en las que se informaba del proyecto, se comentaban necesidades ya detectadas por ellos en sus respectivas áreas y se invitaba a la reunión de constitución de la red local. Una vez constituida la red local, se han utilizado las mesas redondas y los grupos de discusión tanto para la detección de necesidades y nuevos recursos como para la priorización de áreas de trabajo.

Resultados. En febrero 2013 el Alcalde de Gernika-Lumo presentó el proyecto para la creación de una Red Local de Salud en una convocatoria pública a la que asistieron más de 50 personas, de las que 34 manifestaron su interés en formar parte de la red. Se creó así OSASUNSAREA GERNIKA, la red de salud formada por representantes de 3 escuelas, 2 AMPAS, Berritzegune, asociación de jubilados, asociación de inmigrantes, patronato de deportes, casa de cultura, asociación de mujeres, alcohólicos anónimos, lonjas juveniles, farmacias y ciudadanos que a modo individual quisieron formar parte. El servicio de Epidemiología de la Subdirección de Salud Pública realizó y presentó a la red un perfil de salud de la zona. Estos datos de salud se complementaron de manera cualitativa con entrevistas a informadores clave que se consideró fueran los profesionales del centro de salud del municipio. El grupo promotor con la colaboración de los miembros de la red elaboró un catálogo de recursos/activos en salud del municipio y para la detección de las necesidades percibidas se realizó una encuesta "on-line" y una posterior puesta en común en mesas de trabajo. Una vez realizado el diagnóstico comunitario, la red priorizó 2 áreas de trabajo: "Envejecimiento activo" y "Alimentación y Actividad física en la infancia". En 2014 el grupo promotor realizó un programa de actuaciones en estas áreas.

Conclusiones/Aportaciones.

- La dinámica de participación ha creado un nuevo foro para poner en conocimiento y compartir actividades que ya se venían haciendo en el municipio.
- La dinámica de participación ha ayudado a la reflexión y a la detección de necesidades en diferentes áreas.
- Osasunsarea Gernika ha permitido trabajar en el conocimiento de los factores determinantes de la salud y realizar actividades de educación.
- Las intervenciones de promoción de salud puestas en marcha por la red local son más eficientes y cuentan con mayor participación.

123. Creación de una red local de salud en Amorebieta-Etxano

Ortuondo Diego, Henar¹; Pascual Uribe, Agurtzane²; Nazabal Etxeberria, Begoña³; Sancho Sena, Itxaso²; Salaverri Sabando, Gonzalo²; Aldazabal Zorroza, Juan Carlos⁴

¹Departamento de Salud del Gobierno Vasco, Técnica de Salud Pública, Comarca Interior de Salud Pública-Bizkaia ²Osakidetza

³Ayuntamiento de Amorebieta-Etxano ⁴Departamento de Salud del Gobierno Vasco

Email de Contacto: ccspga6bi-san@euskadi.eus

Introducción. En 1974 Marc Lalonde creó un modelo de salud basado en los determinantes sociales y su importancia en la salud, tanto individual como pública, en el que pone de manifiesto el hecho de que la asistencia sanitaria tiene una influencia menor que las condiciones de vida (estilos y medio ambiente) y supone, en cambio,

la mayor parte del gasto en “salud”. 40 años después el modelo continúa plenamente vigente. Conscientes de ello, las políticas en salud están modificándose y dando mayor relevancia a la modificación de las condiciones de vida y a la participación ciudadana. En ese marco, en el año 2012, la dirección de Comarca Interior de Atención Primaria y la Subdirección de Salud Pública de Bizkaia conjuntamente impulsaron la creación de un Espacio de Salud/Osasungune con participación asistencial, de la comunidad y de salud pública. Fruto de ello, se celebró el word café de junio de 2012 en Amorebieta-Etxano con representantes tanto de Osakidetza, como de Salud Pública y de distintos ámbitos comunitarios (ayuntamientos, educación, servicios de prevención, asociaciones deportivas, de pacientes, de mayores, de mujeres, etc...). El encuentro fue enriquecedor y puso de manifiesto que la comarca es una entidad demasiado grande para crear una red de salud local, por lo que se decidió iniciar Espacios de salud/Osasunguneak en 2 municipios de la comarca: Amorebieta-Etxano y Gernika-Lumo.

Objetivo. Creación de un Espacio de Salud/Osasungune en Amorebieta-Etxano con el fin de potenciar y desarrollar las relaciones con la comunidad y las intervenciones comunitarias en salud.

Metodología. Se creó un grupo promotor formado por representantes municipales, del centro de salud, de la dirección de comarca sanitaria y de salud pública, cuyas primeras funciones fueron:

- Hacer el diagnóstico de recursos del municipio.
- Solicitar al servicio de epidemiología de la Dirección de Salud Pública que elaborase el perfil de salud de la comarca.
- Diseñar un cuestionario con 4 preguntas, para conocer las necesidades percibidas por la ciudadanía, que se proporcionó a unas 50 personas, de distintas edades y sexos, en el centro de salud y en el área de acción social del ayuntamiento.
- Aportar los problemas de salud percibidos como más frecuentes en el centro de salud.

Seguidamente se convocó a una reunión a todos los agentes del municipio a la que asistieron, además de los anteriormente mencionados, representantes de centros escolares, asociaciones de mujeres, jubilados, deportivas, comerciantes, farmacias, etc.. En dicha reunión se expusieron los datos sobre recursos municipales, perfil de salud y percepción de necesidades de la ciudadanía, así como el motivo principal de la convocatoria, la creación de una red local de salud, en la que se invitó a participar tanto a las personas asistentes, como a otras que pensasen que deberían estar y no hubieran acudido. Dicha red recibió el nombre de OsasuNañon. Aquellos agentes que mostraron interés en participar en la iniciativa se juntaron nuevamente en otra reunión en la que aportaron sus puntos de vista sobre los temas en los que trabajar. Con posterioridad se crearon grupos de trabajo para varios de los problemas detectados.

Resultados.

- Mejor y mayor conocimiento, tanto de las personas, como de sus ámbitos de trabajo y necesidades, desde las diferentes perspectivas.
- Fortalecimiento de las relaciones interestamentales.
- Inicio de una dinámica nueva de funcionamiento a nivel municipal, de Osakidetza (centro de salud y dirección de comarca) y de Salud Pública (centro comarcal y subdirección).
- Creación del Espacio de Salud/Osasungune llamado OsasuNañon.
- Inicio de un trabajo colaborativo que continúa a fecha de hoy.

Conclusiones/Aportaciones.

—El trabajo en red nos resulta aún poco conocido y conlleva estar dispuesto a escuchar y valorar ideas e iniciativas con puntos de vista diferentes.

—Aún estamos en los inicios y existe cierta inseguridad y desconocimiento de todas las partes implicadas sobre qué es una intervención comunitaria.

— Sin embargo, y en esto coinciden todos los integrantes de la red, el hecho mismo de juntarnos para hablar de igual a igual sobre salud, entendida ésta de una manera holística, es un gran logro.

Sesión 8. Comunicaciones Orales.

Adicciones

30. Exposición al humo de tabaco ambiental en niños de 4 años de la Cohorte INMA

Uranga, Arantxa¹; Aurrekoetxea, Juanjo^{2,3,4}; Santa Marina, Loreto^{1,3,5}; Ibarluzea, Jesús^{1,3,5}

¹Salud Pública y Drogodependencias de Gipuzkoa; Dpto. Salud; Gobierno Vasco ²Delegación de Salud de Gipuzkoa ³Biodonostia
⁴Dpto. Medicina Preventiva y Salud Pública, UPV/EHU ⁵Ciberesp

Email de Contacto: edu1ss-san@euskadi.eus

Introducción. La exposición al humo de tabaco ambiental (HTA) supone para los niños una de las contaminaciones ambientales más importantes, por su extensión y por la gravedad de sus consecuencias, en nuestro país. La exposición al SHS se asocia con otitis media, rinitis crónica y alérgica, sinusitis, infección respiratoria de vías bajas, asma, reducción de la función pulmonar; muerte súbita y cáncer infantil (leucemia, linfoma o tumor cerebral); elevación de la tensión arterial; trastornos conductuales y retraso del desarrollo neurocognitivo.

Objetivo. Este estudio pretende identificar las fuentes de exposición al HTA y las variables asociadas a esta exposición en los niños de 4 años de edad.

Metodología. Este estudio está basado en cuatro áreas de estudio (Asturias, Gipuzkoa, Sabadell y Valencia) de la cohorte INMA (Infancia y Medio Ambiente), Proyecto que incluye siete zonas de España, siguiendo un protocolo común. Se evaluó en niños de 4 años de edad la exposición a HTA recabando dicha información mediante cuestionario a sus padres y contrastándola con la cuantificación de la cotinina urinaria (CU). La cotinina es un marcador bioquímico sensible y específico de la exposición directa y pasiva al HTA, añadiendo a esta validez su objetividad, haciendo de ella el mejor biomarcador de exposición al HTA disponible. Está aceptada como la herramienta necesaria para validar la información proporcionada en los cuestionarios. Se completó la información del cuestionario y de la CU de 1757 niños. El cuestionario incluía información sobre hábitos tabáquicos en el hogar por sus padres u otras personas residentes en el hogar y en otros lugares, como otros hogares, bares, restaurantes o en el transporte.

Resultados. Basado en la información referida, un 55,9% de los niños se exponía al HTA. Un 21,6% refería exponerse en su hogar y un 47,1% fuera del mismo. Según la información obtenida del cuestionario (55,9% de niños expuestos al SHS) más la CU (del 41,1% restante un 28,2% presentaba valores cuantificables de CU) estimamos que un 68,3% de los niños ($0.559 + 0.441 \cdot 0.282$) se exponía al HTA. Los niños con madres más jóvenes y los de familias con niveles educativos más bajos tenían un mayor riesgo de exposición al HTA. El riesgo de presentar valores cuantificables de CU disminuyó tras la prohibición de fumar en lugares públicos, en enero de 2011. Los mayores incrementos de la CU cuantificable se asociaban con sus padres fumaran en el hogar delante del niño y cuando acudían a otros lugares donde se exponían al HTA, en especial en otros hogares donde se fumaba.

Conclusiones/Aportaciones. La exposición al HTA en los niños es un problema mayor de Salud Pública aún no resuelto en España. Tras la prohibición de fumar en los espacios públicos los profesionales de la Salud Pública y los de la Asistencia Sanitaria, en especial los equipos de Pediatría de Atención Primaria, deberíamos implicarnos en que el mensaje de la importancia de esta contaminación llegue a los padres y se limite la exposición en lugares cerrados particulares, especialmente en los hogares. Deberían abordarse políticas específicas al respecto. La exposición al HTA en los niños es un problema mayor de Salud Pública aún no resuelto en España. Tras la prohibición de fumar en los espacios públicos la exposición a HTA se produce con más frecuencia en los hogares,

siendo en éstos el foco más importante de la exposición. La legislación existente en España desde 2011 no afecta al domicilio. Por ello, es particularmente importante centrarse en las estrategias para reducir la exposición al HTA de los niños, centrada especialmente en el hogar, abordando políticas específicas al respecto. Los profesionales de la Salud Pública y los de la Asistencia Sanitaria, en especial los equipos de Pediatría de Atención Primaria, deberíamos implicarnos en transmitir a los padres la importancia que tiene este tipo de contaminación y que se limite la exposición en lugares cerrados particulares, especialmente en los hogares. La sociedad no ha asumido los riesgos del tabaquismo activo y pasivo. Existe un vacío en la Salud Pública y los profesionales sanitarios debemos trabajar más para evitar esta contaminación al HTA en los niños.

37. Consumo de bebidas alcohólicas en Bizkaia

Sancho Uriarte, Patricia¹; Aspiritxaga Gamarra, Inmaculada¹; Hernandez Arricibita, Esther¹; Muniozguren Agirre, Nerea¹

¹Unidad de Vigilancia Epidemiológica, Delegación Territorial de Bizkaia, Departamento de Salud

Email de Contacto: p-sancho@euskadi.eus

Introducción. El consumo de alcohol es uno de los principales factores de riesgo de morbilidad y mortalidad. Su consumo en 2012 causó en el mundo 3,3 millones de muertes (el 5,9% del total de fallecimientos). En la CAPV, beber alcohol está muy extendido, asociado con frecuencia al ocio, y cuenta con una considerable aprobación social. Se ha estimado que en 2011 causó en Bizkaia 261 fallecimientos (189 hombres y 72 mujeres), el 2,4% del total de defunciones. Además, genera otros daños indirectos (violencia) difíciles de cuantificar. Combatir el consumo excesivo de alcohol debe constituir por ello uno de los pilares de la promoción de la salud.

Objetivo. Describir las características del consumo de alcohol en Bizkaia e identificar grupos vulnerables y/o prioritarios de intervención.

Metodología. Estudio descriptivo transversal. Las fuentes de datos han sido la Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca (ESCAV) de 2013 y datos propios, de Epidemiología, obtenidos mediante encuesta a alumnado de 2º Educación Secundaria Obligatoria (ESO) de Bizkaia durante la evaluación del programa Clase sin Humo. Ambas fuentes obtienen datos de consumo autodeclarado. De la ESCAV, se extrajeron los datos relativos a Bizkaia, con excepción de las prevalencias por grupo socioeconómico y por nivel de estudios que son relativas a la CAPV. *Resultados.* El 26,8% de los hombres y el 11,7% de las mujeres de Bizkaia beben alcohol de forma regular (4-7 veces por semana) y son la cerveza y el vino las bebidas más consumidas. El 19,5% de la población de Bizkaia refirió un consumo de alcohol de alto riesgo (más de 30g/día en hombres; 20g/día en mujeres), un patrón más frecuente en los de mayor nivel socioeconómico (grupo I) y entre quienes tienen estudios universitarios de la CAPV. La prevalencia de sospechosos/as de alcoholismo (test de CAGE) es también mayor en aquéllos con mayor nivel de estudios y en los grupos socioeconómicos I y IV. En los jóvenes de 15-24 años, el consumo de alcohol se concentra, sobre todo, durante el fin de semana. De ellos, realizan un consumo intensivo ("binge drinking") el 8,1% de los chicos y el 3,9% de las chicas; en estas últimas, la mayor prevalencia de consumo intensivo (9,6%) la refieren las del grupo socioeconómico I y personas con estudios universitarios en ambos sexos (hombres 12,5%; mujeres 11,4%). Entre el alumnado de 2ºESO (13-14 años), el 50,8% de afirma haber probado el alcohol y el 26,5% haberse emborrachado alguna vez; la principal razón para experimentar fue querer divertirse y, de hecho, el 39,7% cree que bebiendo te diviertes más.

Conclusiones/Aportaciones. Casi una quinta parte de la población de Bizkaia realiza un consumo de alcohol de alto riesgo. Las personas con mejor situación socioeconómica y mayor nivel de estudios tienen las más altas prevalencias de consumo de alto riesgo y de consumo intensivo semanal, lo que los convierte en un grupo especialmente vulnerable a problemas derivados del mismo. Asimismo, el hecho de que alumnos/as de 13-14 años declare haber probado el alcohol e incluso haberse emborrachado principalmente buscando diversión, los convierte en otro grupo altamente vulnerable y enfatiza, además, la necesidad de luchar contra la asociación que existe, en nuestro ámbito, del consumo de alcohol con el ocio y disfrute.

38. Tabaquismo pasivo entre el alumnado de 12-13 años de Bizkaia

Sancho Uriarte, Patricia¹; De Castro Laíz Visitación²; Muniozguren Agirre, Nerea¹; Aguirre Larracoechea, Urko³; Manzano, Itxaso¹

¹Unidad de Vigilancia Epidemiológica. Delegación Territorial de Bizkaia, Departamento de Salud ²Unidad de Vigilancia Epidemiológica. Delegación Territorial de Gipuzkoa, Departamento de Salud ³Unidad de Vigilancia Epidemiológica. Hospital Galdakao-Usansolo

Email de Contacto: p-sancho@euskadi.eus

Introducción. La exposición al humo del tabaco provoca daños en los/as no fumadores/as. La ley antitabaco de 2010 supuso la prohibición de fumar en recintos cerrados de uso colectivo, así como en algunos espacios abiertos. Sin embargo, quedaron fuera de su ámbito la exposición en el entorno familiar (vivienda) y en locales cerrados como las lonjas, muy populares en la Comunidad Autónoma del País Vasco para el esparcimiento de los/as adolescentes. Estar expuesto al humo del tabaco, además de ser dañino, normaliza la imagen de su consumo y facilita su acceso, lo que incrementa el riesgo de convertirse en fumador/a. El presente documento tiene como objetivo analizar el tabaquismo pasivo al que están expuestos/as los/as estudiantes de 1º de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) de Bizkaia por sus familiares en casa y/o por el círculo de amistades; también se trata de estudiar si se relaciona con el hecho de haber probado o no el tabaco.

Metodología. Los datos se obtuvieron a partir de un cuestionario anónimo y voluntario. La población de referencia fueron los/as alumnos/as de 1º ESO de Bizkaia. Se realizó un muestreo por conglomerados polietápico (por comarca sanitaria, tamaño del centro y titularidad). El tamaño muestral fue de 2491 individuos.

Resultados. El 44% del alumnado de 1º ESO tiene amigos/as que fuman, de los que el 28% lo hace en espacios cerrados; por lo tanto, el 12% del alumnado está expuesto al humo de sus amigos/as (36% de los que prueban vs. 9% de los no prueban). Asimismo, el 50% convive con un/a fumador/a, de los que el 50% fuma dentro de casa, lo que resulta en un 25% del alumnado que es fumador pasivo en su propio domicilio (38% de los que prueban vs. 22% de los que no prueban). Por último, el 4% está expuesto al tabaquismo pasivo de ambos orígenes (15% de los que prueban vs. 3% de los que no prueban).

Conclusiones/Aportaciones. Una elevada proporción del alumnado de 1º ESO es fumador pasivo en su propio domicilio y/o en las reuniones de amigos/as. Entre el alumnado que ha probado el tabaco, la proporción es significativamente mayor que entre quienes no lo han probado. La posible asociación entre la exposición pasiva al humo de tabaco y el hecho de probar el tabaco refuerza, todavía más, la importancia de luchar contra el tabaquismo pasivo que sufren los/as menores en su entorno más cercano.

39. Adicciones sin sustancias: los jóvenes y el móvil

Castilla Toribio, Miren Yosune¹; Cayetano Rodríguez, Naiara¹; Páez Viciano, Amaya¹

¹Osakidetza

Email de Contacto: cmarijoe2000@yahoo.es

Introducción. En pocos años el teléfono móvil ha pasado de ser una herramienta para hacer llamadas a ofrecernos multitud de servicios por medio de diferentes aplicaciones. Lo tenemos tan integrado en nuestra vida que no somos conscientes del tiempo que le dedicamos. El abuso del uso del móvil puede desencadenar en una conducta adictiva, son las llamadas adicciones sociales sin drogas, sin sustancias, conductuales o no químicas. Estudiamos la relación de un grupo de jóvenes con esta tecnología.

Objetivo. Examinar los hábitos y usos del móvil por parte de los jóvenes universitarios de San Sebastián. *Objetivos específicos:*

- Determinar el tiempo de dedicación al móvil.
- Conocer el papel que adquiere el móvil en las relaciones interpersonales.
- Observar el descuido de la vida real por uso excesivo de las nuevas tecnologías.

Metodología. Estudio descriptivo transversal realizado en septiembre 2.014. Recogida de datos mediante encuestas en el campus universitario de San Sebastián a 110 jóvenes elegidos de forma aleatoria de edades entre 17 y 26 años.

Resultados. Con nuestro trabajo intentamos reflejar la realidad de los adolescentes universitarios de San Sebastián, observar posibles conductas adictivas con el fin de encaminarnos a la prevención y educación para la salud. De la muestra el 100% de los encuestados poseen un móvil. La edad media de adquisición de móvil se sitúa en 13,69 años. Dentro de las aplicaciones del móvil lo más utilizado es el WhatsApp, siendo un 80%. El 49% de la muestra para contar un problema, lo haría por llamada o por whatsapp. Aquí se observa el constante cambio en las relaciones interpersonales. El 82 % de la muestra usa el móvil para comunicarse con sus amigos frente a un 15% que lo utilizan con su familia. El 15% cree que dedica menos de una hora diaria, mientras que más del 49% afirman dedicarle más de 3 horas. Paradójicamente, a pesar de que las horas de conexión puedan parecer altas, el 25% de los jóvenes encuestados se consideran incapaces de estar sin móvil, frente al 75% que podrían estar sin él. El 31% afirma pasar más de 4 horas frente al móvil pero aún y todo un 46% cree que pueden pasar un mes sin smartphone. El 85% se cree capaz de esperar a llegar a casa para cargar sus dispositivos. Un 45% indica que se encontraría tranquilo sin cobertura frente a un 52% que preferiría tenerla. El 63% de la muestra indica que nunca apaga su teléfono. El 8% desconecta el móvil durante las clases. El 72% de los adolescentes no lo apaga para dormir. El 23% de la muestra reconoce su adicción al móvil. Desde que utilizan el móvil, un 24,55% ha disminuido el tiempo de lectura, un 22,73% ve menos la televisión, un 32,73% pasa menos tiempo sin hacer nada y 11,82% realizan menos actividades físicas.

Conclusiones/Aportaciones. Es un hecho que las nuevas tecnologías están en constante crecimiento en los últimos años. La generalización de su uso en la sociedad actual hace que veamos el móvil como algo natural y se haya adoptado como algo innato. Tras analizar los datos de las encuestas realizadas a los jóvenes universitarios, podemos llegar a la conclusión que vivimos en una "era digital" en la que todos disponemos de dispositivos móviles, (el 100% de los encuestados) y las TICs son herramientas indispensables en el día a día. No estar conectado, supone quedar fuera de la capacidad del uso de estas nuevas tecnologías y ser un "excluido"

de la sociedad de hoy en día. La mayoría de los encuestados no apagan nunca el móvil e incluso algunos se reconocen adictos. La educación sanitaria en este campo nos parece limitada, por lo que nos decidimos realizar este trabajo para ubicarnos en la realidad y ver la influencia de los móviles en los jóvenes y el impacto que provoca en las relaciones interpersonales. Lo que nos preocupa no son las innovaciones tecnológicas, sino la forma en que los jóvenes, bien de forma individual o en grupo, cambian sus patrones y forma de comunicación debido al uso excesivo del móvil.

66. Tabaco de liar, ¿un problema para la salud pública?

Quiroga Álvarez, María¹; Cueto Pérez, Mónica²; Ibarrolaza Fernández, Irune¹; Cano Sánchez, María¹; Cabeza García, Beatriz³; Baltar Barrio, Ana⁴

¹Centro de Atención Primaria de Nava ²Hospital Universitario Central de Asturias ³Centro de Atención Primaria de Bimenes ⁴Centro de Atención Primaria de la Ería

Email de Contacto: monica_cupe@hotmail.com

Introducción. El tabaco continúa siendo uno de los grandes problemas de salud pública a nivel mundial. El tabaquismo es la principal causa de morbilidad evitable y mortalidad prematura en todo el mundo. El tabaco de liar o la picadura es aquel tabaco que se comercializa cortado o fraccionado y se fuma liado con papel y añadiendo o no filtro. Los actuales precios y la crisis económica ha llevado a que la venta de tabaco manufacturado en nuestro país haya caído en los últimos cinco años un 50%, mientras que el tabaco de liar ha aumentado un 65%. Este aumento se debe principalmente al precio del mismo y a la asociación con menor riesgo para la salud, ya que se considera que tiene menos aditivos por lo que es menos perjudicial. Además, el hecho que no exista regulación agrava esta situación. El perfil actual del consumidor de tabaco de liar es de hombres, jóvenes, con pocos recursos económicos y un nivel educativo bajo y que lo considera más natural y sano. Desde el punto de vista de enfermería nos preocupa este aumento en el consumo de tabaco de liar. Muchas veces en nuestra consulta indagamos sobre el hábito tabáquico y se nos olvida preguntar qué tipo de tabaco fuman y por qué motivo eligen ese tabaco.

Objetivo. Evaluar cuáles son las diferencias entre el tabaco manufacturado y el tabaco de liar.

Metodología. Se realizó una revisión bibliográfica a través de Pubmed, Medline y Google Académico. Para ello hemos seleccionado todos los artículos que comparan el tabaco de liar y el manufacturado de los últimos diez años. Hemos realizado un estudio de estos trabajos de investigación intentando agruparlos por categorías comunes como: utilización de máquina de fumar, determinación de nicotina en saliva, estudio del patrón del fumador, etc.

Conclusiones/Aportaciones. Consideramos que hay pocos estudios al respecto. Además, la mayor parte de estos trabajos se basan en estudios realizados a principios de los años 90. El 72% de los estudios revisados concluyen que el tabaco de liar no es más saludable, sino que más perjudicial por su mayor contenido en alquitrán, nicotina y monóxido de carbono que el manufacturado. Además los consumidores de tabaco de liar inhalan con mayor profundidad aumentando la inhalación de más componentes nocivos y aumentando el grado de dependencia de la nicotina. Esto supone un aumento de riesgo de cáncer de boca, faringe, laringe y pulmón. Por otra parte, en este tipo de tabaco la indicación de contenidos no es obligatoria, por lo que los consumidores no reciben la información adecuada llevando a generar la creencia errónea de que tiene menos aditivos. Todo ello sumado a la importante diferencia de precio entre ambos tipos de tabaco y la diferente legislación, hace que sea más accesible a los jóvenes y a personas que se pasan a consumir tabaco de liar en lugar de plantearse dejar de fumar. Por ello

creemos que se debería igualar la legislación y etiquetado, y realizar campañas educativas sobre las diferencias y los falsos mitos de que el tabaco de liar es menos perjudicial.

139. Eficacia de un programa de prevención de alcohol entre adolescentes: cambios en la percepción sobre la sustancia

González de Audikana de la Hera, Juan Manuel¹; Laespada Martínez, María Teresa¹

¹Instituto Deusto de Drogodependencias, Universidad de Deusto

Email de Contacto: laespada@deusto.es

Introducción. ¿Son eficaces los programas preventivos? La mayor parte de las investigaciones evaluativas, sólo pueden responder parcialmente a la pregunta ya que son evaluaciones parcialmente realizadas. Desde hace cinco años el Instituto Deusto Drogodependencias de la Universidad de Deusto lleva a cabo una evaluación longitudinal cuasiexperimental de un programa de prevención del consumo de alcohol en adolescentes de enseñanzas medias en tres comunidades autónomas; Andalucía, Cataluña y Madrid. La investigación parte de la toma de datos durante cinco cursos académicos consecutivos, evaluando el programa de intervención en un grupo experimental y contrastando sus resultados con un grupo control, todo ello desarrollado a lo largo de los cinco cursos académicos.

Objetivo. Identificar las pautas de autocuidado que desarrolla la población adolescente durante cinco cursos académicos seguidos, para conocer su evolución a medida que el adolescente va adquiriendo mayores cotas de autonomía personal y sus diferencias en función de la edad, el género y el origen.

Metodología. Encuesta llevada a cabo en Andalucía, Cataluña y Madrid a una muestra total de 19.314 alumnos y alumnas distribuidos en cinco cursos académicos; 09-10; 10-11; 11-12; 12-13 y 13-14. La muestra se ha seleccionado por conglomerados, controlando el peso de comunidades autónomas, titularidad del centro y nivel de estudios. La selección de los puntos muestrales (localidades) en los que se desarrolló el trabajo de campo se eligieron en función del tamaño poblacional y la distribución geográfica. La última unidad muestral es el aula escolar, siendo el alumno/a el objetivo final. El cuestionario fue autoadministrado en el aula escolar en horario escolar y en presencia del monitor/a, sin presencia del profesorado. Se administran dos cuestionarios diferenciados, uno para el grupo control y otro para el grupo experimental. Los cuestionarios tienen un corpus común de preguntas y otras específicas. El cuestionario es prácticamente idéntico en sus cinco aplicaciones. Se compone de 52 preguntas y más de 200 variables. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS.

Resultados. El consumo de alcohol en la población adolescente de las tres CCAA entre 12 y 18 años es prevalentemente alto. Pero ese consumo de alcohol ha venido descendiendo en los últimos años, desde el curso 09-10 al curso 13-14, al menos su prevalencia a lo largo de la vida (de 65,8% a 45,6%), en el último año (de 61,4% a 43,1%) y en el último mes (de 38,6% a 29,2%), si bien no así el consumo más abusivo medido por sus borracheras a lo largo de la vida (de 49,9% a 55,9%), a lo largo del último año (de 40,1% a 47,8%) y a lo largo del último año (20,3% a 34,7%). La intervención del programa preventivo apenas afecta a las cantidades y frecuencias del consumo de alcohol, manteniendo diferencias no significativas entre el grupo control y el grupo experimental. Sin embargo, si se manifiestan diferencias significativas respecto a las percepciones del riesgo del consumo de alcohol, aumentando la percepción del riesgo entre la muestra sometida a programa de prevención, y fundamentalmente muestran diferencias significativas en todo cuanto tiene que ver con los mitos de la ingesta

de alcohol (el alcohol ayuda a ligar, la persona que mas aguanta más controla, beber en soledad es malo, los hombres y mujeres no responden igual al alcohol, antes de beber es bueno tomar una cucharada de aceite,...)

Conclusiones/Aportaciones. Los programas de prevención de alcohol no pueden proponerse eliminar el consumo de alcohol entre adolescentes porque el programa sería altamente ineficaz. Dadas las pautas de socialización actual y las variables socioculturales, es necesario rebajar las expectativas de los programas preventivos y centrarse en actuar en elevar la percepción del riesgo de la sustancia, elaborar buenas intervenciones para retrasar la edad de inicio y trabajar para eliminar los mitos y rumores en torno al alcohol que evitan que los y las adolescentes puedan autoprotegerse y reducir daños frente al consumo.

149. Estudio del etiquetado del tabaco de liar en relación a su contenido en alquitrán, nicotina y monóxido de carbono

Quiroga Álvarez, María¹; Cueto Pérez, Mónica¹; Ibarrolaza Fernández, Irune¹; Cabeza García, Beatriz¹; Cano Fernández, María; Baltar Barrio, Ana¹

¹Centro de Atención Primaria (Asturias)

Email de Contacto: monica_cupe@hotmail.com

Introducción. En el Convenio Marco de la OMS para el control de tabaco, las partes reconocieron que el tabaquismo es un problema mundial con grandes consecuencias para la salud pública. Su objetivo era “conseguir reducir de manera continua y sustancial la prevalencia del consumo de tabaco y la exposición al humo del tabaco”.

En nuestro país, ya se habían fijado los contenidos máximos de alquitrán, nicotina y monóxido de carbono (CO) de los cigarrillos o tabaco manufacturado (TM), siguiendo la Directiva 2001/37/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, así como la normativa de etiquetado. Se consiguió que los productos del tabaco tuvieran las advertencias sanitarias necesarias para que la población fuera consciente de que el tabaco es perjudicial para la salud.

En los últimos años ha aumentado el consumo de tabaco de liar (TL). Pese a que se ha demostrado que es más perjudicial que el TM, los estudios demuestran que la población lo considera menos nocivo y que está de moda entre los jóvenes.

En España, el comercio de cigarrillos ha disminuido progresivamente un 40% en los últimos 5 años, mientras que el consumo de TL ha aumentado.

Entonces, ¿qué cantidad de nicotina, alquitrán y CO tiene el TL? y ¿qué advertencias nos hacen los productores sobre el contenido de estas sustancias en los paquetes?

Objetivo. Estudiar la normativa sobre el etiquetado del tabaco, centrándonos en el contenido de alquitrán, nicotina y CO. Como objetivo principal queremos conocer el etiquetado de los paquetes de TL en relación al contenido de las sustancias citadas anteriormente.

Metodología. Realizamos una revisión sistemática de toda la normativa referente al contenido máximo de nicotina, alquitrán y CO del tabaco y un estudio descriptivo, seleccionando un estanco al azar y revisando todos los paquetes de TL. Incluimos todas las marcas de las que disponían, seleccionando un paquete de cada especialidad. Comprobamos el etiquetado, en cuanto al contenido de alquitrán, nicotina y CO. Mediante una tabla de Excel hemos analizado los datos.

Resultados. Hemos obtenido 40 especialidades de TL pertenecientes a 25 marcas, que corresponden a más del 83% de las ventas de 2014. De todas estas especialidades solo hemos encontrado 3 que indican contenido en nicotina y alquitrán, haciendo distinción entre dos tipos de liado, de cigarro fino y de cigarro grueso y los subdivide en función del tipo de papel utilizado. En ninguno se hace referencia al contenido de CO.

En las 3 muestras, el contenido de alquitrán es superior al permitido para el TM en los cigarrillos gruesos. Solo una de las especialidades respetaba el contenido de nicotina permitido para los cigarrillos y en las otras 2, el contenido de nicotina era superior en los gruesos. Estas dos últimas muestras, tenían contenidos en alquitrán superiores a lo que se indica por la ley en los cigarros finos con papel tipo B.

Conclusiones/Aportaciones. Consideramos que el TL no está correctamente etiquetado. No entendemos como la normativa es distinta cuando se trata de un producto peligroso para la salud. Creemos, que la omisión de estos datos puede ser una de las causas de que los consumidores lo consideren menos perjudicial. Además, los consumidores de TL fabrican su propio cigarrillo, lo que podría aumentar mucho las cantidades de nicotina, alquitrán y CO inhaladas. Los gobiernos deberían incluir el TL en las estrategias para reducir el consumo de tabaco. Las medidas tomadas están dando resultado, ya que se ha visto una disminución importante en el consumo de cigarrillos, pero esto debe ampliarse y extenderse al resto de productos del tabaco. La Directiva 2001/37/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, habla de conveniencia de no solo reducir los contenidos fijados de alquitrán, nicotina y CO, sino de desarrollar normas referidas a productos distintos a los cigarrillos y en concreto al TL.

Como enfermeras, consideramos que se deben seguir desarrollando las políticas de control de tabaco incluyendo todos los productos tanto a nivel de impuestos, como de advertencias sanitarias sobre contenido y consecuencias del consumo, para que el TL no que pueda servir de refugio a personas con menos recursos económicos o que puedan creer erróneamente que este producto es menos nocivo.

SESIÓN 9. COMUNICACIONES ORALES.

Universidades saludables

12. Empoderamiento de la comunidad universitaria desde un Programa de Universidad Saludable

Cruz Cornejo, Silvia¹; Romero Hernández, Ainhoa¹; Gallardo Pino, Carmen¹; Gil de Miguel, Angel¹

¹Universidad Rey Juan Carlos

Email de Contacto: silvia.cruz@urjc.es

Introducción. La universidad posee unas características propias que hacen de ella un entorno único y sometido a una constante evolución, como son la diversidad de la comunidad universitaria (en cuanto a edad, culturas, idiomas...etc.), la búsqueda de calidad, la globalización o el desarrollo de las tecnologías de información y comunicación, entre otras (González, 2007). El entorno condiciona poderosamente los estilos de vida ya que una persona, aunque tenga la información y habilidades para llevar a cabo comportamientos saludables, si su entorno no facilita los recursos necesarios, no tendrá posibilidades de promocionar su salud. Con esta filosofía, la Universidad Rey Juan Carlos, a través del Programa Universidad Saludable, ofrece diversas iniciativas para promocionar la salud de la comunidad universitaria a través del empoderamiento que, desde el plano personal, hace referencia al desarrollo y de las competencias para actuar, buscar apoyo social y perfeccionar habilidades intrapersonales y sociales. Desde la creación del Programa Universidad Saludable en el año 2009, son muchas las competencias trabajadas y recursos ofrecidos. Este trabajo se centra en el curso vigente 2014-2015, estructurado en tres ciclos trimestrales con diversos seminarios prácticos en cada uno de ellos:

Ciclo Salud Emocional: incluye seminarios de Inteligencia Emocional, Estrés y relajación, Ansiedad ante Exámenes.

Ciclo Metas, Motivación y Concentración: incluye seminarios de Estrategias para mejorar la Motivación, Estrategias para mejorar la Concentración, Herramientas de Coaching Personal. Ciclo Relaciones Saludables: incluye seminarios de Relaciones de Pareja Saludables, Herramientas para el Trabajo en Equipo, Ayudando a nuestros hijos a crecer emocionalmente (para PDI/PAS con hijos pequeños y adolescentes).

Para este trabajo se presentan los efectos de la iniciativa más demandada y con mayor asistencia: Herramientas de Coaching Personal, en la cual se trabajan recursos psicológicos para el mejor funcionamiento en el día a día.

Objetivo. Mostrar cómo a través de iniciativas grupales que fomentan los recursos psicológicos, se puede empoderar a las personas.

Metodología. Se ha utilizado un diseño cuasi-experimental en el que participaron 340 PDI/PAS y estudiantes. La intervención constó de cuatro sesiones de hora y media en las que se trabajaron de forma vivencial variables como autoconocimiento, autoestima, solución de problemas, realización de cambios y felicidad. Todos los participantes realizaron una evaluación previa y una post inmediatamente después de finalizar la intervención. Se evaluaron tres factores de la Escala de Bienestar Psicológico-39 de Ryff (adaptada al español por Díaz et al., 2006): Autoaceptación, Dominio del entorno y Crecimiento personal por su adecuación a los contenidos incluidos en el seminario.

Resultados. El análisis de medias intragrupo refleja una mejora estadísticamente significativa en las tres variables evaluadas: Crecimiento personal ($p=.01$, $\eta^2=.04$, $F=6.3$); Dominio del entorno ($P=.02$, $\eta^2=.04$, $F=5.44$); Autoaceptación ($p=.00$, $\eta^2=.128$, $F=18.72$).

Conclusiones/Aportaciones. La auto-aceptación es uno de los criterios centrales del bienestar. Para que una persona funcione psicológicamente de forma positiva, debe sentirse bien consigo misma valorando sus cualidades positivas y aceptando sus limitaciones. No es de extrañar que sea la variable que alcanza mayor potencia estadística pues es un concepto trabajado directamente. Según Keyes et al. (2002), el dominio del entorno, es decir, la habilidad personal para elegir o crear entornos favorables para satisfacer los deseos y necesidades propias, es otra de las características del funcionamiento positivo. Las personas con un alto dominio del entorno poseen una mayor sensación de control sobre el mundo y se sienten capaces de influir sobre el contexto que les rodea. Esto, por definición, es el núcleo del empoderamiento. Si además una persona pone empeño en desarrollar sus potencialidades seguirá creciendo y llevará al máximo sus capacidades (crecimiento personal). El empoderamiento, en su componente intrapersonal, comprende sentido de competencia, de influencia y de autoeficacia y estos son recursos psicológicos que posibilitan realizar comportamientos orientados al logro de metas personales (Silva y Martínez, 2007). Por tanto, si los estudiantes y profesionales han aumentado estas variables, podemos vaticinar que se sentirán más autoeficaces y con más herramientas para su desempeño cotidiano. En conclusión, las acciones positivas sobre los factores que condicionan la salud de la comunidad universitaria, producen un impacto favorable en la calidad de vida de aquélla, promoviendo el desarrollo y fortalecimiento de la responsabilidad social por la salud.

19. Anda por tu salud

Asenjo Dávila, Fernando

Universidad de Deusto

Email de Contacto: fasenjo@deusto.es

Introducción. Se presentan dos experiencias prácticas llevadas a cabo desde la Comisión de Salud de la Universidad de Deusto en el área de la promoción de hábitos saludables en la comunidad educativa universitaria el curso 2013 – 2014 y el presente 2014 – 2015.

Objetivo. El objetivo principal es la promoción de hábitos saludables mediante la actividad física en la comunidad universitaria deustense.

Metodología. La primera acción la llevamos a cabo por primera vez durante los meses de junio y julio de 2014 y consistió en retar a trabajadores y estudiantes a conseguir un objetivo semanal de realización de un número previamente acordado de kilómetros semanales andando. Para ello se les entregaba un podómetro que servía de registro. Como motivación adicional se les regalaba una camiseta técnica a todos los participantes. La campaña se organizó desde el Departamento de Deportes de la Universidad y se les ofrecía el préstamo de un podómetro que contabilizase los pasos y kilómetros que realizan durante una semana. Al inscribirse se determina el objetivo a alcanzar atendiendo al ritmo de vida de cada persona: bajo (al menos 35 km. en una semana), normal (llegar a 60 km a la semana) o alto (superar 80 km. en la semana). Para darle más visibilidad se les propuso compartir sus progresos mediante el hashtag #mueveteUD. También informábamos en la web de la suma total de kilómetros realizados por todos los participantes en una semana para motivar a otros a sumarse al reto. A modo de ejemplo durante la primera semana del mes de julio en el campus de Bilbao hubo 29 participantes, de los cuales 12 eran estudiantes y 17 trabajadores. Por sexo la distribución fue de 18 mujeres y 11 hombres. Por inscripción de niveles: 9 personas se apuntaron al nivel bajo, 15 personas se apuntaron al nivel medio y sólo 5 al alto. Los resultados

fueron que 10 consiguieron el objetivo que se marcaron y 19 no llegaron a la meta marcada con anterioridad. La segunda experiencia se desarrolla durante el mes de marzo de 2015 y consiste en animar a la comunidad educativa usar las escaleras en vez de los ascensores de la Universidad para subir o bajar a aulas, despachos, oficinas, etc. Para la realización de esta campaña se colocaron paneles informativos en zonas de paso de la Universidad y carteles dentro de los ascensores. Los carteles explicaban el ahorro energético que suponía usar racionalmente el ascensor, las calorías que se queman al subir o bajar los pisos por las escaleras, los beneficios cardiosaludables, etc.

Conclusiones/Aportaciones. De la campaña del reto podemos decir que las personas se animan a realizar acciones saludables novedosas como es el uso de un podómetro. Por otra parte a algunos los que les motivaba era la camiseta técnica de regalo. La experiencia de poner carteles informativos en los ascensores parece que hace reaccionar y que hay personas que utilizan más las escaleras ante los datos mostrados, pero no tenemos evidencias fehacientes sino comentarios de usuarios. Pensamos que, aunque la participación siempre es mejorable, las acciones han calado en la comunidad universitaria y han animado a tener una vida un poco menos sedentaria.

90. Kiroltasunaren beherakada gaztarotik aurrera eta osasunaren sustapenean duen garrantzia

Lertxudi, Aitana¹; Legarda-Ereño, Enara¹; Lapuente, Jone¹; Markaida, Ainhoa¹; Moya, Sheila¹

¹Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea. Medikuntza eta Odontologia fakultatea.

Email de Contacto: ainhoamarkaida17@gmail.com

Sarrera. Gaur egungo gizartean, medikuntza arloko eta teknologia garapenak aurrera joan arren, populazioko osasunaren hainbat aspektu endekatzen ari dira. Izan ere, gizabanakoaren esku dauden zenbait neurri ez dira hartzen, hala nola, kirolaren sustapena. Haurtzaroan, gurasoengandik, ingurunetik eta eskolatik aktibitate fisikoa sustatzen den arren, nagusitzen garen heinean, ohitura osasuntsu hori galdu egiten da.

Helburua. Hori dela eta, gure ikerketa honen asmoa etorkizuneko gaixotasunak saihesteko kirola egitearen ohitura jakitea izan da. Alde batetik, gazte talde batean kirol antolatuen parte hartzea 12-16 urterekin zutena gaur egun dutenarekin konparatu nahi izan dugu. Bestetik aktibitate-mailari erreparatu nahi izan diogu inkestatu bakoitzari zenbat ordu astero praktikatzeko zuten galdetuz. Halaber, talde bereko sexu arteko kiroltasun alderaketak aztertu ditugu. Bestalde, kirol aktibitate antolatuen prebalentziek bi garaiei artean izan dituen aldaketen zergaitia jakin nahi izan dugu. Azkenik, kirol aktibitatearen ohiturak gorputzaren masa indizearekin alderatu dugu. Bestetik, unibertsitatea hastean, hainbatek bizitokiz aldatu behar izan dira, eta horrek ikasleen biziohiturretan aldaketak sortuko ditu. Osasunaren promozioari begira, kiroltasuna gazte eta helduen artean sustatzeko adin eta sexu bakoitzaren eskaerei erantzuna emango dien proposamenak garatu ditugu.

Metodologia. Ikerketa hau egiteko erabilitako lagina EHU unibertsitateko 1. Mailako euskerako medikuntzako ikasleak izan dira: laurogeita hamasei lagun; hogeita lau mutil eta hirurogeita hamabi neska. Erabilitako metodologia online bidez egindako inkesta bat izan da. Lortutako emaitzak Stata programako datu basean bildu izan dira eta interpretatu ditugu.

Emaitzak. Lortutako emaitzen arabera, 12-16 adin tartean gure laginaren % 93.75ak egiten zuten kirola. Aldiz, gainerako % 6.25k ez. Aipatzekoa da azken ehuneko horren partaide guztiak neskak zirela. Kirola egiten zutenen artean, ikusi da mutilek jarduera fisikoari astean zehar bataz beste 7.5 ordu eskaintzen ziotela eta neskek, ordea,

5.5. Aitzitik, gaur egungo egoerari erreparatuz aldaketak nabariak dira. Alabaina, ariketa egiten ez dutenen tasa asko handitu egin da (%61.46). Hau da, kiroltasuna % 55.21 jaitsi egin da; nesketan % 66.67 eta mutiletan % 45,83, hain zuzen ere. Astean kirolari eskainitako denborari dagokionez, ez da aldaketa handirik izango, hala ere, mutiletan pixka bat igo da eta nesketan pixka bat jaitsi da kirolari eskainitako orduen kopurua: lehen soilik neskek egiten zuten ariketa gutxiegi, baina orain mutilek ere ariketa gutxiegi egiten dute, egoera orekatuz bi sexuen artean. Aipatzekoa da 96 ikasleetatik 46 astean zehar ez direla herri berdinean bizitzen, unibertsitatea dela eta; %48.42-ak hain zuzen. Ikusi dugu bizitokiz aldatzea ikasleen biziohiturretan aldaketak sortzen dituela, besteak beste, aktibitatearen jeitsieran. Hala ere, gehiengoak gorputzeko masa indizea tarte normalean duten arren, emaitzetan ikus daiteke oraindik batzuk pisu baxuegia dutela eta beste batzuk altuegia. Unibertsitateko ikasleek, guk azertu dugun gizartea, ikusi denez kirol gutxiago egiten dute unibertsitatea hasi ondoren eta horren arrazoiak aurkitzeko lehenik beren eguneroko bizitzari erreparatu behar diogu: Klasera joaten dira goizez edo arratsalde, gainera batzuetan praktikak dituzte, kirola egitea oztokatzen duelarik. Bestalde, beren denbora librean lan egin behar dute (apunteak egokitu, ariketak egin, ikasi, talde-lanak prestatu...), hau kirola gustatzen zaien pertsonentzat ez da problema, baina gehiegi kostatzen zaienentzat problema bat izango litzateke.

Ondorioak. Ikerketa honetan hainbat ondorio desberdin atera dira: Hasteko, kirolaren garrantzia azpimarratu nahi genuke gure eguneroko bizitzan, bai osasun fisikoari buruz eta psikologikoari buruz hitz egitean. Alderdi psikologikoari dagokionez, ariketa fisikoa egitea autoestima hobetzen du, estresa eta tentsioa gutxitzen ditu, depresioa prebenitzen du, erlajazioan laguntzen du eta orokorrean, ongizatea handitzen du. Bestalde, alderdi fisikoari dagokionez, erresistentzia eta indarra handitzen ditu, presio arteriala erregulatzen du, insulinarekiko erresistentzia hobetzen du, neke-sentsazioa gutxitzen du, gorputzeko pisua mantentzen laguntzen du eta elastizitatea hobetzen du. Kirola egitearen onurak hain ugariak direla ikusita, ohitura osasuntsuak edukitzeko kirola ezinbesteko faktorea dela ondorioztatu dugu. Hau guztia oinarritzat hartuta, gaztetan batez ere (azertu dugun lagina adin honetakoa delako), sexu bietan kiroltasuna suspertzearen garrantziaz konturatu gara. Unibertsitateak eta berekin dituen klasetik kanpo egin beharreko lan handiak dira kirola ez egitearen arrazoi nagusiak gazte hauen artean. Hori konpontzeko asmoz, hauen egoerari egokitutako kirol eskaintza egitea ezinbestekoa dela uste dugu: ikasleen gustokoak, eurentzat eskuragari eta merkeak, batez ere kanpoan bizi direnentzat; adibidez astean zehar ordu gutxi dituzten jarduerak eskainiz edota noizean behin nesken artean (hauek dira kirol gutxien egiten dutenak) txapelketak antolatuz, kirolari bultzada handia eman diezaiokegu.

92. Actividad física y comportamientos sedentarios en jóvenes universitarios del País Vasco: relación con indicadores antropométricos

Garaizabal, Maddi¹; Telleria Aramburu, Nerea¹; Ovejas Arzá, Verónica¹; Castro Quevedo, Belén¹; Martínez Crego, Alba¹; Alegria Lertxundi, Iker¹; Arroyo Izaga, Marta²

¹Universidad del País Vasco (UPV-EHU) ²Grupo de investigación BIOMICS, UPV-EHU

Email de Contacto: maddigabu@gmail.com

Introducción. En los últimos años, el cambio en los estilos de vida de la población occidental, en concreto de los jóvenes universitarios, ha traído consigo una importante disminución en la actividad física y un aumento del sedentarismo (Zaccagni et al., 2014; Daskapan et al., 2006). Estos comportamientos pueden afectar al peso y a la composición corporal, y en consecuencia incrementar el riesgo de obesidad y enfermedades cardiovasculares.

Objetivo. Describir los niveles de actividad física y los comportamientos sedentarios en jóvenes estudiantes de la Universidad del País Vasco (UPV/EHU), y analizar su relación con indicadores antropométricos.

Metodología. La muestra estuvo formada por 731 estudiantes, todos ellos caucásicos y con edades comprendidas entre 18-30 años. Los datos se registraron entre 2004 y 2014, y el muestreo fue aleatorio y estratificado por género, edad y área de conocimiento, con el fin de obtener una muestra representativa. La actividad física se evaluó con la versión corta del Cuestionario Internacional IPAQ. El tiempo dedicado a actividades sedentarias, así como la práctica de ejercicio físico y/o deporte, se registró con preguntas de la Encuesta Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006). Los datos antropométricos se midieron de acuerdo con las recomendaciones de la ISAK (Marfell-Jones et al., 2006). Se realizaron las siguientes medidas directas: peso, talla, 3 perímetros corporales, 4 diámetros y 7 pliegues adiposo-cutáneos. A partir de estas medidas se calcularon los siguientes índices derivados: índice de masa corporal (IMC), índice cintura/cadera (ICC), grasa corporal (GC), índice de masa grasa (IMG), masa libre de grasa (MLG) e índice de masa libre de grasa (IMLG). También se registraron datos socio-demográficos y económicos. El análisis estadístico se llevó a cabo con el programa SPSS versión 22.0.

Resultados. La media de METs (equivalentes metabólicos)-min./semana fue mayor en los hombres que en las mujeres (hombres, 2.438,6 (1.604,6); mujeres, 2.094,4 (1.512,7); $P<0,01$). El 71,2% de los hombres y el 55% de las mujeres practicaban ejercicio y/o deporte habitualmente. Aquellos/as que consideraban que su práctica físico-deportiva era insuficiente adujeron como principal motivo la falta de tiempo. La media de horas dedicadas a actividades sedentarias fue de 6,9(1,6), no se registraron diferencias de género para este dato. Según el IMC, el 2,6% de la muestra presentó bajo peso, el 81% normopeso y el 16,4% sobrepeso u obesidad. Mientras que en base al porcentaje de grasa corporal, se registró un 23,8% de casos con valores por encima de lo normal. Además, el 55,5% presentó valores de ICC y el 10,5% de perímetro de la cintura asociados a mayor riesgo cardiovascular. Por otro lado, los análisis de regresión entre la actividad física y los indicadores antropométricos, reveló que el IMLG está asociado positivamente con el nivel de actividad física (odds ratio (OR)=1,34; intervalo de confianza del 95% (IC95%)= 1,13-1,58; $P<0,01$) y con la práctica de ejercicio físico y/o deporte (OR=1,23; IC95%=1,08-1,42; $P<0,01$). Además, altos niveles de GC se relacionaron con bajos niveles de actividad física (OR=0,50; IC95%=0,27-0,95; $P<0,05$) y valores bajos de IMC se asociaron a la práctica físico-deportiva (OR=0,90; IC95%=0,82-0,99; $P<0,05$). Los comportamientos sedentarios (nº de horas sentado/día) se relacionaron positivamente con valores altos de GC (OR=1,08; IC95%=1,03-1,12; $P<0,001$) e inversamente con la edad (OR=0,92; IC95%=0,85-0,99; $P<0,05$) y el índice de hacinamiento (OR=0,61; IC95%=0,46-0,80; $P<0,001$). Por otro lado, la categoría de IMLG por encima del percentil 95 se relacionó positivamente con el nº de horas sentado/a (OR=2,11; IC95%=1,10-4,07; $P<0,05$), y la de riesgo asociado a valores altos de ICC se asoció negativamente con esta misma variable (OR=0,32; IC95%=0,21-0,48; $P<0,001$).

Conclusiones/Aportaciones. En la población de estudiantes de la UPV/EHU, los hombres tienen mayor nivel de actividad física y practican con mayor frecuencia ejercicio y/o deporte que las mujeres. La actividad física y los comportamientos sedentarios están relacionados con indicadores antropométricos como el IMC, la GC, el IMLG y el ICC. Teniendo en cuenta los múltiples beneficios que reporta una vida activa, consideramos que debería aprovecharse el periodo de estudios universitarios para fomentar la práctica de actividad físico-deportiva, empleando para ello los recursos o activos con los que cuenta la Universidad.

Agradecimientos: Esta investigación ha sido financiada por la UPV/EHU (EHU12/24, UPV 00101.125-15283/2003). Los autores agradecen a todos los participantes su colaboración en el estudio.

105. Vending saludable en la universidad: análisis de pautas de consumo

Gaztelu Amarika, Eider¹; Laespada Martínez, Teresa¹

¹Universidad de Deusto

Email de Contacto: salud@deusto.es

Introducción. El “vending saludable” impulsado desde Innobasque a través de Gosasun propone un ambicioso objetivo, lograr que el 50% de la oferta de las máquinas de vending sea producto “saludable”. La experiencia arranca con el trabajo de 5 empresas y organizaciones, entre ellas la Universidad de Deusto, a lo largo del primer trimestre del año 2015. Para ello, la Universidad de Deusto ha llevado a cabo una encuesta entre toda la comunidad (alumnado y personal contratado) para conocer el consumo declarado de productos alimenticios que realizan en la universidad, y ello se ha contrastado con los resultados de las ventas realizadas en dichas máquinas.

Objetivo. El objetivo de este estudio es conocer la preferencia de los alimentos que se consumen para comer entre horas y que son adquiridos en las máquinas expendedoras -vending- entre los trabajadores y estudiantes de la Universidad de Deusto. De esta forma se podrá identificar los hábitos alimenticios para establecer pautas de mejora hacia una alimentación saludable.

Metodología. Encuesta (cuestionario compuesto de 14 breves preguntas con diferentes opciones de respuestas a elegir, a excepción de la última, que era una pregunta abierta sobre sugerencias de mejora) al conjunto poblacional de la Universidad de Deusto (alumnado y personal laboral) autoadministrado a través de la plataforma de la universidad los meses de enero y febrero de 2015. Previo envío de un correo electrónico a todo el universo de personal universitario y alumnado. Cada persona que ha respondido accedía a la plataforma para su respuesta. Por otro lado, la empresa responsable de las máquinas de dispensación recopiló el número de ventas realizadas en los mismos meses en el que se suministró la encuesta, teniendo en cuenta los productos. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS.

Resultados. 1441 personas completaron la encuesta (69% de ellas mujeres). El 72% de las encuestas corresponde al alumnado; el 31% a los empleados. Según las respuestas recibidas los productos más consumidos son bebidas calientes (69%) y agua (52%), galletas y bollería (31%) y frutas y zumos naturales (29%). El 99% cree que es importante cuidar la alimentación y la inmensa mayoría estaría dispuesta a adquirir consumos más saludables si existiese esa posibilidad en las máquinas. Asimismo, los participantes realizaron diversas sugerencias en torno a la promoción de una alimentación saludable, destacando sobre todo la necesidad de que el precio de estos productos sea accesible, que sean productos de calidad, la necesidad de implantar productos ecológicos, sostenibles y aptos para personas con diabetes y celiaquía. También han propuesto en estas sugerencias que desde la Universidad se fomenten actividades deportivas y se ofrezca formación en alimentación saludable. En cuanto a los resultados obtenidos de la venta de productos en todas las máquinas de la Universidad en los meses de enero y febrero, observamos que las bebidas calientes son las más consumidas (42,32%), y a éstas les siguen las galletas o bollería (16,3%), el agua (10,15%), los refrescos azucarados (9,34%) y las patatas fritas o snacks similares (9,21%). Finalmente, en relación a tipos de alimentos saludables que los participantes de la encuesta desearían consumir, cabe destacar que el 53% ha escogido frutas frescas, enteras o mínimamente procesadas y sin azúcares añadidos y zumos de fruta naturales o elaborados a base de concentrado que no contengan azúcares añadidos o edulcorantes artificiales y el 52% se decanta por los frutos secos que no contengan azúcares ni grasas añadidas.

Conclusiones/Aportaciones. Los resultados obtenidos muestran que los productos más vendidos en los meses de enero y febrero han sido las bebidas calientes (café y té), resultados que concuerdan con las respuestas

obtenidas en el cuestionario realizado a 1441 personas, de las cuales el 69% indica que suele consumir bebidas calientes entre horas. Por otro lado, se observa que pese a que el 52% de los participantes del cuestionario indican que les gustaría consumir frutos secos que no contengan azúcares ni grasas añadidas, en los meses de enero y febrero se han vendido 458 unidades de frutos secos, el 1,06 % de todas las ventas realizadas. Atendiendo a las sugerencias realizadas, podemos pensar que una de las razones por las que no se consumen frutas frescas, enteras o mínimamente procesadas es su elevado precio, pese a que las respuestas obtenidas en el cuestionario reflejen el deseo de su consumo. Asimismo, estas sugerencias muestran voluntad e interés por parte de la comunidad universitario por consumir productos considerados saludables en las máquinas de vending. Por lo tanto, se hace necesario incrementar la adquisición de alimentación saludable para su consumo entre horas. A pesar de existir en las máquinas expendedoras, no son la opción preferente, por lo que deben elaborarse estrategias que favorezcan la compra de productos saludables.

161. Alimentación saludable en una muestra de población laboral de la Universidad del País Vasco (UPV/EHU)

Díaz Ereño, Elena¹; García Ceciaga, Itxazne¹; Jugo Orrantia, Begoña M²

¹Dpto Fisiología. Fac. Medicina y Odontología UPV/EHU ²Dpto Genética, Antropología Física y Fisiología Animal. Fac Ciencia y Tecnología UPV/EHU

Email de Contacto: elena.diaz@ehu.es

Introducción. Las guías dietéticas son una valiosa herramienta para promover la alimentación saludable en distintos grupos de población. Además, son útiles para evaluar el cumplimiento de sus mensajes y rediseñar estrategias de educación nutricional. Igualmente, puntuando la elección de los grupos alimentarios, a través de los índices de adhesión de la dieta, se puede conocer mejor los patrones de ingesta de una región geográfica y cultural determinada y reorientar los objetivos específicos nutricionales.

Objetivos. Los objetivos de este trabajo son: 1) Evaluar el cumplimiento de las recomendaciones propuestas en la pirámide de la alimentación saludable para población española (SENC, 2004-2010) en una población mixta laboral. 2) Medir en dicha población el nivel de adhesión a la dieta mediterránea y a la dieta atlántica.

Metodología. La muestra seleccionada comprenden 289 personas, 154 mujeres (%) y 135 hombres (%) de los colectivos laborales PAS (23%) y PDI (73%) de la Universidad del País Vasco UPV/EHU. Durante el reconocimiento de salud laboral anual, y a través del Servicio de Prevención de la Universidad, cada participante cedió, previo consentimiento informado, una serie de datos clínicos y antropométricos. Además cumplimentó cuatro cuestionarios relativos a sus hábitos dietéticos (Food-Frequency Questionnaire), de actividad física (International Physical Activity Questionnaire-short) y datos socio-demográficos. Para evaluar el cumplimiento de las recomendaciones sobre alimentación saludable se ha tomado como guía dietética la Pirámide de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC, 2004) y para medir la adhesión a diferentes dietas se han utilizado el índice MDS de adhesión a la dieta mediterránea (Trichopoulou, 2003 y el índice DASE (Rodríguez Artalejo, 2012) de adhesión a la dieta atlántica. Los análisis estadísticos se han realizado mediante el paquete SPSS v. 18.0.

Resultados. El perfil socio-demográfico medio de los participantes fue personal laboral de los tres campus, Bizkaia (51,75%), Araba (32,70%) y Gipuzkoa (15,20%), la mayoría entre 45-54 años (41,6%), con estudios

de Doctorado y/o Máster (65,1%), que trabajan una media de 35-45 horas semanales (69,6%), que viven en compañía (87,20%) y con descendencia (62,2%).

Cumplimiento de recomendaciones generales:

Los datos de consumo alimentario indicaron una adecuada ingesta de verduras, lácteos y huevos, un consumo inferior a lo recomendado de cereales, frutas y aceite de oliva, y un consumo moderadamente superior de pescado, mariscos, carnes magras y aves y considerablemente superior a lo recomendado de carnes grasas, dulces y bollería. Se encontraron diferencias significativas por género en el consumo de frutas, verduras, aceite de oliva, leche y derivados, superior en mujeres mientras que los hombres consumen más cereales y carnes grasas además de una notable diferencia en las bebidas alcohólicas en los hombres ($P < 0,001$). No se encontraron diferencias significativas en el consumo de legumbres, frutos secos y olivas, pescados y mariscos, huevos, carnes magras y aves, snacks, dulces y bollería.

Adhesión a la dieta mediterránea (MDS): El 51,1% de los participantes puntuó adhesión moderada, y un 28,4% alta adhesión. Tanto hombres como mujeres siguieron esta tendencia. En función de la edad observamos que con ella aumenta la adherencia a la dieta mediterránea. Las personas jóvenes (20-34 años) obtuvieron una menor adherencia (3,91; IC 95% 3,31-4,52) que el resto de los grupos de edad.

Adhesión a la dieta atlántica (DASE): La puntuación media 6,58 (6,43-6,73), indicó una alta adherencia. Aun así, la puntuación obtenida por los hombres fue significativamente superior ($P < 0,05$) a la de las mujeres 6,76 (6,56- 6,96) frente a 6,42 (6,20- 6,63). En este caso, la adherencia no aumentaba con la edad: las personas más jóvenes (20 a 34 años) obtuvieron niveles más altos de adhesión que el resto de los grupos.

Conclusiones/Aportaciones. En base a los índices utilizados, en la muestra laboral estudiada, la dieta media de los participantes muestra una adhesión mayor al patrón atlántico y especialmente entre las personas más jóvenes. La adhesión a la dieta mediterránea aumenta con la edad, no observándose esa tendencia en la dieta atlántica.

Según las recomendaciones generales, sería aconsejable promover un mayor consumo de cereales, especialmente entre las mujeres y una reducción en el consumo de carnes grasas entre los hombres. Además, sería conveniente vigilar el consumo de dulces y bollería en las mujeres, y el de las bebidas alcohólicas en los hombres.

SESIÓN 10. COMUNICACIONES ORALES.

Promoción de la salud 2.0

17. Una ventana abierta a la familia

Padial Espinosa, Mónica¹; Garrido Porras, Antonio¹

¹Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía

Email de Contacto: antonio.garrido.porras@juntadeandalucia.es

‘Una ventana abierta a la familia’ es una plataforma de comunicación de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía dirigida a apoyar a madres y padres en la crianza de sus hijos e hijas a lo largo de las distintas etapas del desarrollo infantil. La finalidad del proyecto es desarrollar una plataforma de comunicación entre los servicios sanitarios y la ciudadanía, y favorecer el intercambio de conocimiento en materia de infancia en el ámbito profesional. La dirección de este sitio web es: www.juntadeandalucia.es/salud/ventanafamilias. El programa ofrece a las familias la posibilidad de inscribirse en el Servicio de ‘Ventana abierta a la familia’ de Salud Responde, para recibir mensajes a través de teléfono móvil y por correo electrónico sobre determinados hitos relacionados con el crecimiento y desarrollo infantil, entre otros aspectos. También pueden enviar sus dudas o preguntas que les serán respondidas por especialistas en la materia. La Consejería participa en el proyecto en cooperación con la Administración Regional de Salud de la región del Algarve (Portugal), en el marco del Programa Operativo de Cooperación Transfronteriza España-Portugal (POCTEP) 2007-2013, con financiación del Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER).

— Agenda de salud personalizada: Las familias que se inscriban en ‘Una ventana abierta a la familia’ recibirán, a través de Salud Responde, información y recordatorios periódicos que les ayudarán en la crianza de sus hijos e hijas, desde el nacimiento hasta los 14 años, vía SMS o por correo electrónico. Los mensajes versarán sobre la alimentación, la lactancia, los cuidados, el desarrollo, la prevención de accidentes en el hogar y de tráfico, las vacunas incluidas en calendario y la promoción de la movilidad segura de niños y niñas, y otras temáticas relacionadas con el bienestar de la infancia.

Para recibir la información por el móvil o correo electrónico podrán solicitar la inscripción del menor en el servicio ‘Una ventana abierta a la familia’ de Salud Responde exclusivamente el padre, la madre, el/la tutor/a legal y el/la guardador del mismo. La solicitud de inscripción será confirmada para aquellas personas que dispongan de la Tarjeta Sanitaria de Andalucía.

— Servicio de consulta: Frente a las dudas sobre el desarrollo de su hijo o hija, las familias podrán realizar su consulta al Centro de Información y Servicios Salud Responde, en el teléfono 902 505 060 y por correo electrónico en saludresponde@juntadeandalucia.es. También podrán enviar, cumplimentando un formulario on line, sus dudas o preguntas que serán respondidas por especialistas en la materia.

— Información sobre hábitos de vida saludables: A través de Internet, la Consejería de Salud y Bienestar Social pone a disposición de la ciudadanía información, ofrecida por especialistas en diversas áreas, sobre la salud, el desarrollo y el bienestar de niños, niñas y adolescentes. En total, se ponen a disposición de las familias andaluzas más de 420 contenidos sobre distintas temáticas relacionadas con el bienestar y la salud de la infancia como el embarazo y nacimiento, desarrollo (bebés, infancia y adolescencia), vacunas, estimulación, alimentación saludable, actividad física, prevención de accidentes y juguetes, entre otras.

Los y las profesionales de la salud y el bienestar infantil podrán encontrar en el sitio web de Una ventana abierta a la familia de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales contenidos y herramientas que faciliten su labor y sus posibilidades de coordinación con otros profesionales.

— Campañas específicas: También está prevista la realización de campañas específicas de mensajes SMS y de e-mail a las familias inscritas, como por ejemplo, sobre protección de la infancia frente a las radiaciones del sol, la promoción del ocio familiar activo, fomento de vacunaciones, tanto de forma general como incluso, por provincias, si fuera necesario.

77. “Aliados con las tecnologías del empoderamiento y la participación. Crecimiento y mejora de un programa de salud”

Márquez Vidal, Alícia¹; Lalueza Lafuente, Estrella¹; Llurdá Aldevert, Júlia¹; Gimeno Pi, Iraida¹; Clemente Mirón, M^a Antònia¹

¹ICS Email de Contacto: amarquez.lleida.ics@gentcat.cat

Introducción. Las tecnologías del empoderamiento y la participación (TEP) nos permiten, a la vez, utilizar el espacio virtual y desarrollar un modelo salutogénico en la realidad sociosanitaria actual. En Cataluña desde el año 2004 se lleva a cabo el programa “Salut i Escola” que tiene como objetivos diagnosticar de manera precoz problemas de salud en la población adolescente, prevenir conductas de riesgo y promocionar la salud y los hábitos de vida saludable. El programa consta de cuatro ejes sobre los que se trabaja la educación y promoción de la salud: Salud afectiva y sexual, drogodependencias, alimentación-nutrición y salud mental. Una enfermera es referente en cada Instituto de Educación Secundaria adherido al programa y gestiona la “Consulta oberta” en el propio centro educativo como mínimo 10 horas al mes. En la consulta se atienden las demandas de salud que plantean los adolescentes de forma totalmente confidencial. Las limitaciones en disponibilidad, recursos personales y presencia física en los centros, entre otras, han hecho que nos hayamos planteado utilizar las redes sociales (facebook, ask y twitter) para complementar esta función y optimizar el alcance del programa.

Objetivo. Utilización de las nuevas tecnologías para hacer más accesible a los adolescentes la “consulta oberta” fuera del ámbito educativo. Ofrecer espacios de consulta y conversación con impacto al resto de adolescentes.

Población diana: Estudiantes de Educación Secundaria Obligatoria de los centros de Lleida adheridos al programa Salut i Escola, estudiantes de ciclos formativos que por su ubicación tengan acceso al programa y toda aquella población adolescente y joven que a través de la propia red social esté interesada en utilizar éste medio para realizar sus consultas.

Metodología. Estudio observacional descriptivo que recoge las consultas virtuales, tanto a nivel de conversación facebook (FBK) como en preguntas en formato anónimo ask.fm (ASK) del curso escolar 2013-14 (también se han incluido aquellas formuladas en los meses de vacaciones escolares) y las presenciales en 5 centros públicos y concertados de Lleida i provincia.

Resultados. El nº de consultas es mayor vía virtual (70%) que presencial (30%). En la presencial los chicos consultan menos que las chicas (13%) pero se equiparan en la virtual (51%). Las consultas con temática afectivo-sexual pasan de un 43,5% en consulta presencial a un 84,6% en la red. El 81% de las primeras consultas son

realizadas a través de las redes sociales. Las conversaciones virtuales han sido en un 86% recidivantes, es a decir, un mismo sujeto ha estado haciendo uso reiterativo del espacio, pero sólo se ha contabilizado una vez.

Conclusiones/Aportaciones. La utilización de las redes sociales en programas de salud orientados a la población joven y adolescente permite el crecimiento del proyecto y la mejora de los resultados. La satisfacción de los usuarios es muy alta y, en muchas ocasiones, permite feedback, consultas sucesivas y seguimiento de procesos. El acceso a la enfermera a través de las redes sociales resulta más atractiva y funcional a los adolescentes, ya que les permite usar un servicio que, si bien está ubicado sistemáticamente en el instituto, no lo pueden utilizar siempre que se genera la demanda. La comunicación entre iguales, actualmente, se muestra más efectiva a través de las redes sociales que a través de cualquier otro canal, por lo tanto, utilizar y aplicar este entorno cuando trabajamos con jóvenes y adolescentes nos permite llegar antes y mejor a sus demandas de salud y, en ése sentido, nuestra aportación a la prevención y promoción de la salud también es más efectiva.

83. Herramienta para difusión de recursos disponibles en promoción de la salud

Borde Lekona, Blas¹; Caballero Alzate, Virginia²; Blanco Egaña, María¹; Bengoechea Ocio, Lucía³

¹Subdirección de Salud Pública y Adicciones de Gipuzkoa, Servicio de Promoción de la Salud de Gipuzkoa. Subdirección de Salud Pública y Adicciones. ²Ayuntamiento de Donostia/San Sebastián, Servicio de Promoción de la Salud de Gipuzkoa. Subdirección de Salud Pública y Adicciones. ³Comarca de Salud Pública de Alto y Bajo Deba, Servicio de Promoción de la Salud de Gipuzkoa. Subdirección de Salud Pública y Adicciones.

Email de Contacto: EDUSS-SAN@EJ-GV.ES

Introducción. El estilo de vida de las personas afecta a su salud por lo que tiene un gran impacto en la economía mundial. Hábitos de vida saludables redundan en una mayor calidad de vida durante más años y un menor consumo de recursos sanitarios. Como ejemplo, el impacto económico de las inversiones necesarias para paliar los efectos del tabaquismo y la obesidad, sobre el PIB mundial, es similar al de los conflictos armados y terrorismo, alrededor de dos billones (1012) de dólares en cada caso (McKinsey GI, 2014). La cultura, como específica de un grupo o categoría social, es un comportamiento aprendido/educado que se manifiesta a través de una serie prácticas que pueden cambiarse y modificarse por medio del aprendizaje (Hofstede y Hofstede, 2005). Para conseguir esos cambios es preciso que se informe sobre las posibilidades, que éstas estén disponibles y se motive a las personas para que cambien su comportamiento y se influya para que mantengan ese cambio (McKinsey GI, 2014). Teniendo en cuenta lo mencionado y que la promoción de la salud trata de capacitar a las personas para que incrementen el control sobre su salud para tratar de mejorarla, es clara la necesidad de desarrollar herramientas que informen a todo agente interesado sobre los recursos disponibles en el ámbito de la promoción. De este modo será más factible motivar e influir para que los hábitos sean los adecuados para la mejora de la salud de las personas. *Metodología.* Página web: Diseño de una página web que muestre un mapa en el que se reflejen gráficamente los recursos disponibles a nivel municipal. Recogida de información: Se distribuyó y explicó el modo de uso de un formulario de hoja de cálculo entre los ayuntamientos y servicios participantes. Los mismos cumplimentados y corregidos se introdujeron en la página web. En el caso del Ayuntamiento de Donostia/San Sebastián se realizaron entrevistas con las asociaciones y departamentos participantes.

Resultados. Se pueden observar mediante estos dos enlaces:

Departamento de Sanidad/Dirección de Salud Pública:

<http://www.osakidetza.euskadi.ejiedes.eus/informacion/buscador-de-actividades-en-euskadi/r85-cksalu10/es>

Ayuntamiento de Donostia/San Sebastián:

<http://www.donostia.eus/info/ciudadano/osasunmapa.nsf/frmWeb?REadForm&idioma=cas&id=A463738>

Discusión. De la labor realizada surgen algunos aspectos destacables: Dificultad de identificación de los recursos de promoción: El concepto de promoción de la salud no es conocido habitualmente, por lo que los ayuntamientos y asociaciones contactados tenían dificultades para identificarlos. Requirió de explicación y formación por parte de los técnicos implicados. Dispersión de la información: Los recursos se distribuyen entre diferentes servicios municipales, como deportes, asistencia social, juventud, urbanismo, etc. En muchos casos esos servicios tienen poca o nula relación entre ellos. Igualmente, en el caso de la actividad física principalmente muchas actividades se repiten año tras año y mencionadas individualmente podrían llegar a hacer la página demasiado farragosa. Actualización de la información: Es un reto mantener la información actualizada en todo momento.

Conclusiones/Aportaciones Independientemente de que, bien gestionado y actualizado, el potencial del Mapa como herramienta de difusión y apoderamiento, presenta una serie de desafíos para su puesta en marcha: Necesita de la colaboración, no solo de los ayuntamientos y sus servicios municipales, sino también del resto de agentes que intervienen en el ámbito de la promoción de la salud para que se refleje la realidad de los municipios. Precisa de una herramienta ágil y sencilla para la recogida actualizada de la información y que permita identificar con claridad lo que se entiende como un recurso en promoción de la salud. Requiere de una difusión lo más amplia posible que ayude a que sea conocida y utilizada por toda aquella persona o agente interesado.

96. Utilización de tecnologías de información y comunicación en la promoción de la lactancia materna

Tazo Prieto, Yolanda¹; Díaz De Argote Saez De Maturana, Purificación¹; Serrano Aranda, Maria Isabel¹

¹Comarca Araba. Osakidetza

Email de Contacto: yolandatazo@oskidetza.net

Introducción. La lactancia materna es un objetivo prioritario en la promoción de la salud, tanto para los bebés como para las madres. Las dificultades que entraña la lactancia materna requieren apoyo en el entorno familiar y sanitario. La contribución de las tecnologías de información y comunicación (TIC) son herramientas de gran ayuda en nuestra labor asistencial.

Objetivos.

— Informar y capacitar a madres y padres proporcionando información fiable, pautas claras y eficaces enfocadas a favorecer el apoyo y mantenimiento de la lactancia materna a través de las tecnologías de comunicación accesibles en cualquier momento y lugar.

— Fomentar la participación activa de madres y padres en la toma de decisiones informadas respecto a temas relacionados a la maternidad.

Método. En el Centro de Salud de Olaguibel usamos una página web (<http://lmolaguibel.wordpress.com>) con foro de acceso restringido mediante invitación (<https://www.loomio.org/g/6YAOg0Tj/lm-olaguibel>), cuenta de Twitter (@lactamat) y canal de YouTube (<https://www.youtube.com/channel/UCqnX3xNmyMJXHHhNRqFuGsA>). Todas las TICs utilizadas son gratuitas. Además, usamos un programa online para encuestas con los usuarios de nuestro Centro de Salud.

Resultados. La participación a través del foro y de las encuestas online mantienen una interacción frecuente de las familias entre sí y con el equipo de enfermería, siendo bien valorado por las familias. La participación en twitter es muy limitada y apenas se utilizan.

Conclusiones/Aportaciones. Las TIS favorecen las estrategias de educación para la salud y no es necesario realizar gastos adicionales cuando el ámbito de referencia es limitado.

102. Comunicación de SARES en el entorno digital: web social

Ferrer Gracia, Elisa¹; Aliaga Traín, Pilar¹; Bueno Franco, Manuel¹; Gallego Dieguez, Javier¹; Ipiens Sarrate, José Ramón¹; Muñoz Nadal, Pilar¹; Plumed Parrilla, Manuela¹; Viches Urrutia, Begoña¹

¹Gobierno de Aragón. Dirección General de Salud Pública

Email de Contacto: eferrerg@aragon.es

Introducción. En la actual Sociedad de la Información, la Web 2.0 ofrece nuevas posibilidades de interacción con el usuario. Como en otros campos de las ciencias, las TIC se hacen cada vez más presentes en el ámbito de la salud y Salud Pública, que tiene de manera inherente una responsabilidad informativa. Por ello en Salud Pública surge la necesidad de rediseñar canales de acceso y difusión de información con los ciudadanos, adecuando los recursos a un entorno multimedia e interactivo, trabajando con las herramientas que la web 2.0 proporciona.

Objetivos.

- Difundir iniciativas y actuaciones desarrolladas en Salud Pública.
- Mejorar la comunicación e interacción con la ciudadanía en relación a mensajes de salud pública.
- Aumentar sinergia y alianzas con otras entidades, profesionales y asociaciones potenciando la efectividad y credibilidad de los mensajes.

Metodología.

Herramientas globales:

Desde Salud Pública: Facilitar el acceso a las actuaciones de la D. G. de Salud Pública y difundir sus mensajes. Destinatarios Población general de Aragón y profesionales sanitarios y de salud pública. Contenidos: eventos, nuevas publicaciones, noticias, y alertas relacionadas con la salud pública. Sistemática: Se actualiza semanalmente.

Web: www.saludpublicaaragon.es

Blog: www.saludpublicaaragon.blogspot.com

Twitter: @saludpublicaAra

Desde SARES:

Un equipo de profesionales coordina, apoya e impulsa diferentes iniciativas de educación y promoción de la salud en la web social. Se difunden páginas web, blogs, multimedias, y todo tipo de información disponible en la red, específica de promoción de la salud y que se valora de acuerdo con los criterios de calidad establecidos en el SARES. Destinatarios: profesionales sanitarios, profesorado y otros profesionales de la educación, de servicios sociales y comunitarios, mediadores y agentes sociales de diversas entidades y asociaciones.

Contenidos: Recursos y materiales didácticos propios, de otras entidades, documentos multimedia, información sobre eventos e instituciones de promoción de salud y noticias relacionadas.

Blog: saesaragon.blogspot.com.es

Twitter: @saesaragon

Youtube: www.youtube.com/saesaragon

Facebook SARES

Desde la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de Salud (RAPPs):

Los objetivos son la difusión de experiencias y eventos que llevan a cabo los proyectos de la RAPPs. Destinatarios: Integrantes de la RAPPs y profesionales de salud comunitaria de centros de salud, asociaciones de ayuda mutua y otros profesionales implicados. Contenidos: Propuestas de intervención comunitaria, experiencias de la RAPPs y noticias relacionadas.

Sistemática: Se actualiza semanalmente con experiencias de la red. redaragonesaproyectospromociosalud.blogspot.com

Facebook: <http://www.facebook.com/#!/pages/Red-Aragonesa-de-Proyectos-de-Promoci%C3%B3n-de-la-Salud-RAPPs/171974476161519>

Twitter: @reddeiniciativas (pendiente de revisar)

Desde la Red Aragonesa de Escuelas Promotoras de Salud (RAEPS):

Con la integración de la RAEPS en la web social se pretenden difundir experiencias de las escuelas promotoras de salud y la información relevante sobre salud en el ámbito escolar.

Destinatarios: Miembros de la comunidad escolar (profesorado, familias, personal no docente, alumnado) de educación primaria, secundaria y educación especial de Aragón, que tengan un proyecto de educación para la salud integrado en el currículo del centro.

Contenidos: Experiencias de los centros educativos, actuaciones y propuestas de salud en la escuela. Sistemática: Actualizado semanalmente con experiencias de la red que se publican según una agenda.

Blog: redescuelasaragon.blogspot.com

Facebook: <http://www.facebook.com/#!/pages/Red-Aragonesa-de-Escuelas-Promotoras-de-Salud>

Twitter: @epsaragon

Programas escolares de salud: Programas escolares ofrecidos a los centros educativos desde la D.G. de Salud Pública.

Cine y Salud: Cursos, festival, inscripciones.

Blog: cineysalud.blogspot.com

Twitter: @cineysalud

Pantallas Sanas: Cursos, festival, inscripciones

Blog: pantallassanas.blogspot.com

Twitter: @pantallassanas

Resultados. La evaluación de la estrategia de comunicación en la web social, tendrá en cuenta:

— Análisis de los Procesos desarrollados: Valoración de las actividades, recursos y actualizaciones efectuados en los diversos medios. Análisis del equipo de trabajo y cumplimiento de los plazos y sistemática establecida.

— Análisis de impacto y resultados: Determinación del alcance de las acciones en la web social, identificando la audiencia potencial y la alcanzada. Valoración del grado de comunicación e interacción con los usuarios. Análisis de la repercusión e influencia en internet mediante herramientas que valoran el impacto global. Se valorará la calidad de los mensajes, la pertinencia y utilidad de las actuaciones realizadas, la participación y satisfacción de los diferentes agentes implicados, y la identificación de nuevas demandas y necesidades.

Conclusiones/Aportaciones.

- Identificar la información relevante, actualizada
- Comunicar interna y externamente
- Integrar en las intervenciones
- Actualizar el entorno de promoción de la salud
- Establecer alianzas

134. Prebentzioa eta aholkularitza online

Otaola, Ainhoa

Fundación Etorkintza

Email de Contacto: ainhoa.otaola@etorkintza.org

Introducción. La Fundación Etorkintza cuenta en la actualidad con tres herramientas digitales online dirigidas a diferentes destinatarios:

- Personas cuidadoras de personas dependientes.
- Profesionales que intervienen con jóvenes y adolescentes con consumos problemáticos y abusivos de drogas y otros comportamientos asociados.

— Familias con hijos e hijas de 12 a 15 años.

Las plataformas son las siguientes:

- Cuidamos a la cuidadora.
- Prevención Online.
- Arduratu

Nuestra finalidad es utilizar el amplio rango de difusión que ofrecen las nuevas tecnologías vía web 2.0, para a través de estas plataformas digitales: formar, asesorar y capacitar a educadores/as y otros/as profesionales, personas cuidadoras de personas dependientes y padres y madres con hijos e hijas de 12 a 15 años.

Objetivo.

— El objetivo principal de la plataforma “Cuidamos a la cuidadora” es mejorar la calidad de vida de las personas que se dedican al cuidado de enfermos y enfermas dependientes.

— La plataforma “Prevención Online” tiene por objetivo proveer al/ a la profesional de un espacio de contraste y orientación para:

— Poner la atención en la población joven y adolescente que además de estar en situación de riesgo por su propia condición de adolescente, asumen comportamientos de riesgo continuos, lo que le pone en situación de mayor vulnerabilidad.

— Facilitar al joven y la joven un espacio para reflexionar, valorar, y ensayar diferentes estrategias que le ayuden a gestionar y afrontar situaciones de riesgo.

— El objetivo general de la plataforma “Arduratu” es apoyar a la familia para fomentar los factores de protección y reducir los factores de riesgo en preadolescentes y adolescentes con consumos precoces de alcohol y otras drogas, a través de la capacitación y asesoramiento a la familia.

Metodología. Nuestras tres plataformas se apoyan en un soporte WordPress, sistema de software libre de gestión de contenidos enfocado a la creación de cualquier tipo de sitio, aunque ha alcanzado una gran relevancia usado para la creación de blogs (páginas web con una estructura cronológica que se actualiza regularmente). Las tres plataformas tienen un sistema de publicación web basado en entradas ordenadas por fecha; las entradas corresponden a una o más categorías. Cuentan también con páginas estáticas no cronológicas. Tanto las entradas como las páginas estáticas aparecen clasificadas en categorías y subcategorías y con un sistema de etiquetas que facilita la búsqueda y la visualización de los diferentes contenidos por parte de la población usuaria. Esta metodología facilita la interactividad entre los y las usuarias al permitir comentarios y diferentes herramientas de comunicación: distribución de los artículos y de los comentarios mediante RSS o redes sociales, gestión y distribución de enlaces de interés, subida, gestión y distribución de datos adjuntos y archivos multimedia, foros, sistema de búsqueda integrada en entradas y páginas estáticas.

Resultados.

Cuidamos a la Cuidadora: En 2014 la plataforma ha recibido 17.758 visitas, aumentando más de un 400% respecto a las del año anterior. Se ha ido incrementando la comunicación con los colectivos de referencia en los últimos años. Mantenemos el envío a más de 600 colectivos de referencia de noticias relacionadas con los trabajos del cuidador.

Prevención Online: En 2014 se han registrado 12.248 visitas a la plataforma y 182 profesionales han utilizado esta plataforma para descargarse material y asesorarse.

Arduratu: En 8 meses de andadura, ya que se hizo público en junio de 2014, se han registrado 12.968 visitas a la plataforma y se han publicado 85 artículos. Además 14 familias se han puesto en contacto a través de la sección privada para ser atendidas individualmente.

Conclusiones/Aportaciones.

— La gran difusión de las nuevas tecnologías y redes sociales permiten la apertura de nuevos espacios de intervención.

— Estas plataformas tienen una gran ventaja para los y las usuarias, la accesibilidad, están disponibles para todas y todos. Permiten un acceso inmediato desde cualquier lugar a cualquier hora.

— Son canales de comunicación profesionales y completos, que aportan conocimientos, experiencias y asesoramiento profesional.

— Permiten la interactividad y anonimato en temas delicados.

— Se confirma que el acceso online es algo a proteger y cuidar como elemento educativo. Aportan un espacio de reflexión y contraste a profesionales, cuidadores y cuidadoras y familias.

— Estas herramientas en algunas ocasiones son un vehículo o puente para contactar con familias o jóvenes que requieren una atención más individualizada.

154. Integración del Mapa de activos de salud en la web 2.0 del Consultorio Barrio de la Luz de Valencia

Martínez Albert, Carolina¹; Mir Sánchez, Carolina²; Felipe Román, Olaya³; Pérez Morales, M^a Teresa³

¹Servicio Valenciano de Salud MEAP ²CS Fuensanta-Barrio de la Luz, Servicio Valenciano de Salud ³Enfermera Consultorio Barrio de la Luz, Servicio Valenciano de Salud

Email de Contacto: carolinamartinezalbert@gmail.com

Introducción. La Salud Pública en el siglo XX ha estado centrada en el modelo tradicional patogénico centrado en la reducción de los factores de riesgo y poniendo barreras para atenuar o detener las consecuencias que derivan de las enfermedades. Pero en la actualidad está en auge los conceptos de salud positiva o salutogénesis que focalizan su mirada en las acciones que realiza el individuo, la familia o la comunidad para mejorar o controlar su salud. Este cambio de modelo revitaliza la promoción de la salud y añade gran valor a los activos de salud. Por esto, deseamos transmitir nuestra experiencia en la elaboración de un mapa de activos de nuestra comunidad.

Objetivo. Conocer, gestionar y promocionar los activos de salud del Barrio de la luz para integrarlos con los servicios de Atención Primaria del Consultorio. Creación de un mapa recopilatorio de estos a través de la página web del centro www.csfuensanta.es Facilitar la creación de redes sociales y que estos recursos sean conocidos por los profesionales sanitarios, personas que trabajan en el barrio, y resto de los ciudadanos.

Metodología. 1. Presentación a los agentes locales: Presidente de una asociación de jubilados, un director y una maestra de colegio, una farmacéutica, la secretaria de la Alcaldía, una voluntaria de Cáritas y un médico de Atención Primaria (AP). Se realizó una "audición" donde se preguntaba que activos pensaban que poseía el barrio. 2. Delimitación del mapeo: Barrio de la Luz, barrio número 5 del distrito 7 de Valencia. 3. Trabajo inicial con los agentes del terreno: Grupo motor: 4 estudiantes de enfermería, 2 enfermeras AP, un médico de familia y una residente de enfermería familiar y comunitaria. Elaboró una guía de observación para llevar a cabo un "pateo" del territorio y recoger todas las características y recursos posibles del territorio, así como una guía para transcribir los activos de salud. 4. Trabajo de campo en la comunidad: se realizaron las audiciones a los informantes clave, se realizó el "pateo" por el barrio, donde se recogió toda la información necesaria y se transcribieron los activos. 5. Visibilización en web 2.0 : Los activos se visibilizaron en un mapa a través de la página web : www.csfuensanta.es 6. Transferencia a agentes locales y población: Se difundieron los activos de salud a través de sesiones o reuniones con colectivos sociales y asociaciones.

Resultados: Se recogieron un total de 55 recursos de salud que se clasificaron en: recursos educativos, recursos sociales, recursos sanitarios, recursos culturales y de ocio, recursos deportivos, recursos religiosos y recursos asociativos. Todos ellos se pueden explorar en la web www.csfuensanta.es o en google maps:

<https://www.google.com/maps/d/edit?hl=es&authuser=0&mid=zLPJwSji6Dd8.kZj9AXflp0yA>. La página web durante el mes de febrero tuvo un impacto: 728 usuarios. 2813 páginas vistas. 91,61% de España (63,15% Valencia; 8,60% Madrid). México 3,17%.

Conclusiones/Aportaciones. La realización del mapa de activos nos ha permitido obtener información sobre el patrimonio en salud que posee nuestra comunidad y las personas que la integran, el desarrollo de la comunidad, así como fomentar la participación social y la implicación de las personas y la comunidad en la mejora de su salud.

Tras el estudio de campo hemos observado que la comunidad posee muchos recursos, muchos de los cuales eran desconocidos para el personal sanitario del Centro de Salud y para otros colectivos de la comunidad. Por tanto un punto de mejora sería conseguir crear redes de apoyo entre los distintos recursos, ya que el tejido asociativo de la comunidad es rico pero con poca comunicación entre ellos. Por esta razón, el dar a conocer los activos de salud de nuestra comunidad a través del mapa a los distintos agentes implicados ayudará a crear redes sociales para poder lograr un potente desarrollo social comunitario, así como crear conexiones entre los agentes comunitarios o sociales, las instituciones que gobiernan y los servicios sanitarios para garantizar una buena salud comunitaria.

SESIÓN 11. COMUNICACIONES ORALES

Promoción de la salud en grupos y contextos vulnerables

1. Intervención socio sanitaria a migrantes residentes en asentamientos del poniente Almeriense

Morante García, Wladimir; Alonso Paniagua, María Ángeles; Bosch Ibáñez, Alicia; Chouni, Bouchra

Email de Contacto: vladimir.morante@medicosdelmundo.org

Introducción. Médicos del mundo en Almería desarrolla sus programas en tres distritos de Salud, Poniente, Levante y Centro. Previo a la implementación del proyecto en asentamientos la ONG realizó una exploratoria en 2008, quedando en evidencia la problemática a la que se enfrenta el colectivo de migrantes que residen en los distritos Centro-Poniente. La población migrante residente en estos distritos son en su gran mayoría africanos, con tasas de pobreza y desempleo elevadas, viviendo en infraviviendas de plásticos y cartones en los municipios de El Ejido, Vicar, Roquetas de Mar y Níjar. Las condiciones higiénicas son deficitarias, la alimentación pobre, parte del agua que consumen no es potable y es almacenada en bidones de fitosanitarios, la lejanía respecto a los centros de salud más cercanos y la imposibilidad de trasladarse desde el lugar donde residen produce que muchos procesos patológicos no sean resueltos satisfactoriamente y otros sean tratados en un estadio tardío. El propio proceso migratorio genera psicopatologías de difícil abordaje, ansiedad, estrés, dolor neuropático por estrés, depresión, entre otras. El rechazo social y la discriminación junto a la barrera idiomática son otros entre los muchos estresores que generan un declive en la salud de aquellos que vinieron buscando un mejor futuro.

Objetivo. Mejorar la salud del colectivo migrante en situación de exclusión social residente en asentamientos en la provincia de Almería, haciendo efectivo el derecho de acceso a la salud de los residentes en los asentamientos de migrantes en la provincia de Almería.

Metodología. El proyecto se basa en la promoción de la salud, la capacitación de las personas, el apoyo psicosocial y sanitario y la sensibilización e incidencia política respecto a la situación de discriminación y exclusión en que viven las personas migrantes de los asentamientos en Almería. La intervención se realiza mediante el acercamiento a los diseminados con una unidad móvil, dos veces por semana. Se llevan a cabo actividades de educación para la salud, atención sanitaria y psicosocial. Manteniendo reuniones con políticos, autoridades sanitarias y técnicos de la administración para conseguir una mejora en la situación sociosanitaria de las personas migrantes.

Resultados. Atendimos un total de 478 personas viviendo en asentamientos durante el periodo comprendido entre enero a diciembre de 2014. Distribuidas así: 390 mujeres y 88 hombres. Nuestro programa y los recursos que disponemos como la unidad móvil nos permitió el acercamiento y el contacto con la población migrante, directamente en el lugar donde residen: en los asentamientos del municipio del Ejido en Almería. Nos permitió conocer de cerca la realidad de este colectivo y de esta forma desarrollar las intervenciones con el fin de fortalecer el conocimiento y la adquisición de hábitos saludables y posibilitar conocer los factores de riesgo que incrementan la vulnerabilidad no solo de la salud integral de estas personas sino también la vulnerabilidad social. Una de las principales estrategias de todo cambio personal, grupal o social, es la adquisición de nuevos conocimientos, es así como gracias a los diferentes talleres de formación, al acompañamiento de las diferentes personas del programa y a la escucha de sus necesidades, se ha podido reforzar el conocimiento de sus derechos, el acceso y derivación de estas personas a los sistemas públicos de servicios sociales y sanitarios. Se observa un aumento de la demanda psicológica. Desafortunadamente la violencia de género, la crisis económica, los proyectos migratorios frustrados

y un sinnúmero de situaciones de vulnerabilidad, hacen tambalear la estabilidad psicológica de estas personas: en 2014 fueron atendidas 296 demandas de atención psicológica donde se realizó un especial énfasis sobre la evaluación de su proceso migratorio y las posibilidades de retorno. También nos coordinamos con los servicios de Salud Mental de Roquetas de Mar y De El Ejido y el servicio de urgencia de psiquiatría del hospital del Poniente, cuando los casos lo requerían. A través de talleres y de intervenciones individualizadas, hemos informado a las mujeres de sus derechos frente al maltrato y de los recursos existentes. Continuamos con la detección precoz de las ITS y VIH/Sida y de otras enfermedades con la derivación y la mediación continua a los servicios de salud pública.

40. Descripción de la Red Social en familias de la cohorte INMA-Gipuzkoa

Larrañaga, Maribel¹; De la Cruz, Marlene²; Aurrekoetxea, Juanjo^{2,3,4}; Santa Marina, Loreto^{1,4}; Arranz, Enrique²; Ibarluzea, Jesús^{1,4}.

¹Subdirección de Salud Pública y Adicciones de Gipuzkoa; Dpto. Salud; Gobierno Vasco ²Universidad del País Vasco – Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU) ³Delegación de Salud de Gipuzkoa ⁴Biodonostia Ciberesp

Email de Contacto: ilarranaga@euskadi.eus

Introducción. La red social (RS) de familiares y amigos es uno de los aspectos fundamentales del capital social, actuando como determinante de la salud y el bienestar, pudiendo incidir como agravante de las situaciones conflictivas (su carencia o baja calidad) o como amortiguador de las mismas. La RS, en cuanto atributo o recurso comunitario, puede tener un efecto mediador en las intervenciones de promoción de la salud. El proyecto INMA (Infancia y Medio Ambiente) es un estudio de cohorte prospectivo cuyo objetivo es estudiar el papel de los contaminantes ambientales durante el embarazo e inicio de la vida y sus efectos en el crecimiento y desarrollo infantil (www.proyectoinma.org).

Objetivos. Caracterizar la amplitud y la calidad de la red de las familias de la Cohorte INMA Gipuzkoa. *Metodología.* Mediante cuestionario administrado a los padres por encuestador se recogió información sobre la Red Social, basada en la Encuesta sobre Capital Social del EUSTAT de 2012. El cuestionario incluía 17 ítems referentes al número de familiares y amigos con los que mantenían comunicación regular y relación cercana y el acceso a solicitar de ellos ayuda financiera, ayuda por problemas de salud o ayuda emocional. Un total de 576 personas (familias) completaron el cuestionario. Se consideró la no respuesta, de cara al análisis, como la peor situación en el ítem correspondiente, codificando como 0. Se evaluó la fortaleza de la RS como integrada por la amplitud, cercanía y acceso a las diferentes ayudas; financiera, emocional o relacionada con la salud. Se contrastó la relación entre la RS y las variables socioeconómicas mediante la prueba de la Ji cuadrado y la prueba de gradiente lineal. *Resultados.* Se observó que la RS era significativamente más amplia en familias que viven en medio urbano, mientras que en madres o padres de procedencia extranjera se observaba una RS significativamente más débil. La RS, también, era significativamente más amplia en las mujeres con mayor grado de estudios y/o de clase social más elevada. No se observó asociación estadística significativa entre el tamaño de la red social, y la edad de los progenitores. La clase social y los estudios del padre no se asociaron significativamente con la RS. En relación a la recepción de ayuda, la accesibilidad a los distintos tipos de prestaciones estaba asociada, igualmente, al origen y a la posición social de los progenitores, siendo mayor en la población autóctona, de clase social más elevada. En el caso de las madres el nivel de estudios se asociaba con una mayor disponibilidad de ayuda, pero no en el caso de los padres. No se observaron diferencias significativas en relación con el hábitat, urbano o no. *Conclusiones/Aportaciones.* La RS es más amplia, en padres y madres de origen español y en los que viven dentro

del casco urbano de su municipio. La clase social, el origen y los estudios de la madre se asocian con una RS más amplia, más cercana y con mayor acceso a ayudas. Se observa que la RS es de peor magnitud y calidad en los estratos de la población más desfavorecidos, lo cual puede incidir aún más en el desarrollo y la salud de los niños.

47. La prisión como oportunidad de cambio en salud

Bernardo de Paz, Ana Ruth¹; Ruiz Maresca, Alberto José¹

¹Unidad de Promoción de la Salud. Distrito Sanitario Metropolitano

Email de Contacto: anar.bernardo.exts@juntadeandalucia.es

Introducción. La prisión puede suponer en sí misma un activo y una oportunidad de cambio en salud. Hace más de medio siglo la OMS definió la salud como: “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”. Salud no significa ausencia de dolor y de dolencias. Esas condiciones forman parte de la existencia saludable. Salud: fuerza espiritual y capacidad de equilibrio para lidiar con los desafíos traídos por el dolor y por la dolencia. En el concepto de salud se incluye los recursos materiales de subsistencia y los recursos subjetivos del individuo: su ocupación, sus vínculos afectivos y materiales, que le dan soporte para estar bien y vivir bien en sociedad. También las actividades interesantes y gratificantes para el individuo, que lo estimulen y lo hacen sentir activo y productivo. De eso depende el fundamento epistemológico positivo que cada individuo debería ser capaz de construir para sí mismo: una intuición creativa del significado de la existencia. Se llega así al sentido de coherencia individual. Cada individuo debe encontrar para sí mismo una sensibilidad para entender o interpretar de modo positivo los diversos desafíos existenciales, insertándolos en un Todo que tenga un sentido, donde el ser humano encuentre algún significado en lo que piensa, siente, realiza y en todo lo que le acontece. Se trata aquí de un comprender la existencia, lo cual es bastante diferente a un saber sobre la existencia. Intentando encontrar en estos activos la prisión en el que las personas desarrollan las actividades diarias y en el cual interactúan factores ambientales, organizativos y personales que afectan a la salud y al bienestar. Las prisiones pueden ser entornos para la salud, ya que en ellas existe la posibilidad efectiva de promocionarla. En prisión existe además el mayor activo de salud que pueda existir, el tiempo. Es importante que los propios internos detecten los activos que existen porque seguro que hay muchos de los que nosotros no somos conscientes. Aunque la población de la prisión es inestable si sabemos que hay ciertos temas “clave” en los que hay que mantener las intervenciones eficaces de prevención (consumo de drogas, violencia, control de impulsos...). Pero también es necesario profundizar en otros aspectos que hacen posible la creación de salud, y el cambio efectivo de hábitos. La salud es ahora considerada un recurso para la vida y una gran mayoría de la población penitenciaria ha carecido de las oportunidades necesarias para adquirir y mantener la salud.

Objetivos.

- Fomentar los hábitos saludables entre la población interna aprovechando el equipamiento y recursos humanos del centro penitenciario
- Fomentar la prisión como un espacio de cambio positivo para la salud
- Desarrollar los activos personales y comunitarios que favorezcan una toma de decisiones comportamentales más saludable, fomentando la responsabilidad sobre la salud que tenemos cada uno de nosotros

Metodología. Talleres grupales:

- Sesiones quincenales de dos horas de duración
- Población: Menores del módulo 14 que desean participar comprometiéndose a una estabilidad en la asistencia. El personal de Forma Joven (del Distrito Sanitario y de la Institución) son los encargados de dinamizar el proyecto y realizar la formación a los demás.

Asesoría Individual: Consulta individual, previa petición de cita con el equipo Forma Joven. Desarrollo del programa: En los talleres se desarrollarán contenidos relacionados con las características de los menores y su realidad dentro del Centro así como los datos más significativos en cuanto a su estado de salud y sus hábitos de comportamiento. Se plantearán estrategias de intervención en el proceso de enseñanza-aprendizaje que les permitan adoptar conductas más saludables, destacando la mediación entre iguales. Se realizarán sesiones agrupándolas en 4 bloques temáticos:

- “Cuidando mi cuerpo”: Conceptos básicos sobre drogas y cómo estas afectan al organismo, a corto, medio y largo plazo. Procesos de adicción y dependencia. Cese de consumo; Alimentación; Ejercicio y actividad física.
- “Cuidando mi mente”: Control de ansiedad; Gestión de emociones/ Inteligencia emocional; Control de impulsos; Pensamiento Positivo
- “Cuidando a los demás”: La pareja, las relaciones, promoción de la salud sexual/ sexualidad; Habilidades para la comunicación y la negociación; Prevención de violencia; Género
- “Cuidándonos”: Sesión final de cierre en la que se aúnan los temas relacionados con la prevención de la violencia y la empatía en las relaciones.

54. Efectos en la salud mental de un programa de inserción laboral en jóvenes de barrios desfavorecidos de Barcelona

Dabán, Ferràn¹; Díez, Elia¹; Artacoz, Lucía¹

¹Agència de Salut Pública de Barcelona

Email de Contacto: fdaban@aspb.cat

Introducción. El desempleo se asocia a problemas de salud mental. Uno de ellos es el déficit de autoestima, entendida como los sentimientos de valía y respeto hacia la propia persona. El programa Salud en los Barrios de Barcelona apoyó un programa de tres barrios con alta proporción de desempleo con la finalidad de mejorar su salud mental.

Objetivo. Evaluar los efectos en la autoestima, las capacidades adquiridas y la satisfacción entre los jóvenes que participaron en los programas de capacitación del Centro Cruïlla de Barcelona entre marzo de 2013 y febrero de 2014.

Metodología. Diseño cuasiexperimental antes-después. Se difundió la oferta formativa en los tres barrios. Se seleccionaron jóvenes sin currículum formativo laboral o con dificultades académicas mediante entrevistas personales. Las tres modalidades del programa formativo duraron entre 4 y 6 meses. Se administró un cuestionario

autocontestado antes y después de la intervención. La autoestima se midió con la escala de Rosenberg. Consta de 10 ítems contestados con una escala de Likert de 4 puntos, entre muy de acuerdo y muy en desacuerdo, y puntuaciones de 1 a 4 cuya suma se asigna a autoestima alta (30-40), media (25-29) o baja (10-24). En la encuesta post se recogió asimismo la satisfacción de la persona participante con el programa (muy satisfecha, satisfecha, insatisfecha, muy insatisfecha) y si se sentía más capacitada para encontrar trabajo (totalmente de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo, totalmente en desacuerdo). Se comparó la autoestima antes y después de la intervención en los estratos con autoestima basal baja, media o alta con pruebas T para datos relacionados. Se describió la satisfacción y la percepción de aumento de sus capacidades para la inserción laboral.

Resultados. Participaron en el estudio 72 de los 75 jóvenes formados. Se excluyeron tres que rellenaron incorrectamente el cuestionario. La edad media fue de 20 años (mediana 19). El 41% eran chicas y el 47% había nacido en países extranjeros. Se realizaron el 98% de las actividades formativas previstas. En el grupo con autoestima inicial baja la puntuación media pasó de 21 a 31 ($p=0,028$). En el grupo con autoestima inicial media la puntuación pasó de 27,6 a 30,9 ($p=0,015$) y en el grupo con autoestima inicial alta la puntuación pasó de 35,6 a 35 ($p=0,167$). El 100% de los jóvenes se mostró satisfecho o muy satisfecho de haber participado. Un 39% de los jóvenes se declararon de acuerdo y un 71% totalmente de acuerdo con la afirmación de que la intervención había aumentado sus habilidades y capacidades para incorporarse al mundo laboral.

Conclusiones/Aportaciones. Los programas de capacitación para la inserción laboral de jóvenes de ambientes desfavorecidos mejoran la autoestima en los subgrupos con autoestima baja y media, y no modifican la de los subgrupos con autoestima alta. Declaran sentirse satisfechos y haber adquirido capacidades y habilidades para incorporarse al mercado laboral. Este tipo de programas son especialmente necesarios para reducir las desigualdades sociales en salud asociadas al desempleo en jóvenes y deberían extenderse.

79. Evaluación de una intervención de consejo contraceptivo en adolescentes de barrios desfavorecidos

Nebot Soler, Laia¹; Díez David, Èlia²; Martín Valle, Sílvia²

¹CEPS Salut ²Agència de Salut Pública de Barcelona

Email de Contacto: laianebot@gmail.com

Introducción. En la ciudad de Barcelona las tasas de fecundidad en adolescentes de 15-19 años fueron aumentando del 2000 al 2010 sobre todo en los barrios más desfavorecidos. Concretamente en la Zona Nord (donde se llevó a cabo la intervención que se evalúa), la tasa fue del 31,1 por 1000 mujeres de 15 a 19 años, siendo la tasa de Barcelona de 8,5 por 1000. Por este motivo, entre 2010 y 2013 se llevó a cabo una intervención comunitaria de consejo sobre anticoncepción en adolescentes.

Objetivo. Evaluar los cambios en conocimientos, creencias y autoeficacia relacionadas con el uso del preservativo y en el uso de contracepción antes y tres meses después de la intervención de consejo contraceptivo.

Metodología. Estudio pre post sin grupo control. Entrevista basal en la que se recogieron los datos sociodemográficos y las variables de estudio. Después se realizó el consejo contraceptivo, que consistía en la explicación y discusión de los métodos contraceptivos y resolver dudas sobre sexualidad. Tres meses después se administró de nuevo el cuestionario. Comparación estratificada por sexo y origen (autóctono o inmigrado) con las pruebas de McNemar y χ^2 .

Resultados. De los 179 adolescentes que hicieron la primera entrevista, 138 completaron la entrevista de seguimiento (77%). Un 71% eran inmigrantes y un 55% chicas. El 85% tenía entre 16 y 19 años. En la entrevista de seguimiento mejoró significativamente el conocimiento de lugares donde encontrar anticoncepción de emergencia (de 78,3% a 96,4%), apoyo en caso de embarazo (de 77,5% a 92,8%) y preservativos (de 90,6% a 96,4%). En la entrevista de seguimiento el grupo de inmigrantes mejoró en un 22,5% el conocimiento de lugares donde encontrar la anticoncepción de emergencia, un 19,4% el de lugares donde encontrar apoyo en caso de embarazo y un 7,1% dónde encontrar preservativos en el barrio. Las creencias sobre el preservativo y la edad idónea para tener el primer hijo no se modificaron. La autoeficacia de llevar preservativos aumentó un 10%. La autoeficacia de las chicas en cuanto a comprar preservativos mejoró un 11,9% y en cuanto a llevarlos un 18,5% respectivamente. Entre los chicos la autoeficacia de poner un preservativo mejoró un 9,9%. Según origen, los autóctonos mejoraron un 20% la capacidad de llevar preservativos y los inmigrantes un 10,2% la capacidad autopercibida de rechazar una relación sexual en caso de no disponer de preservativo. El uso de métodos contraceptivos seguros en la última relación sexual mejoró de forma significativa en el total de la muestra. Entre los chicos y las personas inmigrantes aumentó de forma significativa la frecuencia de uso del preservativo (chicos: 67,3% a 75,5%; inmigrantes 72,9% a 79,2%). El uso de métodos seguros (preservativo y anticoncepción oral) en la última relación sexual aumentó un 10,1%, llegando al 13% entre los inmigrantes.

Conclusiones/Aportaciones. Los participantes constituyen el 19% de la población del mismo grupo de edad de los barrios en que se ofreció la participación. El 24% de perdidos al seguimiento no muestra diferencias respecto a los intervenidos. El 71% de las personas participantes es de origen extranjero. El estudio muestra que la intervención de consejo contraceptivo puede ayudar a prevenir el embarazo adolescente porque incrementa el uso de métodos seguros, la frecuencia de uso del preservativo, mejora los conocimientos preventivos y la autoeficacia relacionada con el uso del preservativo. Se recomienda llevar a cabo este tipo de intervención en barrios de características similares y estudiar el impacto en los indicadores poblacionales de embarazo adolescente.

129. Intervención comunitaria con hombres. Una propuesta desde la metodología PROCC

Schäfter, Andreas

Centro de desarrollo de Salud Comunitaria Marie Langer

Email de Contacto: andischaefter@yahoo.es

Introducción. Las características asociadas al género masculino hegemónico muestran efectos preocupantes en los hombres: problemáticas de salud, asunción del riesgo como prueba de hombría, accidentalidad, violencia entre hombres y hacia las mujeres, suicidios, adicciones, etc. Sin embargo, tanto en el discurso científico como en el terreno de la práctica social, la problemática masculina sigue estando seriamente invisibilizada. Desde la concepción ProCC llevamos muchos años aportando al esclarecimiento de esta problemática y consideramos imprescindible su abordaje, condición para el bienestar de hombres y mujeres, condición para conseguir la equidad de género, condición necesaria aunque no suficiente para el avance de las luchas sociales en la construcción de la sociedad que anhelamos. Contamos con Programas de Intervención como por ejemplo: “Ser hombre hoy. Una problemática silenciada”, “El hombre en riesgo”, entre otros. En esta línea también organizamos en el año 2013 las Jornadas “Cuestiones de género: los aportes ProCC. De la masculinidad hegemónica a las masculinidades”,

en La Habana (Cuba) (link <http://jornada-masculinidad.webnode.es/news/jornadas-realizadas-en-la-habana/>) y la Jornada en Madrid "Masculinidad y desempleo. Una propuesta de intervención psico-social" (link <http://jornada-masculinidad.webnode.es/>) para presentar y compartir algunos de los resultados de experiencias de intervención con hombres con Programas ProCC.

Objetivos.

- Presentar un modelo de intervención con hombres a través de programas de ProCC.
- Favorecer el desarrollo de intervenciones con hombres desde el ámbito socio sanitario.

Metodología. Se trabaja con la Metodología de los Procesos Correctores Comunitarios, que utiliza como dispositivo grupal el método del Grupo Formativo. Esta metodología centra el aprendizaje cuidando la especial relación entre los aspectos temáticos y dinámicos del proceso grupal. Es activa y participativa y se utilizan diversos recursos según el tipo de programa, los objetivos propuestos y las características de los participantes. Está a cargo de profesionales especializados.

Resultados. Los resultados conseguidos a partir de diferentes desarrollos de intervención con hombres (desde Atención Primaria, el ámbito social y de los servicios de colaboración con la Justicia), son sumamente alentadoras. Estos inciden de forma importante en los siguientes aspectos relacionados con los costes en salud de una masculinidad hegemónica funcional al sistema social:

- Conectar y expresar sus sentimientos.
- Acercarse al ejercicio de la paternidad desde otro lugar.
- Capacitarse en los movimientos de la vida cotidiana necesarios para la autonomía.
- Entender lo que es cuidar y poder cuidarse y cuidar de otros.
- Poder entablar relaciones más saludables y menos competitivas.
- Ejercer y disfrutar de una sexualidad saludable.

Conclusiones/Aportaciones. Las experiencias realizadas con Programas ProCC en distintos ámbitos y lugares han sido sumamente positivas en sus resultados en términos de salud y bienestar en los hombres y también en su entorno socio-familiar. En la situación actual agravada por la crisis económica y social consideramos necesario atender esta problemática, aplicando un instrumento que ha resultado eficaz tributando a una mejora en la vida cotidiana de hombres y mujeres. Tenemos múltiples testimonios de hombres participantes y sus parejas que así lo corroboran. Y hemos podido comprobar que los Centros de Salud en su dimensión comunitaria podrían ser un importante escenario en el trabajo con la problemática silenciada del hombre. El video El Silencio Roto, editado por "Balancín de Blancos", da cuenta de una de estas experiencias. (<https://vimeo.com/72541395>).

147. Entornos urbanos generadores de salud y movilización social en cuatro Zonas Básicas de Salud (ZBS) de la ciudad de Valencia

Grau Camarena, Cristina¹; López Sánchez, M^a Pilar¹; Sánchez Canovas, M^a Isabel¹; Antonaya Campos, Amparo¹; Soler Alberich, Francisca; Herraiz Ortiz, M^a Carmen¹; Castro Rojas, Lilian¹; Paredes Carbonell, Joan J¹; Oprea, Georgiana¹

¹Proyecto Ciudad MIHSALUD

Email de Contacto: crisg.c@hotmail.com

Introducción. El Proyecto Ciudad mihsalud (mujeres, infancia y hombres construyendo salud), se inició en 2014 por el Centro de Salud Pública de Valencia (CSPV) en colaboración con la asociación ACOEC, y financiado por Fundación La Caixa. Su objetivo es promover la salud y favorecer el acceso adecuado a los recursos de la población en situación de vulnerabilidad, en coordinación con los Centros de Atención Primaria y el ámbito asociativo, mediante la movilización social, formación-acción de Agentes de Salud de Base Comunitaria (ASBC) y el trabajo en red. La acción en territorio la realizan dos Especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC) y seis ASBC organizados en dos Equipos de Salud Comunitaria (ESC) distribuidos en los departamentos de salud Hospital Doctor Peset y Clínico-Malvarrosa: en las Zonas Básicas de Salud (ZBS) del Centro de Salud de San Marcelino y Fuente de San Luis, y en la ZBS de Serrería I y Nazaret, respectivamente. La estrategia de intervención es la promoción de la interculturalidad y la convivencia a través de la promoción de la salud, facilitando el acceso a los servicios socio-sanitarios de las personas en situación de vulnerabilidad, y aprovechando los espacios comunitarios, asociativos y educativos.

Objetivo. Describir el proceso de movilización social y dinamización comunitaria en salud impulsado en cuatro ZBS de la ciudad de Valencia por dos ESC formados por una EFyC y dos ASBC en colaboración con los Equipos de Atención Primaria (EAP), desde febrero de 2014 hasta la actualidad.

Metodología. Los dos primeros meses del proyecto se destinaron a la formación de los equipos y al diagnóstico de la realidad de los territorios de acción mediante el método Rapid appraisal, elaborando un plan de acción. La formación se plantea de manera conjunta con los profesionales de Atención Primaria. El informe con el diagnóstico y plan de acción se trasladó a los EAP para incorporar su visión y propuestas. Aplicando a partir del tercer mes herramientas de dinamización comunitaria, como son: el diseño de mapas comunitarios con los recursos identificados por ZBS y departamento, la activación y dinamización de puntos informativos y líderes comunitarios, la realización de conversaciones informales y talleres de salud, el contacto con asociaciones y recursos, la participación en foros comunitarios, la formación-acción de ASBC, la presentación de la guía “Salud en nuestra agenda” dirigida a las asociaciones, la realización de encuentros inter-asociativos de salud, y la detección y atención a casos individuales derivados al recurso socio-sanitario o asociativo correspondiente a través de la figura de la EFyC. A los once meses del inicio de la intervención y partiendo de la evaluación de la aplicación de estas herramientas, se generó un informe de resultados que fue presentado a los EAP, recogiendo de nuevo sus propuestas y presentando el informe definitivo a las Direcciones de Salud Pública y Atención Primaria de los departamentos de salud.

Resultados. Los resultados respecto a la aplicación de herramientas de dinamización son:

- Apertura de 35 puntos informativos y 27 líderes comunitarios que persisten.
- Realización de 461 conversaciones informales en 2014 frente a 146 en 2015.
- Realización de 40 talleres de salud con la participación de 330 mujeres y 132 hombres de distintos grupos culturales: Marruecos, Rumanía, España, Nigeria, entre otros.
- Detección de 223 casos individuales en 2014 y 49 en 2015.
- 4 líderes comunitarios de 3 asociaciones formándose como ASBC.
- Contacto con 106 asociaciones y recursos en 2014 y 36 en el presente año

Cabe destacar la realización de un encuentro inter-asociativo de salud en cada uno de los departamentos con una participación de 110 asistentes de diferentes áreas. Así como la participación en la dinamización de los/as Enfermeros/as Internos/as Residentes en Familiar y Comunitaria de 2º año y la creación de una comisión de trabajo mihsalud en una de las ZBS, estando en creación en otra de las zonas.

Conclusiones/Aportaciones. Equipos formados por EFyC y ASBC en colaboración con los EAP, CSPV y la propia comunidad, permiten la práctica y el desarrollo de salud comunitaria y promoción de salud en contextos urbanos, de una manera sistematizada, facilitando la participación y empoderamiento de la población.

SESIÓN 12. COMUNICACIONES ORALES

Promoción de la salud local e intersectorial (II)

109. Experiencia del Proyecto RELAS en el Distrito Sanitario Almería

Craviotto Manrique, Isabel¹; Martínez Mengíbar, Evangelina²; Moreno Tobías, Gonzalo; Uribe Ortega, Josefa²

¹U.G.C. Vigilancia, Prevención y Promoción de la Salud. Distrito Sanitario Almería ²U.G.C. Bajo Andarax

Email de Contacto: isabel.craviotto.exts@juntadeandalucia.es

Introducción. En el proceso de reforma de la Salud Pública en Andalucía, una de las líneas de trabajo a implementar era su desarrollo en el nivel local y para ello se puso en marcha el Proyecto para el desarrollo de la Red Local de Acción en Salud (en adelante Proyecto RELAS), que consistía en identificar una metodología de acción para llevar los objetivos de salud a las diferentes agendas políticas de los gobiernos locales. La Acción Local en Salud se estructura en tres ejes: Salud, Municipios y Ciudadanía. El instrumento para llevarla a cabo es el Plan Local de Salud. El Plan Local de Acción en Salud es el instrumento básico que recoge la planificación, ordenación y coordinación de las actuaciones que se realicen en materia de salud pública en el ámbito de un municipio o de una mancomunidad de municipios, por lo que se da un paso más para conseguir la incorporación de los objetivos de salud en las políticas locales de los diferentes sectores, dentro de la estrategia de Salud en Todas las Políticas. En el presente trabajo se expone la experiencia desarrollada en el municipio almeriense de Benahadux. La mayoría de las actividades puestas en marcha con el proyecto de ALS tienen que ver con hábitos y estilos de vida saludables tanto en alimentación, ejercicio, adicciones, como en habilidades para la elección de estos hábitos y en todos los grupos de edad.

Objetivo. Describir la experiencia del proyecto RELAS en un municipio del Distrito Sanitario Almería.

Metodología: La metodología del proyecto pasa por distintas fases: El diagnóstico preliminar de salud del municipio, presentación del proyecto al Gobierno Local, formación, creación de un grupo motor inicial, comunicación y difusión del proyecto, Perfil de Salud Local e identificación de problemas, creación de la Red Local de Acción en Salud, Plan de Acción, validación y aprobación del Plan y seguimiento y evaluación. En el municipio de Benahadux, nos encontramos en la fase de elaboración del Perfil Local de Salud. El Plan Local de Salud (PLS) está siendo elaborado por un equipo multidisciplinar, de forma intersectorial y participando profesionales de diferentes organizaciones. Hasta el momento se han realizado las siguientes actividades dentro del marco de la ALS: Concurso de dibujo "alimentación saludable" en CEIP: Dirigido a niños de educación infantil y primaria, exposición de alimentación y desayuno saludable en el CEIP Padre Manjón, a alumnos de 2º ciclo, impartido por el Taller de empleo "Manjaría" de la Diputación Provincial de Almería, ruta saludable por el paraje "El Mayorazgo": Actividad destinada a adultos y mayores, Stand en el mercado ambulante local, en colaboración con el Centro de Salud con la temática "Vida y Alimentación Saludable", Grupos socioeducativos (GRUSE) destinados a mujeres para adquirir habilidades para el manejo de la vida diaria, a cargo de la trabajadora social de salud, Consejo dietético intensivo individual, Consejo dietético intensivo grupal, Taller de risoterapia.

Resultados. En el Concurso de dibujo participaron 200 alumnos de edades comprendidas hasta los 16, más de 50 personas realizaron la Ruta saludable, se implicaron profesionales sanitarios de la UGC en la sensibilización sobre tabaco, y alimentación saludable, así como también participaron en el taller de risoterapia y en la derivación de mujeres al grupo GRUSE.

Conclusiones/Aportaciones. Es importante trabajar dentro del marco de la ALS, porque nos permite aumentar recursos trabajando de forma coordinada desde diferentes organismos e instituciones con un mismo objetivo, evitando la duplicidad de actividades, favoreciendo la continuidad del trabajo y reforzando el aprendizaje adquirido al estar todos hablando de lo mismo y en el mismo lenguaje. También aumenta la motivación del grupo al ver que el trabajo puesto en marcha es efectivo y tiene resultados positivos sobre la ciudadanía.

125. Intervención comunitaria con la juventud de Amorebieta-Etxano

Pascual Uribe, Agurtzane¹; Ortuondo Diego, Henar²; Arriaga Calvo, Miriam³; Murillo Herreros, David³; Sancho Sena, Itxaso⁴; Salaverri Sabando, Gonzalo⁴

¹OSI Barrualde-Galdakao Osakidetza, Bizkaia ²Departamento de Salud del Gobierno Vasco ³Ayuntamiento de Amorebieta-Etxano

⁴Osakidetza

Email de Contacto: agurtzane.paskualuribe@osakidetza.eus

Introducción. En diciembre del 2013 vio la luz el Plan de Salud de Euskadi 2013-2020 en el que se incide en la importancia de la promoción de la salud y de los proyectos comunitarios en el ámbito local, con participación ciudadana y colaboración intersectorial, para promover entornos y conductas saludables. Ese mismo año, en abril, se había creado el Espacio de Salud/Osasungune de Amorebieta-Etxano, denominado OsasuNañon, una red local promovida desde el sector sanitario que cuenta con la participación de personal de acción social del ayuntamiento y representantes de diversos ámbitos comunitarios, y que entronca perfectamente con la filosofía y los objetivos del actual plan de salud. En las reuniones iniciales de la red comunitaria OsasuNañon, desde la comunidad surgió la inquietud por comportamientos de riesgo asociados con baja autoestima en jóvenes en edad de escolarización obligatoria tales como: consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, acoso, trastornos alimenticios, excesiva preocupación por la imagen.

Objetivos.

- Crear un grupo comunitario para trabajar sobre comportamientos de riesgo asociados con baja autoestima en jóvenes en edad escolar obligatoria.
- Sensibilizar a la población de destino.
- Detectar conductas de riesgo.
- Intervenir en los casos de riesgo detectados.

Metodología. El grupo promotor contactó por un lado con el área de juventud del ayuntamiento y por otro con los centros escolares del municipio para recabar información sobre las intervenciones en ese sentido que se llevasen a cabo y proponer la creación de un grupo de trabajo comunitario. El área de juventud iba a poner en marcha un proyecto de realización de trabajos audiovisuales denominado "Not in my...". Un programa dirigido a sensibilizar sobre las situaciones de discriminación que pueden darse entre los/las jóvenes en los entornos en los que normalmente se desenvuelven: el centro escolar, el equipo de deporte, la calle, el gaztetxoko..., y que pueden derivar en situaciones de intimidación, violencia y acoso. Mediante el uso de herramientas audiovisuales los/las jóvenes crean sus propias campañas de sensibilización en torno a este tema, en la que ellos/as son los creadores de la idea, así como de su desarrollo, mediante la grabación, la interpretación y la edición de un spot publicitario de no más de tres minutos. Los videos realizados participan en un concurso con premios a los videos

que mejor reflejen los valores que se quieren transmitir de respeto entre iguales, y de relaciones seguras y sanas en esos entornos. En la mayoría de los centros escolares se realizaban actividades de prevención/sensibilización sobre consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, imagen personal, igualdad, en los cuales se trabaja la autoestima.

Tanto desde el área de juventud como desde los centros escolares mostraron gran interés en trabajar conjuntamente, por lo que se creó un grupo de trabajo, de unas 14 personas, con representantes de ambos sectores, de Osakidetza y de salud pública. Se acordó impulsar la participación en el programa “not in my...” desde los centros escolares. Se presentaron 13 trabajos, realizados por unos 50 jóvenes de entre 10 y 15 años.

Resultados.

- La participación ha sido buena, pero menor de la esperada.
- Se ha continuado trabajando con aquellos chico/as que se han considerado en riesgo.
- Algunos/as de los participantes continúan acudiendo al área de juventud y se están convirtiendo en transmisores de los conocimientos y seguridades adquiridas.
- No se ha notado un gran impulso desde los centros escolares al programa “not in my...”.

Conclusiones/Aportaciones.

- Se han detectado chicos/as en riesgo y se ha trabajado con ellos/as.
- Parte de ellos/as, se convierten en parte activa para ayudar a en situaciones parecidas.
- El trabajo en red ha dado menor resultado del esperado, quizá porque el enfoque no era el adecuado.

151. Promoción de la salud desde la OSI Debabarrena

Rodríguez Cogollo, Ronald¹; Mendiguren Navascues, Maria Aranzazu¹; Taboada Gómez, Jorge¹; Cobos Rozadilla, Marta¹; Moro Barragues, Luis¹; Arzuaga Arambarri, María Jesús¹

¹OSI Debabarrena, Osakidetza

Email de Contacto: ronald.rodriguezcogollo@osakidetza.eus

Objetivo. Dentro de las líneas estratégicas y los planes de acción de Osakidetza 2013 – 2016 se encuentra una visión integral de la salud. El abordaje de este modelo supone la superación de la visión clásica de la asistencia sanitaria y la salud pública como áreas separadas y Esto exige un trabajo coordinado y transversal del sistema sanitario con el resto de administraciones y agentes sociales. La OSI Debabarrena es una organización que abarca un hospital comarcal y las 5 unidades de Atención Primaria, con sus 10 centros de salud y 3 Puntos de Atención Continuada. Desde la OSI se han puesto en marcha programas de intervención comunitaria y de promoción de la salud en las que se han implicado Salud Pública y las Administraciones Locales.

Material y métodos. Desde junio 2013 diversos profesionales de la OSI se han reunido con Técnicos Municipales de Salud, Servicios Sociales y Tercera edad, Gestores Deportivos y Técnicos Deportivos, Técnicos de Salud Pública y Técnicos de Promoción de la Salud del Departamento de Salud, Personal técnico de empresas de servicios deportivos que gestionan servicios municipales y Asociaciones locales: Miembros o personal contratado de asociaciones deportivas y del ámbito de la salud. Se planificaron diversas actividades y proyectos para realizar en distintos periodos, las cuales se centraron en distintos grupos de actuación, personas mayores de 65 años.

Personas con patología específica y personas de todas las edades que necesiten mejorar su actividad física. Se formó a los profesionales sanitarios según programas en recomendaciones dietéticas y de ejercicio físico. Estas actividades se difundieron en la comunidad a través de diferentes vías: on line, carteles informativos en puntos estratégicos, en la web de la organización, radio y prensa local.

Resultados. Se realizaron 4 programas en distintos municipios de la organización, el primero es Colorado Weight en los municipios de Elgoibar y Eibar donde se incluyeron obesos con patología. El programa consiste en promover la alimentación equilibrada y saludable junto a ejercicio físico. El segundo es Ermua Mugi (prescripción de ejercicio físico, por un técnico especializado) que consiste en la elaboración de unas rutas definidas por el municipio, donde hay unas balizas que son capaces de leer los kilómetros y los pasos, que da cada usuario al día. El tercero consiste en una serie de Talleres en Eibar dirigidos a personas mayores de 65 años denominados talleres de caídas en los cuales se impulsa mejoras y adaptaciones en el entorno físico y social del paciente y se enseñan ejercicios específicos para este grupo de edad. El cuarto programa en Deba incluye a personas con enfermedades específicas como Hipertensión arterial, Diabetes mellitus, Hiperlipidemia y arteriopatía periférica en el cual se les recomienda realizar ejercicio físico específico adaptado a cada patología.

Conclusiones/Aportaciones. Se ha cumplido la aplicación de las estrategias de Osakidetza 2013-2016 en nuestra OSI. Al realizar este tipo de actividades se cumple con la visión integral de que el ciudadano debe convertirse en un agente activo más de su propia salud siendo siempre éste el eje central de todas las actividades. Se realiza una integración de los distintos servicios municipales evitando duplicidades, promoviendo estilos y hábitos de vida saludable, respondiendo efectivamente a los desafíos de dar respuesta integrada a la cronicidad, vejez y dependencia.

153. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud: promoviendo entornos y políticas saludables en el ámbito local

Terol Claramonte, María¹; Gil Luciano, Ana¹; Zuza Santacilla, Inés¹; Campos Esteban, Pilar¹; Merino Merino, Begoña¹; Andradar Aragonés, Elena¹

¹Área de Promoción de la Salud. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad

Email de Contacto: mterol@externos.msssi.es

Introducción. La Guía para la Implementación Local de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS fue aprobada por el Consejo Interterritorial del SNS el 14 de Enero de 2015. Se basa en que el ámbito local se considera un entorno esencial para crear salud y bienestar. Desde un enfoque de Determinantes Sociales de la Salud es imprescindible trabajar en la promoción de entornos y políticas más saludables.

Objetivo. Fomentar la salud y el bienestar de la población promoviendo entornos y estilos de vida saludables para toda la ciudadanía.

Metodología. La implementación local implica la adhesión voluntaria de los Ayuntamientos a la Estrategia de Promoción de la salud y Prevención, que se expresa mediante: 1) El compromiso institucional mediante el Acuerdo de Pleno del municipio 2) Presentación pública de la adhesión 3) Nombramiento de un/a coordinador/a 4) Establecimiento de un cronograma. Se proponen 2 acciones clave: 1) Constitución de una mesa de coordinación intersectorial en el municipio, puesto que ganar salud trasciende a otros sectores más allá del sanitario 2) Mapeo

de recursos para la promoción de la salud y prevención en el municipio, con el fin de visibilizar los recursos, aumentar la accesibilidad y posibilitar su desarrollo y potenciación. Se plantean distintos niveles de avance en la implementación de cada acción clave. A su vez, se proponen actividades transversales: integración de la equidad, coordinación entre administraciones, participación y seguimiento, monitorización y evaluación.

Resultados. Hasta Abril del 2015, se han adherido 37 municipios y 67 están en proceso de adhesión, lo cual corresponde a un total de 11.061.590 habitantes, de 15 CCAA. Se han constituido 41 mesas de coordinación intersectorial, con la participación de los siguientes sectores: salud, educación, bienestar social, deportes, seguridad ciudadana, medio ambiente y otros, así como del tejido asociativo. Se han identificado 517 recursos comunitarios y 923 actividades de promoción de la salud y prevención ligadas a estos recursos, que se vuelcan en un mapa on line.

Conclusiones/Aportaciones. La implementación local de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS, con su confluencia con estrategias sinérgicas a nivel local, es una ventana de oportunidad para integrar y coordinar los esfuerzos de promoción de la salud y prevención entre todos los niveles, sectores y actores implicados. Disponer de una estrategia nacional ha servido en algunos municipios de dinamizador de la intersectorialidad y la participación y en otros de refuerzo del trabajo previo en esta línea. Aún siguen pendientes los siguientes retos: 1) Mejorar la coordinación entre administraciones de diferentes niveles territoriales (nacional, CCAA, local) 2) Dentro del sector salud, mejorar la coordinación entre Salud Pública y Atención Primaria 3) Establecer alianzas estables entre sectores a favor de la salud 4) Incorporar buenas prácticas basadas en evidencia en las acciones municipales 5) Integrar progresivamente el enfoque de Equidad y Salud en Todas las Políticas en los diferentes niveles territoriales.

160. Incorporando la promoción de la salud a nivel territorial en la Agencia de Salud Pública de Cataluña (ASPCAT): Una estrategia de formación

González-Viana, A¹; Salvador, G¹; Estrada, M¹; Martínez, M¹; Mundet, C¹; Coll, MD¹; Pérez, C¹; Cabezas, C¹; Grupo de referentes territoriales de promoción de la salud de la Agencia de Salud Pública de Cataluña¹

¹Agencia de Salut Pública de Catalunya

Email de Contacto: angelina.gonzalez@gencat.cat

Antecedentes. La Ley de Salud Pública (SP) de Cataluña de 2009 establece el desarrollo de tareas de promoción de salud por parte de los Equipos Territoriales de SP (ETSP) de la ASPCAT. Por otro lado el Plan de Salud 2011-2015 y el Plan Interdepartamental de SP de 2014 impulsan a nivel local programas intersectoriales de promoción de la salud comunitaria (SC) y la integración de la atención primaria y la SP. Esto ha supuesto necesidades de formación en promoción y SC de profesionales que antes se dedicaban exclusivamente a la protección

Objetivo. Describir la estrategia de formación en SC para profesionales de SP y evaluar su satisfacción

Métodos. Dos módulos: 1) conceptos/metodología de SC: introducción, metodología (iniciar el proceso, diagnóstico de necesidades y activos, implementación), equidad, intersectorialidad y participación comunitaria. 2) habilidades/herramientas para trabajar con comunidad: dinámica grupos, gestión proyectos, comunicación, gestión cambio/conflictos, estadística. 64h presenciales, 30h no presenciales. Formación acreditada con asistencia al 80% y desarrollo de proyecto de SC en su territorio. Cuestionario adhoc de satisfacción para cada sesión. Variables cuantitativas (respuesta 1 poco- 4 mucho): sobre la sesión (objetivos, contenidos, método, materiales,

organización, es aplicable, y satisfacción general) y sobre docente (conoce la materia, comunica, conducción); 3 preguntas abiertas: aplicabilidad, aspectos positivos y mejorables. 18 docentes expertos en salud comunitaria, promoción de salud, comunicación y gestión de proyectos.

Resultados. 68 profesionales (72% mujeres, 54% farmacéuticos, 30% veterinarios, 16% otros. Resultados (8 primeras sesiones) 166 respuestas y 9 docentes. Valoración de los diferentes aspectos es siempre > 3. En global más valorada la metodología (3,33 SD 0,66) y contenidos (3,19 SD 0,66). Menos la aplicabilidad (3,01 SD 0,73). Diferencia de medias entre sesiones sobre la metodología de promoción de la salud y de herramientas (mas puntuadas). Por sesiones la satisfacción general es más elevada en gestión de alianzas, introducción a la SC y gestión de proyectos

Conclusiones/Aportaciones. Una formación teórico-práctica diseñada ad-hoc para profesionales de protección de la salud que se incorporan a la promoción de la salud es bien valorada en todos los aspectos. Confiamos en que será clave para impulsar la promoción a nivel territorial en Cataluña.

104. Capacitación y creación de redes locales: Talleres de Municipios Activos y Talleres de Prevención de Accidentes

Uranga Fraiz, Maria Aranzazu¹; Gomez Alcalde, Jose Luis¹; Bengoechea Ocio, Lucía²; Garmendia Alvarez Aitziber²

¹Subdirección de Salud Pública y Adicciones de Gipuzkoa ²Comarca de Salud Publica Alto y Bajo Deba

Email de Contacto: edu1ss-san@ej-gv.eus

Introducción. La promoción de la salud exige la concertación de esfuerzos de diferentes sectores y especialistas. Así, las administraciones locales, los centros de salud, los centros educativos, las asociaciones de mayores y deportivas entre otros, tienen un rol fundamental en esta tarea. Es necesario, por tanto, que la participación de estos agentes se organice en torno a objetivos y metas comunes para el beneficio de la salud de la comunidad, en este caso para la promoción de la actividad física y reducción de la incidencia de caídas en personas mayores. Entre las acciones planteadas en este marco de acción se encuentra la de sensibilizar y capacitar a agentes locales que puedan actuar de manera coordinada promoviendo opciones activas entre la población. La formación es una herramienta imprescindible para llevar a cabo esta labor de sensibilización y de reorientación del enfoque de la promoción de la salud de una forma intersectorial y desde el ámbito local. Hemos llevado a cabo la organización de Talleres de Municipios Activos y Talleres de prevención de caídas para lograr la consecución de nuestros objetivos.

Objetivos.

- Aportar conocimientos y lograr la implicación de los agentes comunitarios que participan en el fomento de la actividad física y la reducción de la conducta sedentaria en Euskadi.
- Crear e integrar una red de profesionales de diferentes sectores que actúen como agentes comunitarios en la promoción de la actividad física a nivel local.
- Establecer mecanismos de colaboración local en la prevención de accidentes y potenciar las intervenciones comunitarias.

- Lograr un lenguaje común entre los profesionales de diferentes sectores (municipal, sanitario, educativo, social, etc.) que permita mantener un discurso unificado, claro y preciso; favoreciendo la relación interdisciplinar.
- Propiciar la perspectiva interdisciplinar y la coordinación en el abordaje de la promoción de la actividad física.
- Reducir la incidencia de caídas en personas mayores.

Metodología. La metodología de estos talleres es comunitaria, en la que el aspecto central es la creación de un grupo de trabajo en el nivel local del municipio o barrio en el que se va a impartir el taller. Este grupo está compuesto por: personal técnico del ámbito municipal (del área salud y/o deportiva y/o servicios sociales, urbanismo, policía local), personal sanitario del centro de salud y profesionales de la salud pública y personal del ámbito educativo. Sobre estos equipos de trabajo recae la responsabilidad de la organización e impartición del taller.

Principales resultados y conclusiones o aportaciones. Se han organizado un total de 2 talleres de municipios activos y un total de 20 talleres de prevención de caídas y de ellos han surgido diferentes grupos comunitarios que han hecho posible llevar a cabo diversos proyectos de promoción de la salud, como el diseño y adecuación de caminos y organización de grupos de caminantes y organización de talleres de frágiles. Debido a la reciente creación de estos grupos de participación comunitaria, los trabajos desarrollados son del ámbito de la promoción de la actividad física pero el objetivo es que se traten y desarrollen en ellos tantos temas como los grupos establezcan como prioritario.

SESIÓN 13. COMUNICACIONES ORALES

Promoción de la salud desde la AP (II)

41. ¿A quién recetan ejercicio físico en consulta en la población vasca? Factores asociados: un estudio transversal

Extremiana Egia, María

Email de Contacto: mariaextremiana@yahoo.es

Introducción. El cuerpo humano fue diseñado para moverse y necesita, por tanto, actividad física regular para funcionar de manera óptima y evitar la enfermedad. El estilo de vida actual lleva a muchas personas a pasar más de 7 horas diarias sentadas, y el sedentarismo aumenta con la edad. Sin embargo, la práctica de actividad física en las sociedades occidentales es escasa. Los resultados de la VI Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca indican que el 31% de la población adulta no cumple con los mínimos establecidos por la OMS en la práctica de actividad física en el tiempo de ocio. El porcentaje es mayor en las mujeres (34%) que en los hombres (27%), y la brecha de disparidad es constante en todos los grupos de edad. Los médicos de base de los sistemas públicos de salud tienen una posición estratégica para realizar consejo breve y asistir a pacientes físicamente inactivos.

Objetivo. Estimar la proporción de personas con enfermedades de larga duración a las que se aconseja actividad física cuando son atendidas en el Servicio Vasco de Salud e identificar factores asociados con dicha práctica.

Metodología: Estudio transversal. Fuente. Datos extraídos de la VI Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca. Tamaño muestral. $n = 6.418$ sujetos. Mediciones principales. Para caracterizar la variable dependiente (consejo de actividad física) se analizan variables clínicas de exposición y factores sociodemográficos. Las variables independientes clínicas (crónicas y subgrupos: cardiovasculares, diabetes mellitus y dislipemias, patología osteoarticular crónica, problemas de salud mental, enfermedades respiratorias crónicas, neoplasias y las sociodemográficas (edad, clase social, nivel de estudios) se incluyen en modelos de regresión logística multivariantes estratificadas por sexo. Los análisis (simple, estratificado y modelos con regresión logística multivariante) se llevaron a cabo con el paquete estadístico SAS 9.2. Todos los análisis fueron ajustados por el factor de ponderación y el nivel de significación estadística que se estableció en $p < 0,05$. Se determinaron Odds ratio (ORs) con un intervalo de confianza (IC) del 95% en comparación con el valor de referencia para cada variable dicotomizada.

Resultados. La oferta de consejo de actividad física difiere significativamente entre pacientes crónicos (47%) y no crónicos (34%). La OR de recibir consejo sanitario sobre actividad física en visita de atención primaria siendo crónico es un 71% mayor que en pacientes sin patología crónica ($OR = 1,71$; IC [95%] 1,54 a 1,90). Cuando el paciente sufre diabetes, dislipemia y/o problemas cardiovasculares, entonces la probabilidad de que el paciente reciba prescripción de actividad física aumenta significativamente (OR patología metabólica = 2,1; IC (95%) 1,86 a 2,38 y OR patología cardiovascular = 1,99; IC (95%) 1,79 a 2,23). Pero más allá de las variables clínicas hay otros factores independientes que influyen decisivamente en la oferta. Para ambos sexos la oferta de servicio presenta un claro efecto gradiente por grupos de edad entre los 15 y los 65 años, pero la probabilidad de recibir consejo es siempre menor en mujeres.

Conclusiones/Aportaciones. A la luz de los resultados obtenidos en la ESCAV'13, parece que el sedentarismo y la inactividad física son más frecuentes en las mujeres en todos los grupos de edad. De igual manera, las mujeres

acuden más que sus congéneres a las consultas de AP, tanto en frecuencia como en ratio. Sin embargo, los hombres son más preguntados sobre su actividad física en comparación con las mujeres, y en general están más satisfechos con la actividad física que practican. Este fenómeno social ("double set back") se observa en otros estudios poblacionales en países desarrollados, llegando a resultados similares (plausibilidad biológica).

49. **Análisis de la implementación de la promoción de la salud en los centros sanitarios de la red HPH-Catalunya**

Juvinyà Dolors¹; Santiñà Manel¹; Simón Rosa¹; Pérez Ana Carol¹; Briansó Maria¹; Ibañez Rocío¹; Ballester Mónica¹; Monteis Jaume¹; Serra Marisa¹; Romero Nené¹

¹Cátedra de Promoción de la Salud de la Universitat de Girona

Email de Contacto: catedrapromociosalut@udg.edu

Introducción. La red de Hospitales y Centros Promotores de la Salud de Catalunya (HPH-Catalunya) nació en 2007 y empezó su actividad en 2008. Actualmente está formada por 23 centros sanitarios. Su misión es liderar la diseminación e implementación de la promoción de la salud en la región catalana, promoviendo la incorporación de conceptos, valores, estrategias, estándares e indicadores en su estructura y cultura organizacional. La red catalana es la única red HPH en España. Esta recibe el apoyo de la Cátedra de Promoción de la Salud de la Universidad de Girona y de la Agencia de Salud Pública de la Generalitat de Catalunya. En el año 2011 se caracteriza dentro de la red catalana por ser el año en que se reorganizó, dándole una estructura similar a la de la red internacional. Esta comunicación presenta los resultados finales del plan estratégico 2011-2014. El plan estratégico tiene como finalidad diseñar estrategias de mejora de los pacientes, familiares y profesionales, facilitando la comunicación con otros centros asistenciales y la comunidad de la atención. En 2011 se diseñó un plan estratégico para el periodo 2011-2014 con 7 líneas de trabajo con el objetivo principal de cumplir los objetivos marcado por el plan de acción de la red HPH internacional. Al finalizar este periodo se han validado los resultados 2011-2014.

Metodología. El plan estratégico 2011-2014 está formado por 7 líneas de trabajo:

1. Incrementar la implantación de la red en todo el territorio catalán. 2. Incrementar la visibilidad de la red. 3. Alianzas estratégicas con otros organismos. 4. Desarrollar recursos para implantar la promoción de la salud en los centros adheridos. 5. Consolidar la organización interna de la red. 6. Formación en promoción de la salud. 7. Producción y difusión de evidencia científica en promoción de la salud

Resultados. Al terminar el año 2014, después de 4 años de la creación del ya mencionado primer plan estratégico de la red HPH-Catalunya, de los 33 objetivos descritos, 30 habían sido logrados y 3 habían sido descartados. Esto significa que en terminar el periodo 2011-2014 el 91% de los objetivos habían sido alcanzados.

Conclusiones/Aportaciones. El movimiento de HPH ha representado para los centros de la red Catalana la oportunidad de dar mayor visibilidad a programas y acciones en promoción de la salud que se estaban llevando a cabo. El hecho de ser miembro de la red permite identificar y compartir buenas prácticas, proyectos de investigación y participar en grupos de estudios internacionales. El plan estratégico ha sido una muy buena herramienta para lograr los objetivos en promoción de la salud, tanto a nivel regional, nacional como internacional de forma efectiva. La creación del plan estratégico 2011-2014 permitió el desarrollo, crecimiento y consolidación de la red HPH-Catalunya.

69. Experiencia de actividades comunitarias, en un área básica de salud rural, dirigidas a la promoción y prevención de la salud

García Hinojosa, Joana¹; Estela Abad, Carme¹; Manuel Marti, Blanca¹; Roca Burillo, Carlos¹; Asensio Maials, Albert¹; Polo Sentañes, Montse¹

¹Área Básica de Salud Lleida Rural Nord. Gestio de Serveis Sanitaris

Email de Contacto: croca@comll.cat

Introducción. La conexión entre los profesionales del área básica de salud (ABS) y su población de referencia es un instrumento básico para la prevención y la promoción de la salud, y un elemento de calidad del equipo de atención primaria. Favorece la óptima transmisión de información en salud y acerca los servicios de salud a la comunidad.

Objetivos.

- Transmitir información en salud de calidad a la comunidad dirigida a la prevención y promoción de la salud.
- Conseguir un trabajo conjunto, coordinado y participativo entre los profesionales de la salud y las asociaciones comunitarias.
- Capacitar al individuo y a la comunidad como principales agentes de su salud.
- Concienciar sobre la importancia de los hábitos de vida saludable.

Metodología. Concreción del Plan Comunitario. Elaboración en tres fases: 1) Búsqueda de indicadores de salud locales con diagnóstico de salud y identificación de agentes sociales comunitarios (actores y grupos de interés). 2) Diseño y presentación. 3) Evaluación y memoria. Ejes de interés: 1) Materno-infantil 2) Niños y adolescentes 3) Adultos 4) Tercera edad 5) Atención a la cronicidad 6) Nuevas tecnologías y salud.

Programas priorizados según el Plan de Salud 2011-2015 de la Generalitat de Catalunya:

— Nereu: Dirigido a prevenir el sedentarismo y la obesidad infantil con conductas saludables en actividad física y alimentación. Sesiones conjuntas: niños, familias, profesional del ABS, profesionales de pediatría y licenciados en educación física.

— Salud y Escuela: Potenciar la coordinación de los servicios educativos y sanitarios en acciones de promoción de la salud y de atención al alumnado. Ejes actuación: salud mental, salud afectiva y sexual, consumo de drogas, trastornos de la conducta alimentaria. Actores: Enfermera referente, alumnos de ESO, profesorado y otros profesionales.

— Programa Paciente Experto y Atención a la cronicidad: potencia la auto-responsabilidad de los pacientes y el auto-cuidado mediante la transferencia y el intercambio de conocimientos entre el paciente experto y el resto de los pacientes. Actores: paciente experto, grupo de pacientes y referentes del ABS.

— PAFES – Plan de Actividad Física Deporte y Salud: promueve el ejercicio físico. Participan grupos de pacientes, referentes del ABS, entidades locales.

— PAPSF – Programa Atención Primaria Sin Humo. Trabajo conjunto entre grupo de pacientes, referentes del ABS y entidades locales.

— Jornadas de salud: transmitir contenidos de prevención y promoción de la salud fomentando el auto-cuidado. Colaboración entre profesionales y entidades. Temas: abarcando todas las especialidades y disciplinas de la salud.

— Celebración de días mundiales: Alzheimer, SIDA, ejercicio físico, fibromialgia...

— Otras actividades: charlas en centros educativos, grupos de crianza, masajes a bebés, preparación al parto, exposiciones, programas de radio...

Resultados. Programa Nereu: 2 ediciones. 15 familias, 22 charlas y 3 talleres por edición. Programa Salud y Escuela: 3 cursos escolares: 12 charlas "sexualidad", 4 charlas "alcohol", 4 charlas "alimentación" por curso. Programa Paciente experto: Tema: Tratamiento anticoagulante oral. 2 ediciones. 15 usuarios implicados. Programa PAFES: 11 caminatas populares, 620 participantes; 6 charlas: 210 participantes; 5 talleres de marcha nórdica: 20 participantes; exposición en los consultorios. Programa PAPSF: 3 charlas: 80 participantes; 3 talleres: 80 participantes; 1 programa radio; exposición en consultorios locales. Jornadas de salud: 11 ediciones en Alpicat, 7 Torrefarrera, 3 Rosselló, 2 Corbins y 1 Vilanova de la Barca. 100 actividades, 200 profesionales, entre 50 y 200 asistentes por sesión según municipio. Destacan los temas: pediatría y salud escolar (22%), seguido por salud pública y hábitos de vida saludables (11%). Participación en 5 días mundiales, más de 10 intervenciones y colaboraciones en programas de radio y televisión locales.

Conclusiones/Aportaciones. El conjunto de las actividades comunitarias contribuyen a establecer un vínculo entre los profesionales, entidades locales y su comunidad de referencia y sirven de medio de transmisión de contenidos preventivos y de promoción de la salud. La creación de espacios de encuentro ha facilitado la interrelación y la formación de grupos de pacientes con patologías afines, formando grupos reducidos para la práctica de ejercicio físico y para el intercambio de información sobre sus patologías. Estamos evaluando si la transmisión de información directa y participativa en temas de salud, y la auto-responsabilidad y el auto-cuidado en salud transformarán las demandas de nuestros usuarios hacia una mejora de la calidad asistencial.

73. Iniciativa comunitaria para la promoción de la salud de los adolescentes de Zumarraga y Urretxu

Blanco Egaña, Maria¹; Errasti Aizpurua, Nagore²; Plazaola Muruguza, Tomás²; Perez de Arenaza Ruiz de Munain, Resurrección³; Larrañaga Cortabarria, Idoia³; Aramburu Garate, Salomé³

¹Gobierno Vasco; Departamento de Salud; Subdirección de Salud Pública y Adicciones de Gipuzkoa ²Comarca de Salud Pública de Tolosa-Goierri ³Osakidetza, Centro de Salud de Zumarraga-Urretxu

Email de Contacto: edu2ss-san@euskadi.eus

Introducción. La adolescencia un periodo vital en la toma de decisiones que afectan a la salud presente y futura, y que habitualmente vive desvinculado de los servicios de salud. Según la Carta de Ottawa (1986) «La promoción de la salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud». Por lo anterior, se plantea la creación de una red local de salud (RLS) en la comunidad de Zumarraga-Urretxu, que permita un abordaje global e integral de las necesidades de este colectivo.

Objetivo. Construir una RLS integrada por los diferentes agentes comunitarios de Zumarraga-Urretxu que trabajen con los adolescentes, potenciando sinergias y compartiendo experiencias y conocimientos. Esta red trabajará para mejorar los niveles de salud de la población adolescente mediante la autogestión de su salud, facilitándoles herramientas y promoviendo conductas y hábitos de vida saludables.

Metodología. A finales de 2011, el Centro de Salud de Zumarraga-Urretxu se planteó la posibilidad de desarrollar proyectos de abordaje comunitario. Tras reflexionar, se decidió trabajar con la población adolescente, ya que era un área de enfermería no abordada por el Centro de Salud hasta entonces. Enfermeras del Centro se reunieron individualmente con los agentes comunitarios de Zumarraga-Urretxu que tenían una relación profesional con los adolescentes, para explicarles el proyecto e invitarles a formar parte de la RLS. A finales de 2011, se convocó en el Centro de Salud la primera reunión, donde se presentó una propuesta de trabajo. Confirmado el compromiso de los agentes comunitarios se elaboró un Borrador del Programa. Desde entonces nos reunimos una vez al mes representantes locales de: Atención Primaria (dinamizadoras de las reuniones), Salud Mental, Salud Pública, Centros Escolares, Ayuntamiento y Ertzaintza. Los temas tratados incluyen: alimentación, adicciones, gestión de emociones, educación afectivo-sexual y primeros auxilios. En estas reuniones, se detectan y valoran las necesidades y tras priorizarlas se organizan actividades para satisfacerlas. Asimismo, se realiza su evaluación.

Resultados. El resultado principal ha sido la creación de la RLS y su mantenimiento en el tiempo. El Borrador del programa se elaboró en el curso 2011-12, previa revisión bibliográfica y recogida de necesidades de los adolescentes a través de encuestas o por los profesionales que están junto a ellos. Aprovechando la vacunación Difteria-Tétanos a los adolescentes de 16 años, enfermería realizó una revisión de salud Individual y encuesta sobre hábitos saludables. En 2013, se presentó a la comunidad el Programa de Intervención Comunitaria para los adolescentes de Zumarraga-Urretxu, junto con la conferencia “La comunicación con los adolescentes; clave para su salud” impartida por el psicólogo Hernán Cancio. Las actividades del grupo se han desarrollado en tres líneas en función de los receptores de las mismas. En relación a los padres/madres, en 2015 se ha desarrollado la sesión “Nuevas tecnologías y juego con apuestas en los adolescentes: ¿conocemos los riesgos?”. Dirigidas a los adolescentes, se han desarrollado actividades puntuales y otras repetidas a lo largo de los años: Taller “Desayuno Saludable”; programa «Aulas sin humo»; charlas sobre drogas ilegales; debate sobre estrategias de publicidad relacionadas con drogas; sesión de nuevas tecnologías y juego con apuestas; taller de primeros auxilios, información y visita a la matrona. Para la formación de los miembros de la RLS se desarrollaron las sesiones: “Adolescencia, época de cambios”, “Adolescencia y consumo de sustancias”, Curso “prevenir el suicidio en adolescentes” y “Drogas ilegales y legislación”. En 2013-2014, el tema priorizado fue el abordaje de las adicciones. Para responder a esta necesidad se creó un subgrupo que trabajó con el objetivo de desarrollar un Plan local de adicciones para Zumarraga-Urretxu. El Plan no se ha desarrollado, sin embargo, la RLS sigue buscando nuevas vías para el abordaje comunitario del tema.

Conclusiones/Aportaciones. El trabajo en red facilita la valoración de la comunidad (adolescentes y su entorno), identificando de forma veraz sus necesidades y recursos disponibles. Además, el trabajo intersectorial permite optimizar recursos para responder a esas necesidades. Así, las actividades desarrolladas cumplen con el objetivo inicial de ayudar a los adolescentes en la autogestión de su salud. Se plantea necesario definir una estrategia para incluir adolescentes-progenitores en la dinámica de la RLS.

95. Estrategia de Grupos Socioeducativos, promocionando los activos en salud desde atención primaria

Escalona Labella, Isabel¹; García Roldán Patricia¹; Llamas Martínez, M^a Victoria¹; García-Cubillana Pablo¹

¹Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales

Email de Contacto: patricia.garcia@juntadeandalucia.es

El Sistema Sanitario Público Andaluz lleva a cabo desde el año 2010 la Estrategia de Grupos Socioeducativos en Atención Primaria (GRUSE), estrategia de Promoción de la Salud con enfoque de género. Está basada en el Modelo de salutogénesis iniciado en los años 70 por Antonovsky, que persigue impulsar una vida más agradable, productiva y satisfactoria, en la que un buen estado de salud mental permita producir, relacionarse, adaptarse, hacer frente a la adversidad y contribuir a la construcción de la comunidad. De manera general, los GRUSE-M se dirigen a mujeres adultas que presentan síntomas inespecíficos y/o emocionales sin explicación fisiológica aparente, junto a una percepción de incapacidad para manejar o afrontar situaciones adversas. Los grupos se organizan con un máximo de 15 personas y se distribuyen a través de un mínimo de 8 sesiones de 90 a 120 minutos. Son dinamizados por los Trabajadores Sociales de Atención Primaria de Salud de forma flexible. Las sesiones se organizan en base al siguiente esquema:

SESIÓN INICIAL DE APERTURA DEL GRUPO: presentación de participantes y realización de una valoración inicial del grupo, incluyendo la elaboración de un mapa de activos.

SESIONES 2 A 7: se trabajan contenidos temáticos y habilidades a desarrollar. En todas las sesiones cada participante descubre una forma personal de aplicar en su vida diaria lo aprendido. Se le motiva a potenciar un activo personal que necesita desarrollar y poner en práctica.

SESIÓN DE CIERRE: Discusión de conclusiones generales de la experiencia. Además se reflexiona sobre posibles vías de continuar el trabajo grupal que han iniciado fuera del ámbito de los servicios sanitarios y se presentan recursos de la comunidad que puedan utilizar en adelante.

Objetivo. Desarrollar talentos personales a través de una metodología grupal y potenciar habilidades para un afrontamiento saludable de las dificultades de la vida cotidiana, todo ello bajo un enfoque de género y de activos en salud.

Metodología. Esta estrategia se basa en la intervención grupal y se establecieron varias fases: Diseño de materiales por grupo de expertos/as. Formación de profesionales que conlleva, en su parte práctica, la puesta en marcha de los GRUSE. Incorporación al contrato-programa del SAS desde 2012. Encuentro de profesionales. Formación virtual especializada. Proyecto de investigación con fase cualitativa finalizada y fase cuantitativa en desarrollo Encuentros de mujeres. Inicio del proceso de ampliación de perfiles.

Resultados. Han participado del 2012 al 2014 un total de 7800 mujeres. En 2014, 4318 mujeres, en 416 ediciones, finalizando 3273, por lo que la tasa de fidelización es del 75,80% El 37,29% fue captada por Trabajo Social, el 31% por otros profesionales de Atención Primaria, el 17,12% por iniciativa propia y el 14,53% por otras derivaciones. 305 Unidades de Gestión Clínica de Atención Primaria han realizado GRUSE de las 388 que existen, es decir, el 78.61%. Se han formado hasta 2014 a más del 85% de profesionales entre los que desarrollan la estrategia. A los Encuentros provinciales de mujeres han acudido 531 personas con alto nivel de satisfacción. En el estudio cualitativo para evaluar la implementación de la estrategia realizado, se han recogido testimonios sobre el impacto positivo en salud de estos grupos.

Conclusiones/Aportaciones. Implantación extensa de los GRUSE en los Centros de Atención Primaria del SAS. El incremento en la fidelización de las mujeres, en general, implica una buena selección de los grupos en cuanto a perfiles, expectativas, etc. La estrategia está generando la integración en otros proyectos, impulsando la intersectorialidad. Implicación de los profesionales, tanto de educación para la salud y promoción de la salud como de trabajo social. Gran participación ciudadana en los Encuentros de mujeres. Impacto favorable detectado en el estudio cualitativo.

122. Promocionando Salud! En el barrio tenemos un Plan Comunitario. Salud y comunidad

Moreno Girao, M^a Cruz¹; Romera Punzano; M^a Teresa¹; Martínez Martínez, Maribel¹

¹ Área Básica de Salud La Roca del Valles, Barcelona, Cataluña

Email de Contacto: 24728mmg@comb.cat

Introducción. Los profesionales sanitarios del centro de salud del barrio de La Torreta de la Roca del Valles, municipio de 11.300 habitantes de la provincia de Barcelona. Se plantean explorar nuevas formas de abordar la salud con una visión biopsicosocial (entendida como el estado de la persona donde se es autónoma, dichosa y solidaria), y de interactuar con la comunidad, y teniendo en cuenta que desde la consulta solamente no se pueden atender todas las necesidades de las personas, las familias y la comunidad, sabiendo que fuera hay muchos otros profesionales con los cuales se puede coordinar para ofrecer una mejor atención. Deciden impulsar un Proceso de Intervención Comunitaria (PIC) La Torreta /La Roca del Valles.

Objetivo.

- Promover la participación responsable de la ciudadanía, técnicos y administración, en les actividades y redes sociales de nuestro barrio, para facilitar una buena coordinación de los recursos sociosanitarios existentes.
- Fomentar el auto cuidado y la corresponsabilidad activa de los ciudadanos, para ayudar a mejorar la salud y calidad de la vida de les persones y su entorno.
- Crear redes de apoyo social, laboral, familiar, y desarrollar propuestas de acciones orientadas a facilitar la inclusión social de infancia, inmigrantes, mujeres, jóvenes y personas mayores.
- Utilizar la pedagogía continuada de la educación para la salud, como forma de concienciación a la ciudadanía para conseguir cambios de comportamiento tanto a nivel de salud como de civismo, respeto, etc... hacia nosotros mismos y con relación a los demás.

Metodología. Con el objetivo de mejorar la salud y la calidad de vida de la ciudadanía apelando a su participación, fue fácil iniciar y promover el PIC. Se convocaron reuniones con técnicos (maestros, servicios sociales, técnicos municipales: de deportes, inserción laboral...), entidades del municipio (AMPAs, Asociación de vecinos, entidad de mujeres, centro personas mayores, centro de jóvenes...) ciudadanía e Instituciones Ayuntamiento, Consejo Comarcal, Generalitat.

Pasos que seguimos:

- Se presenta la iniciativa y se invita a participar a todos los agentes sociales y ciudadanía.
- Se crearon espacios de trabajo: Grupo Comunitario del PIC. Núcleo impulsor (espacio de técnicos) y grupo institucional.
- Se realizó un diagnóstico comunitario compartido por todos.
- Se presenta en una Jornada Comunicaría, con mesas temáticas. Se recogen las aportaciones de la jornada.
- Posteriormente se organiza un plenario comunitario, aprobamos el Dx comunitario y líneas estratégicas a seguir.

Y hemos desarrollado diferentes proyectos, en estos años: El PIC trabaja con una visión de protección y promoción de la salud y fomenta las actitudes saludables, cívicas y solidarias. Así desde el proyecto inicial. Evaluando y actualizando objetivos en plenarios anuales.

A partir del año 2006 el PIC recibe una subvención, reconocimiento al trabajo hecho, del Departamento de Bienestar i Familia de la Generalitat de Catalunya. A partir de este momento cuenta con una técnica comunitaria que coordina el proceso y le da sostenibilidad al mismo. En el año 2010 se crea una asociación de asociaciones con el nombre de Asociación PIC La Torreta (AAVV, Centro personas mayores, AASS mujeres, AMPA...) que actualmente es la que impulsa el proyecto.

Proyectos realizados: 2006-09 "Envejecer de forma saludable" hábitos de vida saludables, trabajando coordinadamente diferentes grupos del PIC, siempre con visión intergeneracional i familiar y en distintos espacios de trabajo: Centro personas mayores, escuela, instituto, centro de salud, centro cultural... Las actividades se trabajan durante todo el curso escolar, según el lema de cada año, culminando todo el trabajo en una jornada comunitaria festiva.

Temas:

— 2006 Dieta Mediterránea: A parar taula!

— 2007 Aprendiendo juntos a crecer con salud: Ejercicio físico

— 2008 El Agua fuente de vida y salud. los jóvenes y las nuevas tecnologías aplicadas a la salud, con una dimensión solidaria.

— 2009 Aprendiendo a compartir, solidariamente con las personas mayores y los niños. Crécer en cada etapa de vida, para vivir en bienestar y salud

— 2010-2012 Envejecer con salud un viaje de toda la vida, que se inicia en la infancia y llega hasta la vejez.

— 2013-2015 Actíivate, implícate con tu Comunidad!. Aquí ampliamos la oferta y hacemos actividades durante toda una semana "Semana por la salud al barrio", fomentando el día mundial de la salud i la actividad física.

Resultados. En los distintos actos la acogida y seguimiento por parte de la ciudadanía: niños padres, abuelos, toda la escuela, técnicos y profesionales del municipio., es muy importante (aproximadamente 400 personas). La influencia positiva en las dinámicas saludables de las familias, grupos de ejercicio, alimentación saludable es importante y facilita su interiorización al homogeneizar los mensajes saludables desde diferentes ámbitos.

Conclusiones/Aportaciones. Los Planes Comunitarios fomentan y coordinar la Salud Comunitaria, son una herramienta para mejorar la salud y la calidad de vida de las personas. Facilita una bona convivencia intergeneracional y potencia la capacidad de las personas y grupos para el abordaje de sus propios problemas, demandas y necesidades. Propicia la participación responsable de los ciudadanos y su corresponsabilidad en su salud.

71. Formar un grupo de participación comunitaria en un Centro de Salud; sí, se puede

Escartín Lasiera, Patricia¹; Gimeno- Feliu, Luis Andrés¹; Fortit García, Jonatan¹

¹CS San Pablo, Zaragoza

Email de Contacto: l4p4t1@gmail.com

Introducción. Como profesionales de Atención Primaria de Salud (APS) la atención a la Salud Comunitaria (SC) es parte de nuestra labor. La atención clínica dentro de las consultas no está enfrentada con la atención a la comunidad, sino que ambas se complementan y pueden ayudarnos a mejorar en nuestro trabajo. Por ello, en

la primavera de 2010 pensamos en crear un grupo de Participación Comunitaria (PC) en el Centro de Salud (CS) que nos permitiese desarrollar estas competencias colectivamente como profesionales de la salud y así mejorar la atención de nuestra comunidad.

Objetivo. Atender a las demandas de la comunidad adscrita al CS sobre temas que conciernen a su salud. Establecer, coordinar y mejorar las relaciones del CS con otras asociaciones e instituciones que trabajan temas de salud en el barrio. Crear un grupo estable de trabajo en PC y SC en el CS. Autoformación en SC: educación para la salud (EPS) grupal, determinantes sociales y salud (DSS). Apoyar al Consejo de Salud de Zona.

Metodología. El grupo de PC nació en 2010 a iniciativa de 3 profesionales del CS (2 residentes de medicina familiar y comunitaria y un médico de familia). Se realizó una sesión clínica con todo el Equipo de Atención Primaria (EAP) y de ahí surgió un grupo inicial de las interesadas (7-8 personas), con quienes se realizó un diagnóstico de la SC en el barrio. Se detectaron importantes carencias formativas entre los profesionales y se realizó una autoformación en EPS grupal (según el modelo de aproximación comunitaria) y SC (según el modelo del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria PACAP) y se establecieron los primeros contactos para ofertarse como un activo de salud más del barrio y para conocer la existencia o no de demandas concretas. Se trabaja con la premisa de que "El Centro de Salud no es el único centro de salud". Se realizan reuniones periódicas del grupo cada 2 meses (abiertas a todo el EAP), en las que participan unas 8 personas de media. Contamos con una lista de correo interna y un correo de comunicación externa. Todas las actividades se documentan y evalúan. Se recogen actas de todas las reuniones. Con toda la información se realizan memorias anuales que se presentan al EAP y dirección de APS. Realizamos sesiones informativas y formativas al EAP cada 3 meses. De forma bianual pasamos una encuesta de evaluación de la labor del grupo de PC a todo el EAP.

Resultados. Hemos conseguido un grupo estable, apoyado y valorado por el resto del EAP y recursos del barrio. Se realizan cada año más de 125 actividades/reuniones con la participación de unos 25 miembros del EAP; nos relacionamos con decenas de técnicos y directamente con unas 600 personas. Se han consolidado actividades como los Paseos Cardiosaludables, la participación en la Carrera del Gancho (fiesta comunitaria del barrio), diversos talleres de EPS (para pacientes diabéticos, en tratamiento anticoagulante, inmigrantes "sin papeles", trabajadoras sexuales...). Se participa transversalmente en los procesos comunitarios del barrio en coordinación con la Administración local. Asimismo se han establecido colaboraciones con otros CS cercanos para fomentar actividades como los Paseos Cardiosaludables. Hay una relación estrecha con recursos e instituciones del barrio con las que colaboramos asiduamente. Asimismo la existencia del grupo de PC sirve como recurso formativo para la formación de estudiantes y residentes (de enfermería y medicina) que pasen por el CS.

Conclusiones/Aportaciones. Contando con unos pocos profesionales concienciados y una buena labor de comunicación para evitar resistencias por desinformación, se puede reforzar el enfoque comunitario en un CS (tanto dentro como fuera de las consultas) que mejoren la salud de nuestros pacientes, las relaciones en el EAP y las redes entre ambos.

SESIÓN 14. COMUNICACIONES ORALES

Promoción de la salud en el entorno laboral

13. Red Andaluza de Centros de Trabajo Promotores de Salud

Dolz López, Francisco Javier¹; Gómez Molera, Carmen¹; Blanco Aguilar, Javier¹; Escalona Labella, Isabel¹

¹Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía

Email de Contacto: franciscoj.dolz.exts@juntadeandalucia.es

Introducción. La Red de Centros de Trabajo Promotores de la Salud en Andalucía es un lugar de encuentro que va a relacionar a los centros de trabajo, y a sus profesionales, con las áreas de promoción de la salud, la vigilancia y la salud laboral. Se promueve desde la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales y en ella tienen cabida los centros laborales de Andalucía que, bien con sus propios recursos o bien porque aplican la estrategia de Promoción de Salud en el Lugar de Trabajo (PSLT) de esta Consejería, ponen en marcha actividades de promoción de salud con sus profesionales. La Red pretende ser un espacio para compartir experiencias e intercambiar información sobre la promoción de la salud y sus objetivos principales son:

- Establecer un espacio común entre los profesionales que desarrollan actividades de promoción de la salud en su lugar de trabajo y estimular su desarrollo.

- Poner en común buenas prácticas sobre entornos y promoción de estilos de vida saludables en los centros de trabajo. Describir y debatir sobre los factores de éxito. Divulgar resultados.

- Establecer una infraestructura de conocimiento y compartir protocolos, recursos y guías de apoyo para la implementación de la promoción de la salud en el lugar de trabajo.

- Dinamizar con y entre los centros de trabajo las iniciativas de promoción de la salud.

- Contrastar e intercambiar ideas, analizar y discutir proyectos de intervención en promoción de la salud.

El interés es que participe el mayor número posible de centros de trabajo que realicen, hayan realizado o vayan a realizar iniciativas de promoción de la salud, tanto propias como externas, a través de los profesionales de sus servicios de prevención de riesgos, salud laboral u otros departamentos implicados. Naturalmente la adhesión a la Red es voluntaria. Para ser miembro es necesario que la dirección del centro manifieste su interés por formar parte de la misma comprometiéndose a desarrollar alguna iniciativa de promoción de la salud relacionada con el tabaquismo, alimentación saludable, actividad física, promoción de la salud mental o gestión del entorno. A la hora de solicitar la Inscripción a la Red, la dirección del centro tendrá que designar al profesional o profesionales que coordinen estas tareas. Esas personas serán las referentes de la promoción de la salud en ese lugar de trabajo y, a efectos prácticos, miembros activos de la Red.

Los beneficios para los integrantes de la Red son, entre otros:

- Disponer de información especializada sobre iniciativas de promoción de la salud en el lugar de trabajo sólo accesible para los profesionales de los centros de trabajo adscritos.

- Intercambiar conocimientos y aportar otros nuevos. Participar en foros como opción de intercambio rápido y eficaz de ideas.

— Dar difusión a proyectos propios e iniciativas de actuación; compartir y discutir experiencias y mejorar prácticas. Ampliar los contactos entre los profesionales de estas áreas.

— Acceder a nuevas áreas y metodologías de intervención en promoción de la salud en el lugar de trabajo.

Actualmente contamos con 84 centros de trabajo adheridos y más de 100 miembros en la Red, pertenecientes a sectores tan diversos como el industrial, servicios, hortofrutícola o centros de trabajo de la Administración.

51. “A tu Salud” Salud y Calidad de Vida en Mahou San Miguel

Palencia Alejandro, Manuel

Mahou San Miguel

Email de Contacto: mpalenciaa@mahou-sanmiguel.com

El proyecto “A tu salud” con un recorrido de 15 años es un programa novedoso, diseñado y creado para el beneficio directo de los trabajadores y que aporta un valor añadido a la labor realizada en el Departamento de Personas y Organización y en concreto de Seguridad, Salud y Bienestar. El objetivo fundamental de este proyecto es ayudar a la mejora de la calidad de vida de nuestros trabajadores, identificando y evaluando, factores de riesgo que puedan afectar a la salud del individuo, no solo en el entorno de trabajo sino también considerando todos aquellos factores externos que estén relacionados con sus hábitos personales y actividades extra laborales. Prevención de Riesgo Cardiovascular y Síndrome Metabólico, Escuela de espalda, Programa de Prescripción del Ejercicio, Alimentación Saludable, Envejecimiento Activo, Recuperación Funcional de Lesiones Musculo Esqueléticas, Taller de Felicidad, son entre otros los programas que se ponen a disposición de los trabajadores de Mahou San Miguel. Estos programas son personalizados, apoyados por equipamiento de evaluación previa y desarrollados por profesionales de los servicios médicos de la empresa. Todos ellos tienen un cronograma para su control y seguimiento. Como datos relevantes, en los últimos 10 años se han reducido un 77% las bajas por patologías músculo esqueléticas y, realizado un estudio epidemiológico avalado por el CSD sobre el programa de prescripción del ejercicio, uno de los resultados más relevantes es que el ROI de este programa es de 2,9 euros.

82. La salud; un valor estratégico para las empresas

Mayorga Mas, Rafael

Mutua Navarra

Email de Contacto: rafael.mayorga@mutuanavarra.es

Introducción. Vivimos momentos de cambio que han puesto en entredicho muchos de los paradigmas que fundamentan los principios que rigen las empresas. Los modelos de gestión del absentismo no cubren suficientemente las demandas actuales de mejora productiva y sostenibilidad, demostrando con ello la necesidad de evolucionar hacia conceptualizaciones más amplias que engloben el bienestar en el trabajo y la satisfacción

laboral como factores impulsores de aquellas empresas que quieren diferenciarse y mejorar. Entendemos que ha llegado el momento de ampliar el ámbito de actuación empresarial a la gestión de la salud, considerándolo un factor estratégico y diferenciador de progreso que transforme la visión limitada del análisis de los factores de riesgos que ocasionan lesiones y ausencias por salud, y nos lleve a potenciar el valor de la salud individual y colectiva. A su vez, debemos ser capaces de reorientar los esfuerzos empresariales a fomentar la presencia en el lugar de trabajo en buena calidad de vida, reemplazando las fórmulas poco efectivas de control de las ausencias.

Objetivo. Se centran, básicamente en cuatro. 1. Crear un espacio de debate abierto para cuestionar las razones por las que, de forma tradicional se viene actuando en la gestión del absentismo casi con exclusividad desde el control de las ausencias derivadas de accidentes y daños a la salud como objetivo de acción en lugar de como medio para alcanzar mejoras en el conjunto de personas que conforman cada organización. 2. A través del debate y discusión identificar las limitaciones del modo actual de gestión de riesgos y daños, y desde allí valorar la conveniencia o necesidad de otros modelos que permitan mejorar la capacidad funcional, el bienestar laboral y rendimiento laboral. 3. A través del análisis de datos y evidencias, propiciar la reflexión acerca de los valores (individuales y colectivos) que supone potenciar la salud como un factor de éxito para cualquier empresa que aspire a mejorar sus resultados y el bienestar de su organización. 4. Elaborar de forma consensuada un modelo de gestión de la salud, que ayude a transformar los modelos tradicionales de gestión del absentismo y de riesgos laborales hacia modelos “salutogénicos”, de fomento del bienestar físico, mental y social de la población laboral, tal como lo establece la Organización Mundial de la Salud.

Metodología. 1. Creación de un grupo de trabajo de responsables de Recursos Humanos de empresas de diferentes sectores de actividad. 2. Dinámica de grupo, con reuniones dirigidas y temáticas focalizadas hacia los objetivos específicos establecidos. 3. Puesta en común de conocimientos y compartir experiencias, opiniones y realidades empresariales relacionadas con la gestión actual de las personas, el absentismo y necesidades emergentes. 4. Uso de técnicas analíticas (tipo DAFO), debate y argumentación para identificar factores limitantes y potenciadores de la gestión de la salud.

Resultados. 1. Existe una opinión generalizada sobre la ineficacia de los métodos tradicionales de gestión de las ausencias al trabajo por motivos de salud que no logran alcanzar los objetivos propuestos. 2. Se reconoce la necesidad de cambio de enfoque de estos modelos para dar un salto cualitativo y cuantitativo hacia otra forma de gestionar que potencie la salud, la presencia y el bienestar laboral. 3. Son escasos los esfuerzos de divulgación y concienciación empresarial y social sobre los beneficios que reporta potenciar y mejorar los niveles de salud (individual y colectiva), de los trabajadores y los estilos de vida hacia modelos más saludables. 4. Existe consenso al reconocer que los lugares de trabajo son escenarios idóneos para transmitir y concienciar sobre los beneficios de la salud. 5. Para lo anterior se requiere un modelo de la gestión de la salud que, respetando la voluntariedad de cada persona, permita configurar un plan estructurado de actuación en salud, y que conduzca a generar trabajadores más sanos en organizaciones saludables.

Conclusiones/Aportaciones. Los modelos existentes de control del absentismo, son insuficientes para lograr en la actualidad una mejora competitiva y sostenible de una empresa. Por ello, dada la trascendencia que una buena salud tiene no sólo en el incremento de los niveles de presencia de los trabajadores sino fundamentalmente en el aumento de los ratios de bienestar, satisfacción y rendimiento laboral, la promoción de la salud en el trabajo se convierte en un modelo necesario de intervención para incrementar la rentabilidad empresarial y los beneficios a la sociedad.

75. Experiencias de promoción de la salud en la Autoridad Portuaria de Bilbao. El proyecto Portu Osasuntsua

Calvo Larrondo, Joseba Gotzon

Área de Promoción de la Salud de la APB

Email de Contacto: jcalvo@bilbaoport.es

Introducción. La Autoridad Portuaria de Bilbao propone la creación de un espacio laboral que proteja, promueva y apoye el bienestar físico, mental, y sociocultural de los trabajadores. Para ello ha puesto en marcha el proyecto de Promoción de la Salud en el Trabajo, Portu Osasuntsua, dentro del cual se desarrollan diferentes acciones, mejoras, programas, campañas y estrategias. Entre los años 2010 y 2014, se estableció el embrión de los que hoy conocemos como Portu Osasuntsua, al fijar como estrategia dentro de las políticas de salud de la APB, el abordaje de los principales problemas de salud de la comunidad, como son las enfermedades del sistema circulatorio, los tumores y las enfermedades del sistema respiratorio mediante la realización de diferentes campañas preventivas, tales como despistaje del cáncer de pulmón, del cáncer colorrectal, de isquemia silente, y varias campañas de deshabituación tabáquica grupal. Además de las medidas preventivas consistentes en un diagnóstico precoz, se establecieron las primeras pautas “saludables” en aspectos tales como alimentación, ejercicio físico, tabaquismo, etc.

Objetivo. El objetivo principal de la Autoridad Portuaria de Bilbao es lograr un nivel óptimo de salud entre la población trabajadora, así como lograr un entorno profesional más saludable. La forma de alcanzar dicho objetivo será mediante la puesta en marcha del proyecto Portu Osasuntsua, como forma de canalizar todas las acciones que se realicen en este sentido entre todos los agentes implicados. En definitiva, se trata de ir más allá de la prevención y poner en marcha una serie de medidas encaminadas a la promoción y fomento de la salud en el trabajo, mejorando la organización y el entorno laboral, fomentando la participación de los trabajadores, ofreciendo opciones saludables y animando al desarrollo personal.

Metodología. Este proyecto se compone de estrategias, programas, campañas y acciones. Estrategias, como la que estamos llevando a cabo entre los años 2014 y 2016 en relación a los riesgos cardiovasculares. Esta estrategia a su vez incluye campañas preventivas, como la realizada el año 2014 de ecografía de troncos supraorticos, acciones formativas para los empleados, el programa de alimentación saludable y el programa de fomento al deporte.

Resultados. El programa de alimentación saludable trata de mejorar la alimentación de los empleados, con medidas como la instauración del proyecto europeo FOOD, colaboración de la empresa de restauración con el servicio médico a la hora de confeccionar y elegir las diferentes dietas, el cambio de la composición de las máquinas de vending, la oferta de fruta de temporada en los lugares comunes de la empresa, etc.

El programa de fomento al deporte incluye la oferta de carnets de polideportivo, salidas programadas tanto de bicicleta, como salidas al monte o a esquiar, financiación de pistas de deporte, etc. Realizamos asimismo acciones informativas con una nutricionista de forma trimestral, una cardióloga y toda la información queda recogida en el portal del empleado, una herramienta informática desde la que se pueden consultar todos los datos relativos al programa Portu Osasuntsua.

Conclusiones/Aportaciones. La Autoridad Portuaria de Bilbao está comprometida con el bienestar de sus trabajadores; y trabaja cada día por ser una empresa saludable no solo desde la prevención, desde la promoción de la salud también.

111. Promoción del riesgo cardiovascular desde la ecografía

López Pérez, Javier¹; Barceló Galínez, Pablo¹; De la Cruz Vicente, Juan Carlos¹; Campa Vidal, Santiago¹; Uria Aguirre, Ángel¹

¹Bridgestone Hispania SA

Email de Contacto: javier.lopezperez@bridgestone.eu

Introducción: Con el mayor acceso en la actualidad de la ecografía en todos los campos de la salud proponemos un sistema de promoción de la salud colectivo del riesgo cardiovascular partiendo de unos datos de prevención individual dentro de nuestro ámbito laboral. Como herramienta principal de trabajo incorporamos la ecografía en el propio servicio médico en los programas de Promoción de Salud establecidos cada año. En el riesgo cardiovascular combinamos ésta herramienta con el uso del electrocardiograma, analíticas y pruebas de esfuerzo.

Objetivos: promocionar la salud colectiva en función del riesgo cardiovascular. Basándonos en el uso de la ecografía de troncos supraaórticos y ecocardiografía como técnica preventiva inicial en el riesgo cardiovascular para introducir campañas colectivas de promoción de la salud en nuestro grupo.

Metodología: Se realizan ecografías en el Sº Médico del Sº de Prevención Propio de Riesgos Laborales dentro de la programación de las distintas campañas preventivas.

— Ecografía de Cuello: Tiroides y TSA Promoción de actividad cardiovascular y controles de hiperlipemias. Complemento de TSH y T3 en analíticas rutinarias de empresa.

— Ecocardiografía: Principalmente jóvenes deportistas con actividad laboral aeróbica.

Resultados:

Eco TSA 184

Normal, se realiza rastreo en territorio carotideo sin hallazgos.95%

Se aprecia placa fibrolipídica calcificada sin repercusión hemodinámica.5%

PROMOCION: EDUCACION Y CONSEJOS

En función estado ecográfico, grosor íntima media, placas carótida establecer plan individual de control del riesgo cardiovascular. En función de esos resultados individuales establecer plan de promoción colectivo, dietas saludables en el comedor, ejercicio físico en el gimnasio.

18% de los mayores de 51 años presentan alteración en la ecografía, establecemos una campaña de promoción de la salud en hábitos dietéticos, dietas personalizadas y de ejercicio en ese tramo en concreto.

4.6% de alteraciones en tramo de 41 a 50 años. En este caso la campaña de promoción concreta colectiva está dirigida a reducir si o si el colesterol en ese tramo de edad.

Ecocardiografías: 50

PROMOCION: EDUCACION Y CONSEJOS

Realizar actividad aeróbica (laboral y extralaboral) bien planificada y con control médico (pulsometría, tensión arterial, etc).

Se realizan Electrocardiogramas, analíticas y pruebas de esfuerzo.

Se establecen campañas colectivas de promoción de salud en función de resultados y estratificación del riesgo. Basándonos en dietas saludables, reducir colesterol en ciertos tramos de edad y en promoción del ejercicio físico.

Conclusiones y Aportaciones: La ecografía es un método diagnóstico muy útil en la actividad médica diaria que además de servir para el diagnóstico de las diferentes patologías que se nos presentan nos puede ayudar en la promoción de la salud.

En esta campaña de riesgo cardiovascular nos sirve de refuerzo y nos permite observar el punto de base del cual partimos en cada trabajador de forma personalizada y evolutiva, al margen del diagnóstico preventivo que pueda dar lugar el acto ecográfico.

En concreto en el riesgo cardiovascular nos permite identificar y estratificar los riesgos presentes en nuestra empresa para impulsar campañas de promoción colectiva pero dirigida en este caso por tramos de edad.

SESIONES COMUNICACIONES PÓSTER

Sesión 1. Promoción en todo el sistema educativo, desde primaria a universitaria

Entorno educativo

9. Desayunos saludables en escolares de Cantabria

Gómez Soto, María

Graduada en Enfermería

Email de Contacto: mariagomezoto8@gmail.com

Introducción. La edad escolar constituye un momento importante para la consolidación de hábitos saludables. Mediante una intervención de educación para la salud se puede fomentar esa actitud, que se mantendrán en la etapa adulta (1). Las conductas saludables relacionadas con la alimentación favorecerán la disminución de la obesidad infantil y juvenil, que actualmente aumentan, constituyendo el problema nutricional más relevante en la sociedad vigente (2). La alimentación constituye un referente sociocultural. Refleja las creencias e influencias que son transmitidas de generación en generación. Además cada persona otorga un significado a la alimentación en función del ambiente en el cual se encuentra (1). La adquisición de conductas, no es algo fácil. Debe incluir tres dimensiones: conocimientos (saber), actitudes (querer) y habilidades (hacer) de la persona. Cuando todas estas fases se asientan, se logra de forma efectiva las conductas, en este caso referidas a la salud. (1, 2).

Por otro lado, se sabe que la dieta mediterránea ha sido considerada por la UNESCO patrimonio cultural inmaterial de la humanidad. De tal modo que tenemos el compromiso de respetarla y aceptarla. Está representada mediante la pirámide nutricional y es la considerada dieta saludable. Sin embargo, con la industrialización, la sociedad cada vez consume más alimentos procesados, induciendo hábitos poco saludables en niños y adolescentes (2). En España son cada vez más los niños y adolescentes que bien por prisas, sueño o pereza no desayunan antes de iniciar su actividad académica. El desayuno debe de contener del 20 al 25% del aporte diario de la dieta, es por lo tanto la segunda comida más importante, tras el almuerzo. Su calidad nutricional se favorece por la inclusión de lácteos, fruta e hidratos de carbono. Su supresión puede influir notablemente en el rendimiento académico y en la realización de actividad física (3) (4). Se ha demostrado que aquellos niños que no desayunan tienden a tener más problemas emocionales, académicos y de comportamiento (5). Así por ejemplo en un estudio realizado a 467 jóvenes de Guadalajara, se vio que la mejoría del rendimiento escolar estaba relacionada con los niveles de glucemia de los alumnos. Si se omite el desayuno, los niveles de glucosa bajan drásticamente interfiriendo en la fatiga de los procesos cognitivos. El hierro es otro de los elementos que aportamos en el desayuno, cuya ausencia se relaciona con la menor capacidad de atención y concentración en la escuela (3). El desayuno no solo influye en el rendimiento académico, sino que también se ha demostrado que aquellos chicos que no desayunan, reducen considerablemente la ingesta de nutrientes en el resto de comidas y por lo tanto el total de nutrientes ingeridos a lo largo del día (5).

De todo lo planteado se deriva la importancia del desayuno en los escolares. De tal modo que tomando como base la dieta mediterránea, enseñando conocimientos a través de una exposición teórica, impulsando sus actitudes y fomentando el desarrollo de habilidades a través de la práctica de la elección del desayuno, se pueda lograr eficazmente el hábito diario de un desayuno saludable.

Objetivo. General: Conocer las conductas relacionadas con el desayuno de los escolares del IES Fuente Fresno de Laredo de manera previa y posterior a la realización de la intervención de educación para la salud titulada “Desayunos saludables en el Instituto Fuentes Fresno” de Laredo. Específicos: Conocer las actitudes, habilidades y conocimientos acerca del desayuno que realizan de escolares en distintos momentos con respecto a la intervención de Educación para la salud. Comparar si tras la intervención de Educación para la Salud, esas actitudes, habilidades y conocimientos se han modificado con respecto a las anteriores a la intervención. Valorar la intervención Enfermera en el ámbito escolar.

Metodología. La intervención se divide en dos partes: en primer lugar, la enfermera encargada de la docencia imparte a los alumnos una pequeña exposición con los conocimientos acerca del desayuno saludable. Posteriormente se invita a los alumnos a una degustación preparada por la Escuela de Hostelería del propio instituto, en el cuál los alumnos observan y prueban las diferentes variedades que pueden tener para elaborar su desayuno saludable. Para la obtención de los datos se diseñó una encuesta que consta de 4 preguntas. La primera en la que se recoge si se realiza o no la conducta a estudio. En la pregunta número dos se quiere recoger información acerca de la calidad de ese desayuno. En la pregunta tres y cuatro se quiere objetivar y añadir información a las características de ese desayuno. Los cuestionarios se entregaron en varios momentos, previo a la intervención, el mismo día de la intervención al mes y a los tres meses. De esta forma se quiso observar si las conductas se han modificado, si siguen igual y cómo influye, en la misma, el paso del tiempo desde la intervención.

Resultados. Se está realizando la recogida de datos hasta el mes de abril. De modo que para el congreso estaría finalizada la recogida de los mismos.

Conclusiones/Aportaciones. Se puede comentar los pre-resultados. La mayoría de los alumnos reconocen desayunar todos los días. El principal cambio se observa en cuánto a la calidad del desayuno. Reconocen por ejemplo pasar de desayunar un vaso de leche, únicamente a introducir la fruta. El principal elemento en carencia de los desayunos de estos escolares.

44. Educación para la salud en primaria: análisis de elementos curriculares en las leyes educativas

Gabari, M.Inés¹; Sobejano, Marta¹; Sáenz, Raquel¹

¹Universidad Pública de Navarra/Nafarroako Unibertsitate Publikoa

Email de Contacto: igabari@unavarra.es

Introducción. La Educación para la Salud (EpS) siempre ha estado presente en la escuela con mayor o menor intensidad. Tal y como afirman Villa Andradá, Ruíz Muñoz, Cantero Regalado (2006, 45) “La educación para la salud es una herramienta para la promoción de la salud. El desarrollo armónico e integral del niño y su formación total, abarcando aspectos físicos, psíquicos y sociales, recomienda que la EpS se integre dentro del currículo educativo del país, especialmente en la educación preescolar y en la enseñanza primaria”. Inicialmente, las intervenciones escolares de salud se basaron en el modelo tradicional de prevención de enfermedades. En la década de los ochenta, con la formulación del marco teórico de la promoción de la salud en la Carta de Ottawa, empieza a cobrar fuerza una nueva idea de cómo abordar la salud en la escuela: su finalidad no está en evitar la enfermedad sino en promover estilos de vida saludables. En este sentido, organismos internacionales como Organización Mundial de la Salud, la Unión Europea y el Consejo de Europa han ido proponiendo una serie de criterios para incorporar el enfoque de promoción de la salud en

la escuela, con el objetivo de introducir en la comunidad educativa modelos de vida sanos en un ambiente favorable a la salud, mediante el reconocimiento de las dimensiones física, psicológica y social de la salud. Como consecuencia directa las diferentes Leyes Educativas en España han ido incorporando paulatinamente contenidos de la educación para la salud que deben ser tratados en la escuela, de forma transversal en las etapas de Educación Infantil y Educación Primaria (en la LOGSE de 1990, LOCE de 2002, LOE de 2006 y LOMCE de 2013) y como materia optativa en el último curso de Educación Secundaria (LOMCE, 2013).

Objetivo. Pretendemos identificar los posibles cambios que ha introducido la actual Ley Orgánica de la Mejora de la Calidad Educativa (2013) en el abordaje de la EpS a partir de los diferentes elementos curriculares prescriptivos.

Metodología. Se procede a un análisis comparativo de los textos legales que identifica el grado de integración de EpS en Educación Primaria en la ley orgánica de educación vigente.

Resultados. Los objetivos generales de etapa de la Educación Primaria, se centran en: “k) Valorar la higiene y la salud, aceptar el propio cuerpo y el de los otros, respetar las diferencias y utilizar la educación física y el deporte como medios para favorecer el desarrollo personal y social” y n) Fomentar la educación vital, y actividades de respeto que incidan en la prevención de los accidentes de tráfico”. Queda poco definido el abordaje de algunas dimensiones de la EpS. Los objetivos de Área, que concretaban en cada ámbito de conocimiento los objetivos generales de etapa, desaparecen en la LOMCE. En esta ley, la Educación para la salud sigue siendo tratada, en Educación Primaria, como elemento transversal, en los siguientes términos: 5) Las Administraciones educativas adoptarán medidas para que la actividad física y la dieta equilibrada formen parte del comportamiento infantil y 6) En el ámbito de la educación y la seguridad vial, las administraciones educativas incorporarán elementos curriculares y promoverán acciones para la mejora de la convivencia la prevención de los accidentes de tráfico. Al igual que en la LOE se identifican contenidos específicos en materias concretas como: Ciencias de la Naturaleza (bloques 1y 2) y Ciencias Sociales (bloques 1y 2) anteriormente Conocimiento del Medio Natural, social y cultural- además de en Educación Física (11 y 5). Aparecen contenidos en Educación Artística y en Valores Sociales y Cívicos (26 y 27), asignatura nueva que sustituiría a Educación para la Ciudadanía.

Conclusiones/Aportaciones. La Educación para la Salud en la Etapa primaria continúa siendo un tema transversal, no relacionado con unos contenidos ni con unos criterios de evaluación específicos. La visión del currículo oficial es bastante reduccionista a la hora de incluir de manera explícita dimensiones esenciales de la EpS como salud mental, afectividad y educación sexual, entre otros.

63. Sexualidad y Sistema educativo: con S de Salud

Pacheco González, Adriana¹; Del Hoyo Herrero, Ana¹

¹Colegio de Enfermería de Cantabria

Email de Contacto: adrianapachecogz@gmail.com

Introducción. La educación sexual debería ser un pilar fundamental en la educación de cada persona, impregna todas las etapas de la vida. Es difícil encontrar una definición para sexualidad; está sujeta a diferentes interpretaciones según el país, la cultura e incluso las creencias de cada persona, tiene un componente

subjetivo importante. La OMS entre 2002 y 2006 clarificó los términos: sexualidad, sexo y salud sexual. Los derechos sexuales son básicos y así lo manifestó la Declaración de Viena de 1993, al incluirlo en el marco de los derechos humanos de Naciones Unidas. En el contexto nacional, numerosas leyes hacen referencia a la salud sexual y reproductiva. Las Comunidades Autónomas, tienen diferentes referencias al tema. La de Cantabria se limita a derivar las consultas a diferentes instituciones de tipo social y/o institucional. Por estas razones quedan justificadas intervenciones en salud sexual en los centros escolares de la Comunidad Autónoma de Cantabria a través de un proyecto elaborado con rigor científico.

Objetivo. Promover una sexualidad saludable, comprobando si los conocimientos mejoran tras las sesiones.

Metodología. Proyecto de Educación para la Salud, cuantitativo e intervencionista, se imparte en el medio escolar según demanda de los propios centros. Está incluido en el Plan “Cuidamos de tu Salud” de la Fundación del Colegio de Enfermería de Cantabria. Las docentes son dos profesionales Graduadas en Enfermería. Se dirige a alumnos de Educación Secundaria Obligatoria y Formación Profesional. Las edades oscilan de 12 a 23 años. Durante el año 2015. Se realizan a través de un taller teórico práctico durante 90 minutos; con metodología interactiva, animando al alumnado a participar. Los contenidos didácticos son relacionados con el tema. Al comienzo y final de la sesión se realiza el mismo cuestionario para dar respuesta a los objetivos planteados. Se entrega un tríptico con cuidados sobre utilización del preservativo.

Resultados. Se presentan datos preliminares obtenidos de variables destacadas en una muestra de 224 alumnos de 4 centros escolares. La menstruación en relación con el deporte, al finalizar la sesión el 73,5% considera que es beneficioso para la salud. El porcentaje ha aumentado un 20,5%. La existencia del himen en las mujeres, el 70,4% considera que todas las mujeres que no lo tienen íntegro significa que han mantenido relaciones sexuales; tras la sesión el porcentaje de fallos desciende en un 40%. Los preservativos, el 52,12% de los alumnos desconocen que el preservativo, protege frente a las ETS. Tras la sesión el porcentaje de conocimientos en este tema aumenta en un 32%. Un porcentaje importante consideran la orientación sexual como una opción elegida, el 35%; y tras finalizar la sesión el porcentaje disminuye un 12,6%. Del mismo modo, un pequeño grupo 5,8% considera que la orientación sexual ‘tiene remedio aunque requiere paciencia’. Cabe destacar que esta opinión no sufre variaciones tras la sesión, incluso aumenta ligeramente hacia el 6,25%. El 96,4%, consideran los conocimientos y habilidades impartidos como muy útiles para su desarrollo en la vida.

Conclusiones/Aportaciones. El campo de la sexualidad está lleno de connotaciones y estigmas, lo cual se refleja en el análisis. Los resultados en conocimientos mejoran tras las sesiones en los contenidos objetivos: ETS y anatomía, incluso en los beneficios del deporte durante la menstruación. En contraposición, aquellos con influencia de la cultura y los valores, como el caso de la orientación sexual, son difíciles de transmitir. Algunos alumnos se muestran escépticos. Para mejorar estas actitudes se fomenta la empatía y la tolerancia con vídeos y debates que resultan enriquecedores y aportan dinamismo a las sesiones. En la interacción con los alumnos se observa el desconocimiento de que el canal del aparato reproductor femenino no es el conducto de excreción de la orina. Incluso dudan si por las vías oral y anal es posible la fecundación. Destaca el análisis relativo a las ETS, se aprecian carencias significativas. La mitad afirma no saber qué métodos previenen las ETS; sabiendo que un amplio grupo de jóvenes ha mantenido su primera relación y numerosos han consumido la píldora poscoital; el dato resulta preocupante. Una aportación relevante es el reconocimiento de las carencias formativas sobre el tema al que la sociedad, parece ajena; siendo necesario para el enriquecimiento personal y para la interacción saludable con el entorno.

87. Plan de actuación sanitario en el ámbito escolar

Bustinduy Bascaran, Ana¹; Rodriguez Ramirez, M. Carmen¹; González Zumeta, Ana Jesus¹; Barandiaran Bengoetxea, M. Elisabet¹; Larrañaga Padilla, M Isabel²; Gonzalez Etxabarri, Gema³; Grupo de trabajo de pediatras y enfermeras de salud escolar OSI Donostialdea

¹Osakidetza OSI Donostialdea ²Dpto. Salud Pública Gipuzkoa ³Dpto. Educación Gipuzkoa

Email de Contacto: ANAJESUS.BUSTINDUYBASCARAN@osakidetza.net

Introducción. La mortalidad y morbilidad en las urgencias vitales aumenta drásticamente en el ámbito extrahospitalario. Los niños pasan 1/3 de su tiempo en la escuela. Los docentes carecen de la información y formación para abordar los problemas de salud en este ámbito. Esta situación ha generado conflicto entre el ámbito familiar sanitario y educativo

Objetivos: Mejorar la morbimortalidad infantil pre-hospitalaria; Conectar el mundo sanitario y educativo desde la información/formación, creando un clima de confianza entre ambos, aclarando vacíos legales y facilitando la detección y la actuación precoz; Proponer un botiquín básico y dotar de conocimientos ante urgencias y problemas "menores".

Metodología. En 2013 Osakidetza (Comarca Gipuzkoa), Salud Pública y el Departamento de Educación (Delegación de Gipuzkoa) inician un proyecto de actuación en el medio escolar. En septiembre se realiza una reunión informativa con directores de todos los centros educativos públicos y concertados de Gipuzkoa, previa al inicio del plan, donde se recogen sus inquietudes, necesidades y sugerencias.

Resultados. Organización de los cursos de 3 jornadas: 1ª Problemas comunes de salud y urgencias "menores" y contenido del botiquín escolar. Docentes: enfermeras de salud escolar; 2ª Urgencias Vitales: convulsión/asma/atragantamiento / anafilaxia / hipoglucemia en diabético / traumatismo craneoencefálico. Docentes: Pediatras de AP; 3ª RCP Básica. Docentes: pediatras del grupo RCP pediátrica. Hasta la fecha, 3 cursos con participación de 90 docentes. Continuidad en el presente curso. Lugar: Berritzegunes de Donostia, Lasarte y Zarautz. Estandarización de formularios de autorización de dispensación medicamentos firmadas por los padres. Y fichas de apoyo para los centros escolares. Encuesta a los profesores: A los educadores se les exigen responsabilidades unidas a una legislación no clara. El desconocimiento genera una reacción de rechazo a intervenir; Resultados de la encuesta: Objetivos: 9.4, Metodología: 9.5, Interés temas: 9.4 Preparación docente: 9.6, Participación: 9.5, Duración: 8.7, Recomendación: 9.5; La alta receptividad, el interés percibido en los cursos y los resultados de la encuesta denotan un cambio de actitud ante los problemas de salud en el ámbito escolar, clave para la implantación y continuidad del proyecto, que nos anima a continuar en esta línea.

Conclusiones/Aportaciones. Este programa sigue las recomendaciones de las Sociedades Científicas de formación para situaciones vitales en el entorno educativo. El programa es inicio de una relación de colaboración y confianza entre el mundo educativo y sanitario, fundamental en la disminución de la morbi-mortalidad prehospitalaria y en la atención integral al niño. Los resultados a medio y largo plazo harán posible la validación de este programa.

107. Lavado de manos en el colegio

Cayetano Rodríguez, Naiara¹; Castilla Toribio, Miren Yosune¹; Páez Viciano, Amaya¹

¹Osakidetza

Email de Contacto: ncayetanor@gmail.com

Introducción. Las manos están en contacto con innumerable cantidad de objetos y personas, y también con gérmenes que pueden ser perjudiciales para la salud. Una simple técnica como el lavado de manos con jabón, es una de las maneras más efectivas y económicas de prevenir enfermedades. Educar a los más pequeños será una forma de prevención y mejora hacia un futuro, habituarse a esta práctica tan sencilla desde niño ayudará a la reducción y control de las infecciones.

Objetivo. Concienciar de la importancia y de la necesidad del lavado de manos desde la infancia para contribuir a reducir la propagación de infecciones.

Metodología. Se realiza búsqueda bibliográfica, mediante buscadores como Cochrane, ovid online, cuiden y medline. Recogida de datos mediante encuesta a padres, madres y educadores de niños de edades comprendidas entre 0-14 años de diferentes colegios de Gipuzkoa. Desarrollo: El lavado de manos es algo fácil de hacer y es una de las formas más eficaces de prevenir la propagación de muchos tipos de infecciones y enfermedades en todos los lugares, desde casa y el sitio de trabajo, hasta las guarderías infantiles y los hospitales. Las manos limpias pueden evitar que los microbios pasen de una persona a otra y a toda la comunidad. Los padres y madres saben la importancia y necesidad de mantener una buena higiene de las manos y consideran necesaria la formación de los niños desde el colegio en dicho ámbito. Lavarse las manos con agua y jabón es la mejor forma de reducir la cantidad de microbios en ellas en la mayoría de los casos y enseñar la práctica de este hábito desde pequeños es necesaria. Como medidas de prevención en la transmisión de enfermedades respiratorias, además de los métodos barrera (mascarilla, guantes...), se incluyen intervenciones eficaces como el lavado de manos asiduo con o sin antiséptico y la instrucción y educación de los familiares. Se deberá enseñar a los niños a llevar a cabo este hábito, tanto en casa como en las guarderías y colegios, donde tanta propagación de infecciones encontramos, sobretodo en época invernal como prevención del contagio de los cuadros catarrales. En la actualidad, los niños pasan una parte significativa de su tiempo en las guarderías y colegios, donde deben de practicar estos hábitos y deben de estar preparadas las instalaciones para poder lavarse las manos ellos mismos las manos. Acompañarles cuando son muy pequeños es importante y es un buen momento para que aprendan a lavarse correctamente las manos, especialmente cuando todavía no van al inodoro solos como ocurre en los primeros años de guardería. Profesores, auxiliares y demás profesionales deben de transmitir éste hábito de lavado de manos. . Una buena educación sanitaria escolar incluirá la explicación a los niños y niñas por qué nuestras manos son "el transporte" por el que pueden viajar gérmenes, virus y bacterias que transmiten enfermedades y cómo el lavado de manos con agua y jabón lo evita, además de enseñar a realizar un lavado de manos a modo de juego, con el fin de crear una motivación y lograr un hábito reflejo. Más del 80% de las infecciones habituales se transmiten por las manos.

Conclusiones/Aportaciones. Es de vital importancia sensibilizar a la población sobre la necesidad de una adecuada higiene y en particular de la higiene de manos. El hábito de lavado de manos se debe incorporar a nuestro registro de comportamiento reflejo para conseguir la conservación mecánica de la salud. La repetición y la educación para la salud en los colegios son primordiales para una buena aplicación de las normas de higiene y realizar un buen lavado de manos en cada momento oportuno. Es imprescindible la colaboración tanto de los padres, como de los educadores y profesores de los colegios para poder realizar una buena práctica, además

de tener unas buenas instalaciones en las escuelas. La presencia de la enfermera escolar en los centros sería la encargada de realizar esta educación para la salud mediante juegos y técnicas, con el fin de lograr llevar esta técnica como algo normal y habitual en los momentos que se requiera el lavado, de esta manera evitaremos infecciones y reduciremos los focos en los centros escolares.

121. Evaluación de hábitos alimenticios antes y después de los talleres de alimentación saludable del Programa Forma Joven en el IES Alhamilla del D.S. Almería

Craviotto Manrique, Isabel¹; Del Pino Berenguel, Margarita²; Tobías Moreno, Gonzalo; Tobías Manzano, Ana¹

¹U.G.C. Vigilancia, Prevención y Promoción de la Salud. Distrito Sanitario Almería ²U.G.C. Almería Centro

Email de Contacto: isabel.craviotto.exts@juntadeandalucia.es

Introducción. El programa Forma Joven, es una estrategia de promoción de salud que consiste en acercar a los espacios frecuentados por adolescentes y jóvenes, asesorías de información y formación atendidas por un equipo de profesionales de diferentes sectores, para ayudarles a decidir en la elección de las respuestas más saludables. En concreto el equipo Forma Joven del IES, lo conforma el orientador y la profesional sanitaria responsable del programa FJ en la UGC Almería Centro. Las áreas de trabajo son: estilos de vida saludables, adicciones, promoción de salud mental, convivencia. El I.E.S. Sierra Alhamilla se sitúa en una zona urbana de la capital almeriense y alberga alumnado de distintos estratos sociales por la cercanía de zonas con necesidades de transformación social. Se decidió empezar a trabajar con los alumnos y alumnas de 1º de la ESO porque es una edad de muchos cambios a nivel físico y social. También se tuvo en cuenta los resultados de estudios y encuestas, sobretudo la última encuesta HBSC (2011) sobre la conducta relacionada con la salud de los adolescentes andaluces, donde entre otros resultados destacan que el 49,3% de los adolescentes dice desayunar a diario, un 7,2% no consume fruta, un 18,5% consume verduras a diario, el 16,7% consume dulces a diario, el 34,2% consumen refrescos u otras bebidas azucaradas a diario y el 20,6% presentan sobrepeso u obesidad. Estos datos nos motivaron a realizar nuestra propia encuesta para evaluar los hábitos alimenticios del alumnado.

Metodología. Estudio Transversal Descriptivo. Tras consensuar con el tutor y el orientador trabajar el tema de la alimentación saludable en alumnos y alumnas de 1º ESO, se elaboró una encuesta estructurada de recogida de datos a todos los alumnos de 1º ESO con preguntas relacionadas sobre lo que habían comido el día anterior, especificando desayuno, media mañana, almuerzo, merienda y cena. Con la información se elaboraron talleres grupales y sesiones individuales y al finalizar el trimestre, se volvió a evaluar con la misma encuesta.

Resultados. Participaron un total de 125 alumnos y alumnas de 1º ESO. Los resultados de la primera encuesta mostraron la necesidad de realizar un taller y ofrecer asesoría individual sobre cómo debe ser una alimentación equilibrada, sobretudo, destaca el desayuno hipercalórico con gran aporte de hidratos de carbono simples y el escaso conocimiento sobre cómo debe ser un desayuno completo. En la evaluación al finalizar el trimestre, se comprobó que muchos de los alumnos habían introducido cambios en sus hábitos alimenticios.

Conclusiones/Aportaciones. Es importante trabajar a edades tempranas y aprovechar recursos como los programas de promoción de salud en los centros educativos para reforzar el trabajo de hábitos de vida saludable. Así como evaluar antes y después de realizar asesorías individuales o grupales, ya que es la única forma de obtener información sobre lo que los jóvenes necesitan saber o modificar, de esta forma, nos aporta feedback

sobre si esa información les ha llegado y si han adquirido nuevos hábitos en función de ello. No debemos olvidar que trabajamos con una población sana donde es fundamental ofrecerles herramientas para empoderarlos y que sean partícipes de su proceso de enseñanza-aprendizaje, así como ayudarles a tomar sus propias decisiones sobre su salud.

10. El manejo del estrés, la gestión del tiempo y la potenciación del bienestar como pilares en la Promoción de la Salud Cardiovascular

Cruz Cornejo, Silvia¹; Romero Hernández, Ainhoa¹; López-Bescos, Lorenzo¹; Gallardo Pino, Carmen¹; Gil de Miguel, Ángel; García, Ana¹

¹Universidad Rey Juan Carlos de Madrid

Email de Contacto: silvia.cruz@urjc.es

Introducción. El Plan “URJC Cardiosaludable”, desarrollado desde 2012 dentro del Programa “Universidad Saludable” de la URJC, tiene como objetivo promocionar, dentro de la comunidad universitaria, estilos de vida que contribuyan a mantener una buena salud cardiovascular. Las principales líneas de actuación han ido dirigidas a:

- El trabajo grupal de variables psicosociales (“Manejo del estrés”, “Espacios de relajación”, “Bienestar emocional” y “Gestión del tiempo”) y
- A la sensibilización e información sobre la prevención y tratamiento de diferentes factores de riesgo cardiovascular (obesidad, sedentarismo, hipercolesterolemia, tabaquismo, etc.).

El presente trabajo se centra en describir la primera línea de actuación comentada. Hay evidencias sólidas sobre el impacto que pueden tener las emociones negativas sobre la salud (Fernández-Abascal y Palmero, 1999; Vázquez y Castilla, 2007) y, en concreto, sobre la relación que existe entre el estrés y las enfermedades cardiovasculares (Peter et al., 1998; Sandi, 2000; Chandola et al., 2008), por lo que el abordaje de este factor se hace imprescindible si nuestro objetivo es promocionar una buena salud cardiovascular. Por otro lado, como indican Steptoe, Dockray y Wardle (2009), el afecto positivo se asocia con menores niveles de cortisol, mejor frecuencia cardiaca, mejor presión sanguínea y con factores psicosociales protectores como mayor vinculación social, mayor apoyo social percibido, optimismo y respuestas adaptativas de afrontamiento. Por tanto, el fomento de las emociones positivas se convierte en otra pieza clave para la mejora de nuestra salud cardiovascular.

Objetivo. Fomentar en la comunidad universitaria herramientas y pautas para manejar el estrés, potenciar las emociones positivas y gestionar mejor el tiempo, con el objetivo último de proteger y mejorar su salud cardiovascular y, en general, su bienestar y calidad de vida.

Metodología. Se describen los contenidos generales de las actividades y los datos de participación en las mismas así como datos de satisfacción de los usuarios. Todas las actividades se han desarrollado en una única sesión de 2 o 3 horas de duración, con una metodología participativa y práctica, haciendo hincapié en la psicoeducación y las pautas que se pueden llevar a cabo en el día a día para mejorar estas variables.

Resultados. Los datos de participación son los siguientes: “Manejo del estrés” (913 participantes), “Bienestar Emocional” (900), “Espacios de relajación” (219) y “Gestión del tiempo” (767). Respecto a los datos de satisfacción,

parte de los usuarios valoraron la actividad de 0-10 en función de su satisfacción con los resultados obtenidos y de la utilidad de los contenidos trabajados. Realizando la media, encontramos valoraciones muy favorables en todas las actividades: "Manejo del estrés" (Satisfacción: 8.9/Utilidad: 9.1 (N=363)), "Bienestar Emocional" (Satisfacción: 8.9/Utilidad: 8.7 (N=124)) y "Gestión del tiempo" (Satisfacción: 8.2/Utilidad: 8.3 (N=226)).

Conclusiones/Aportaciones. Las actividades mencionadas tienen una gran demanda por parte de la comunidad universitaria y se valoran de manera muy positiva en relación con su utilidad para fomentar el bienestar y proteger la salud de las personas. Desde los proyectos de Universidad Saludable tienen cabida multitud de iniciativas enfocadas a mejorar la salud de la comunidad universitaria, las cuales son muy demandadas tanto por los estudiantes como por los PDI y PAS, y en este caso, muy bien valoradas tras su realización.

57. Opiniones y hábitos de los estudiantes universitarios relacionados con la salud y el bienestar durante su vida universitaria

Katsioulas, Rafailia¹; Ortega Barrio, Myriam¹; Sandín Vázquez, M^a del Val¹

¹Universidad de Alcalá

Email de Contacto: rafaelakat@gmail.com

Introducción. La universidad es un destino para adultos que ya organizan su vida en la manera que quieran. Sin embargo, aunque sean adultos, no siempre son conscientes de la importancia de la salud. Y aunque en las mayorías de las ocasiones sí que sean conscientes, el ritmo de vida y las obligaciones de un estudiante universitario actual no les permiten a veces llevar un estilo de vida saludable. La universidad es un entorno educativo y por eso, en la educación que tiene que ofrecer, se incluye la obligación de educar y dirigir sus estudiantes en un estilo de vida saludable. Pero es necesario que se sepa cuál es la situación actual de la salud de un estudiante para poder mantener los hábitos saludables y cambiar los hábitos dañinos.

Objetivo. Con esta investigación queríamos que los participantes reflexionen sobre temas de salud y calidad de vida y específicamente sobre su propio estilo de vida diaria como estudiantes. Desde esta reflexión intentamos contestar las siguientes preguntas:

- ¿Cómo describen los estudiantes un buen estado de salud y una buena calidad de vida y un mal estado de salud y una mala calidad de vida?
- ¿Cuáles son los hábitos diarios de los estudiantes que creen que afectan su salud?
- ¿Cuál es la opinión de los estudiantes sobre la universidad y el ambiente que les ofrece desde el punto de vista de la salud y cómo les afecta?
- ¿Cuáles son los cambios que los estudiantes creen que pueden hacerse para mejorar su bienestar en la universidad?

Metodología. Para esta investigación se siguió un método cualitativo. El grupo de muestra se eligió siguiendo unas normas necesarias. Los participantes tenían que ser estudiantes actuales de la Universidad de Alcalá y miembros actuales de la delegación de una facultad. Por razones de equilibrio, se intentó comunicar con uno a tres estudiantes de cada facultad. Teniendo esos criterios, el grupo de muestra consiste en 25 participantes de 12 facultades. La participación de los estudiantes estaba en un acuerdo voluntario. Para coleccionar los datos se hicieron

entrevistas semi-estructuradas durante una reunión personal con cada participante. Las entrevistas duraron desde 8 a 40 minutos y se grabaron con el permiso de los participantes. Por razones éticas todos los participantes han recibido y firmado un consentimiento informado. Para cada entrevista se utilizó la misma lista de unas mínimas preguntas, pero su orden y las preguntas adicionales, se adaptaban dependiendo de las respuestas. Además, antes de cada entrevista, los participantes rellenaban un documento con informaciones personales para tener una imagen concreta del grupo de muestra. Para analizar los datos se está siguiendo un análisis temático en que los temas emerjan desde los mismos. El proceso de análisis consiste en lecturas repetidas y discusión entre las autoras para concluir los temas definitivos y los resultados. Al final, los resultados van a apoyarse, refrendarse y enfrentarse (discusión) con bibliografía relacionada.

Resultados. Como el proceso de análisis no ha terminado todavía, no podemos presentar los temas exactos y ni, por eso los resultados finales. Sin embargo, en este momento y después de las primeras lecturas de los datos, hemos notado algunos puntos muy interesantes que pueden contestar a las preguntas que se han presentado en los objetivos.

Conclusiones/Aportaciones. Los resultados de esta investigación van a ser útiles para varios grupos de personas. En primer lugar, los estudiantes universitarios pueden ver esta investigación como una ocasión para que hagan su propia reflexión sobre su estilo de vida diaria e intenten mejorarlo. Además, las personas responsables de la universidad pueden tener una idea general de las cosas relacionadas con la universidad que ayuden a mantener un estado saludable y de bienestar a los estudiantes y por lo contrario, de las cosas que necesitan cambiarse, según la visión de los estudiantes. Sus opiniones podrían ser como una evaluación del ambiente universitario y por eso pueden utilizarse como ideas de cambios que deberían que hacerse. Finalmente, esta investigación puede motivar que otras universidades se preocupen por la salud de sus estudiantes y causar otras investigaciones, mayores y más específicos para la mejora el bienestar de las comunidades universitarias.

106. Guía de actuación en la universidad ante emergencias de salud mental/ Unibertsitatean osasun mentaleko larrialdietan jarduteko gida

Govillard Garmendia, Leila¹; Gorbeña Etxebarria, Susana¹; Gomez De Maintenant, Pablo¹; Iraurgi Castillo, Joseba¹

¹Universidad de Deusto/ Deustuko Unibertsitatea

Email de Contacto: LEILA.GOVILLARD@DEUSTO.ES

Introducción. Esta guía se enmarca en el conjunto de iniciativas promovidas por el Plan Director de Salud de la Universidad de Deusto (UD), integrante de la Red Española de Universidades Saludables (REUS), respondiendo a estudios llevados a cabo por la UD, que evidencian la existencia de diversas problemáticas psicosociales en el alumnado (Encuesta de Salud, 2014), problemáticas que no siempre se afrontan adecuadamente, a menudo desencadenando síntomas ansiosos, depresivos, somáticos, y en casos de extrema gravedad síntomas psicóticos, que pueden manifestarse en las aulas, en forma de crisis o emergencias psicológicas. En esta línea, estudios nacionales constatan un incremento de urgencias psiquiátricas en población juvenil (Martín-Santos y Bulbena, 2005), e internacionalmente se evidencian tasas significativas de trastornos psicopatológicos en un 2,4% de alumnado universitario (Joffre-Velazquez et al., 2007; Micin y Bagladi, 2011), como depresión, ansiedad, consumo abusivo de alcohol y otras drogas, y trastornos adaptativos (Micin y Bagladi, 2011; Pérez-Villalobos et al., 2012). Estos trastornos son mas frecuentes en alumnado de primer curso universitario, debido al cambio

vital que supone al comienzo (Casullo, Morandi y Donati, 2005), y se acentúan en los casos en los que existe una historia de experiencias traumáticas (Bados López, Greco y Toribio, 2013), cambios de residencia, dependencia de recursos institucionales (Osse y Costa, 2011), baja percepción de apoyo social, pocas habilidades sociales (Sánchez Teruel, García León y Muela Martínez, 2013), y consumo de alcohol y cannabis (García Montes et al., 2013). En los casos mas graves, estos trastornos pueden desencadenar ataques de pánico (Sandín Ferrero et al., 2004) y conductas autolíticas (Sánchez Teruel, Muela Martínez y García León, 2013), siendo el suicidio la primera causa de muerte entre jóvenes vascos (INE, 2013), situaciones que hacen necesarias medidas preventivas y guías de actuación en casos de emergencias de salud mental en el contexto universitario (Fernández Rodríguez e Ivonne Bayron, 2013).

Objetivo. Esta guía responde al objetivo general de dotar al personal universitario, y especialmente a docentes, de la capacidad de actuar si observamos en el contexto universitario que una persona, principalmente alumnado en estado de crisis mental o emocional, necesita ayuda. Específicamente pretende capacitar para:

- Actuar en casos de crisis de ansiedad.
- Actuar en casos de crisis depresivas, y/o conductas suicidas.
- Actuar en casos de crisis o brotes psicóticos.

Metodología. Participantes: Esta guía ha sido elaborada con la colaboración de personal sanitario e investigador del Comité de Salud de la UD, y Especialistas en Psicología Clínica y de la Salud de Deusto Psych, en base a las necesidades detectadas en el alumnado (Encuesta de Salud, 2014). Materiales: Para elaborar esta guía, se han tomado como referencias diversos documentos, protocolos y programas de prevención e intervención en salud mental universitaria (Arkaute, 2012; Cruz Roja; Fordham University, 2008; Inter Agency Standing Committee, 2007, Lorente, 2013; 2008; Martín y Muñoz, 2009; OMS, 2003; Robles, Acinas y Pérez-Iñigo, 2013). Diseño: No experimental. Enfoque colaborativo. Estructurado en tres apartados: 1) Advertencias generales, 2) Detección de síntomas, 3) Como actuar ante crisis de ansiedad, 4) ante crisis depresivas y 5) crisis o brotes psicóticos.

Conclusiones/Aportaciones.

- En el contexto universitario, la salud en general y la salud mental concretamente, son asuntos que hay que prevenir y atender.
- Se hacen necesarias formaciones y acciones participativas, que incluyan tanto al personal universitario, como al propio alumnado y a las instituciones sanitarias externas, articulando una intervención en red.
- Esta iniciativa o guía se complementa en la universidad con otras formaciones como primeros auxilios, promoción de hábitos saludables, mindfulness, etc.

127. Formación de los alumnos de odontología en técnicas de promoción de la salud oral para población infantil

Rámila, Estibaliz¹; Gorritxo, Begoña¹; Franco, Virginia¹; Anta, Alberto¹

¹Departamento de Estomatología I. Facultad de Medicina y Odontología. UPV/EHU

Email de Contacto: estibaliz.ramila@gmail.com

Introducción. La promoción de la salud oral es un campo de suma importancia en nuestra sociedad. La ausencia de un adecuado nivel de salud buco-dental supone graves consecuencias desde el punto de vista de la salud general, afectando a la vida personal, laboral y social de todas las personas: aquellas que han perdido la salud y todo su entorno. Por otra parte, no deben olvidarse las consecuencias desde el punto de vista económico que afectan enormemente tanto a la economía familiar (muy maltrecha en algunos estratos) como a las arcas públicas. En este sentido, es del todo imprescindible, que los profesionales de la salud oral, estén adecuadamente preparados para asumir esta importantísima tarea.

Objetivos. Las estrategias para la promoción de la salud deben diseñarse siguiendo una serie de directrices entre las que la principal es el conocimiento de la población a la que se dirigen: la manera de llegar, acercarse y hacerles partícipes de la importancia de su colaboración para conseguir prevenir patologías bucodentales y mejorar su estado de salud bucodental, es de lo que puede depender, en gran medida, el éxito o fracaso de nuestro programa. Nuestro objetivo principal es lograr la creación de estrategias adecuadas de promoción de la salud oral en población infantil, no solo en cuanto al diseño de material adecuado sino también en cuanto a las consideraciones de manejo de conducta de este colectivo en particular. *Metodología.* La asignatura de odontopediatría del cuarto curso del grado de odontología prepara a los alumnos, futuros odontólogos, para adquirir los conocimientos teóricos y prácticos en la prevención, diagnóstico y tratamiento de patologías bucodentales de los pacientes infantiles (entre 0 y 18 años). Una de las mayores preocupaciones de esta disciplina, es conseguir que estos pacientes acepten y colaboren de manera adecuada en todas y cada una de nuestras intervenciones. El conocimiento y aplicación de las técnicas de manejo de conducta es una de las metas a alcanzar por nuestros alumnos. Dentro del programa práctico de la asignatura, se establece la visita a varios centros de educación infantil y primaria del barrio bilbaíno de Otxarkoaga. Se trata de una zona con alta prevalencia de patología bucodental y gran nivel de absentismo a los servicios de asistencia dental infantil incluidos en el Programa de Asistencia Dental Infantil que funciona en toda la CAPV en edades comprendidas entre los 7 y 15 años ambos incluidos. Se requiere que los alumnos trabajen por grupos y cada uno lleve a cabo la elaboración de determinadas estrategias enfocadas a estos pacientes infantiles para enseñarles, por ejemplo, la diferencia entre un diente sano y uno enfermo, qué es la caries y cómo evitar que aparezca en sus bocas, qué alimentos son “buenos” o “malos” para los dientes y técnicas de higiene oral adecuadas. Dado que el rango de edad de los niños a los que nos dirigimos varía entre los 2 y los 8 años, los alumnos deben idear diferentes planes adaptados a su población diana, para conseguir primero llamar su atención sobre lo que les están explicando y después hacerles participar de las maniobras de prevención de la salud oral de una manera continuada. Así, cada grupo hace un plan con un lenguaje comprensible y elaboran todo el material didáctico con el que se van a dirigir a los niños.

Resultados. Tras las intervenciones de cada grupo de alumnos, se propone a los niños que se acerquen para poder realizar una exploración bucodental, y estos participan activamente en el 98% de los casos.

Conclusiones/Aportaciones. La instauración de este sistema de creación de planes de promoción de la salud es positivo, tanto desde el punto de vista de la formación de nuestros alumnos como, por el acercamiento de esta población infantil a los servicios de atención odontológica y su implicación en la mejora de su nivel de salud oral presente y por supuesto, futuro.

Sesión 2. Promoción de la salud mental y relacional / Promoción de la salud en las primeras etapas de la vida

2.1 Promoción de la salud mental y relacional

11. Promoción de la salud en la universidad a través de la inteligencia emocional

Romero Hernández, Ainhoa¹; Cruz Cornejo, Silvia¹; Gallardo Pino, Carmen¹; Gil de Miguel, Angel¹

¹Universidad Rey Juan Carlos

Email de Contacto: ainhoa.romero@urjc.es

Introducción. Las Universidades tienen la misión de promocionar y potenciar los valores que permiten el bienestar, la capacitación y el completo desarrollo tanto de las personas que en ellas estudian como las que trabajan. Desde el impulso de la Carta de Ottawa (OMS, 1986), la creación de entornos saludables se ha centrado en las condiciones que van dirigidas a lograr el bienestar pero no sólo en el sentido de un buen ambiente físico, sino en la existencia de buenas relaciones personales y buena salud emocional de los trabajadores (Barrios y Paravic, 2006). Siguiendo esta línea, la Universidad Rey Juan Carlos, a través del Programa Universidad Saludable, ofrece diversas iniciativas para promocionar la salud de la comunidad universitaria. Por tanto, no sólo se dirige a sus trabajadores sino que los estudiantes son destinatarios protagonistas de este servicio. El colectivo estudiantil está compuesto, en su mayoría, por jóvenes que oscilan entre los 18 y 23 años, es decir, se encuentran en una etapa de la vida donde se va adquiriendo mayor independencia, se van desarrollando determinadas competencias personales como las habilidades para establecer nuevas relaciones interpersonales o la toma de decisiones y se van consolidando estilos de vida que pueden ser saludables o perjudiciales para la salud en torno a diversas áreas: actividad física, alimentación, prácticas sexuales, estrés, consumo de alcohol y drogas...etc. Además serán futuros profesionales que incidirán en la sociedad y que necesitarán aparte de conocimientos, una serie de competencias que marca el Espacio Europeo de Educación Superior. La Inteligencia Emocional no es en sí una competencia explícita del EEES pero sí es la base de muchas si asumimos los tres procesos que conlleva: a) reconocer nuestras emociones, identificar qué sentimos dándole una etiqueta verbal; b) comprender integrando lo que sentimos dentro de nuestro pensamiento y c) regular, dirigir y manejar las emociones tanto positivas como negativas de forma eficaz (Berrocal y Ramos, 2002). Tener estas habilidades emocionales puede proporcionar sentimientos de logro, de dominio y una imagen positiva de sí mismo, y por tanto mejorar el bienestar (Shulman y Hemenover, 2006). Además existe evidencia de que una adecuada gestión emocional es mejor predictor del rendimiento académico que el cociente intelectual (Pérez y Castejón, 2006). La resolución de conflictos y el manejo de las relaciones interpersonales requiere no sólo de inteligencia interpersonal sino intrapersonal o emocional (Gardner, 1983). Por estos motivos y conscientes de estas necesidades, en el presente trabajo presentamos los resultados de una iniciativa llevada a cabo en la URJC durante cuatro años.

Objetivo. Promover la salud emocional y bienestar de la comunidad universitaria a través de programas grupales.

Metodología. Se ha utilizado un diseño cuasi-experimental en el que participaron 160 personas. Para valorar las competencias en Inteligencia Emocional se utilizó el instrumento TMMS-24 (Trait Meta Mood Scale) que está compuesto por 24 ítems, 8 por cada factor que evalúa las siguientes dimensiones: Atención emocional, Claridad emocional y Reparación emocional. La intervención constó de cuatro sesiones teórico-prácticas de 90 minutos en las que se trabajaron los siguientes contenidos: autoconocimiento y etiquetas emocionales; comprensión de las

emociones primarias y secundarias; fases de la inteligencia emocional; regulación de emociones desagradables como la rabia, tristeza, estrés; potenciación de las emociones positivas. Todos los participantes realizaron una evaluación previa y una post inmediatamente después de finalizar la intervención.

Resultados. El análisis de medias intragrupo refleja una mejora en las tres variables evaluadas con significación estadística ($p=.00$), siendo “claridad emocional” la función de la inteligencia emocional que mayor potencia estadística alcanza ($F=140.4$, $\eta^2=.471$)

Conclusiones/Aportaciones. Entre la amplia diversidad de iniciativas promotoras de la salud que se pueden dar en la universidad, cabe la posibilidad de incorporar programas específicos como el presentado en este trabajo. Los resultados manifiestan mejoras en las habilidades emocionales evaluadas, independientemente del grupo (trabajadores y estudiantes). Estos datos nos hacen además abogar por la modalidad grupal de intervención por el mayor alcance de la misma. Si bien la muestra no es aleatorizada y no se valora si los efectos se mantienen a lo largo del tiempo, los resultados nos permiten defender que las universidades pueden ser promotoras de salud emocional y del bienestar de la comunidad universitaria implementando este tipo de prácticas.

14. Grupos psicoeducativos para adolescentes

Bernardo de Paz, Ana Ruth¹; Ruiz Maresca, Alberto José¹

¹Unidad de Promoción de Salud. Distrito Sanitario Granada Metropolitano

Email de Contacto: anar.bernardo.exts@juntadeandalucia.es

Introducción. La adolescencia es un periodo crítico del ciclo de la vida lleno de cambios (cambios del cuerpo, de la forma de pensar, emocionales...), de inseguridades y desequilibrios entre aspiraciones y oportunidades en (en el terreno afectivo, sexual, académico, laboral,...) y presiones (de los padres, de sus iguales, de la sociedad...). La percepción del mundo ya no es la de la infancia pero tampoco es la de un adulto, y tiende a cambiar dependiendo del estado emocional en el que se encuentre, siendo muy influenciado por el ambiente escolar y el grupo de iguales. Por ello, es particularmente sensible a los problemas relacionados con la salud mental (de desarrollo, emocionales, de conducta,...):

— Cuando un adolescente se autovalora y tiene una buena imagen de sí mismo, tiene un factor de protección ante problemas de salud mental. La baja autoestima, la carencia de afecto o modelos familiares de desprotección, actúan como factores de riesgo. Es importante ayudar a los adolescentes a desarrollar mecanismos psicológicos de adaptación, herramientas y activos personales y sociales que les van a ayudar a vivir, a relacionarse de forma satisfactoria y a desarrollar todas sus potencialidades, buscando así su desarrollo positivo. El conocimiento de sus activos y el entrenamiento en herramientas, no sólo permitirá al adolescente una adaptación más positiva, sino que le motivará a perseguir metas y a recuperarse emocionalmente de circunstancias adversas que se presenten.

—Para los adolescentes, la mayor contradicción se plantea entre la necesidad psicológica de independencia y las dificultades para llevar a cabo conductas independientes en un medio social que les obliga a prolongar situaciones de dependencia del adulto, buscan la diferencia para llegar a la afirmación de lo propio. Es importante para el adolescente tener figuras adultas significativas de referencia. Además de la promoción de la salud mental, la adquisición de hábitos de vida saludables, favorecen, como indica la evidencia científica, un modelo desarrollo positivo en el adolescente.

Justificación de la puesta en marcha de los grupos psico educativos: La promoción de la salud, en especial la promoción de la salud mental en adolescentes, es cada vez es una necesidad más demandada y detectada, tanto por los equipos de salud que trabajan en los Centros Educativos, como por los propios profesionales de los Centros, y aunque se trabaja dentro de las actividades de los equipos de Salud en los centros bajo el programa "Forma Joven", existe desde hace unos años la demanda de una mayor profundización en Promoción de la Salud Mental. En un intento de adaptarnos a las necesidades de los Centros y de los jóvenes buscando su desarrollo positivo y su mejor ajuste emocional, surge la idea de poner en marcha una estrategia grupal psico socio educativa.

Objetivo. Desarrollar y potenciar talentos y habilidades personales (y recursos de la comunidad) para un afrontamiento saludable de las dificultades de la vida cotidiana, adaptados y dirigidos a los adolescentes desde una perspectiva integral y multidisciplinar.

Metodología. Desarrollo del primer GRUPO Piloto. Población diana:

—Adolescentes de 5 Institutos de Enseñanza Secundaria de Granada (Luis Bueno Crespo, Alba Longa, Escultor Sánchez Mesas, Padre Suarez, Ángel Ganivet) Las sesiones son semanales, y en horario de tarde (para no interferir en su horario escolar)

La captación se ha realizado por una doble vía:

— De manera individualizada: Los orientadores y tutores han valorado una serie de alumn@s que podrían beneficiarse de estos grupos y les han informado de manera individual, buscando su implicación.

— De manera grupal: El equipo y los tutores han informado en las aulas de los grupos, sus objetivos y contenidos, para que los alumnos interesados puedan participar. El equipo es multidisciplinar compuesto por Psicolog@, trabajad@r social y alumnos de Practicum de Psicología y Trabajo Social. Para temas específicos, tenemos el apoyo del personal sanitario de la Unidad de Gestión Clínica.

Contenidos de las sesiones:

- Activos en salud
- Autoestima y autoconcepto
- Comunicación: en el contexto familiar, entre iguales, en pareja
- Pareja y relaciones saludables
- Gestión de emociones
- Control de ansiedad y pensamiento positivo
- Alimentación, nutrición e imagen corporal.
- Dependencias (personales, emocionales, a sustancias...)
- Sexualidad
- Ocio y tiempo libre

Evaluación.

Evaluación cualitativa:

- Grado de satisfacción
- Asistencia
- Valoración y sugerencias
- Propuestas

Evaluación cuantitativa : Las dimensiones evaluadas son:

- Autoestima
- Autoeficacia generalizada
- Calidad de vida autopercebida
- Satisfacción vital
- Tolerancia a la frustración
- Evaluación de la expresión, manejo y reconocimiento de emociones

Las escalas para la evaluación de las diferentes dimensiones son extraídas del manual “Instrumentos para la evaluación de la salud mental y el desarrollo positivos adolescente y los activos que lo promueven”, editado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

Resultados. Aunque el grupo no ha finalizado, podemos extraer las siguientes aportaciones a priori:

- Existen una gran número de alumnos que acuden al grupo como iniciativa propia, manifestando un alto grado de insatisfacción vital y/angustia

- En cada sesión acuden más menores, viéndonos forzados a no admitir más chicos, en un intento de crear un clima terapéutico de confianza y cohesión grupal.

- La característica común de baja autoestima (autovaloración negativa, pensamiento distorsionado...) y la necesidad de trabajo en emociones y activos personales, han condicionado los temas planteados para las sesiones, ralentizando la planificación inicial de contenidos

Estamos analizando las escalas de valoración de autoestima, satisfacción vital, percepción de salud, tolerancia a la frustración y manejo de emociones para establecer un perfil concreto, así como su evolución.

89. Percepciones y características socio-sanitarias de las participantes en grupos socioeducativos en Atención Primaria

Sánchez Peralta, M^a Asunción¹; Torío Sánchez, Jesús¹; Jiménez Estévez, Encarnación¹

¹Unidad de Trabajo Social. Centro de Salud “Federico del Castillo”. Jaén

Email de Contacto: jesustorio@hotmail.com

Introducción. Los grupos socioeducativos en Atención Primaria (GRUSE) son actividades de promoción de salud de carácter no asistencial que, mediante una estrategia grupal socio-educativa, pretenden desarrollar y potenciar talentos y habilidades personales para un afrontamiento saludable de las dificultades de la vida cotidiana. Esta actividad grupal, organizada en 8 sesiones, ha mostrado su eficacia para desarrollar herramientas que eviten el aislamiento social y aumenten el ‘empoderamiento’ de sus participantes, al desarrollar habilidades personales de adaptación y superación. Los GRUSE se han dirigido específicamente a mujeres adultas que acuden a los centros de salud y que necesitan apoyo para enfrentarse a la vida diaria con mayores oportunidades de éxito. Se incluyen mujeres que presentan síntomas inespecíficos de malestar físico y/o emocional sin explicación fisiológica aparente, junto a una percepción de incapacidad para manejar o afrontar situaciones adversas. Los trabajadores sociales de Atención Primaria son los encargados de realizar los GRUSE, dadas sus competencias

en el desarrollo de las capacidades personales para resolver los problemas sociales, individuales y colectivos, promoviendo la autonomía, adaptación y desarrollo de las personas.

Objetivo. Describir las características socio-sanitarias de las participantes en los GRUSE, así como evaluar su grado de satisfacción y las percepciones sobre su utilidad

Metodología. Estudio descriptivo transversal realizado en las participantes de cuatro ediciones desarrolladas en el Centro de Salud Federico del Castillo de Jaén, durante los años 2013, 14 y 15. Se diseñó un cuestionario que incluye variables sociodemográficas de las participantes, datos de demanda asistencial y consumo de fármacos, así como las escalas de ansiedad y depresión de Goldberg; igualmente se valoró percepción acerca del grado de satisfacción y la utilidad real de los grupos. Se realizó análisis descriptivo de los datos utilizando medidas de tendencia central y dispersión en las variables cuantitativas y porcentajes en las cualitativas. Dado el carácter descriptivo del estudio no se consideró necesario realizar otro tipo de análisis estadístico.

Resultados. El número total de mujeres participantes ha sido de 46, presentando una edad media de 65 años (desviación estándar [DE]: 12,7), la mitad de ellas casadas y un 35% viudas. El nivel socioeconómico y educativo es bajo (un 69,5% pertenece a los grupos 4 o 5; sólo un 9% tiene estudios universitarios y un 46% no completó los estudios primarios). El número medio de hijos es de 2,66 (DE: 1,9), viviendo en su inmensa mayoría en Jaén. Las relaciones con el marido son muy buenas en la mitad de ellas y buenas en un 30%; en el caso de los hijos son muy buenas en el 65% y buenas en el 25%. Un 83% ha trabajado alguna vez fuera del hogar, un 37% lo abandonó al casarse; en la actualidad un 46% son pensionistas y un 13% trabaja fuera del hogar. El número medio anual de consultas al médico de familia es de 5,1, con una amplia variabilidad (DE: 4,2; rango entre 1 y 20)). Un 61% toma psicofármacos y otro 61% medicación para artrosis. Un tercio de ellas han sido derivadas en alguna ocasión a Salud Mental. De acuerdo a la escala Goldberg, un 65% presentan síntomas de ansiedad y un 50% de depresión. El porcentaje medio de asistencia a las sesiones fue del 75% (DE: 15,7). La utilidad percibida es muy alta (media de 9,3 [DE: 0,78] en una escala de 10). Un 67% se ha planteado seguir realizando actividades socio-recreativas y un 40% de relajación. El 100% recomendaría los grupos a otras mujeres; al preguntarles de forma abierta el porqué de esta recomendación, un 33% considera que sirven para aumentar las relaciones sociales, un 30% que ayudan en la vida personal, un 20% que sirven para relajarse y un 12% para aprender cosas.

Conclusiones/Aportaciones. El perfil de las participantes en los grupos socioeducativos en atención primaria es de una mujer de 65 años, con nivel socioeconómico y educativo bajo, buenas relaciones familiares y con malestar psíquico. Tras participar en ellos las mujeres los valoran de forma muy positiva, considerando que aumentan sus relaciones sociales y mejoran su capacidad de afrontamiento.

101. De oruga a mariposa

Martínez Hita, Pilar¹; Gil Redondo, Carlos¹; San Martín Aparicio, Montserrat¹

¹Teléfono de la Esperanza

Email de Contacto: m-piluca@hotmail.com

Introducción. Las emociones son parte esencial de nuestra vida, su equilibrio sustenta y potencia conductas saludables, ignorarlas o dejarnos “gobernar” por ellas puede predisponernos a la enfermedad y/o retrasar el restablecimiento de la salud. El tratamiento integral de las crisis humanas y la promoción de la salud emocional,

desde la total confianza en la capacidad de los seres humanos para superar sus propias crisis, es la finalidad esencial del “Teléfono de la Esperanza” (ONG de acción social y cooperación al desarrollo), fomentando el desarrollo de las potencialidades de las personas a través de la formación en su autoconocimiento y correcta gestión de las emociones.

Objetivo. Describir un estilo innovador de intervención comunitaria a través de un voluntariado rigurosamente formado para participar en la promoción de la salud emocional.

Metodología. La gestión de los intereses de la ONG se lleva a cabo íntegramente por 1.931 voluntarios de distintos perfiles y 34 colaboradores contratados. La preparación del personal se facilita mediante una formación de calidad. Inicialmente durante un año aproximadamente, estructurado en un programa de tres cursos “Agentes de ayuda” y posteriormente de forma permanente mediante: formación en crisis específicas, comunicación empática, manejo de grupos, etc. Se trabaja en la promoción de estudios e investigaciones sobre las causas que originan las crisis o la exclusión social, actuando para impedir o disminuir su incidencia y gravedad. Se fomenta la creación de equipos multidisciplinares para el desarrollo de programas de intervención en crisis y promoción de la salud emocional, animación comunitaria, igualdad de género y cooperación internacional. Todo ello para poder ofertar a la población un servicio cualificado y gratuito de intervención en crisis por teléfono, on-line o de forma presencial además de diversas actividades educativas encaminadas a la promoción de la salud.

Resultados. Durante el año 2014, 1.070 voluntarios “escuchantes” dedican 1.441.936 minutos de escucha activa. 96.679 usuarios utilizaron el “servicio de intervención en crisis por teléfono”; la duración media de la llamada fue de 16 minutos. El 15.48% estuvieron relacionadas con problemas crónicos; 10.78% por soledad y el 8.97% problemas de depresión. 11.984 llamadas se relacionan con prevención del suicidio, 1.745 temática suicida y 45 llamadas de suicidio en curso. El 86% de los llamantes expresa satisfacción y gratitud por el servicio recibido. La intervención personal en sede fue requerida por 5.897 usuarios, realizándose 23.662 entrevistas. El 83,42% atendidos por psicólogos, el 11,69% por orientadores familiares. Siendo la mitad de los usuarios adultos entre 30 y 45 años. Las relaciones familiares acapararon el 95% de las intervenciones. El 82% de las personas atendidas manifiestan alto grado de satisfacción. Se interviene también por medio de grupos de apoyo, talleres para crisis específicas y otras actividades formativas presenciales sobre salud emocional (11.504 participantes). Satisfacción: 4,723 sobre 5. La oferta formativa/informativa se ha ampliado a redes sociales, boletines electrónicos, con 17.224 suscriptores y 206.288 boletines enviados e información en nuestra página web con 148.551 visitas.

Conclusiones/Aportaciones.

— Este estilo de interacción genera elevados niveles de satisfacción tanto en los voluntarios como en los usuarios.

— La formación reglada, permanente, de calidad junto a la actitud de los voluntarios se traduce en un servicio cualificado de atención, con notable repercusión en la promoción de salud emocional a luz de los datos; por ejemplo: 16 minutos de escucha activa puede modificar el desenlace de un comportamiento suicida.

— Priorizar en nuestras políticas el mantenimiento del estado de salud, racionalizar el abordaje de la enfermedad, convertir a la población general en los verdaderos protagonistas de los sistemas sanitarios y confiar en su potencialidad, formar y practicar la escucha con calidad para adaptar nuestra oferta a las necesidades demandadas, pueden ser claves para el mantenimiento y evolución positiva de nuestro sistema sanitario.

108. Evaluación preventiva del contexto familiar como ámbito potenciador de la salud: Escala Etxadi-Gangoiti

Barreto Zarza, Florencia¹; González Safont, Lluçia²; Etxaniz, Alaitz¹; Roncallo, Claudia Patricia¹; Sánchez De Miguel, Manuel¹; Arranz Freijo, Enrique¹; Olabarrieta, Fernando¹; Rebagliato, Marisa³; Santa Marina, Loreto⁴; Ibarluzea, Jesús⁴

¹Universidad del País Vasco-Euskal Herriko Unibertsitatea ²FISABIO ³Universitat Jaume I de Castelló ⁴Departamento de Salud Pública del Gobierno Vasco

Email de Contacto: flor.barreto@ehu.eus

Introducción. A lo largo de las últimas décadas numerosos estudios han mostrado la influencia que el contexto familiar tiene sobre el desarrollo biológico y neuropsicológico infantil. Este hecho hace que resulte fundamental la existencia de herramientas que evalúen de manera exhaustiva el contexto familiar y que reúnan en sí mismas aquellas variables que la investigación empírica ha mostrado como relevantes para un saludable desarrollo infantil. La base teórica que apoya esta nueva propuesta de evaluación viene constituida por las dimensiones de la parentalidad que cada familia debe conocer e implementar en orden a proporcionar un óptimo desarrollo a sus hijos e hijas. La primera dimensión propuesta es el Buen Trato que incluye la promoción del apego y la promoción de la resiliencia. La segunda es la Promoción del Desarrollo que incluye la estimulación del desarrollo (referente a la calidad de la estimulación del desarrollo cognitivo y lingüístico) y el perfil parental potenciador del desarrollo (que integra la percepción de autoeficacia parental, las competencias instrumentales, el conocimiento parental sobre las etapas de desarrollo y las teorías implícitas). La tercera dimensión es la Ecología Potenciadora del Desarrollo que incluye el apoyo social, que evalúa el apoyo socio-comunitario que una familia recibe para llevar a cabo una buena práctica parental y la tensión del sistema familiar que abarca el nivel de estrés y de conflicto experimentado por la familia. Estas dimensiones se articulan bajo un conjunto de rutinas estables que proporcionan la Estructura necesaria dentro de cada sistema familiar para potenciar un desarrollo psicológico saludable.

Objetivo. 1.- Desarrollar una herramienta que nos permita analizar de manera exhaustiva el contexto familiar entre 8 y 11 años. 2.- Analizar la estructura factorial y las propiedades psicométricas del nuevo instrumento. 3.- Analizar las distintas áreas del contexto familiar y su influencia en el desarrollo neuropsicológico infantil.

Metodología. Participantes: El estudio cuenta con 800 familias pertenecientes a las cohortes de Valencia y de Gipuzkoa del Proyecto INMA (<http://www.proyectoinma.org/>). Al tratarse de un estudio longitudinal prospectivo la evaluación se ha hecho anteriormente en Gipuzkoa a los 2 y 4 años. Procedimiento: Se realizó una adaptación de los ítems de la Escala Etxadi-Gangoiti al momento evolutivo de 8 a 11 años y se tradujeron al Euskera mediante un procedimiento de traducción inversa. Se realizó un "Face Validity" con familias del País Vasco y de Valencia con el objetivo de comprobar la comprensión de los enunciados y la pertinencia de las escalas de respuesta. Mediante una cita previamente concertada se les invita a las madres y/o padres a acudir al Centro de Atención Primaria más cercano a su domicilio. Los datos para la evaluación se obtienen a través de un cuestionario autocumplimentado de 140 ítems en una escala Likert de 1 a 6 que es completado por la pareja conjuntamente o por el cuidador principal. *Resultados.* La escala en su versión para 2 y 4 años ha mostrado unas óptimas propiedades psicométricas para cada una de las subescalas que la integran. En Marzo-2015 finalizará la recogida de datos para la prueba piloto y después se realizarán los análisis estadísticos pertinentes para conocer los primeros índices de fiabilidad. Una vez concluido el trabajo de campo, se analizarán las posibles influencias del contexto familiar en el desarrollo cognitivo infantil y su interacción con otras variables influyentes.

Conclusiones/Aportaciones. Al concebir el contexto familiar como uno de los escenarios fundamentales y de gran trascendencia para el desarrollo infantil, una de las principales aportaciones será la posibilidad de contar con una herramienta que posibilite llevar a cabo su evaluación y de esta manera proveer un perfil individualizado para identificar contextos familiares deficientes. Así mismo, al trabajar con una muestra representativa de la población, se podrán conocer aquellas variables que pudieran contribuir de manera significativa a la mejora del desarrollo neuropsicológico de los menores con el fin de diseñar políticas de intervención familiar y de parentalidad positiva, así como programas preventivos en el ámbito de la acción social.

114. Estado emocional de la mujer durante el embarazo, salud perinatal y desarrollo psicológico temprano

Roncallo, Claudia Patricia¹; Sánchez de Miguel, Manuel²; Etxaniz, Alaitz¹; Barreto, Flor¹; Arranz Freijo, Enrique^{1,2}; Olabarrieta, Fernando^{1,2}

¹UPV/EHU. Grupo Haezi ²Departamento de procesos psicológicos básicos y desarrollo. Facultad de Psicología UPV/EHU

Email de Contacto: croncallo001@ehu.es

Introducción. Investigaciones recientes señalan cómo el estado emocional de la mujer durante el periodo gestacional influye en el desarrollo fetal y en la vinculación post-natal. El impacto negativo del estrés percibido y la ansiedad durante el embarazo, han sido ampliamente documentados a través de sus efectos más conocidos como son parto prematuro y bajo peso al nacer. Por otra parte, algunos datos indican la relación entre altos niveles de estrés materno y el desarrollo neonatal e infantil, medidos a través de la escala Brazelton de comportamiento neonatal y la escala Bayley de desarrollo infantil; encontrando efectos significativos como inestabilidad del sistema nervioso autónomo, déficit en la autorregulación y alteraciones conductuales en la primera infancia. En la literatura científica se proponen dos hipótesis explicativas de los efectos descritos; la hipótesis biológica, que hace referencia al efecto negativo de la exposición fetal a altos niveles de hormonas del estrés como el cortisol, los cuales interfieren negativamente con el desarrollo del eje hipotálamo-pituitario adrenal en el feto, y la hipótesis biopsicosocial, complementaria con la anterior, que plantea que los efectos en el neurodesarrollo fetal de la exposición prolongada al estrés, se ven reforzados por las experiencias post-natales. La segunda hipótesis propone la existencia de mecanismos epigenéticos que regulan la actividad neurológica por medio de experiencias tempranas; a la luz de esta hipótesis, los neonatos más irritables y con menor capacidad de regulación son percibidos de forma más negativa por sus madres, originándose de esta forma dificultades en la sincronía y en la vinculación madre-bebé, pudiendo afectar a la consolidación de un apego seguro y al desarrollo psicológico posterior. Las experiencias tempranas en el periodo post-natal, pueden tener un papel crítico como moderadoras de los efectos negativos de la exposición al estrés prolongado en el embarazo. Partiendo de esta premisa, el periodo perinatal es una importante oportunidad para la prevención, ya que es una etapa en la que el cerebro cambia rápidamente, dada su gran plasticidad, dejando efectos duraderos. Por consiguiente, las experiencias positivas de afecto, cuidado y contacto, pueden minimizar las consecuencias biológicas del estrés. Datos al respecto señalan que la influencia del contexto familiar es decisiva para el desarrollo psicológico de los niños, ya que variables que denotan la alta calidad del contexto familiar y las prácticas de parentalidad positiva, se han asociado con un mayor desarrollo de infantil entre los 17 y los 42 meses de edad. Mujeres que desarrollan positivamente la empatía y la sensibilidad propia del rol materno,

tienden a ofrecer mayor calidad en la crianza y a disponer de una red de apoyo más efectiva. Por lo tanto, los futuros esfuerzos de promoción de la salud materno-infantil, deben centrarse en intervenciones basadas en la evidencia empírica, dirigiéndose al fortalecimiento de la salud mental de la mujer durante el embarazo, así como a la prevención, diagnóstico y tratamiento precoz de altos niveles de estrés percibido y sintomatología ansiosa. Dicha intervención requeriría un servicio multidisciplinar concreto, donde psicólogos con formación específica en el periodo perinatal, a través del trabajo en red junto con otros profesionales sanitarios, pudieran abordar los aspectos psicológicos específicos de la etapa prenatal, el parto, el puerperio y la crianza temprana. Este enfoque tal y como sucede en experiencias de otros países, permite un mejor acercamiento a las variables psicosociales que podrían influir entre otros, en el estrés prenatal, así como en el cuidado temprano de los recién nacidos, posibilitando un abordaje desde la prevención con importantes implicaciones tanto en la salud materno-infantil, como en la salud pública.

120. El sentido de coherencia de las mujeres inmigrantes

Bonmatí-Tomàs, Anna¹; Malagón-Aguilera, M^aCarmen¹; Gelabert Vilella, Sandra¹; Bosch-Farré, Cristina¹; García Gil, M^aMar²; Juvinyà-Canal, Dolors¹

¹Departamento de Enfermería. Universidad de Girona ²IDIAP Jordi Gol

Email de Contacto: anna.bonmati@udg.edu

Introducción. Las mujeres inmigrantes son uno de los colectivos que sufren más inequidades en salud (Malmusi et al., 2010) debido a factores como: género, origen y nivel socioeconómico (Marmot et al., 2012). La aproximación salutogénica de Anstonsky busca aquello que crea salud, así el propio autor considera la salud como un camino en sí misma, como un proceso continuo denominado “ease-disease” (Antonovsky, 1996). Uno de los constructos de dicha aproximación es el sentido de coherencia o SOC. Este se define como “una orientación global que expresa la medida en que una persona tiene un sentimiento de confianza muy interiorizado, permanente y al mismo tiempo dinámico”. Así las personas con un SOC elevado tienen mayor capacidad para evitar las situaciones de peligro, disfrutan de recursos, los movilizan y los utilizan como instrumentos para solucionar problemas. El SOC está compuesto por 3 dimensiones: la comprensibilidad (comprensión del que está sucediendo y posibilidad de prever el futuro), la manejabilidad (saber utilizar y gestionar los recursos disponibles) y la significatividad (dar un valor a aquello que está sucediendo) (Antonovsky, 1987).

Objetivo. Describir el sentido de coherencia de las mujeres inmigrantes

Metodología. Estudio descriptivo de una muestra de conveniencia de 30 mujeres inmigrantes de distintos orígenes y residentes en la ciudad de Girona (Cataluña). Se han recogido los datos mediante un cuestionario donde se incluye: edad, país de nacimiento, años fuera de su país, años de escolarización, situación laboral, estado civil y situación socioeconómica. El SOC ha sido evaluado mediante el cuestionario SOC-13 traducido y validado por Virués-Ortega (2007). Los datos fueron analizados mediante el programa SPSS v.19. Se realizó una estadística descriptiva con medias, desviaciones estándar (DE) y frecuencias.

Resultados. La edad media de las participantes es de 36.4 años (DE 7.2), un 76,7% están casadas, un 10% solteras y un 13% están separadas o divorciadas. Un 43,3% son de origen magrebí, un 13,3% centroamericano y un 43,3% subsahariano. Un 18,2% llevan menos de 7 años fuera de su país, un 68,2% entre 7 y 15 años y un 13,6% lleva más de 15 años. Respecto a su situación económica, un 41% la considera buena, un 27,3% mala

y un 31,8% muy mala. Un 60% tiene un trabajo remunerado muy precario fuera de casa mientras que el resto están en el paro. Un 77,3% tienen como máximo 10 años de escolarización.

El SOC medio obtenido es de 60,38 (DE 7,5), la comprensibilidad presenta una media de 22,69 (DE 3,7), la manejabilidad 18,62 (DE 3,9) y la significatividad 19,07 (DE 3,8).

Conclusiones/Aportaciones. La mayoría de las participantes presentan un SOC bajo pudiendo influenciar este hecho en el afrontamiento de los retos y/o problemas de su día a día. Por ello se cree necesario promover políticas de empoderamiento de dicho colectivo con el fin de dotar a las mujeres inmigrantes de las habilidades de la vida que les permitan aumentar sus capacidades y poder hacer frente a dichos retos diarios.

124. Herramientas para mejorar la salud física y emocional en el día a día Espacio de mujeres del Plan Comunitario

Romera Punzano M^o Teresa¹; Moreno Girao, M^a Cruz²; Martínez Martínez, Maribel³

¹Área básica de Salud La Roca del Valles, Barcelona, Cataluña

Email de Contacto: 24728mmg@comb.cat

Introducción. La Roca del Valles es un municipio semirural de 11.300 habitantes, en la provincia de Barcelona. Desde hace 10 años trabajamos la Salud Comunitaria desde el centro de salud. Vinculados a la comunidad a través del Proceso de Intervención Comunitaria (PIC) La Torreta /La Roca del Vallés. Desde el año 2010, el grupo de mujeres del PIC trabaja la salud física y emocional, para aprender a afrontar los malestares del día a día.

Objetivo.

— Proporcionar herramientas para mejorar la salud, el bienestar emocional y la percepción que tienen las mujeres de su calidad de vida.

— Conseguir su participación en un espacio grupal y vinculado a otras actividades del barrio.

— Aprender a cambiar los pensamientos inadecuados por pensamientos adaptativos.

— Potenciar la autoestima para mejorar como a personas.

— Incidir en los hábitos saludables sobretudo la alimentación y el ejercicio.

— Influir en las dinámicas de las familias a través de mensajes saludables.

Metodología. Se analizan las características generales de la población a la cual va dirigido el proyecto, mujeres sanas, madres de familia entre 45 y 70 años, que se ocupan de hijos, nietos y abuelos; soportan una importante carga familiar y son el pilar de sus familias. En consulta se detecta baja autoestima y poca participación social. Se desarrolla un espacio de dialogo y participación dirigido por un equipo técnico compuesto por: una médica de familia, una enfermera y la técnica comunitaria. Grupo de 10 a 15 mujeres. Se tratan temas de desarrollo personal, alimentación saludable y actividad física, desde diferentes perspectivas terapéuticas y diferentes métodos pedagógicos como: explicación de un tema, lectura de un cuento, juegos, debates...compaginando con temas de salud. Dentro del grupo se crea un clima de confianza y respeto, sin evidenciar temas personales. Se abordan diferentes temas en función del grupo en una programación trimestral, algunos de los temas:

— Alimentación saludable: dieta mediterránea alimentos de temporada...

- Cuidemos nuestro cuerpo y nuestra imagen.
- Encontrar siempre el lado positivo de las situaciones y aprender de ellas.
- Trabajar la empatía como forma de mejorar nuestras relaciones.
- La violencia de género: síndrome de la ia-ia esclava.
- Como afrontar las preocupaciones: ocupar-se en vez de preocupar-se.
- Caminamos por el barrio: utilizamos el mobiliario urbano para hacer ejercicio.
- Solidaridad y multiculturalidad a través de charlas. Merienda solidaria, aportación de postres de diferentes culturas y países. Donación solidaria a Caritas.

Resultados. Se realizaron 22 sesiones en un año, con una asistencia de 15 mujeres por sesión y una media de edad de 60 años. El grado de satisfacción por parte de las participantes fue alto, reconociendo que habían aumentado sus conocimientos en hábitos alimentarios, búsqueda de espacios propios y para compartir con familia y amistades, así como reconocimiento y exploración de sus propias emociones. Se crea un grupo en redes sociales (whaasp) que se mantiene activo, donde se comparten diferentes temas i se tiene una relación importante de soporte social. Se pasan tests al inicio del curso escolar y al final para evaluar el estado de ánimo y actividades cotidianas. Se constata una bajada de la demanda en consulta de algunas mujeres que participan el grupo.

Conclusiones/Aportaciones. Los grupos psicoeducativos son un excelente instrumento educativo con el que podemos aprender a cuidar-nos, tener sentido crítico, ser tolerantes, utilizar la empatía... para mejorar nuestras relaciones personales. Nos permite fomentar las relaciones sociales, el enriquecimiento personal y formar redes sociales de apoyo. Compartir experiencias, inquietudes, necesidades... salud con una visión integral y comunitaria.

2.2 Promoción de la salud en las primeras etapas de la vida

29. La prevención de la obesidad, un reto para la Promoción de la Salud en la Adolescencia

Marañón Elena¹; Lertxundi Aitana²; Oribe, Madalen¹; Lamas, María del Mar¹.

¹Máster de Salud Pública, Universidad del País Vasco, Depart. de Medicina Preventiva y Salud Pública ²EHU/UPV

Email de Contacto: hojasalviento@outlook.es

Introducción. La preocupación por el aumento de la prevalencia de obesidad en edades infanto-juveniles, junto con la relación existente entre obesidad y enfermedades crónicas, impulsa a las instituciones públicas a elaborar propuestas para la Promoción de la Salud de la ciudadanía, y especialmente en etapas de mayor vulnerabilidad, como es el caso de la Adolescencia. Además, en la elaboración de estas propuestas, es imprescindible tener en cuenta, la estrategia de “Salud en todas las políticas”, así como la influencia de los Determinantes Sociales en las Desigualdades en Salud. Por todo esto, se ha realizado en una muestra de 134 Adolescentes de Usurbil, un estudio descriptivo de tipo transversal, para analizar hábitos de alimentación, actividad física y consumo de nuevas tecnologías y en consecuencia elaborar una propuesta de un Plan de Salud Municipal para prevención de la obesidad en este colectivo.

Objetivo. General: Elaborar una propuesta de un Plan de Salud para la prevención de la obesidad en la Adolescencia de Usurbil. Específicos: Promoción de la alimentación saludable. Impulsar la práctica de actividad física. Promover acciones para reducir las desigualdades en el acceso a los Programas de Salud. Favorecer la participación y el empoderamiento de la Adolescencia en el cuidado de su salud.

Metodología. Revisión de las recomendaciones de expertos y gubernamentales en relación a: Promoción de la alimentación saludable y práctica de actividad física en la adolescencia. Determinantes Sociales de la Salud y Equidad en Salud. Análisis de los resultados del estudio descriptivo realizado a la Adolescencia de Usurbil. Reflexión sobre las características propias de la Adolescencia dentro del contexto social actual y de su localidad. Reunión con el cuerpo técnico municipal. Contenidos: conocer el marco de aplicación, necesidades percibidas en la adolescencia, tejido asociativo del municipio, espacios para adolescentes, red existente para la práctica de actividad física, perfil de usuarios/as de esta red, zonas existentes para la práctica de actividad física no reglada: características, estudio de puntos negros y zonas a reforzar, vías de comunicación con la ciudadanía, grado de participación en las actividades, según el barrio de referencias. Elaboración de la propuesta.

Resultados. El Plan de Salud, se estructura en siete ejes estratégicos, con sus respectivas líneas de actuación: 1-Promover entornos saludables: 1.1.Caminos peatonales, 1.2. Impulsar el tiempo libre activo, 1.3. Reforzar el equipamiento en zonas de tiempo libre activo 1.4.Promover el respeto al medio ambiente. 2- Impulsar la practica a actividad física: 2.1.Disfrutemos con la actividad física: 2.2. Hacemos ejercicio físico y compartimos. 3-Promover una alimentación saludable: 3.1.Bases de la alimentación saludable, 3.2.Difusión de la información. 3.3. Cambiemos la perspectiva de la alimentación.4- La adolescencia y la familia: 4.1. Escuela para familias: espacio para abordar las dificultades de esta edad en la construcción de hábitos de salud y adquirir herramientas. 5. La salud adolescente en el Centro Escolar. 6-Atención especial a los colectivos a riesgo. 7-Impulsar la coordinación y cooperación entre distintas entidades. En cada una de las líneas de actuación se proponen diferentes acciones cuyo desarrollo se valorará por la comisión, asociación y entidad correspondiente de forma coordinada. Evaluación: Se recomienda realizarla: desde la implementación del Plan hasta los resultados, es decir de forma continua y en todas las etapas: con valoraciones cuantitativa y cualitativa. Estableciendo los indicadores correspondientes.

3. Apego: promoción de la parentalidad positiva desde el Sistema Sanitario Público de Andalucía

Garrido Porras, Antonio¹; Padial Espinosa, Mónica¹

¹Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía.

Email de Contacto: antonio.garrido.porras@juntadeandalucia.es

Introducción. La parentalidad positiva es un concepto emanado de orientaciones europeas recientes. La Recomendación 19 del Comité de Ministros del Consejo de Europa (2006) sobre políticas de apoyo al ejercicio positivo de la parentalidad fue adoptada el 13 de diciembre de 2006 en la 983ª reunión de los Delegados de los Ministros. Define el “ejercicio positivo de la parentalidad” como aquel “comportamiento de los padres fundamentado en el interés superior del niño, que cuida, desarrolla sus capacidades, no es violento y ofrece reconocimiento y orientación que incluyen el establecimiento de límites que permitan el pleno desarrollo del niño”. Es bajo la inspiración de este enfoque que se han ido generando iniciativas para favorecer el trabajo de los profesionales, de las que destaco en el Estado español “Parentalidad positiva y Políticas Sociales de apoyo las familias” (Rodrigo y cols. 2010) del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y en el ámbito de Andalucía,

más específicamente, en el marco del Sistema Sanitario Público, el proyecto que impulsamos a partir de 2010 denominado “Salud y buen trato a la infancia y adolescencia en Andalucía”.

Objetivo. El objetivo general del proyecto Apego es promover las competencias parentales necesarias para favorecer el desarrollo positivo de los/as niños/as en el contexto familiar, prevenir situaciones de riesgo y desprotección infantil y fortalecer la salud mental de las familias. “Apego” fomenta un ejercicio de la parentalidad como fuente de protección y cuidado de los hijos e hijas y de satisfacción personal de los padres, desde el reconocimiento de la diversidad familiar y bajo un enfoque positivo, salutogénico y de derechos de la infancia. Apego: Promoción de la Parentalidad Positiva en el Sistema Sanitario Público Andaluz <http://goo.gl/eHtcQB>. Las propuestas psicoeducativas de Apego se diseñan para ser incorporadas a la cotidianeidad asistencial, al menos en 4 estrategias de atención:

— Embarazo, parto y puerperio: propuestas para ser contempladas en el proceso asistencial, sesiones grupales de la preparación al nacimiento y la crianza, guía para padres y madres durante el embarazo, parto y puerperio.

— En el marco del programa de salud infantil: fichas anticipatorias sobre el desarrollo infantil y su estimulación para ser entregadas en las visitas programadas del programa de salud infantil, guías temáticas que ofrecen información detallada y pautas de actuación sobre aspectos relevantes de la parentalidad en distintos momentos evolutivos (bebé a bordo, cómo establecer un buen apego, llegó la adolescencia...). También algunas guías para situaciones específicas como las que tienen lugar en los procesos de separación o divorcio, en familias reconstituídas, homoparentales o cuyo bebé tiene necesidades especiales. Sesiones grupales para trabajar con grupos de padres y madres aspectos que mejoren el ejercicio positivo de la parentalidad, propuestas para un diario de desarrollo (para ser incluidas en el documento de salud infantil), guía de uso para los profesionales que les ayude en la utilización de los contenidos anteriormente mencionados.

— En los escenarios de apoyo que precisan algunos padres cuyos bebés nacen prematuramente por los especiales requerimientos, al menos inicialmente, que conlleva el ejercicio de su parentalidad.

— En la plataforma de comunicación del Sistema Sanitario Público de Andalucía con padres, madres y menores “Una ventana abierta a la familia”

23. Los adolescentes y el tabaco: adicción, enfermedad y muerte

Lanzas Garzón, Natalia Pilar; Torres Reyes, Ana Alicia¹

¹Residencia de ancianos Viña del Rey en La Carolina (Jaén)

Email de Contacto: nlgarzon@hotmail.com

Introducción. El consumo de drogas es uno de los problemas que más preocupan a la sociedad. Observamos que ya no se trata solo de un problema relacionado sólo con zonas marginales sino que puede afectar a toda la comunidad y en especial, de forma más trágica, a una población de riesgo: niños y jóvenes en edad escolar. Un número muy importante de los adolescentes, consume sustancias como el alcohol, el tabaco, el cannabis y, en menor medida, cocaína y drogas de síntesis. En los jóvenes, el tabaco es la segunda droga más consumida y la que más pronto se empieza a consumir, siendo la edad media de inicio los 13 años. Las chicas fuman más que los chicos, y muestran mayor continuidad en el consumo, mientras que éstos comienzan a fumar algo antes y mayor cantidad de cigarrillos. El consumo de tabaco en España ha experimentado un descenso progresivo en los

últimos años que coincide con un aumento en la última década de la percepción del riesgo que la población tiene de su consumo. Pese a ello, en España, todavía hoy fuman a diario 3 de cada 10 personas mayores de 16 años.

Objetivos:

- Sensibilizar a los jóvenes sobre la problemática del tabaco a corto y largo plazo.
- Modificar actitudes y creencias de los adolescentes ante el tabaco.

Metodología. Hemos realizado una revisión literaria de guías, materiales educativos relacionados con las drogas.

Resultados. Elaboración de una guía centrada en el tabaco en el que se aportará amplia información sobre ¿qué es?, efectos inmediatos del tabaco sobre la salud, consecuencias del tabaco, fumadores pasivos, motivos por los que los adolescentes fuman, etc. y será entregada a los jóvenes en los centros escolares para concienciarlos de los efectos nocivos del tabaco.

Conclusiones/Aportaciones. Los jóvenes son los más susceptibles de desarrollar actividades de riesgo. Por ello, es necesario promover la Educación para la salud en los centros educativos, ya que son un marco eficaz para intervenir en las edades tempranas y favorecer la adquisición de hábitos saludable que lo acompañaran a lo largo de su ciclo vital, permitiéndoles así una mejor calidad de vida. Además, las escuelas también son idóneas porque toda la población acude a él, dispone de medios técnicos y humanos y su fin es la educación.

25. Promoción de la lactancia materna

Torres Reyes, Ana Alicia¹; Lanzas Garzón, Natalia Pilar

¹Residencia de ancianos Viña del Rey en La Carolina (Jaén)

Email de Contacto: analicia.torresreyes@gmail.com

Introducción. El amamantamiento es un arte innato en los seres humanos que, sin embargo, no está exento de unos conocimientos y actitudes que lo faciliten. Antiguamente, eran las madres, familiares y contactos próximos a las parturientas las que se encargaban de esta labor, pero a partir de los años 60 la lactancia materna se quedó relegada, y actualmente las madres buscan los consejos de los profesionales de la salud. La importancia de la lactancia materna como factor determinante de la salud infantil y materna, hace que la protección, promoción y apoyo a la misma sea una prioridad de primer orden. Nuestra profesión tiene una labor muy importante en la promoción de la lactancia, y por ello debemos estar capacitados y formados para poder transmitir a las madres determinación, seguridad y, en definitiva, la confianza necesaria para que inicie y continúe con la lactancia materna.

Objetivo. Establecer pautas de actuación enfocadas a favorecer y apoyar el inicio de la lactancia materna. Formar y capacitar a los profesionales de la salud, proporcionar pautas claras y eficaces para asegurar una buena lactancia a todas aquellas madres que deseen dar de lactar, favoreciendo el contacto precoz.

Metodología. Revisión bibliográfica en protocolos y guías de práctica clínica relacionadas con la lactancia materna.

Resultados. Elaboración de una guía de práctica clínica dirigida a los profesionales de la salud, para proporcionarles los conocimientos adecuados sobre lactancia materna, con el fin de ofrecer a las futuras mamás

cuidados de calidad, así como promocionar y mantener la lactancia materna el mayor tiempo posible. Los aspectos que se van a tratar son:

- Beneficios de la lactancia materna
- Técnicas correctas de amamantamiento
- Evaluación de las mamas
- Detección de factores de riesgo para la lactancia
- Reconocer contraindicaciones de lactancia materna

Conclusiones/Aportaciones. La instauración y el mantenimiento de la lactancia materna, se considera hoy en día todo un reto para los profesionales de la salud. Los importantes beneficios que proporcionan han hecho que la lactancia materna vuelva a ocupar un lugar clave en los programas de planificación familiar y supervivencia infantil. La promoción de la lactancia materna exige la motivación, capacitación y labor coordinada de muchos profesionales. Sin embargo, ya que su éxito depende más de la instrucción y el apoyo ofrecidos a las madres que de cuidados de tipo curativo, constituye un campo ideal para la intervención del personal de enfermería, cuya labor dirigente en este sentido puede asegurar el impacto perdurable de los programas de promoción.

74. La obesidad y los hábitos de vida de l@s jóvenes de entre 12 y 15 años del municipio de Usurbil

Lamas, María del Mar¹; Oribe, Madalen¹; Marañón, Elena¹; Lertxundi, Aitana¹

¹Máster Universitario en Salud Pública. UPV/EHU. Estudiante

Email de contacto: mdlamas001@gmail.com

Introducción. La prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil ha aumentado de manera alarmante en las últimas décadas. La OMS lo considera un problema de salud pública a nivel mundial y recomienda programas de promoción de la salud centrados en la dieta y el ejercicio físico; los cuales han demostrado su efectividad para la prevención y el control de la obesidad infantil.

Objetivo: Conocer la prevalencia de obesidad y hábitos de vida en jóvenes de entre 12 y 15 años del municipio de Usurbil.

Metodología. Se realizó un estudio descriptivo transversal en el municipio de Usurbil a l@s jóvenes de entre 12 y 15 años. Los criterios de inclusión fueron residir en Usurbil y presentar el consentimiento materno o paterno debidamente cumplimentado. La población a estudio tenía un tamaño de 242 personas. El 71% iba a la ikastola (181) y el 29% (61), fuera del municipio. La muestra obtenida fue de 134: 129 de la ikastola y 5 de fuera del municipio. Por lo que, la tasa de participación fue del 55%. La recogida de información se realizó en octubre de 2014 a partir de dos cuestionarios: uno aportado a l@s jóvenes y otro aportado a sus progenitores. Los cuestionarios se entregaron en mano a l@s alumn@s de la ikastola y por correo ordinario a l@s jóvenes que acudían a colegios fuera del municipio. El cuestionario aportado a los jóvenes recogía información relacionada con hábitos alimenticios, actividad física y consumo de nuevas tecnologías. Y el cuestionario aportado a los progenitores recogió información sobre frecuencia alimentaria de l@s hij@s y variables sociodemográficas.

Resultados. La prevalencia de sobrepeso y obesidad en la muestra es del 20% (sobrepeso, 17.04%; y obesidad, 2.96%). La muestra es representativa de acuerdo a los datos de la población española de 2011-2012 (19.62%; y 3.26%). De acuerdo a la encuesta de nutrición de la CAPV de 2005 (25.4%; y 4.5%), el porcentaje es menor en la muestra de Usurbil. El porcentaje de jóvenes que desayuna todos los días es del 86%; el 81% realiza tres comidas al día y el 51%, cinco. El 23% realiza un desayuno saludable; el 70% no desayuna fruta y el 7% no desayuna lácteos o cereales. Se observa una relación entre la edad y el número de comidas al día, contra más mayores, menor tendencia a realizar 3 ($p=0.001$) y 5 comidas al día ($p=0.000$). También se distingue una relación entre el sexo y el número de comidas al día, un mayor porcentaje de chicos realizan 3 comidas al día (chicos, 89.06%; y chicas, 72.58%) ($p=0.019$). El 93% de l@s jóvenes realiza alguna actividad extraescolar relacionada con el ejercicio físico, no se observan diferencias entre ambos sexos (chicos, 92.19%; y chicas, 93.55%) ($p=0.767$). En cuanto a la actividad física no programada, el 63% de l@s jóvenes realiza ejercicio físico; de l@s cuales el 66% son chicos y el 34% son chicas. El 17% de l@s jóvenes pasa menos de dos horas al día delante de una pantalla durante los fines de semana y el 22%, entre semana. El 67% recibió su primer móvil entre los once y los doce años. Se observa una relación entre el sexo y la utilización del móvil, un mayor porcentaje de chicas utilizan el móvil (chicos, 81.25%; y chicas, 98.39%) ($p=0.002$). Además, las chicas eran más jóvenes cuando tuvieron su primer móvil ($p=0.001$). Se observa una relación entre la edad a la que se tuvo el primer móvil y el nivel de estudios de la madre, contra menor nivel de estudios de la madre, l@s hij@s tuvieron antes un móvil ($p=0.000$).

Conclusiones/Aportaciones. La prevalencia de obesidad en la muestra de Usurbil es similar a la de la población española. Además, se observan relaciones entre el sexo, la edad, el nivel de estudios de la madre y los hábitos de vida de l@s jóvenes, por lo que a la hora de diseñar actividades de promoción de la salud, se han tener en cuenta como posibles factores que influyen en los hábitos de vida de l@s jóvenes de entre 12 y 15 años.

110. Descripción de los hábitos de actividades sedentarias multimedia en una muestra de escolares del Gran Bilbao

Caballero Sanchez, Silvia¹; Hoyos Cillero, Itziar¹

¹Leioako Erizaintza Unibertsitate Eskola/ Escuela Universitaria Enfermería Leioa UPV/EHU

Email de Contacto: silvia.caballero@ehu.es

Introducción. La prevalencia de sobrepeso infantil ha experimentado un incremento a nivel mundial. Recientes estudios demuestran la existencia de una relación entre el tiempo dedicado a las actividades sedentarias de ocio pasivo multimedia y un aumento de la prevalencia de la obesidad infantil. Por ello, es vital conocer los hábitos de actividades de ocio pasivo multimedia, así como los factores asociados a éstas, para poder diseñar estrategias efectivas que ayuden a disminuir el tiempo que los escolares dedican a estas actividades durante la etapa infantil.

Objetivo. 1) Describir los hábitos de ocio pasivo multimedia de una muestra de escolares de entre 11 y 12 años del Gran Bilbao. 2) Identificar los factores demográficos, socioculturales y ambientales relacionados con hábitos de ocio pasivo multimedia de estos escolares.

Metodología. Se recogieron datos sobre el tipo de actividades de ocio pasivo multimedia de 208 escolares pertenecientes a 13 centros de primaria con características socio-económicas diferentes. Asimismo, se recogieron datos sobre sus variables socio-demográficas, culturales y ambientales mediante los datos aportados por ellos

y sus progenitores. Además se midió y pesó a los escolares para calcular su IMC y clasificarlos en niveles según las escalas de la IOTF. Los progenitores también aportaron datos relativos a su peso y altura, siendo clasificados según su IMC. Previo a la participación de los escolares en el estudio se recabaron los consentimientos informados escritos que los padres o tutores debían firmar.

Resultados. Existen diferencias en los hábitos ocio pasivo multimedia en función del género y el día de la semana. Los chicos dedican mayor tiempo a todas las actividades de ocio pasivo multimedia (TV, ordenador y video-consola) y durante el fin de semana todos los escolares aumentan el tiempo dedicado a todas las actividades sedentarias. Todos los escolares dedican en primer lugar el mayor tiempo a ver la TV, después existen diferencias, ya que los chicos dedican un mayor tiempo a jugar a la video-consola mientras que las chicas optan en mayor medida por jugar al ordenador. A su vez, la presencia de dispositivos multimedia en la habitación del escolar puede ser un factor relacionado con el aumento del tiempo de utilización. Asimismo, pese a que no se han encontrado diferencias significativas, la presencia de normas y el tiempo que los padres dedican a ver la televisión parece estar relacionado con el tiempo de ocio multimedia del escolar. En función del género, cabe destacar como existe un mayor número de chicos que tienen mayor accesibilidad a aparatos multimedia en la habitación (TV, ordenador y video-consola), así como más normas que limitan el tiempo que dedican a todos los tipos de actividades sedentarias en comparación con las chicas.

Finalmente, no se ha descrito una relación significativa entre el tiempo dedicado a actividades de ocio pasivo multimedia y el IMC de los escolares. Pese a ello, un mayor número de horas dedicadas a todos los tipos de actividades de ocio pasivo multimedia se ha relacionado con índices más elevados de IMC, por lo que puede existir una tendencia.

Conclusiones/Aportaciones. Los factores socio-demográficos, ambientales y socioculturales pueden estar relacionados con las actividades sedentarias de ocio pasivo multimedia de los escolares. En consecuencia es fundamental conocerlos para poder así diseñar estrategias efectivas que estén orientadas a disminuir el tiempo que los escolares dedican a estas actividades. A su vez, los hábitos y la conducta de los progenitores son primordiales para poder ayudar a modificar los hábitos de los escolares.

136. Pubertad... ¿etapa comprendida?. Programas de intervención ProCC con madres, padres y púberes desde el Ayuntamiento de Bilbao

San Emeterio Gómez, Amaia.

Ayuntamiento de Bilbao. Sección de Promoción de Salud del Área de Salud y Consumo.

Email de Contacto: asanemeterio@ayto.bilbao.net

Introducción. La pubertad, momento de despertar bullicioso de las hormonas, que marca el desarrollo, abriendo la posibilidad de procrear y el acceso a la sexualidad genital propiamente dicha, sitúa un momento de especial y emocionante desprendimiento. Se pasa de la mirada y mimo de los padres (madre-padre) que han ido valorizando al hijo/a, a la apertura hacia los otros, a la necesidad de contactar con los otros; a "salir" de los padres para abrir un ámbito de crecimiento con los/as iguales, en un movimiento que implicará una relación totalmente diferente. Sin embargo, a este momento tan significativo, tan cargado de trabajo en la construcción de aprender a "salir", se lo peyorativiza –"es la edad del pavo"– y todo lo vinculado a "salir" se lo carga de mensajes contradictorios que expresan la ambivalencia no resuelta de los padres y que no ayudan como límite de crecimiento a los hijos/as. Y es que este proceso de desprendimiento cuesta desde ambas partes del vínculo, ya que genera ambivalencia y miedos tanto en los/as púberes como en madres y padres. Todo esto contribuye

a que sean unos años incomprensidos y vividos con diferentes grados de malestar y sufrimiento en el grupo familiar. Consideramos necesario y urgente que los/as púberes por un lado y madres y padres por otro, puedan contar con espacios de reflexión acerca de la problemática de la pubertad hoy, donde encuentren elementos de análisis que les permitan comprender el proceso que están viviendo y la construcción de alternativas. Desde ahí, la Metodología ProCC (Procesos Correctores Comunitarios) desarrolla Programas, con púberes por un lado y con madres y padres por otro, para que se puedan dar pasos en la salida de esa incomprensión, para poder cambiar esa mirada, para transformar esa idea que hace que sea difícil ver y vivir la pubertad de otra manera. Estos Programas se llevan a cabo desde diferentes ámbitos. En este caso, hablaremos de los que se desarrollan desde la Sección de Promoción de la Salud del Área de Salud y Consumo del Ayuntamiento de Bilbao.

Objetivos.

— Compartir nuestra experiencia de trabajo con púberes y con madres y padres sobre la pubertad desde una concepción metodológica concreta.

— Aportar algunos elementos de análisis que ayuden a comprender lo que significa la pubertad en la sociedad hoy, y cómo esto influye en el desarrollo de los chicos y chicas de esta edad (los/as púberes) y en sus madres y padres.

Metodología. La metodología empleada tanto en los Programas que se presentan como en esta Comunicación es la Metodología ProCC (Procesos Correctores Comunitarios).

Esta Metodología, creada por la Dra. Mirtha Cucco, tiene como objeto de trabajo y estudio los malestares de la vida cotidiana “aquellos malestares que se sufren y no se analizan ni cuestionan porque se consideran “normales”, no generan demanda explícita ni tienen interlocutor válido y, sin embargo, se cobran altos precios en salud y bienestar de la población”

Es una metodología basada en los Indicadores Diagnósticos de Población (IDP) que se ratifican y rectifican de acuerdo a una investigación permanente que se lleva a cabo en diferentes lugares del estado español y de América Latina.

Resultados. La valoración que hacen tanto púberes como madres y padres sobre los Programas con los que trabajamos es muy positiva. Las personas participantes expresan un alto nivel de satisfacción, ya que les ayuda a entender la edad, a trabajar adecuadamente las necesidades de la etapa y a decodificar y resolver situaciones que generan malestar.

Conclusiones/Aportaciones. Trabajar la pubertad desde las necesidades de esta edad y la parte que le toca a cada uno (púberes por un lado y madres y padres por otro) hace que la incomprensión mutua que generalmente se da en esta edad pueda resolverse.

138. Las conductas de autocuidado saludables en edad adolescente

Laespada Martínez, Maria Teresa¹; Gonzalez de Audikana de la Hera, Juan Manuel¹

¹Instituto Deusto de Drogodependencias, Universidad de Deusto

Email de Contacto: laespada@deusto.es

Introducción. La mayor parte de las investigaciones que se desarrollan en el ámbito de la salud adolescente centran sus análisis en el reconocimiento e identificación de los factores de riesgo o el desarrollo de conductas que indiquen de forma negativa en la salud de los adolescentes. Hablamos prioritariamente de investigaciones centradas en el consumo de sustancias, en conductas sexuales, violencia, salud emocional, conducción de vehículos a motor, riesgo en la seguridad personal, etc. Son pocos los estudios que se centran en el análisis de las conductas que realzan la salud y que suponen los factores protectores para poder desarrollar en condiciones básicas suficientes el desarrollo del potencial humano en una época determinante de la persona. Desde hace cinco años el Instituto Deusto Drogodependencias de la Universidad de Deusto lleva a cabo una evaluación longitudinal cuasiexperimental de un programa de prevención del consumo de alcohol en adolescentes de enseñanzas medias en tres comunidades autónomas; Andalucía, Cataluña y Madrid. En un interés especial en conocer las pautas de autocuidado que realzan la salud y su peso en el modelado de estilos de vida saludables, como mecanismos protectores frente a las conductas de riesgo, se analiza la prevalencia de distintas pautas de autocuidado que realzan la salud.

Objetivo. Identificar las pautas de autocuidado que desarrolla la población adolescente durante cinco cursos académicos seguidos, para conocer su evolución a medida que el adolescente va adquiriendo mayores cotas de autonomía personal y sus diferencias en función de la edad, el género y el origen.

Metodología. Encuesta llevada a cabo en Andalucía, Cataluña y Madrid a una muestra total de 19.314 alumnos y alumnas distribuidos en cinco cursos académicos; 09-10; 10-11; 11-12; 12-13 y 13-14. La muestra se ha seleccionado por conglomerados, controlando el peso de comunidades autónomas, titularidad del centro y nivel de estudios. La última unidad muestral es el aula escolar, siendo el alumno/a el objetivo final. El cuestionario fue autoadministrado en el aula escolar en horario escolar y en presencia del monitor/a, sin presencia del profesorado. El cuestionario es prácticamente idéntico en sus cinco aplicaciones. El cuestionario se compone de 52 preguntas y más de 200 variables. Para la medida de pautas de autocuidado que realzan la salud se utilizó una batería de 9 ítems con cuestiones fundamentales del cuidado de salud. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS.

Resultados. La inmensa mayoría de la población adolescente de entre 12 y 18 años (95%) manifiesta que en su casa se preocupan de que tenga una alimentación equilibrada. Y el 90% dice realizar todas las comidas al día. El 79,4% dice realizarse chequeos médicos para controlar su salud, indicador que ha crecido de forma notable desde el curso 09-10 (67,1%). El 73% dice beber entre 4 y 8 vasos de agua al día, cifra que también se ha incrementado desde el curso 09-10 (68,3%). El 98% cuida su higiene personal, siendo éste el indicador más alto y el 80% dice dormir más de 7 horas diarias. En la actualidad el 75% practica algún tipo de deporte, cifra que ha venido incrementándose desde el curso 2009-2010 (69,4%). El 61% dice evitar las situaciones que le crean estrés y ansiedad y el 26,3% dice haber realizado alguna dieta para perder peso. Respecto a la diferencia en función del perfil de género, puede afirmarse que las chicas presentan menores pautas de autocuidado que los chicos. Algunos aspectos mantienen el mismo nivel de autocuidado no observándose diferencias significativas (que en su casa se preocupen por la alimentación, chequeos médicos, aseo e higiene personal) pero son varios los indicadores que presentan peores resultados entre las chicas que entre los chicos con diferencia significativa, lo que hace que ellas se sitúen en peores índices de prácticas de autocuidado. Así menos chicas realizan todas

las comidas del día, beben agua suficiente, practican deporte, duermen lo suficiente, evitan situaciones de estrés y más chicas hacen dieta para bajar de peso. Tomando una muestra de escolares en 1ª de la ESO y haciendo su seguimiento longitudinal a través de los cinco cursos académicos tenemos tres tomas de datos para este mismo conjunto de alumando. De tal forma que la primera toma de datos tienen entre 12 y 13 años y en la última tienen entre 16 y 17 años. Su evolución señala que existen cambios significativos con una menor ingesta de agua, una menor práctica deportiva, en una rebaja en las horas de sueño, se evitan menos las situaciones de estrés y ansiedad y se han realizado más dietas. Todos estos cambios de forma significativa.

Conclusiones/Aportaciones. Una cifra muy elevada de adolescentes mantiene hábitos y cuidados de salud adecuados. No obstante, debe observarse que hay diferencias significativas en función del género, siendo ellas mantienen pautas menos saludables que ellos. Tomando un grupo de referencia y siguiéndole a través de su adolescencia puede observarse un relajamiento en el cuidado de algunas pautas de salud determinantes para su bienestar. Sería necesario desarrollar planes de promoción de la salud adecuados en los últimos años de las etapas escolares para reforzar las conductas y recuperar los hábitos perdidos con el paso del tiempo y la adquisición de mayores cotas de autonomía.

148. Escuela abierta de verano, una experiencia de acción comunitaria para la salud en Elche

Ferrer Aracil, Javier

Ayuntamiento de Elche

Email de Contacto: jferrer@ayto-elche.es

Introducción. A principios de 2011, el barrio ilicitano de Carrús contaba con un amplio equipamiento de servicios. Sin embargo, la participación ciudadana en el desarrollo del barrio se había debilitado con el transcurrir del tiempo. Pese a contar con un número importante de asociaciones, aparte de los recursos propios de la administración pública, no existía una oferta de actividades para jóvenes durante los meses de verano. Ante tales circunstancias, algunos jóvenes, estimulados por el proceso comunitario iniciado poco tiempo atrás, habían empezado a movilizarse para demandar una oferta que se ajustase a sus intereses. Esta petición, respaldada posteriormente por instituciones y entidades ciudadanas, encerraba el germen de lo que fue la primera escuela abierta de verano, una actividad que en 2015 desarrollará su quinta edición. La escuela abierta de verano de Carrús se concibe como un espacio de ocio saludable para jóvenes de 12 a 16 años, en particular, y vecinos, en general, que abarca el mes de julio y la primera quincena de agosto.

Objetivos.

- Fomentar la adquisición de valores y modelos comportamientos positivos a través del ocio.
- Promover un mayor uso y disfrute de las instalaciones y espacios públicos.
- Reforzar el sentimiento de pertenencia e identidad barrial.
- Fomentar la adquisición de hábitos saludables de vida y el sentido de responsabilidad en relación con la salud.
- Propiciar espacios de encuentro y relación desde la educación no formal.

Metodología. La actividad se parte de un modelo de organización intersectorial e interinstitucional que cumple

tres principios básicos: 1) partir de un análisis del entorno en el que se reconocen las necesidades en salud pero también los recursos; 2) partir de la participación de diferentes administraciones, recursos profesionales y ciudadanía en todo el proceso; 3) partir de lo existente, conectarlo y ponerlo en valor. La actividad se encuentra organizada en materias troncales y optativas en las que cada joven puede inscribirse durante todo su calendario. Las troncales las componen aquellos talleres o actividades en los que participan todos los jóvenes inscritos. Están fundamentadas en necesidades de salud objetivadas técnicamente: prevención de adicciones, educación vial, educación afectivo-sexual, juegos deportivos, conocimiento del patrimonio cultural y medioambiental de Elche, etc. En ellas los jóvenes participan organizados por grupos de edad. Las optativas son aquellas escogidas por los jóvenes de entre una oferta efectuada por diferentes recursos vinculados al barrio. En ellas los jóvenes están agrupados por intereses compartidos, lo que aumenta sus oportunidades de relación. A partir de las optativas se definen los itinerarios personalizados, pues al desarrollarse múltiples talleres simultáneamente la elección de uno u otro define un calendario particular para cada joven. Además están las actividades abiertas que son aquellas optativas dirigidas al conjunto del vecindario. Para llevar a cabo la experiencia se favorece desde el principio el sentimiento de seguridad en los jóvenes y esto se consigue a través de dos vías: por un lado, visibilizando figuras de referencia para ellos, los monitores, jóvenes de mayor edad que pasan a desempeñar un papel como agentes educativos, acompañando a los grupos y facilitando la labor de los profesores, denominados aquí talleristas, que son los propios agentes de la comunidad: sanitarios, docentes, funcionarios, técnicos de entidades sociales, miembros de asociaciones o vecinos a título individual. De este modo, Carrús se convierte en verano en un barrio saludable y educador, en el que se desarrollan diferentes actividades, promovidas por diferentes entidades, en distintos lugares y horarios.

Resultados. Tras la realización de cada edición se realiza una evaluación participativa con los jóvenes, familias y entidades para valorar el grado de aplicación de la intervención, el modelo de gestión y la satisfacción de los participantes desde sus diferentes roles. Los resultados ponen de manifiesto que es un instrumento propicio para la formación de habilidades, destrezas y valores, para la creación de relaciones y experiencias gratificantes, para favorecer el sentido de identidad y pertenencia barrial, la participación y la convivencia; en definitiva, para potenciar la capacidad de la comunidad para mantener su salud y bienestar.

Conclusiones/Aportaciones. La experiencia ha constituido un elemento de refuerzo de la trama de relaciones en el barrio; una muestra, a pequeña escala, de cómo una comunidad puede organizarse para afrontar retos y oportunidades desde la acción colectiva.

118. Promoción temprana de salud bucal infantil. Protocolo de actuación en las etapas del desarrollo infantil

Franco Varas, Virginia¹; Gorritxo Gil, Begoña¹; Rámila Sánchez, Estíbaliz¹

¹Departamento Estomatología I. Facultad de Medicina y Odontología. UPV/EHU

Email de Contacto: virfranva@hotmail.com

Introducción. La evidencia experimental y epidemiológica ha puesto de manifiesto que los primeros contactos de los niños y sus padres con el dentista ocurren, por lo general, cuando se ha iniciado el ciclo de lesiones cariosas de los dientes al haberse establecido, inadvertidamente, los principales factores de riesgo, algunos de los cuales alcanzan una magnitud suficiente como para romper el equilibrio de los tejidos involucrados.

Es necesario instaurar acciones preventivas durante la infancia temprana y motivar e informar a la madre desde el período de gestación ya que:

- La instauración de los hábitos básicos de autocuidado, las rutinas de higiene y dieta, se establecen muy temprano en la vida de los niños
- La caries puede afectar de modo importante a los niños tan pronto erupcionan los dientes
- Los nichos microecológicos más relevantes se establecen con la aparición de los dientes, especialmente los molares como un fenómeno de transmisibilidad.
- Existe evidencia experimental del impacto protector de la intervención preventiva temprana
- Falta de conocimiento de las personas sobre las causas de la enfermedad y la posibilidad de alterar positivamente su pronóstico y curso.
- Existe evidencia del interés de las madres, especialmente la primigesta, de proteger y asegurar la salud y el normal desarrollo de sus hijos.

Objetivo. En base a lo anterior, se hace necesario establecer un listado de propósitos y definir, acciones específicas para lograrlos:

Descubrir, interceptar, modificar o eliminar prácticas parenterales y rutinas domésticas que puedan ser potencialmente lesivas para la salud bucal del niño.

Informar, motivar y educar a los padres, en cuanto a su papel en un programa efectivo de protección de la salud dental de sus hijos, basado en la información científica disponible y ajustada a la situación particular de cada familia.

Cambiar paradigmas, tanto en profesionales como en la comunidad, en relación a la oportunidad de contacto de paciente infantil y sus padres con la odontología e introducir el concepto que ésta puede ser agradable y eficaz, sin connotaciones de amenaza o invasividad.

Mantener supervisión y control relativos al desarrollo orofacial y de salud bucal del niño desde su primera infancia, estableciendo un vínculo periódico y regular.

Resultados. A continuación presentamos un protocolo de acciones en diferentes áreas (desarrollo bucal, fluoruros, higiene, hábitos, nutrición y dieta y prevención de injurias), en base a las diferentes etapas del desarrollo infantil como resumen de actividades de promoción temprana de la salud bucal del niño.

Etapas del desarrollo: 6-12 meses

Signo de período: Erupción de primeros dientes temporales. Formación de permanentes

- Desarrollo bucal: supervisar patrón eruptivo y discutir uso de chupete y biberones
- Fluoruros: Recomendaciones de precauciones. Uso sistémico y tópico
- Higiene: Adquisición de flora. Técnicas de limpieza. Períodos de controles
- Hábitos: succión no nutritiva. Uso de chupete. Lactancia materna
- Nutrición y dieta: biberón y patrón de caries. Papel de azúcar en caries
- Prevención de injurias: trauma en región bucal

Etapas del desarrollo: 12-24 meses

Signo de período: Dentición temporal completa. Establecimiento de la oclusión. Determinación de longitud del arco

- Desarrollo bucal: Importancia de mantener espacio
- Fluoruros: Fuentes de flúor en domicilio y exterior. Toxicidad-seguridad
- Higiene: cepillos dentales y dentífricos. Papel de padres y paciente.
- Hábitos: succión digital. Uso de chupete.
- Nutrición y dieta: placa bacteriana e interacción con dieta.
- Prevención de injurias: hogar seguro. Traumatismo de dientes temporales.

Etapas del desarrollo: 2-6 años

Signo de período: dentición mixta primera fase

- Desarrollo bucal: Exfoliación dientes temporales. Erupción permanente. Indicadores del desarrollo normal.
- Fluoruros: Fuentes de flúor en diversos agentes.
- Higiene: Autocuidado.
- Hábitos: Hábitos no nutricionales. Conductas adaptativas y desarrollo personal social
- Nutrición y dieta: alimentación doméstica y externa. Relación entre dieta sana y vida sana
- Prevención de injurias: seguridad en juegos y deporte. Riesgo dentario. Seguridad en vehículos.

Sesión 3. Herramientas y retos en Promoción de la Salud

88. PUNTUAN, Promoción de Salud y Vida Activa

Martínez Pereda, Jesus¹; Perez Artetxe, Aitor¹

¹PUNTUAN SOCIAL HEALTH

Email de Contacto: aitorperez@gerokon.com

Introducción. PUNTUAN es una ENTIDAD de INNOVACIÓN SOCIAL cuya misión es mejorar la salud y el bienestar de las personas ayudándoles a que se comporten de forma saludable y activa. Lo hacemos mediante un sistema estructurado de recompensa que premia con puntos los comportamientos saludables. Los puntos obtenidos por los usuarios son canjeables por productos y servicios, consiguiendo además un efecto de dinamización económica y social en las zonas de implantación.

Objetivo.

- Mejorar la salud de las personas y su calidad de vida
- Contribuir al desarrollo económico y empresarial
- Dinamizar social e institucionalmente la comunidad
- Generar empleo
- Promover innovaciones tecnológicas
- Actuar como elemento de sinergia con políticas públicas
- Conseguir impacto comunicativo para socios y patrocinadores
- Desarrollar un modelo escalable y exportable

Acciones o actividades realizadas, así como ámbito de actuación: Actualmente PUNTUAN está desarrollando su actividad únicamente en Bizkaia y prevé desarrollarse en la totalidad de la Comunidad Autónoma del País vasco en el próximo trimestre, y empezar a implantarse en el resto del país en 2.016. El programa cuenta con una oferta de actividades variada y flexible que gira en torno a 3 ejes: La Actividad física; Los Hábitos saludables; El Aislamiento Social. Se trata habitualmente de actividades que desarrollan todo tipo de entidades, que tienen interés en difundir lo que hacen y en incrementar la participación en las mismas.

Resultados. En la actualidad, PUNTUAN tiene a más de 2.000 personas adheridas que participan activamente en la iniciativa. Aunque no existen límites de edad para participar en el programa, a edad media de las personas adheridas al programa es de 62 años, y se está observando un progresivo rejuvenecimiento de las personas que se van incorporando. Asimismo, hay más de 25 entidades, tanto públicas como privadas, colaborando con el programa. Reconocimientos: Tras el reconocimiento como entidad de Innovación Social por la Diputación Foral de Bizkaia, la revista Compromiso empresarial, editada por la Fundación Compromiso y Transparencia ha reconocido a PUNTUAN como una de las 10 mejores innovaciones sociales de 2014.

97. Cambio de conductas no saludables y marketing social

Seco Hilera, Rebeca¹; Sancho Bernad, María Antonia¹

¹Subdirección de Salud Pública y Adicciones de Álava

Email de Contacto: r-seco@euskadi.eus/ msancho@euskadi.eus

Introducción. La OMS califica como epidemia la prevalencia de obesidad en la población mundial. En la Unión Europea las enfermedades cardiovasculares y el cáncer son las principales causas de discapacidad y muerte. Los factores de riesgo más importantes son el sobrepeso, la obesidad y la inactividad física. El 53 % de la población europea tiene sobrepeso y obesidad, y de estos el 16, 7 % son obesos. (Health at a Glance: Europe 2014). En España, 2 de cada 3 hombres tienen sobrepeso y 1 de cada 6 obesidad. Siendo la tasa de obesidad en España superior a la media de los países miembros y una de las más altas (OCDE). En población infantil el 24,6 % tiene sobrepeso y el 18,4 %, obesidad (Estudio Aladino 2013). En Euskadi, el 43% de los hombres y el 28 % de las mujeres presentan sobrepeso y el 14 % de hombres y el 12 % de las mujeres obesidad (ESCAV- 2013). Entre los factores determinantes se encuentran los hábitos dietéticos, el sedentarismo y estilos de vida poco saludables. Para cambiar este cuadro epidemiológico es necesario el cambio de conductas, siendo una tarea compleja por tratarse de una decisión individual donde influye el entorno familiar, físico, cultural y socioeconómico, entre otros. Desde la Carta de Ottawa (1986) hasta la Conferencia de Helsinki (2013) se ha promovido el desarrollo de políticas y estrategias orientadas a capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud y la mejoren, así como la creación de ambientes favorecedores de la salud, el refuerzo de la acción comunitaria, la reorientación de los servicios hacia la salud, la necesidad de implantar la salud en todas las políticas y la consecución de la equidad en salud. La salud de la población es necesaria y una condición para el desarrollo de la cohesión social y la prosperidad económica, por ello las intervenciones para prevenir las enfermedades no transmisibles (ENT) a nivel poblacional no solo son asequibles sino también costo-efectivas. En 2004 la OMS adoptó la Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Actualmente existen iniciativas como el Tercer Programa de Salud de la UE (2014-2020), Estrategia NAOS, PLAN DE SALUD DE EUSKADI 2013-2020, MUGIMENT, etc.

Objetivo. Conocer metodología y herramientas que puedan contribuir a aumentar la eficacia de los programas para el fomento de hábitos saludables.

Metodología. Se ha realizado búsqueda bibliográfica sobre iniciativas a nivel mundial, europeo, estatal y local dirigidas a promover cambios de hábitos respecto a alimentación saludable y actividad física, y uso del marketing social como herramienta útil en Salud Pública. Búsqueda en Webs de OMS, FAO, UE, bases de datos y revistas científicas (Medline, Nutrición Hospitalaria, SESPAS, etc.)

Resultados. Las estrategias de prevención deben iniciarse durante la infancia por ser un periodo crucial para fomentar hábitos saludables y reducir los comportamientos de riesgo. El éxito de la prevención de la obesidad infantil depende en gran medida de la capacidad para desarrollar políticas fuera del sector sanitario que tengan el objetivo explícito de mejorar resultados en salud pese a la resistencia de diferentes sectores económicos. Se ha demostrado que las intervenciones multisectoriales y multidisciplinarias fundamentadas en los principios básicos del marketing social son efectivas para mejorar la salud pública. La participación de líderes sociales influyentes contribuye a la mejora de los resultados.

Conclusiones/Aportaciones. Para cambiar hábitos y conductas no es suficiente informar y aconsejar, es un problema multidisciplinar y multisectorial por lo que hay que realizar las intervenciones en distintos ámbitos haciendo fáciles las opciones saludables. Conocer bien el entorno donde se va a desarrollar la iniciativa, establecer alianzas entre el sector público y privado, generar cohesión social y el empoderamiento de las comunidades

diana contribuye al éxito en el cambio de conductas. El uso del MARKETING SOCIAL como herramienta para la promoción, educación y comunicación, con estrategias de movilización social y participación comunitaria, también a través de los medios de comunicación y las redes sociales es efectivo en el cambio de hábitos y conductas saludables.

2. Andalucía es Salud, una experiencia de comunicación en salud pública

Padial Espinosa, María Mónica¹; Rodríguez Ocaña, José¹

¹Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de Andalucía.

Email de Contacto: monica.padial.easp@juntadeandalucia.es

Introducción. Los antecedentes de Andalucía es salud (<http://www.andaluciaessalud.es>) se encuentran en la publicación Salud (revista para la salud y el consumo), que surgió en enero de 1984, con la intención de ser un instrumento de información y de intercambio de experiencias entre los profesionales que trabajaban en educación para la salud y sobre el consumo. En el primer número de esta veterana publicación se recogieron los tres motivos que resumen también el ideario de Andalucía es Salud: debido a la inexistencia de publicaciones en este tema, había una demanda real; por un deseo de coherencia, se trataba de una revista centrada en la salud y no en la enfermedad y por último, por su propio valor intrínseco. En abril-mayo de 1986, la revista Salud pasó a llamarse Salud entre Todos, con el lema: 'Revista de Educación para la Salud y Formación del Consumidor'. Tres de cada cuatro suscriptores (75 %) tenían su actividad en el sector sanitario o educativo. De este porcentaje, un 40 por ciento eran sanitarios y un 35 por ciento, educadores. Esta publicación dejó de editarse en invierno de 2001, sucediéndole la revista Nuestra Salud, dirigida a la población general, que se publicó desde 2001 hasta 2003. En 2007 comienza a publicarse Andalucía es salud (<http://www.andaluciaessalud.es>), en versión electrónica, editada por la Secretaría General de Calidad, Innovación y Salud Pública de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Este proyecto tiene periodicidad semanal y es recibida por correo electrónico por unos 6.500 profesionales.

Objetivo. Crear un espacio para la comunicación y la participación de los profesionales que trabajan en salud pública en la Comunidad Autónoma de Andalucía.

Metodología. Para la edición de la revista cada semana se plantea una cuestión principal para la portada, en la sección de Noticias, y de 3 a 5 temas para la columna de breves. Se desarrolla una premaqueta que es revisada por el equipo de Andalucía es Salud y los técnicos de referencia de planes, programas y proyectos que trabajan en el ámbito de la salud pública, según corresponda. Cuando se da la conformidad al número, se envía por correo electrónico a la lista de destinatarios. Además, a diario se desarrollan tareas de actualización y seguimiento de contenidos en las redes sociales y se realizan álbumes fotográficos de eventos relacionados con la salud pública:

Twitter ([@andaluciasalud](http://twitter.com/andaluciasalud));

Delicious (<http://www.delicious.com/andaluciaessalud>);

Flickr (<http://www.flickr.com/photos/andaluciaessalud>) y

Slideshare (<http://www.slideshare.net/andaluciasalud>).

Resultados. En el período 2007-2015 (hasta marzo de 2015) se han alcanzado 277 boletines semanales gracias a la colaboración desinteresada de muchos profesionales de salud pública, que han facilitado la tarea de difusión y comunicación de Andalucía es Salud. En este período se han publicado en 3.162 contenidos, de los que un 33% corresponden al ámbito de la promoción de la salud; un 20% al de la prevención de la enfermedad; un

17% versan sobre temáticas generales como normativa, por ejemplo; un 8% a la participación social en salud; un 8% a la protección de la salud; un 7% versan sobre temas sociosanitarios, y un 2% corresponden a proyectos municipales de acción por la salud.

Conclusiones/Aportaciones. Establecer espacios de comunicación interna es muy necesario para hacer visible la salud pública entre profesionales de la salud, dado que este hueco informativo no es cubierto en ocasiones por las vías de comunicación interprofesional.

50. **bepSALUT: el boletín electrónico en promoción de la salud**

Juvinyà Canal, Dolors¹; Vilanova Vilà, Marta¹; Batlle Amat, Pau¹; Bertran Noguer, Carme¹; Cabezas Peña, Carmen¹; Sáez Cárdenas, Salvador¹; Buxó Castañer, Maria¹; Figueras Salart, Nora¹

¹Cátedra de Promoción de la Salud de la Universitat de Girona

Email de Contacto: catedrapromociosalut@udg.edu

Introducción. La Cátedra de Promoción de la Salud de la Universidad de Girona (UdG) publica el boletín electrónico bepSALUT para promover la comunicación intersectorial en promoción de la salud, permitiendo que profesionales de diferentes sectores, compartan experiencias y novedades en promoción de la salud. El Boletín ha sido creado por iniciativa de la Cátedra de Promoción de la Salud, entidad financiada por Dipsalut y la Universidad de Girona que tiene el objetivo de fomentar la transferencia del conocimiento y la investigación en relación a la promoción de la salud. El bepSALUT tiene el objetivo de publicar artículos, noticias de actualidad y otro material de interés práctico y teórica destinado a un público de profesionales y estudiantes interesados en la promoción de la salud. bepSALUT quiere situarse como un instrumento de referencia en tanto que fórum para la divulgación e intercambio de contenidos referentes a la promoción de la salud como conocimientos teóricos, investigación y práctica en el sector.

Objetivo. Compartir reflexiones y experiencias i facilitar herramientas y recursos en promoción de la salud. Difundir el conocimiento de nuevas perspectivas en promoción de la salud entre diferentes sectores de ámbito nacional e internacional.

Algunos de los temas tratados en el boletín son: activos para la salud, apoderamiento, atención primaria de salud, condiciones de vida, Determinantes de la salud, derechos humanos, economía salud, educación para la salud, entornos saludables, habilidades para la vida, hábitos y estilos de vida, políticas de salud, prevención de la enfermedad, calidad de vida...

Metodología. Se trata de una publicación online www.udg.edu/bepsalut, disponible en catalán y castellano, que se publica con periodicidad cuatrimestral y que se difunde desde la Cátedra, a partir de la propuesta temática del consejo editorial. El bepSALUT difunde artículos originales de contenido diverso, redactados por profesionales expertos de gran reconocimiento.

Resultados. Desde su primera edición, en julio de 2012, el bepSALUT ha contado con la colaboración de 32 expertos en promoción de la salud, tanto nacionales como internacionales, tanto universitarios, como de los entes locales, la administración autonómica y el sistema sanitario. Actualmente cuenta con más de 220 suscripciones de profesionales de todos los ámbitos citados y más de 1.000 lectores. Las temáticas desarrolladas hacen referencia a determinantes de la salud, habilidades para la vida, los activos para la salud, los entornos saludables, alfabetización para la salud, salud en todas las políticas...

Conclusiones/Aportaciones. bepSALUT es una herramienta que contribuye a mantener actualizados los conocimientos y tendencias en promoción de la salud a la vez que facilita la transferencia de conocimiento.

59. Urban Sasoi: código urbano para una ciudad más activa

Rosell Iturrioz, Iñaki¹; Zabala, Naiara¹; Juanma Murua²

¹Ayuntamiento de Irun ²Consultor

Email de Contacto: iiturrioz@irun.org

Introducción. Fomentar la actividad física en la población es una tarea compleja que requiere un abordaje extensivo sobre determinantes individuales, sociales y del entorno físico. Existen fuentes de evidencia y de conocimiento sobre qué estrategias resultan prometedoras a la hora de incrementar la actividad física. Tradicionalmente, los servicios municipales de deporte se han centrado en la gestión de los recursos: instalaciones y servicios deportivos. Para incrementar la actividad física de la población necesitamos una evolución en el modelo de gestión en los Ayuntamientos pasando a ser facilitadores de la Actividad Física en el municipio. En Irunkirol (Servicio de Deportes del Ayuntamiento de Irun) hemos visto imprescindible una intervención multicomponente, interdisciplinar y transversal que implique además de a la propia población, a distintos agentes y sectores bajo el concepto “actividad física en todas las políticas”.

Objetivos.

- Incorporación de la perspectiva de la actividad física al planeamiento urbano.
- Programas de dinamización de espacios urbanos.
- Dinamización de la movilidad (desplazamientos activos no motorizados) como vía de acceso a un estilo de vida saludable.
- Diseño de espacios urbanos para el fomento de la actividad física.
- Diseño y funcionalidad de infraestructuras deportivas.
- Censo de recursos e infraestructuras para la actividad física y el deporte.

Metodología. 1. Análisis de los planes y proyectos urbanísticos de Irun. Identificación, recopilación y análisis de los principales planes y proyectos urbanísticos vigentes en Irun con el objetivo de contemplar en el código Urban Sasoi dichos planeamientos existentes. 2. Análisis de otros planes y proyectos de Irun relacionados con los objetivos de Urban Sasoi. Identificación, recopilación y análisis de los principales planes y proyectos de otros ámbitos no estrictamente urbanísticos vigentes en Irun: Agenda Local 21, Plan de Movilidad Urbana Sostenible, Plan de Acción para la Energía Sostenible en Irun, el “Camino Escolar”, Plan de Calidad Ciudadana. 3. Recopilación y síntesis de otras propuestas similares existentes. Búsqueda bibliográfica y síntesis de los trabajos e investigaciones realizados en el ámbito del Urbanismo y la promoción de la Actividad Física. 4. Adaptación, diseño y selección de propuestas a incluir en el código Urban Sasoi. Trabajo conjunto mediante talleres o reuniones presenciales con la/s persona/s designadas por el Ayuntamiento de Irun para la adaptación de las propuestas existentes, diseño de propuestas propias y selección de las mismas para ser incluidas en el código Urban Sasoi. 5. Redacción del código Urban Sasoi. A partir de las propuestas seleccionadas, agrupación de las mismas siguiendo criterios de operatividad en función de su uso posterior. 6. Diseño de

elementos de comunicación. Con el objetivo de comunicar el código tanto dentro de las áreas del ayuntamiento como fuera de las mismas, a personas, asociaciones e instituciones interesadas, se diseñarán los elementos de comunicación para el mismo: folleto resumen y presentación en formato digital y vídeo de la misma. *Resultados.* El trabajo final queda plasmado en una guía donde se recogen todos los criterios urbanísticos y una serie de recomendaciones al respecto. La guía recoge 6 ámbitos de intervención y los siguientes indicadores: 13 recomendaciones relacionadas con la Movilidad; 8 criterios relativos a los Usos del Suelo; 13 recomendaciones relacionadas con los Espacios Abiertos; 8 criterios relativos a las Calles y Paisaje Urbano; 12 recomendaciones relacionadas con los Proyectos de Edificación; 8 criterios relativos a los Espacios, Instalaciones y Equipamientos específicos.

Conclusiones/Aportaciones. URBAN SASOI supone una novedad a nivel estatal, se trata de un proyecto pionero e innovador. Se encuentra entre los pocos referentes a nivel europeo sobre un área en el que cada vez se está incidiendo más: la influencia del Urbanismo en la actividad física de la población. El desarrollo del proyecto, además de concretar medidas y propuestas que pueden guiar las decisiones urbanísticas sobre la ciudad hacia la creación de condiciones favorables a la actividad física, ha supuesto la adopción por parte del Área de Urbanismo y Medio Ambiente, una incorporación del concepto “actividad física en todas las políticas” promovido por el Ayuntamiento de Irun. La traducción de los criterios del código a indicadores y la elaboración de informes de cumplimiento de los criterios por parte de los proyectos municipales incluidos en presupuestos suponen los siguientes pasos a dar.

65. Pautas para mejorar la adherencia al ejercicio físico

Zulaika, Luis Mari¹; Rodríguez, Arantzazu¹; Infante, Guillermo¹; Ros, Iker¹; Zuazagoitia, Ana¹; Revuelta, Lorena¹; Etxezarra, Ibon¹

¹UPV/EHU Universidad del País Vasco / Euskal Herriko Unibertsitatea

Email de Contacto: luism.zulaika@ehu.eus

Introducción. Nuestro grupo de investigación es de naturaleza interdisciplinar, formada sobre todo por psicólogos y graduados en ciencias de la actividad física y el deporte. Los pormenores de nuestras investigaciones se recogen en www.psykor.es

Objetivo. Esta comunicación pretende recopilar a modo de síntesis pautas para mejorar la adherencia al ejercicio físico, ya que la literatura científica recoge que el 50% de las personas que se inician en un programa de actividad física, abandonan antes del sexto mes.

Resultados. Conclusiones/Aportaciones. Estrategias y medidas para facilitar la adherencia al ejercicio físico y reducir el abandono deportivo: Informarse de los beneficios que produce la práctica de actividad física a todos los niveles y su contribución a la mejora de la calidad de vida y bienestar. Esclarecer algunas variables psicológicas, con la ayuda de algún profesional (psicólogo o graduado en deporte): Motivación para comenzar a hacer deporte, actitud ante el ejercicio físico (capacidad de esfuerzo y sacrificio...), percepción subjetiva (valoración) que tienes sobre tu capacidad. Cuadro de decisiones. Clarificar las ventajas e inconvenientes que nos reportaría el inicio de la práctica deportiva. Integración de indicadores físicos en el entorno: vallas publicitarias, trípticos, visión positiva en los medios de comunicación... Visitas a instalaciones deportivas cercanas. Ayudar a superar barreras, motivarles y acercarles a los equipamientos deportivos. Reconocimiento médico. Evalúa tu forma física, para detectar posibles riesgos

y diseñar de modo más adaptado y personalizado tu programa de entrenamiento. Establecimiento de objetivos motivantes, pero accesibles. Tanto a corto plazo, medio y largo. Sobre todo objetivos de realización o ejecución (que dependen de uno mismo, no de los deportistas adversarios). Firma de un acuerdo o contrato. La solidez de tu promesa garantizará la continuidad. Elección del tipo de deporte o actividad. Los expertos te asesorarán en función de tus características personales; pero tú dispondrás de la última palabra. Intentar alternar distintos tipos de actividad. Resulta más atractivo y se reduce el riesgo de lesión. Oferta diversificada, para poder satisfacer motivaciones muy dispares.

Intentar practicar en grupo, se hace más llevadero y agradable. El compromiso ante los demás te impulsa a seguir. Practicar cerca de casa (o del lugar de trabajo) economiza en esfuerzos y molestias evitables. Buscar el momento adecuado. Valora el horario, climatología, cantidad y perfil de la gente, tráfico... Establecimiento del programa individualizado. Diseña el proyecto con la ayuda de un profesional cualificado. Intensidad adaptada al nivel del deportista.

Frecuencia. Tratar de mantener la regularidad (al menos 3 días alternos cada semana). Determinar una progresión adecuada. Feedback autoreforzante por submetas alcanzadas. Comenzar con ejercicios ligeros. Que esta transición resulte lo más suave posible. Intentar asegurar el refuerzo social: Familiares, pareja, amigos pueden contribuir a reforzar o debilitar nuestra conducta. Influencia de los modelos (modelado). Sentirse identificado con estrellas del deporte puede servir de reclamo y estímulo. Intentar disfrutar de la actividad. Obtener experiencias emocionales positivas: diversión, alegría, autosatisfacción, confianza...

Conseguir disfrutar al finalizar cada una de las sesiones. No limitarse a recompensas a largo plazo. Encauzar el pensamiento. Convierte el pensamiento en una fuente de distracción y vía de escape, olvidar las preocupaciones y desconectar. Servirse también de las recompensas externas: paisaje, relación social, cenas, viajes, cumpleaños, prestigio del grupo...

Premiar la asistencia. Gratificar dependiendo del número de sesiones en que se participa. Cuidar las relaciones, tanto entre jugadores del equipo como con el entrenador. Trabajar la cohesión del grupo. Un clima positivo favorecerá la continuidad. Tener en cuenta antecedentes y conductas obstaculizadoras. Cuidar el equilibrio entre coste y beneficios. Feedback positivo. El monitor o entrenador reforzará las acciones y actitudes correctas. Garantizar la calidad de los monitores. Velar por sus competencias en estrategias psicológicas: técnicas de dinámicas de grupo, motivación, comunicación...

Autocontrol de la actividad, realización de registros (evidenciar la progresión de modo sistematizado). Trabajar para conseguir la percepción de autoeficacia. Observa tus propias capacidades y facultades. Aprecia las nuevas conductas adquiridas. Hacer notar la mejora de la salud que se está logrando. No pretender resultados inmediatos (demasiado rápidos). Convertir el ejercicio físico en un hábito cotidiano. Examen del proyecto. Valorar el nivel de consecución de los objetivos para redefinirlos de cara al futuro.

93. Encuestas cualitativas a los asistentes del taller de cuidadores 2014

Olarte Coll, Teresa¹; Febas, Judit¹; Lalueza Lafuente, Estrella¹; Sola Cinca, Teresa¹; Huguet Bea, Núria¹; Pelegri Romeo, Meritxell¹

¹ Institut Català de la Salut. I'ABS-Almacelles (Ileida)

Email de Contacto: tolarte.ileida.ics@gencat.cat

Primero queremos describir el proyecto de Apoyo a los cuidadores que realizamos como programa interinstitucional, entre Creu Roja y Institut Catala de Salut, des de hace 5 años. Justificación del programa: Dadas las tendencias del aumento del envejecimiento de la población y la prevalencia de la enfermedades neurodegenerativas, comprobamos que tenemos más enfermos crónicos en los domicilios, y con una larga evolución de las enfermedades, aumento de necesidades y atención que necesitan un cuidador de referència para gestionar todas sus necesidades y darle a ayuda que necesita, estos cuidadores permanecen en un círculo cerrado de relaciones, de trabajo donde el riesgo de sobrecarga física y emocional favorece a que el cuidador se convierta en un paciente y pueda llegar a la claudicación familiar.) Por ello ofrecer un espacio y un tiempo para que estas personas puedan compartir y explicar sus experiencias, aclarar dudas y aprender pautas preventivas para el cuidado del enfermo y para ellos mismos, define nuestro objetivo de grupo. Definición de grupo de apoyo emocional y de ayuda mutua: Es una modalidad de intervención psicosocial, que pretende reducir el 'impacto negativo del cuidado que a veces pueden experimentar los cuidadores y las cuidadoras no profesionales, y mejorar la calidad de vida de las persones en situación de dependencia. Es un grupo abierto, la frecuencia de reunión es quincenal, durante todo el año. Los cuidadores son detectados en las consultas y en los domicilios de enfermos crónicos atendidos por el programa de Atención Domiciliaria, proponemos 25 personas, pero debido a las circunstancias que viven, la media de asistentes es de 12/15. Después de varios años, hemos detectado aislamiento social, dificultad de atención en el domicilio, falta de reconocimiento familiar, déficit de ayudas, soledad... Realizamos de 20-25 sesiones durante el año, combinadas con salidas de ocio, y comidas de celebraciones estacionales. El programa de sesiones, van dirigidas al autocuidado del cuidador, al del enfermo, de relajamiento, formativas y de prevención de riesgos.

Nos hemos planteado realizar una encuesta cualitativa de la valoración de las sesiones a los cuidadores que han asistido el último año, con 5 preguntas a abiertas semidirigidas, y a diferente tipología de cuidadores que cuidan diferentes tipos de enfermos por parentesco.

94. Estudio del contenido de sal en el pan elaborado en Gipuzkoa

Urtiaga, M^a Carmen¹; Abadía, Lourdes¹; Amiano, Pilar¹; Azpiri, Mikel¹; Borde, Blas¹; De Castro, Visitación¹; Larrañaga, M^a Isabel¹; Uranga, M^a Aránzazu¹

¹Subdirección Salud Pública de Gipuzkoa. Unidad de Sanidad Alimentaria de la SSP de Gipuzkoa

Email de Contacto: c-urtiaga@ej-gv.es

Introducción. La cantidad de sodio (Na) incorporada por la dieta es un importante factor de riesgo de hipertensión. La reducción de su ingesta contribuye a reducir la presión arterial, aumentar la eficacia de las terapias y disminuir el riesgo global de enfermedad cardiovascular en la población. La OMS recomienda una ingesta máxima de sal diaria de 5g. En España la ingesta media de sal es de 9,8 g/día. El sodio que proviene de los alimentos procesados supone el 72% del total ingerido, por lo que últimamente se están dirigiendo esfuerzos para que las industrias alimentarias reduzcan la cantidad de sal en los alimentos que elaboran. El pan es una de las principales fuentes de sal en la dieta, supone el 19% del aporte diario y es junto con los embutidos los lácteos y los platos preparados uno de los alimentos que más contribuyen al total. En España, la Agencia Española de Consumo Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN) y dentro de la Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (NAOS), firmó en 2005 un acuerdo con la Confederación Española de Organizaciones

de Panaderías (CEOPAN) y la Asociación Española de Fabricantes de Masas Congeladas (ASEMAC), para la reducción del contenido de sal a 18 g de NaCl /kg de harina en un periodo de cuatro años.

Objetivo. Conocer el contenido medio de sal en el pan elaborado en obradores de panadería de Gipuzkoa en 2013 y valorar el conocimiento y compromiso de los obradores con los acuerdos firmados con la AECOSAN.

Metodología. El estudio se realizó en el total de establecimientos obradores de Gipuzkoa (N=112). Se analizó el contenido de sal en la barra normal, la de mayor consumo. No se incluyeron otros tipos de pan en el estudio. Se recogió una muestra por establecimiento, convenientemente identificada y remitida a temperatura ambiente al laboratorio de Salud Pública. Las muestras se desecaron en estufa a 130°C durante 3 horas y se analizaron por cromatografía de intercambio iónico (DIONEX). El límite de cuantificación de la técnica, para 1g de muestra, es de 0,5 mg/g, lo que corresponde a un 0,05 % en peso. El resultado se expresa en gramos de sal/100g de pan seco. En el momento de la recogida de muestras se cumplimentaba un cuestionario para valorar el conocimiento de la existencia del acuerdo de reducción del contenido de sal en el pan y se les preguntaba la fórmula panaria usada.

Resultados. Se analizaron 112 muestras de pan: 105 correspondientes a pan elaborado a partir de masa fresca presentaron un contenido medio de 2,06 g NaCl/100g de pan seco y 7 muestras de pan de masa congelada con un contenido medio de 2,18 g NaCl/100g de pan seco. El contenido medio de sal en el pan elaborado en Gipuzkoa fue de 2,07 g de sal/ 100g pan seco y supera en un 15% el valor de 1,8g propuesto en 2005 por la AECOSAN como objetivo a alcanzar en 2009. Del total de muestras analizadas, 92 superan el valor recomendado de 1,8g y de estas, 75 superaron los 2 g NaCl/100g. Los productores locales, con un menor volumen de producción, presentaron el menor contenido de sal. Respecto al acuerdo de AECOSAN, 79 obradores (70%) declararon conocerlo. En cuanto a la fórmula empleada, contestaron 107 establecimientos: 29 (27%) utilizaban menos de 1,8 g de NaCl/100g de harina; 43 (40%) refirieron utilizar más de 1,8 g y 35 establecimientos (33%) decían utilizar más de 2 g.

Conclusiones/Aportaciones. No todos los obradores conocen las recomendaciones hechas por la AECOSAN y estas no siempre se cumplen a pesar de conocerse, lo que hace necesario retomar el acuerdo con los obradores para lograr una reducción del contenido de sal en los panes elaborados y un producto más saludable, así como establecer un programa de seguimiento y análisis del contenido de sal en el pan.

119. Interculturalidad en Atención Primaria, otro reto

Martínez Pérez, M^a Cruz¹; Juan Armas, Julia²; San Emeterio Barragan, Marta³; Usamentiaga Ortiz, Pilar⁴; Esparza Escayola, Mar⁴; Oria Salmón, Estela⁴; Santamaría Martínez, María C⁴.

¹CS DOBRA/SERVICIO CANTABRO DE SALUD/ SCS ²MdF, CS CAMARGO COSTA/SCS ³MdF, SUAP Miera/SCS ⁴MdF, SCS

Email de Contacto: macruz_martinez@hotmail.es

Introducción. El Centro de Salud Dobra en Torrelavega está situado en el barrio de la Inmobiliaria, en él se encuentra el Centro de Cruz Roja de Acogida de Inmigrantes en Cantabria, lo que ha llevado al asentamiento de muchos inmigrantes en dicho barrio. La población inmigrante presenta una realidad social, cultural, lingüística y religiosa diferente a la nuestra. La atención sanitaria a esta población supone mayor esfuerzo de los profesionales sanitarios. Ello obliga, por un lado a analizar la población en nuestra consulta, conocer su procedencia, sus costumbres, tipo de alimentación, hábitos, religión, costumbres sociales...y por otro a solventar problemas de comunicación. Esto supone más tiempo y recursos en la consulta.

Metodología. Estudio transversal descriptivo de la diversidad de la población en una consulta de atención primaria del C.S. Dobra de Torrelavega (Cantabria), basado en datos del Programa OMI-AP, a fecha 8 de octubre de 2014. Hemos estudiado las características de esta población, su procedencia y proporciones entre las poblaciones nacionales y de inmigrantes.

Resultados. De 1437 personas, 261 (18.16%) son inmigrantes correspondientes a 45 países de los 5 continentes, destacando los pertenecientes a Marruecos (58), Rumania (34) y R. Dominicana (30). La proporción de inmigrantes sobre españoles es de 21.1% en varones (111/526), y 23.1% (150/650) en mujeres. Las poblaciones de inmigrantes son jóvenes con edad media de 36,76 años. En cuanto al sexo, predominan ligeramente las mujeres, aunque no difiere significativamente.

Conclusiones/Aportaciones. Debemos reconocer y valorar las diferentes situaciones de interculturalidad y buscar herramientas para solucionar las dificultades, culturales: alimentación, creencias sobre la enfermedad, afrontamiento de la enfermedad y síntomas como el dolor; dificultades comunicativas, no sólo idiomáticas que enlentecen y dificultan las consultas y dificultad secundaria a la movilidad. La mejora de la atención sanitaria podría conseguirse introduciendo la figura del mediador o traductor que facilite el entendimiento, implementando planes de trabajo que tengan en cuenta las diferencias de la población inmigrante, adaptando los recursos, aumentando los tiempos de consulta, estableciendo mecanismos para el seguimiento entre distintos centros de primaria, así como con especializada.

140. ¿Se puede ser una persona activa y sedentaria? Dos conceptos independientes con riesgos para la salud

Benito Pérez de Mendiola, Aitziber¹; Nuin González, Beatriz¹; Sorarrain Odriozola, Yon¹

¹Dirección de Salud Pública, Gobierno Vasco

Email de Contacto: a-benito@euskadi.eus

El objetivo de este trabajo es transmitir a profesionales del ámbito sanitario la importancia de diferenciar los términos “sedentarismo” e “inactividad” a la hora de hablar en su trabajo sobre los beneficios de la actividad física y los riesgos del sedentarismo y de las consecuencias que para la salud conlleva ser también una persona sedentaria, independientemente de la actividad física que realice.

El “sedentarismo” tiene un efecto negativo sobre la salud, independientemente de la actividad física realizada. Sin embargo, se sigue hablando indistintamente de inactividad y sedentarismo, definiendo ambos conceptos como la no práctica de la actividad física mínima recomendada para la salud. Una persona activa, que cumple con los requisitos mínimos de actividad física para la salud, también puede ser “sedentaria” al dedicar períodos prolongados de tiempo a permanecer en posturas sedentarias en el trabajo o en el tiempo de ocio.

Esta situación conlleva mayor riesgo de padecer enfermedades como diabetes, hipertensión, sobrepeso o cáncer y un mayor riesgo de muerte por todas las causas. Entre las recomendaciones descritas para evitar los riesgos del sedentarismo se incluye la opción de levantarse cada hora u hora y media de la silla y moverse un poco o hacer algún estiramiento.

Por tanto, deberíamos referirnos siempre a una “persona inactiva” en aquellos casos que no cumpla con los mínimos de actividad física moderada o vigorosa establecidos en las diferentes guías al respecto y “sedentarismo”

como el tiempo que permanecemos conscientes con un gasto energético $\leq 1,5$ MET. Con lo cual, una “persona sedentaria” es aquella que permanece mucho tiempo en postura sentada sin hacer pausas, cada hora mínimo, para levantarse.

La adopción formal de los términos anteriores por el colectivo de profesionales de la salud (Salud Pública y Osakidetza), ayudaría en gran medida a mejorar la claridad del debate relacionado con estos comportamientos y a transmitir a la población la importancia de evitar ambas situaciones. Por tanto, es muy importante utilizar en cada caso el término correcto “inactividad” o “sedentarismo” y desarrollar estrategias para actuar frente a ambos riesgos por separado.

141. Una herramienta para transmitir a la población el concepto de alimentación saludable: “El plato saludable”

Nuin González, Beatriz¹; Benito Pérez de Mendiola, Aitziber¹; Sorarrain Odriozola, Yon¹

¹Dirección de Salud Pública y Adicciones. Gobierno Vasco

Email de Contacto: bnuin@euskadi.eus

Una de las estrategias de la Promoción de la Salud es facilitar que las personas adquieran conocimientos y habilidades personales para que puedan optar por conductas orientadas a la salud. Con este trabajo se busca ampliar el conocimiento de la población general de la CAPV, en relación al concepto de alimentación saludable que ayude a la toma de decisiones a la hora de su alimentación diaria. Para ello, se ha diseñado un material con información actualizada, básica, sencilla y de fácil aplicación, el “Plato Saludable”. Este “plato saludable” se divide en 4 secciones y los alimentos se clasifican en función del contenido mayoritario en determinados nutrientes. El tamaño de las secciones representa la proporción de la ingesta diaria recomendada de los distintos grupos de alimentos. El material diseñado es un plato-esquema, un plato-fotos y un documento de recomendaciones “Como conseguir una alimentación saludable”:

—El plato-esquema representa de forma gráfica la proporción de los distintos grupos de alimentos que es necesario ingerir a lo largo de un día para conseguir una alimentación saludable. Los grupos de alimentos se dividen en función de su contenido mayoritario en determinados nutrientes. Así se ha dividido el plato en 4 secciones, una por cada grupo:

- Frutas y verduras
- Alimentos proteínicos
- Cereales y patatas
- Grasas

— El documento “Cómo conseguir una alimentación saludable” recoge recomendaciones de frecuencia de consumo de los distintos alimentos que componen cada grupo (consume a diario, consume de forma excepcional, alterna entre ellos):

- Recomendación general de disminuir el consumo de grasas, sal y azúcar
- Presencia de frutas y verduras en la base de la alimentación, pasando al lugar que hasta ahora ocupaban los cereales

— Promoción del consumo de cereales integrales frente a los refinados

— Potenciar las legumbres y los frutos secos como una fuente saludable de proteínas junto a carnes de aves, pescados y huevos.

— Mayor especificación de los productos que se deben consumir de forma excepcional o moderada

Además se han incluido consejos sobre métodos alternativos de cocinado y recomendaciones a la hora de hacer la compra para realizar una elección de alimentos orientada a la salud.

— El Plato-fotos representa de forma visual los alimentos pertenecientes a cada uno de los grupos. De un solo vistazo se puede ver qué alimentos son los que contienen proteínas o cuáles se denominan cereales, lo que permitirá dejar más claro el mensaje a toda la población.

La ventaja que tiene el plato frente a la pirámide es que representa con más claridad los diferentes alimentos que deben estar en la base de la alimentación diaria así como sus proporciones. Además, el plato es el recipiente en el que comemos, por lo que para cualquier persona puede resultar más comprensible la representación de todos los alimentos que se van a consumir a lo largo del día, e incluso ayudará a planificar nuestro desayuno, nuestra comida o nuestra cena.

157. Experiencia en Comunicación y educación para la salud de una red integrada de servicios de salud en Buenos Aires, Argentina

Pace, Natalia¹; Garipe, Leila¹; Galarza, Carlos¹; Ramirez, Karina¹; Pereiro, Natalia¹; Guani, Liliana¹; Somoza, Federico¹; Kapucian, Marisa¹; Giardini, Gimena¹; Perman, Gaston¹; Garfi, Leonardo¹; Marchetti, Marcelo¹; Figar, Silvana¹; Gonzalez Bernaldo De Quirós, Fernán¹

¹Plan de Salud del Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Email de Contacto: natalia.pace@hospitalitaliano.org.ar

Introducción. El Plan de Salud del Hospital Italiano es una red integrada de servicios de salud asociada a un Hospital de alta complejidad (Hospital Italiano) que funciona en el centro de la Ciudad de Buenos Aires, como una Organización sin fines de lucro. Actualmente cuenta con 24 centros de atención periférica ambulatoria (CAPA) distribuidos dentro del conglomerado urbano y suburbano alcanzando un promedio de 2.5 millones de consultas anuales. Inicialmente el trabajo en educación fue en formato taller coordinados por profesionales de la salud con el objetivo de empoderar a las personas con enfermedades crónicas en su autocuidado y generar grupos de participación autogestionados. Esto último, resultó una experiencia positiva pero difícil de mantener en el tiempo ya que las personas tomaban un rol pasivo recibiendo únicamente información. Esto generó una gran reflexión acompañada de un proceso de transformación del equipo educador y comunicador.

Objetivo. Compartir el proceso de transformación salutogénico tras 15 años de trabajo en comunicación para la salud.

Intervención: se consolidó un equipo de educadores y comunicadores interdisciplinario que buscó unificar el estilo del mensaje, ampliar el alcance y estimular la participación de la audiencia. Paulatinamente se fueron creando múltiples canales de difusión por iniciativas de diferentes sectores que lograron trabajar

coordinadamente: un medio gráfico “Revista Aprender Salud”, un canal de televisión cerrado que se proyecta en las salas de espera “Hiba TV”; varios canales virtuales entre ellos un “Portal Personal de Salud” (vinculado a la información de la historia clínica electrónica) y una pagina en facebook.

Resultados. La Revista Aprender Salud actualmente se distribuye en forma gratuita a los 150.000 afiliados en sus domicilios en forma cuatrimestral y está disponible en versión digital abierta. El canal de televisión cerrado “HIBA TV” se proyecta actualmente en 94 monitores dentro del hospital y los CAPA. Actualmente consta con un producción de 270 videos cortos disponibles también virtualmente en un canal de Youtube. La página en Facebook “Aprender Salud del Hospital Italiano” tiene alrededor de 45.000 seguidores, dos posteos diarios con alcance orgánico promedio de 15.000, 8.000 participaciones por posteo con picos de viralización de hasta 350.000 usuarios. Como ejemplo de participación espontánea por parte de la audiencia, una lectora de la revista comenzó a compartir sus vivencias personales de vida y se convirtió en columnista fija. Sus seguidores autoconvocados formaron un grupo de lectores que actualmente organizan salidas culturales y turismo urbano, además de participar en la creación de contenidos de la revista.

Conclusiones/Aportaciones. Durante estos últimos 15 años se logró en buena medida ampliar el alcance en la difusión. El proceso de transformación del sistema de creencias de los gestores y comunicadores partió de un modelo basado en la enfermedad “patogénico” que pretendía “cuidar” desde la prevención de enfermedades. Esta comunicación fue inicialmente unidireccional donde los profesionales de la salud eran la fuente del conocimiento. El proceso de transformación ha hecho que actualmente se prioricen otros mensajes cuya impronta “salutogénica” busca promover la salud y el bienestar en un sentido más amplio, incluyendo las voces de la audiencia en la producción de contenido.

Los desafíos a futuro son: profundizar la bidireccionalidad de la comunicación, reflexión continua del estilo según el impacto de los mensajes, difundir activos de salud individuales y comunitarios para transformar un medio de comunicación en un medio de participación social que promueva la co-creación de contenidos y el armado de una red de recursos comunitarios georreferenciados.

142. Centros Nordic Walking Guneak. Creación de Producto Deportivo, Turístico y Saludable.

Fernández Hierro, Beatriz; Alday Irure, David

Email de Contacto: nwgunea@nordicwalkinggunea.net

Introducción. El Nordic Walking o marcha nórdica es una práctica deportiva que tiene su origen en Finlandia y está ampliamente extendida en los países nórdicos. Se trata de un tipo de actividad que se desarrolla con una técnica específica y con la ayuda de un par de bastones especialmente diseñados. Una práctica muy extendida gracias a sus grandes bondades para la persona que lo practica y siendo accesible para cualquier edad.

La Red de Centros Nordic Walking Guneak es una iniciativa innovadora, que con un plan director, conjuga esta actividad con el territorio y las entidades de gestión locales bajo una misma marca de calidad.

Objetivos. Tres son los objetivos generales perseguidos con esta iniciativa innovadora.

Desde el área de salud, esta iniciativa persigue trasladar esta actividad, de gran calado internacional y de beneficios probados científicamente, a la población de Euskadi, así como promover el beneficio social

en ahorro en salud pública que se deriva. Desde el área de deporte, se persigue facilitar el nacimiento y crecimiento de este novedoso deporte en nuestro territorio. Desde el área de turismo, se aspira a ser un referente internacional que atraiga a personas interesadas del ámbito nacional e internacional, fomentando la economía y creando empleo en Euskadi.

Metodología. Todos los Centros adscritos a la Red de Centros Nordic Walking se desarrollan bajo una misma marca paraguas que se encuentra registrada a nivel nacional.

Alineado con el Plan Mugiment, Basque Country de Gobierno Vasco, como proyecto para crear una sociedad más activa 2013-2020 se ha configurado un Plan Director de desarrollo del Proyecto que establece varias líneas de actuación para su desarrollo:

Mugisare: Entre estas líneas se recogen acciones destinadas a la creación de comunidad y el fomento de las relaciones sociales como mecanismos para favorecer la asiduidad.

Mugitoki: Se recogen también acciones enfocadas a conseguir una coordinación local siguiendo los objetivos generales y una visión general pero con acciones locales.

Mugibili: Desde la Red se vela por el mantenimiento de la marca buscando criterios de calidad que se comparten entre los diferentes Centros adscritos.

Mugikasi: Se está comenzando a trabajar con el colectivo escolar para desarrollar una línea desde la base.

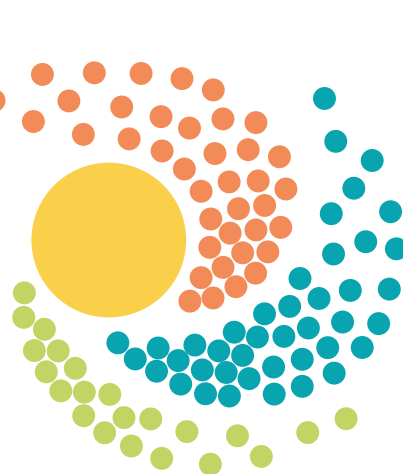
Mugieragin: El desarrollo de talleres de trabajo con el colectivo sanitario se configura como una herramienta clave para llegar al usuario final.

Mugiegun: En los diferentes programas y eventos que se desarrollan para dinamizar los Centros NW, siempre se tiene en cuenta los diferentes grupos de edad programando así su incorporación en la actividad de una forma adaptada.

Mugilan: Se están planteando programas en entornos de trabajo para la promoción de la salud. Además se está fomentado la creación de puestos de trabajo locales y el afianzamiento de los ya existente.

Resultados. La Red de Centros Nordic Walking se puso en funcionamiento en el año 2013 y en la actualidad está conformada por 18 ayuntamientos y 2 Parques Tecnológicos de Euskadi. En total 20 entidades públicas que se han embarcado en esta innovadora iniciativa de visión local e internacional para la promoción de la salud en sus municipios.

PROMOCION
SALUD 2015
OSASUN
SUSTAPENA



INNOVANDO PARA UNOS ENTORNOS Y POLÍTICAS PÚBLICAS MÁS SALUDABLES

BILBAO, 14 Y 15 DE MAYO DE 2015