



# Enfermería Cuidándote

Publicación Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Málaga

## Sumario

MARZO 2019

- 2 Editorial:
- 3 Artículo: **Canela para la reducción de la glucemia en pacientes con diabetes tipo 2: revisión narrativa**
- 10 Artículo: **Programa de Promoción de Salud sobre Violencia de Género para Adolescentes de la Zona Necesitada de Transformación Social "La Corta"**
- 26 Entrevistas: **Especial San Juan de Dios**

### EDITA

Ilustre Colegio Enfermería Málaga  
C/Juan Herrera 38 29009 Málaga  
952 395 320  
www.colegioenfermeriamalaga.com  
info@colegioenfermeriamalaga.com

### DIRECCIÓN

Comité editorial de la Revista  
Cuidándote.

### MAQUETACIÓN

Victoria Contreras Blancas



## SAN JUAN DE DIOS, PATRÓN DE LA ENFERMERÍA

**Juan Antonio Astorga**

Presidente Colegio Enfermería Málaga

Dice el profesor Ventosa, en su libro, y tesis doctoral: **Pensamiento de San Juan de Dios y la Orden Hospitalaria y su relación con la Enfermería: conceptos y valores** (\*) que la singularidad de San Juan de Dios no es algo abstracto e indefinido, él lo expresa en su manera de vivir, pensar y actuar.

Atender a los excluidos, a los enfermos y de entre ellos a los enfermos mentales, sigue siendo una necesidad y una reivindicación, más aún en un contexto que todavía hoy no considera el cuidar en su verdadera dimensión y trascendencia.

La sacralización de Juan Ciudad Duarte probablemente haya aumentado su distanciamiento como personaje histórico, que supo imprimir valores que perviven desde hace más de 450 años, y que se transmiten en los centros de esta Orden.

Afirma el Dr. Ventosa, que San Juan de Dios supo adelantarse a la asistencia de su época y lo hizo desde criterios de organización y de aplicación de recursos, teniendo en la hospitalidad el valor original y nuclear de esta Orden religiosa, cuyo fundador es nuestro patrón.

La profesión enfermera, como señora en el cuidado a las personas, se ha ido configurando como esencial para éstas, y con una mayor exigencia para adaptarse a nuevas necesidades de la población desde el continuo avance del conocimiento técnico y científico, y con especial énfasis en los valores inherentes de las personas que atiende y también en las circunstancias de nosotros mismos como enfermeros.

El día 8 de marzo es también y desde 1977 reconocido por la ONU, el día de la Mujer, que en nuestro caso, debe de hacernos recapacitar para conciliar el desarrollo personal y familiar de la mayoría de nuestro colectivo, configurado por mujeres, significado por la turnicidad laboral.

Esa exigencia de conciliación, de reparto de tareas, es posible cumplirla con el compromiso en nuestras propias parejas, de nuestros descendientes y ascendientes - con especial reconocimiento a los abuelos- que facilitan con su dedicación que sea posible nuestro trabajo.

Las organizaciones sanitarias, públicas y privadas deben también, comprometerse más con quienes más comprometen su vida personal y familiar como es nuestro caso, regulando, adaptando mejor las condiciones de trabajo a las propias condiciones físicas.

La coincidencia del 8 de marzo debe ser motivo de reflexión, de felicitación para todos, y de compromiso por nuestra profesión cargada de historia y de futuro.

\*Colección Tema Históricos OH. Ediciones Alsur, 2012



# CANELA PARA LA REDUCCIÓN DE LA GLUCEMIA EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2: REVISIÓN NARRATIVA

## AUTORES

**Raquel Rodríguez Civantos** (Enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Málaga)

**Inmaculada González Hermosilla** (Enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Málaga)

**Zhiara González Rey** (Enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Málaga)

**Fecha de recepción:** 11 de enero de 2019

**Fecha de aceptación:** 26 de marzo de 2019

## RESUMEN

### Introducción

La diabetes mellitus tipo 2 se trata de una patología endocrina cuya incidencia y mal control se deben en gran medida al aumento del consumo de productos ultraprocesados y procesados. Por eso, es importante encontrar alimentos sanos y que además tengan un efecto hipoglucemiante, reduciendo futuros costes económicos y muertes. Uno de estos alimentos podría ser la canela.

### Objetivos

Revisar aquellas evidencias sobre la eficacia de la canela en el descenso de la hemoglobina glicosilada y de la glucemia basal y postprandial en los pacientes diabéticos tipo 2.

### Método

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica durante el primer semestre de 2018 donde se consultaron las siguientes bases de datos: Biblioteca Cochrane Plus, Pubmed, Tripdatabase, Fisterra, Cuiden y GuíaSalud, utilizando los descriptores MeSH: “canela” y “diabetes”. Se limitó la búsqueda desde el 2000 hasta la actualidad.

### Resultados

Solo se ha encontrado una revisión sistemática, todos los demás artículos se tratan de ensayos clínicos aleatorizados. En ellos existe cierta heterogeneidad en cuanto al tratamiento tanto del grupo control como del grupo experimental. No existen diferencias significativas entre el consumo o no consumo de canela, y en los estudios que sí existe diferencia se relacionaron cointervenciones para mejorar los hábitos de vida saludable.

### Conclusiones

Dada la falta de calidad metodológica no podemos recomendar, con una base científica, la ingesta diaria de canela para reducir la glucemia. Además, se necesita más evidencia que estudie los posibles efectos adversos y/o interacciones con los fármacos habitualmente utilizados para tratar la diabetes.



**Palabras clave:** canela, diabetes, glucemia, tratamiento

## ABSTRACT

**Introduction:** diabetes mellitus type 2 is an endocrine disease whose incidence and poor control are, largely, due to the increase in the consumption of ultraprocessed and processed products. Therefore, it is important to find healthy foods that also have a hypoglycemic effect, reducing future economic costs and deaths. One of these foods could be cinnamon.

**Objectives:** review those evidences about the efficacy of cinnamon in the decrease of glycosylated hemoglobin and basal and postprandial glycemia in patients with diabetes type 2.

**Method:** a bibliographic review was carried out during the first semester of 2018, where the following databases were consulted: Library Cochrane Plus, Pubmed, Tripdatabase, Fisterra, Cuiden and GuíaSalud, using the descriptors MeSH: "cinnamon" and "diabetes". The search was limited from 2000 to the present.

**Results:** only one systematic review has been found, all other articles are randomized clinical trials. In them, there is some heterogeneity regarding the treatment of both the control group and the experimental group. There are no significant differences between the consumption or non-consumption of cinnamon, and in the studies that there is a difference, co-interventions were related to improve healthy lifestyle.

**Conclusion:** given the lack of methodological quality, we can not recommend, with a scientific basis, the daily intake of cinnamon to reduce blood glucose. In addition, more evidence is needed to study possible adverse effects and / or interactions with drugs commonly used to treat diabetes.

**Keywords:** cinnamon, diabetes, blood glucose, treatment

## MANUSCRITO

### INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus es una enfermedad multisistémica, crónica y compleja que engloba alteraciones en el metabolismo de los hidratos de carbono, proteínas y lípidos, y el desarrollo de complicaciones crónicas macrovasculares, microvasculares y neurológicas que condicionan la calidad de vida del paciente, cuyo rasgo característico es la hiperglucemia, debido fundamentalmente a un déficit (absoluto o relativo) de insulina, a la alteración de su utilización o a ambas.

La prevalencia mundial de la diabetes en adultos (mayores de 18 años) ha aumentado del 4,7% en 1980 al 8,5% en 2014 <sup>1</sup>. Las estimaciones de prevalencia de DM tipo 2 en España varían entre el 4,8 y el 18,7% <sup>2</sup>. La tasa de prevalencia de diabetes en Andalucía es del 15,3% en la población adulta. Y el 15,8% presenta alteraciones en los niveles de glucosa en sangre lo que supone un riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 <sup>3</sup>. Además, la diabetes conlleva una gran cantidad de complicaciones (neuropatías, retinopatías, nefropatías y patologías cardiovasculares) que ocasionan un alto coste sanitario.

En el estudio SECCAID se obtuvo que, el coste directo total anual de la DM ascendió a 5.809 millones de euros, que representó el 8,2% del gasto sanitario total. Los costes farmacológicos fueron de un 38% sobre el coste



directo total, los costes hospitalarios fueron del 33%, los costes de los fármacos antidiabéticos fueron del 15% y los costes de las tiras reactivas de automonitorización de glucemia capilar fueron del 2%. El coste total de complicaciones en general fue de 2.143 millones de euros <sup>4</sup>.

Los diabéticos tienen una mayor mortalidad que los no diabéticos, sus complicaciones son las principales causas de la mayor mortalidad, sobre todo la enfermedad isquémica del corazón.

La tasa de mortalidad de la diabetes mellitus tipo 2 oscila entre 12,75 y 30,37 muertes por cien mil habitantes, según las distintas Comunidades Autónomas. El 75% de los pacientes con diabetes mueren por enfermedad cardiovascular, principalmente por enfermedad coronaria <sup>5</sup>.

Aproximadamente la mitad de las muertes atribuibles a la hiperglucemia tienen lugar antes de los 70 años. Según proyecciones de la OMS, la diabetes será la séptima causa de mortalidad en 2030 <sup>1</sup>

Dado que actualmente, la alta incidencia de diabetes mellitus tipo 2 y el mal control glucémico se deben en gran medida al aumento del consumo de productos ultraprocesados y procesados, que contienen un alto nivel de azúcares, es importante encontrar alimentos sanos y que además tengan un efecto hipoglucemiante, reduciendo futuros costes económicos y fallecimientos.

Este aumento de consumo de productos ultraprocesados y procesados se puede deber a la falta de conocimiento sobre alimentación saludable, como lectura de etiquetas; al ritmo de vida que llevamos actualmente, en el que se compra la comida en las grandes superficies con predominio de comida precocinada; y a la incorporación de la mujer al puesto de trabajo, ya que han sido éstas las que tradicionalmente se han encargado de la elaboración de las comidas. Además, el acceso a internet en el que existen infinidad de sitios web recomendando algún tipo de alimento para reducir la glucemia sin ninguna evidencia científica que la respalde, también puede ser una de las barreras de autocuidado que actualmente existen.

Alguno de estos alimentos que presuntamente ayudan a disminuir la glucemia son el boniato, el aguacate, las nueces o la canela.

En esta revisión nos vamos a centrar en la literatura que se dispone actualmente sobre el efecto de la canela para la reducción de la glucemia en pacientes con diabetes tipo 2.

## OBJETIVOS

Esta revisión de la literatura tiene por objeto revisar aquellas evidencias sobre la eficacia de la canela en el descenso de la hemoglobina glicosilada y de la glucemia basal y postprandial en los pacientes diabéticos tipo 2.

## METODOLOGÍA

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica durante el primer semestre de 2018 donde se consultaron las siguientes bases de datos: Biblioteca Cochrane Plus, Pubmed, Tripdatabase, Fistera, Cuiden y GuíaSalud, utilizando los descriptores MeSH: “canela” o “cinnamon” y “diabetes”. Se limitó la búsqueda desde el 2000 hasta la actualidad.

-En Cochrane Plus se realizó una búsqueda asistida con los descriptores y sin restricción con el operador “and”, obteniéndose 4 resultados. Se seleccionó una revisión sistemática.

-En GuíaSalud con los descriptores utilizados no se encontró ningún resultado. En las guías de diabetes tipo 1 y tipo 2 no se hace referencia a la ingesta de canela para la disminución de las cifras de glucemia y de la he-



moglobina glicosilada.

-En Fisterra no se encontró ningún resultado.

-En Cuiden se encontraron 3 resultados que se excluyeron por no estar relacionados con el tema.

-En Pubmed se limitó la búsqueda a ensayos clínicos aleatorizados, a texto completo, y realizado en humanos. Se encontraron 16 resultados. Se seleccionaron 7 documentos y se excluyeron 9 por no responder a los objetivos.

-En Tripdatabase se limitó la búsqueda a ensayos clínicos aleatorizados y se obtuvieron 36 resultados. Se seleccionaron 6 documentos y se excluyeron 30 al tratarse de artículos encontrados en otra base de datos o no responder a los objetivos.

Para la selección de los artículos, se realizó una lectura del título y resumen, y se seleccionaron aquellos que podían dar respuesta a los objetivos planteados anteriormente en esta revisión bibliográfica.

Para realizar la lectura crítica de los artículos seleccionados no se ha utilizado ninguna herramienta metodológica como ayuda, si no que los propios autores de este manuscrito han sido los que han evaluado la evidencia encontrada, considerando su validez, relevancia y aplicabilidad de los resultados a nuestro medio.

## RESULTADOS

### Efectos fisiológicos de la canela

La mayoría de los pacientes diabéticos usan hierbas medicinales más que otras terapias complementarias porque creen que las hierbas medicinales son naturales y saludables, mientras que en malas condiciones y con un uso inadecuado, pueden ser dañinas y causar efectos adversos, como dermatitis oral y estomatitis <sup>6,7</sup>.

La canela es la corteza de *Cinnamomum Zeylanicum* se usa ampliamente como especia en todo el mundo y su uso medicinal se remonta a aproximadamente a 5.000 años, cuando se usaba principalmente para el tratamiento de la diarrea, malestar estomacal, mal aliento, aliviar el apetito, las náuseas, los calambres, los gases y otros problemas digestivos <sup>8</sup>. Además, se cree que puede tener efectos beneficiosos en el tratamiento de la diabetes, estimulando la captación de glucosa, la síntesis de glucógeno y la glucógeno sintasa activada <sup>9,10</sup>.

Este efecto hipoglucemiante puede deberse a que los extractos y los polifenoles de la canela aumentan la entrada de glucosa en las células mediante la fosforilación del receptor de la insulina, la translocación de las proteínas transportadoras de glucosa-4 (GLUT 4) a la membrana plasmática <sup>9,10,11,7,12,13,14</sup> y la inhibición de la formación de productos finales de glicación avanzada <sup>7,15,16</sup>.

Otro de los compuestos de la canela es el polímero de metilhidroxichalcona que imita la acción de la insulina o actúa como un sensibilizador de insulina, estimulando la vía fosfoinositida 3-quinasa del sustrato receptor de insulina, aumentando la captación de glucosa y la actividad de síntesis de glucógeno <sup>9,13,14</sup>.

Otro mecanismo posible que explica el efecto hipoglucemiante de la canela es un aumento en la expresión de receptores activados por el proliferador de peroxisoma, lo que aumenta la sensibilidad a la insulina. Además,



también se ha demostrado que la canela posee un efecto inhibitorio sobre las glucosidasas intestinales y la amilasa pancreática <sup>11,7,16</sup>.

Y Anderson et al. mostraron que los oligómeros aislados de procianidina de tipo A aislados de las catequinas y/o epicatequinas de la canela pueden ser responsables de la reducción de la glucosa en sangre <sup>13</sup>.

### Ensayos clínicos aleatorizados y revisión sistemática

Todos los artículos encontrados proceden de fuentes primarias, excepto uno que se trata de una revisión sistemática. Los procedentes de fuentes primarias son muy heterogéneos respecto al tratamiento del grupo control (placebo o canela en cantidades menores al grupo experimental) como del tratamiento en el grupo experimental (canela en cantidades variables).

De todos los artículos encontrados, solo 2 de ellos mostraron cambios significativos en la reducción de la glucemia basal, al comparar el grupo placebo con el grupo en tratamiento con canela <sup>13,15</sup>. En uno de ellos se realizaron cointervenciones para modificación de estilos de vida (dieta y ejercicio) <sup>13</sup>, por lo que no se sabe si el descenso se debe a la toma de canela o al cambio de los hábitos de vida. En el otro estudio, los sujetos se encontraban en tratamiento con metformina (no se especifica la dosis ni duración del tratamiento) y se excluyeron los pacientes que tuvieran alguna comorbilidad asociada <sup>15</sup>.

Con respecto al descenso de la hemoglobina glicosilada, 2 de los artículos demostraron cambios significativos <sup>9,7</sup> al comparar el grupo placebo con el grupo en tratamiento. En el de Akilen et. Al <sup>9</sup>, los sujetos recibieron al menos 2 sesiones de modificación de estilos de vida (dieta y ejercicio) impartidas por dietistas y además estaban en tratamiento con metformina y/o sulfonilureas (no se especifica ni dosis ni duración del tratamiento). En el de Crawford <sup>7</sup>, algunos sujetos se encontraban en tratamiento para la diabetes, a otros se les tuvo que añadir durante el estudio y a otros se les retiró durante el estudio. En ninguno de los casos se detalla el tipo de medicamento, dosis o duración del tratamiento. Además, no se precisa si se trata de un estudio simple, doble o triple ciego.

En uno de los estudios se evidenció un cambio significativo al comparar el grupo placebo con el grupo en tratamiento con respecto a una disminución en el HOMA-IR <sup>14</sup>. Además, también hay un cambio significativo en el grupo de la canela en la reducción de la glucemia postprandial, basal y HbA1c, pero no al compararlo con el grupo placebo. Se trata de un estudio triple ciego en el que se analiza a pacientes diabéticos tipo 2, con una HbA1c > 7% y una glucemia basal  $\geq$  140 mg/dl que se encuentran en tratamiento con sulfonilureas, biguanidas y/o tiazolidinedionas y con un periodo de seguimiento de 3 meses tomando 1 gramo diario de canela.

En algunos de los restantes estudios se han encontrado cambios significativos en el grupo tratamiento, pero no al compararlos con el grupo placebo, tanto para la reducción de la glucemia basal <sup>17,18</sup> como de la HbA1c <sup>10,19,13,18</sup>.

Y en el resto, o no ha habido cambios significativos en ninguna de las variables <sup>6,12,15,16</sup> o no se muestran en números absolutos <sup>11,8</sup>.

Todos los estudios encontrados carecen de una calidad metodológica alta, ya que en algunos no se realiza o especifica ningún tipo de cegamiento <sup>11,8,7,12,16</sup>, se realizan cointervenciones que pueden influir en los resultados <sup>9,11,8,13</sup> o no se realiza una asignación aleatoria <sup>8</sup>. Esta falta de metodología se evidencia en la única revisión sistemática encontrada en la que se incluyeron 10 artículos con 577 participantes con diabetes tipo 1 y diabetes tipo 2 <sup>19</sup>.



En ninguno de los artículos procedentes de fuentes primarias se estudió la posible aparición de efectos adversos. En cambio, en la revisión sistemática se evaluó esta posible aparición en 4 de los artículos analizados, resultando una evidencia estadísticamente no significativa.

## CONCLUSIONES

Todos los estudios que han demostrado un cambio significativo en los niveles de glucosa en sangre son en los que se han realizado cointervenciones orientadas a realizar cambios en los hábitos de vida (dieta y ejercicio). Por lo que, lo primero que debemos hacer con los pacientes diabéticos es fomentar estos hábitos de vida saludable.

Se necesitarían más ensayos clínicos aleatorizados en los que se utilicen una misma cantidad de canela permitiendo así un mejor metaanálisis de los datos al tratarse de estudios homogéneos. Además, tendrían que incluir la aparición de posibles efectos adversos y/o las posibles interacciones que pudieran ocasionarse debido a la ingesta conjunta de canela y los fármacos habitualmente utilizados para tratar la diabetes. Otros datos importantes que podrían evaluar serían resultados de calidad de vida y de costes económicos.

Al tratarse de una revisión narrativa, no se puede establecer una serie de recomendaciones categóricas, pero dada la falta de calidad metodológica de los estudios publicados actualmente, no tenemos una base científica que nos permita recomendar la ingesta diaria de canela para la reducción de los niveles de glucosa en sangre en los pacientes diabéticos tipo 2.

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores manifiestan que no existe conflicto de intereses en la elaboración de este artículo

## BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: Diabetes; 2018 [citado 20 Nov 2018]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
2. Miguel Ruiz-Ramos, Antonio Escolar-Pujolar, Eduardo Mayoral-Sánchez, Florentino Corral-San Laureano, Isabel Fernández-Fernández. La diabetes mellitus en España: mortalidad, prevalencia, incidencia, costes económicos y desigualdades. *Gac Sanit.* 2006;20(1):15-24
3. Junta de Andalucía [Internet]. Andalucía: El nuevo Plan Integral de Diabetes reforzará la prevención de las complicaciones de la enfermedad y el diagnóstico precoz; 2016 [citado 30 Abr 2018]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/presidencia/portavoz/detalleAsuntoConsejo?asunto=93940>
4. Carlos Crespo, Max Brosa, Aitana Soria-Juan, Alfonso Lopez-Alba, Noemí López-Martínez y Bernat Soria. Costes directos de la diabetes mellitus y de sus complicaciones en España (Estudio SECCAID: Spain estimated cost Ciberdem- Cabimer in Diabetes). *Av Diabetol* [Internet]. 2013 [citado 30 abr 2018];29(6):182-189. Disponible en: [http://www.fundacion-diabetes.org/upload/articulos/113/Diabetes\\_Cost\\_Crespo\\_2013.pdf](http://www.fundacion-diabetes.org/upload/articulos/113/Diabetes_Cost_Crespo_2013.pdf)





5. Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia. Primera edición: Vitoria- Gasteiz. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco Julio 2008. ISBN: 978-84-457-2753-3
6. Farzaneh Hasanzade, Maryam Toliat, Seyyed Ahmad Emami, Zahra Emamimoghaadam. The Effect of Cinnamon on Glucose of Type II Diabetes Patients. *J Tradit Complement Med.* 2013 Jul-Sep; 3(3): 171–174.
7. Paul Crawford. Effectiveness of Cinnamon for Lowering Hemoglobin A1C in Patients with Type 2 Diabetes: A Randomized, Controlled Trial. *J Am Board Fam Med.* 2009 Sep-Oct;22(5):507-512
8. Ashley N Hoehn, Amy L Stockert. The Effects of Cinnamomum Cassia on Blood Glucose Values are Greater than those of Dietary Changes Alone. *Nutr Metab Insights.* 2012;5:77-83
9. Akilen R, Tsiami A, Devendra D, Robinson N. Glycated haemoglobin and blood pressure-lowering effect of cinnamon in multi-ethnic Type 2 diabetic patients in the UK: a randomized, placebo-controlled, double-blind clinical trial. *Diabet Med.* 2010 Oct;27(10):1159-1167
10. Mohammadreza Vafa, Farhad Mohammadi, Farzad Shidfar, Mohammadhossein Salehi Sormaghi, Iraj Heidari, Banafshe Golestan, et al. Effects of Cinnamon Consumption on Glycemic Status, Lipid Profile and Body Composition in Type 2 Diabetic Patients. *Int J Prev Med.* 2012 Aug;3(8):531-536
11. Ahmed Salih Sahib. Anti-diabetic and antioxidant effect of cinnamon in poorly controlled type-2 diabetic Iraqi patients: A randomized, placebo-controlled clinical trial. *J Intercult Ethnopharmacol.* 2016 Feb 21;5(2):108-113
12. Khan A, Safdar M, Ali Khan MM, Khattak KN, Anderson RA. Cinnamon Improves Glucose and Lipids of People With Type 2 Diabetes. *Diabetes care.* 2003 Dec;26(12):3215-3218
13. Mang B, Wolters M, Schmitt B, Kelb K, Lichtinghagen R, Stichtenoeth DO, et al. Effects of a cinnamon extract on plasma glucose, HbA1c and serum lipids in diabetes mellitus type 2. *Eur J Clin Invest.* 2006 May;36(5):340-344
14. Mirfeizi M, Mehdizadeh Tourzani Z, Mirfeizi SZ, Asghari Jafarabadi M, Rezvani HR, Afzali M. Controlling type 2 diabetes mellitus with herbal medicines: A triple-blind randomized clinical trial of efficacy and safety. *J Diabetes.* 2016 Sep;8(5):647-56
15. Talaei B, Amouzegar A, Sahranavard S, Hedayati M, Mirmiran P, Azizi F. Effects of Cinnamon Consumption on Glycemic Indicators, Advanced Glycation End Products, and Antioxidant Status in Type 2 Diabetic Patients. *Nutrients.* 2017 Sep 8;9(9). pii: E991
16. Wainstein J, Stern N, Heller S, Boaz M. Dietary Cinnamon Supplementation and Changes in Systolic Blood Pressure in Subjects with Type 2 Diabetes. *J Med Food.* 2011 Dec;14(12):1505-1510
17. Azimi P, Ghasvand R, Feizi A, Hariri M, Abbasi B. Effects of Cinnamon, Cardamom, Saffron, and Ginger Consumption on Markers of Glycemic Control, Lipid Profile, Oxidative Stress, and Inflammation in Type 2 Diabetes Patients. *Rev Diabet Stud.* 2014 Fall-Winter;11(3-4):258-266
18. Lu T, Sheng H, Wu J, Cheng Y, Zhu J, Cheng Y. Cinnamon extract improves fasting blood glucose and glycosylated hemoglobin level in Chinese patients with type 2 diabetes. *Nutr Res.* 2012 Jun;32(6):408-412



## PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE SALUD SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO PARA ADOLESCENTES DE LA ZONA NECESITADA DE TRANSFORMACIÓN SOCIAL “LA CORTA”

### AUTORES

**Jaime Sepúlveda Haro** (Enfermero estudiante de EIR y OPE)

**Marta Isabel Robles Luque** (Enfermera en una Residencia de personas mayores)

**Inmaculada Lupiáñez Pérez** (Doctora en Enfermería. Enfermera en el Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce, en el Centro de Salud Carlinda. Profesora asociada de la UMA Facultad de Ciencias de la Salud)

**Fecha de recepción:** 13 Febrero de 2019

**Fecha de aceptación:** 26 de marzo de 2019

### RESUMEN

**Introducción:** La violencia de género es un problema evidente en la actualidad en España. Los factores socioeconómicos y culturales son determinantes de salud de gran importancia, lo que convierte a “La Corta”, un barrio de una Zona Necesitada de Transformación Social (ZNTS) de Málaga, en un área de riesgo para esta problemática. Dado que la población adolescente es más susceptible de cambiar conductas y actitudes, y la educación es el mejor método actualmente para luchar por la igualdad de género, la prevención en institutos se convierte en una intervención fundamental.

**Objetivo:** Concienciar a los adolescentes de la zona de riesgo de exclusión social “La Corta” de la importancia de la igualdad de género y dotar de herramientas para prevenir la violencia de género.

### Metodología:

Diseño: Programa de promoción y prevención en el ámbito escolar orientado a formar y concienciar a los adolescentes del Instituto de Educación Secundaria (IES) Carlinda.

Ámbito: ZNTS “La Corta”, IES Carlinda.

Población diana: Alumnos/as de 2º y 3º de ESO del IES Carlinda.

**Intervención:** Se realiza sesión educativa basada en una metodología con el principio de comunicación interactiva, fundamental para captar la atención de los alumnos, sobre conceptos básicos, detección de situaciones y educación para saber actuar ante situaciones de violencia de género y/o sexismo.

Resultados: Los objetivos se vieron alcanzados parcialmente. En la mayoría de los ítems, las respuestas mejoraron los resultados tras la intervención, demostrando un incremento de las respuestas correctas respecto a la igualdad de género. Del 28% que conocían el nº del maltrato, pasó a un 96’15% tras la sesión. Respecto a la



afirmación “La cultura en España es igualitaria en cuanto al género” el porcentaje de verdaderos disminuyó, aproximadamente un 30%.

**Conclusión:** Este Programa de Salud sobre Prevención y Promoción de la Violencia de Género en adolescentes de la ZNTS la Corta, ha mostrado resultados significativos tras la realización y evaluación del mismo. Es necesario abarcar esta problemática transversal de forma multidisciplinar, sobre todo en centros educativos. Es importante adaptar los contenidos a la edad de la población y vigilar el absentismo escolar.

Palabras clave: Violencia de género, Adolescentes, Programa de EpS, Exclusión social.

## 1. INTRODUCCIÓN Y MARCO CONCEPTUAL

La violencia hacia las mujeres es un hecho frecuente en todos los ámbitos sociales (trabajo, escuela, hogar,..) a nivel mundial, y es reconocida como un obstáculo para la igualdad, el desarrollo y la paz comunitaria, impidiendo que las mujeres disfruten de sus derechos humanos y libertades fundamentales.

Es un problema de salud pública mundial asociado al género y determinado en por la cultura del poder y el control del hombre sobre la mujer. De este modo, la violencia de género se define como una acción social y cultural que subordina la posición de la mujer en las diferentes dinámicas de poder, evidenciadas por las relaciones sociales.<sup>(1)</sup>

El artículo 1 de la “Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer” de las Naciones Unidas, considera que la violencia contra las mujeres es: “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para las mujeres, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública o privada.”

El patriarcado impera en la sociedad debido a que en ese proceso de socialización se ha cedido el poder público y privado al hombre, al que se le educa para ganar y conseguir poder, mientras que la mujer debe saber ceder, pactar, etc.<sup>(2)</sup> Además, hoy en día los jóvenes asumen comportamientos adultos a edades más tempranas. Impera el mito del amor romántico y se perpetúa en la educación emocional a través de películas, libros, anuncios, etc.

Hay que destacar también el papel negativo de los medios de comunicación que refuerzan este rol de la mujer sumisa y educada, ama de casa, seductora... y el rol de hombre con poder, empresario, deseado, intelectual...<sup>(3)(2)</sup>

Es necesario aclarar qué tipos de violencia de género existen y en qué consisten. Hablamos de violencia psicológica cuando se consigue controlar las ideas de la mujer y anular su voluntad, mediante la descalificación por su aspecto físico o forma de vestir, ridiculizándola y/o haciéndola dudar de su criterio, alejándola de sus seres queridos, manifestando celos o amenazas.

La violencia física refuerza lo que se expresa con la psicológica, se llega a una situación en que la mujer cree que lo merece y que es normal. En muchos casos se acentúa o debuta durante el embarazo por el miedo a perder el control de la mujer, o en la vejez, donde la mujer se convierte en un estorbo.



La violencia sexual es la que pasa más desapercibida en cuanto a que si es la pareja o marido quien las obliga no se considera como tal. Es violencia sexual tanto la obligación de la mujer a mantener relaciones sexuales sin su consentimiento, como el coaccionarlas o amenazarlas para que lo hagan.

Por último, es necesario describir la llamada violencia simbólica, esto es la imagen que se da de la mujer desde que se nace, los estereotipos del ámbito de la comunicación, la mujer como madre, hija o esposa, guapa y elegante, mal intencionada, provocadora o prostituta. Mientras que la figura del hombre es de empresario, jefe, deportista, una persona exitosa. <sup>(4)</sup>

### 1.1. Determinantes de salud e impacto

Existen determinantes de salud que provocan que una situación así se produzca y/o alargue, como son: la ausencia de recursos económicos propios, la falta de apoyo, el aislamiento en el que se vive, la falta de seguridad en una misma, y la necesidad de afecto y valoración que sentimos.

Las circunstancias tan propensas se convierten en factores de riesgo para el desarrollo de conductas machistas. A veces no se encuentra apoyo al pedir ayuda a los familiares, o amistades ya que le quitan importancia a lo ocurrido por la normalización ya mencionada. <sup>(2)</sup>

Varios estudios revelan que un gran factor protector ante la violencia de género es tener un alto nivel educativo y/u ocupacional, así como grandes factores de riesgo son estar separada o divorciada, ser joven (21-40 años) y tener más de tres hijos a su cargo, así como que haya una desigualdad socioeconómica entre los miembros de la pareja en cuanto a educación y empleo. Además en la Ley de Protección Integral Contra la Violencia de Género se identifica como factor de riesgo el ser extranjera, también por la dificultad que les supone acudir a instituciones públicas. <sup>(6)</sup>

Los malos tratos en la pareja tienen múltiples consecuencias. El maltrato psicológico se caracteriza por provocar en la víctima síntomas ansiógenos y/o depresivos, lo que puede llevar tras largo tiempo a Síndrome de agresión a la mujer o incluso Trastorno por estrés postraumático (TPET). El maltrato afectivo-sexual lleva a comportamientos autodestructivos, problemas de satisfacción sexual, dolor, traumatismos, problemas con la imagen corporal... Y el maltrato físico puede tener como consecuencias a parte de las anteriores, lesiones, fracturas, quemaduras, abortos, etc. Otra de las consecuencias que tienen los malos tratos se produce con niños que crecen en familias donde se da violencia de género. Suelen mostrar problemas tanto cognitivos como emocionales, baja su rendimiento académico, no tienen pautas de comportamiento pasando de episodios de ira a depresión, labilidad emocional, rigidez... <sup>(3)</sup>

### 1.2. Contexto

Las Zonas con Necesidades de Transformación Social (ZNTS) definidas como aquellos espacios urbanos claramente delimitados, en los que son evidentes la pobreza grave y la marginación social, van a tener cierta predisposición, ya que es característico que presenten carencias en los siguientes puntos:

- Vivienda, deterioro urbanístico y déficit de infraestructura, equipamiento y servicios públicos.
- Elevados índices de absentismo y fracaso escolar.
- Altas tasas de desempleo junto a graves carencias formativas profesionales.
- Significativas deficiencias higiénico-sanitarias.
- Fenómenos de desintegración social <sup>(7)</sup>

En concreto la ZNTS de la Corta surgió como barriada de transición para erradicar el núcleo chabolista de la Huerta del Correo en 1994, sin embargo se trata de un lugar abandonado por parte del Ayuntamiento, donde existen muchas necesidades en seguridad, limpieza, formación y empleo. <sup>(8)</sup>



El contexto más adecuado para abordar este problema para los profesionales de la Salud es el de Atención Primaria y urgencias, pues son a menudo los primeros escenarios en los que salen a la luz signos o pistas, de violencia tanto física como psicológica. La coordinación con los servicios sociales y la colaboración con el resto de profesionales de la salud, así como de otras disciplinas es fundamental.<sup>(1)</sup>

No obstante, los profesionales reconocen lo difícil que les resulta gestionar estos casos de violencia conyugal, y aún más detectarlos. También la ocultación y negación de la propia víctima acentúan este hecho. Los profesionales coinciden en que lo imprescindible es la escucha activa, la calidez, la empatía, no culpabilizar, fortalecer el vínculo terapéutico, aportarles redes institucionales y/o comunitarias y hacer un abordaje integral de la familia. La figura de la enfermera es trivial.<sup>(1)</sup>

## 2.JUSTIFICACIÓN

La mayoría de las víctimas eran nacidas en España (66'7%) con edades comprendidas entre 21 y 50 años (76'2%). En la Comunidad Autónoma de Andalucía, el número de denuncias ha seguido siempre una tendencia descendente. Fue en 2012 cuando dicha tendencia tuvo un punto de inflexión y desde entonces se ha mostrado en aumento continuo. Del mismo modo ha ocurrido en el territorio nacional, a partir del año 2013. En los últimos años, se ha podido ver la estrecha relación que existe entre población adolescente y víctimas de violencia psicológica en nuestro país.<sup>(9)</sup>

La prioridad de que se hagan intervenciones en edades tempranas es otro de los motivos por los que es conveniente impartir las sesiones en alumnos de Educación Secundaria Obligatoria (ESO).<sup>(10)</sup>

En cuanto al estudio de las necesidades de la población a la que va dirigido nuestro programa de salud existe poca evidencia al respecto, puesto que se trata de un colectivo escolar, la mayoría de estatus socio-económico bajo, de etnia gitana, y que existe poca investigación en cuanto a la educación de este colectivo, ya que muchas personas dedicadas a ello afirman que las especificidades del alumnado gitano hacen imposible su comparación con la de cualquier otro colectivo.

Además, en el panorama educativo se evidencia una normalización del bajo rendimiento y abandono precoz en la escuela, achacándose el problema a la especificidad del colectivo.

Respecto al género, ya que es un proceso cultural, ocurre lo mismo. A pesar de que la globalización e integración de la cultura gitana con la occidental ha logrado ciertos cambios en cuanto a la concepción de la mujer gitana, aún persiste la subordinación debido a las normas en las relaciones internas y externas del colectivo. Frente al abordaje clásico centrado en los «factores de riesgo», ha ido ganando terreno la idea de la necesidad de explicar la violencia de género en función de las características del contexto social, del entorno más próximo a los hechos violentos y de las características de las personas afectadas.<sup>(11)</sup>

La zona escogida para la ejecución del proyecto de salud tiene características específicas que son necesarias destacar para entender algunas de sus necesidades:

La Corta, perteneciente al distrito Bailén-Miraflores surgió en 1994 como zona de transición tras el desmantelamiento del núcleo chabolista de La Huerta del Correo y hoy por hoy no se ha dado alojamiento definitivo a esas familias.

Cuenta con 220 viviendas de la Junta de Andalucía gestionadas por el Ayuntamiento de Málaga, en las que



tras más de 20 años han pasado 3 generaciones, y muchas de las viviendas se encuentran ya en mal estado. La mayor parte de su población es gitana, aunque posteriormente llegaron inmigrantes y otras familias en riesgo de exclusión social

Algunos de los problemas específicos del barrio son: la falta de empleo, el déficit de limpieza, escasez de equipamiento y el mal estado de las viviendas. La mayoría de sus habitantes subsistían de la venta ambulante y de chatarra, hasta que con la Ley que les obligaba a proclamarse autónomos, que finalmente se derogó, muchos de ellos vendieron sus furgonetas quedando sin ningún tipo de ingreso económico en la familia.

El 85% de los casos de absentismo escolar del distrito pertenecen a la población de La Corta. Todo lo citado anteriormente junto con las creencias y valores de las familias residentes, hacen que las mujeres de La Corta sean más vulnerables ante la Violencia de Género, ya que el rol de la mujer según esta etnia es reproductivo, es decir, ésta se encarga del cuidado del hogar, niños y ancianos, educándose para ceder, pactar etc., mientras que el hombre se encarga del empleo remunerado, educándose con el objetivo de poseer poder y éxito.(8)

### 3.OBJETIVOS

#### 3.1.Objetivo General

Concienciar a los adolescentes de la zona de riesgo de exclusión social “La Corta” de la importancia de la igualdad de género y dotar de herramientas para prevenir la violencia de género.

#### 3.2.Objetivos Específicos

- 1)Aumentar conocimientos acerca de la igualdad de género.
- 2)Fomentar el autoanálisis del entorno de los propios participantes.
- 3)Saber cómo actuar en caso de sospecha de violencia de género a uno mismo o a los demás.
- 4)Promocionar recursos como redes de apoyo a víctimas de violencia de género e instituciones de asesoramiento.

### 4.Método

#### 4.1.Diseño

El diseño de nuestro trabajo se corresponderá con el de un Programa de Salud.

El tema será la Igualdad de Género.

#### 4.2.Contexto y Población diana

Este estudio se realizará en el Centro de Salud Carlinda, perteneciente al Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce. Málaga, España. En el Ámbito de la ZNTS “La Corta” y específicamente en el IES Carlinda.

Nuestra población diana son alumnos de 2º y 3º de ESO del IES “Carlinda”, que recibe alumnos pertenecientes a la ZNTS “La Corta”. Para nuestra muestra hemos definido:

- Criterios de inclusión: aquellos alumnos matriculados en los cursos señalados del IES “Carlinda”.
- Criterios de exclusión: aquellos alumnos con discapacidad psíquica.

Hemos escogido esta población diana porque hemos observado y somos conscientes de la vulnerabilidad y las características de esta zona. Consideramos que la realización de una intervención como esta debe centrarse en



los focos poblacionales en los que sea más evidente el problema de salud.

Se nos brinda la oportunidad de intervenir a través del programa Forma Joven, que consiste en una red de profesionales que llevan a cabo programas de Salud en adolescentes y jóvenes que pertenece a la Junta de Andalucía. Entre otras actividades, imparten periódicamente charlas de Promoción y Prevención para la Salud en colegios, tratando ciertos temas de interés como estilos de vida saludables, sexualidad, etc.

Los alumnos del IES “Carlinda”, pertenecen a “La Corta” una ZNTS, donde habitan en gran medida individuos de etnia gitana e inmigrantes. Cabe destacar que se trata de un barrio chabolista y la situación actual es de riesgo. Todos estos determinantes de Salud incrementan la probabilidad de que se produzca desigualdad y violencia doméstica. Es por ello, que la intervención para prevenir la violencia de género se realiza en este área de Málaga y en individuos jóvenes, para prevenir futuras complicaciones.<sup>(13,14)</sup>

## 5. INTERVENCIÓN: SESIONES EDUCATIVAS

### 5.1. Captación de la población

La captación se llevará a cabo gracias al programa Forma Joven. Son alumnos de un instituto, de modo que facilita la captación física de los individuos de esta edad (13-15 años), que se adapta perfectamente a nuestros objetivos y población diana.

La trabajadora social del centro de salud de Carlinda se encuentra involucrada directamente dentro de Forma Joven. Por esta razón, fue ella quien contactó con el IES, telefónicamente y de forma presencial, puesto que acude regularmente para impartir el resto de temas previstos para este curso.

A través de nuestra tutora, pudimos acordar el día exacto para las sesiones. En un principio iban a ser en días diferentes, pero por razones de disponibilidad reajustamos la cita, siempre manteniéndonos dentro del horario escolar. Las sesiones se establecieron para los grupos de alumnos de 2º y 3º de ESO, y no para los demás, puesto que no fue posible cuadrar horarios con el resto de cursos -diversificación, 1º y 4º de ESO-.

### 5.2. Estructura del Programa de Salud

Se realizarán dos sesiones de Educación Sanitaria a los cursos de 2º y 3º de la ESO. Ambas se realizarán en el instituto, adaptándose al programa Forma Joven, y la disponibilidad de profesores y otros profesionales, así como de las aulas que puedan cederse. Tendrá lugar a fecha de 25 de Abril de 2018 y los horarios serán 8:15h para 3er curso y 9:15h para el 2º curso.

Al comenzar la sesión, los expositores se presentarán a los participantes, demostrando accesibilidad e indicando de qué tratará la sesión. Se conversará con los alumnos para romper el hielo, mostrándose cercanos y comprensivos, con refuerzo positivo para crear vínculo con los alumnos. Se repartirá un cuestionario a cada participante, se medirán los conocimientos y perspectivas previas y posteriores, para evaluar el resultado. En todo momento se explicarán dudas que surjan, invitándoles a preguntar todo aquello que no entiendan. El cuestionario incluirá afirmaciones sobre la violencia de género, que deberán responder con “verdadero” y “falso” de forma individual.

Una vez hayan respondido al cuestionario, este se recogerá. Mientras tanto, se preparará el proyector de contenido multimedia, con la presentación de diapositivas de apoyo en el ordenador.



Seguidamente, se iniciará la parte divulgativa de la sesión. En primer lugar, se trabajará una parte más teórica, Conceptos Básicos en los que se explicará las diferencias entre Sexo-Género, los roles de género, estereotipos de género, tipos de violencia y la cultura del amor romántico.

Se promoverá la participación activa, con una acogida integral a los participantes. Se utilizarán ejemplos cotidianos, con la intención de que ellos vean reflejada la teoría en su vida. Se crearán debates sobre los temas, buscando la capacidad de expresión de todos los alumnos, para generarles dilemas éticos y autocrítica, haciéndoles ver como el sexismo está presente en la sociedad y cómo cambia el rol de género a lo largo de la Historia. Se preguntará la repartición de tareas domésticas en casa, para que visualmente puedan comprobar cómo se tiene en cierto modo asumido y normalizado las responsabilidades según el género.

En segundo lugar, se planteará la forma de detectar la violencia de género. Para ello, se utilizará el símil de la escalera de la violencia, haciendo hincapié en la violencia psicológica y la importancia de medir el lenguaje. Hay que hacer mención a las primeras parejas, pues se trata de jóvenes que están empezando a tener relaciones de pareja. El control de la vestimenta y las conversaciones de teléfonos móviles, aislamiento social, etc., pues son estas las situaciones más comunes y desde las que hay que ser conscientes, para evitar su avance. Aquí es importante invitarles a reflexionar sobre sus propias relaciones personales, o las de sus amistades, y que sean conscientes de que no es ajeno. Se les preguntará si son celosos, para crear debate sobre el sentido de los mismos, siempre transmitiendo una actitud asertiva ante cualquier opinión, para no cohibir la confianza de los participantes.

Se usará la metáfora del Iceberg para que entiendan de forma ilustrativa cómo los micromachismos pasan desapercibidos, en el fondo están ligados con lo que sí se ve en las noticias. El video de La Historia de Pepa y Pepe, del Instituto de la Mujer, acompañará la exposición de la prevención y detección, para culminar así la explicación de este segundo punto Cómo prevenir la violencia de género.

En el último punto de las diapositivas: Cómo actuar en caso de detectar un caso de violencia hacia la mujer (teléfonos y redes de apoyo) se especificará los centros cercanos físicos de la provincia y el teléfono del maltrato. Nos encontramos con que a menudo los casos no se denuncian. Esta vía es fundamental, junto con la escolar y la socio-sanitaria para la detección.

Una vez finalizada la parte divulgativa, se volverá a entregar el mismo cuestionario para realizarlo de nuevo. De esta forma se podrá reflejar los conocimientos adquiridos y si han variado sus opiniones y posiciones respecto al tema. Cuando los participantes hayan terminado, se recogerán los cuestionarios y se preguntarán las dudas existentes, para aclararlas, si las hubiese.

Por último, se les preguntará su opinión global sobre la sesión, agradeciendo su atención y participación activa. También se hará refuerzo terapéutico hacia la figura de la trabajadora social y profesionales sanitarios del centro de salud, para si en algún momento les surgiesen dudas o problemas, sepan que pueden acercarse a solicitar apoyo o asesoramiento.

### 5.3. Recursos necesarios





Hemos clasificado los recursos según su origen. De esta forma, en nuestro programa podremos diferenciar:

- Humanos

Profesores, trabajadora social, enfermera de familia, alumnos de enfermería.

- Materiales

De información: materiales de educadores (documento presentación PowerPoint, folios para cada participante con el cuestionario para de evaluación de conocimientos y actitudes.),etc.

De soporte: proyector de contenido multimedia, ordenador, acceso a internet programa Microsoft PowerPoint...

Otros: aula física de alumnos de 2º y 3º del IES “Carlinda”, correspondientes a los cursos.

- Organizativos

-Dentro del aula: distribución de alumnos en sus pupitres habituales. Llevamos en un pendrive la presentación PowerPoint.

-Fuera del aula: El centro se encuentra abierto de lunes a viernes de 08.00h a 15.00h. Es importante poder contar con un espacio habilitado para docencia o funciones similares. El espacio era adecuado al número de personas de la sala. Cada sesión se realizó en el aula de sus respectivos cursos, de esta forma, los alumnos que asisten, lo hacen como habitualmente y saben a dónde dirigirse.

## 5.4.Intervención

### 6.4.1.Habilidades comunicativas

Para el desarrollo de la intervención, debido a que la violencia de género es un tema complicado de hacer llegar a los adolescentes por la sobrecarga de información y mitos que suman dificultad a su comprensión, se ha realizado una búsqueda de habilidades comunicativas en adolescentes, hallando algunas claves que nos ayudan a transmitir los conocimientos y fomentar la reflexión <sup>(16, 17)</sup>.

### 6.4.2. Desarrollo de la intervención

La intervención ha sido realizada el miércoles día 25 de Abril de 2018, se trata de un Programa de Salud realizado por Jaime y Marta, alumnos de Enfermería de la Universidad de Málaga (UMA).

#### Sesión 3º ESO

A la primera sesión, dirigida a alumnos de 3º de la ESO, asistieron 10 alumnos, de los cuales 7 eran mujeres y 3 eran varones. Para comenzar la sesión, se realizó una breve presentación personal, y se explicó el motivo por el que estábamos allí, siempre tratando de promover que fuese un discurso interactivo con los participantes. Se pasó el test de conocimientos e impresiones previas y, acto seguido, se comenzó con la exposición del tema. Al principio, explicaron algunos los conceptos básicos, como la diferencia entre sexo y género de modo que la dinámica fuese debatir. Cada uno aportaba su opinión hasta que supieron determinar la diferencia. También se explicó qué son los roles de género y cuáles son los roles tradicionales de género en nuestra cultura, ayudándose de ejemplos que hayan podido observar en su vida cotidiana, televisión...

Se hizo visible el hecho de que la mujer hace años que ha comenzado a tener trabajos remunerados, al incorporarse al mundo laboral, pero aún sigue cargando con el trabajo doméstico. Se plantearon cuáles son los estereotipos de género y se propuso que ellos mismos dieran ejemplos, que poco a poco explicase ideal de belleza



de la mujer que existe en nuestra cultura, haciendo ver también de qué manera influye la publicidad en ello. Al plantear los tipos de violencia de género, se preguntó qué imaginaban cuando se les habla de violencia de género, confirmando que lo más visible es la violencia física, quedando en segundo plano la psicológica y sexual. Se hizo especial hincapié en su importancia, haciendo ver que muchas cosas que están normalizadas en la sociedad atentan contra la mujer, así como la escalera de la violencia de género, añadiendo en este punto el debate sobre si los celos son algo bueno o malo, cómo se comportan en su día a día o si lo ven correcto.

Lamentablemente, hubo un imprevisto con el acceso a Internet. En aquella fecha, se encontraban arreglando el servicio los técnicos. Se trató de proyectar un vídeo de YouTube llamado La Historia de Pepa y Pepe, pero finalmente no fue posible. Se describió el contenido con otras palabras y se dejó el enlace para que los tutores lo enseñasen una vez estuviese solucionado el problema de la red.

Mediante diapositivas, con alto contenido en imágenes para que hiciesen más amena la charla, se representó todo de forma más visual y gráfica, facilitando la comprensión de los contenidos, a menudo abstractos. Uno de ellos fue un iceberg, donde la punta era lo visible en la sociedad y el resto del iceberg lo que sucede pero todavía no se ve, y que es más difícil de detectar. Se les expusieron casos de violencia de género en gestos pequeños como el control del móvil, el control de la forma de vestir, etc.

Para finalizar la sesión se mostraron los sitios a los que acudir en caso de tener algún problema de este tipo facilitando el número nacional 016 y la calle del Centro de la Mujer de Málaga. Cómo actuar ante una agresión sexual y dónde acudir para denunciarlo.

### **Sesión 2º ESO**

A la segunda sesión, dirigida a alumnos de 2º de la ESO, asistieron 16 alumnos, de los cuales 8 eran mujeres y 8 eran varones. Según nos comentó el profesorado, había mayor proporción de alumnos de etnia gitana. Respecto al otro grupo, se produjo un mayor número de interrupciones y se obtuvo una menor participación por parte de las alumnas. Los alumnos se mostraron más reticentes a lo que se expuso, y se dedicó más tiempo a cada concepto. Esto supuso que no diese tiempo a exponer adecuadamente los últimos conceptos.

## **6.EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DESALUD**

El programa de salud se ha basado en el objetivo de concienciar a los adolescentes de la zona de riesgo de exclusión social “La Corta” de la importancia de la igualdad de género y dotar de herramientas para prevenir la violencia de género. Para ello ha sido necesaria la consecución de determinados objetivos específicos: aumentar conocimientos acerca de la igualdad de género, fomentar el autoanálisis del entorno de los propios participantes, saber cómo detectar caso de sospecha de violencia de género y promocionar recursos como redes de apoyo a víctimas de violencia de género e instituciones de asesoramiento para actuar en consecuencia.

La intervención para lograr los diferentes objetivos ha sido una sesión educativa interactiva con uso de técnicas como brainstorming mediante preguntas abiertas, siguiendo el principio de socialización y comunicación, aclarando después de cada debate qué es lo correcto. Por último, en cuanto al equipo de trabajo ha sido un programa llevado a cabo de forma satisfactoria por ambos miembros, nos hemos reunido y coordinado desde febrero para llevarlo a cabo.



Respecto a la actitud del profesorado del instituto, podríamos calificar a los profesionales como colaboradores y proactivos, sin poner impedimentos y facilitando en la medida de lo posible la realización del programa. La herramienta de evaluación que se ha usado, para realizar un análisis de la metodología en el desarrollo del programa, ha sido el cuestionario repartido antes y después de la sesión grupal, con el que, tras registrar los resultados obtenidos, podremos evaluar la eficacia y utilidad que tiene el programa de salud en relación a un posible aumento del nivel de conocimientos en violencia de género de los adolescentes pertenecientes a la ZNTS “La Corta”. Según el análisis de los resultados nuestros objetivos se han visto alcanzados parcialmente. El análisis de la realidad que se realizó en un principio se adecuó a la realidad que encontramos como educadores, así como las dificultades y las peculiaridades étnicas, sobre todo palpables en la segunda sesión, 2º de ESO, que supuso una mayor limitación para el tiempo que disponíamos. En ambos grupos pudimos comprobar el gran absentismo y abandono escolar de esta población, en parte, característico de esta minoría étnica, pero que tiene graves consecuencias negativas para la posición y las oportunidades de la mujer.

La participación fue notablemente mejor en el primer grupo, más equitativa. En el segundo grupo, podían diferenciarse claramente los líderes de grupo, pero el resto de la clase se mantuvo más inhibida y poco interactiva. Cabe destacar el debate constructivo con un alumno sobre los celos, en el que se pudo ver realmente la posición respecto al tema del grupo completo, a excepción de un par de alumnas, cuya participación fue nula, a pesar de la insistencia por parte de nosotros como educadores y el apoyo de la tutora.

El tiempo destinado para las sesiones, consideramos que ha sido menor respecto a las necesidades de la población. Se trata de un tema abstracto, para el que sería necesaria otra sesión para cada grupo, para entrar más en profundidad y afianzar conceptos.

El contenido que preparamos para los alumnos es adecuado en cuanto a la organización de los mismos, sin contar con la falta de tiempo mencionada. La complejidad, sin embargo, sumada a la edad, y viendo los resultados obtenidos, nos han demostrado que las explicaciones y en concreto la redacción del cuestionario, no era concisa ni suficientemente clara para participantes de esta franja de edad. Sería necesario simplificar más los conceptos y mejorar la formulación y redacción de las afirmaciones del cuestionario, evitando así confusión y alteración de los resultados.

## 7. RESULTADOS

Se analizaron los datos con Microsoft Office Excel para la obtención de resultados. Los datos se agruparon en dos grupos, que incluyeron la suma de respuestas de ambos sexos de ambas sesiones: 2º y 3º de ESO. Por un lado, se midieron las respuestas de los sujetos que se habían contestado antes de la sesión, conjunto de respuestas al que llamamos “Pre”, formado por un total de 25. Por otro lado, se agruparon las respuestas del cuestionario que se habían completado después de la sesión educativa, al que llamamos “Post”. Es importante destacar que este último grupo es de mayor número, 26 en total, debido a que una alumna se incorporó a la sesión tarde, y ya se había realizado el cuestionario Pre.

Las preguntas consistían en afirmaciones sobre la violencia de género, que solo podrían ser respondidas con verdadero (V) o falso (F). En los casos en que los participantes no seleccionasen ninguna de las opciones que se les ofrecía, las hemos agrupado como No sabe/No contesta (Ns/Nc).



No se diferenció entre ambos sexos cuando se analizaron los resultados, debido a que la muestra no era equitativa y a que el machismo está presente en la sociedad tanto en hombres como en mujeres.

### 7.1. Conceptos básicos

En relación al objetivo específico “Aumentar conocimientos acerca de la igualdad de género”, se han analizado 3 ítems (preguntas 1 a 3):

-En la pregunta nº1: “Todos los hombres son por naturaleza violentos” se observa un cambio no favorable, del 100% que lo indicaban falso en el cuestionario Pre, pasó a un 92’31% falso y un 7’69% verdadero en el Post. Este resultado puede haberse obtenido debido a la sobredosis de información que en poco tiempo se dio, aunque la mayoría seguían opinando que los hombres no son por naturaleza violentos tras la intervención.

-En la pregunta nº2: “El sexo es de carácter biológico” aumento ligeramente de un 68 a un 69’23% el número de verdaderos, mientras que los participantes que indicaron falso en el Pre (24%) disminuyeron en el Post (19’23%). Sin embargo, el porcentaje de No sabe No contesta (Ns/Nc) aumentó tras la intervención (8%pre, 11’54%post), lo que nos indica que el concepto no quedó claro tras la intervención.

-En la pregunta nº3: “El género (masculino/femenino) cambia según la cultura y con el tiempo” el resultado ha sido totalmente desfavorable, el porcentaje de alumnos que indicaron la respuesta verdadera disminuyó tras la intervención y el porcentaje de respuestas falsa aumentó en un 14’46%.

En conclusión, no se ha logrado aumentar los conocimientos acerca de la igualdad de género, a pesar de explicar de manera simple las diferencias entre sexo y género y las características de los mismos, puede que haga falta más tiempo e insistencia para que dichos conceptos se afiancen, ya que es un tema que crea confusión.

### 7.2. Prevención

Respecto al objetivo específico “Fomentar el autoanálisis del entorno de los propios participantes” son 7 los ítems a evaluar:

-En la pregunta nº4: “La cultura actual en España es igualitaria en cuanto al género” el resultado ha sido significativamente favorable, el porcentaje de verdaderos y falsos han disminuido y aumentado respectivamente, de un 56% de verdaderos Pre a un 26’92% Post, y de un 36% de falsos Pre a un 65’38%Post. Mientras que el porcentaje de Ns/Nc se mantiene.

-En la pregunta nº5: “La publicidad manipula nuestra concepción del género” se observa otro resultado significativamente favorable. Del 60% que reconocía este hecho antes de la intervención, pasó a un 73’08% tras la intervención y de los que erróneamente pensaban que eran falso disminuyó el porcentaje de 36% a 23’08%. El porcentaje Ns/Nc se mantiene.

-En la pregunta nº6: “Las mujeres deben encargarse del cuidado y educación de los niños” el resultado ha sido desfavorable, aunque la diferencia no muy significativa, de un 92% que marcaron el resultado como falso disminuyó a un 84’62% tras la intervención, siendo el resto del porcentaje falsos. Este resultado ha podido ser debido a que en los domicilios la realidad es otra y han podido notar cierta contradicción entre lo que nosotros explicamos que debería ser el reparto de tareas y lo que realmente es.

-Para la pregunta nº7: “A veces es mejor hacer algo aunque no quieras para que tu pareja no se enfade” se muestra un resultado favorable ya que el porcentaje de respuestas verdadero disminuyeron tras la intervención y el de falso aumentaron aproximadamente en un 10%.



-Para la pregunta nº8: “Los celos o el control de un chico joven por su novia es una forma de demostrar que está enamorado de ella” también se observa un cambio positivo, aunque no muy significativo ya que de un 60% que lo consideraban falso pasó a un 65’38% tras la intervención y de verdadero de un 36% a un 30’77%.

-Para la pregunta nº9: “Cuando una chica dice que no es que sí” el resultado ha sido negativo, aunque poco significativo, del 12% que marcaron verdadero pasó a un 19’23% tras la intervención. Sin embargo, la mayoría del alumnado tenía claro que eso no es cierto, aunque también disminuyó del 80%pre al 73’08% post. El porcentaje de Ns/Nc prácticamente se mantiene.

-Para la pregunta nº10: “Si tu pareja no está de acuerdo con cómo quieres vestirte, no te vistes como quieres”, el resultado ha sido totalmente negativo, prácticamente todo el alumnado marcó como verdadero tanto antes como después de la intervención. No tenemos claro si es debido a que no entendieron la pregunta, a que no entendieron la explicación en la intervención o si realmente lo tienen tan interiorizado que la intervención no ha sido efectiva.

En definitiva se ha logrado fomentar el autoanálisis del entorno parcialmente, llegando a ver la realidad que se vive y cómo debería ser. Aunque están de acuerdo que en España se vive una situación de desigualdad y que los medios de comunicación forman parte de la cultura que fomenta dicha desigualdad, que el cuidado de niños y ancianos no está impuesto a la mujer y que los celos no significan amor, algunos resultados son confusos. Los resultados de estas dos cuestiones los achacamos a que la doble negación del “es falso que” ha podido confundir a los alumnos.

### 7.3.Actuación

Para la última parte del cuestionario, relativo a los objetivos de “Saber cómo actuar ante una situación de violencia de género” y “Promocionar recursos como redes de apoyo a víctimas de violencia de género e instituciones de asesoramiento” se incluyen las preguntas de la 11 a la 13 del cuestionario. La pregunta 12, que busca saber si conocen el número de teléfono del maltrato, las respuestas podían ser acierto o error, ya que debían escribirlo en los huecos que se les dejaba. En el caso de que no respondiesen a la pregunta, fue catalogado como Ns/Nc. Para estos casos de sospecha de violencia de género hacia uno mismo o a los demás, se intentó proveer de recursos a los alumnos, tales como redes de apoyo para víctimas de violencia de género o instituciones de asesoramiento.

-Para la pregunta nº11: “En caso de querer pedir ayuda ante una situación de malos tratos, lo mejor es hablarlo con tu familia/amigos”, el resultado ha sido ligeramente favorable, aunque prácticamente toda la clase lo marcó como verdadera la respuesta tanto antes como después de la intervención, por lo que la intervención no fue efectiva (Figura 11).

-Para la pregunta nº12: “Existe un número de teléfono a nivel de España en el que poder consultar acerca del tema, ¿qué nº es? \_ \_ \_” se aprecia un aprendizaje totalmente favorable ya que del 28% que conocían el nº antes de la intervención, pasó a un 96’15% después de la intervención (Figura 12).

-Para la pregunta nº13: “No existen centros en Málaga a los que acudir” el resultado ha sido desfavorable totalmente, aunque no consideramos el resultado significativo ya que pensamos que la doble negación de no-falso ha podido causar confusión a la hora de responder la pregunta. De un 24% que pensaban que no existían centros en Málaga aumentó a un 42’31 % (Figura 13).

En conclusión, respecto al último objetivo que es saber cómo actuar en caso de sospecha de violencia de género



a uno mismo o a los demás, y dotar de herramientas para prevenir la violencia de género, estamos satisfechos ya que hemos conseguido que aprendan el número nacional de atención a la víctima de violencia de género 016, aunque otro de los resultados indica que no atendieron o entendieron que sí hay centros en Málaga a los que acudir, aunque pensamos que también pudo ser por la negativa de la pregunta.

## 8.DISCUSIÓN

En la guía de buen trato y prevención de la violencia de género en el ámbito educativo de la Consejería de Educación, se insiste en que el sexismo es algo interiorizado por los adolescentes y constituye un factor de riesgo, al igual que el mito del amor romántico. Establece como factores protectores la percepción de la realidad y la formación, donde se incluyen todos los conceptos abarcados en nuestra intervención.<sup>(20)</sup>

En España, según un estudio en el que se observaba la evolución de la igualdad de género y la prevención en adolescentes (Díaz-Aguado, 2013), tanto el absentismo como el deseo de abandono escolar, suponen un factor riesgo para convertirse o ser víctima.<sup>(21)</sup>

Los diferentes métodos utilizados e instrumentos de evaluación dificultan la comparación de los diferentes estudios y no se analiza la parte de la población que no responde al programa. Además, aunque la mayoría de los programas tengan buenos resultados, se trata de programas a corto plazo. En un programa evaluado con ítems similares, coincide en que las desigualdades de género están aceptadas y muy arraigadas en los adolescentes, y que es necesario abarcar este problema ya que ocurre tanto dentro como fuera de las instituciones y las consecuencias son muy graves.<sup>(19)</sup>

Comparando nuestro programa con otro de objetivos similares, prevención, promoción de igualdad y actuación ante una situación de violencia de género, con adolescentes de edades comprendidas entre 12 y 17 años, evaluado con una prueba pre y post, además de un seguimiento tras 6 meses. A diferencia del nuestro, este programa consta de 3 sesiones destinadas cada una a un objetivo e incluye también al profesorado, su herramienta de evaluación está compuesta por escalas de evaluación de la violencia, escalas de evaluación de actitudes y conocimientos acerca del tema, evaluación de recursos de ayuda. El efecto del programa sobre los conocimientos, actitudes, comportamientos y recursos fue significativo. Sin embargo, nuestro programa muestra picos de mejora de conocimientos, actitudes, comportamientos y recursos, pero también algunas deficiencias.<sup>(18)</sup>

## 9.LIMITACIONES

Una de las principales limitaciones de nuestro proyecto es la dificultad de la captación de los jóvenes de La Corta, pues el 80-85% del absentismo escolar del distrito lo representan ellos.<sup>(15)</sup>

En la sesión no pudimos proyectar un video que teníamos previsto porque este se encontraba en la plataforma YouTube y no dispusimos de Internet, pero facilitamos a los tutores el enlace web, para que lo expusieran cuando se resolviese el problema.

Hay que tener en cuenta la dificultad para la participación de algunos de los alumnos, debido a razones como su comportamiento, algo característico la edad. Llegamos a la conclusión de que la encuesta no es adecuada para esta población, alegando la posible confusión a la doble negación y uso de conceptos que no entendían. Por último, es necesario tener en cuenta que la intervención se desarrolló en tan solo una sesión de una hora,



debido al tiempo reducido que dispusimos para preparar y realizar el programa (inferior a 3 meses), y al hecho de que la educación debe ser un proceso continuo.

## 10. CONCLUSIONES

El Programa de Salud sobre Prevención y Promoción de la Violencia de Género en adolescentes de la Zona Necesitada de Transformación Social de la Corta, ha mostrado resultados significativos tras la realización y evaluación del mismo.

1. Respecto a los conceptos básicos; características y diferencias entre sexo y género, es necesaria su explicación más detallada y prolongada para su comprensión en adolescentes.

2. En su mayoría, los alumnos han aprendido a realizar un autoanálisis del entorno y han tomado conciencia de la desigualdad de género existente.

3. Y por último para el objetivo de cómo actuar y dónde buscar información y asesoramiento, se ha logrado que tras la intervención la mayoría del alumnado aprendiese el número 016.

Para terminar, sería importante realizar un llamamiento a la colaboración por parte de las instituciones y los gobiernos, para que continúen y mejoren el progresivo y paulatino proceso de la erradicación de esta lacra social que es la violencia de género.

Esto ha supuesto para nosotros, como alumnos de enfermería, una experiencia satisfactoria que hemos vivido en primera persona. Por un lado, nos ha aportado sensación de autorrealización y por otro lado ha supuesto un reto para futuras actuaciones como profesionales.

## 11. BIBLIOGRAFÍA

1. Diez BS. Relatos de los equipos de salud mental de atención primaria (aps) acerca del abordaje de la violencia de género en la pareja. *Revista Ciênc Amp Saúde Coletiva*. diciembre de 2012;17(12):3301-10.

2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad - Instituto de la Mujer - Colección Guías de Salud [Internet]. [citado 16 de abril de 2018]. Disponible en: <http://www.inmujer.gob.es/areasTematicas/AreaSalud/Publicaciones/GuiasSalud.htm>

3. Galligo Estévez F. SOS: Mi chico me pega, pero yo le quiero: como ayudar a una chica que sufre los malos tratos en su pareja. Libro ed. Pirámide, 2009.

4. Petit Vilà M, Prat Tordera M. Prevención de la violencia de género en la adolescencia. Libro ed. Icaria. Barcelona; 2011; (p.23-50).

5. Barragán Medero F. Violencia, Género y Cambios Sociales. Un programa que Sí promueve nuevas relaciones de género. Libro ed. Aljibe; 2006; (p.239-258).

6. Vives-Cases C et al. Sociodemographic profile of women affected by intimate partner violence in Spain. - PubMed - NCBI. Revisión, 2009 [citado 19 de abril de 2018]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19647351>



7. Junta de Andalucía - Zonas de intervención [Internet]. [citado 19 de abril de 2018]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/organismos/igualdadypoliticassociales/areas/inclusion/zonas-transformacion/paginas/zonas-intervencion.html>
8. Amanda Salazar. La Corta quiere dejar de ser un gueto. SUR.es [Internet]. 25 de agosto de 2014 [citado 1 de mayo de 2018]; Artículo disponible en: <http://www.diariosur.es/malaga-capital/201408/24/corta-quiere-dejar-gueto-20140823213316.html>
9. Junta de Andalucía. Informe de magnitudes en materia de violencia de género en Andalucía. 2017. [Internet]. [Citado 6 de marzo de 2018]. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/informe\\_magnitudes\\_31\\_10\\_2017.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/informe_magnitudes_31_10_2017.pdf)
10. Ruiz C. Voces tras los datos: una mirada cualitativa a la violencia de género en adolescentes. Sevilla; 2016; (p 13-22). Estudio disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/iam/catalogo/doc/iam/2016/143535461.pdf>
11. Meneses Falcón C et al. La atención primaria ante la violencia de género; necesidades y propuestas. [Internet]. [citado 19 de abril de 2018]. Disponible en: [http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2015/pdf/Atencion\\_Primaria\\_VG.pdf](http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2015/pdf/Atencion_Primaria_VG.pdf)
12. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad - Instituto de la Mujer - Estudios- No 4: Experiencias y trayectorias de éxito escolar de gitanas y gitanos en España. [Internet]. [citado 19 de abril de 2018]. Disponible en: <http://www.inmujer.gob.es/areasTematicas/AreaEducacion/Estudios/Estudios.htm>
13. Hébert M, et al. A Meta-Analysis of Risk and Protective Factors for Dating Violence Victimization: The Role of Family and Peer Interpersonal Context. Trauma Violence Abuse. Meta análisis 22 de agosto de 2017; 1524838017725336.
14. Menor Rodríguez M, Aguilar Cordero M, Mur Villar N, Santana Mur C. Efectividad de las intervenciones educativas para la atención de la salud. Revisión sistemática. Revista MediSur. Febrero de 2017; 15(1): (p71-84).
15. Alfonso Vázquez. La Corta, un barrio todavía de tercera. La Opinión de Málaga [Internet]. 14 de noviembre de 2014 [citado 1 de mayo de 2018]; Disponible en: <http://www.laopiniondemalaga.es/malaga/2014/11/14/corta-barrio-tercera/722163.html>
16. De Jesús MI et al. Repensado la educación desde la complejidad [Internet]. Revista Dialnet 26 de Marzo de 2007 [Citado 17 de mayo de 2018]; Disponible en: <file:///C:/Users/Marta/Documents/4%C2%BA%20Enfermer%C3%ADa/TFG/Dialnet-RepensandoLaEducacionDesdeLaComplejidad-2359260.pdf>
17. Metodología en Educación para la Salud individual y grupal. Disponible en: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/0B4DA52B-F565-452C-A61F-256C6078766E/193904/MethodologiaEducacionindygrupal.pdf>





18. Muñoz Rivas MJ et al. Validación de un Programa de Prevención de la Violencia en las Relaciones de Noviazgo de jóvenes y adolescentes. Estudio Madrid, 2010. Disponible en:

<http://www.inmujer.gob.es/areasTematicas/estudios/serieEstudios/docs/validacProgrPrevenViolen.pdf>

19. Rico Altuzarra B. TFG: Prevención de Violencia de Género en Adolescentes. La Rioja, 2015. Disponible en: [https://biblioteca.unirioja.es/tfe\\_e/TFE000860.pdf](https://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE000860.pdf)

20. Alonso Hernández C et al. Guía de buen trato y prevención de la violencia de género. Protocolo de actuación en el ámbito educativo. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/educacion/webportal/abaco-portlet/content/f2243473-a7e7-417a-b9ca-ab73b70248fa>

21. Díaz- Aguado Jalón MJ. La evolución de la adolescencia española sobre la igualdad y la prevención de la violencia de género. Estudio Madrid, 2013. Capítulos 2, 5). Disponible en:

[http://xuventude.xunta.es/uploads/docs/Observatorio/La\\_evolucion\\_de\\_la\\_adolescencia\\_espaola\\_sobre\\_la\\_igualdad\\_y\\_la\\_prevenicin\\_de\\_la\\_violencia\\_de\\_gnero.pdf](http://xuventude.xunta.es/uploads/docs/Observatorio/La_evolucion_de_la_adolescencia_espaola_sobre_la_igualdad_y_la_prevenicin_de_la_violencia_de_gnero.pdf)



## “MI PROFESIÓN HA SIDO PARTE DE MI FORMA DE VIVIR, LE DEBO MUCHO, HE CONOCIDO GRANDES AMIGOS, A MI MARIDO Y PERSONAS QUE CON SU FORMA DE AFRONTAR LA ENFERMEDAD O LA DE SUS HIJOS ME HAN DADO UNA LECCIÓN DE VIDA”

**Victoria Contreras Blancas.**

Responsable de Comunicación y Protocolo del Colegio de Enfermería de Málaga

### ¿Por qué estudió enfermería?

Al principio fue un poco de rebote, porque quise entrar en medicina y no pude. En segundo de enfermería me matricule también en Medicina y poco a poco descubrí que lo que quería ser era enfermera y me dediqué a ello exclusivamente.

### ¿Cómo recuerda los años de estudiante?

Con mucho cariño, para mí fue como un despertar a la vida adulta, por primera vez vivía fuera de casa, rodeada de gente con muchas inquietudes religiosas, políticas, humanas. Vivía en el barrio de la Macarena con otra compañera y más de una vez venía algún vecino para que, las niñas, como ellos nos decían, acudieran al hospital a echarles un cable, aunque solo fuera ponerte la bata y acompañarles. Estaba ávida de aprendizaje, todo me parecía interesante, descubrí que cuanto más aprendía mejor hacia mi trabajo y esa inquietud creo que la he mantenido a lo largo de mi vida profesional.

### ¿Dónde empezó a trabajar?

Empecé a trabajar en Sevilla, allí hice la especialidad de Pediatría y ahí sí que me enamore de mi profesión, luego me dieron la plaza en Palma de Mallorca y por fin me trasladé a Málaga donde se formó mi familia y donde me quedé.

### ¿En qué servicios o centros ha trabajado?

En tercero de carrera hice una rotación por la UCI Pediátrica y ya casi nunca salí, excepto un año que estuve en quirófano, de Pediatría por supuesto y los últimos seis años, antes de jubilarme que he estado en urgencias, también de Pediatría. Gracias a la especialidad he sido vocal de la comisión nacional de la especialidad de Pediatría, he participado en la elaboración del programa de la nueva especialidad. Quise ser tutora de residentes. Para formar mejor a mis alumnos hice un máster en “Nuevas tendencias en ciencias de la salud”. Me ha gustado mucho la docencia, siempre he intentado transmitir no solo conocimientos sino mi entusiasmo por la profesión.



*Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Málaga*

### ¿Cómo ha vivido los cambios en la profesión?

En algunos momentos me ha costado, era una enfermera de la vieja escuela, pero siempre he tenido inquietud por aprender y no he dudado en adaptarme a lo nuevo si eso le aportaba mejoras a mi trabajo.

### Algunos ejemplos de nuevas técnicas o formas de trabajar que hayan cambiado desde la enfermería en su etapa laboral.

Para empezar, la denominación que se le da a las tareas, las famosas competencias, eso me costó a la hora de elaborarlas para el programa de la especialidad.

Las nuevas formas de estudiar que tanto le repetía a mis alumnos, haced búsquedas de lo que os encontréis en el trabajo que no sepáis.

Respecto a técnicas pues cuando yo acabe solo pinchábamos con palomitas y epicraneales, luego salieron los angiocatéteres y al final hasta cogíamos catéteres de doble luz en las yugulares externas.

El material de UCIP ha cambiado de forma espectacular, al principio para controlar la oxigenación del niño había que hacerle gasometrías frecuentes, los monitores solo reflejaban las frecuencias cardiaca y respiratoria, ahora con un solo monitor puedes tener no solo frecuencias sino todo tipo de presiones invasivas (Arteria, Presión Venosa Central, Presión intracraneal, Presión pulmonar, etc...)

La forma de trabajar, basándonos en evidencias científicas y plasmando nuestras experiencias para que sirvan de guía a los profesionales que toman nuestro relevo.

### ¿Qué ha ganado la enfermería?

Ha ganado mucho en el aspecto teórico y en los medios. La enfermería ha sabido buscarse su sitio, acceder a doctorados que antes no podía si no se hacía otra carrera, elaborar textos y ponerlos al alcance de los que empiezan, ser una profesión independiente no ayudantes como cuando acabé (ATS) denominación que nunca me gustó.

### ¿Se le ha hecho largo todos estos años de profesión enfermera?

En absoluto, sería capaz de seguir si no fuera porque pienso que todo tiene su momento y ahora tengo otras prioridades en mi vida.



### ¿Volvería a ser enfermera?

Por supuesto que sí, mi profesión ha sido parte de mi forma de vivir, le debo mucho, he conocido grandes amigos, a mi marido y personas que con su forma de afrontar la enfermedad o la de sus hijos me han dado una lección de vida.

### ¿Qué es lo que más le ha gustado de su profesión?

Cuidar a los niños, es lo más sano y puro que hay en este mundo, no entienden de engaños, son sinceros y valientes, ante algunas situaciones decíamos que eso un adulto no lo habría superado.



**Un consejo para los compañeros que se quedan y para los que acaban de empezar.**

Mi humilde consejo que nunca pierdan el entusiasmo, que no hagan el trabajo de forma rutinaria, que antes de mirar un monitor para ver si el paciente desatura que le miren a la cara para ver el color de los labios, con esto quiero decir que por muchos aparatos que tengamos no se nos puede olvidar el lado humano de nuestra profesión.

**Y ahora ¿qué va a hacer?**

Intentar disfrutar de todo lo bueno que tengo, una familia a la que quiero un montón. Por ahora solo deseo seguir teniendo salud y aprovechar para poder dedicarme a cosas que antes no tenía tiempo, viajar, pintar y pasear todos los días. Más adelante supongo que me matricularé en algo que me mantenga activa la mente.



## “SOMOS MÁS INDEPENDIENTES Y PIENSO QUE CADA VEZ MÁS VALORADOS EN NUESTRA LABOR POR LOS USUARIOS DEL SISTEMA”

**Victoria Contreras Blancas.**

Responsable de Comunicación y Protocolo del Colegio de Enfermería de Málaga



### ¿Dónde trabaja actualmente?

En el Hospital de Alta Resolución de Benalmádena.

### ¿Por qué estudió enfermería?

Me gustaba todo lo relacionado con la biología y la salud y en aquel momento era la carrera más demandada. Todo el mundo quería estudiarla por su buena salida laboral y eso me hizo decidirme.

### ¿Dónde estudió y cómo recuerda esos años de formación?

Estudí en la escuela universitaria de enfermería de la Diputación Provincial de Málaga. Recuerdo sobre todo las prácticas en los diferentes servicios que me asignaron. Era la parte de mi formación que más me gustaba.

### ¿Dónde empezó a trabajar?

En la tercera planta de pediatría del Hospital Materno Infantil de Málaga. Con un contrato de 3 meses.

### ¿Por qué servicios o centros ha pasado?

He tenido la suerte de no rodar demasiado por servicios ni tener demasiados contratos cortos. He trabajado en el Materno Infantil (pediatría), en el Hospital Psiquiátrico de Señoras de Málaga, en el Hospital Son Dureta de Palma de Mallorca (hospital de día oncológico y urgencias) en Carlos Haya (oncohematología), Hospital Costa del Sol (pediatría y traumatología) y Hospital de alta resolución de Benalmádena (hospitalización cirugía mayor ambulatoria)

### ¿Cómo ha vivido los cambios en la profesión?

Desde 1995 trabajo en lo que es hoy la Agencia Sanitaria del hospital Costa del sol y he vivido como un reto ilusionante todos los cambios que han traído la introducción progresiva de las nuevas tecnologías: informatización, etc. y la profesionalización continua de la realización y registro de los cuidados enfermeros en el ámbito hospitalario. La acreditación de ese centro por la Joint Comission International nos obligó a estar a la última en todos los estándares de calidad y seguridad de pacientes.

Pienso que hoy en día la figura del enfermero está mucho mejor considerada y valorada y eso es por todo el trabajo hecho en estos años por mucha gente que no se ha conformado con seguir haciendo lo mismo de siem-



Ilustre. Colegio Oficial de Enfermería de Málaga



pre y se ha formado y ha investigado para mejorar en su profesión.

**¿Considera importante el reciclaje y la formación continua de los enfermeros?**

La enfermería está evolucionando mucho y muy rápido y eso te obliga a estar al día. No puedes quedarte parado porque todos los días surgen avances que tarde o temprano van a ir llegando a tu puesto de trabajo y lo que se hacía de una forma hace 5 años puede que ahora ya se haya demostrado que no funciona o que hay otra manera mejor de hacerlo.

**¿Cómo han mejorado los cuidados?**

La oportunidad de explorar la rama de la investigación en nuestra profesión aún a pequeña escala y el avance de la tecnología que nos ha permitido acceder con rapidez a los resultados de estudios que cualquier profesional hace en cualquier rincón del mundo, nos ha hecho posible ver qué funciona mejor y que no y desarrollar las mejores prácticas basadas en evidencias científicas.

Eso ha supuesto una diferencia fundamental, los cuidados antes realizados de forma más aleatoria y empírica hoy son aplicados con criterios consensuados.

**¿Qué papel desempeña hoy en día la enfermería dentro del sistema sanitario?**

Enfermería siempre ha sido un pilar fundamental dentro del sistema de salud pero mi percepción es que cada vez se la reconoce más. Hemos asumido nuestro campo de actuación y cada vez estamos menos supeditados a otros colectivos de profesionales sanitarios. Somos más independientes y pienso que cada vez más valorados en nuestra labor por los usuarios del sistema.

**¿Qué es lo que más le gusta de la profesión?**

El trato con el paciente.

**Si fuera paciente, ¿qué le diría a los enfermeros que tuvieran en cuenta en los cuidados?**

Que intenten hacer su trabajo lo mejor posible. Que piensen que cada persona que atienden podría ser un familiar suyo. Y que expliquen lo que hacen para que la gente sepa que están en manos de un profesional.

**Algo que le gustaría hacer por la profesión en los años que le quedan.**

Algo tan básico pero a veces tan difícil como no perder la ilusión de seguir ejerciendo mi labor lo mejor posible. Dignificarla hasta el último día.

**¿Qué puede hacer el Colegio por ti?**

Me gustaría que el Colegio se preguntara cada día cómo dar respuesta a todas las necesidades que tienen sus colegiados. De formación, de asesoramiento, etc. Y que tuviera más iniciativas que hicieran participar a los afiliados como concursos, reconocimientos a las buenas prácticas desarrolladas en centros malagueños. Etc.





## “CONFORME SE AVANZA EN LA CARRERA CADA VEZ SON MÁS NUMEROSOS LOS ARGUMENTOS POR LOS QUE MERECE LA PENA HABER ELEGIDO ESTA PROFESIÓN”

**Victoria Contreras Blancas.**

Responsable de Comunicación y Protocolo del Colegio de Enfermería de Málaga

### ¿Qué está haciendo actualmente?

Nací en Málaga pero he vivido siempre en San Pedro Alcántara. Actualmente, trabajo en mi pueblo desde que acabé la carrera, en la Clínica del Río, donde me permiten compaginar perfectamente estudios y trabajo.

### ¿Por qué decidió estudiar enfermería?

Las Ciencias de la Salud siempre ha sido la rama que más interés ha despertado en mí. La posibilidad de ser docente, investigador... Son también inquietudes que siempre he tenido. Si a esto se le suma que la enfermería es el arte de cuidar, pocas dudas quedan y es fácil decidirse. Conforme se avanza en la carrera cada vez son más numerosos los argumentos por los que merece la pena haber elegido esta profesión.



### ¿Cómo ha sido su formación?

Extraordinaria. Tal y como expuse en mi intervención el día de la celebración del Patrón de Enfermería, no tengo más que palabras de agradecimiento hacia la escuela donde me formé, el Centro Universitario de Enfermería de Ronda. Bajo mi punto de vista, es tan destacable la labor docente como la calidad de las prácticas clínicas.

### ¿Qué fue lo primero que pensó hacer al terminar su grado?

Empezar a trabajar e intentar compatibilizarlo con los estudios. En ese sentido creo que he tenido mucha suerte.

### ¿Baraja la opción de marcharse al extranjero?

Es una posibilidad que no contemplo en el corto plazo. Por muchos motivos, me gustaría desarrollar mi carrera profesional en España.

### ¿Ha continuado formándose con cursos, másteres, doctorado, otro grado...?



*Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Málaga*





Sí. Empecé a hacer cursos en cuanto acabé y me matriculé en el máster que ahora mismo estoy cursando en la Facultad de Medicina de Málaga: Economía de la Salud, Gestión Sanitaria y Uso Racional del Medicamento, un máster oficial con vistas a poder matricularme en los programas de doctorado tras la finalización del mismo.

**Cuando ha llegado al mercado laboral, ¿qué le ha resultado más difícil? ¿la situación era como esperaba?**

La verdad es que según las experiencias de otros compañeros de promociones anteriores a la mía, esperaba que la salida laboral fuese más complicada a la que es (si bien es cierto que la inmensa mayoría de los contratos no nos permiten disponer de estabilidad laboral). Aún así, creo que se necesitan muchas más contrataciones para acercarnos, aunque sea mínimamente, a la media enfermero/paciente de la que estamos aún muy lejos. Esto es precisamente lo que me parece más difícil, que podamos desarrollar nuestra labor con más calidad si cabe, debido al déficit de contrataciones de profesionales.

**¿Qué representa para usted el Colegio? ¿Qué vínculo tiene con él?**

El Colegio de Enfermería me ha dado mucho a cambio de nada. Desde el día que finalicé mis estudios, el Colegio ha contactado conmigo por diversos motivos por los cuales le estoy infinitamente agradecido. Sin duda, conservaré siempre con cariño los recuerdos de diferentes actos del Colegio a los que he sido invitado.

**¿Dónde se ve dentro de 5 años?**

Mi ilusión sería verme como docente. Transmitir parte de los conocimientos que a mi me transmitieron en la Escuela de Enfermería de Ronda o en la Facultad de Ciencias de la Salud de Málaga sería cumplir un sueño. Por ello quiero acabar el máster, hacer el doctorado y seguir formándome continuamente como así lo requiere nuestra profesión.

**¿Qué te gustaría hacer de la profesión?**

Diría que trabajar por ella y defenderla como lo que es: Probablemente, la profesión más bonita y humana que existe.



*Il. Coleg. Oficial de Enfermería de Málaga*