

MEMORIA

CONVOCATORIA 2017 PARA LA IDENTIFICACIÓN, RECOGIDA Y DIFUSIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN EN EL SNS

Índice

Marco para la recogida de Buenas Prácticas en la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS	3
Objetivo	4
Metodología y proceso de evaluación de Buenas Prácticas	4
Listado de Buenas Prácticas en el marco de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Convocatoria 2017	7
Anexo 1. Memoria de recogida de las experiencias candidatas a Buena Práctica	8
Anexo 2. Herramienta para evaluación (Formulario de selección y baremación, Guía de baremación y Matriz de puntuación)	13
Anexo 3. Memorias de las Buenas Prácticas en el marco de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Convocatoria 2017	19

Marco para la recogida de Buenas Prácticas en la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS

La identificación y difusión de Buenas Prácticas (BBPP) constituyen una prioridad para el Ministerio de Sanidad ya que suponen un avance en el camino hacia la excelencia. Representan un importante esfuerzo de implementación de los objetivos y recomendaciones de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS (EPSP) facilitando el proceso para su replicación en otros centros y ámbitos. También incorporan aspectos innovadores que refuerzan la calidad de las intervenciones en promoción de la salud y prevención, y la participación de la población con una clara repercusión a nivel social.

Se trata pues de un método de aprendizaje institucional de eficacia probada para la mejora continua de las intervenciones en promoción de la salud y prevención, que responde a la necesidad de adecuar los recursos a la demanda real, de rentabilizar las inversiones a través de aquellas intervenciones que hayan demostrado ser eficaces y constituir un importante elemento en las acciones encaminadas a la sostenibilidad del sistema sanitario.

Es la respuesta al acuerdo del Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), de marzo de 2013, en el que se aprobó el “Procedimiento Común para la identificación, recogida y difusión de Buenas Prácticas (BBPP) en el Sistema Nacional de Salud (SNS)” considerando el siguiente marco normativo:

- La Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad, que dedica específicamente el capítulo VI al principio de la mejora de la calidad del sistema sanitario, que debe regir las actuaciones de las instituciones sanitarias públicas y privadas. Concreta elementos que configuran la infraestructura de la calidad, que comprende normas de calidad y seguridad, indicadores, guías de práctica clínica y registros de buenas prácticas y de acontecimientos adversos.

- En el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, expresando el deseo de abordar reformas no sólo mediante normas, sino también impulsando buenas prácticas y poniendo en común experiencias.

- En el ámbito internacional, el III Programa en Salud 2014-2020, establece que el objetivo de la Comisión Europea es complementar las políticas nacionales y animar a la cooperación entre los Estados miembro, promoviendo la identificación de buenas prácticas, para contribuir a encontrar y aplicar soluciones innovadoras que mejoren la calidad, la eficacia y la sostenibilidad de los sistemas de salud, centrando la atención en el capital humano y el intercambio de buenas prácticas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) también se interesa por las BBPP y lo pone de manifiesto entre otros temas y en materia de integración de la igualdad, en el concurso anual de buenas prácticas que integran la Igualdad y Equidad de Género e Interculturalidad en Salud, en la región Panamericana de Salud (OPS). Impulsar políticas de salud basadas en las mejores prácticas y promover su identificación en planes, programas e intervenciones en salud, así como su difusión a través de la formación continuada del personal de los servicios sanitarios, son criterios de calidad consolidados a nivel internacional para fomentar la equidad en los sistemas sanitarios.

Objetivo

Identificación, recogida y difusión de Buenas Prácticas en el marco de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS en las diferentes CCAA, adaptando el procedimiento normalizado aprobado para el SNS en el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) de marzo de 2013.

Metodología y proceso de evaluación de BBPP

🚩 **Definición de BBPP y de los criterios de calidad para la identificación de BBPP en el marco de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS**

Se considera *BUENA PRÁCTICA* aquella intervención concreta implantada en un territorio que responde a las líneas estratégicas del SNS (y, en concreto, de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS), basada en el mejor conocimiento científico disponible, que haya demostrado ser efectiva y pueda ser transferible.

Los criterios de inclusión y evaluación utilizados para la identificación de BBPP en el marco de la EPSP se han establecido siguiendo los principios estratégicos planteados en la EPSP y adaptando el procedimiento para la recogida de BBPP del SNS, aprobado por el CISNS en marzo de 2013.

Criterios de inclusión:

- **Adecuación:** la intervención se adapta al ámbito de acción de la EPSP.
- **Pertinencia:** los objetivos de la intervención se corresponden con las necesidades y características de la población diana a la que se dirige, o bien con una norma reguladora.
- **Evaluabilidad:** existen las condiciones óptimas para permitir la evaluación de los resultados de la intervención (se cumple alguno de los subcriterios: la intervención cuenta con fuentes y datos mínimos suficientes, o bien, se especifican los recursos organizativos, estructurales y económicos empleados)
- **Basado en el mejor conocimiento disponible:** Intervención basada en la evidencia científica, con eficacia/efectividad demostrada.
- **Intervención implementada durante al menos un año.**

Criterios de evaluación/priorización:

- **Evaluación-efectividad:** Se valorará la existencia de evaluación de la intervención y sus resultados en condiciones reales.
- **Eficiencia:** consigue los objetivos marcados optimizando los recursos existentes.
- **Equidad:** Incorpora objetivos específicos de reducción de desigualdades en salud. Se valorará la incorporación de diferentes ejes de equidad (género, nivel socio económico, nivel de estudios, etnia, ámbito rural-urbano, grupos desfavorecidos...), así como la apertura a la participación de la población y el trabajo intersectorial.
- **Factibilidad:** posibilidad de transferencia (puede servir como modelo de aplicación en otros contextos) y condiciones para la sostenibilidad.
- **Adecuación estratégica:** alineación de la intervención con las principales estrategias nacionales/supranacionales.

- **Integralidad:** Se abordan dos o más factores de riesgo o determinantes de la salud de forma conjunta.
- **Aspectos éticos:** La intervención contempla los potenciales conflictos de interés de todos los agentes implicados.

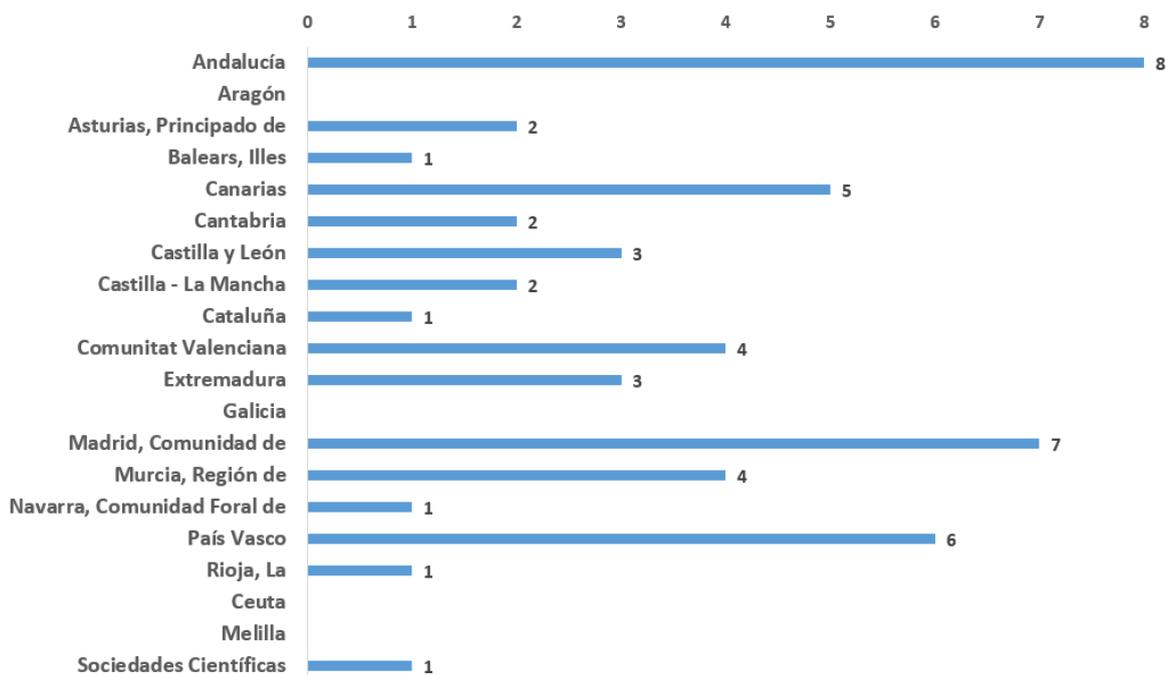
✚ Herramienta para evaluación

La evaluación de las candidaturas presentadas a la Convocatoria 2017 de Buenas Prácticas en el marco de la EPSP se realizó mediante la 'herramienta para evaluación' (*anexo 2*), compuesta por: a) un 'Formulario de selección y baremación' que contiene los criterios de inclusión y los criterios de evaluación, mencionados anteriormente, desglosados en una serie de subcriterios; b) una 'Guía de baremación', y c) una 'Matriz de puntuación'.

✚ Recogida y evaluación de BBPP

Para la identificación de intervenciones en promoción de la salud y prevención implantadas en las CCAA, se solicitó a los miembros de los Comités Institucional y Científico de la EPSP que difundiesen la Convocatoria 2017 de BBPP y que recogiesen y enviasen las Memorias de las candidaturas que recibiesen en cada una de sus respectivas CCAA en el formato que aparece en el *anexo 1*.

De este modo, se recibieron **51 intervenciones provenientes de 15 Comunidades Autónomas y 1 Sociedad Científica**.



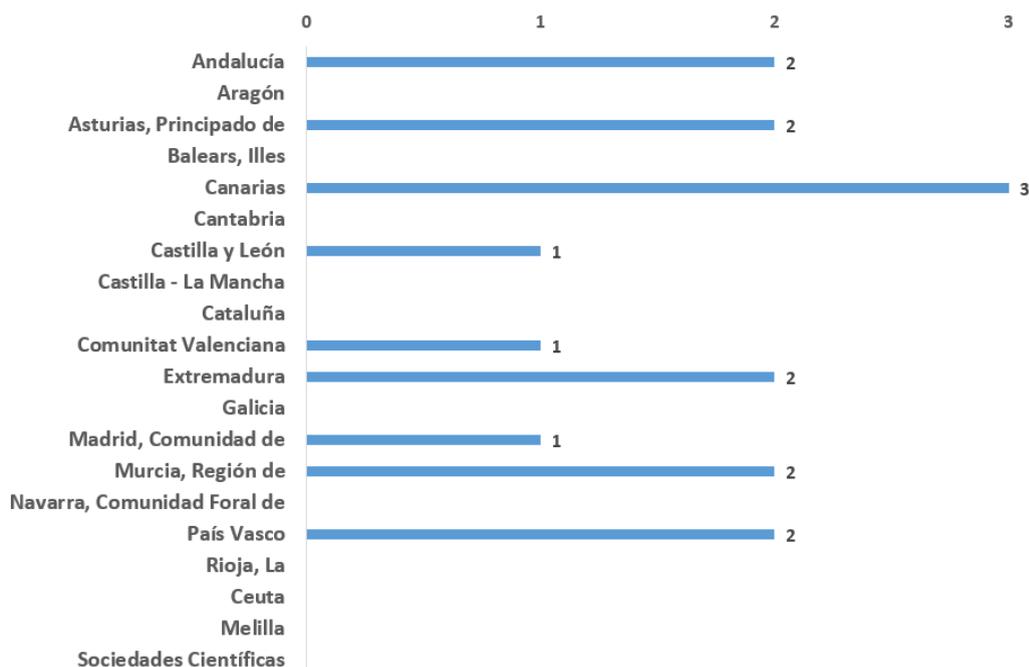
ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN EN EL SNS

A continuación, los miembros de los subgrupos en los que se dividió, debido a la gran cantidad de candidaturas recibidas, el Grupo de Trabajo de Evaluación de BBPP en la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS, examinaron cada candidatura y realizaron la baremación individual de las Memorias utilizando la 'herramienta para evaluación' (anexo 2). El sistema de trabajo fue el siguiente:

- En primer lugar se determinó si la intervención cumplía los criterios de inclusión, en cuyo caso se procedía a la baremación.
- Para la baremación se utilizó el formulario de selección y baremación asignando, en cada criterio, un punto por cada uno de los subcriterios que se consideraron cumplidos.
- Los subcriterios eran aditivos y no excluyentes.
- La puntuación final de cada criterio se obtuvo sumando los puntos de cada subcriterio cumplido.
- Para obtener el valor final de cada criterio, se aplicó la guía de baremación, según el criterio se cumpliera en el rango alto, medio, bajo o nulo.
- El valor final se trasladó a la matriz de puntuación, donde se obtenía el sumatorio final.
- Cada subgrupo de trabajo cumplimentó una matriz de puntuación para el conjunto de intervenciones evaluadas.

Como siguiente paso, el trabajo grupal y de consenso, que incluyó la puesta en común de los resultados de baremación de cada subgrupo en sesión presencial, dio como resultado un listado final consensado de BBPP en el SNS en el marco de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Este listado fue aprobado por el Comité Institucional de la EPSP y, finalmente, ratificado por el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud para su aprobación definitiva

Al final del proceso, **fueron calificadas como Buenas Prácticas en el SNS en el marco de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS, 16 intervenciones correspondientes a 9 Comunidades Autónomas.**



ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN EN EL SNS

LISTADO DE BBPP. ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN EN EL SNS. CONVOCATORIA 2017.

CCAA	NOMBRE DE LA EXPERIENCIA
ANDALUCÍA	IMAGEN Y SALUD. ALIANZA PARA UNA VISIÓN POSITIVA Y SALUDABLE DE LA IMAGEN PERSONAL.
ANDALUCÍA	VISIBILIZAR ACTIVOS DE SALUD DE LA COMUNIDAD PARA LA ACTIVIDAD FÍSICA A TRAVÉS DEL MAPEO COMUNITARIO CON GRUPOS SOCIOEDUCATIVOS (GRUSE).
ASTURIAS	INTERVENCIÓN COMUNITARIA EN SALUD - 1ª ENCUESTA DE SALUD INFANTIL COMUNIDAD GITANA.
ASTURIAS	NI OGROS NI PRINCESAS, PROGRAMA PARA LA EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL EN LA ESO.
CANARIAS	PROGRAMA DE INTERVENCIÓN SOBRE TABAQUISMO EN ENSEÑANZA SECUNDARIA (ITESPLUS).
CANARIAS	ACCIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD INFANTIL (PROGRAMA PIPO).
CANARIAS	MEDIDAS DE ACOMPAÑAMIENTO PARA EL ABORDAJE ESCOLAR DE UN PLAN DE FRUTAS Y VERDURAS
CASTILLA Y LEÓN	CENTRO COMPROMETIDO CON LA EXCELENCIA EN CUIDADOS. IMPLANTACIÓN DE UNA GUÍA DE BUENAS PRACTICAS DE LA REGISTERED NURSES' ASSOCIATION OF ONTARIO: PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y LESIONES DERIVADAS DE LAS CAÍDAS EN PERSONAS MAYORES.
COMUNIDAD VALENCIANA	“LA RIBERA CAMINA”: PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA DESDE A TRAVÉS DE GRUPOS DE PASEOS SALUDABLES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD DE LA RIBERA.
EXTREMADURA	PREVENCIÓN DE CONSUMO DE TABACO EN CENTROS DOCENTES.
EXTREMADURA	JUEGA EN POSITIVO CON LA SALUD: DEL PLATO AL ZAPATO.
MADRID	PROYECTO “CRECIENDO CON ATENCIÓN Y CONSCIENCIA PLENA” (UN CENTRO DE SALUD “CONSCIENTE”, AMIGO DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA).
MURCIA	PROGRAMA ARGOS: MODELO DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS EN ATENCIÓN PRIMARIA.
MURCIA	PROGRAMA “ACTIVA MURCIA”.
PAIS VASCO	TALLERES DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS PARA PERSONAS MAYORES.
PAIS VASCO	REORIENTACIÓN DE LAS AYUDAS PARA LA CREACIÓN DE CAMINOS ESCOLARES HACIA PROCESOS COMUNITARIOS PARTICIPATIVOS.

MEMORIA Experiencia Candidata

Este documento tendrá como máximo una extensión de **15 páginas**. En su totalidad, se utilizará letra **Arial tamaño 11 con interlineado de 1,5**.

.....

1. ESTRATEGIA A LA QUE SE PRESENTA

Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS.

2. TÍTULO DE LA EXPERIENCIA

Enlace a sitio web (si procede):

3. DATOS DE LA ENTIDAD Y PERSONA RESPONSABLE

- **CCAA:**
- **Nombre de la entidad:**
- **Domicilio social (incluido Código Postal):**
- **Persona titular de la Dirección o Gerencia de la entidad responsable.** *En caso de ser calificada finalmente como Buena Práctica, se le comunicará también formalmente, además de a la persona técnica responsable del equipo que presenta la candidatura:*
 - Nombre y apellidos:
 - E-mail:
 - Teléfonos:
- **Datos de contacto de la persona técnica responsable de la candidatura¹:**
 - Nombre y apellidos:
 - E-mail:
 - Teléfonos:

4. DATOS DEL RESTO DEL EQUIPO RESPONSABLE DE LA CANDIDATURA

Nombre y apellidos	E-mail	Teléfono	Puesto de trabajo	Entidad

¹ Aquella persona de contacto que hará de interlocutora con el MSSSI y proporcionará más información técnica acerca de la intervención/experiencia presentada como candidatura a BBPP en caso de ser necesario.



5. ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

Marcar con una X donde corresponda.

	Estatal
	Comunidad Autónoma
	Provincial
	Municipal
	Área de Salud (sector, distrito, comarca, departamento...)
	Zona básica de salud
	Otro (especificar):

6. PERÍODO DE DESARROLLO

- Fecha de inicio:
- Actualmente en activo:
- Prevista su finalización:

7. LÍNEA DE ACTUACIÓN

Marcar con un X la línea de actuación de la Estrategia en la que se considera que está enmarcada esta experiencia.

Línea de actuación	Intervención en población sana sobre factores de riesgo de enfermedades no transmisibles (prioritariamente: tabaco, actividad física y consumo de riesgo de alcohol), en los entornos y poblaciones priorizadas en la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS.	
	Detección precoz e intervención sobre fragilidad y caídas en la población mayor.	
	Intervención para promover la salud y el bienestar emocional en la población infantil / programa de parentalidad positiva.	

8. ENTORNO DE ACTUACIÓN

Marcar con un X el entorno/s en que se desarrolla esta experiencia.

Línea de actuación	Entorno sanitario / Sistema de Salud.	
	Entorno comunitario/ local	
	Otros entornos (especificar: educativo, deportes, etc.)	



9. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

*Que justificó la realización de la experiencia. La **Guía de Ayuda para la Complimentación de la Memoria** será de gran ayuda para orientar qué tipo de información será especialmente relevante en este apartado además de los datos propios del análisis (ejemplo: información sobre sistemática general de búsqueda de la evidencia científica que lo sustentó, datos desagregados por sexo, datos de estructura, organización, etc.).*



10. OBJETIVOS

En este apartado debe cumplimentar el objetivo principal y en su caso objetivos específicos de la experiencia. Deben estar claramente definidos, acordes con la experiencia que se desarrolla y ser concisos. Estos objetivos deben presentar correlación clara con los resultados e indicadores que se cumplimenten en el apartado de evaluación.

11. CONTEXTO Y POBLACIÓN DIANA

Se explicitará el ámbito específico al que se refiere y se dirige la experiencia y su alcance (territorial, sectorial, asistencial, etc.), así como la población diana (población general, profesionales, servicios sanitarios, etc.) objeto de la experiencia.

12. METODOLOGÍA

En este apartado se valorará especialmente la claridad con que se expone y la sistemática de la misma, así como el hecho de aportar y poner a disposición -cuando proceda- los instrumentos o herramientas utilizados para llevar a cabo la experiencia a la que se refiere. Si la metodología y/o instrumentos utilizados se encuentran disponibles en alguna página Web institucional (nacional o internacional) será preciso referenciarla en este apartado, aunque luego figure en la bibliografía.



13. EVALUACIÓN

- **INDICADORES.**

Se pondrá especial atención en indicar explícitamente y de forma clara cuales han sido los indicadores empleados para la evaluación de la experiencia que se presenta, concretando fuentes utilizadas para su obtención, fórmula cuando proceda, etc. En caso de evaluación cualitativa, indicar agentes/actores, ejes de análisis, etc.

- **RESULTADOS.**

Además de los datos correspondientes se aportarán gráficos o tablas que faciliten su visualización e interpretación.

14. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

En aquellos casos en que los resultados obtenidos en la evaluación hayan permitido establecerlas. Estas podrán emitirse tanto en caso de resultados positivos obtenidos, como en caso de resultados no esperados y/o resultados negativos, que hayan implicado el establecimiento y articulación de medidas correctoras para mejorar la calidad de la intervención realizada.

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos facilitados en la ficha podrán ser incorporados a ficheros necesarios para la gestión de esta convocatoria, así como al buscador o plataforma de difusión de las experiencias seleccionadas y clasificadas como Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud. Por tanto, al rellenar esta ficha, se da consentimiento institucional y personal para que los datos recogidos en la misma sean recopilados y procesados para ser incluidos en la base de datos que alimente en su momento el buscador o plataforma de difusión del Catálogo de BBPP del SNS a través de la página Web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

HERRAMIENTA PARA EVALUACIÓN DE LAS CANDIDATURAS A BBPP EN EL SNS 2017

INDICACIONES GENERALES

Cada miembro del grupo de trabajo valorará las candidaturas propuestas utilizando la presente 'herramienta para evaluación' en la que se detallan los **criterios de inclusión y los criterios de evaluación**, desglosados en una serie de subcriterios, que se deben tener en cuenta a la hora de evaluar las candidaturas a Buenas Prácticas en el SNS 2017. Estos criterios se han establecido siguiendo los principios estratégicos planteados en la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS y teniendo en cuenta los criterios de calidad para la valoración de Buenas Prácticas del Sistema Nacional de Salud.

Sistema de baremación:

- En primer lugar se determinará si la intervención cumple los criterios de inclusión, en cuyo caso se procederá a la evaluación.
- Para la evaluación se asignará, en cada criterio, un punto por cada uno de los subcriterios que se consideren cumplidos.
- Los subcriterios son aditivos y NO excluyentes.
- La puntuación final de cada criterio se obtendrá sumando los puntos de cada subcriterio cumplido.
- Para obtener el valor final de cada criterio, se aplicará la guía de baremación, según el criterio se cumpla en el rango alto, medio, bajo o nulo. Se han ponderado con mayor valor aquellos criterios que se han considerado de mayor importancia y que además tenían un mayor potencial de discriminación.
- El valor final se trasladará a la matriz de puntuación, donde se obtendrá el sumatorio final.

Se considerarán Buenas Prácticas en el SNS aquellas experiencias que alcancen una valoración final de 18 o más puntos.

Formulario de selección y baremación

Datos identificativos de la intervención candidata

Título de la intervención	CCAA / Sociedad Científica
Población (menores de 15 años / mayores de 50 años)	Entorno/s (Escuela/sistema de salud/familiar/ comunitario (municipio)/institucional (residencias, etc.)/otros)

A. Criterios de inclusión

Criterios	Se cumple	NO se cumple
Adecuación: la intervención se adapta a alguna línea de acción de la Estrategia de las contempladas en esta convocatoria.		
Intervención en población sana sobre factores de riesgo de enfermedades no transmisibles (prioritariamente: tabaco, actividad física y consumo de riesgo de alcohol), en los entornos y poblaciones priorizadas en la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS.		
Detección precoz e intervención sobre fragilidad y caídas en la población mayor.		
Intervención para promover la salud y el bienestar emocional en la población infantil / programa de parentalidad positiva.		
Pertinencia: los objetivos de la intervención se corresponden con las necesidades y características de la población diana a la que se dirige, o bien con una norma reguladora.		
Evaluabilidad: existen las condiciones óptimas para permitir la evaluación de los resultados de la intervención (se cumple alguno de los sub-criterios).		
La intervención cuenta con fuentes y datos mínimos suficientes.		
Se especifican los recursos organizativos, estructurales y económicos empleados.		
Basado en el mejor conocimiento disponible: Intervención basada en la evidencia científica, con eficacia/efectividad demostrada.		
Intervención implementada durante, al menos, un año.		

Si la intervención cumple todos los criterios de inclusión, se procederá a la Evaluación.

B. Criterios de evaluación

(Marque sólo el criterio que se cumple)

Evaluación-efectividad: Se valorará la existencia de evaluación de la intervención y sus resultados en condiciones reales.	Se cumple
La cobertura de la intervención alcanza más del 50% de la población diana estimada.	
La intervención está evaluada con indicadores asociados a los objetivos planteados.	
Existe evaluación de resultados finales, y no únicamente de proceso.	
La evaluación demuestra la efectividad de la intervención (demuestra una mejora significativa del estado de salud mediante un aumento en indicador/es relativo/s al nivel de salud o factores protectores, o bien mediante un descenso en factores de riesgo).	
Eficiencia: consigue los objetivos marcados optimizando los recursos existentes.	Se cumple
La evaluación económica demuestra que la intervención es eficiente (supone un ahorro o un gasto dentro del rango considerado como socialmente aceptable para una intervención en salud).	
Equidad: incorpora objetivos específicos de reducción de desigualdades en salud. Se valorará la incorporación de diferentes ejes de equidad (género, nivel socio económico, nivel de estudios, etnia, ámbito rural-urbano, grupos desfavorecidos...), así como la apertura a la participación de la población y el trabajo intersectorial.	Se cumple
El análisis de situación incorpora una perspectiva de equidad [como mínimo, los datos están desagregados, por sexo, edad y nivel socio-económico (basado en la ocupación, en nivel de estudios, situación laboral o nivel de renta)].	
Existen acciones concretas para abordar desigualdades en salud detectadas en el análisis de situación.	
Existen acciones positivas dirigidas a grupos vulnerables o con necesidades diferenciadas detectados en la fase de análisis de situación con perspectiva de equidad.	
Existe un abordaje de género explicitado en el planteamiento y ejecución de la intervención.	
Existen acciones concretas de trabajo con sectores diferentes al sector salud (trabajo intersectorial).	
Existen iniciativas concretas para incorporar la participación de la población diana.	
Factibilidad: posibilidad de transferencia (puede servir como modelo de aplicación en otros contextos) y condiciones para la sostenibilidad.	Se cumple
Están disponibles los recursos organizativos-estructurales y/o económicos óptimos para la implementación y mantenimiento de las acciones propuestas en algunos territorios.	
Existen los recursos organizativos-estructurales para la extensión de la intervención a todo el territorio.	
Existen los recursos económicos para la extensión de la intervención a todo el territorio.	
Adecuación estratégica: alineación de la intervención con las principales estrategias nacionales/supranacionales.	Se cumple
Las acciones se enmarcan o están en línea con las estrategias nacionales que afectan directamente al ámbito en cuestión (p.e. estrategias en salud del SNS).	
Las acciones están en línea con las estrategias supranacionales (UE, OMS...) que afectan directamente al ámbito en cuestión.	
	Se

HERRAMIENTA PARA EVALUACIÓN de las CANDIDATURAS A BBPP en el SNS 2017

Integralidad: Se abordan dos o más factores de riesgo o determinantes de la salud de forma conjunta.	cumple
Existen acciones para abordar al menos dos de los factores contemplados en la Estrategia (alimentación, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, estrés, seguridad-lesiones).	
Existen acciones concretas que abordan de forma integral factores promotores de salud o habilidades de vida.	
Existen sinergias entre diferentes áreas funcionales y/o niveles de implementación.	
Aspectos éticos	Se cumple
La intervención contempla los potenciales conflictos de interés de todos los agentes implicados en la misma.	

Guía de baremación

Evaluación-efectividad (20%)	
<u>Cumplimiento Alto:</u> se cumplen 3 ó 4 sub-criterios	6 puntos
<u>Cumplimiento Medio:</u> se cumplen 2 de los sub-criterios	4 puntos
<u>Cumplimiento Bajo:</u> sólo se cumple uno de los sub-criterios	2 puntos
<u>Cumplimiento Nulo:</u> no se cumple ningún sub-criterio	0 puntos
Eficiencia (6,6%)	
<u>Cumplimiento:</u> se cumple el sub-criterio	2 puntos
<u>No Cumplimiento:</u> no se cumple el sub-criterio/ no consta	0 puntos
Equidad (20%)	
<u>Cumplimiento Alto:</u> se cumplen 5 ó 6 sub-criterios	6 puntos
<u>Cumplimiento Medio:</u> se cumplen 3 ó 4 sub-criterios	4 puntos
<u>Cumplimiento Bajo:</u> se cumplen 1 ó 2 sub-criterios	2 puntos
<u>Cumplimiento Nulo:</u> no se cumple ningún sub-criterio	0 puntos
Factibilidad (20%)	
<u>Cumplimiento Alto:</u> se cumplen los 3 sub-criterios	6 puntos
<u>Cumplimiento Medio:</u> se cumplen 2 sub-criterios	4 puntos
<u>Cumplimiento Bajo:</u> sólo se cumple uno de los sub-criterios	2 puntos
<u>Cumplimiento Nulo:</u> no se cumple ningún sub-criterio	0 puntos
Adecuación estratégica (10%)	
<u>Cumplimiento Alto:</u> se cumplen los 2 sub-criterios	3 puntos
<u>Cumplimiento Bajo:</u> sólo se cumple uno de los sub-criterios	1 punto
<u>Cumplimiento Nulo:</u> no se cumple ningún sub-criterio	0 puntos
Integralidad (20%)	
<u>Cumplimiento Alto:</u> se cumplen los 3 sub-criterios	6 puntos
<u>Cumplimiento Medio:</u> se cumplen 2 de los sub-criterios	4 puntos
<u>Cumplimiento Bajo:</u> sólo se cumple uno de los sub-criterios	2 puntos
<u>Cumplimiento Nulo:</u> no se cumple ningún sub-criterio	0 puntos
Aspectos éticos (3,3%)	
<u>Cumplimiento:</u> se cumple el sub-criterio	1 punto
<u>No Cumplimiento:</u> no se cumple el sub-criterio/ no consta	0 puntos

Matriz de puntuación

LISTA DE INTERVENCIONES	CRITERIOS							TOTAL (SUMA) Máximo 30 puntos
	EFFECTIVIDAD/ CALIDAD EVIDENCIA	EFICIENCIA	EQUIDAD	FACTIBILIDAD	ADECUACIÓN ESTRATÉGICA	INTEGRALIDAD	ASPECTOS ÉTICOS	
	Alta: 6 p. Media: 4p. Baja: 2p. Nulo:0p.	Sí: 2 p. No:0p.	Alta: 6 p. Media: 4p. Baja: 2p. Nulo:0p.	Alta: 6 p. Media: 4p. Baja: 2p. Nulo:0p.	Alta: 3 p. Baja: 1p. Nulo:0p.	Alta: 6 p. Media: 4p. Baja: 2p. Nulo:0p.	Sí: 1 p. No:0p.	

Anexo 3. Memorias de las Buenas Prácticas en el marco de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Convocatoria 2017.

En este anexo se presentan las Memorias de las 16 experiencias calificadas como Buenas Prácticas en el SNS en el marco de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS en la Convocatoria 2017 para la identificación, recogida y difusión de Buenas Prácticas en el SNS.

NOMBRE DE LA EXPERIENCIA
IMAGEN Y SALUD. ALIANZA PARA UNA VISIÓN POSITIVA Y SALUDABLE DE LA IMAGEN PERSONAL.
VISIBILIZAR ACTIVOS DE SALUD DE LA COMUNIDAD PARA LA ACTIVIDAD FÍSICA A TRAVÉS DEL MAPEO COMUNITARIO CON GRUPOS SOCIOEDUCATIVOS (GRUSE).
INTERVENCIÓN COMUNITARIA EN SALUD - 1ª ENCUESTA DE SALUD INFANTIL COMUNIDAD GITANA.
NI OGROS NI PRINCESAS, PROGRAMA PARA LA EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL EN LA ESO.
PROGRAMA DE INTERVENCIÓN SOBRE TABAQUISMO EN ENSEÑANZA SECUNDARIA (ITESPLUS).
ACCIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD INFANTIL (PROGRAMA PIPO).
MEDIDAS DE ACOMPAÑAMIENTO PARA EL ABORDAJE ESCOLAR DE UN PLAN DE FRUTAS Y VERDURAS.
CENTRO COMPROMETIDO CON LA EXCELENCIA EN CUIDADOS. IMPLANTACIÓN DE UNA GUÍA DE BUENAS PRACTICAS DE LA REGISTERED NURSES' ASSOCIATION OF ONTARIO: PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y LESIONES DERIVADAS DE LAS CAÍDAS EN PERSONAS MAYORES.
“LA RIBERA CAMINA”: PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA DESDE A TRAVÉS DE GRUPOS DE PASEOS SALUDABLES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD DE LA RIBERA.
PREVENCIÓN DE CONSUMO DE TABACO EN CENTROS DOCENTES.
JUEGA EN POSITIVO CON LA SALUD: DEL PLATO AL ZAPATO.
PROYECTO “CRECIENDO CON ATENCIÓN Y CONSCIENCIA PLENA” (UN CENTRO DE SALUD “CONSCIENTE”, AMIGO DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA).
PROGRAMA ARGOS: MODELO DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS EN ATENCIÓN PRIMARIA.
PROGRAMA “ACTIVA MURCIA”.
TALLERES DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS PARA PERSONAS MAYORES.
REORIENTACIÓN DE LAS AYUDAS PARA LA CREACIÓN DE CAMINOS ESCOLARES HACIA PROCESOS COMUNITARIOS PARTICIPATIVOS.

MEMORIA Experiencia Candidata

1. ESTRATEGIA A LA QUE SE PRESENTA

Promoción de la Salud y Prevención

2. TÍTULO DE LA EXPERIENCIA

Imagen y Salud. Alianza para una visión positiva y saludable de la imagen personal

Enlace a sitio web: <https://imagenysalud14.wordpress.com/>

3. DATOS DE LA ENTIDAD Y PERSONA RESPONSABLE

- **CCAA: Andalucía**
- **Nombre de la entidad: Consejería de Salud**
- **Domicilio social (incluido Código Postal): Avda de la Innovación 5. Sevilla 41020**
- **Persona titular de la Dirección o Gerencia de la entidad responsable.**
 - Nombre y apellidos: Remedios Martel Gómez
 - E-mail: dgspof.csalud@juntadeandalucia.es
 - Teléfonos: 955.006.586
- **Datos de contacto de la persona técnica:**
 - Nombre y apellidos: Manuel Flores Muñoz
 - E-mail: manuel.flores.sspa@juntadeandalucia.es
 - Teléfonos: 670 94 28 60

4. DATOS DEL RESTO DEL EQUIPO RESPONSABLE DE LA CANDIDATURA

Nombre y apellidos	E-mail	Teléfono	Puesto de trabajo	Entidad
Antonio Garrido Porras	antonio.garrido.porras@juntadeandalucia.es		Asesor Técnico	Consejería de Salud
Mónica Padial Espinosa	monica.padial.easp@juntadeandalucia.es		Asesora Técnica	EASP
Carmen Martínez Cáceres	maria.c.martinez.caceres@juntadeandalucia.es		Asesora Técnica	Consejería de Salud

Pilar San Juan Lozano	mariap.sanjuan@juntadeandalucia.es		Asesora Técnica	Consejería de Salud
Carmen Subiza García	carmen.subiza@juntadeandalucia.es		Administrativa	Consejería de Salud
Ricardo M. Moreno Ramos	ricardom.moreno@juntadeandalucia.es		Jefe de Servicio	Consejería de Salud

5. ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

	Estatal
X	Comunidad Autónoma
	Provincial
	Municipal
	Área de Salud (sector, distrito, comarca, departamento...)
	Zona básica de salud
	Otro (especificar):

6. PERÍODO DE DESARROLLO

- **Fecha de inicio: Mayo 2014**
- **Actualmente en activo: SI**
- **Prevista su finalización: Continúa**

7. LINEA DE ACTUACIÓN

ÁREA ESTRATÉGICA (línea de actuación) ²	Promoción de la Salud y prevención

8. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

El culto al cuerpo, la equiparación de autocontrol y delgadez, la identificación de autoestima y aceptación social del propio cuerpo en función de unos cánones arbitrariamente fijados, entre otros factores, constituye un contexto que favorece las vivencias de malestar subjetivo y el desarrollo de costumbres insanas frente a la propia imagen corporal (1).

En las sociedades modernas, la omnipotencia de la publicidad y de una cultura atrapada en la fuerza de las imágenes (2) genera una gran presión, sobre todo en las personas más jóvenes, que se hallan inmersas en procesos de individuación, autonomía y socialización grupal. Existe consenso en torno al hecho de que los patrones actuales de belleza (extrema delgadez y juventud) se alejan cada vez más de los perfiles biométricos comunes en la población y provocan disconfort personal,

devaluación de la autoestima, problemas afectivos y pautas de comportamiento disfuncionales ligados a la alimentación, como son las dietas restrictivas, vomitar, consumir laxantes o fumar. (3, 4, 5, 6, 7).

La manifestación de este displacer sobre la propia imagen corporal toma forma desde los Trastornos de la Conducta Alimentaria y comportamientos que, sin llegar al cuadro clínico, se encuentran con ellos relacionados.

Desde 1.990, con importantes diferencias metodológicas y muestrales, se desarrollan en España estudios epidemiológicos sobre los TCA (8, 9, 10, 11, 12, 13, 14) que viene a expresar el incremento de la incidencia, su mayor prevalencia en la etapa de la adolescencia y un debut cada vez más precoz, la ampliación en la diversidad de las características y cuadros relacionados con estos trastornos, una distribución por género de 9 casos de chicas frente a 1 de chicos, así como una mayor frecuencia en casos de bulimia y trastornos de la conducta alimentaria no especificados frente a los casos de anorexia.

Diversos son los intentos y actuaciones para abordar esta situación, desde el ámbito español debemos hacer presente la Iniciativa del Pleno del Senado de 23 de marzo de 1.999 (15) relativa a los trastornos de alimentación que toma forma en el “Informe de la Ponencia encargada de estudiar los condicionantes extrasanitarios que concurren en el incremento de la incidencia de la anorexia y bulimia en la población y proponer las medidas políticas y legislativas oportunas” aprobado por la Comisión de Educación y Cultura en sesión de 25 de noviembre de 1.999.

Este informe, que no concluyó en desarrollo legislativo, elaborado mediante la participación de más de 80 personas expertas y de relevancia social en sectores que van desde el ámbito de las asociaciones sociales, al sector sanitario, educación, medios de comunicación, moda, juguetes, gimnasia, ballet, etc., hizo presente un amplio y profundo análisis sobre la tarea encomendada, terminando con diversas conclusiones y recomendaciones.

Años después, en 2007, la Comunidad de Madrid dio forma al Pacto Social contra los trastornos del comportamiento alimentario: la anorexia y la bulimia (16) que tomó como referencia para sus objetivos y líneas de intervención las propuestas del Informe de 1999.

En abril de 2011 se presentó una nueva Propuesta no de Ley sobre los fundamentos del Informe de 1999, actualizando alguna de sus iniciativas en función del desarrollo

de las redes informáticas. Nuevamente esta propuesta se ha quedado sin presencia en el marco legislativo español.

En 2012 se estableció en Cataluña la “Mesa de Diálogo para la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria” (17) cuyos objetivos se centraron en construir entre todos los sectores una imagen corporal positiva y saludable, trabajar de manera coordinada para fomentar estrategias realistas y trasladar el debate a la sociedad en general para sensibilizar sobre los trastornos relacionados con la imagen y el peso.

En 2014 toma forma desde Andalucía la Iniciativa “Imagen y Salud” (18) orientada al desarrollo de una alianza para una visión positiva y saludable de la imagen corporal, haciéndose mención explícita a esta línea de trabajo en el “Anteproyecto de Ley para la promoción de una vida saludable y una alimentación equilibrada en Andalucía”, presentado en 2016 desde la Consejería de Salud. (19).

El desarrollo emprendido desde la Iniciativa “Imagen y Salud” toma como enfoque para orientar su visión, objetivos, metodología y evaluación los contenidos relacionados con la imagen, entendiendo que, en coherencia con las propuestas de 1993 generadas por la OMS sobre “Habilidades para la vida” (20, 21, 22.), se trata de promover la construcción de valores, creencias, actitudes y habilidades que promuevan la salud de las personas y de las relaciones entre ellas.

Es por ello que, sin descartar la prevención ante los diversos trastornos relacionados con la alimentación y la imagen, nos importa generar y potenciar redes intersectoriales que permitan la construcción de discursos y acciones que promuevan la satisfacción de la propia imagen desde la promoción de la autoestima y la aceptación de la diversidad como valor moral y riqueza social.

9. OBJETIVOS

- 1.- Generar alianzas para favorecer la creación de una red intersectorial que permita el desarrollo de acciones y propuestas favorecedoras de la autoestima y las habilidades para la vida sana orientadas a una relación más satisfactoria con la propia imagen corporal y la aceptación de la diversidad en los demás.
- 2.- Difundir y sensibilizar a nivel intersectorial las propuestas vinculadas a esta Iniciativa.
- 3.- Empoderar y reforzar el papel que como “activos en salud” ejercen las asociaciones y entidades participantes.

- 4.- Impulsar el desarrollo de campañas comunitarias amplias desde el soporte de los colectivos comunitarios adheridos a la Iniciativa.
- 5.- Favorecer alianzas con la Administración Local para desde la gobernanza municipalista y su redes de acción local para el desarrollo de la salud incorporen los objetivos y prácticas desarrollados desde la Iniciativa
- 6.- Producir materiales y acciones que den respuesta a las necesidades identificadas desde las dinámicas establecidas por la red priorizando a los grupos de población más sensibles.
- 7.- Difundir las buenas prácticas generadas desde la Iniciativa, desde las entidades adheridas y desde aquellos otras entidades y/o agentes sociales que las lleven a cabo.
- 8.- Aprovechar aquellas oportunidades ofrecidas por las entidades adheridas a la Iniciativa para la divulgación de la visión, misión, objetivos y acciones de “Imagen y Salud” tanto en foros científicos, sociales, como en las redes 2.0 gestionadas por nuestros aliados.

10. CONTEXTO Y POBLACIÓN DIANA

La Iniciativa “Imagen y Salud” se desarrolla en el territorio andaluz, dirigiéndose a la población general.

Junto a intervenciones dirigidas a población en general, se desarrollan líneas de trabajo específicas adaptadas a distintos segmentos (jóvenes, mujeres, mayores, Ayuntamientos, sectores deportivos, Universidad, etc.)

Igualmente, se establecen alianzas intersectoriales con asociaciones de familiares y pacientes, sociedades científicas y colegios profesionales, universidades, ayuntamientos, entidades del sector deportivo, medios de comunicación, institutos y agencias públicas, empresas del sector de la confección y la moda,...

11. METODOLOGÍA

“Imagen y Salud” se desarrolla como Iniciativa que toma forma a nivel intersectorial, abierta a la progresiva incorporación de entidades aliadas y a la construcción de escenarios y acciones identificados en función de la participación alcanzada y de las oportunidades que pudieran reconocerse.

La estrategia de implantación y desarrollo de la Iniciativa “Imagen y Salud” se ha orientado hacia la identificación de alianzas centradas en:

- A.- Ofrecer una propuesta en coherencia con la misión y las líneas estratégicas de nuestros potenciales aliados.
- B.- Aprovechar las estructuras organizativas existentes y algunas de las prácticas que venían llevándose a cabo desde los diferentes sectores.
- C.- Generar un escenario “ganar-ganar”, mediante el que la adhesión a la Iniciativa supone obtener beneficios en el cumplimiento de los objetivos de nuestros aliados, al tiempo que fortalece la imagen y desarrollo de la Iniciativa.
- D.- Fomentar el protagonismo y las señas de identidad de los aliados (dentro de unos principios básicos), entendiéndolo que la adhesión al Proyecto no supone la pérdida de identidad de los asociados. La fortaleza de la Iniciativa se construye, en gran medida, desde la potencia de las entidades a ella adheridas.
- E.- Identificar y generar oportunidades en función de las sinergias entre los diferentes sectores.
- F.- Favorecer el contacto entre las distintas entidades adheridas para fomentar la identificación y desarrollo de acciones convergentes entre los diversos colectivos adheridos a la Iniciativa. La potencia de una red está en función de la cantidad y la calidad de las relaciones entre los miembros que forman parte de ella y fomentar estas interacciones es parte de la tarea de la Iniciativa.

Independientemente del nivel de desarrollo de la Iniciativa y de las acciones a emprender desde la misma, hay una serie de principios clave que marcan la metodología de intervención y son:

- 1.- Orientada a la cooperación y colaboración.
- 2.- Con capacidad de integrar y rentabilizar la diversidad de producciones de los participantes.
- 3.- Adaptable a los ritmos y posibilidades de cada grupo/participante.
- 4.- Vinculada a prácticas y valores consensuados.
- 6.- Dando forma a acciones fáciles y atractivas en su desarrollo para poder avanzar hacia actuaciones más complejas.
- 7.- No significativamente costosa económicamente.
- 8.- Orientada al establecimiento de sinergias con campañas y programas de otras Administraciones.
- 9.- Fácilmente evaluable.
- 10.- Con visibilidad y capacidad de impacto en el resto de la población.

Junto a los contenidos teóricos sobre “el qué decir” y la metodología orientada a la forma sobre “el cómo hacer y cómo decir” las cosas, consideramos que hay un aspecto importante que tiene que ver con “el ritmo para hacer y el ritmo para decir”, “el timing” de la intervención.

El establecimiento de este ritmo nos resulta fundamental para que la Iniciativa disponga de un calendario de actuaciones que le den presencia y continuidad y en el tiempo. Una presencia puntual supone una debilidad no sólo para la difusión de la Iniciativa, sino para la fortaleza de la relación con las entidades adheridas.

Desde este análisis, llevamos a cabo tres niveles en la acción:

En el primer nivel llevamos a cabo actuaciones dirigidas al global de las entidades adheridas con objeto de reforzar su alianza, de dinamizar su participación generando alianzas intersectoriales y de consolidar la difusión de la Iniciativa desde las redes de nuestros aliados.

En un segundo nivel, desarrollamos líneas sectoriales que permiten profundizar en los diversos factores vinculados a la construcción de la imagen y las dinámicas generadas en torno a la misma.

El desarrollo de estos dos niveles supone una continuidad en el tiempo para lograr la elaboración de sus producciones. La consolidación y debates de estos grupos de trabajos, su orientación hacia la tarea, el consenso sobre formatos y contenidos, la formalización y redacción de contenidos, etc, supone una continuidad en el grupo y un período de tiempo significativo para alcanzar sus logros.

En un tercer nivel y de manera complementaria, precisamos de acciones con un desarrollo más fácil y ágil que permitan seguir haciendo visible y generando lazos entre la Iniciativa, las entidades adheridas, entidades que potencialmente puedan adherirse y población en sus distintos segmentos. Esta dinámica nos permite así mismo identificar oportunidades para el desarrollo de la Iniciativa.

Entendiendo, en otros formatos, la conveniencia del desarrollo complementario de actos, campañas, programas y planes, creemos en el interés de combinar en “Imagen y Salud” actuaciones de impacto a corto-medio plazo junto a otros ejes que precisan una mayor prolongación en el tiempo para su desarrollo.

Entre las líneas actualmente abiertas se encuentran:

Nivel 1.-

1.1.- Desarrollo de acciones orientadas a la cohesión entre las entidades adheridas y al establecimiento de un lenguaje y visión convergente en relación con las áreas de intervención establecidas desde la Iniciativa. Para ello se llevan a cabo distintas acciones: Elaboración de documentos de consenso sobre materiales didácticos (“Preguntas más frecuentes ante los TCA”) o sobre aspectos intersectoriales (“Manifiesto andaluz a favor de la moda y los desfiles saludables como activos para la salud”), Jornadas Autonómicas de carácter autonómico como espacio de encuentro y puesta en común, son algunas de las acciones emprendidas.

1.2.- Creación de un blog que permita la puesta en común de intereses, actividades, noticias, etc. <https://imagenysalud14.wordpress.com/>

Nivel 2.-

2.1.- Intervención en el ámbito infanto-juvenil desde el marco deportivo mediante el desarrollo de talleres orientados a monitores y monitoras deportivos del espacio municipal y universitario. La formación en el ejercicio del liderazgo llevado a cabo desde estos monitores y monitoras como activos para la salud; el entrenamiento para favorecer dinámicas grupales orientada a la gestión del grupo entre iguales grupo de apoyo mutuo ante situaciones de crisis en sus miembros; el desarrollo de la autoestima y de la imagen corporal como factor de prevención no sólo ante lesiones deportivas por traumatismo o por estrés, sino de “lesiones” sociales y personales son los ejes de este taller. Junto a ello se incorpora la realización de práctica orientada a la promoción en el consumo de fruta.

Para el desarrollo de este taller se cuenta con las alianzas con el Instituto Andaluz de Deporte, Sociedad Andaluza de Medicina Deportiva, Asociación de Psicología del Deporte de Andalucía, Federación Andaluza de Fútbol, Ayuntamientos y Universidades.

2.2.- Generación de un grupo de trabajo con participación del Instituto Andaluz de la Mujer, Asociaciones Feministas y Colegios de Psicología de Andalucía Occidental y Oriental orientada al abordaje y desarrollo de la resiliencia desde la promoción de la autoestima y la imagen corporal en la mujer que ha sufrido violencia de género, mediante la futura elaboración de material didáctico y acciones formativas a profesionales que atienden a situaciones de violencia de género.

2.3.- Actuación para la generación de espacios de reflexión e intervención en profesionales que cuidan a personas mayores en Centros Residenciales, Unidades de Estancia Diurna, etc., sobre la imagen en las personas mayores de edad y el desarrollo satisfactorio de ésta. Actualmente en fase de pilotaje, las primeras experiencias de taller dirigido a cuidadores profesionales de personas mayores se han realizado de manera satisfactoria. La actividad cuenta con la colaboración del Colegio de Psicología de Andalucía Occidental y empresas del sector.

2.4.- Desarrollo de grupo de trabajo con docentes de Facultades de Enfermería de Sevilla (Universidad de Sevilla, San Juan de Dios, Cruz Roja y Universidad de Osuna) con objeto de formalizar material docente que pueda ser incorporado al currículum de enfermería.

Nivel 3.

3.1.- Realización del “I Concurso de Relatos Cortos Imagen y Salud” y próxima convocatoria del II Concurso.

3.2.- Realización del “I Concurso de Videos Cortos Imagen y Salud” y próxima convocatoria del II Concurso.

3.3.- Presentación de propuesta “Relatos Encadenados”. Presentación en portal web de relatos con periodicidad semanal a partir de julio de 2.017

3.4.- Muestra de copias de obras de arte llevadas a cabo desde las asociaciones y colectivos adheridos a la Iniciativa y otros que deseen participar. Se contempla la reproducción y exposición de obras que a lo largo de la historia del arte contemplen: la evolución de la imagen corporal y su presentación mediante ropa, adornos, etc; la alimentación como acto social y relacional mediante celebraciones, banquetes, etc; la presencia de alimentos que actualmente consideramos saludables mediante bodegones de frutas, verduras, pescados, etc.

Presentándose la muestra en el lugar donde la asociación o colectivo lleva a cabo sus actividades cotidianas, se exponen, igualmente, estas muestras en los Centros de Salud de referencia de estas asociaciones o entidades.

3.5.- Difusión de la Iniciativa “Imagen y Salud” mediante la participación en foros y actividades científicas y sociales organizadas desde las entidades adheridas a la Iniciativa. Igualmente se aprovechan las redes sociales 2.0 de las entidades adheridas para dar difusión a la Iniciativa.

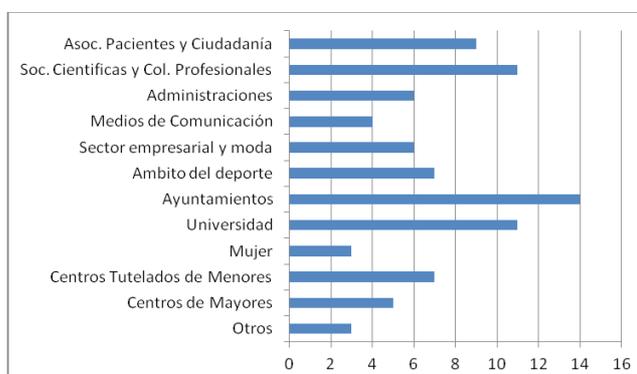
12. EVALUACIÓN

• INDICADORES.

- Número y distribución por sectores de las entidades adheridas a la Iniciativa.
- Seguimiento de resultados del blog: Número de visitas, presencia por países, número de noticias colgadas.
- Materiales producidos desde la Iniciativa.
- Realización de Jornadas anuales.
- Número de talleres realizados con el sector del deporte mediante intervención con monitores y monitoras deportivos. Número de personas asistentes.
- Generación de un grupo de trabajo grupo de trabajo relacionado con la resiliencia en la mujer ante violencia de género desde el abordaje a la imagen personal y la autoestima.
- Número de actividades vinculadas a la imagen en las personas mayores y personas participantes.
- Convocatoria de concurso de vídeos cortos Imagen y Salud.
- Convocatoria del concurso de relatos cortos Imagen y Salud.
- Iniciación de la propuesta relatos encadenados a partir de julio 2017 y con un año de duración.
- Realización de muestra de reproducciones de obras de arte relacionadas con la imagen y la alimentación.
- Presentación en jornadas científicas y foros sociales de la Iniciativa “Imagen y Salud”.

• RESULTADOS.

1.- A final de junio de 2.017 son 86 las entidades adheridas. Su adhesión no se limita a la firma del documento, sino que supone la realización de algún tipo de actividad relacionada con la Iniciativa, siendo su distribución la siguiente:



2.- La evolución del blog desde 2.015 a final de junio de 2.017 se recoge en la siguiente tabla:

	2015	2016	1er semestre 2017	Totales
% Visitas países extranjeros	21'8%	20'8%	17'5%	
% Visitas originadas desde España	78'2%	79'2%	82'5%	
Número entradas publicadas	87	79	44	210
Número visitantes	3.927	5.303	3.579	12.809
Número visitas	10.366	14.371	9.962	34.699

3.- Los materiales producidos desde la Iniciativa son accesibles desde el blog <https://imagenysalud14.wordpress.com/producciones-desde-la-iniciativa/> pudiendo encontrarse en ella:

- Documento marco “Imagen y Salud”
- Catálogo de preguntas y respuestas sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria
- Manifiesto Andalúz a favor de la moda y los desfiles saludable como activos para la salud
- Presentación de la Iniciativa 2.016 por el Sr. Consejero de Salud

4.- Con fecha 11 de noviembre de 2.016 se realizaron las I Jornadas Autonómicas “Imagen y Salud”, estando en fase de organización las II Jornadas a celebrar el 10 de noviembre de 2.017

5.- Realización de 10 talleres sobre “Promoción de la Autoestima y la diversidad corporal desde la práctica de actividad física y deporte”, dirigidos a Monitores Deportivos Municipales con asistencia de 160 personas de los siguientes municipios: Sevilla, Bollullos de la Mitación, Castilblanco de los Arroyos, Cazalla de la Sierra, Gerena, Marchena, Nerva, Martos, Cuevas del Almanzora y VÍcar.

6.- Realización de sesiones de trabajo para elaboración de material sobre “la resiliencia en la mujer ante violencia de género desde el abordaje de la imagen personal y la autoestima”, compuesto por representantes del Instituto Andalúz de la Mujer, Colegios Profesionales de Psicología de Andalucía Occidental y Oriental, Asociaciones de Mujeres e Iniciativa “Imagen y Salud”.

7.- Pilotaje de taller de formación a 17 profesionales que trabajan en 6 Unidades de Estancia Diurna y Residencias de Mayores de Sevilla, promovido desde la alianza con el Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental, sobre “Envejecimiento e Imagen personal”.

8.- Realización del “I Concurso Imagen y Salud sobre videos cortos”. Próxima convocatoria del “II Concurso” para el año 2.018 promovida desde las Facultades de

Comunicación de las Universidad de Sevilla y Málaga como desarrollo a su alianza con la Iniciativa “Imagen y Salud”

9.- Realización de “I Concurso Imagen y Salud de relatos cortos”. Próxima convocatoria del “II Concurso” para el año 2.018 promovida desde los Colegios Oficiales de Psicología de Andalucía Oriental y Occidental, así como sus Fundaciones, como desarrollo a su alianza con la Iniciativa “Imagen y Salud”.

10.- Realización de pilotajes de muestras de obras de arte relacionadas con el cuerpo y la alimentación con Centros Tutelados de Menores, Unidades de Estancia Diurna e Instituto de Enseñanza Secundaria.

11.- Presentación de la Iniciativa Imagen y Salud en encuentros con todas las Delegaciones Territoriales de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de Andalucía.

- Presentación de jornadas de las Facultades de Comunicación de Sevilla y de Málaga.
- Presentación en Jornadas organizadas por la Unidad de Medicina Preventiva de Córdoba.
- Presentación en Jornadas de la Universidad de Osuna (Sevilla).
- Presentación en la U.N.E.D. de Sevilla.
- Presentación y grupo de trabajo de las Facultades de Enfermería de Sevilla, Osuna, San Juan de Dios de Bormujos y Cruz Roja de Sevilla.
- Presentación en Jornadas de la Sociedad Andaluza de Medicina del Deporte.
- Presentación en Jornadas Andaluzas de la Asociación de Trabajo Social y Salud.
- Presentación en Jornadas de la Mujer organizadas por la Delegación de Málaga del Instituto Andaluz de la Mujer.

13. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

1.- Se entiende necesario el compromiso institucional y la difusión del mismo para impulsar el liderazgo, la legitimación y el desarrollo de la Iniciativa.

2.- Siendo la imagen y los factores con ella relacionados una producción intersectorial su abordaje precisa de una alianza entre colectivos y agentes sociales desarrollando un modelo que se asienta en el empoderamiento de la ciudadanía como “activos en salud” desde su participación mediante acciones comunitarias amplias. Resulta fundamental identificar sinergias con aquellas acciones que se encuentran en desarrollo desde otros sectores y Administraciones.

3.- Es importante el respeto a los intereses, prioridades y ritmos de los distintos agentes para hacer posible el avance desde la alianza. Junto a ello es básico entender

que se hace necesaria una diversidad de propuestas que permitan incorporar a los aliados desde sus posibilidades de participación.

4.- Las líneas de trabajo no deben centrarse exclusivamente en un enfoque preventivo ante los TCA, sino desde una óptica de promoción de salud el papel de la autoestima, las habilidades sociales y emocionales, las habilidades de comunicación,..., son fundamentales para la aceptación de la imagen personal y su diversidad.

5.- El formato de Iniciativa nos permite adaptar con agilidad el desarrollo de acciones y líneas de trabajo a las propuestas y oportunidades identificadas desde los sectores y aliados a la Iniciativa. Esto hace posible el desarrollo de la actividad desde criterios de equidad como son las intervenciones con personas mayores y mujeres.

6.- Aun a pesar de la diversidad y enfoque global de la Iniciativa, la sostenibilidad y financiación de la misma no supone un problema significativo, dado que la evolución de la misma se centra en establecer una visión convergente sobre las prácticas que se vienen llevando a cabo manteniendo las dotaciones presupuestarias. Los recursos habilitados para la consolidación de la Iniciativa se limitan a 3.000 euros anuales para la realización del Encuentro Autonómico Anual. Junto a ello los premios de los diversos concurso se limitan a 2.500 euros aportados por entidades adheridas.

7.- La replicabilidad de la Iniciativa viene contratada por su carácter autonómico lo cual supone su desarrollo a nivel andaluz. La diversidad de las líneas presentadas permiten su puesta en práctica desde un nivel global o desde una aplicación sectorial.

8.- La evaluación resulta fundamental no sólo para identificar resultados, aunque éstos sean de proceso, sino para poder identificar oportunidades de mejora, de expansión y de generación de nuevas líneas de trabajo y acciones por emprender.

9.- Junto a las distintas presentaciones y talleres llevados a cabo, utilizamos como recurso para transferir conocimientos y experiencias el blog de la Iniciativa.

BIBLIOGRAFÍA

1.- Garrido, A., Flores, M. y Espinosa, J.M. (2016). Una alianza para una visión positiva y saludable de la imagen personal. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

<https://imagenysalud14.files.wordpress.com/2016/08/documento-marco-imagen-y-salud.pdf>

2.- Baudrillard, J., La sociedad de consumo, Ed. Plaza y Janés, Barcelona, 1970.

- 3.- Trujano, P., Nava, C., de Gracia, M., Limón, G., Alatraste, A.L. y Merino, M.T. (2010). Trastorno de la imagen corporal: Un estudio con preadolescentes y reflexiones desde la perspectiva de género. *Anales de Psicología*, 26(2), 279-287.
- 4.- Moreno, C. et al. (2016). *Los adolescentes españoles: estilos de vida, salud, ajuste psicológico y relaciones en sus contextos de desarrollo. Resultados del Estudio HBSC-2014 en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- 5.- Catalá, M. (2003). *Mensajes inferenciales en publicidad. Relaciones entre ideologías del discurso y grupos socioculturales* (Tesis doctoral). Universidad de Zaragoza, Zaragoza.
- 6.- Davison, T.E. y McCabe, M.P. (2006). Adolescent body image and psychosocial functioning. *The Journal of Social Psychology*, 146(1), 15-30. doi: 10.3200/SOCP.146.1.15-30
7. Annis, N.M., Cash, T.F. y Hrabosky, J.I. (2004). Body image and psychosocial differences among stable average weight, currently overweight, and formerly overweight women: the role of stigmatizing experiences. *Body Image*, 1, 155-167. doi: 10.1016/j.bodyim.2003.12.001
- 8.- Pelaez Fernandez, M.A. (2003). Estudio epidemiológico de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en población escolarizada de la comunidad de Madrid. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Psicología. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos (Psicología Clínica I). Tesis.
- 9.- Peláez Fernández, M.A., 1, Labrador Encinas, F.J., Raich Escursell, R.M (2005) Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, vol 5, nº 2, pp 135-148
- 10.- Morandé, G. (1.998). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. ¿Una epidemia? *Anales Españoles de Pediatría*, 48, 229-232.
- 11.- Gandarillas-Grande, A., Febrel, C. (2.000). Encuesta de prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizados de la Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública.
- 12.- Rivas, T., Bersabe, R., Castro, S. (2.001). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Málaga (España). *Salud Mental*, 24(2): 25-31.

13.- Vega, T., Rasillo, M. A., Lozano, J. E. (2001). Estudio del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de enseñanza secundaria de Castilla y León. En: Junta de Castilla y León. Trastornos de la conducta alimentaria en Castilla y León. España: Lovader, p. 27-62.

14.- Pérez-Gaspar, M., P Gual, P., de Irala-Estévez, J., Martínez-González, M.A., F Lahortiga; F., Cervera; S. (2000) Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes navarras. Medicina Clínica, vol 114

15.- <http://www.senado.es/pdf/legis6/senado/bocg/10790.PDF>

16. [http://www.madrid.org/cs/Satellite?](http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_InfPractica_FA&cid=1142336316761&idConsejeria=1109266187266&idListConsj=1109265444710&idOrganismo=1142405737580&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&sm=1109266100977)

[c=CM_InfPractica_FA&cid=1142336316761&idConsejeria=1109266187266&idListConsj=1109265444710&idOrganismo=1142405737580&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&sm=1109266100977](http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_InfPractica_FA&cid=1142336316761&idConsejeria=1109266187266&idListConsj=1109265444710&idOrganismo=1142405737580&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&sm=1109266100977)

17.- http://consum.gencat.cat/qui_som/taula-dialeg/index_es.html

18.- <https://imagenysalud14.wordpress.com/>

19. <http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljida/Anteproyecto%20Ley%20promoci%C3%B3n%20vida%20activa.pdf>

20.- Mangrulkar, L., Whitman, Ch.V. y Posner, M. OPS (2001) Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes.

<http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Habilidades.pdf>

21.- Fundación EDEX. Habilidades para la vida.

<http://habilidadesparalavida.net/habilidades.php>

22.- Montoya Castilla, I., y Muñoz Irazo, I. (2009) Habilidades para la vida.

Compartim. Revista de formació del profesorat, núm 4, pp 1-5

http://cefire.edu.gva.es/sfp/revistacompartim/arts4/02_com_habilidades_vida.pdf

MEMORIA Experiencia Candidata

Este documento tendrá como máximo una extensión de **15 páginas**. En su totalidad, se utilizará letra **Arial tamaño 11 con interlineado de 1,5**.

.....

1. ESTRATEGIA A LA QUE SE PRESENTA

Promoción de la Salud y Prevención en el SNS

2. TÍTULO DE LA EXPERIENCIA

Visibilizar activos de salud de la comunidad para la actividad física a través del mapeo comunitario con grupos socioeducativos (GRUSE)

3. DATOS DE LA ENTIDAD Y PERSONA RESPONSABLE

- **CCAA:** Andalucía
- **Nombre de la entidad:** Área de Gestión Sanitaria Sur de Córdoba (Servicio Andaluz de Salud – Consejería de Salud de la Junta de Andalucía)
- **Domicilio social (incluido Código Postal):** Avda de Góngora s/n 14940 – Cabra - Córdoba
- **Persona titular de la Dirección o Gerencia de la entidad responsable.** *En caso de ser calificada finalmente como Buena Práctica, se le comunicará también formalmente, además de a la persona técnica responsable del equipo que presenta la candidatura:*
 - Nombre y apellidos: Silvia Calzón Fernández
 - E-mail: silvia.calzon.sspa@juntadeandalucia.es
 - Teléfonos: 957 021 302
- **Datos de contacto de la persona técnica responsable de la candidatura¹:**
 - Nombre y apellidos: Francisco José Díaz Expósito
 - E-mail: franciscoj.diaz.sspa@juntadeandalucia.es
 - Teléfonos: 957 021 403 – 671 568 382

4. DATOS DEL RESTO DEL EQUIPO RESPONSABLE DE LA CANDIDATURA

Nombre y apellidos	E-mail	Teléfono	Puesto de trabajo	Entidad
Yolanda Ortega	yolanda.ortega.sspa@juntadeandalucia.es	957021363	FEA Medicina Preventiva – Directora de UGC	UGC Prevención, Promoción y Vigilancia de la Salud
José Luis Rosal Castro	josel.rosal.sspa@juntadeandalucia.es	957021422	Coordinador del Servicio de Atención a la	UGC Prevención, Promoción y Vigilancia

¹ Aquella persona de contacto que hará de interlocutora con el MSSSI y proporcionará más información técnica acerca de la intervención/experiencia presentada como candidatura a BBPP en caso de ser necesario.

			Ciudadanía	de la Salud
Elena Valdivia Castro	elena.valdivia.exts@juntadeandalucia.es	671569462	Técnico de Promoción de la Salud	UGC Prevención, Promoción y Vigilancia de la Salud
Teresa Valera Cañete	mteresa.valera.sspa@juntadeandalucia.es	957691578	Trabajadora Social	UGC Baena
María Fernanda Rueda Montes	mariaf.rueda.sspa@juntadeandalucia.es	957506357	Trabajadora Social	UGC Cabra
Milagrosa Casares Peña	milagrosaa.casares.sspa@juntadeandalucia.es		Trabajadora Social	UGC Fernán Núñez – La Rambla
María Luisa Espejo Criado	marial.espejo.sspa@juntadeandalucia.es	957699766	Trabajadora Social	UGC Montilla - Castro del Río
Miguel Ángel Bravo Gamero	mangel.bravo.sspa@juntadeandalucia.es	957559520	Trabajador Social	UGC Priego - Iznájar
Trinidad Sánchez Ruiz	trinidad.sanchez.ruiz.sspa@juntadeandalucia.es	957699690	Trabajadora Social	UGC Puente Genil
Purificación García González	purificacion.garcia.g.sspa@juntadeandalucia.es	957596625	Trabajadora Social	UGC Rute
Manuela Muñoz Fernández	manuela.munoz.sspa@juntadeandalucia.es	957596506	Trabajadora Social	UGC de Aguilar - Benamejí

5. ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

Marcar con una X donde corresponda.

	Estatal
	Comunidad Autónoma
	Provincial
	Municipal
X	Área de Salud (sector, distrito, comarca, departamento...)
	Zona básica de salud
	Otro (especificar):

6. PERÍODO DE DESARROLLO

- **Fecha de inicio:** 2013
- **Actualmente en activo:** SI

- **Prevista su finalización:** NO. Se lleva a cabo por anualidad.

7. LÍNEA DE ACTUACIÓN

Explicitar la línea de actuación de la Estrategia en la que se considera que está enmarcada esta experiencia. Aunque se admiten hasta un máximo de 3, es recomendable que sólo se señale la línea principal. En cualquier caso, señale ésta en primer lugar.

<p>ÁREA ESTRATÉGICA (línea de actuación)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Intervención en población sana sobre factores de riesgo de enfermedades no transmisibles (prioritariamente: tabaco, actividad física y consumo de riesgo de alcohol), en los entornos y poblaciones priorizadas en la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS
--	--

8. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Que justificó la realización de la experiencia. La **Guía de Ayuda para la Complimentación de la Memoria** será de gran ayuda para orientar qué tipo de información será especialmente relevante en este apartado además de los datos propios del análisis (ejemplo: información sobre sistemática general de búsqueda de la evidencia científica que lo sustentó, datos desagregados por sexo, datos de estructura, organización, etc.).

El enfoque salutogénico propone orientar las intervenciones sanitarias en aquellos aspectos que la mejoran, dotando a las personas de herramientas para aumentar el control sobre su propia salud. Este enfoque, conocido también como “salud positiva”, sitúa su interés en aquellos factores que originan salud, y no tanto, en lo que provoca la enfermedad. Por consiguiente, pone el acento en la promoción de la salud, más allá de la asistencia y de la prevención clásica.

Desde el modelo de activos para la salud y la orientación a la salud comunitaria, se posibilita el identificar riquezas de las comunidades, las personas, los contextos, los determinantes sociales, la equidad, la participación, los estilos de vida y los servicios de salud pública o atención primaria de salud.

Esta situación representa una oportunidad de trabajar mediante un enfoque centrado en una óptica conocida como perspectiva salutogénico o de salud positiva, que enfatiza el origen de la salud respecto al de la enfermedad (Hernán y Lineros, 2010). En el proceso de trabajar en red articulando el contacto entre toda la comunidad, se ponen en juego los recursos de que disponen y que permiten potenciar las capacidades de sus miembros, facilitando la transformación de sus condiciones de vida (Marchioni, 1999).

Pero no siempre están visibles estos activos o recursos, por lo que su búsqueda representa un factor clave de desarrollo. La génesis de esta línea de trabajo emprendida, surge precisamente de la necesidad de conocer los activos de salud de la comunidad, ya que su visibilidad permitirá construir estrategias que pongan en valor fortalezas para abordar conjuntamente las cuestiones de importancia para la comunidad en materia de salud (Morgan y Ziglio, 2007), materializar acciones desde la perspectiva de la salud en todas las políticas y

favorecer la reorientación de los servicios sanitarios y socio-educativos hacia una promoción de la salud con enfoque positivo.

John McKnight, puso en marcha un modelo para la búsqueda de los elementos positivos que facilitan el desarrollo comunitario (asset mapping) (Kretzmann y McKnight 1996). Más que una recopilación de datos es un instrumento para arrancar un proceso, en el que la ciudadanía descubra las potencialidades ocultas de su comunidad, tejan una red de relaciones y de apoyos mutuos, que desemboquen en proyectos que mejoren la calidad de vida de la misma y promocionen su salud. Estos mapas de activos son un inventario de recursos, no sólo físicos, económicos y culturales, sino también habilidades y talentos de individuos, asociaciones y organizaciones que existen en una comunidad, en un territorio. En el mapa se identifican y representan los vínculos entre las diferentes partes de la comunidad y las organizaciones. Se usa este conocimiento para revitalizar las relaciones y el apoyo mutuo, además de con el fin de reconstruir las comunidades y los vecindarios, y redescubrir el poder colectivo.

En términos prácticos, algunas formulas para trabajar con la comunidad según el enfoque de activos consiste en utilizar mapas de activos, desarrollo comunitario basado en activos, espacios abiertos, valoración participativa, etc.

Para hacer visibles estos activos o recursos, los agentes de salud participantes, desarrollan técnicas de mapeo comunitario entre la población. Pero más que una recopilación de datos, es un instrumento que permite a sus participantes reflexionar sobre ¿Qué nos hace saludables? ¿Qué recursos nos hacen afrontar más fácilmente las situaciones de vulnerabilidad y estrés? ¿Qué aporta la comunidad para mejorar la salud?

Las respuestas a estas preguntas visibilizan las potencialidades ocultas de la comunidad, sus relaciones, apoyo mutuo, el poder colectivo, desembocando en proyectos transformadores que mejoran la calidad de vida y promocionan su salud.

Este mapeo comunitario, permite identificar recursos físicos, económicos, culturales y también habilidades y talentos de individuos, asociaciones y organizaciones de una comunidad, además de representar los vínculos entre ellos.

Los activos en salud son actualmente una línea prioritaria para la Organización Mundial de la Salud (OMS) y para el National Institute for health and Care Excellence (NICE). Existen evidencias de los esfuerzos que se están realizando actualmente en España para aplicar los principios salutogénicos a la investigación y a la práctica sanitaria, a través de distintas estrategias y líneas de trabajo, entre los que podemos destacar el programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria de la semFYC, el Observatorio de Salud en Asturias, las redes de actividades de promoción de la salud y activos para la salud de la Escuela Andaluza de Salud Pública, y la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud.

Bajo esta línea de trabajo, la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, a través del IV

Plan Andaluz de Salud, se compromete a generar y desarrollar los activos de salud de nuestra Comunidad y ponerlos a disposición de la sociedad andaluza. Compromiso asumido por los centros sanitarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

El Contrato Programa de la Consejería de Salud con el Servicio Andaluz de Salud y con las agencias públicas empresariales y entidades de derecho público adscritas, tiene como misión hacer efectivos los compromisos que, en materia de atención sanitaria, ha establecido el Gobierno de la Junta de Andalucía con la ciudadanía.

Su estructura y composición reflejan los objetivos prioritarios identificados por la Consejería de Salud, los recursos disponibles, los plazos para alcanzar los objetivos y los indicadores que habrán de utilizarse para su evaluación.

En el caso del Servicio Andaluz de Salud, la firma del Contrato Programa representa no sólo el compromiso del Servicio Andaluz de Salud para alcanzar los objetivos fijados en los plazos establecidos, sino también el compromiso de la totalidad de sus profesionales con la ciudadanía andaluza, con su salud, su bienestar y su desarrollo individual y colectivo.

En el Contrato Programa correspondiente a los años 2014, 2015 y 2016 y dentro de los objetivos sobre Resultados de Salud, encontramos algunos relacionados con planes integrales de Andalucía, como el Plan para la Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada (PAFAE) o el Plan Integral de Obesidad Infantil (PIOBIN), donde las Unidades de Gestión Clínica de Atención Primaria debían desarrollar y difundir un Catálogo de recursos de la comunidad para la práctica de actividad física.

Implementar un modelo de activos implica un reto para los profesionales sanitarios consistente en pensar cuáles son los activos (elementos positivos) de las personas y cómo aprovecharlos. Es un nuevo paradigma que también necesita que se vaya más allá de la persona, hacia la comunidad.

En este sentido la estrategia para la Participación Comunitaria en Salud en el Área de Gestión Sanitaria Sur de Córdoba contempla un trabajo en red, mediante la elaboración de su mapa de actividades comunitarias, representando el marco idóneo, donde partiendo de una necesidad o déficit, en este caso, el conocer los recursos o activos comunitarios para la práctica de la actividad física, poner en valor la capacitación de las personas y las comunidades para incrementar el control sobre los determinantes de salud y de ese modo mejorar su salud.

Esta estrategia se materializa en el Plan de Participación Ciudadana del ÁSG Sur de Córdoba. Instrumento que permite visibilizar las experiencias de participación iniciadas en 2011, y que conforma paulatinamente el mapa de activos de salud del área, el cual persigue conocer la situación de su territorio, aportar contenido a la conversación sobre cómo puede mejorarse y cómo actuar de forma coordinada con actividades basadas en la evidencia.

Estas acciones participativas están encaminadas a trabajar desde el enfoque de los activos de salud, es decir desarrollar estrategias que permiten visibilizar el conjunto de recursos de las

personas y de las comunidades, y convertirlos en oportunidades para la salud individual y colectiva, fortaleciendo el nivel de competencia de la ciudadanía para gestionar su salud y elevar su cota de empoderamiento en este ámbito.

Entre las distintas herramientas participativas puestas en marcha en el AGS Sur de Córdoba, bajo este marco de actuación, junto a distintas dinámicas grupales como encuentros, grupos focales, debates, tertulias y mesas de participación, se desarrolla la estrategia GRUSE de la Consejería de Salud.

Ésta se trata de una estrategia grupal socio-educativa, incluida en la cartera de servicios de Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud, y destinada a fomentar los activos para la salud y el bienestar emocional de la población andaluza, potenciando los talentos y habilidades personales de las personas destinatarias e incrementar así su capacidad de afrontamiento ante las dificultades de la vida cotidiana. Los GRUSE se implementan mediante talleres interactivos que se basan en la identificación y aprovechamiento de Activos de Salud.

9. OBJETIVOS

En este apartado debe cumplimentar el objetivo principal y en su caso objetivos específicos de la experiencia. Deben estar claramente definidos, acordes con la experiencia que se desarrolla y ser concisos. Estos objetivos deben presentar correlación clara con los resultados e indicadores que se cumplimenten en el apartado de evaluación.

Objetivo Principal:

- Visibilizar activos de salud de la comunidad para la actividad física a través del mapeo comunitario con grupos socioeducativos (GRUSE)

Objetivos Específicos:

- Nº 1: Poner en marcha estrategias de mapeo comunitario en las UGC de Atención Primaria del AGS Sur de Córdoba con grupos socioeducativos (GRUSE)
- Nº 2: Desarrollar la estrategia GRUSE en las UGC de Atención Primaria del AGS Sur de Córdoba
- Nº 3: Apoyar el empoderamiento de las personas participantes permitiéndoles ser responsables de la identificación y utilización de sus activos.

Nº 4: Facilitar que las personas participantes puedan aprovechar estos activos para mejorar su salud y su bienestar.

10. CONTEXTO Y POBLACIÓN DIANA

Se explicitará el ámbito específico al que se refiere y se dirige la experiencia y su alcance (territorial, sectorial, asistencial, etc.), así como la población diana (población general, profesionales, servicios sanitarios, etc.) objeto de la experiencia.

El ámbito es el comprendido en el Área de Gestión Sanitaria Sur de Córdoba. Con la Orden de 13 de febrero de 2013, se constituye el área de gestión sanitaria Sur de Córdoba, integrando las estructuras organizativas del Hospital Infanta Margarita y del Distrito Córdoba Sur,

desarrollando las funciones de atención sanitaria descritas en la mencionada Orden. El AGS Sur de Córdoba comprende principalmente las comarcas cordobesas de la Campiña de Baena (Campiña Este – Guadajoz), Campiña Sur y Subbética, limitando con las comarcas del Alto y del Valle Medio del Guadalquivir, y Córdoba al norte, la provincia de Sevilla al oeste, la provincia de Jaén al este, y las provincias de Málaga y Granada al sur. Posee una superficie total de 4310,57 Km², con una densidad de población de 62,9 hab./Km². La experiencia se ha dirigido a la población adscrita a las 13 Unidades de Gestión Clínica que la integran y que corresponden a las localidades de Aguilar de la Frontera, Baena, Benamejé, Cabra, Castro del Río, Fernán Núñez, Iznájar, La Rambla, Lucena, Montilla, Priego de Córdoba, Puente Genil y Rute.

La población diana, es la población general. Las actividades desarrolladas se centran en la promoción y la educación en activos en salud en todas las edades: desde los más jóvenes a los mayores. Partiendo de la premisa de que la principal herramienta para llevar a cabo una vida saludable es la proactividad en cualquier etapa de la vida. Es decir, la iniciativa de los propios ciudadanos de aprovechar los recursos o factores existentes en su entorno para preservar su estado de salud y bienestar.

La población participante son personas con malestar psicosocial que, en la mayoría de los casos, acuden a consulta en los centros de salud. Los GRUSE comenzaron en 2011 con grupos de mujeres y desde 2015 se ha iniciado la incorporación de grupos de hombres.

11. METODOLOGÍA

En este apartado se valorará especialmente la claridad con que se expone y la sistemática de la misma, así como el hecho de aportar y poner a disposición -cuando proceda- los instrumentos o herramientas utilizados para llevar a cabo la experiencia a la que se refiere. Si la metodología y/o instrumentos utilizados se encuentran disponibles en alguna página Web institucional (nacional o internacional) será preciso referenciarla en este apartado, aunque luego figure en la bibliografía.

Para el mapeo, usamos como método la investigación-acción participativa (IAP), que produce conocimiento propositivo y transformador, mediante procesos de debate, reflexión y construcción colectiva de saberes entre los diferentes actores del territorio con el fin de lograr la transformación social (Martí, 2000).

Esquemáticamente la IAP, posee dos procesos básicos, el de conocer y el de actuar, implicando en ambos a la población cuya realidad se aborda. En esta etapa las técnicas se seleccionaron en función del contexto y sus participantes, donde el procedimiento general quedó definido en las siguientes seis fases:

FASE 1 – a) Definir y planificar con las personas que constituyen el grupo de trabajo que impulsa el proceso a nivel de UGC.

Para abordar esta intervención se precisa, en primer lugar, identificar a las personas responsables de cada una de las actividades contempladas en el desarrollo de los GRUSE en los diferentes

niveles de la organización que están implicadas en el programa:

- El/la Director/a Gerente del AGS Sur de Córdoba, tiene la función de promover y facilitar la puesta en marcha del mapeo comunitario de activos y del programa GRUSE.
- El/la Director/a de UGC de Atención Primaria, que es la persona responsable del Proyecto en su UGC, tiene la función de facilitar el tiempo del/la profesional que desarrolla los GRUSE, así como del espacio para reuniones, medios técnicos y materiales, etc.
- La Dirección de la UGC de Salud Mental ha de apoyar este proyecto, a través del espacio de colaboración existente entre ambos niveles asistenciales. Esta colaboración se traduce en actividades de asesoramiento, formación y/o participación en alguna sesión cuando las personas que organizan la actividad lo consideren necesario.
- La coordinación del mapeo de activo a través de los GRUSE en el AGS corre a cargo del responsable del Plan de Participación Ciudadana. Entre sus responsabilidades están las funciones de planificación, difusión, facilitar la formación de las y los profesionales, apoyar a éstos en el desarrollo del mapeo comunitario de activos, evaluar la implantación y registrar los resultados y ser el punto de contacto para el resto de la organización en relación a este proyecto.
- La coordinación de los GRUSE en el AGS corre a cargo del coordinador del Servicio de Atención a la Ciudadanía del Área de Gestión Sanitaria Sur de Córdoba, de quien dependen las/los trabajadores sociales de las UGC del Área.
- El seguimiento, resultados y registro de la actividad de los GRUSE corre a cargo de la persona que tenga la responsabilidad de la promoción de la salud en el AGS.
- La responsabilidad del desarrollo de los GRUSE en la UGC de AP correrá a cargo de las/los Trabajadoras/es Sociales del AGS, dadas sus competencias en el desarrollo de las capacidades personales para resolver los problemas sociales individuales y colectivos, promoviendo la autodeterminación, adaptación y desarrollo de las personas.

b) Delimitar el mapeo definiendo la zona de realización.

Los servicios de atención primaria de salud están organizados en Andalucía en distritos de atención primaria que integran demarcaciones territoriales denominadas zonas básicas de salud. Son el marco territorial para la prestación de la atención primaria de salud, de acceso directo de la población, en la que se proporciona una asistencia sanitaria básica e integral. Están constituidas por los municipios que determina el Mapa de Atención Primaria de Salud de Andalucía. El presente programa se desarrolla en los municipios integrados en cada una de las Zonas Básicas de Salud que integran el AGS Sur de Córdoba.

FASE 2 – Motivar a la acción, provocando la reflexión sobre los activos de salud, por un lado a los profesionales participantes en el desarrollo y por otro a las personas que participan en la

identificación de activos.

PROFESIONALES: Se realiza una sesión informativa incluida en los programas de formación continuada (ANEXO I), previa a la realización de las actividades del GRUSE, para informar y difundir el proyecto. Ésta la lleva a cabo el coordinador del mapeo comunitario. En esta sesión, se entregan las herramientas diseñadas para facilitar el desarrollo del mapeo comunitario de activos (ANEXO II).

POBLACIÓN PARTICIPANTE: Se lleva a cabo una sesión de inicio en donde el/la trabajadora social realiza la presentación de las participantes en el grupo e introduce el concepto de “Activo de Salud”, facilitando el reconocer no sólo las dificultades de su vida cotidiana que influye en su estado emocional y físico, sino más importante, ayudarles a reconocer los recursos personales con los que cuentan para manejar mejor estas situaciones.

FASE 3 – A través de las dinámicas que propone el manual GRUSE, el grupo reflexiona sobre lo que es un ACTIVO DE SALUD y los detecta a nivel personal y comunitario.

Sesión: “¿Qué tengo o hay a mi alrededor que me puede ayudar? Desarrollo basado en activos” (ANEXO III) (aproximadamente 1h 30 min)

FASE 4 - En el seno del GRUSE y de forma colectiva se analizan, categorizan e interpretan los recursos y activos, y si en posible su localización en el mapa. (ANEXO IV)

Para facilitar su elaboración se ha usado una adaptación a la categorización propuesta por Botello B, et al. Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad Gac. Sanit. 2012. Ésta adaptación se basa en 5 niveles: 1) asociaciones y organizaciones, 2) infraestructura física y espacios, 3) cultura local, 4) instituciones y 5) actividades programadas.

FASE 5 – Se visibilizan y difunden los activos de salud a través del dibujo de un mapa o plano de la localidad, donde se ubican los activos. Para ello se usan rotuladores y post-sit de colores para cada categoría. Se fotografía, para su posterior análisis.

Se remite informe (ANEXO V) a la Unidad de Participación Ciudadana integrada en la UGC de Promoción, Prevención y Vigilancia de la Salud del Área de Gestión Sanitaria Sur de Córdoba. Esta UGC va completando el mapa de activos de salud con información de otras fuentes... mesas de participación, grupos focales, dinámicas participativas comunitarias, directorios de los municipios y localidades, repositorios institucionales etc.

FASE 6 – Evaluar y dinamizar mediante acciones concretas que den respuesta a las necesidades en salud. La información recopilada, junto a otras fuentes incorporadas, Pasa a formar parte del mapa de activos de salud detectados en los municipios del sur de la provincia de Córdoba



integrados en el AGS Sur de Córdoba.

Partiendo del objetivo inicial, se desagregan del mapa de activos de salud detectados, aquellos activos comunitarios destinados a la práctica de actividad física.

12. EVALUACIÓN

• INDICADORES.

Se pondrá especial atención en indicar explícitamente y de forma clara cuales han sido los indicadores empleados para la evaluación de la experiencia que se presenta, concretando fuentes utilizadas para su obtención, fórmula cuando proceda, etc. En caso de evaluación cualitativa, indicar agentes/actores, ejes de análisis, etc.

OBJETIVO ESPECÍFICO Nº 1: Poner en marcha estrategias de mapeo comunitario en las UGC de Atención Primaria del AGS Sur de Córdoba

PERIODO: 2013 – 2014 – 2015 - 2016

INDICADOR:

Porcentaje de UGC de Atención Primaria con mapa de activos comunitarios.

(NUMERADOR / DENOMINADOR)

Número de UGC de Atención Primaria que tienen realizado el mapa de activos comunitarios x 100 / número total de UGC de Atención Primaria.

OBJETIVO ESPECÍFICO Nº 2: Desarrollo de la estrategia GRUSE en las UGC de Atención Primaria del AGS Sur de Córdoba

PERIODO: 2013 – 2014 – 2015 - 2016

INDICADORES:

Ediciones GRUSE que se han realizado.

Sesiones realizadas.

Nº de participantes que finalizan la edición.

(NUMERADOR / DENOMINADOR)

Nº total de ediciones que se han realizado.

Nº Total de participantes.

Porcentaje de UCS de AP del AGS Sur de Córdoba que realizan GRUSE.

OBJETIVO ESPECÍFICO Nº 3: Apoyar el empoderamiento de las personas participantes permitiéndoles ser responsables de la identificación y utilización de sus activos.

PERIODO: 2014 - 2015

INDICADOR:

Porcentaje de UGC de Atención Primaria que cuentan con Catálogo de recursos para la práctica de actividad física de las familias.

(NUMERADOR / DENOMINADOR)

Nº de UGC de Atención Primaria con catálogo de recursos para actividad física en su zona x 100 / Nº total de UGC de Atención Primaria.

OBJETIVO ESPECÍFICO Nº 4: Facilitar que las personas participantes puedan aprovechar estos activos para mejorar su salud y su bienestar.

PERIODO: 2016

INDICADOR A:

UGC de Atención Primaria que ha llevado a cabo un plan de comunicación para dar a conocer el catálogo de recursos para actividad física en su zona entre los profesionales del centro (NUMERADOR / DENOMINADOR)

Nº de UGC de Atención Primaria que han llevado a cabo un plan de comunicación para presentar y poner accesible en las consultas de pediatría y enfermería el catálogo de recursos para actividad física en su zona x 100 / Nº total de UGC de Atención Primaria.

INDICADOR B:

UGC de Atención Primaria que ha llevado a cabo un plan de comunicación para dar a conocer el catálogo de recursos para actividad física en su zona en los centros educativos de su entorno

(NUMERADOR / DENOMINADOR)

Nº de UGC que han facilitado y presentado el catálogo de recursos para actividad física en su zona a los centros educativos de su entorno x 100 / Nº total de UGC

• **RESULTADOS.**

Además de los datos correspondientes se aportarán gráficos o tablas que faciliten su visualización e interpretación.

OBJETIVO ESPECÍFICO Nº 1: Poner en marcha estrategias de mapeo comunitario en las UGC de Atención Primaria del AGS Sur de Córdoba

RESULTADO EN 2013: **85.71** de las UGC de AP*

* Aunque inicialmente se había previsto que participaran las 13 UGC de AP del AGS Sur de Córdoba, debido a que la integración de las estructuras organizativas del Hospital Infanta Margarita y del Distrito Córdoba Sur, en el área de gestión sanitaria Sur de Córdoba, se

	UGC de AP con mapa de activos comunitarios
BAENA	SI
BENAMEJI	NO
CABRA	SI
IZNAJAR	SI
LUCENA	SI
PRIEGO DE CORDOBA	SI
RUTE	SI
TOTAL	6

materializó en febrero de 2013, este objetivo sólo se contempló en los acuerdos de gestión clínica realizados con las UGC de Atención Primaria bajo la influencia del área hospitalaria del Hospital Infanta Margarita, es decir siete unidades.

Todas las UGC, han desarrollaron las sesiones o talleres propuestos, a excepción de Benamejé, donde se tiene constancia de la realización de 1 GRUSE, pero no del taller específico con el TEMA “¿Qué tengo o hay a mi alrededor que me puede ayudar?”: Desarrollo basado en activos.



RESULTADO EN 2014:

61.53 % de las UGC de AP

	UGC de AP con catálogo de recursos para la actividad física
AGUILAR	NO
BAENA	SI
BENAMEJI	NO
CABRA	SI
CASTRO DEL RIO	SI
FERNAN NÚÑEZ	NO
IZNAJAR	SI
LA RAMBLA	SI
LUCENA	SI
MONTILLA	SI
PRIEGO DE CORDOBA	SI
PUENTE GENIL	NO
RUTE	NO
TOTAL	8

RESULTADO EN 2015:

100 % de las UGC de AP

	UGC de AP con catálogo de recursos para la actividad física
AGUILAR	SI
BAENA	SI
BENAMEJI	SI
CABRA	SI
CASTRO DEL RIO	SI
FERNAN NÚÑEZ	SI
IZNAJAR	SI
LA RAMBLA	SI
LUCENA	SI
MONTILLA	SI
PRIEGO DE CORDOBA	SI
PUENTE GENIL	SI
RUTE	SI
TOTAL	13

OBJETIVO ESPECÍFICO Nº 2: Desarrollo de la estrategia GRUSE en las UGC de Atención Primaria del AGS Sur de Córdoba

	2013	2014	2015	2016
Nº total de ediciones que se han realizado	18	14	16	15
Nº Total de participantes	161	120	162	185
Nº de UGC con GRUSE	100,00%	85,71%	85,71%	100,00%

OBJETIVO ESPECÍFICO Nº 3: Apoyar el empoderamiento de las personas participantes permitiéndoles ser responsables de la identificación y utilización de sus activos.

Porcentaje de UGC de Atención Primaria que cuentan con Catálogo de recursos para la práctica de actividad física de las familias*.

RESULTADO EN 2014:

61.53 % de las UGC de AP

RESULTADO EN 2015:

100 % de las UGC de AP

* A la información aportada al mapa de activos obtenido con los GRUSE, que recoge recursos que responden a la cultura, costumbres y uso popular, se le ha sumado información de otras fuentes de información pública existentes (SIMA, IECA, INE, IESA-CSIC, etc.) (ANEXO VI).

Se han generado 13 Catálogos de recursos para la práctica de actividad física de las familias (ANEXO VII).

OBJETIVO ESPECÍFICO Nº 4: Facilitar que las personas participantes puedan aprovechar estos activos para mejorar su salud y su bienestar.

Las UGC de Atención Primaria han desarrollado durante el año 2016 un plan de comunicación (ANEXO VIII) para presentar y difundir el catálogo de recursos para actividad física en su zona.

De forma simplificada las fases contenidas en este plan son las siguientes:

- 1ª Actualizar el catálogo de recursos para la actividad física de la totalidad de las UGC.
- 2ª Informar a la ciudadanía usuaria de la UGC, de que esta dispone del catálogo de recursos para la actividad física existente en su zona (ANEXO IX).
- 3ª Facilitar y presentar el catálogo de recursos para la actividad física de la zona de la UGC a los centros educativos de su entorno. Se creó material específico para tal tarea (ANEXO X)

Tomando como partida esta metodología secuencial de trabajo se establece una auditoría de cada una de las fases por cada una de las UGC, obteniendo como resultado al 13/12/2016 el reflejado en la siguiente tabla.

	UGC de AP con catálogo de recursos para la actividad física
AGUILAR	SI
BAENA	SI
BENAMEJI	SI
CABRA	SI
CASTRO DEL RIO	SI
FERNAN NÚÑEZ	SI
IZNAJAR	SI
LA RAMBLA	SI
LUCENA	SI
MONTILLA	SI
PRIEGO DE CORDOBA	SI
PUENTE GENIL	SI
RUTE	SI
TOTAL	13



UGC AP		1ª	2ª	3ª
1	AGUILAR	SI	SI	SI
2	BENAMEJI	SI	SI	SI
3	BAENA	SI	SI	SI
4	CABRA	SI	SI	NO
5	LA RAMBLA	SI	SI	SI
6	FERNAN NUÑEZ	SI	SI	SI
7	MONTILLA	SI	SI	SI
8	CASTRO DEL RIO	SI	SI	SI
9	PRIEGO	SI	SI	SI
10	IZNAJAR	SI	SI	SI
11	PUENTE GENIL	SI	SI	SI
12	LUCENA	NO	NO	NO
13	RUTE	SI	SI	SI
PORCENTAJE		92,85	92,85	84,61

13. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

En aquellos casos en que los resultados obtenidos en la evaluación hayan permitido establecerlas. Estas podrán emitirse tanto en caso de resultados positivos obtenidos, como en caso de resultados no esperados y/o resultados negativos, que hayan implicado el establecimiento y articulación de medidas correctoras para mejorar la calidad de la intervención realizada.

LECCIONES APRENDIDAS

Fortalezas:

- Capacidad de los profesionales de trabajar con colectivos a nivel local
- La cercanía fomenta la confianza y el respeto necesario
- Se facilita la participación igualitaria y la toma de decisiones adecuadas centradas en las personas.
- Sinergia sectorial tejido asociativo / salud / políticas sociales / ayuntamientos
- Ciudadanía activa y responsable.
- Tejido asociativo que trabaja en promoción y prevención de la Salud.

Debilidades:

- La idea de que la comunidad tenga capacidad de auto-gestionarse en el campo de salud es visto como una amenaza por algunos profesionales de la salud.
- Existencia de un riesgo de "frustración" ciudadana con la participación si no se formalizan las herramientas participativas y no se observan resultados en los procesos.
- Falta de información y formación sobre activos en salud.

El trabajo con enfoque en los activos de salud y la metodología del mapeo comunitario de

activos de salud produce conocimiento propositivo y transformador, que mediante acciones concretas pueden dar respuesta a las necesidades en salud.

Descubrir los activos de salud de la comunidad ayuda a empoderar a la población participante. La información recopilada constituye una herramienta útil y favorecedora para la toma de decisiones y desarrollo de estrategias en salud. Esta forma de trabajo comunitario permite a la organización sanitaria obtener información y feedback con la ciudadanía.

Es aquí donde la acción transformadora de la intervención basada en activos, facilita el empoderamiento efectivo de las personas participantes, poniendo en valor la capacitación de las personas y las comunidades para incrementar el control sobre los determinantes de salud y de ese modo mejorar su salud.

La información recopilada, junto a otras fuentes incorporadas, formó parte del mapa de activos de salud detectados en los municipios bajo la influencia del AGS Sur de Córdoba. Y esto facilitó la creación por localidad, de catálogos de recursos comunitarios para la práctica de actividad física. Estos catálogos se pusieron a disposición no sólo de la ciudadanía, sino también de los centros de salud, que encontraron en ellos una herramienta que facilita a la medicina de familia, enfermería y otros profesionales de atención primaria, la prescripción social, remitiendo a las personas a una serie de recursos locales no clínicos para la práctica de actividad física.

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos facilitados en la ficha podrán ser incorporados a ficheros necesarios para la gestión de esta convocatoria, así como al buscador o plataforma de difusión de las experiencias seleccionadas y clasificadas como Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud. Por tanto, al rellenar esta ficha, se da consentimiento institucional y personal para que los datos recogidos en la misma sean recopilados y procesados para ser incluidos en la base de datos que alimente en su momento el buscador o plataforma de difusión del Catálogo de BBPP del SNS a través de la página Web del Ministerio de Sanidad,

S

e

r

v

i

c

i

o

s

S

o

c

i

a

l

e

s

e

l

g

u

a

l

d

a

d

MEMORIA Experiencia Candidata

Este documento tendrá como máximo una extensión de **15 páginas**. En su totalidad, se utilizará letra **Arial tamaño 11 con interlineado de 1,5**.

.....

1. ESTRATEGIA A LA QUE SE PRESENTA

Promoción de la Salud y Prevención en el SNS

2. TÍTULO DE LA EXPERIENCIA

Intervención Comunitaria en Salud - 1ª Encuesta de salud infantil Comunidad Gitana

Enlace a sitio web (si procede):

<https://www.asturias.es/portal/site/astursalud/menuitem.2d7ff2df00b62567dbdfb51020688a0c/?vqnextoid=802c3b8c9cc6e410VqnVCM10000098030a0aRCRD>



3. DATOS DE LA ENTIDAD Y PERSONA RESPONSABLE

- **CCAA:** Principado de Asturias
- **Nombre de la entidad:** Consejería de Sanidad
- **Domicilio social (incluido Código Postal):** C/ Ciriaco Miguel Vigil, 9 - , 33006- Oviedo
- **Persona titular de la Dirección o Gerencia de la entidad responsable.** *En caso de ser calificada finalmente como Buena Práctica, se le comunicará también formalmente , además de a la persona técnica responsable del equipo que presenta la candidatura:*
 - Nombre y apellidos: Antonio Molejón Iglesias
 - E-mail: dgsp@asturias.org
 - Teléfonos: 985106516
- **Datos de contacto de la persona técnica responsable de la candidatura¹:**
 - Nombre y apellidos: Jose Ramón Hevia Fernandez
 - E-mail: joseramonheviafernandez@asturias.org
 - Teléfonos: 985668153

¹ Aquella persona de contacto que hará de interlocutora con el MSSSI y proporcionará más información técnica acerca de la intervención/experiencia presentada como candidatura a BBPP en caso de ser necesario.



4. DATOS DEL RESTO DEL EQUIPO RESPONSABLE DE LA CANDIDATURA

Nombre y apellidos	E-mail	Teléfono	Puesto de trabajo	Entidad
José Feliciano Tato Budiño	Josefeliciano.tatobudino@asturias.org		Promoción de la Salud	Consejería de Sanidad
Mónica Regueira Álvarez	MONICA.REGUEIRAALVAREZ@asturias.org		Promoción de la Salud	
Marlem Menéndez Tom Jiménez Román Jiménez	alekosmar@hotmail.com		Educadores Presidente	Asociación gitana UNGA
Sonia López			Enfermera	Enfermera en rotación en la DGSP

5. ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

Marcar con una X donde corresponda.

	Estatal
X	Comunidad Autónoma
	Provincial
	Municipal
	Área de Salud (sector, distrito, comarca, departamento...)
	Zona básica de salud
	Otro (especificar):

6. PERÍODO DE DESARROLLO

- Fecha de inicio:01/01/2014
- Actualmente en activo: si
- Prevista su finalización:31/12/2014

7. LÍNEA DE ACTUACIÓN

Explicitar la línea de actuación de la Estrategia en la que se considera que está enmarcada esta experiencia. Aunque se admiten hasta un máximo de 3, es recomendable que sólo se señale la línea principal. En cualquier caso, señale ésta en primer lugar.

<p>ÁREA ESTRATÉGICA (línea de actuación)²</p>	<p>Intervención en población sana sobre factores de riesgo de enfermedades no transmisibles (prioritariamente: tabaco, actividad física y consumo de riesgo de alcohol), en los entornos y poblaciones priorizadas en la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS</p>

8. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Que justificó la realización de la experiencia. La **Guía de Ayuda para la Cumplimentación de la Memoria** será de gran ayuda para orientar qué tipo de información será especialmente relevante en este apartado además de los datos propios del análisis (ejemplo: información sobre sistemática general de búsqueda de la evidencia científica que lo sustentó, datos desagregados por sexo, datos de estructura, organización, etc.).

Las desigualdades sociales en salud son aquellas diferencias en salud injustas y evitables entre grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente. Un número creciente de publicaciones ha descrito y analizado las desigualdades sociales en salud existentes en España por razón de clase social, género, etnia, territorio y país de origen. Estas desigualdades tienen un enorme impacto en la salud de la población y, por lo tanto, tienen que ser una prioridad de las políticas de salud pública y un eje transversal de las políticas sanitarias de nuestro país, siguiendo la línea trazada por los principales organismos internacionales y diversos países de nuestro entorno.

Para conseguir la reducción de las desigualdades y priorizar correctamente las necesidades de intervención, un primer paso es medirlas. Así lo pone de manifiesto el documento marco Avanzando hacia la equidad, propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España, 2010. Éste documento de recomendaciones recuerda el papel de la etnia como factor de desigualdad en salud e insiste en la importancia de la investigación, de la vigilancia y de la evaluación como herramientas de mejora.

² Se refiere a las líneas de actuación de la Estrategia a la que se presenta esta experiencia como candidata a Buena Práctica: dichas líneas son las que figuran en las páginas 10-12 de la **Guía de Ayuda para la Cumplimentación de la Memoria**.

Las encuestas poblacionales, en el ámbito de las políticas y estrategias de salud, son un recurso esencial para medir las condiciones de vida de una región en un momento dado porque facilitan la medición de indicadores de salud, la vigilancia en salud pública y la priorización de intervenciones. Tanto en España como en otros países de la OCDE, gran parte de la información sobre el estado de salud y sus determinantes se basa en datos provenientes de encuestas poblacionales como las sucesivas encuestas de salud, las encuestas sobre calidad de vida o, incluso, el censo. Sin embargo, todas estas operaciones estadísticas sobre población general no ofrecen imágenes lo suficientemente nítidas como para poder extraer información específica de comunidades que, por sus condicionantes históricos, culturales y sociales, suponemos que ofrecerán resultados diferenciados en salud y en hábitos de vida. Dicho con otras palabras, identificar las desigualdades de salud de la población gitana en relación con la población general a través de registros poblacionales o de encuestas generales resulta muy difícil debido a la dificultad ética y legal para incluir clasificaciones étnicas en los registros. A pesar de su importancia como colectivo, la comunidad gitana en nuestro país ha sido invisible para las diferentes Encuestas de Salud. Esta situación justifica el diseño de intervenciones particulares como la que ahora presentamos.

Para poder poner en marcha este tipo de intervenciones es necesario elaborar una metodología de trabajo que permita superar las dificultades inherentes a la realización de una investigación clásica cuantitativa sobre la comunidad gitana (ausencia de censo, volatilidad de la población, diferencias culturales, desconfianza, etc.), y por otro lado obtener información fiable y cuantitativa sobre la infancia gitana asturiana que nos permita señalar campos de intervención prioritarios de cara a poner en marcha actuaciones tendentes a su mejora.

La Encuesta de Salud Infantil en Comunidad Gitana Asturiana (ESICGA 2014), además de estar enmarcada dentro de una larga trayectoria de colaboración con diferentes asociaciones de la comunidad gitana asturiana y de políticas de mejora de la salud de dicha comunidad, responde también a los criterios y prioridades identificadas en políticas y estrategias a nivel nacional e internacional. Así la Estrategia Nacional para la Inclusión Social de la Población Gitana en España 2012-2020 presenta como actuación prioritaria la “Participación de la Comunidad Gitana en todos los procesos de Intervención, o Avanzar y profundizar en la investigación en salud de la Comunidad gitana” Por otro lado, el reciente Plan Nacional para la Inclusión Social 2013-2016 y sus desarrollos en Asturias, que recogen una variedad de medidas encaminadas a dar respuesta a las necesidades derivadas de la pobreza y la exclusión social que se han acentuado con la crisis económica. En tercer lugar, los nuevos programas operativos de los Fondos Estructurales y de Inversión para el periodo 2014-2020 que dan prioridad a objetivos de reducción de la inequidad de

minorías étnicas en Europa. En último lugar, en la Estrategia Nacional de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS, también con desarrollos equivalentes a nivel del Principado de Asturias.

9. OBJETIVOS

En este apartado debe cumplimentar el objetivo principal y en su caso objetivos específicos de la experiencia. Deben estar claramente definidos, acordes con la experiencia que se desarrolla y ser concisos. Estos objetivos deben presentar correlación clara con los resultados e indicadores que se cumplimenten en el apartado de evaluación.

Objetivos principales:

- Aportar información relevante para la priorización de intervenciones de mejora y promoción de la salud en la comunidad gitana asturiana.
- Diseñar y priorizar intervenciones de mejora y promoción del bienestar de la comunidad gitana con la participación activa de la propia comunidad.

Objetivos secundarios:

- Conocer y monitorizar los hábitos o estilos de vida (alimentación, actividad física exposición al humo del tabaco, etc), los hábitos preventivos, la utilización de los servicios sanitarios y la salud percibida para la población infantil de la comunidad gitana asturiana,.
- Identificar los principales grupos a riesgo en la salud de la infancia de la comunidad gitana asturiana, en los hábitos de vida y en el acceso a los servicios sanitarios.
- Analizar la información comparando resultados con la información disponible sobre salud en la infancia asturiana.
- Detectar desigualdades dentro de la propia comunidad gitana por razones de género, vivienda, niveles socioeconómicos, etc.
- Validar una metodología de muestreo para obtener información fiable y operativa sobre un colectivo del que se carece de censo o registro.

10. CONTEXTO Y POBLACIÓN DIANA

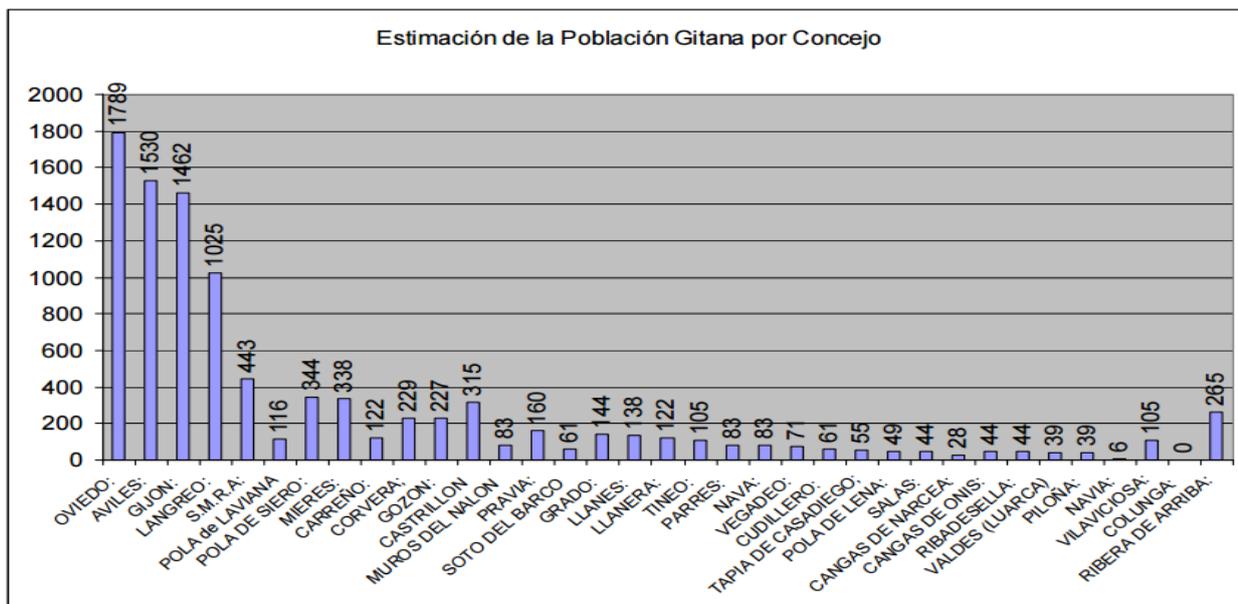
Se explicitará el ámbito específico al que se refiere y se dirige la experiencia y su alcance (territorial, sectorial, asistencial, etc.), así como la población diana (población general, profesionales, servicios sanitarios, etc.) objeto de la experiencia.

Las circunstancias en que una persona, nace, crece y vive determinan su estado de salud, de acuerdo con la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (DSS) de la Organización

Mundial de la Salud (OMS). En el año 2006 el estudio comparado³ de las encuestas nacionales de salud entre población gitana y población general evidencia desigualdades de salud y la necesidad de impulsar políticas de reducción de las desigualdades en salud. Pero ¿En qué medida estas desigualdades afectan a las niñas y niños gitanos asturianos?, ¿Podemos realizar una comparación con la encuesta de salud infantil asturiana?, ¿es posible establecer medidas correctoras para tener en un futuro adultos/as sanos/as?

Las referencias generales a la comunidad Gitana resaltando las diferencias culturales con respecto a la población general, generan una perspectiva de unidad dentro de ésta. Sin embargo todos los acercamientos serios a la comunidad gitana revelan una gran heterogeneidad interna marcada por diferencias sociales y culturales según el origen de la familia, la educación, la actividad económica a la que se dediquen, la ubicación física de la vivienda, los recursos sociales a los que tienen acceso, etc.

Es necesario tener en cuenta la carencia de censo que supone un problema a la hora de definir las características de la Población Objetivo del presente estudio por lo que a priori se desconoce el número de personas gitanas que viven en Asturias. Tomando las precauciones y prevenciones oportunas, sería necesario contar con datos fiables especialmente en casos como el de la población gitana que viven en una situación de desigualdad ya que durante más de 500 años se han movido entre la marginación y el racismo.



Gráfica 1: Estimación de la Población Gitana por Concejo. Elaboración propia a partir de Mapa de Vivienda Gitana en España. FSG. 2007.

³ CEPG-MSPS-FSG. *Hacia la equidad en salud. Estudio comparativo de las encuestas nacionales de salud a población gitana y población general de España, 2006*. Madrid, 2009,

El grupo mixto de trabajo (ver metodología) constató la presencia de numerosos acercamientos cualitativos a la situación socioeconómica en general y sobre la salud en particular de la comunidad gitana en España. También, la existencia de antecedentes exitosos de estudios prospectivos mediante encuesta para medir la situación de salud de la comunidad gitana adulta, pero hay una carencia sobre estudios cuantitativos sobre la salud de la infancia gitana en España. A esta evidencia se añadió la experiencia de la DGSP en la elaboración de estudios cuantitativos sobre la salud poblacional y sobre la salud infantil en particular y se estableció el objetivo de realizar una encuesta específica para la comunidad infantil gitana cuyos resultados fueran comparables con los resultados de la población general con el fin de Detectar diferencias y desigualdades. También se recalcó la importancia de buscar desigualdades dentro de la propia comunidad gitana ya que pese a su reducido tamaño es de una gran heterogeneidad.

11. METODOLOGÍA

En este apartado se valorará especialmente la claridad con que se expone y la sistemática de la misma, así como el hecho de aportar y poner a disposición -cuando proceda- los instrumentos o herramientas utilizados para llevar a cabo la experiencia a la que se refiere. Si la metodología y/o instrumentos utilizados se encuentran disponibles en alguna página Web institucional (nacional o internacional) será preciso referenciarla en este apartado, aunque luego figure en la bibliografía.

La Asociación Gitana UNGA y la Dirección General de Salud Pública del Principado de Asturias (DGSP), tras una larga trayectoria de colaboración en la mejora de los indicadores de salud de la comunidad gitana asturiana, acuerdan en el año 2013 la realización de una investigación cuantitativa sobre el estado de salud infantil de la comunidad gitana asturiana.

Este acuerdo implica el desarrollo de una metodología específica para la prospección del estado de salud de una comunidad con un número de población reducido pero extendido por todo el territorio, con características internas muy heterogéneas y de la que se carece de censo. Además, el desconocimiento de los usos y costumbres de ésta población puede dar pie a situaciones que no inviten a la colaboración en la solicitud de información que supone una encuesta.

Por estas razones se decidió la creación de un Grupo de Trabajo Mixto compuesto por Trabajadores de la Asociación Gitana UNGA y Técnicos de la DGSP en el que la población gitana asturiana estuviera representada continuamente. El Objetivo de dicho grupo es el de coordinar



todas las fases de la encuesta y de compaginar los aspectos técnicos con su adaptabilidad a las características de la comunidad gitana.

Por último, se evidenció la importancia de contar con la comunidad gitana en todas las fases del proyecto, desde la iniciativa hasta la lectura de los resultados de la encuesta. Esta participación comunitaria en la investigación es la garantía del éxito de la misma, ya que facilita la colaboración de las familias gitanas y permite un acercamiento más veraz y completo a la realidad que se desea medir.

Sin llegar a ser una investigación-acción el grupo mixto fue consciente de la capacidad de intervención que puede generarse con un proyecto como éste y se decidió a no renunciar a ningún recurso. La labor de encuestación podría ser parte de la formación de futuros educadores para la salud de la comunidad gitana. Además también se pensó que podría ser interesante fomentar la ruptura de la dicotomía mujer-cuidado, y en concreto cuidado infantil. Para ello se estableció una estrategia para fomentar que fueran los padres o tutores masculinos los que contestaran a las preguntas sobre la salud de los niños y niñas y que las mujeres pudieran hablar con hombres sobre éste tema.

En total se realizaron 134 encuestas (133 válidas) a los progenitores de menores de 16 años de etnia gitana residentes en Asturias y con nacionalidad española o situación asimilable. Al carecer de censo, se ideó una formulación de muestreo polietápico basado en clusters.

En cada cluster se diseña un muestreo por cuotas basado exclusivamente en una clasificación socioeconómica de las familias gitanas. Dicha estratificación, fruto del modelo



teórico de la comunidad gitana asturiana diseñado en el grupo de trabajo mixto, debería permitirnos acceder a todas las tipologías de familia gitana haciendo más representativa la muestra. El sistema de selección de la entrevista fue incidental. La cuota marcada buscaba la posibilidad de triangulación de los datos de cada uno de los grupos socioeconómicos y trabajar con muestras no-pequeñas ($n > 30$) para los ejes SEXO, EDAD y CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA (basada en tipo de vivienda, actividad económica de los padres y estudios de los padres).

El diseño de la investigación se realizó para poder trabajar con muestras no pequeñas (> 30 por estrato económico) y niveles de confianza inferiores al 5% en todas las desagregaciones (sexo, tramo etario y estrato socioeconómico). Para lograrlo se realizó un trabajo de recopilación de toda la literatura científica relacionada con los objetivos del proyecto y se estableció un grupo de trabajo de intercambio de conocimientos de muestreo y de cultura gitana en Asturias.

Este equipo de trabajo también es el encargado de analizar los resultados y coordinar su socialización en sesiones orientadas hacia la acción entre colectivos que trabajan a nivel local, personal sanitario y la propia comunidad gitana. Fruto de este proceso son varias las iniciativas surgidas de promoción de la salud en ámbitos como alimentación saludable, exposición al humo del tabaco y actividad física.

Trabajo de Campo:

- El trabajo de campo se realizó entre el 15 de mayo y el 6 de junio de 2014, dividiéndose en 8 jornadas de trabajo. La Durante la primera jornada (Oviedo) se realizó el pilotaje de la Encuesta.
- La formación de los/as entrevistadores/as se realizó entre el 12 y el 14 de mayo. Después del trabajo de campo hubo una nueva jornada de trabajo para recoger todas las incidencias e impresiones generadas durante el proyecto.
- Los primeros resultados se presentaron el 26 de junio de 2014

Procedimiento de trabajo

Todos los/as entrevistadores/as se trasladaban juntos hasta una comunidad siguiendo una de las rutas. En ese momento tratan de contactar con alguna familia gitana con menores de 16 años y se solicita su colaboración por un lado para que respondiera a la encuesta y por otro lado para que dirigiera al resto de entrevistadores/as hacia otras familias gitanas de la comunidad.

Las entrevistas se realizaban para toda la unidad familiar. Esto implica que se recogía información sobre todos los menores de 16 años que componen el hogar. Cada menor representa un caso y se recoge en un cuestionario diferente anotando la relación entre ellos. La entrevista estaba preparada para desarrollarse como una conversación coloquial sobre la salud de los menores y sobre sus hábitos y costumbres. El lenguaje se adaptada a los conocimientos de la persona interlocutora.



Las personas informantes pueden ser los padres, las madres o quien cuide habitualmente de los niños o niñas. El equipo de trabajo de campo estaba compuesto además por un/a técnico/a de la DGSP para solventar problemas metodológicos y un/a técnico/a de UNGA.

12. EVALUACIÓN

• INDICADORES.

Se pondrá especial atención en indicar explícitamente y de forma clara cuales han sido los indicadores empleados para la evaluación de la experiencia que se presenta, concretando fuentes utilizadas para su obtención, fórmula cuando proceda, etc. En caso de evaluación cualitativa, indicar agentes/actores, ejes de análisis, etc.

La apuesta metodológica seguida propone un punto de partida que permite orientar los resultados hacia la acción y posteriormente monitorizar de nuevo la salud de la infancia gitana asturiana y analizar así su evolución. Midiendo avances y retrocesos.

La I Encuesta de Salud Infantil en Comunidad Gitana, Asturias 2014, cumplió con todos y cada uno de los indicadores de proceso que se había marcado:

1. Monitoriza la salud percibida para la población infantil de la comunidad gitana asturiana.
2. Recoge datos cuantitativos válidos sobre los principales indicadores de salud infantil.
3. Identifican los principales grupos a riesgo en la salud de la infancia de la comunidad gitana asturiana, en los hábitos de vida y en el acceso a los servicios sanitarios.

4. Se identifican grupos de riesgo dentro de la propia comunidad Gitana.
5. La información obtenida es válida para la realización de un análisis de género sobre la salud diferencial entre niños y niñas. También aporta información relevante sobre diferencias entre diferentes grupos de edad.

Los datos obtenidos presentan una gran capacidad de dar información sobre un suceso con una muestra muy pequeña. Pierde capacidad explicativa cuando nos concentramos en explicar el suceso (ya que la lógica reducción del número de encuestas provoca que toda información a la que no conteste el total de la muestra no pueda ser inferida a la población general). En cualquier caso las informaciones sobre los sucesos sí aportan información relevante como tendencia o como formulación de hipótesis a futuras investigaciones.

Por otro lado, la orientación hacia la acción del proceso de socialización de resultados generó los siguientes indicadores:

1. Incorporación de representantes de la comunidad gitana en 3 grupos de trabajo de intervención sanitaria.
2. Generación de 3 actividades de intervención sobre determinantes intermedios de la salud a nivel regional (salud oral, alimentación y tabaco).
3. Inicio del proceso formativo de un equipo de 5 educadoras y 1 educador en salud de la comunidad gitana.
4. Presentación de resultados del estudio en 50% de concejos donde se realizaron encuestas (con presencia de sanitarios, técnicos de planes municipales y la comunidad gitana).

• RESULTADOS.

Además de los datos correspondientes se aportarán gráficos o tablas que faciliten su visualización e interpretación.

Resumen de Resultados:

https://www.asturias.es/portal/site/astursalud/menuitem.2d7ff2df00b62567dbdfb51020688a0c/?vgn_extoid=bdc67d7e2bf2e410VqnVCM10000098030a0aRCRD

Hábitos alimenticios.

Entre las conclusiones de la ESICGA destaca, por ejemplo, que sus hábitos alimenticios se caracterizan por un consumo diario elevado de dulces (71%), refrescos azucarados (44%), comida rápida (21%) o chucherías (22%). Comparando los datos arrojados por las dos encuestas de consumo infantiles, se ve que la comunidad de etnia gitana consume más carne (el 63,3% lo hace diariamente frente al 13,3% de los niños no gitanos), huevos, refrescos, chucherías, snacks o comidas saladas. Por el contrario, el desayuno es una de



las comidas que se saltan con mayor frecuencia y entre aquéllos que sí lo consumen es, en general, poco variado.

Los datos reflejan también que la comida principal de estos menores se realiza mayoritariamente en el hogar familiar y apenas en un 20% de los casos, en el centro educativo. Esta baja asistencia al comedor escolar y su escasa participación en actividades extraescolares dificulta y limita las intervenciones desde el ámbito educativo.

Uso de los servicios sanitarios.

Las preguntas referidas al uso de los servicios sanitarios revelan que un 99,2% han recibido todas las vacunaciones correspondientes a su edad frente al 98,7% que lo ha hecho entre la población general y que un 97,7% ha cumplido con las revisiones pediátricas periódicas determinadas por el programa de salud infantil, casi dos puntos por encima que la media que el resto de niños.

En lo que respecta a hábitos de vida, más de la mitad de los niños de esta etnia no realizan ninguna actividad física en su tiempo libre, frente al 17% de menores declarados sedentarios a nivel general, lo que, unido a la alimentación, explica que su se vaya elevando por encima de la media de la población general hasta que su estimación de obesidad infantil sea del doble.

La encuesta determina la existencia de diferencias significativas en indicadores como la exposición al humo del tabaco. En concreto, dos de cada tres niños están expuestos a él en el hogar; una cifra muy superior a la que se detecta en la población general, donde los menores en esta misma situación son uno de cada tres.

Priorizaciones.

Áreas de Intervención Prioritarias detectadas. Los esfuerzos sobre la salud de los niños y las niñas gitanas asturianas tienen un gran reto por delante, fundamentalmente en campos como:

- i. Exposición al humo del tabaco.
- ii. Alimentación (consumo excesivo de dulces, chucherías, comida rápida/preparada, etc.).
 1. No Desayuno y desayunos pobres.
 2. Consumo de bebidas carbonatadas.

- iii. Actividad física (excesivo sedentarismo).
- iv. Higiene Dental (alta prevalencia de niños y niñas que no se limpian los dientes nunca).

Brechas de Desigualdad.

Otro reto prioritario al que se debe de hacer frente es el de la desigualdad que se detecta en los datos de la ESICGA2014 entre niños y niñas. Las niñas presentan resultados sensiblemente peores en Estilos de Vida, Alimentación y en Prácticas Preventivas, lo que supone una carga negativa para su salud adulta. A todo esto se añade otra dificultad en los medios de intervención. La menor participación de las niñas en ámbitos extraescolares reduce la capacidad institucional de mejora de las condiciones de salud y de hábitos de vida de las niñas gitanas asturianas.

13. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

En aquellos casos en que los resultados obtenidos en la evaluación hayan permitido establecerlas. Estas podrán emitirse tanto en caso de resultados positivos obtenidos, como en caso de resultados no esperados y/o resultados negativos, que hayan implicado el establecimiento y articulación de medidas correctoras para mejorar la calidad de la intervención realizada.

La I Encuesta de Salud Infantil en Comunidad Gitana, Asturias 2014 supone un trabajo pionero en España tanto por ser la primera encuesta orientada a conocer la salud de los niños y las niñas gitanas, como por proponer una metodología participativa y comunitaria. Pero, a nuestro modo de ver, una de las aportaciones más valiosas es la validación de una metodología para obtener información fiable y operativa sobre un colectivo sobre el que pesa una imagen de receloso y protector de su intimidad y, por lo tanto, poco colaborador con estrategias de encuesta. Nuestra experiencia viene a negar dicha imagen y aporta un procedimiento de muestreo que solventa los contratiempos técnicos y culturales además de demostrar que es factible la utilización de este tipo de herramientas entre la comunidad gitana. Esta participación comunitaria en la investigación es la garantía del éxito de la misma, ya que facilita la colaboración de las familias gitanas y permite un acercamiento más veraz y completo a la realidad que se desea medir.

Como encuesta, aporta datos relevantes sobre desigualdad entre los grupos investigados por su situación socioeconómica, por su nivel educativo o situación laboral. Facilita la identificación áreas de intervención prioritaria, fundamentalmente en Estilos de Vida y Prácticas Preventivas. Y, por

último, demuestra la capacidad de la comunidad gitana para participar en éste tipo de operaciones y la operatividad de la información obtenida.

Como herramienta de investigación orientada hacia la acción, mejora el conocimiento de la propia comunidad gitana sobre sí misma, facilita hablar de temas de salud con una perspectiva positiva y empodera a miembros de la comunidad para intervenir en salud con perspectiva de determinantes. Por otro lado es un buen canalizador de sinergias para iniciar intervenciones comunitarias en salud con la participación de ayuntamientos, entidades, profesionales sanitarios y la propia comunidad gitana.



En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos facilitados en la ficha podrán ser incorporados a ficheros necesarios para la gestión de esta convocatoria, así como al buscador o plataforma de difusión de las experiencias seleccionadas y clasificadas como Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud. Por tanto, al rellenar esta ficha, se da consentimiento institucional y personal para que los datos recogidos en la misma sean recopilados y procesados para ser incluidos en la base de datos que alimente en su momento el buscador o plataforma de difusión del Catálogo de BBPP del SNS a través de la página Web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.



BIBLIOGRAFÍA

ÁLVAREZ FERNÁNDEZ, VIOLETA, GONZÁLEZ IGLESIAS M^a DEL MAR y SAN FABIÁN MAROTO, JOSÉ LUIS. La situación de la infancia gitana en Asturias. Consejería de Bienestar Social y Vivienda. Observatorio de la Infancia y de la Adolescencia. Gobierno del Principado de Asturias. Oviedo, 2010.

ATLAS DE LA VULNERABILIDAD URBANA EN ESPAÑA. Ministerio de fomento. Gobierno de España. Consultado 05/12/2014 en En http://www.fomento.gob.es/MFOM/LANG_CASTELLANO/ESPECIALES/SIU/OBSERVATORIO/Atlas_Vulnerabilidad_Urbana/default.htm

D'ALEPH/FSG (2008). Mapa sobre vivienda y comunidad gitana en España 2006-07. Madrid, Fundación Secretariado Gitano, 2008.

ESTUDIO CIS nº 2664, Encuesta Sociológica a Hogares de la Población Gitana. Consulta de cuestionario y microdatos. En http://www.cis.es/cis/opencm/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=7820

FUNDACIÓN SECRETARIADO GITANO. El empleo en la Población Gitana en Asturias. Un Estudio Comparado (2009). En <http://www.gitanos.org/publicaciones/estudioempleo/asturias/>

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE). Cifras de población y Censos demográficos. En <http://www.ine.es>

LA PARRA CASADO, DANIEL. Hacia la Equidad en Salud. Estudio Comparativo de las Encuestas Nacionales de Salud a la Población gitana y Población General de España, 2006. Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid 2009.

LA PARRA CASADO, DANIEL. Diagnóstico social de la comunidad gitana en España Un análisis contrastado de la Encuesta del CIS a Hogares de Población Gitana 2007. Informes, Estudios e Investigación 2011 Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Madrid, 2011.

LAPARRA, M. (coord.) (2007): Informe sobre la situación social y tendencias de cambio en la población gitana. Una primera aproximación. Madrid, MTAS.

LOPEZ-MENENDEZ, ANA JESÚS, Indicadores Económicos de la Desigualdad y la Pobreza. En VV.AA. Crisis Económica y Atención a las Personas y Grupos Vulnerables. Procuradora General del Principado de Asturias. Oviedo, 2013.

MARGOLLES MARTINS, MARIO E DONATE SUÁREZ, IGNACIO. Encuesta de salud infantil Asturias, Informe 2009. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Oviedo 2009.

VILCHES, CARLOS y ARANA, YOLANDA. La Salud en el Recorrido de la Vida y la Cultura Gitana de Navarra. Estudio de Investigación, Informe Síntesis. Departamento de Salud. Gobierno de Navarra. Pamplona, 2013.

VV.AA. Estudio Sobre los Determinantes Sociales de la Salud de la Población Gitana de Cantabria. Observatorio de la Salud Pública de Cantabria. Santander, 2012.



MEMORIA Experiencia Candidata

Este documento tendrá como máximo una extensión de **15 páginas**. En su totalidad, se utilizará letra **Arial tamaño 11 con interlineado de 1,5**.

1. ESTRATEGIA A LA QUE SE PRESENTA

Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS.

2. TÍTULO DE LA EXPERIENCIA

Ni ogros ni princesas, programa para la educación afectivo-sexual en la ESO

Enlace a sitio web (si procede):

<https://www.asturias.es/portal/site/astursalud/menuitem.2d7ff2df00b62567dbdfb51020688a0c/?vgnnextoid=83d9d4b95973a210VgnVCM10000097030a0aRCRD>

3. DATOS DE LA ENTIDAD Y PERSONA RESPONSABLE

- **CCAA: Principado de Asturias**
- **Nombre de la entidad: Consejería de Sanidad**
- **Domicilio social (incluido Código Postal): C/Ciriaco Miguel Vigil 9, 33006 Oviedo**
- **Persona titular de la Dirección o Gerencia de la entidad responsable.** *En caso de ser calificada finalmente como Buena Práctica, se le comunicará también formalmente, además de a la persona técnica responsable del equipo que presenta la candidatura:*
 - Nombre y apellidos: Antonio Molejón Iglesias
 - E-mail: dgsalupublica@asturias.org
 - Teléfonos: 985106517
- **Datos de contacto de la persona técnica responsable de la candidatura¹:**
 - Nombre y apellidos: Jose García Vázquez
 - E-mail: promocionsalud@asturias.org
 - Teléfonos: 985106491 / 644431789

4. DATOS DEL RESTO DEL EQUIPO RESPONSABLE DE LA CANDIDATURA

Nombre y apellido	E-mail	Teléfono	Puesto	Entidad
Rocío Allande	Rocio.allande@asturias.org	649826596	Coordinadora Enf.	SESPA
Paloma Alonso	Mariapaloma.alonsogarcia@asturias.org	985103683	Asesora Educación	Consejería de Educación
Carlos Corrales	salud@cmpa.es	985250065	Técnico	Consejo de la Juventud

¹ Aquella persona de contacto que hará de interlocutora con el MSSSI y proporcionará más información técnica acerca de la intervención/experiencia presentada como candidatura a BBPP en caso de ser necesario.



5. ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

Marcar con una X donde corresponda.

	Estatal
X	Comunidad Autónoma
	Provincial
	Municipal
	Área de Salud (sector, distrito, comarca, departamento...)
	Zona básica de salud
	Otro (especificar):

6. PERÍODO DE DESARROLLO

- **Fecha de inicio: 1 de septiembre de 2008**
- **Actualmente en activo: SI**
- **Prevista su finalización: Sin fecha prevista**

7. LÍNEA DE ACTUACIÓN

Marcar con un X la línea de actuación de la Estrategia en la que se considera que está enmarcada esta experiencia.

Línea de actuación	Intervención en población sana sobre factores de riesgo de enfermedades no transmisibles (prioritariamente: tabaco, actividad física y consumo de riesgo de alcohol), en los entornos y poblaciones priorizadas en la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS.	
	Detección precoz e intervención sobre fragilidad y caídas en la población mayor.	
	Intervención para promover la salud y el bienestar emocional en la población infantil / programa de parentalidad positiva.	X

8. ENTORNO DE ACTUACIÓN

Marcar con un X el entorno/s en que se desarrolla esta experiencia.

Línea de actuación	Entorno sanitario / Sistema de Salud.	
	Entorno comunitario/ local	
	Otros entornos (especificar: educativo, deportes, etc.)	Educativo



9. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Las normas internacionales reconocen el **derecho a la educación sexual** de los menores, junto con otros derechos sexuales como la libertad, la equidad, la privacidad..., para construir una sociedad en que hombres y mujeres puedan convivir en igualdad y sin discriminaciones¹.

La responsabilidad de la educación sexual recae en diferentes agentes y las **autoridades educativas y sanitarias** juegan un papel fundamental en dar información y formación para que las y los jóvenes puedan tomar decisiones saludables². En este sentido, la literatura científica recoge la efectividad de la escuela y de los profesionales sanitarios de Atención Primaria como formadores en sexualidad, con resultados positivos en conocimientos y conductas saludables^{3,4}.

Concretamente, en el ámbito escolar, hay **evidencia sólida** de que la educación sexual puede retrasar el inicio de las relaciones sexuales, disminuir la frecuencia de las mismas, el número de parejas sexuales y/o aumentar el uso del preservativo y de otros métodos, y como resultado reducir las infecciones de transmisión sexual (ITS) y los embarazos no deseados (END)³. Los **programas efectivos** superan el modelo basado en la abstinencia, claramente inefectivo⁵, se denominan integrales y tienen un enfoque preventivo para evitar END e ITS. Se centran en conocimientos, valores, comunicación... y habilidades para el uso del condón y otros métodos⁶.

Recientemente, no obstante, ha surgido un nuevo modelo, llamado de **derechos y género**⁷, que prioriza la sexualidad como valor humano positivo y fuente de placer, con una visión, con perspectiva de género, centrada en el poder de las personas, el disfrute de su sexualidad y su bienestar físico y emocional. Existe ya un reconocimiento internacional, avalado por diferentes investigaciones, de que este nuevo enfoque es incluso más efectivo que el integral⁸.

En España, hay un **marco legal**, recogido por ley 2/2010⁹, que establece la educación sexual en las escuelas "como parte del desarrollo integral de la personalidad y la formación en valores". Paralelamente, en el ámbito sanitario, existe una **Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva**¹⁰, que incorpora la educación sexual desde los servicios sanitarios.

En la práctica, sin embargo, los estudios realizados concluyen que la educación sexual **no está incorporada** de forma efectiva ni universal¹¹⁻¹⁴, hay propuestas basadas en la voluntariedad y el trabajo externo, y la mayoría desaparecen con el tiempo. Como ejemplo, sólo el 14% de los centros educativos de nuestro país realizó formación de su profesorado en educación sexual en los últimos tres años¹⁴.

Paralelamente, la **tasa de infección de VIH** más alta se produce entre jóvenes de 25 a 29 años (21,4 por 100.000 habitantes en 2016)¹⁵ y las mujeres de 20 a 24 años son las que más abortan (16,56 abortos por cada 1.000 mujeres en 2014)¹⁶.

En Asturias, con datos epidemiológicos similares, se pone en marcha en 2008 un programa de educación sexual, llamado **Ni ogros ni princesas (NONP)**. Esta intervención fue fruto de décadas previas de trabajo en sexualidad en Asturias y partió de una investigación cualitativa con



alumnado y profesorado que constató que las actividades de educación sexual en los institutos eran escasas, procedían sobre todo de talleres externos y estaban centradas en prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados¹⁷.

NONP¹⁸ se diseñó teniendo en cuenta las propuestas de alumnado y profesorado (recogidas también en la investigación citada), se basó en el modelo de derechos y género⁷, e incorporó las características de los programas efectivos^{1,3}. Como resultado, se crea un programa de educación sexual para **Educación Secundaria Obligatoria (ESO)**, promovido por las Consejerías de Sanidad y Educación, el Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) y el Instituto Asturiano de la Mujer. Esta intervención, por tanto, está dirigida a **estudiantes de 12 a 16 años**, que reciben sesiones de su **profesorado**¹⁹ durante los cuatro cursos de la ESO y talleres externos impartidos por **profesionales sanitarios de Atención Primaria**.

Se busca así, con **cooperación y colaboración entre el ámbito educativo y sanitario**, favorecer una educación sexual que permita a las y los adolescentes vivir su sexualidad y sus relaciones de una forma saludable y placentera.

Esta intervención se enmarca dentro de la **Estrategia de promoción de la salud y prevención de en el Sistema Nacional de Salud**²⁰, en población menor de 15 y vinculada a los objetivos específicos 1 (promover estilos de vida saludables...) y 3 (promover el bienestar emocional en la población infantil).

10. OBJETIVOS

Principal: Mejorar la salud y bienestar de la adolescencia, favorecer su autoestima y autonomía personal, promover la libertad de elección desde el conocimiento, y garantizar igualdad de mujeres y hombres, y el respeto a la diversidad sexual.

Específicos

- Aumentar los conocimientos de la adolescencia asturiana sobre sexualidad.
- Desarrollar actitudes positivas y respetuosas hacia la sexualidad y su vivencia.
- Adquirir habilidades facilitadoras de conductas saludables.
- Incrementar el uso de preservativo entre la población joven asturiana.

11. CONTEXTO Y POBLACIÓN DIANA

El **ámbito** de esta experiencia es el educativo, concretamente los centros de Educación Secundaria Obligatoria (ESO), tanto públicos como concertados.

Su **alcance** es regional y se oferta a todos los centros educativos de Secundaria de la comunidad autónoma del Principado de Asturias.

Por último, la **población diana** es el alumnado de Educación Secundaria Obligatoria (ESO), esto es, adolescentes de 12 a 16 años.

12. METODOLOGÍA

La metodología de esta intervención es **activa y participativa**, parte de las necesidades y de las propuestas de alumnado y profesorado para la educación sexual, y establece de forma transversal un proceso participativo desde su diseño hasta su evaluación.

Concretamente, para su diseño, se contó con un **grupo de profesorado**, que elaboró los contenidos prioritarios para abordar en el aula¹⁹, y con un **grupo técnico** (con participación de profesionales sanitarios), que diseñó las acciones del programa¹⁸, teniendo en cuenta las propuestas y la evidencia científica.

Fruto de este trabajo, se editaron los siguientes documentos:

Ni ogros ni princesas, guía para la educación afectivo-sexual en la ESO¹⁹

https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/AS_Promocion%20de%20la%20Salud/Educaci%C3%B3n%20afectivo-sexual/ogros_princesas.pdf

Ni ogros ni princesas, programa para la educación afectivo-sexual en la ESO¹⁸

http://institutoasturianodelamujer.com/iam/wp-content/uploads/2010/02/Ni-ogros-ni-princesas_programa.pdf

Anualmente, al finalizar el curso escolar, se realiza una **evaluación de proceso** que sirve también para conocer las propuestas de mejora de alumnado y profesorado. Entre otras, por ejemplo, se recogió la necesidad de usar material audiovisual y la importancia de abordar las relaciones digitales. Como resultado, se elaboraron estos nuevos materiales:

Ni ogros ni princesas, materiales audiovisuales para la educación afectivo-sexual

<http://intercambia.educalab.es/wp-content/uploads/2015/11/AST-ni-ogros-ni-princesas-audiovisuales.pdf>

Unidad didáctica Identidades digitales

<http://institutoasturianodelamujer.com/iam/wp-content/uploads/2014/04/IDENTIDADES-DIGITALES.pdf>

En relación a su implementación, el programa **NONP**¹⁸ propone una serie de acciones para que cada centro adapte a su realidad, de manera que son voluntarias, salvo el trabajo del profesorado en el aula. Se busca de este modo favorecer la autonomía e implicación de los centros, así como una implementación basada en las necesidades y el contexto de cada instituto.

Estas **acciones** son:

1. **Información y sensibilización de la comunidad educativa** (primer trimestre), con cartas, carteles, folletos, reuniones...
2. **Formación del profesorado** (primer trimestre): Hay un curso con parte presencial y con parte on-line, de 40 horas, para formar al profesorado en educación afectivo-sexual.
3. **Sesiones del profesorado con el alumnado**¹⁹ (continua): Cada profesor/a imparte, al menos, cinco sesiones de la guía didáctica en el aula.
4. **Talleres externos** (segundo y tercer trimestre): La labor del profesorado se refuerza, una vez que han hecho las sesiones, con talleres externos específicos para cada nivel de la ESO: Cuerpo y sus cambios (1º ESO), Comunicación afectiva (2º ESO), ITS y anticoncepción (3º ESO), Orientación e identidad sexual (también en 3º ESO) y Educación sexual con arte (4º ESO, a través de educación entre iguales).
Estos talleres, salvo el de Orientación e identidad sexual y el de 4º ESO con iguales, son impartidos por profesionales sanitarios formados específicamente en el marco de este programa.
5. **Trabajo con familias** (segundo y tercer trimestre): Se realizan dos actividades: envío de un boletín informativo a cada familia (diferente para cada nivel de la ESO) y un taller para familias (formación de 2-3 horas para las familias).
6. **Asesoría por WhatsApp de fin de semana para el alumnado** (continua): Con la colaboración del Consejo de la Juventud del Principado de Asturias, el alumnado de los centros que participa en el grupo puede enviar dudas por la aplicación móvil WhatsApp a una consulta de sexología.
7. **Actividad de refuerzo para el alumnado** (tercer trimestre): Esta actividad corre a cargo de los propios centros que pueden así diseñar sus propias acciones dentro del programa.
8. **Evaluación**: Al finalizar del curso escolar, se realiza una evaluación de proceso en la que participan todos los centros del programa.

Como ya se comentó, estas acciones son voluntarias y cada centro realiza aquellas que considera necesarias para su realidad, salvo las sesiones del profesorado en el aula y la evaluación, únicas acciones obligatorias.

De igual forma, las sesiones en el aula del profesorado y los talleres externos utilizan **técnicas participativas** para que sea el propio alumnado el que vaya construyendo los conocimientos y llegando a sus propias conclusiones. Sobre los talleres externos, añadir que hay un **programa formativo dirigido al personal sanitario** que los imparte, donde se trabajan los contenidos

teóricos a trabajar en cada taller y el uso de metodología participativa para trabajar con adolescentes.

Para finalizar, en la evaluación, como también se nombró anteriormente, hay un apartado de **propuestas** para que los centros educativos hagan sus sugerencias de mejora.

Por último, a nivel metodológico, comentar que el programa tiene varios **ejes transversales**:

- **Participación y empoderamiento:** Se busca la participación del alumnado en la construcción colectiva de conocimientos, actitudes y habilidades, para avanzar hacia el empoderamiento personal.
- **Igualdad de mujeres y hombres:** La perspectiva de género está presente de forma específica (con temas que abordan las desigualdades y diferentes cuestiones de género) y de forma transversal (con análisis de diferencias entre chicos y chicas en todos los temas).
- **Bienestar emocional:** Se busca promover el bienestar a través del fomento de autoestima y autonomía personal, la expresión de sentimientos y la independencia emocional.
- **Diversidad sexual:** El respeto a la diversidad sexual es otro de los ejes de esta intervención y cuenta con una intervención específica (un taller en 3º ESO impartido por una asociación LGTB).

13. EVALUACIÓN

• INDICADORES.

Evaluación de proceso

De forma anual, para monitorizar el programa, se recogen una serie de **indicadores de proceso** que tienen que ver básicamente con la cobertura del programa.

- Número y porcentaje de centros de Secundaria de Asturias que participa en el programa.
- Número y porcentaje de alumnado de Secundaria que participa en el programa.
- Número de profesorado implicado en el programa.
- Número de profesionales sanitarios que imparte talleres.

Aparte, tras el primer año de implementación se realizó una **evaluación de proceso**²¹ **más amplia** donde se recogieron **otros indicadores**: nivel de satisfacción de alumnado con las sesiones impartidas por el profesorado y con los talleres impartidos por profesionales sanitarios, nivel de satisfacción del profesorado al impartir sesiones, utilidad percibida de sesiones y talleres.



Evaluación de impacto

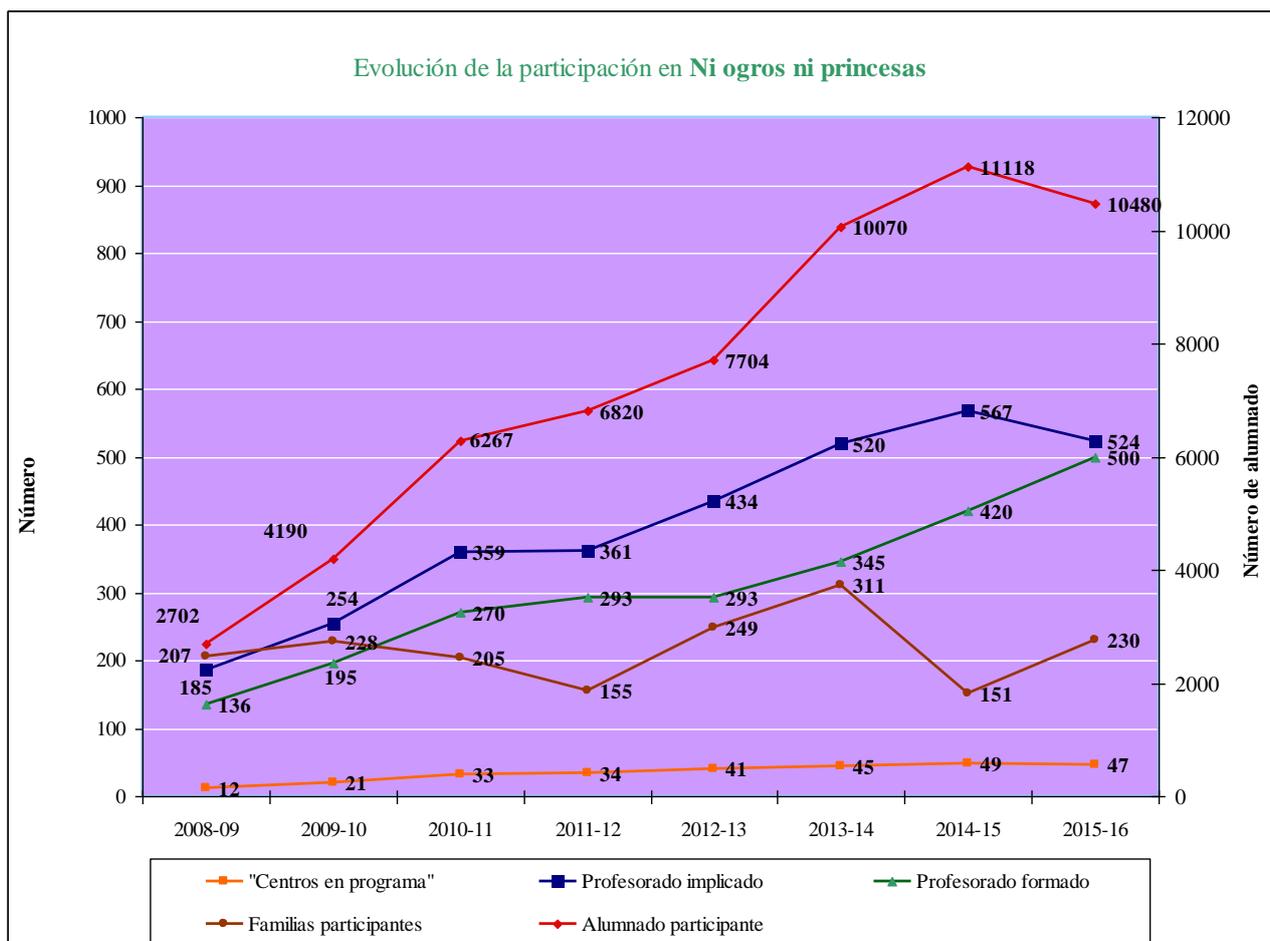
Para evaluar el impacto se realizó una **investigación cuasi-experimental**, con grupo control, para conocer el efecto del programa en **conocimientos, actitudes, habilidades y conducta sexual** (actualmente este artículo está en prensa). Se pasó un cuestionario anónimo y auto-administrado en tres momentos: antes de la intervención, en 1º ESO (pre-test); en 4º ESO, después de la intervención (post-test); y dos años después de la intervención (post-test a medio plazo, en 2º Bachillerato). Las principales variables de este estudio fueron:

- Nivel de conocimientos, actitudes y habilidades relacionadas con sexualidad.
- Porcentaje de uso de condón en la primera relación sexual.
- Porcentaje de uso de condón en la última relación sexual.

• RESULTADOS.

Proceso

El siguiente gráfico recoge la **evolución en el tiempo** de algunos indicadores (en números absolutos):



En el último curso evaluado, **2015-16**, los principales resultados de proceso, por tanto, fueron:

- ✓ 47 centros implantaron el programa (**35% del total de centros** de Secundaria de Asturias), con una alta participación de centros del área rural y de centros públicos (55% de la red pública).
- ✓ **10.480 adolescentes** recibieron sesiones impartidas por su profesorado, esto es el 35% del total de estudiantes de ESO y el 50% de quienes estudian en centros públicos.
- ✓ Más de **500 docentes** impartieron sesiones del programa.
- ✓ Las sesiones dirigidas a familias llegaron a **230 personas**.
- ✓ **76 profesionales sanitarios** (74 de Enfermería) impartieron talleres externos, que llegaron a más de 9.000 adolescentes.
- ✓ El **10% del personal de Enfermería de Atención Primaria** colabora en **NONP**.

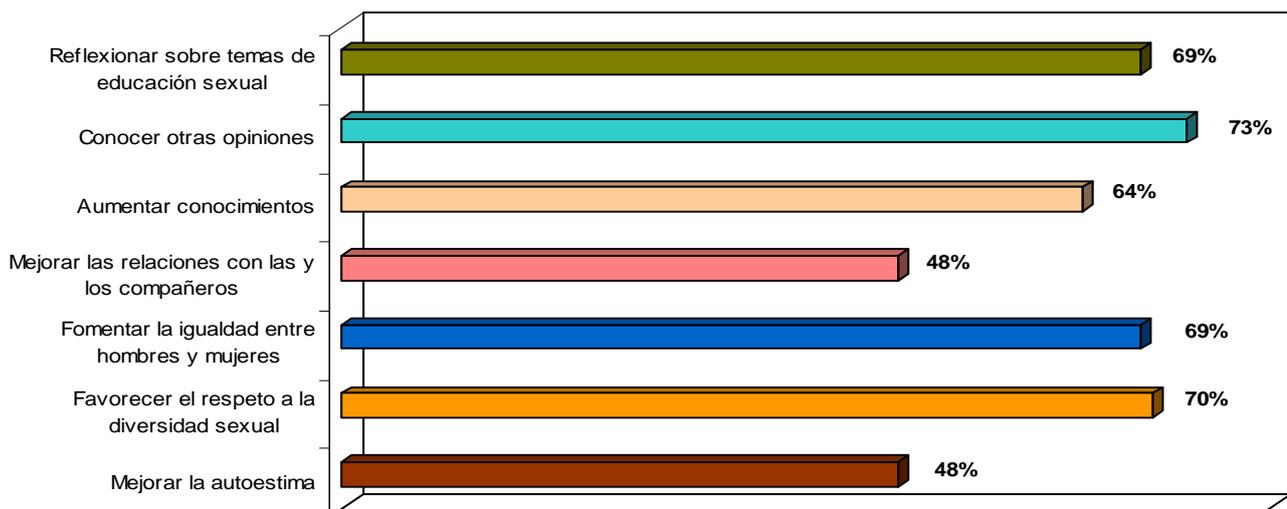
Otros resultados de proceso

A continuación, se detallan otros resultados de proceso, recogidos en el artículo citado anteriormente²¹. Concretamente (aunque hay otras variables en este estudio), la **satisfacción y utilidad percibida** de alumnado y profesorado en relación al programa.

Alumnado

El 65% del alumnado declaró sentirse bastante/muy satisfecho con las sesiones del programa impartidas por el profesorado.

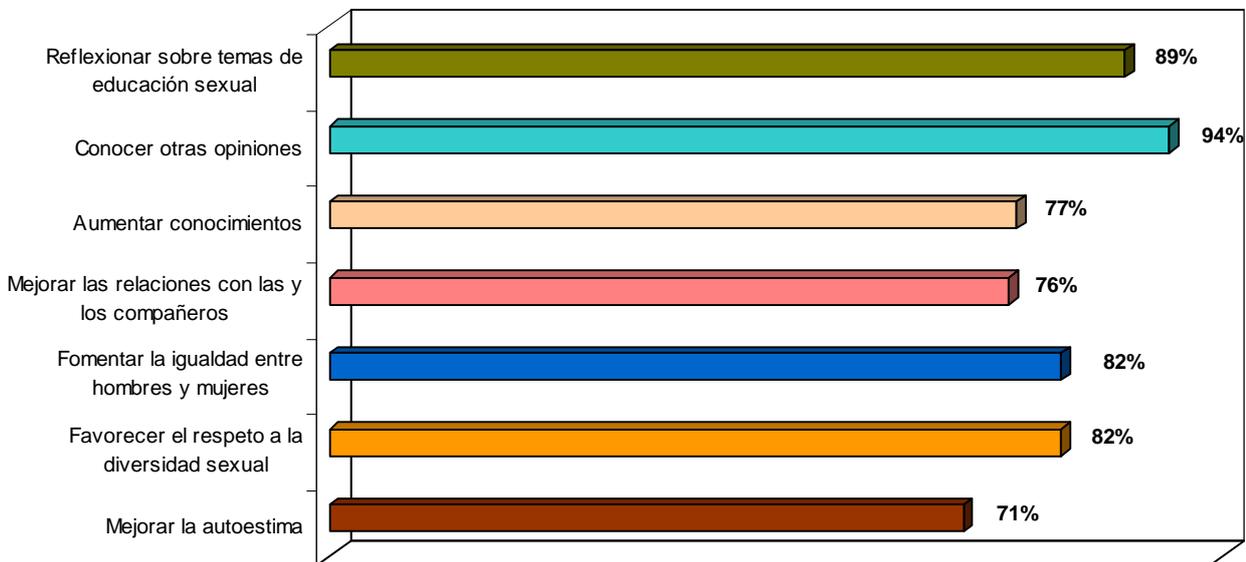
El siguiente gráfico recoge la utilidad percibida por el alumnado: las sesiones del programa sirvieron bastante/mucho para...



Profesorado

El 79% del profesorado se sintió bastante/muy satisfecho con su participación en el programa.

La utilidad percibida por el profesorado fue más alta que la del alumnado:



Talleres externos de profesionales sanitarios

La valoración del alumnado sobre los talleres externos impartido por profesionales sanitarios fue:

- ✓ El **74% del alumnado** afirmó que le gustaron bastante/mucho los talleres impartidos por sanitarios (65% de los chicos y 81% de las chicas).
- ✓ El **90% consideró bastante/muy útil** la información recibida en el taller (84% de los chicos y 94% de las chicas).

Impacto

Los siguientes datos forman parte de una **investigación cuasi-experimental**, que actualmente está en proceso de publicación en una revista científica. Como ya se comentó, se realizó un **pre-test** (antes de la intervención, 1º ESO), un **post-test** (después de la intervención, 4º ESO) y un **post-test a medio plazo** (dos años después, 2º Bachillerato).

Conocimientos

La puntuación total media de conocimientos (sobre 10) aumentó significativamente en ambos grupos (control e intervención –NONP–): de 4.8 a 7.0 y 7.8 en el control, y de 4.1 a 6.8 y 7.7 en el grupo NONP (en cada test, respectivamente). Dicho incremento fue mayor en el grupo de NONP, con una diferencia entre los grupos al límite de la significación en el primer post-test [diferencia de diferencias=0.49; IC95%: (-0.01, 0.99); p= 0.053] y significativa en el segundo post-test [diferencia de diferencias = 0.32; IC95%: (0.04, 0.60); p = 0.022].

Actitudes

Hubo aumentos significativos de la puntuación total media en los dos grupos al finalizar la intervención y a medio plazo: 6.2 a 8 y 8.5 en el grupo control; 5.9 a 7.8 y 8.3 en intervención, respectivamente. Esta evolución fue similar en ambos grupos, sin diferencias significativas.

Habilidades

La puntuación total media se incrementó de forma significativamente en ambos grupos tanto en el primer post-test como en el segundo: 6.1 a 6.5 y 7.1 en el control, y 5.8 a 6.7 y 7.1 en intervención. Este aumento fue mayor en el grupo de NONP en el primer post-test [diferencia de diferencias=0.54; IC95%: (0.04, 1.03); p= 0.031].

Conducta sexual

Hubo menos prácticas con penetración en el grupo de NONP (con significación estadística en chicas), más uso del preservativo la primera vez tanto en chicas como en chicos (estadísticamente significativo tras la intervención) y más uso de preservativo la última vez (con significación estadística en chicas a medio plazo).

En la siguiente tabla se desglosan estos resultados de conducta sexual:

Tabla. Conducta sexual (entre paréntesis porcentajes)

	Pre-test (1º ESO)		Post-test 1 (4º ESO)		Post-test 2 (2º Bach)	
	Control	Interv.	Control	Interv.	Control	Interv.
Orientación sexual						
Homosexual	2 (1)	3 (1)	2 (1)	5 (2)	3 (2)	3 (2)
Heterosexual	319 (97)	314 (96)	289 (97)	291 (94)	176 (95)	176 (95)
Bisexual	3 (1)	0 (0)	3 (1)	9 (3)	2 (1)	5 (2)
No lo tiene claro	5 (1)	8 (3)	3 (1)	5 (2)	3 (2)	2 (1)
Prácticas y uso de condón						
Relaciones con penetración	--	--	121 (41)	108 (35)	118 (64)	104 (56)
▪Chicas	--	--	75 (50)*	53 (35)*	63 (70)*	56 (56)*
▪Chicos	--	--	46 (31)	55 (35)	55 (58)	48 (56)
Condón en primera vez	--	--	94 (78)*	100 (93)*	103 (89)	95 (91)
▪Chicas	--	--	59 (79)*	50 (94)*	53 (84)	50 (89)
▪Chicos	--	--	35 (76)*	50 (91)*	50 (94)	45 (94)
Condón en última vez	--	--	88 (73)	87 (81)	91 (78)	86 (83)
▪Chicas	--	--	54 (72)	44 (83)	44 (70)*	48 (86)*
▪Chicos	--	--	34 (74)	43 (78)	47 (87)	38 (79)

*p<0.05 (en rojo)

44 CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

Tras la experiencia de trabajo durante varios años con el programa **NONP**, se obtienen las siguientes conclusiones:

- El programa es una **herramienta válida** para trabajar, con una elevada ejecución de las acciones propuestas y una satisfacción y utilidad percibida altas, tanto por parte del alumnado como del profesorado. En este sentido, se contempla la posibilidad de transferencia, como modelo a aplicar en más centros de la región y en otros contextos.
- La **cobertura** del programa, teniendo en cuenta su carácter voluntario, se puede considerar adecuada, aunque está lejos de la universalidad.
- La población de referencia y su ámbito, estudiantes de la ESO y centros de secundaria, favorece la **perspectiva de equidad**, al llegar por igual a todo el alumnado de esa edad (ya que la educación es obligatoria por ley), incluso a población más desfavorecidas.
- **NONP** parece tuvo **impacto positivo en conocimientos, habilidades y conducta sexual**, aunque de forma limitada.
- La colaboración sanitaria en el programa está consolidada, con una **alta participación y satisfacción de Enfermería**, y con la inclusión de este programa en la agenda de actividades comunitarias y en la Cartera de Servicios del SESPA. La intervención sanitaria en **NONP** es, por tanto, **también extrapolable** a otras regiones como propuesta para la colaboración en la educación sexual de la adolescencia.
- El programa NONP puede ser un buen **punto de partida** para otras iniciativas que avancen hacia la **universalización** de estos contenidos, más allá de la voluntariedad.
- En cualquier caso, la influencia de la escuela es limitada y la educación sexual de las y los jóvenes tiene numerosas fuentes, que en ocasiones utilizan mensajes contradictorios, por lo que son necesarias **intervenciones desde otros ámbitos**.

Como **lecciones aprendidas**, cabe destacar:

- La importancia de utilizar **enfoques participativos**, que cuenten con las propuestas de las personas beneficiarias.
- El **protagonismo del alumnado y profesorado** en la educación sexual, verdaderos artífices del trabajo cotidiano en la escuela, y el acompañamiento como refuerzo, motivación, apoyo (pero no sustitución) de otros agentes (a través de talleres externos).
- La **estrategia colaborativa entre profesionales sanitarios y educativos**, que permite el establecimiento de proyectos y objetivos comunes, la creación de redes de cooperación y la **sostenibilidad** de este tipo de intervenciones al incluir sus actividades entre las

funciones de profesionales de la red pública, con la correspondiente **optimización de recursos**.

- La necesidad de **iniciativas interinstitucionales**, que garanticen el apoyo desde diferentes ámbitos del gobierno (en este caso, Consejerías de Sanidad, SESPA, Educación e Instituto Asturiano de la Mujer).
- El uso de un **enfoque comunitario**, con la implicación de familias y otros agentes de la comunidad (asociaciones, Consejo de la Juventud de Asturias, Enfermería...), que refuerzan y dan coherencia a lo trabajado en el aula.
- El **limitado alcance de los programas voluntarios**, que se sustentan en el compromiso y la sobrecarga de trabajo de profesionales sensibilizados con el tema. Asimismo, vinculada a la voluntariedad, se añade la dificultad de garantizar la fidelidad en las intervenciones, con una gran diversidad de implementación entre estos profesionales voluntarios (diferentes motivación, formación, selección de contenidos...).
- La repercusión de este tipo de intervenciones se ve condicionada por **otros ámbitos y contextos** (como queda patente en el nulo efecto en las actitudes del alumnado).

Como **recomendaciones**, para garantizar los derechos de infancia y adolescencia, y dar cumplimiento a los ODS, es preciso que las autoridades educativas y sanitarias implanten la educación sexual en las escuelas de forma real y efectiva, tal y como hacen con otras materias. En este sentido, se recomienda la creación de un área de trabajo, con una **asignatura específica** que acompañe a niños, niñas y adolescentes durante la educación obligatoria, en la que los profesionales sanitarios pueden seguir teniendo un papel de apoyo y refuerzo. De este modo, se podrán realmente subsanar las principales limitaciones de la intervención estudiada: contenidos mínimos, metodología adecuada, formación del profesorado y universalización.

Paralelamente, desde otros ámbitos, como los **servicios de salud y los medios de comunicación**, es necesario reforzar el trabajo realizado en la escuela con acciones que garanticen el acceso a información rigurosa y de calidad, el reconocimiento de cuáles son fuentes fiables, el desarrollo de un espíritu crítico frente a mensajes que no se basan en el respeto, la igualdad y los derechos humanos, y la adecuada atención a la salud sexual y reproductiva de la población.

Nota: Esta intervención carece de conflictos de intereses y está financiada única y exclusivamente por el Gobierno del Principado de Asturias.

REFERENCIAS

1. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. International technical guidance on sexuality education, Volumes 1 and 2. Paris: UNESCO; 2009.
2. WHO Regional Office for Europe & BZgA. Standards for Sexuality Education in Europe: A Framework for Policy Makers, Educational and Health Authorities and Specialists. Cologne: Federal Centre for Health Education, BZgA; 2010.
3. Kirby D. The impact of sex education on the sexual behaviour of young people. Population Division Expert Paper No. 2011/12. New York, NY: United Nations Department of Economic and Social Affairs; 2011.
4. Oringanje C, Meremikwu MM, Eko H, Esu E, Meremikwu A, Ehiri JE. Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents. Cochrane Database Syst Rev. 2016;2:CD005215.
5. Underhill K, Montgomery P, Operario D. Sexual abstinence only programmes to prevent HIV infection in high income countries: Systematic review. BMJ. 2007;335:248-52.
6. Haberland N, Rogow D. Sexuality Education: Emerging trends in evidence and practice. J Adolesc Health. 2015;56:515-21.
7. Berglas NF, Constantine NA, Ozer EJ. A rights-based approach to sexuality education: Conceptualization, clarification and challenges. Perspect Sex Reprod Health. 2014;46:63–72.
8. Rottach E, Schuler SR, Hardee K. Gender perspectives improve reproductive health outcomes: New evidence. Washington, DC: USAID; 2009.
9. Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. BOE, núm. 55, 4 de marzo de 2010.
10. Gobierno de España. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
11. Salvador T, Suelves JM, Puigdollers E, et al. Diagnóstico de situación sobre avances conseguidos, necesidades y retos en promoción y educación para la salud en la escuela en España. Madrid: Ministerio de Educación y Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
12. Venegas M. El modelo actual de educación afectivo sexual en España. El caso de Andalucía. Revista Iberoamericana de Educación 2011;55(3):1–10.
13. Larrañaga I, Martín U, Bacigalupe A. Salud sexual y reproductiva, y crisis económica en España. Informe SESPAS 2014. Gac Sanit. 2014;28(S1):109–115.
14. Moreno C, Ramos P, Rivera F et al. Estudio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC-2014): Actividades de promoción y educación para la salud en los centros educativos españoles. Análisis de los aspectos estructurales y de recursos que las condicionan. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016.

15. Plan Nacional sobre el Sida. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Madrid: Instituto de Salud Carlos III; 2016.
16. Secretaria General Técnica. Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al 2014. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016.
17. García-Vázquez J, Lena A, Arias-Magadán S. Educación sexual: opiniones y propuestas del alumnado de los institutos de secundaria de Asturias, España. *Global Health Promot.* 2014;21:74–82.
18. García-Vázquez J, Lena A, González C, Blanco AG. Ni ogros ni princesas. Programa para la educación afectivo-sexual en la ESO. Asturias: Gobierno del Principado de Asturias; 2009.
19. VVAA. Ni ogros ni princesas. Guía para la educación afectivo-sexual en la ESO. Asturias: Gobierno del Principado de Asturias; 2009.
20. Centro de Publicaciones. Estrategia Nacional de promoción de la salud y prevención en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014.
21. García-Vázquez J, Lena A, Suárez O. Evaluación de proceso del programa de educación afectivo-sexual Ni ogros ni princesas. *Global Health Promot.* 2012;19:78–86.

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos facilitados en la ficha podrán ser incorporados a ficheros necesarios para la gestión de esta convocatoria, así como al buscador o plataforma de difusión de las experiencias seleccionadas y clasificadas como Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud. Por tanto, al rellenar esta ficha, se da consentimiento institucional y personal para que los datos recogidos en la misma sean recopilados y procesados para ser incluidos en la base de datos que alimente en su momento el buscador o plataforma de difusión del Catálogo de BBPP del SNS a través de la página Web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.



MEMORIA Experiencia Candidata

Este documento tendrá como máximo una extensión de **15 páginas**. En su totalidad, se utilizará letra **Arial tamaño 11 con interlineado de 1,5**.

1. ESTRATEGIA A LA QUE SE PRESENTA

Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS.

2. TÍTULO DE LA EXPERIENCIA

Programa de Intervención sobre Tabaquismo en Enseñanza Secundaria (ITESplus)

Enlace a sitio web (si procede):

<http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=29c92842-502e-11de-ad05-abac477d34ba&idCarpeta=2b294ce4-0fce-11de-9de1-998efb13096d>

3. DATOS DE LA ENTIDAD Y PERSONA RESPONSABLE

CCAA: Canarias

Nombre de la entidad: Dirección General de Salud Pública. Servicio Canario de la Salud

- **Domicilio social (incluido Código Postal):** Rambla de Santa Cruz, 53 (38006)
- **Persona titular de la Dirección o Gerencia de la entidad responsable.** *En caso de ser calificada finalmente como Buena Práctica, se le comunicará también formalmente, además de a la persona técnica responsable del equipo que presenta la candidatura:*
 - Nombre y apellidos: José Juan Alemán Sánchez
 - E-mail: jalesans@gobiernodecanarias.org
 - Teléfonos: 922 474 900
- **Datos de contacto de la persona técnica responsable de la candidatura¹:**
 - Nombre y apellidos: Antonio Torres Lana
 - E-mail: ctorlan@gobiernodecanarias.org
 - Teléfonos: 922 951 189



4. DATOS DEL RESTO DEL EQUIPO RESPONSABLE DE LA CANDIDATURA

Nombre y apellidos	E-mail	Teléfono	Puesto de trabajo	Entidad
M ^a Dolores Suárez Santana	unitab.scs@gobiernodecanarias.org	922 951 186	Psicóloga clínica	MD Suárez Salud

5. ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

Marcar con una X donde corresponda.

	Estatal
X	Comunidad Autónoma
	Provincial
	Municipal
	Área de Salud (sector, distrito, comarca, departamento...)
	Zona básica de salud
	Otro (especificar):

6. PERÍODO DE DESARROLLO

- **Fecha de inicio:** 2001
- **Actualmente en activo:** SI
- **Prevista su finalización:** indefinido

7. LÍNEA DE ACTUACIÓN

Línea de actuación	Intervención en población sana sobre factores de riesgo de enfermedades no transmisibles (prioritariamente: tabaco, actividad física y consumo de riesgo de alcohol), en los entornos y poblaciones priorizadas en la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS.	X
	Detección precoz e intervención sobre fragilidad y caídas en la población mayor.	
	Intervención para promover la salud y el bienestar emocional en la	

8. ENTORNO DE ACTUACIÓN

Marcar con un X el entorno/s en que se desarrolla esta experiencia.



Línea de actuación	Entorno sanitario / Sistema de Salud.	X
	Entorno comunitario/ local	

9. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

El tabaquismo es en la actualidad la primera causa de muerte evitable en el mundo desarrollado. Y pronto lo será también en los países en desarrollo. El consumo de tabaco está extendido por todas las regiones del planeta. Se calcula que hay 1.300 millones (1.300.000.000) de fumadores. Según los últimos datos publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) la cifra de fallecidos a causa del consumo de tabaco rozan los siete millones (7.000.000) anuales, de los que casi un millón se ha producido en países de la Unión Europea. En España esas cifras son de 60.000 y 1.200 respectivamente. En Canarias se estima que fallecen anualmente 2.300 personas por estas causas.

Para disminuir el impacto del tabaco sobre la salud, la OMS ha establecido una estrategia global que incluye la participación decidida de los gobiernos de los diferentes países. Se trata de un acuerdo internacional denominado Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT). El CMCT es un instrumento jurídico vinculante para los países que lo han firmado y ratificado (España lo hizo en 2005) diseñado para la prevención y control de la epidemia de tabaquismo a nivel mundial. En la actualidad lo han suscrito 173 países. Los puntos principales de la estrategia son los siguientes:

- La protección de los niños y los jóvenes frente al tabaco, basada sobre todo en evitar que empiecen a fumar.
- La facilitación de ayuda a los fumadores que quieran dejar de fumar.
- La protección de las personas frente a la exposición al humo de tabaco ambiental.
- La información a la población sobre los peligros del tabaco.
- La regulación de los productos del tabaco, sobre todo en sus contenidos y venta.
- La prohibición de la publicidad y de la promoción de los productos del tabaco, así como el patrocinio de actividades por parte de empresas tabaqueras o sus filiales.

El consumo nocivo de alcohol es responsable de tres millones de fallecidos en el mundo. Debido a los componentes económicos, sociales, religiosos y políticos, hay zonas en las que apenas se refiere que haya consumo, pero en los países con un desarrollo económico medio-alto, el consumo de alcohol es una práctica extendida. Se estima que más de 60 enfermedades pueden



derivarse de un consumo nocivo de alcohol, incluyendo las digestivas, neurológicas, hematológicas y psiquiátricas. A estos hay que añadir la capacidad de generar dependencia y las enormes consecuencias familiares, sociales y laborales que tiene la dependencia al alcohol.

Según la Encuesta Estatal Sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) de 2014 (publicada en 2016), el alcohol y el tabaco siguen siendo las drogas más consumidas entre los jóvenes de 14 a 18 años. El inicio del consumo se produce a edades muy similares (13,8 años para el alcohol y 13,9 años para el tabaco). Más de la mitad de los jóvenes españoles declaran haber probado alguna vez tabaco o alcohol. En ambos casos el consumo diario se suele instaurar alrededor de los 14 años.

Por lo tanto, las medidas encaminadas a prevenir el uso del tabaco y del alcohol deben instaurarse en edades muy tempranas, entre los 12 y los 16 años, periodo de tiempo que abarca la enseñanza secundaria obligatoria en nuestro país.

Existe acuerdo acerca de la necesidad de promover la introducción de los contenidos curriculares de Educación para la Salud en las escuelas, tanto en general como en áreas temáticas concretas, como puede ser el tabaquismo o el consumo de alcohol. La escuela es un ámbito privilegiado para el desarrollo de actividades de prevención y promoción de la salud, ya que facilita una mayor eficiencia de los programas al permitir el uso de recursos ya existentes sobre una población adolescente escolarizada.

El Programa ITESplus (Intervención sobre Tabaquismo en Enseñanza Secundaria), pretende cambiar unos comportamientos de riesgo por otros más saludables, teniendo en cuenta los sustratos teóricos sobre los que se sustentan los programas de prevención en la escuela.

1. Los programas basados exclusivamente en suministrar información. Se pretende fomentar los usos saludables a través de la información de los perjuicios del consumo y de las ventajas del “no consumo”
2. Los programas basados en la teoría de aprendizaje social, usando técnicas de perfeccionamiento para aumentar la competencia social. En este caso juega un papel importante la imitación de modelos, la autoestima del joven y su capacidad de afrontar situaciones difíciles
3. Programas basados en la educación normativa y el adiestramiento de habilidades de resistencia contra el tabaco. Suelen aplicar las técnicas del perfeccionamiento de competencia genérica a metas específicas contra el tabaco, alcohol y otras drogas.
4. Métodos combinados extraídos de la competencia social y de los enfoques de influencia social.



5. Los programas multimodales combinan los enfoques curriculares basados en la información con componentes de aprendizaje social, incremento de autoeficacia y otras iniciativas dentro y fuera de la escuela, como actividades comunitarias o participación en ferias y campañas.

Por lo tanto, la respuesta al problema sea que no sólo con la información se consigue cambiar los comportamientos y que otras variables influyentes son como las actitudes sobre el tabaco y alcohol de los jóvenes, la presión del grupo de compañeros, las habilidades sociales u otras variables relacionadas que pueden influir en nuestra conducta.

En España, la imagen social del tabaquismo ha cambiado de forma importante tras la aprobación y posterior modificación de la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. Sin embargo, el consumo de alcohol sigue asociando a multitud de actividades cotidianas o festivas en las que, salvo en contadas excepciones como el tráfico, su imagen sigue siendo positiva.

10. OBJETIVOS

Objetivo principal

- Disminuir la prevalencia de consumidores de tabaco y alcohol entre los adolescentes escolarizados de Enseñanza Secundaria Obligatoria al finalizar el programa.

Objetivos específicos.

- Disminución del número de escolares que han consumido tabaco en el último mes.
- Disminución del número de fumadores diarios en el último mes
- Disminución de número de experimentadores con el tabaco
- Disminución del número de consumidores de alcohol

Disminución del número de escolares que han tenido una intoxicación etílica aguda

11. CONTEXTO Y POBLACIÓN DIANA

El Programa ITESplus se desarrolla en el contexto escolar. Participan voluntariamente centros docentes de toda la Comunidad Autónoma de Canarias con Enseñanza Secundaria Obligatoria. La población diana la conforman los alumnos escolarizados en los centros participantes. Los docentes son los encargados de realizar los talleres en las aulas y en el horario escolar. Para poder participar, los centros deben enviar un formulario de inscripción que debe estar refrendado por el grupo de dirección. Ese formulario contiene información sobre la ubicación del centro, el número de grupos que tiene en cada uno de los cursos y los datos de contacto de la persona que se responsabilizará de ser el intermediario con el grupo director del Programa.



12. METODOLOGÍA

página web:

<http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=29c92842-502e-11de-ad05-abac477d34ba&idCarpeta=2b294ce4-0fce-11de-9de1-998efb13096d>

El programa ITES es una intervención prospectiva durante la enseñanza secundaria. Tiene características de intervención multimodal, al incorporar contenidos informativos, de habilidades sociales, de autoestima y de participación comunitaria.

La intervención ha sido diseñada por un equipo multidisciplinar compuesto por médicos, psicólogos, expertos en educación para la salud y profesionales de la docencia en enseñanza secundaria. A través de un proceso de elaboración, evaluación y grupos de expertos, se llegó a la primera versión del programa, que fue implementada en el año 2001. Las constantes medidas de evaluación y corrección han permitido adecuar el programa ITES a las características y situaciones actuales. En el momento actual está en aplicación la tercera edición, en la que se han incluido contenidos de prevención en el consumo de alcohol, pasando a denominarse Programa ITESplus.

Una vez incorporado el centro docente al programa, todos los alumnos de 1º de ESO son incluidos en el mismo. Todos los centros docentes que inician por primera vez su participación en el programa ITESplus comienzan desde 1º de ESO. Los alumnos participan en el programa hasta que concluyen 4º de ESO o los ciclos formativos correspondientes equivalentes a los tramos de edad de 3º y 4º de ESO. En años sucesivos, el alumnado que se incorpora a los centros participantes queda incluido en el Programa, independientemente del nivel académico al que acceda.

El programa desarrolla una línea argumental a lo largo de los cuatro años de enseñanza secundaria obligatoria, con una intensidad creciente a lo largo del mismo. Cada uno de los talleres tiene una duración programada de un máximo de 45 minutos. Se ha primado la participación de los alumnos, reservando para el docente, salvo en algunas sesiones informativas, el papel de moderador de la actividad.

Para la valoración de los resultados, desde su inicio se han realizado periódicamente encuestas de control en las que han participado alumnos pertenecientes a centros docentes que no habían participado en el programa en los cuatro años anteriores a la realización de la encuesta, para evitar posibles contaminaciones por traslado de alumnos de un centro a otro

Los aspectos que se tratan en los talleres son:



Conocimientos. Tanto de los riesgos que representa el consumo de tabaco y el consumo de alcohol como de las ventajas que supone una vida sin consumos. Se ha huido de imágenes y conceptos catastrofistas, intentando en todo momento acercar los riesgos del consumo a la realidad de los jóvenes (estética, autoimagen, relaciones sociales)

Actitudes. Se consideran aspectos relacionados con la imagen social del tabaco y alcohol, y el papel de los grupos de influencia (familia, grupo de amigos).

•Habilidades sociales. Se trabajan a través de debates entre los propios alumnos y juegos de roles. El objetivo principal es el desarrollo de la capacidad argumentada de oponerse al consumo con asertividad, respetando en todo momento las ideas y el comportamiento de los demás.

La relación de talleres en cada curso es la siguiente:

1º ESO	
¿Y Tú qué sabes de...?	Informativo. Presentación. Componentes del tabaco
¿Sabes qué tiene?	Experimental. Máquina de fumar
Debate a seis	Debate sobre ideas acerca del consumo de tabaco y alcohol
2º ESO	
Verdadero o Falso	Participativo. Descubrir mitos y realidades sobre el consumo de tabaco y alcohol
Qué pasa cuando consumo	Información audiovisual. Efectos en el organismo del consumo de tabaco y alcohol. Debate posterior a cada video
Yo no quiero, gracias	Habilidades de comunicación. Juego de roles para resistir la presión del grupo de compañeros
3º ESO	
Espacios Saludables	Audiovisual. Tabaquismo involuntario
¿Y qué pasa si bebo?	Audiovisual. Efectos sobre el entorno social del consumo de alcohol
Qué me quieren decir	Análisis crítico de la publicidad de tabaco y alcohol
4º ESO	
Cuidatest	Informativo. Juego de mesa electrónico de preguntas y respuestas sobre contenidos de alcohol y tabaco
Puede que no lo sepas	Audiovisual. Información sobre aspectos relacionados con las prácticas de las tabaquerías y de empresas de bebidas alcohólicas
Lo quiero dejar	Habilidades de comunicación. Juego de roles



El programa se desarrolla en cuatro fases:

- 1.- Jornada de formación formadores. Se convoca al profesorado de todos los centros participantes. Normalmente, los docentes que ya han participado en el programa no necesitan acudir. Durante esa jornada se presentan los resultados principales del curso anterior para que todos los participantes tengan un retorno adecuado del resultado de su colaboración. También se presentan las actividades de cada uno de los talleres y los materiales con los que se realizarán. Los docentes tienen así la oportunidad de familiarizarse con ellos, asumiendo ellos mismos el rol de alumnos y resolver las dudas que puedan surgir.
- 2.- Distribución de materiales y desarrollos de los talleres. Los materiales los proporciona íntegramente el equipo director del programa. Se distribuyen a través de memorias USB. También existe la posibilidad de descargarlas directamente desde la página web del programa. La descarga está restringida a los docentes participantes, por lo que el acceso se realiza con una clave que se les proporciona al ingresar en el programa.
- 3.- Evaluación. La evaluación se realiza a dos niveles. Por un lado se obtiene la evaluación de los docentes sobre el diseño, metodología y desarrollo de los talleres. Esta evaluación se realiza por cada docente a través de un cuestionario en línea. Por otro lado se realiza una encuesta a cada alumno participante sobre conocimientos, actitudes y conductas en relación a tabaco y alcohol. Estas encuestas se realizan en papel, son anónimas, autocumplimentadas y, tras un proceso de lectura informatizada, se graban en una base de datos. Todos los datos que pueden identificar al alumnado se eliminan de los datos obtenidos.
- 4.- Análisis y evaluación. Se desarrolla el análisis de los resultados y su elaboración. Se evalúan los indicadores y se plantean las propuestas de mejora para los cursos lectivos posteriores. El análisis estadístico se ha basado en las medidas de tendencia central y en la diferencia de medias mediante la Chi Cuadrado de Pearson, con un error de $P=0,05$.

13. EVALUACIÓN

INDICADORES.

Los indicadores del Programa ITESplus se recogen al final de cada curso lectivo. Los principales son los siguientes:

A) Indicadores de estructura:

- a. **Número de centros que participan en el programa.** incremento absoluto sobre el número de centros del curso lectivo anterior.
 - (SI/NO)
 - Fuente de datos: solicitudes de participación enviadas por los centros
- b. **Incremento absoluto de número de docentes participantes.**
 - (SI/NO)



- Fuente de datos: Base de datos de participantes con clave de acceso a la aplicación informática del Programa ITESplus

c. Incremento absoluto del número de alumnos participantes

- (SI/NO)
- Fuente de datos: Recuento del número de encuestas en papel recogidas

B) Indicadores de proceso

a. Número de evaluaciones de los talleres recibidas por parte de los docentes

- Tasa: Número de evaluaciones recibidas/número total de talleres a realizar
- Estándar: 70%
- Fuente de datos: base de datos de recogida de las encuestas realizadas en línea

b. Puntuación media de la evaluación realizada por los docentes de los apartados de cada taller

- Promedio 1-10
- Estándar: 7
- Fuente de datos: base de datos de recogida de las encuestas realizadas en línea

C) Indicadores de resultado

Todos los indicadores siguientes tienen como fuente de datos la encuesta realizada al final de cada curso lectivo por parte del alumnado participante en el programa y se categorizan por curso lectivo y por sexo.

a. Alumnado que ha experimentado con el tabaco alguna vez en la vida

- Tasa. Número de experimentadores/total de encuestas recogidas

b. Alumnado consumidor de tabaco en el último mes, aunque sólo se haya producido un consumo

- Tasa. Número de consumidores de tabaco en último mes sobre el total de encuestas recogidas

c. Alumnado consumidor de tabaco a diario en el último mes

- Tasa. Número de fumadores diarios sobre el total de encuestas recogidas

d. Alumnado experimentador con el alcohol alguna vez en la vida

- Tasa. Número de experimentadores con el alcohol sobre el total de encuestas recogidas

e. Alumnado consumidor de alcohol en el último mes

- Tasa. Número de consumidores/total de encuestas recogidas

f. Alumnado que haya tenido algún episodio de intoxicación etílica aguda



- Tasa. Alumnado que ha tenido algún episodio de intoxicación etílica aguda sobre el total de encuestas recogidas

RESULTADOS.

Los datos corresponden a los presentados para el curso 15-16, ya que la recogida de la información del curso 2016-2017 todavía está realizándose.

Número de centros participantes en el programa.

Curso 15-16: 66 centros distribuidos en las siete islas.

Curso 14-15: 56 centros en cinco islas.

El incremento de centros ha sido de un 15%. **(Hay conformidad)**

Incremento absoluto de número de docentes participantes.

Curso 15-16: 832 docentes

Curso 14-16: 722 docentes

El incremento ha sido de un 13.2%. **(Hay conformidad)**

Incremento absoluto del número de alumnos participantes

Curso 15-16: 15.487 alumnos

Curso 14-15: 13.396 alumnos

El incremento ha sido de un 13.5%. **(Hay conformidad)**

Número de evaluaciones de los talleres recibidas por parte de los docentes

Evaluaciones esperadas: 1.977

Evaluaciones recibidas: 1.439

Tasas: 72,3%. **(Hay conformidad)**

Puntuación media de la evaluación realizada por los docentes de cada taller

Curso	1º ESO			2º ESO			3º ESO			4º ESO		
	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3
Promedio	8,3	8,3	8,2	8,1	8,3	8,1	8,2	8,2	8,4	7,9	7,8	8

En todos los casos se ha superado el estándar establecido en un promedio de 7

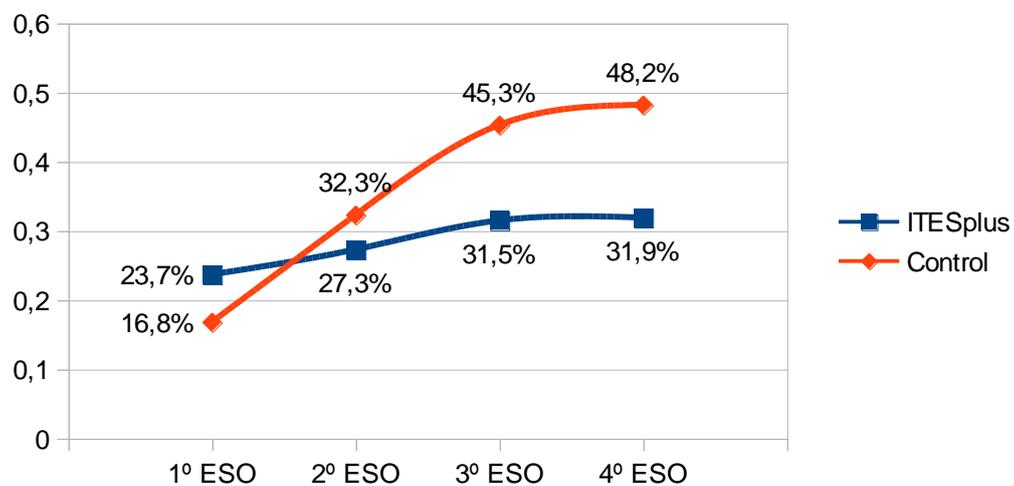
Indicadores de resultado

Todos los indicadores siguientes tienen como fuente de datos la encuesta realizada al final del curso lectivo 14-15. Se presentan en comparación con los controles establecidos por el programa.



Alumnado que ha experimentado con el tabaco alguna vez en la vida

(en proporción sobre el total de encuestas recibidas)



A continuación se presentan los datos de experimentación desagregados por sexo

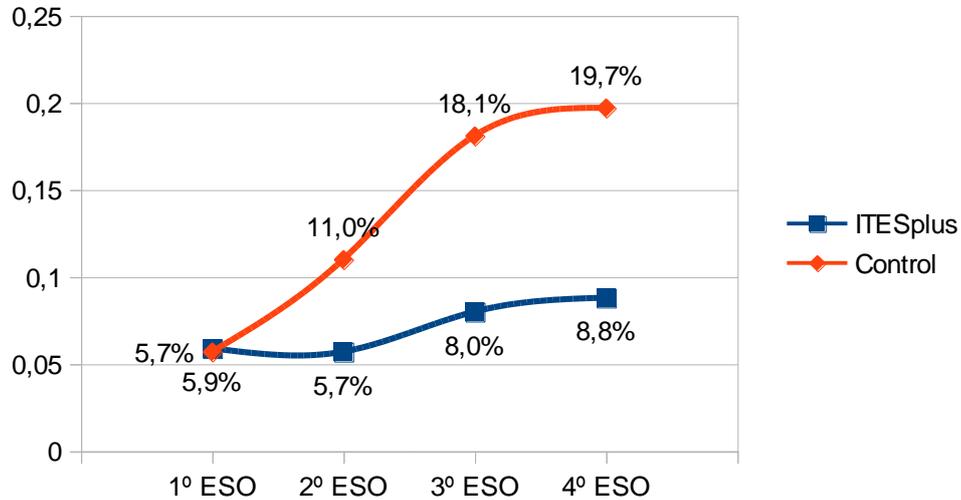
	1º ESO			2º ESO			3º ESO			4º ESO		
	T	V	M	T	V	M	T	V	M	T	V	M
Programa ITESplus	23,7%	22,8%	24,9%	27,3%	25,1%	29,9%	31,5%	29,2%	34,9%	31,9%	27,9%	35,2%
Controles	16,8%	15,3%	18,5%	32,3%	30,9%	33,8%	45,3%	38,5%	52,1%	48,2%	45,8%	50,3%

T:Total. V:Varones. M:Mujeres

A partir de 2º de ESO las diferencias son estadísticamente significativas ($P < 0,05$)



Alumnado consumidor de tabaco en el último mes, aunque sólo se haya producido un consumo



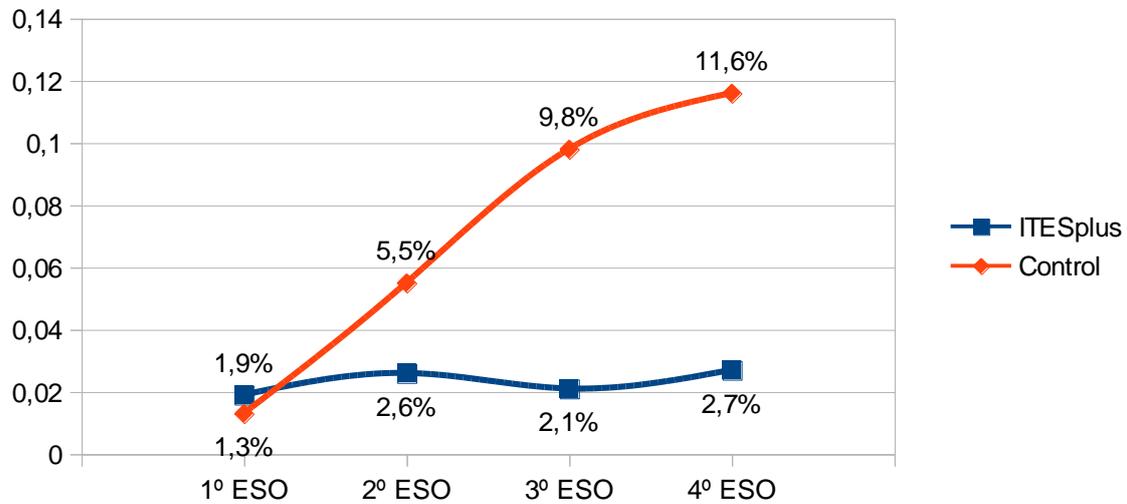
A continuación se presentan los datos de consumo en el último mes desagregados por sexo

	1º ESO			2º ESO			3º ESO			4º ESO		
	T	V	M	T	V	M	T	V	M	T	V	M
Programa ITESplus	5,9%	5,,1%	6,9%	5,7%	5,4%	6,1%	8,0%	8,0%	8,1%	8,8%	8,8%	9,3%
Controles	5,7%	5,0%	6,5%	11,0%	9,4%	12,6%	18,1%	18,1%	23,0%	19,7%	19,7%	21,9%

T:Total. V:Varones. M:Mujeres

A partir de 2º de ESO las diferencias son estadísticamente significativas (P<0,05)

Alumnado consumidor de tabaco a diario en el último mes



A partir de 2º de ESO las diferencias son estadísticamente significativas ($P < 0,05$)

Para los indicadores de alcohol se ha tomado la submuestra de alumnos del Programa ITESplus pertenecientes a 4º de ESO y la submuestra de 16 años del estudio ESTUDES. Se agrupan los resultados para facilitar su lectura

Alumnado experimentador con el alcohol alguna vez en la vida, en el último año y en el último mes

	ITESplus	ESTUDES 2013-14
Alguna vez en la vida	76,3%	84,1%
En el último año	65,2%	82,2%
En el último mes	47,8%	74,0%

Alumnado que haya tenido algún episodio de intoxicación etílica aguda alguna vez en su vida, en el último año y en el último mes

	ITESplus	ESTUDES 2013-14
Alguna vez en la vida	33,0%	56,5%
En el último año	30,1%	49,0%
En el último mes	22,5%	30,9%



El Programa ITESplus ha sido bien valorado y aceptado por los docentes encargados de llevarlo a acabo en los centros, como lo muestran las valoraciones realizadas. El programa se ha incluido en los centros sin contratiempos, con un esfuerzo asumible y sin distorsionar las actividades propias de los mismos. Las valoraciones recibidas por parte de los docentes hacen pensar en la continuidad del diseño, siempre con las variaciones propias de las actualizaciones a las que periódicamente debe someterse un programa de estas características.

Con respecto al área de tabaco, el Programa se muestra efectivo en la reducción de la experimentación con el tabaco, como es lógico después de que el alumnado haya hecho su primer año dentro del programa. La evolución de la experimentación hace pensar que una actuación más precoz podría ser de utilidad, teniendo en cuenta que los datos del programa muestran que la experimentación se mantiene muy por debajo de la curva ascendente del grupo de control.

Con respecto al consumo, desciende en ambos sexos con respecto a los controles. El descenso es evidente ya desde 2º de ESO, es decir, con dos años de participación en el programa. La magnitud del mismo es suficiente para pensar que el Programa ITESplus está cumpliendo las expectativas que se habían fijado en ese sentido. Es especialmente importante destacar la excelente reducción del consumo diario tanto en las chicas como en los chicos. Las comparaciones con otros muestreos nacionales también permiten observar que la reducción de consumo es significativa. Esto adquiere relevancia ya que la literatura científica nos muestra que un inicio temprano del consumo es un factor predictor del consumo en adultos.

Con respecto al consumo de alcohol, es todavía pronto para una valoración rigurosa, puesto que el programa sólo llevaba un año de actividad en todos los cursos lectivos. Sin embargo, puede atisbarse una leve mejora en los indicadores de los participantes del Programa.

Para la continuidad del programa ha resultado decisivo el respaldo institucional de la Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud, pues la cobertura institucional proporcionada ha permitido la expansión y el mantenimiento del mismo.

Destaca la colaboración encontrada entre los responsables en los centros participantes, si bien se detecta un riesgo en los frecuentes cambios en los equipos directivos o los traslados de docentes a otros centros. Los años de desarrollo del programa inducen a pensar que una robusta colaboración entre los responsables sanitarios y de educación resultaría relevante para el futuro de este tipo de intervenciones.

Entre las propuestas de mejora, se destacan las siguientes:

1. La integración de un equipo director del programa estable que permita establecer objetivos a medio plazo. La evaluación de resultados y las propuestas de mejora deben ser contempladas siempre con expectativas reales de cumplimiento



2. El empleo de nuevas tecnologías que permitan realizar un seguimiento más estrecho de las actividades de los centros, de manera que los docentes y el equipo del programa mantengan un contacto más estrecho. Esto también permitiría resolver dudas de manera más rápida, recoger más evaluaciones de los docentes y determinar que necesidades diferenciadas puede tener cada centro.
3. Destinar recursos para la necesaria actualización de materiales, algo siempre reclamado, sobre todo por la población diana a la que van destinados.

Bibliografía

Backinger CL, Fagan P, Matthews E, Grana R. Adolescent and young adult tobacco prevention and cessation: current status and future directions. *Tobacco Control* 2003;12:46–53

Brown K, Cameron R, Madill C, Payne ME, Filsinger S, Manske S, Best JA, P. Outcome Evaluation of a High School Smoking Reduction Intervention Based on Extracurricular Activities, *Preventive Medicine* 35, 506–510 (2002)

Coppo A, Galanti M, Giordano L, Buscemi D, Bremberg S, Faggiano F. Políticas escolares para la prevención del hábito de fumar en jóvenes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014 Issue 10. Art. No.: CD009990. DOI: 10.1002/14651858.CD009990

Gutiérrez-Abejón E., Rejas-Gutiérrez J, Criado-Espejel P, Campo-Ortega EP, MaríaT.Breñas-Villalón MT, Martín-Sobrino N. .Impacto del consumo de tabaco sobre la mortalidad en España en el año 2012. *Med Clin(Barc)*.2015;145(12):520–525

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. ESTUDES 2014-2015. Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España. Madrid 2016

Organización Mundial de la Salud. Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo. Ed de la OMS: Ginebra 2011. ISBN 978 92 4 156426 7.

Organización Mundial de la Salud. Convenio Marco para el control del Tabaco. Ediciones de la OMS: Ginebra; 2003. ISBN 978 92 4 359101 8



Organización Mundial de la Salud. Informe OMS sobre la epidemia mundial del tabaquismo: plan de medidas Mpower. Ediciones de la OMS: Ginebra; 2003.

Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol., Ediciones de la OMS. Italia; 2010. ISBN 978 92 4 359993 9

Puente D, Zabaleta-del-Olmo E, Pueyo MJ, Saltó E, Marsal JR, Bolívar B

Prevalencia y factores asociados al consumo de tabaco en alumnos de enseñanza secundaria de Cataluña. *Aten Primaria*. 2013;45(6):315 – 323

Thomas R, McLellan J, Perera R. Programas escolares para la prevención del hábito de fumar. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013 Issue 4. Art. No.: CD001293. DOI: 10.1002/14651858.CD001293

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos facilitados en la ficha podrán ser incorporados a ficheros necesarios para la gestión de esta convocatoria, así como al buscador o plataforma de difusión de las experiencias seleccionadas y clasificadas como Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud. Por tanto, al rellenar esta ficha, se da consentimiento institucional y personal para que los datos recogidos en la misma sean recopilados y procesados para ser incluidos en la base de datos que alimente en su momento el buscador o plataforma de difusión del Catálogo de BBPP del SNS a través de la página Web del Ministerio de Sanidad,

S
e
r
v
i
c
i
o
s

S
o
c
i
a
l
e
s

e

I
g
u
a
l
d
a
d



MEMORIA Experiencia Candidata

Este documento tendrá como máximo una extensión de **15 páginas**. En su totalidad, se utilizará letra **Arial tamaño 11 con interlineado de 1,5**.

1. ESTRATEGIA A LA QUE SE PRESENTA

Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS.

2. TÍTULO DE LA EXPERIENCIA

ACCIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD INFANTIL (PROGRAMA PIPO).

Enlace a sitio web (si procede): <http://www.programapipo.com/>

3. DATOS DE LA ENTIDAD Y PERSONA RESPONSABLE

- **CCAA: CANARIAS**
- **Nombre de la entidad: SERVICIO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD. DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA**
- **Domicilio social (incluido Código Postal):** Av. San Sebastián nº 75, 38005 Santa Cruz de Tenerife.
- **Persona titular de la Dirección o Gerencia de la entidad responsable.** *En caso de ser calificada finalmente como Buena Práctica, se le comunicará también formalmente, además de a la persona técnica responsable del equipo que presenta la candidatura:*
 - Nombre y apellidos: JOSÉ JUAN ALEMÁN SANCHEZ
 - E-mail: jalesans@gobiernodecanarias.org
 - Teléfonos: 922 47 49 00
- **Datos de contacto de la persona técnica responsable de la candidatura¹:**
 - Nombre y apellidos: ROSA GLORIA SUAREZ LÓPEZ DE VERGARA
 - E-mail: rsualop@gobiernodecanarias.org
 - Teléfonos: 922 95 11 90 // 629 694 581



4. DATOS DEL RESTO DEL EQUIPO RESPONSABLE DE LA CANDIDATURA

Nombre y apellidos	E-mail	Teléfono	Puesto de trabajo	Entidad
Sara Darias Curvo	sadacur@ull.edu.es	922318910	Profesora titular de Salud Pública. Escuela Enfermería	Universidad de La Laguna
M ^a Dolores Suárez Santana	lolasuarez@me.com	922262707	Psicóloga clínica	MD Suárez Salud
Benito Robaina Rodríguez	brobrodc@goiernodecanarias.org	928307548	Jefe del Servicio	Servicio de Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública
Calixto Herrera Rodríguez	clherrod@gobiernodecanarias.org	928213429	Coordinador del Programa escuela y salud.	Dirección General de Ordenación, Innovación y Promoción Educativa. Consejería de Educación
Juan Blas Matías Pérez	juanblmp@adeje.es	928756257 (Ext. 6420)	Responsable Promoción y Protección de la Salud	Ayuntamiento de Adeje. Área de Salud.



5. ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

Marcar con una X donde corresponda.

	Estatal
X	Comunidad Autónoma
	Provincial
	Municipal
	Área de Salud (sector, distrito, comarca, departamento...)
	Zona básica de salud
	Otro (especificar):

6. PERÍODO DE DESARROLLO

- **Fecha de inicio: Curso escolar 2013-2014**
- **Actualmente en activo: NO**
- **Prevista su finalización:** Se ha finalizado el estudio piloto y ha sido evaluado.

7. LÍNEA DE ACTUACIÓN

Marcar con un X la línea de actuación de la Estrategia en la que se considera que está enmarcada esta experiencia.

Línea de actuación	Intervención en población sana sobre factores de riesgo de enfermedades no transmisibles (prioritariamente: tabaco, actividad física y consumo de riesgo de alcohol), en los entornos y poblaciones priorizadas en la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS.	X
	Detección precoz e intervención sobre fragilidad y caídas en la población mayor.	
	Intervención para promover la salud y el bienestar emocional en la población infantil / programa de parentalidad positiva.	

8. ENTORNO DE ACTUACIÓN

Marcar con un X el entorno/s en que se desarrolla esta experiencia.

Línea de actuación	Entorno sanitario / Sistema de Salud.	X
	Entorno comunitario/ local	X
	Otros entornos (especificar: educativo, deportes, etc.)	Educativo

9. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

*Que justificó la realización de la experiencia. La **Guía de Ayuda para la Cumplimentación de la Memoria** será de gran ayuda para orientar qué tipo de información será especialmente relevante en este apartado además de los datos propios del análisis (ejemplo: información sobre sistemática general de búsqueda de la evidencia científica que lo sustentó, datos desagregados por sexo, datos de estructura, organización, etc.).*

La Organización Mundial de la Salud en la 57ª Asamblea Mundial de la Salud en 2004, plantea el problema de la obesidad, como una epidemia mundial en este siglo XXI. Afirma que las cifras de obesidad a nivel mundial se han duplicado desde 1980. La estimación de sobrepeso en la población infantil en 2010 era de 40 millones de menores con edad inferior a 5 años. Posteriormente en la Asamblea Mundial de la Salud de 2012 los países acordaron trabajar para frenar cualquier futuro aumento de la proporción de niños y niñas con sobrepeso. Recientemente el 15 de mayo de 2014, la Directora General de la OMS estableció una Comisión para luchar contra la crisis de obesidad infantil, puesto que la nueva revisión de los datos ha sido alarmante.

<http://www.who.int/end-childhood-obesity/es/>

La obesidad es un problema de salud pública cuya prevalencia está aumentando en todo el mundo, siendo evidente el impacto que ejerce en la salud a corto y largo plazo. Modificar los hábitos en la edad adulta es un desafío, tiene alto costo y limitada respuesta. Hoy las intervenciones se dirigen a la infancia, con respuestas más eficiente y duraderas, puesto que se considera que una intervención temprana, logrará la adquisición de hábitos de vida saludables que perdurarán en la vida adulta.

Los datos en España son concluyentes. La Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN) dentro de la Estrategia NAOS (La Estrategia para la Nutrición, Actividad física y prevención de la Obesidad), está realizando estudios de vigilancia sobre la prevalencia de sobrepeso-obesidad en población infantil. El estudio conocido con el acrónimo de Estudio ALADINO (ALimentación, Actividad física, Desarrollo INfantil y Obesidad) se encuentra enmarcado dentro de la Iniciativa COSI (Childhood Obesity Surveillance Initiative)¹ que es una iniciativa europea de vigilancia de la obesidad infantil (6-9 años) en los Estados Miembros de la Región Europea de la OMS, que aplica una metodología común, para facilitar la comparación de los datos entre los países.

En el primer estudio ALADINO 2011², se valoró a un total de 7.659 escolares entre 6-9 años y se observó que el sobrepeso afectaba al 26,1% y la obesidad al 19,1%. Estratificando los datos por comunidades autónomas, Canarias tiene cifras para sobrepeso del 28,4% y para obesidad del 21,2%, comprobando que son más elevadas respecto a la media nacional, como se había comprobado en el Estudio Enkid (2004).

El Estudio ALADINO en Canarias³ se realizó durante el último trimestre de 2013 y primer trimestre de 2014 en un total de 32 centros escolares elegidos al azar. Los resultados sobre un total de 1.611 escolares (51.1% niños y 48.9% niñas) muestran un 24.3% de sobrepeso y 19.9% de obesidad, lo que supone que, los escolares del estudio, tiene un 44.2% de sobrepeso + obesidad y ha venido a poner de manifiesto que han descendido el sobrepeso-obesidad respecto a las cifras del ALADINO 2011 en cinco puntos porcentuales (49.6%). El estudio ALADINO en Canarias pone de relieve que a pesar de la mejora todavía existe unas cifras muy elevadas que precisan de una intervención continuada. Además, se comprobó que la obesidad se relacionaba con el sexo (los niños presentan de forma significativa mayor prevalencia que las niñas), con la edad, apreciándose un incremento a partir de los 7 años, con el ocio sedentario, con el menor número de horas de sueño, con la obesidad de sus progenitores y con el menor nivel socioeconómicos de las familias.

<http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=047ca401-29fd-11e5-bfb0-bdcd7104fbae&idCarpeta=d75b1327-98dd-11e1-9f91-93f3670883b5>

Las acciones para la implementación de un programa de intervención para la prevención de la obesidad infantil (Programa PIPO) se concibió para dar respuesta al problema de elevada prevalencia de sobrepeso y obesidad en la Comunidad Canaria, estando en consonancia con la Ley 17/2011 y a la Estrategia de Nutrición, Actividad física y prevención de la Obesidad (NAOS). En la actualidad se está trabajando para incorporarlo a la implementación local, siguiendo la línea de trabajo de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención del SNS (EPSyP). También, se ha incorporado al Proyecto europeo PERVEMAC II (PEsticidas, Residuos en VEgetales, en la MACaronesia), que es un Proyecto de Cooperación en Investigación y Desarrollo sobre los beneficios y riesgos por la ingesta de productos vegetales para la salud de los consumidores en el ámbito geográfico de la Macaronesia y para el desarrollo de estrategias de minimización de dichos riesgos, cuya implementación se realizará en las escuelas de Cabo Verde.

1. [WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: body mass index and level of overweight among 6-9-year-old children from school year 2007/2008 to school year 2009/2010](#). Wijnhoven TM, van Raaij JM, Spinelli A, Starc G, Hassapidou M, Spiroski I, Rutter H, Martos É, Rito AI, Hovengen R, Pérez-Farinós N, Petrauskiene A, Eldin N, Braeckevelt L, Pudule I, Kunešová M, Breda J. BMC Public Health. 2014 Aug 7; 14:806. doi: 10.1186 / 1471-2458-14-806
2. Estudio de Prevalencia de obesidad infantil (ALADINO) (**AL**imentación, **A**ctividad física, **D**esarrollo **IN**fantil y **O**besidad), 2011. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia NAOS (Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad). Disponible en: http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/detalle/estudio_ALADINO.htm
3. Estudio ALADINO en Canarias. Estudio de vigilancia del crecimiento, alimentación, actividad física, desarrollo infantil y obesidad en Canarias. Ed. Servicio de Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública. 2015. Disponible en: <http://www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=047ca401-29fd-11e5-bfb0-bdcd7104fbae&idCarpeta=0428f5bb-8968-11dd-b7e9-158e12a49309>

10. OBJETIVOS

En este apartado debe cumplimentar el objetivo principal y en su caso objetivos específicos de la experiencia. Deben estar claramente definidos, acordes con la experiencia que se desarrolla y ser concisos. Estos objetivos deben presentar correlación clara con los resultados e indicadores que se cumplimenten en el apartado de evaluación.

OBJETIVOS GENERALES

Promocionar la alimentación saludable y la actividad física para reducir la prevalencia de sobrepeso y obesidad, en la población infanto-juvenil de nuestra Comunidad Canaria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Plantear actuaciones coordinadas desde los Servicios de Salud y de Educación.
- Realizar intervenciones de promoción de la alimentación y actividad física para la prevención de la obesidad infanto-juvenil, en el ámbito escolar, desarrolladas a modos de talleres, para diferentes grupos de edad, sexo, condición social, y otros determinantes sociales.
- Incrementar el conocimiento de la frecuencia de consumo de los alimentos.

11. CONTEXTO Y POBLACIÓN DIANA

Se explicitará el ámbito específico al que se refiere y se dirige la experiencia y su alcance (territorial, sectorial, asistencial, etc.), así como la población diana (población general, profesionales, servicios sanitarios, etc.) objeto de la experiencia.

La implementación del programa se encuentra en la línea de las estrategias nacionales e internacionales: Estrategia mundial sobre régimen alimentario y salud (OMS 2004), Estrategia Salud 2020 (Health 2020), Estrategia para la Nutrición, Actividad física prevención de la Obesidad (NAOS) 2005, Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención del SNS.

Se toma como punto de partida los contenidos del Programa PIPO cuyos documentos iniciales fueron llevados a cabo por un grupo de pediatras de atención primaria y especializada, y nutricionista, coordinado por la Dirección General de Salud Pública (DGSP).

Todos contribuyeron en la difusión e implementación de los contenidos del programa en los centros de salud de la CCAA de Canarias. También se realizó un curso de formación on line “La obesidad infantil: de la teoría a la práctica”, realizado en la plataforma de tele-formación de la Consejería de Educación y Universidades del Gobierno de Canarias.



Disponibles en: <http://www.programapipo.com/>

Los documentos elaborados han sido:

- **Guía pediátrica de la alimentación** pautas de alimentación y actividad física de 0 a 18 años
<http://www.programapipo.com/guia-pediatrica/>
- **Menús saludables** desde los 4 hasta los 18 años.
<http://www.programapipo.com/menus-saludables/>

Los materiales contenidos están dirigidos a: *Profesionales sanitarios*, como instrumento de comunicación con las familias durante la consulta pediátrica. *A las familias, escolares y adolescentes*, para que aumente su adherencia a una alimentación saludable y al ejercicio físico, con el fin de que adopten hábitos saludables, que impidan el desarrollo de la obesidad y sus comorbilidades. *A docentes*, como material de apoyo en sus intervenciones escolares.

Disponibles en: <http://www.programapipo.com/> Documentos en versiones español e inglés y han generado hasta la actualidad un total de 545.561 visitas y 476.911 usuarios.

Durante el proceso se constata que se requiere un desarrollo específico para escolares, por lo que se decide efectuar acciones de implementación en el ámbito escolar, dando cumplimiento a la Ley de Seguridad Alimentaria y Nutrición (Ley 17/2011) donde se contempla la importancia de la educación nutricional en la escuela (capítulo VII, Artículos 39, 40.1 y 40.2).

Las acciones para la implementación de un programa de intervención para la prevención de la obesidad infantil en el ámbito educativo, se ha desarrollado como proyecto formativo desde el Servicio de Promoción de la Salud de la DGSP, en colaboración con técnicos de la Consejería de Educación y la Universidad de La Laguna. En una primera fase es destacable la participación municipal, por acuerdo entre la DGSP y el Ayuntamiento de Adeje, localidad del suroeste de la isla de Tenerife, para elaborar un proyecto piloto en forma de talleres, para realizar en los todos Centros de Educación Primaria del municipio.

Se dio cobertura a centros educativos urbanos y rurales donde se reúne una variedad de escolares de diferentes orígenes (canarios, peninsulares, países europeos, Latino-América y de países africanos y asiáticos), una diversidad sociocultural y económica de la población, en los que también participaron alumnado con discapacidad (psíquica, motora, visual, este último acompañado por una tutora de la ONCE).

En el curso escolar 2013-2014 se realizó el 1ª taller (PIPO I) para escolares de 1º curso de Educación Primaria (6 años), que según los datos del estudio ALADINO, es una población que aún no se ve afectada de forma determinante por hábitos de alimentación insanos y por el ocio sedentario, por lo que la promoción de la alimentación saludable y actividad física es fundamental, para que se adquieran hábitos de vida saludables, desde las primeras etapas de la vida.

En el curso escolar 2014-15 se amplió el trabajo a otros centros escolares de la zona centro, norte y sur de la isla, realizándose el 1º Taller (PIPO I) y un nuevo taller (PIPO II) para el 2º curso de Educación Primaria.



El trabajo de alimentación saludable y actividad física para la prevención de la obesidad infantil se enmarcó dentro del programa de colaboración con la Universidad de La Laguna en el Proyecto Action for Health que promueve reducir las desigualdades en salud, además de ser un programa Co-financiado por DG SANCO Health programme (European Union). <http://eurohealthnet.eu/>
<http://www.programapipo.com/wp-content/uploads/2016/09/Action-plans-in-practice-Implementation-of-strategicobjectives.pdf>

Por último, a través de un acuerdo de colaboración con la Gerencia de Atención Primaria, las valoraciones antropométricas de los escolares fueron realizadas por los equipos de pediatras y enfermería pediátrica de los centros de salud de referencia, que se desplazaron a los centros escolares durante la realización de los talleres. Los talleres fueron llevados a cabo por estudiantes de enfermería y psicólogos, que fueron previamente formados para el desarrollo de los mismos, siguiendo las Guías metodológicas de cada taller, para la adecuada utilización de los materiales y el cumplimiento de los cuestionarios de evaluación.

12. METODOLOGÍA

En este apartado se valorará especialmente la claridad con que se expone y la sistemática de la misma, así como el hecho de aportar y poner a disposición -cuando proceda- los instrumentos o herramientas utilizados para llevar a cabo la experiencia a la que se refiere. Si la metodología y/o instrumentos utilizados se encuentran disponibles en alguna página Web institucional (nacional o internacional) será preciso referenciarla en este apartado, aunque luego figure en la bibliografía.

Seguendo el Acuerdo Marco de colaboración entre las Consejería de Sanidad y la Consejería de Educación y Universidades, para la promoción de la salud en la escuela, el proceso de implementación escolar ha sido colaborativo y ha permitido el trabajo de difusión y formación por el personal de ambas Consejerías, responsables de una atención integral y normalizada a la infancia y adolescencia.

Conociendo los resultados del Estudio ALADINO en Canarias, que la obesidad incrementa su prevalencia a partir de los 7 años de edad, se decide desarrollar y consensuar talleres, para el alumnado de los primeros cursos de primaria.

TALLERES PIPO <http://www.programapipo.com/taller-de-alimentacion-saludable/>

En el curso escolar 2013-14 se elabora un primer taller I de Alimentación Saludable, destinado a escolares de 1º curso de Educación Primaria (6 años). Se realiza un pilotaje en los seis Centros de Educación Infantil y Primaria (CEIP) del municipio de Adeje, en la isla de Tenerife. Dándose respuesta a una demanda municipal para la realización de actuaciones de promoción de alimentación saludable y actividad física para los escolares del municipio. Toda la implementación se encuentra enmarcada dentro del programa europeo Action for Health, en el plan para reducir las desigualdades en salud.

<http://www.programapipo.com/taller-de-alimentacion-saludable/>

<http://www.programapipo.com/wp-content/uploads/2016/09/Action-plans-in-practice-Implementation-of-strategicobjectives.pdf>



El taller I se ha desarrollado siguiendo el modelo del cuento infantil elaborado en el Proyecto DELTA titulado *“En busca de la alimentación perdida, un paseo por las pirámides”*, el cual fue guionizado para dar dinamismo y facilitar la participación de los escolares de forma interactiva, de forma grupal (primera parte del taller) e individual (segunda parte del taller).

Al mismo tiempo y siguiendo la metodología del estudio ALADINO, se realizó un cuestionario a los padres, madres y escolares, sobre hábitos de alimentación y de actividad física. Se realizó estudio antropométrico de los escolares intervenidos, para valorar su situación ponderal (Anexos 1,2,3). La metodología del taller se encuentra descrita en le Guía didáctica Taller de alimentación saludable 1º curso. La actividad educativa se complementó con realización de ejercicio físico estructurado, llevado a cabo por el profesorado de educación física del centro. Disponible en: <http://www.programapipo.com/taller-de-alimentacion-saludable/taller-de-alimentacion-primer-ciclo-de-primaria/>

Se realizó la evaluación del taller a escolares participantes, sobre el conocimiento aprendido durante el mismo, ahondando en la procedencia de los alimentos, la frecuencia de consumo y el desayuno completo (Anexo 4) y a los profesores y monitores (Anexo 5). Finalmente, se les motivó para ser agentes de salud en su entorno con la entrega de una Tarjeta de agente se salud (Anexo 6) y materiales del Programa para su difusión en las familias.

Los resultados de la evaluación están disponibles en:

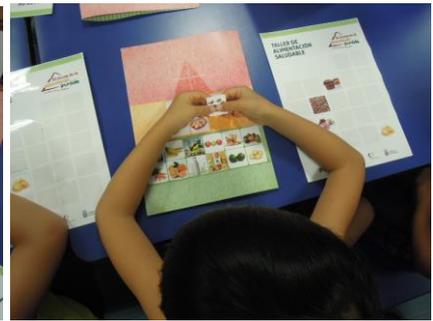
<http://www.programapipo.com/taller-de-alimentacion-saludable/taller-de-alimentacion-primer-ciclo-de-primaria/>

<http://www.programapipo.com/wp-content/uploads/2016/09/Estudio-Taller-Alimentación-PIPO-Adeje-2014.pdf>





Taller lúdico con actividad grupal



Taller lúdico con actividad individual



Taller lúdico de ejercicio físico

En el siguiente curso escolar 2014-15 se elaboró el segundo taller II de Alimentación Saludable, destinado a escolares de 2º curso de Educación Primaria (7 años), en los mismos colegios donde se realizaron el taller I y en otros CEIP de la isla: Santiago del Teide, La Laguna, Icod de los Vinos y Tacoronte. A través del taller II se refuerzan los conocimientos aprendidos en el taller I (Anexo I), se hace evaluación antropométrica (Anexo 2) y evaluación del taller por el profesorado (Anexo 3). La metodología del taller II se encuentra descrita en le Guía didáctica de alimentación saludable. 2º curso. <http://www.programapipo.com/taller-de-alimentacion-saludable/taller-de-alimentacion-segundo-ciclo-de-primaria/>





13. EVALUACIÓN

• INDICADORES.

Se pondrá especial atención en indicar explícitamente y de forma clara cuales han sido los indicadores empleados para la evaluación de la experiencia que se presenta, concretando fuentes utilizadas para su obtención, fórmula cuando proceda, etc. En caso de evaluación cualitativa, indicar agentes/actores, ejes de análisis, etc.

- Indicadores antropométricos: Peso, talla, IMC y perímetro de cintura. Guía Didáctica Taller I (Anexo I), Guía Didáctica Taller II (Anexo 2).
- Indicadores de Hábitos de alimentación y actividad física realizado por la familia, en consonancia al realizado en el Estudio ALADINO lo que permite su comparación. Guía didáctica Taller I (Anexo 2)
- Cuestionario de Hábitos de alimentación y actividad física realizado a escolares participantes en consonancia al realizado en el Estudio ALADINO lo que permite su comparación. Guía didáctica Taller I (Anexo 3)
- Cuestionario de conocimientos aprendidos, post taller dirigido a escolares. Guía didáctica Taller I (Anexo 4), Guía Didáctica Taller II (Anexo 1).
- Evaluación de la actividad y materiales (profesorado y monitores). Guía didáctica Taller I (Anexo 5), Guía Didáctica Taller II (Anexo 3).

Disponibles en:

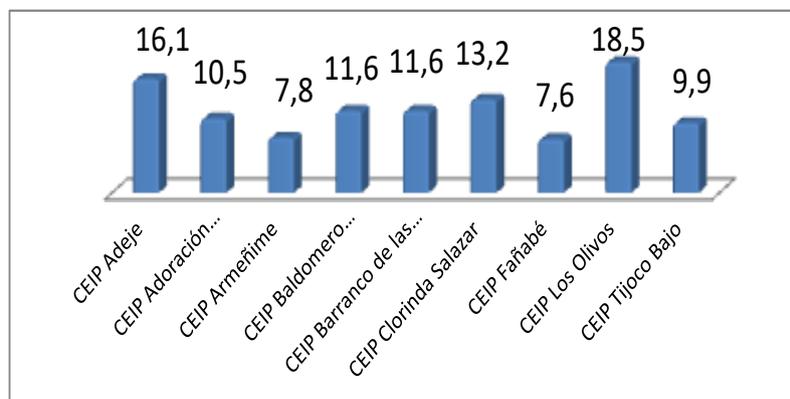
<http://www.programapipo.com/wp-content/uploads/2016/07/Gu%C3%ADa-Did%C3%A1ctica-PIPO-I.pdf>

<http://www.programapipo.com/wp-content/uploads/2016/09/Guía-Didáctica-PIPO-II.pdf>

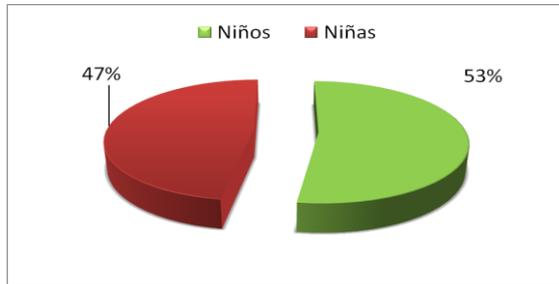
• RESULTADOS.

Además de los datos correspondientes se aportarán gráficos o tablas que faciliten su visualización e interpretación.

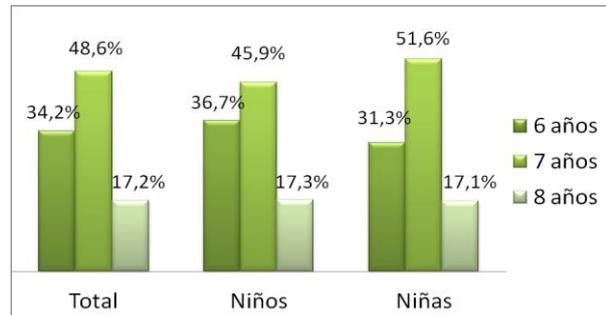
En el estudio piloto en el que se realizaron los dos talleres de alimentación saludable y actividad física, participaron 9 centros y 897 escolares (niños: 52.5%; niñas: 47,5%) de 6-8 años (6 años: 34.2%; 7 años: 48,6%; 8 años: 17.2%) (Gráficas 1, 2, 3).



Gráfica 1. CEIP participantes y porcentaje de participación.

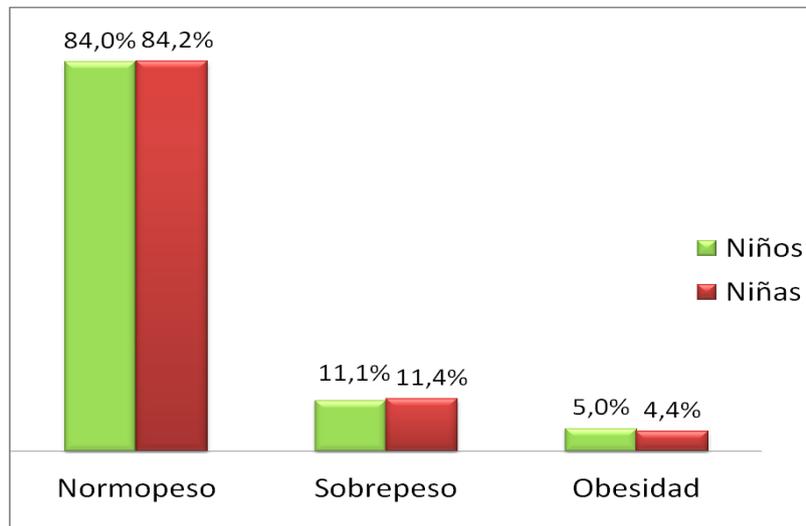


Gráfica 2. Distribución por sexo



Gráfica 3. Distribución por edad y sexo

Se realizó la valoración antropométrica de los escolares previa solicitud de consentimiento informado. Los datos son: normopeso (niños 84%, niñas 84,2%), sobrepeso: (niños 11.1%; niñas 11.4%) y obesidad: (niños 5%, niñas 4.4%) no existen diferencias significativas (Gráfica 4).

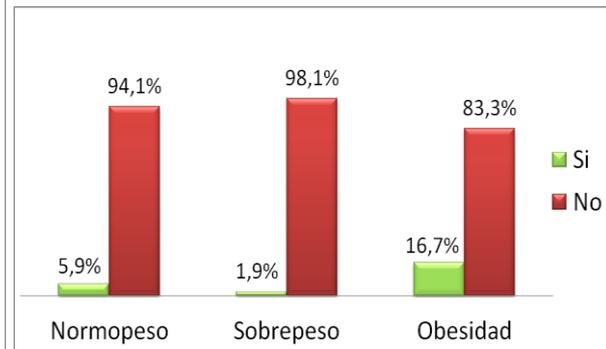
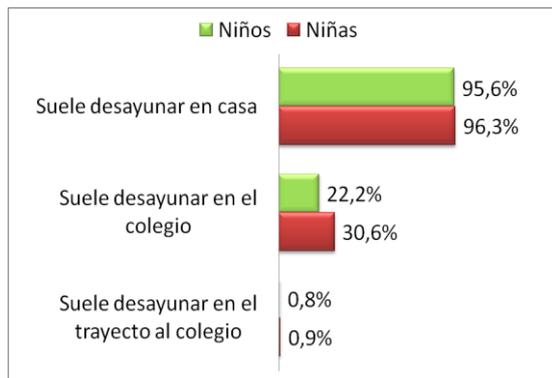


Gráfica 4. Situación ponderal según sexo (OMS)

Encuesta de hábitos de alimentación: El 97,5% de los escolares desayunan a diario no encontrando diferencia entre sexos, ni en las diferentes edades. No se encontró correlación con la situación ponderal en relación a la ingesta del desayuno. El desayuno completo lo realizan el 49.3% de los escolares. No existen diferencias entre sexo ni en las distintas edades.

Las niñas desayunan más en el colegio (Gráfica 5) y consumen más legumbres que los niños ($p < 0.01$). Actividad física: Los escolares con normopeso realizan más actividades los fines de semana que el resto ($p < 0.01$). Tener ordenador, videoconsola, TV o DVD en el dormitorio de relaciona con sobrepeso y obesidad ($p < 0.01\%$) (Gráfica 6).

Los talleres han capacitado a los escolares sobre: la procedencia de los alimentos, frecuencia de consumo y su distribución en la pirámide de la alimentación. Evaluación del aprendizaje y motivación para ser agentes de salud en su entorno.



Gráfica 5. Lugar del desayuno

Gráfica 6. Tener ordenador, videoconsola o TV en dormitorio

De la encuesta realizada al alumnado destaca que el 80,5% come fruta a diario, los escolares de mayor edad tienen una ingesta superior ($p>0.05$). El 73,5% refieren comer verdura u hortaliza, a diario (NS ni con el género ni con la edad). El 80,7% comen a diario cereales, existiendo un bajo porcentaje de ingesta de cereales integrales, superior en escolares de 7 años ($p>0.05$). La bollería industrial la comen varias veces a la semana el 37,1%, siendo superior en los niños ($p>0.05$) y en los escolares de mayor edad (8 años) ($p>0.05$). Consumen golosinas y los refrescos varias veces a la semana el 27,4% (NS entre niño/niña), si se observa mayor consumo a medida que se incrementa la edad ($p>0.05$).

La actividad física valorada por los mismos escolares se realizó a través de un gráfico a modo de termómetro graduado del 0 al 10. Se consideraban activos en el recreo, con una valoración de 8,30, siendo más activos los niños que las niñas ($p>0.05$). La actividad física desciende del mismo modo entre ambos sexos, cuando salen del colegio, con una valoración de 7,34.

Finalizado el taller en el aula, se refuerzan los hábitos de alimentación saludable con una respuesta afirmativa a las cuestiones tales como: ¿Es bueno para tu salud desayunar todos los días? (97,3%); ¿Es buen para tu salud hacer un desayuno completo? (Lácteos, cereales y fruta fresca) (92,4%); ¿Es bueno para tu salud comer fruta a diario? (95,3%); ¿Es bueno para tu salud comer alternando verdura o ensalada a diario? (93,9%); ¿Es bueno para tu salud comer lácteos a diario? (84,6%); ¿Es bueno para tu salud comer cereales integrales? (83,7%); ¿Te comprometes repasar al finalizar el día si has comido, lácteos, frutas, verduras y cereales? (92,2%).

Durante la realización del taller II, se refuerza los conceptos de frecuencia de consumo de los alimentos siguiendo la pirámide de alimentación del taller I, aunque utilizando otra metodología. Se les cuestiona sobre la frecuencia de consumo de alimentos a través de unas fichas con las imágenes de una serie de alimentos que deben rellenar. Ante la pregunta del consumo diario, el alumnado tiene un porcentaje de acierto alto ($>85\%$), los alimentos que tiene un menor porcentaje de acierto, es decir que el alumnado no identifica con la frecuencia de consumo diario, son: pan, arroz, papas.



A la pregunta sobre frecuencia de consumo, de los alimentos ubicados en la parte media de la pirámide (consumo semanal), el alumnado tiene un porcentaje de acierto menos (75%).

En relación a la frecuencia de los alimentos localizados en el vértice de la pirámide (consumo ocasional), el 86,6% del alumnado identifica bien estos alimentos, siendo las niñas las que más aciertos tiene (NS). También identifican estos alimentos por su alto contenido en azúcar y grasas (82,1%).

Por último, los niños y niñas participantes en el taller, se comprometieron a enseñar a su familia y amigos, a fin de recuperar la alimentación perdida, actuando de ese modo como agentes de salud en su entorno.

Más información del Estudio Taller de Alimentación I y II, PIPO Isla de Tenerife 2015, disponible en: <http://www.programapipo.com/taller-de-alimentacion-saludable/taller-de-alimentacion-segundo-ciclo-de-primaria/>

http://www.programapipo.com/wp-content/uploads/2016/09/2015_-Inf_Taller-de-alimentación_v6.pdf

La intervención ha permitido alcanzar los objetivos con los recursos económicos del servicio y están permitiendo la continuidad de los talleres en otros centros escolares de las islas.

Se implementará en los colegios de Cabo Verde dentro del Proyecto Europeo PERVEMAC II (PEsticidas, Residuos en VEgetales en la región de la MACaronesia), estando destinada nuestra actuación en el fomento de la dieta saludable basada en el consumo de frutas y hortalizas frescas.

Todos los recursos de la implementación escolar están disponibles en la web del programa PIPO.

14. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

En aquellos casos en que los resultados obtenidos en la evaluación hayan permitido establecerlas. Estas podrán emitirse tanto en caso de resultados positivos obtenidos, como en caso de resultados no esperados y/o resultados negativos, que hayan implicado el establecimiento y articulación de medidas correctoras para mejorar la calidad de la intervención realizada.

- Las acciones para la implementación de un programa de intervención para la prevención de la obesidad infantil, se encuentran en línea con las estrategias nacionales e internacionales.
- Se ha realizado un proyecto piloto para la implementación en población escolar del primer ciclo de Educación Primaria.
- La participación escolar ha sido amplia y las familias han facilitado el consentimiento para su ejecución y han respondido a las encuestas solicitadas.



- La prevalencia de sobrepeso y obesidad, de la población escolar participante en el estudio piloto, es menor que la encontrada en el Estudio ALADINO en Canarias.
- El estudio piloto ha servido para valorar la efectividad de la actividad, los materiales, el aprendizaje de escolares, a la vez que ha posibilitado la incorporación de niños y niñas de otras etnias y países, que participaron activamente aún no conociendo en su totalidad la lengua en la cual se desarrollaba el taller, dado la facilidad visual de los materiales. El alumno con discapacidad visual, pudo participar durante todas las actividades con la ayuda de la monitora y de algunos compañeros, que voluntariamente le informaban sobre lo que se iba desarrollando en el aula.
- Los talleres han servido para educar en la procedencia de los alimentos y la frecuencia de consumo, siguiendo la guía de la pirámide de la alimentación.
- Los talleres de alimentación saludable y actividad física, una vez hecho el pilotaje, han seguido desarrollándose en diferentes CEIP de las islas.
- El programa y el taller I de educación de alimentación saludable y actividad física se ha incorporado al Programa Europeo PERVEMAC II de Cooperación Territorial (INTERREG 2014-2010) (MAC/1.1a/049) para el fomento de la alimentación saludable basada en el consumo de frutas y hortalizas frescas, en los centros escolares de Educación Primaria de Cabo Verde, por lo que se hace transferencia de la actividad a un país en vías de desarrollo y se incorpora otro idioma al programa, el portugués.

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos facilitados en la ficha podrán ser incorporados a ficheros necesarios para la gestión de esta convocatoria, así como al buscador o plataforma de difusión de las experiencias seleccionadas y clasificadas como Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud. Por tanto, al rellenar esta ficha, se da consentimiento institucional y personal para que los datos recogidos en la misma sean recopilados y procesados para ser incluidos en la base de datos que alimente en su momento el buscador o plataforma de difusión del Catálogo de BBPP del SNS a través de la página Web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.



MEMORIA Experiencia Candidata

Este documento tendrá como máximo una extensión de **15 páginas**. En su totalidad, se utilizará letra **Arial tamaño 11 con interlineado de 1,5**.

1. ESTRATEGIA A LA QUE SE PRESENTA

Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS.

2. TÍTULO DE LA EXPERIENCIA

MEDIDAS DE ACOMPAÑAMIENTO PARA EL ABORDAJE ESCOLAR DE UN PLAN DE FRUTAS Y VERDURAS.

Enlace a sitio web (si procede):

http://www.gobcan.es/agricultura/icca/temas_promocion/plan_frutas/

<http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=934b5fe8-5af0-11e6-899d-871d09e3921a&idCarpeta=0428f5bb-8968-11dd-b7e9-158e12a49309>

<http://www.programapipo.com/actividades-con-pipo/plan-de-frutas-y-verduras-en-la-escuela/>

3. DATOS DE LA ENTIDAD Y PERSONA RESPONSABLE

- **CCAA: CANARIAS**
- **Nombre de la entidad: INSTITUTO CANARIO DE CALIDAD AGROALIMENTARIA (ICCA) Y SERVICIO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA (DGSP)**
- **Domicilio social (incluido Código Postal):** Av. Buenos Aires nº 5, 38071 Santa Cruz de Tenerife y Av. San Sebastián nº 75, 38005 Santa Cruz de Tenerife.
- **Persona titular de la Dirección o Gerencia de la entidad responsable.** *En caso de ser calificada finalmente como Buena Práctica, se le comunicará también formalmente, además de a la persona técnica responsable del equipo que presenta la candidatura:*
 - Nombre y apellidos: JOSÉ FERNANDO DÍAZ-FLORES ESTÉVEZ (ICCA)
JOSÉ JUAN ALEMÁN SANCHEZ (DGSP)
 - E-mail: jdiaest@gobiernodecanarias.org
jalesans@gobiernodecanarias.org
 - Teléfonos: 922 92 20 95 // 922 47 49 00
- **Datos de contacto de la persona técnica responsable de la candidatura¹:**



- Nombre y apellidos: ROSA GLORIA SUAREZ LÓPEZ DE VERGARA
- E-mail: rsualop@gobiernodecanarias.org
- Teléfonos: 922 95 11 90 // 629 694 581

4. DATOS DEL RESTO DEL EQUIPO RESPONSABLE DE LA CANDIDATURA

Nombre y apellidos	E-mail	Teléfono	Puesto de trabajo	Entidad
Aguasanta Navarrete García	anavgar@gobiernodecanarias.org	922592736	Jefa del Servicio de Coordinación del Área Técnica de Calidad Agroalimentaria	Instituto canario de Calidad Agroalimentaria
M ^a Dolores Suárez Santana	lolasuarez@me.com	922262707	Psicóloga clínica	MD Suárez Salud
Benito Robaina Rodríguez	brobrodc@gobiernodecanarias.org	928307548	Jefe del Servicio	Servicio de Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública
Calixto Herrera Rodríguez	clherrod@gobiernodecanarias.org	928213429	Coordinador del Programa escuela y salud.	Dirección General de Ordenación, Innovación y Promoción Educativa. Consejería de Educación

5. ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

Marcar con una X donde corresponda.

	Estatal
X	Comunidad Autónoma
	Provincial
	Municipal
	Área de Salud (sector, distrito, comarca, departamento...)
	Zona básica de salud
	Otro (especificar):

6. PERÍODO DE DESARROLLO

- **Fecha de inicio: Curso escolar 2015-2016**
- **Actualmente en activo: Si**

Prevista su finalización: Las Medidas de acompañamiento continúan realizándose dentro del Plan en cada curso escolar.

7. LÍNEA DE ACTUACIÓN

Marcar con un X la línea de actuación de la Estrategia en la que se considera que está enmarcada esta experiencia.

Línea de actuación	Intervención en población sana sobre factores de riesgo de enfermedades no transmisibles (prioritariamente: tabaco, actividad física y consumo de riesgo de alcohol), en los entornos y poblaciones priorizadas en la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS.	X
	Detección precoz e intervención sobre fragilidad y caídas en la población mayor.	
	Intervención para promover la salud y el bienestar emocional en la población infantil / programa de parentalidad positiva.	

8. ENTORNO DE ACTUACIÓN

Marcar con un X el entorno/s en que se desarrolla esta experiencia.

Línea de actuación	Entorno sanitario / Sistema de Salud.	X
	Entorno comunitario/ local	
	Otros entornos (especificar: educativo, deportes, etc.)	Educativo, Agricultura

9. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

*Que justificó la realización de la experiencia. La **Guía de Ayuda para la Cumplimentación de la Memoria** será de gran ayuda para orientar qué tipo de información será especialmente relevante en este apartado además de los datos propios del análisis (ejemplo: información sobre sistemática general de búsqueda de la evidencia científica que lo sustentó, datos desagregados por sexo, datos de estructura, organización, etc.).*

El consumo de fruta y verdura en la población atendiendo a las sucesivas Encuestas Nacionales de Salud (ENS), se encuentra por debajo de las recomendaciones. En el informe realizado en 2014, donde se analizan las sucesivas ENS del periodo comprendido entre 2001 y 2012, referente al consumo de alimentos, se aprecia que el consumo de fruta y verdura, desciende en relación con la edad, el consumo es insuficiente en la población más joven respecto a la de mayor edad. Además, existe un consumo insuficiente de fruta y verdura en los grupos de menor nivel de estudios.

Debido al escaso consumo de estos productos a nivel mundial, la OMS realiza unas recomendaciones de consumo de fruta y verdura de 400 gramos diarios, a fin de mantener la salud. Estas recomendaciones se basan en el conocimiento que un menor consumo, se relaciona con el padecimiento de las Enfermedades No Transmisibles (ENT), entre las que se encuentran las enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2 y algunos tipos de cáncer.

Al mismo tiempo en 2008, la Comisión Europea hace un planteamiento a los Estados Miembros para desarrollar un plan, con el fin de invertir la tendencia existente del bajo consumo de frutas y verduras en la población e incentivar a los jóvenes para que aprecien que la fruta y la verdura son alimentos que benefician la salud.

En 2009 la Unión Europea, en el marco de la Organización Común de Mercados, acordó cofinanciar el Plan junto con los Estados Miembros participantes, que con carácter voluntario se incorporaron, siguiendo los criterios para su ejecución. España se incorpora al Plan desde sus comienzos en el curso 2009-10.

La CCAA de Canarias también se incorpora al Plan desde el curso de 2009, encontrándose alineada con la Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (Estrategia NAOS), de la Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN), y al Informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil.

El Plan consiste en la distribución de fruta y verduras para que sean consumidas durante el recreo por la población escolar, de este modo se trata de facilitar su degustación fuera del horario de otras comidas, además de promover una degustación continuada durante varias semanas sucesivas. Todo ese proceso debe ir complementado con unas medidas de acompañamiento (MA), que son medidas didácticas cuyo objetivo es motivar el consumo de estos productos y garantizar la eficacia del Plan. Las MA son actividades educativas realizadas bien en el momento

de la degustación o en el aula, durante el periodo de distribución de la fruta y la verdura, a fin de incrementar el conocimiento sobre el cultivo, época de cultivo y recolección, procedencia, comercialización, así como profundizar sobre la importancia que tiene su consumo para el mantenimiento de la salud.

Con este Plan se pretende potenciar el consumo de estos productos en la población escolar de Educación Infantil y Primaria (de 3 a 12 años) y promover hábitos de vida saludable que contribuyan a prevenir la obesidad y enfermedades asociadas. Constituye, por tanto, una medida de gran potencial educativo, pedagógico y socio-sanitario, para complementar y enriquecer la tarea de promoción y educación para la salud, que los centros educativos desarrollan día a día con su alumnado, incidiendo en una etapa evolutiva crucial en la que los niños y niñas están construyendo su sistema de valores, sus hábitos y estilos de vida. Además, desde el punto de vista social, ofrecer estos productos a un número elevado de escolares, permite una igualdad de oportunidades, para la adquisición de estos hábitos, contribuyendo de ese modo a la cohesión social.

BIBLIOGRAFIA

1. Gutiérrez-Fisac JL, Suárez M, Neira M, Regidor DE. Tendencia de los principales factores de riesgo de enfermedades crónicas. España, 2001-2011/12. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014. NIPO 680-14-133-9.
2. Encuesta Nacional de Salud de España 2011/12. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm>
3. Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (Estrategia NAOS). Disponible en: http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/seccion/estrategia_naos.htm
4. Informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil. Organización Mundial de la Salud 2016. ISBN 978 92 4 351006 4. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206450/1/9789243510064_spa.pdf
5. Plan de acción para prevenir la obesidad infantil 2014-2020. Disponible en: http://www.aesan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/observatorio/childhoodobesity_actionplan_2014_2020_en.pdf

10. OBJETIVOS

En este apartado debe cumplimentar el objetivo principal y en su caso objetivos específicos de la experiencia. Deben estar claramente definidos, acordes con la experiencia que se desarrolla y ser concisos. Estos objetivos deben presentar correlación clara con los resultados e indicadores que se cumplimenten en el apartado de evaluación.

OBJETIVOS GENERALES

Promover el consumo de frutas y verduras en la población escolar de Canarias y contribuir a la promoción de la alimentación saludable y la actividad física para la prevención de la obesidad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. A través de la actividad educativa (medidas de acompañamiento), establecer vínculos entre la agricultura, el medio ambiente, la alimentación, la actividad física y la salud, favoreciendo el consumo de los productos de temporada y de producción local.
2. Incrementar el conocimiento de los aspectos de cultivo, temporalidad, procedencia y comercialización de las mismas y concienciar sobre la importancia de su consumo: aspectos dietéticos y nutritivos de los productos.
3. Valorar la repercusión que sobre la salud tiene la ingesta diaria de las diferentes frutas y verduras.
4. Promover una alimentación saludable y actividad física diaria. Fomentar su adhesión al Plan como agentes de salud en su entorno.

11. CONTEXTO Y POBLACIÓN DIANA

Se explicitará el ámbito específico al que se refiere y se dirige la experiencia y su alcance (territorial, sectorial, asistencial, etc.), así como la población diana (población general, profesionales, servicios sanitarios, etc.) objeto de la experiencia.

Para desarrollar el Plan de Frutas y Verduras (Plan FyV) se iniciaron reuniones de coordinación antes del inicio del curso escolar 2015-16 entre el Instituto Canario de Calidad Agroalimentaria (ICCA) de la Consejería de Agricultura, Ganadería, Pesca y Aguas, la Dirección General de Salud Pública (DGSP) de la Consejería de Sanidad y la Dirección General de Ordenación, Innovación y Promoción Educativa (DGOIPE) de la Consejería de Educación y Universidades, para elaborar la estrategia y poner en marcha el Plan y sus Medidas de Acompañamiento (MA).

Se consensuaron los criterios de inclusión al Plan para poder participar de forma voluntaria los centros docentes públicos de Canarias. Se incluyeron centros pertenecientes a la Red Canaria de Escuelas Promotoras de Salud y otros centros escolares interesados, en función de la situación socioeconómica de la población escolar y la disponibilidad de los recursos.

En el curso 2015-2016 participaron 170 centros escolares, con una población total de 2.032 docentes y 44.445 alumnos.

En el curso 2016-2017 participaron 212 centros escolares y un total de 55.828 alumnos.

Se realizaron sucesivas reuniones técnicas para elaborar los materiales didácticos que sirvieran de refuerzo para el consumo de fruta y verdura en la población escolar. Se realizaron las MA con sus contenidos, diseños y maquetación. Se elaboraron 3 talleres, uno para cada grupo de edad (3-5; 6-8 y 9-12 años).

Los talleres fueron llevados a cabo por el profesorado de los centros, que recibieron formación previa, dada la evidencia de la fundamental contribución del profesorado como un instrumento eficaz para que los niños y niñas conozcan las frutas y las verduras, así como que se acostumbren a consumirlas.

Los productos que han sido distribuidos a la población escolar participante han sido alimentos frescos de excelente calidad y en su momento óptimo de madurez, para favorecer su degustación. Han sido siempre productos locales y de temporada, de ese modo se minimizan costes, tanto del producto como de la logística de distribución, además de conseguir menor impacto medioambiental motivado por el transporte, a la vez que se valora el hecho educativo hacia los y las escolares acercándoles a su realidad productiva agrícola local, el conocimiento de los productos y su procedencia.

12. METODOLOGÍA

En este apartado se valorará especialmente la claridad con que se expone y la sistemática de la misma, así como el hecho de aportar y poner a disposición -cuando proceda- los instrumentos o herramientas utilizados para llevar a cabo la experiencia a la que se refiere. Si la metodología y/o instrumentos utilizados se encuentran disponibles en alguna página Web institucional (nacional o internacional) será preciso referenciarla en este apartado, aunque luego figure en la bibliografía.

El Plan F y V se desarrolló como en los cursos previos, realizando una distribución gratuita de frutas y verduras a los centros seleccionados, de acuerdo a los criterios establecidos.

Para el abordaje escolar de las medidas didácticas (MA), que constituye la propuesta de este proyecto, se han efectuado los siguientes pasos:

1. Realización de las MA: contenidos didácticos consensuados con Educación, diseños gráficos y maquetación.
2. Elaboración de jornadas de formación.
3. Evaluación. Complimentación de cuestionarios de evaluación.

1. Materiales didácticos (MA).

Dado que, desde que se implantó el Plan en la CCAA, no se habían elaborado unas MA que contuvieran una metodología de implementación en el aula, se decidió realizar unas MA homogéneas para todos los centros educativos participantes, que fueran pilotadas durante un periodo de tiempo para evaluar su impacto y eficacia. Durante el curso escolar 2015-16 se inició el proceso de trabajo de forma coordinada con los técnicos de la Consejería de Educación y Universidades, y de ese modo permitir un abordaje global y uniforme para todos los colegios,

donde se incluyó un sistema de evaluación. Los materiales han ido actualizando en el presente curso escolar 2016-17, con la incrementación de contenidos, incorporación de nuevas fichas y juegos, que permiten ir incentivando la participación escolar.

Toda la información se encuentra contenida en la Guía didáctica de las Medidas de Acompañamiento del Plan de Frutas y Verduras.

<http://www.programapipo.com/actividades-con-pipo/plan-de-frutas-y-verduras-en-la-escuela/>



<http://www.programapipo.com/wp-content/uploads/2017/04/Guía-Didáctica-PFV-baja-resolucion.pdf>

Se han elaborado 3 talleres lúdicos, uno para cada grupo de edad (3-5; 6-8 y 9-12 años), con una parte informativa/expositiva de los contenidos teóricos y otra parte práctica/lúdica con juegos de mesa para cada grupo.

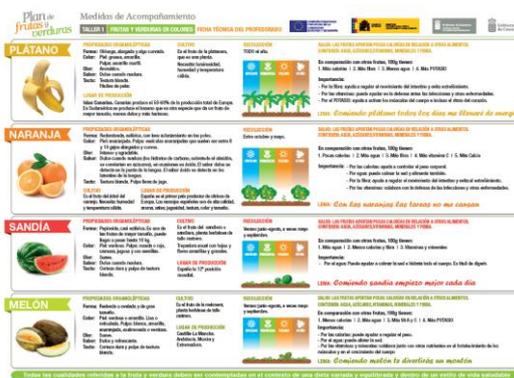


Taller 1: “Frutas en colores” dirigido a la población escolar de 3-5 años, que cursa Educación infantil. Contenidos: Guía didáctica, presentación digital del taller, ficha técnica del profesorado, panel de frutas y verduras, ficha de frutas, fichas de colores, fichas de planta-árbol, ficha de recolección, fichas de salud, folletos para el alumnado (curso 2015-16) y salvamantel (curso 2016-17), láminas para colorear, cuestionario de evaluación para el profesorado.

<http://www.programapipo.com/actividades-con-pipo/plan-de-frutas-y-verduras-en-la-escuela/taller-1-frutas-en-colores/>



Panel de frutas y verduras (Taller 1)



Ficha del Profesorado (Taller 1)

Taller 2: "Sopa de frutas I" dirigido a la población escolar de 6-8 años, que cursa el 1º, 2º y 3º curso de Educación Primaria. Contenidos: Ficha técnica del profesorado, presentación digital del taller, lámina de "Sopa de frutas I", folletos para el alumnado (curso 2015-16) y salvamantel (curso 2016-17), cuestionario de evaluación para el profesorado.



Ficha del Profesorado. Plátano (Taller 2)



<http://www.programapipo.com/actividades-con-pipo/plan-de-frutas-y-verduras-en-la-escuela/taller-2-plan-de-frutas-y-verduras/>

Taller 3: "Sopa de frutas II" dirigido a la población escolar de 9-12 años, que cursa 4º, 5º y 6º curso de Educación Primaria. Contenidos: Ficha técnica del profesorado, presentación digital del taller, lámina de "Sopa de frutas II", folletos para el alumnado (curso 2015-16) y salvamantel (curso 2016-17), cuestionario de evaluación para el profesorado y para el alumnado.

Plan de Frutas y Verduras | Medidas de Acompañamiento | TALLER 3 | COMO DE FRUTAS Y VERDURAS | FICHA TÉCNICA DEL PROFESORADO

TOMATE

PLANTA PRODUCTORA: Tomate

RECOLECCIÓN: Casi todo el año

SABOR: DULCE

CONSUMO RECOMENDADO: Diario

APORTACIÓN NUTRITIVA: En relación a otras hortalizas

IMPORTANCIA: POR LAS CALORÍAS, POR LA FIBRA, POR LAS VITAMINAS, POR EL AGUA, POTASIO

TODOS LOS DÍAS 5 RACIONES DE FRUTAS Y VERDURAS

En los estudios ganan los combates comiendo tomates

Todos los beneficios referidos a la fruta y verdura deben ser contemplados en el contexto de una dieta variada y equilibrada y dentro de un estilo de vida saludable.

Plan de Frutas y Verduras | Medidas de Acompañamiento | TALLER 3 | COMO DE FRUTAS Y VERDURAS | FICHA TÉCNICA DEL PROFESORADO

TOMATE

PROPIEDADES ORGANOLEPTICAS

CULTIVO

LUGAR DE PRODUCCIÓN

RECOLECCIÓN

APORTACIÓN NUTRITIVA

IMPORTANCIA

CONSUMO RECOMENDADO

PREVENCIÓN DE LAS VERDUMBAS APORRANDO POCAS CALORÍAS EN RELACIÓN CON OTROS ALIMENTOS. CONTIENE: AGUA, FIBRA, VITAMINAS Y MINERALES.

IMPORTANCIA

PREVENCIÓN DE LAS VERDUMBAS APORRANDO POCAS CALORÍAS EN RELACIÓN CON OTROS ALIMENTOS. CONTIENE: AGUA, FIBRA, VITAMINAS Y MINERALES.

PREVENCIÓN DE LAS VERDUMBAS APORRANDO POCAS CALORÍAS EN RELACIÓN CON OTROS ALIMENTOS. CONTIENE: AGUA, FIBRA, VITAMINAS Y MINERALES.

Ficha del Profesorado. Tomate (Taller 3)

<http://www.programapipo.com/actividades-con-pipo/plan-de-frutas-y-verduras-en-la-escuela/taller-2-plan-de-frutas-y-verduras/>

Para cada uno de los talleres se han elaborado fichas con imágenes e iconos que relacionan cada uno de los aspectos contenidos en el Plan: Ficha de la fruta y verdura, planta productora, tiempo de la recolección, el sabor del producto en su óptimo nivel de maduración, consumo recomendado a lo largo del día, aportación nutritiva en relación a otras frutas, iconos que relacionan la importancia de su consumo para la salud en el contexto de una alimentación completa y equilibrada, lemas de salud, recomendación de consumo diario.

Comiendo plátano todos los días me llenaré de energía

Con las naranjas las tareas no me cansan

Comiendo sandía empiezo mejor cada día

Comiendo melón te divertirás un montón

La barriga estará tranquila con la papaya y la papaina

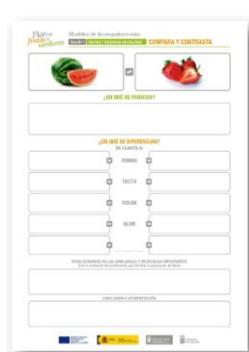
Comiendo fresas la mente se despeja

Comiendo manzana mantengo la boca sana

Con las peras subo y bajo escaleras



La duración estimada de cada taller es de 45 minutos. Además del taller debidamente estructurado, se hacen otras propuestas de actividades complementarias: preguntas dinamizadoras, compara y contrasta, juego del veo-veo, adivinanzas, refranes adaptados a cada grupo de edad, "momentos frutas en familia". Los materiales están disponibles en soporte digital y en papel.



Se enviaron materiales de los tres talleres a los centros escolares participantes para la realización de las MA.: Guías didácticas, Fichas técnicas del profesorado de cada fruta y verdura, Tablero y Fichas de frutas y verduras (Taller 1), láminas para colorear (taller 1), Láminas de "sopa de frutas I (taller 2), Láminas de sopa de frutas II (taller 3), crucigramas (taller 2 y 3 durante el curso 2016-17), Folletos para el alumnado participante en el Plan, Memorias USB de 8 GB con los contenidos del taller, cuestionario de evaluación para el profesorado y cuestionario de evaluación para el alumnado. En el curso escolar 2016-17 se distribuyó un salvamantel.

A parte de todos los materiales que han sido enviados en formato papel, se ha elaborado una presentación de Power point de cada taller, para que pueda ser utilizada por el profesorado en el aula si así lo considera, dicha presentación se encuentra en el UBS junto con el resto de los materiales digitalizados.



Imagen del salvamantel que se ha entregado a un total de 54.848 alumnos en el curso 2016-17

2. Jornadas de formación.

Durante el curso 2015-16 se elaboraron 9 jornadas de formación dirigida a las personas responsables del Plan en los centros y a todo el profesorado que pudiera participar en las mismas, con el objetivo de profundizar en el Plan, en los materiales y la metodología de las MA. El programa de formación se llevó a cabo durante el periodo comprendido desde el 12 al 27 de abril,

fue impartido en los Centros de Educación del Profesorado (CEP) de las respectivas islas: Tenerife, La Palma, La Gomera, el Hierro, Gran Canaria, Lanzarote y Fuerteventura. Asimismo, se programó un periodo de consulta abierta, antes del inicio del plan y durante su ejecución, para permitir el seguimiento de las MA, la resolución de problemas o dudas, a fin de servir de apoyo al profesorado. La formación estaba encaminada a conseguir que cada taller siguiera la metodología indicada en la Guía didáctica y reforzar al final de cada uno, hábitos de vida y alimentación saludables, la práctica de actividad física diaria y control del ocio sedentario, para la prevención del sobrepeso y la obesidad infantil.

La distribución de la fruta y verdura en los recreos favorecía no solamente la degustación de los diferentes productos, sino se trataba de relacionarlos con la actividad física que se llevaba a cabo durante ese horario destinado a un ocio activo.

Durante este curso 2016-17 se ha continuado en la misma línea de actuación estando los resultados pendientes de realizar, dado que la actividad se ha finalizado el 30 de junio de 2017.

3. **Evaluación.** Se elaboraron diferentes cuestionarios para valorar tanto los materiales como el desarrollo de la actividad.

- *Cuestionario del profesorado*, donde se preguntaba sobre: la logística del Plan, la formación recibida, la coordinación y resolución de dudas sobre las MA, la recepción de la fruta y verduras, la implicación del colegio y del alumnado, la recepción y calidad de los materiales didácticos, ejecución en el aula, incorporación de conocimientos y cambio de actitud del alumnado, entre otros aspectos.
- *Cuestionario del alumnado* del 3º ciclo de Primaria que realizaron el 3º taller, a fin de conocer la frecuencia de consumo, la degustación de las diferentes frutas y verduras ofertadas, valoración de su aceptación, y otros aspectos del taller.

La implicación de los padres y madres en la puesta en marcha del Plan es fundamental por lo que se instó al profesorado para que intentaran lograr su participación, dado que de ese modo se logrará la consolidación del objetivo con el reforzamiento de su consumo en los hogares. Por ello, se les ha propuesto: colaborar en el reparto y degustación de la fruta durante los recreos, ayudar al profesorado reforzando los mensajes de salud, visitando mercados y fincas, incorporando mensajes de salud a toda la familia, incrementando el consumo de fruta y verdura en la familia y siendo agentes de salud en el entorno de su comunidad.



Para realizar la evaluación y obtener resultados se realizó una base de datos con los cuestionarios recibidos. El análisis estadístico se ha efectuado con el programa estadístico SPSS. La significación estadística tanto para porcentajes como para valores medios se utiliza el método Bonferroni con un nivel de confianza del 95%, en el caso de los porcentajes se utilizan las comparaciones de proporciones (pruebas z) o chi cuadrado y en el caso de medias se utiliza las comparaciones de medias (pruebas t).



Imágenes de la actividad de los talleres con escolares



13. EVALUACIÓN

• INDICADORES.

Se pondrá especial atención en indicar explícitamente y de forma clara cuales han sido los indicadores empleados para la evaluación de la experiencia que se presenta, concretando fuentes utilizadas para su obtención, fórmula cuando proceda, etc. En caso de evaluación cualitativa, indicar agentes/actores, ejes de análisis, etc.

- Cuestionario del profesorado. Guía didáctica (Anexo 10). Se realizan 15 preguntas sobre materiales y ejecución del taller.
- Cuestionario del alumnado. Guía didáctica (Anexo 20). Se realizan 12 preguntas sobre frecuencia de consumo, degustación de frutas y verduras, valoración de materiales y ejecución del taller.
- Cuestionario de evaluación de los recursos (in situ o telefónico).

Disponibles en: <http://www.programapipo.com/wp-content/uploads/2017/04/Guía-Didáctica-PFV-baja-resolucion.pdf>

• RESULTADOS.

Además de los datos correspondientes se aportarán gráficos o tablas que faciliten su visualización e interpretación.

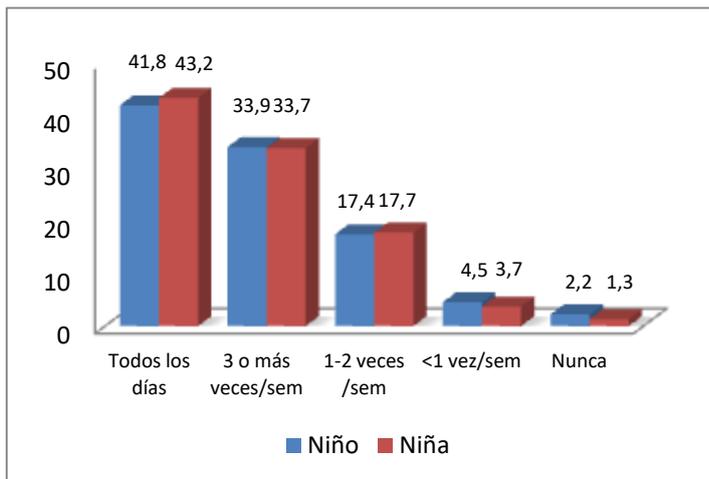
Evaluación del profesorado:

Del total de los 170 centros que participaron durante el curso 2015-16, realizaron la encuesta un total de 144 centros (84.7%). Participaron 1.575 docentes, encontrando que la distribución por género corresponde un porcentaje más alto de mujeres (79%) que de hombres (17.7%). Según edad: ≥ 45 años: 45,9%; <45 años: 29,9% y no especificaron la edad el 24,2%. El profesorado ha evaluado las MA a través de 15 preguntas (Guía didáctica, Anexo 10) con una puntuación elevada, mostrando su satisfacción con el funcionamiento y desarrollo de los talleres, destacando la participación del alumnado. En relación el género, los hombres han realizado una valoración superior a las mujeres ($p \leq 0.05$) en algunos aspectos del cuestionario: Las MA se han desarrollado según estaba previsto; el taller ha generado interés en el alumnado para aumentar el consumo de frutas; la participación del alumnado y la disponibilidad de los materiales.

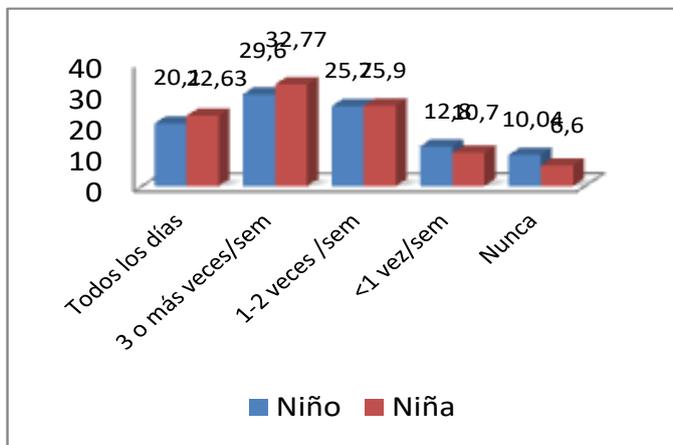
Evaluación del alumnado:

Del total de los 170 centros escolares, participaron en la evaluación de las MA del Plan FyV el alumnado de 134 centros (78.8%). Un total de 7.690 alumnos: 3.485(50%) niños y 3.720 (48,4%) niñas. El alumnado fue consultado sobre la frecuencia de consumo de fruta, verdura y ensaladas, además de su valoración sobre las MA.

Frecuencia de consumo de fruta: solo el 42.4% consumen fruta a diario, existiendo porcentajes de consumo menores a medida que desciende la frecuencia: 3 o más veces a la semana (33.5%), 1-2 veces a la semana (17.8%), menos de 1 vez a la semana (4.1%) y nunca (1.8%). Existe diferencia significativa en el género: los niños tienen menor ingesta (nunca ingieren fruta), en relación a las niñas ($p \leq 0.05$).



Frecuencia de consumo de fruta y género



Frecuencia de consumo de verdura y género

Por grupo de edad: <10 años consume a diario más fruta que el resto de los grupos de mayor edad, apreciándose que los de mayor edad ingieren fruta con menor frecuencia (3 o más veces a la semana) ($p \leq 0.05$). Los y las escolares de >12 años realizan un consumo aún menor de fruta (menos de una vez a la semana) respecto al resto de los otros grupo de edad ($p \leq 0.05$), es decir, a medida que aumenta la edad, disminuye la frecuencia de consumo de fruta. No existe diferencia significativa entre islas.

Frecuencia de consumo de verduras: sólo el 21.2% ingiere verdura a diario, el resto de escolares hace unas ingestas inferiores: 3 o más veces a la semana (31.0%), 1-2 veces a la semana (25.9%) menos de 1 vez a la semana (11.8%) y nunca (8.4%). Por género: un 22.6% de las niñas realiza un consumo todos los días y un 32.8% realiza un consumo de 3 o más veces a la semana, superior cuando se compara con los niños; que tienen en un 12.8% en consumo de menos de 1 vez a la semana o un 10.0% nunca la consumen ($p < 0.05$). Por grupo de edad: a medida que se incrementa la edad disminuye significativamente la frecuencia de consumo, aumentando el porcentaje de escolares que consumen 1-2 veces verdura a la semana o nunca. Existen diferencias significativas entre las islas que pueden consultarse en el documento de evaluación.



Frecuencia de consumo de ensaladas: el 26,0% del alumnado consume ensaladas de 1-2 veces a la semana y un 24,6% que consumen ensalada de 3 o más veces a la semana. Existe un mayor porcentaje de alumnos y alumnas que refieren no comer nunca ensaladas (18,6%), que los que refieren comer todos los días (14,8%). Dado que la recomendación de consumo diario es de verduras y hortalizas conjuntamente (alternar productos cocinados y crudos), se reagruparon las respuestas. Se observa que las niñas hacen un consumo diario de verdura y ensaladas superior a los niños ($p < 0.05$), no existiendo diferencias significativas de consumo en relación a la edad del alumnado. Existen diferencias entre islas que pueden ser consultadas en el documento de evaluación.

Se les consultó por el reparto, degustación de la fruta y verdura durante el desarrollo del Plan, así como su valoración sobre los materiales didácticos. Los resultados se encuentran en el informe del Plan apreciándose diferencia de aceptación de los diferentes productos entre niños y niñas.

El resultado de la valoración de la actividad (Anexo 20) puede consultarse en el Informe del Plan. Destaca que las niñas dan una valoración superior para cada una de las cuestiones realizadas en comparación a los niños ($p \leq 0.05$). El 87.8% del alumnado mostró interés para seguir realizando talleres de frutas y verduras. El porcentaje de alumnado que quiere realizar nuevos talleres es elevado entre ambos sexos, y las niñas muestran un interés superior a los niños. También la edad influye observándose que los de menor edad tienen un interés superior en este tipo de taller, que los de mayor edad ($p \leq 0.05$).

Evaluación de las MA Disponible en: <http://www.programapipo.com/actividades-con-pipo/plan-de-frutas-y-verduras-en-la-escuela/evaluacion-de-las-medidas-de-acompanamiento/>

Se tiene previsto la valoración del incremento de consumo a medida que se implemente el seguimiento de las MA en los sucesivos años.

Las MA han servido de modelo para implementar actividades similares en las actuaciones del Proyecto Europeo PERVEMAC II (PEsticidas, Residuos en VEgetales en la región de la MACaronesia), dentro de la actuación de fomento de la dieta saludable basada en el consumo de frutas y hortalizas frescas.

14. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

En aquellos casos en que los resultados obtenidos en la evaluación hayan permitido establecerlas. Estas podrán emitirse tanto en caso de resultados positivos obtenidos, como en caso de resultados no esperados y/o resultados negativos, que hayan implicado el establecimiento y articulación de medidas correctoras para mejorar la calidad de la intervención realizada.

- Las medidas de acompañamiento elaboradas para la población escolar, han sido útiles para homogeneizar el aprendizaje sobre la importancia que tiene para la salud el consumo de frutas y verduras, lo que redundará en la prevención de la obesidad infantil.



- La participación del profesorado y del alumnado ha sido amplia lo que ha permitido la evaluación de los talleres.
- Las MA realizadas han servido de modelo para implementarlas dentro del Proyecto Europeo PERVEMAC II de Cooperación Territorial (INTERREG 2014-2010) (MAC/1.1a/049) para el fomento de la alimentación saludable basada en el consumo de frutas y hortalizas frescas, en los centros escolares de Cabo Verde, por lo que se hace transferencia de la actividad a un país en vías de desarrollo.

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos facilitados en la ficha podrán ser incorporados a ficheros necesarios para la gestión de esta convocatoria, así como al buscador o plataforma de difusión de las experiencias seleccionadas y clasificadas como Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud. Por tanto, al rellenar esta ficha, se da consentimiento institucional y personal para que los datos recogidos en la misma sean recopilados y procesados para ser incluidos en la base de datos que alimenta en su momento el buscador o plataforma de difusión del Catálogo de BBPP del SNS a través de la página Web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

MEMORIA Experiencia Candidata

Este documento tendrá como máximo una extensión de **15 páginas**. En su totalidad, se utilizará letra **Arial tamaño 11 con interlineado de 1,5**.

1. ESTRATEGIA A LA QUE SE PRESENTA

Promoción de la Salud y Prevención

2. TÍTULO DE LA EXPERIENCIA

Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados. Implantación de una Guía de Buenas Prácticas de la Registered Nurses' Association of Ontario:

Prevención de caídas y lesiones derivadas de las caídas en personas mayores

Enlace a sitio web (si procede): <http://www.evidenciaencuidados.es/es/index.php/primera-cohorte>

3. DATOS DE LA ENTIDAD Y PERSONA RESPONSABLE

- **CCAA:** Salud Castilla y León (SACYL)
- **Nombre de la entidad:** Hospital Medina del Campo (HMC)
- **Domicilio social (incluido Código Postal):** C/ Peñaranda nº 24 . 47400 Medina del Campo
- **Persona titular de la Dirección o Gerencia de la entidad responsable.** *En caso de ser calificada finalmente como Buena Práctica, se le comunicará también formalmente , además de a la persona técnica responsable del equipo que presenta la candidatura:*
 - Nombre y apellidos: F. Javier Vadillo Olmo – Director Gerente del HMC y HCUV
 - E-mail: fjvadillo@saludcastillayleon.es
 - Teléfonos: 983838000 Ext .88529
- **Datos de contacto de la persona técnica responsable de la candidatura¹:**
 - Nombre y apellidos: M^a Pilar Rodríguez Soberado
 - E-mail: mprodriguez@saludcastillayleon.es
 - Teléfonos: 9838380002

4. DATOS DEL RESTO DEL EQUIPO RESPONSABLE DE LA CANDIDATURA

Nombre y apellidos	E-mail	Teléfono	Puesto de trabajo	Entidad
M ^a Teresa Sánchez Muñoz	mtsanchezm@saludcastillayleon.es	983838002	Directora de Enfermería	HMC
Lucía Zúñiga Blanco	lzunigabl@saludcastillayleon.es	983838000 Ext. 88528	Jefe de Unidad	HMC

¹ Aquella persona de contacto que hará de interlocutora con el MSSSI y proporcionará más información técnica acerca de la intervención/experiencia presentada como candidatura a BBPP en caso de ser necesario.



Sofía Martín Monjas	smartinmon@saludcastillayleon.es	983838000 Ext. 88538	Jefe de Unidad	HMC
Esther Pino Morales	epino@saludcastillayleon.es	983838000 Ext. 88369	Jefe de Unidad	HMC

5. ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

Marcar con una X donde corresponda.

	Estatal
	Comunidad Autónoma
	Provincial
	Municipal
	Área de Salud (sector, distrito, comarca, departamento...)
	Zona básica de salud
X	Otro (especificar): Programa Internacional de implantación de Guías de Buenas Prácticas (GBP) en cuidados RNAO® (Registered Nurses' Association of Ontario). Proyecto liderado en España tras el convenio firmado en el 2011 por RNAO®, Investen/Isccii (Instituto de Salud Carlos III) y Centro Colaborador de Joanna Briggs para formar parte de los Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (CCEC®)/BPSO ® (Best Practice Spotlight Organizations) http://www.evidenciaencuidados.es/ http://www.evidenciaencuidados.es/es/attachments/article/41/Hospital_Medina_del_Campo.pdf http://www.evidenciaencuidados.es/es/attachments/article/46/D0021_PreencionCaidas_2011.p

6. PERÍODO DE DESARROLLO

- **Fecha de inicio:** Febrero de 2012
- **Actualmente en activo:** Si
Implantación 2012-2014. Acreditación Enero 2015
Sostenibilidad 2015-16. 1ª Reacreditación Enero 2017
- **Prevista su finalización:** Solicitada 2ª Reacreditación Enero 2019 (sostenibilidad 2017-18).

7. LÍNEA DE ACTUACIÓN

Explicitar la línea de actuación de la Estrategia en la que se considera que está enmarcada esta experiencia. Aunque se admiten hasta un máximo de 3, es recomendable que sólo se señale la línea principal. En cualquier caso, señale ésta en primer lugar.

ÁREA ESTRATÉGICA (línea de actuación) ²	Promoción de la salud y Prevención: Detección precoz e intervención sobre fragilidad y caídas en la
---	--

² Se refiere a las líneas de actuación de la Estrategia a la que se presenta esta experiencia como candidata a Buena Práctica: dichas líneas son las que figuran en las páginas 10-12 de la **Guía de Ayuda para la Cumplimentación de la Memoria**.

población mayor

8. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Que justificó la realización de la experiencia. La **Guía de Ayuda para la Cumplimentación de la Memoria** será de gran ayuda para orientar qué tipo de información será especialmente relevante en este apartado además de los datos propios del análisis (ejemplo: información sobre sistemática general de búsqueda de la evidencia científica que lo sustentó, datos desagregados por sexo, datos de estructura, organización, etc.).

El Hospital Medina del Campo (HMC) como Institución, previamente a la solicitud para formar parte de los Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (CCEC®), había colaborado de forma activa de las líneas estratégicas relacionadas con la calidad asistencial y las buenas prácticas marcadas por el Sistema Regional de Salud de Castilla y León, incluyendo dentro de sus objetivos del Plan Anual de Gestión, la elaboración y validación de planes estándar de cuidados de enfermería. Castilla y León mantiene un liderazgo en esta materia que se ha visto plasmado en el documento **“30 proyectos y un marco para avanzar en calidad”**, en el que el HMC participa como miembro activo en los proyectos 1 (“Facilitar la mejora de la efectividad y la traslación de la evidencia científica a la práctica diaria”), 6 (“Introducir herramientas que faciliten la adecuación en el uso de prestaciones en la práctica diaria y disminuyan la variabilidad de la práctica clínica”) y 13 (“Favorecer la participación del paciente en el autocuidado”).

Esta experiencia previa, que justificaba la implantación de las GBP de la RNAO®¹ se vio facilitada por la presencia dentro del equipo de Dirección de enfermería de una de las personas que ha liderado a nivel de la región de Castilla y León el grupo de Enfermería Basada en la Evidencia (EBE).

La implantación de la Guía de Buenas Prácticas (GBP) **“Prevención de caídas y lesiones derivadas de las caídas en personas mayores”**^{2,3} no fue casual, sino conscientes que siendo un hospital situado en un ámbito rural y demográficamente envejecido, las intervenciones según la evidencia científica que desarrollaba esta guía iban a poder ser aplicadas a un gran número de los pacientes; al mismo tiempo se comenzaría a trabajar en el campo de la seguridad y más específicamente la prevención para evitar efectos adversos, obteniéndose beneficios tanto para los pacientes como para la enfermería, a través de su desarrollo profesional y también para la propia Institución.

El compromiso de poder hacer frente, con buenos resultados, en dicho proyecto internacional, desarrollado en múltiples países con metodología estandarizada para la implantación de recomendaciones con grado de evidencia actualizado, estaba garantizado por experiencias previas de los profesionales del Centro en la implantación de nuevos proyectos que habían sido desarrollados con éxito, en años previos:

2011 Sistema informatizado de análisis clínicos, MODULAB

2010 Trazabilidad del material crítico. Contabilidad analítica del Centro. Implantación piloto de Castilla y León para la detección precoz del cáncer colo-rectal

2009 Implantación del programa informático de cuidados _ proyecto GACELA. RENACYL (registro de recién nacidos).

2008 Experiencia piloto de notificación de efectos adversos en urgencias. Plan hospitalario de Prevención de alergias al látex. Formación continuada _ Fosa. Sistema Español de Triage (SET) .Sistema de notificación de agresiones al personal de la Gerencia Regional de Salud.

2007 Digitalización de imagen en Radiología. Notificación de accidentes biológicos (EPINETAC).

Cronograma del proyecto GBP _RNAO “ Prevención de caídas en personas mayores “

1.- Previamente a la solicitud de Candidato a ser CCEC®, se realiza un estudio de la situación basal del Hospital (estructuras, recursos materiales y humanos, tipo de población atendida, número de caídas en años previos, conocimiento de los profesionales, registros, indicadores, etc).

2.- Elaboración de la documentación exigida por el Centro Coordinador en España (Investén/Instituto de Salud Carlos III).

3.- Comunicación oficial en Noviembre del 2011 como uno de los 8 centros de toda España que opta a ser candidatos a CCEC®.

4- En Febrero de 2012 se firma del Compromiso del HMC en el proyecto y se nombra del líder del proyecto en el HMC a una supervisora de área.

5.- Cronograma de actuación para 2012-2014:

- Estudio de la situación basal con los indicadores que posteriormente van a ser evaluados mensualmente por el Centro Coordinador.

- Equipo multidisciplinar involucrado: Enfermeras, equipo médico, TCAE, farmacéuticas, y fisioterapeutas.

- Formación específica del equipo multidisciplinar

- Cronograma de implantación:

- * Mes 1(marzo 2012)- El equipo de implantación realizará el plan de trabajo determinando responsabilidades y evaluando la preparación institucional y los obstáculos. Sesión informativa en el Centro.

- * Mes 2 y 3.- Adaptación de la guía y comienzo de elaboración de protocolos recomendaciones, escalas y/o formularios. Serán aprobados por la Comisión de Cuidados. Disponibilidad de los recursos y puesta en marcha. Sensibilización de pacientes/ familiares.

- * Mes 3 - Formación continuada a todos los profesionales de la unidad de Medicina Interna, previa a la implantación de las recomendaciones de la GBP en Mayo de 2012 (Medicina Interna fue designada unidad piloto del proyecto)

- * Meses sucesivos.- Evaluación y Análisis; información de resultados, reflexión, debate y propuestas de mejora (cada 6 meses). Puesta en marcha de propuestas de mejora. Actualización de conocimientos y elaboración del informe anual.

6.- Difusión del proyecto intra y extrahospitalario.

7.- En Noviembre 2013 la GBP se implanta en todas las unidades de hospitalización.

8.- Áreas de mejora y estudios específicos del Hospital.

9. OBJETIVOS

En este apartado debe cumplimentar el objetivo principal y en su caso objetivos específicos de la experiencia. Deben estar claramente definidos, acordes con la experiencia que se desarrolla y ser concisos. Estos objetivos deben presentar correlación clara con los resultados e indicadores que se cumplimenten en el apartado de evaluación.

Objetivo Principal

- Aumentar la confianza, conocimientos, aptitudes y habilidades de las enfermeras en la identificación de adultos que ingresan en el hospital que estén en riesgo de caídas y definir las intervenciones oportunas para su prevención.
- Reducir la incidencia de caídas.

Objetivos específicos

- Valorar, al ingreso, el grado de riesgo de caídas en pacientes ≥ 65 años.
- Identificar los factores de riesgo de caídas.
- Establecer intervenciones preventivas en el plan de cuidados, según factores de riesgo detectados.
- Disminuir la incidencia de caídas con lesión.
- Identificar las mejores prácticas en enfermería en el área de caídas en el entorno hospitalario.

10. CONTEXTO Y POBLACIÓN DIANA

Se explicitará el ámbito específico al que se refiere y se dirige la experiencia y su alcance (territorial, sectorial, asistencial, etc.), así como la población diana (población general, profesionales, servicios sanitarios, etc.) objeto de la experiencia.

HOSPITAL MEDINA DEL CAMPO. Best Practice Spotlight Organizations® (BPSO®).

El HMC como institución seleccionada a candidato a CCEC® adquiere el compromiso de implantar, evaluar y mantener durante 3 años el número de GBP preestablecido por la RNAO®, según la base de cada convocatoria. Una de las guías implantada fue “Prevención de caídas y lesiones derivadas de las caídas en personas mayores”. Tras este periodo de tiempo el Centro Coordinador certificará que dicha institución adquiere el estatus de CCEC® /BPSO®, si se cumplen las condiciones del acuerdo que se firmó previamente. Este certificado se renovará sucesivamente cada 2 años, siempre y cuando la institución continúe con las actividades de aplicación y mantenimiento de las buenas prácticas previamente implantadas.

El Hospital de Medina del Campo (HMC) es un hospital comarcal de 119 camas, perteneciente a la red pública de la Sanidad de Castilla y León (SACYL). La Dirección de Enfermería establece como prioridad el liderazgo en la gestión y la prestación de los cuidados más efectivos. En su esfuerzo por buscar una mejora continua de la calidad asistencial, acercando la evidencia, los resultados de la investigación en cuidados, a la práctica clínica, se presentó al

proceso selectivo de la primera cohorte (2012-2014) a candidatos al programa de CCEC® en España, resultando ser uno de los 8 centros seleccionados (el único centro de atención especializada en Castilla y León).

El HMC, como cualquier institución sanitaria, tiene la responsabilidad de mejorar la atención a los pacientes y sus familias, el desempeño profesional y la calidad de los servicios de salud. Era necesario dar el primer paso para transformar la enfermería a través del conocimiento, y principalmente en temas de seguridad del paciente. Esta decisión, previamente a la firma del compromiso, fue consensuada con los profesionales de enfermería, porque sin su compromiso y esfuerzo diario, sabíamos que no era posible realizar cambios en la práctica asistencial. Comenzar a caminar en el proyecto fue el primer paso para que frases como *"siempre se ha hecho así"*, *"aquí se hace así"*, etc... fueran pasado, y comenzáramos a crear una cultura que integrara la EBE como metodología de trabajo que permitiera disminuir la variabilidad de los cuidados, actualizar procedimientos, planes de cuidados y recomendaciones, el desarrollo del desempeño profesional, fomentar el trabajo de equipos multidisciplinares, el desarrollo de prácticas de evaluación continua de resultados con ciclos de mejora continua, incrementando la calidad de los cuidados y el nivel de salud de los pacientes.

El programa va dirigido a todos los pacientes ≥ 65 años que ingresan en el HMC, con independencia de la patología o motivo del ingreso (Diagrama de flujo Anexo I).

11. METODOLOGÍA

En este apartado se valorará especialmente la claridad con que se expone y la sistemática de la misma, así como el hecho de aportar y poner a disposición -cuando proceda- los instrumentos o herramientas utilizados para llevar a cabo la experiencia a la que se refiere. Si la metodología y/o instrumentos utilizados se encuentran disponibles en alguna página Web institucional (nacional o internacional) será preciso referenciarla en este apartado, aunque luego figure en la bibliografía.

1.- Responsabilidad de los profesionales

1.1 La Dirección de Enfermería nombró líder del programa de implantación a la supervisora de Formación y Calidad, que coordina las actividades de implantación y evaluación durante el período de candidatura, y la coordinación y comunicación en el HMC con el responsable y el grupo de trabajo multidisciplinar de la guía y el Centro Coordinador.

1.2 La figura de responsable de guía se adjudicó a la supervisora de la Unidad de Medicina Interna, teniendo entre sus funciones la evaluación de los indicadores.

1.3 Un grupo de trabajo multidisciplinar (constituido por enfermeras, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, médicos, farmacéuticos y fisioterapeutas) actúa como equipo coordinador, junto el líder del proyecto y el responsable de la guía, teniendo entre sus funciones: ejecutar la puesta en marcha del proyecto (adaptación de la guía, elaboración/revisión de protocolos, diseño de registros, etc.), asesorar en el seguimiento y planificación de las actividades que se van a realizar, la coordinación y la integración de las diferentes actuaciones propuestas.

1.4 Las formas de participación de los profesionales son muy variadas, pero hay una figura que merece especial interés y formación: los llamados **impulsores** (en inglés “*champions*”), que pueden o no pertenecer al grupo de coordinación. Los impulsores son enfermeras y otros profesionales que defienden la mejora en la práctica clínica y los cuidados en la Institución con el fin de difundir la evidencia, promoviendo su integración en la práctica diaria.

1.5 Se denominan **colaboradores** al resto de profesionales que realizan actividades para el cumplimiento de las recomendaciones de las guías implantadas. Sin la participación de los profesionales asistenciales no es posible desarrollar la EBE, ellos son los verdaderos autores del cambio.

2. Implantación de la GBP Prevención de caídas en personas mayores

La implantación se realiza teniendo como referente la “**Herramienta de implantación de buenas prácticas**” de la RNAO® (Toolkit)⁴ y el ciclo PDCA o estrategia de mejora continua en cuatro pasos:

2.1 Planificar (Plan)

2.1.1 Difusión de la iniciativa a todos los profesionales del Hospital, implicados o no en el desarrollo de esta guía, mediante reuniones generales y/o por colectivos.

2.1.2 Constituir un grupo multidisciplinar, liderado por enfermeras, grupo de trabajo.

2.1.3 Análisis del entorno: monitorización basal, conocer la situación de partida, con los indicadores del diccionario de indicadores de la GBP “Prevención de caídas” elaborado por el Centro Coordinador y RNAO®.

2.1.4 Formación del grupo coordinador e impulsores: en enfermería basada en la evidencia, estrategias para llevar a la práctica una GBP y actualización de conocimientos de la patología o problema de salud que se desarrolla en la guía a implantar.

2.1.5 Elaborar un esquema del plan de desarrollo y estrategias a desarrollar según los objetivos establecidos a corto, medio y largo plazo.

2.1.6 Cronograma de desarrollo e implantación de la GBP.

2.1.7 Operativizar cada una de las recomendaciones (**Anexo VIII**):

- Adaptación de las recomendaciones al contexto, integrando el rol de todos los profesionales y el de la institución.
- Elaborar o actualizar protocolos, elaborar planes de cuidados.
- Diseñar o actualizar registros (formularios, escalas de valoración, planes de cuidados, protocolos, etc.) para la historia clínica informatizada común para los 14 centros de atención especializada del SACYL.
- Elaborar material divulgativo, folletos informativos, dípticos de recomendaciones para el paciente y los profesionales.

- Consensuar y unificar la información/educación que los profesionales deben aportar al paciente y/o familia.
- Elaborar guía resumen con la adaptación de las recomendaciones al Centro (escalas de valoración, registros, protocolos, educación, etc...).
- Identificar las recomendaciones que hacen referencia a lagunas en la práctica y/o necesidades.

2.1.8 El material elaborado es remitido por el equipo de trabajo a la Comisión de Cuidados del hospital para su aprobación o modificación según sugerencias aportadas.

2.1.9 Diseñar un circuito de comunicación interna y externa.

2.1.10 Establecer estrategias que disminuyan la “resistencia al cambio”.

2.1.11 Formación de los profesionales de la unidad de implantación mediante un curso de 4 horas, acreditado y reconocido como horas de trabajo para la jornada laboral, siendo sus contenidos:

- Introducción a la cultura de enfermería basada en la evidencia
- La importancia de los registros de enfermería generales y específicos de la guía.
- Difusión y formación de los procedimientos: proceso, registros con ejemplos.

2.2 Hacer (Do)

2.2.1 Implantación de las recomendaciones en la práctica asistencial, con el apoyo del responsable de la guía e impulsores: realización de valoraciones mediante escalas consensuadas o validadas cuando están disponibles, cumplimentación de nuevos registros, ejecución de los nuevos protocolos, planes de cuidados, etc., entrega de dípticos informativos, apoyados con información verbal y garantizar la atención continuada, siguiendo los circuitos de comunicación preestablecidos.

En la unidad de hospitalización correspondiente, los pacientes ≥ 65 años son valorados al ingreso por la enfermera responsable del paciente según escala de Downton (**Anexo II**), escala validada en inglés e insertada en el aplicativo de registro de cuidados GACELA del SACYL (**Anexo III**); la puntuación obtenida determinará si el paciente se considera de alto riesgo de sufrir caídas (>2) o no.

Si tras dicha valoración el paciente es considerado de alto riesgo de caídas, en la historia clínica se distinguirá con una etiqueta roja, insertando un plan de cuidados con las intervenciones correspondientes de prevención de caídas (según taxonomía NIC), en función del riesgo que ese paciente presente; las intervenciones son multifactoriales y con el objetivo de reducir el número de caídas y/o la gravedad de las lesiones.

Si durante el ingreso el paciente sufre una caída, además de los cuidados asistenciales pertinentes, se cumplimentará el registro de caídas en el aplicativo GACELA (**Anexo IV**), se

revalorará al paciente de nuevo con la escala de Downton y se realizarán los cambios pertinentes en el plan de cuidados.

El asesoramiento verbal a pacientes/familiares para la prevención de caídas hospitalarias, se refuerza mediante la entrega de un folleto informativo al ingreso (**Anexo V**) así como breve video informativo en el canal 0 de las televisiones disponibles en cada habitación (**Anexo VI**).

Durante su ingreso, el paciente será revalorado por la escala de Downton tantas veces como cambios se produzcan en su estado físico o psíquico o administración o retirada de administración de medicamentos consideramos como susceptibles de favorecer las caídas.

Al alta hospitalaria, en el Informe de Continuidad de Cuidados, constara si el paciente tiene riesgo de caídas, así como si ha sufrido alguna caída. La información verbal para prevención de caídas domiciliarias, se reforzará con la entrega de un folleto informativo al alta (**Anexo VII**).

2.2.2 Extensión de la implantación de las GBP a otras Unidades. La unidad de Medicina Interna donde se implantó en mayo de 2012, se consideró unidad piloto hasta la difusión de la guía al resto de las unidades de hospitalización en el 2013.

2.2.3 Garantizar el buen funcionamiento de los circuitos de comunicación:

- Internos: mediante reuniones periódicas del responsable de la guía con los profesionales de la unidad, los impulsores, el equipo de trabajo y/o seguimiento y el líder y/o la dirección de Enfermería.

- Externos: a través de sesiones de intercambio del conocimiento con el Centro Coordinador y otros BPSOs®.

2.3 Verificar (Check)

Para mejorar es necesario medir, y lo que no se mide, no es evaluable.

2.3.1 Monitorización y evaluación programada de los indicadores de estructura, proceso y resultado comunes a todos los CCEC® obtenidos de los datos: muestreo de pacientes dados de alta que cumplen los criterios de inclusión en la GBP prevención de caídas:

- Los cinco últimos días hábiles de cada mes durante los tres primeros años, (periodo de acreditación).

- Los dos o tres últimos días hábiles de cada mes en los dos años siguientes (periodo de reacreditaron).

2.3.2 Inclusión de datos en la plataforma online CarEVID®

2.3.3 Medición periódica de indicadores relacionados con cada guía, establecidos por el propio Centro, como objetivos de la calidad de los cuidados.

2.3.4 Inclusión de algunos indicadores en el Plan Anual de Gestión (PAG).

2.3.5 Realizar informes por GBP implantada, siguiendo modelo del programa BPSO®:

- Cuatrimestral durante el periodo de acreditación.
- Semestral durante el periodo de reacreditación.

2.3.6 Auditorias externa anual del Centro Coordinador.

2.3.7 Memoria anual y bianual o trianual según acuerdo firmado.

Los datos son recogidos por la supervisora responsable de la guía a partir de las Historias Clínicas informatizadas y de los registros hospitalarios. Este proceso de evaluación con lleva siempre un ejercicio de autocrítica por parte de los profesionales y equipo de coordinación de la guía, identificando las áreas de mejora e incorporar de cambios.

2.4 Actuar (Act)

La implantación de GBP no es un proceso estático. La estrategia de mejora es desarrollada por el grupo coordinador y los profesionales asistenciales que asumen el rol de “impulsores” del proyecto. Ambos grupos son coordinados por el responsable de cada guía, con el apoyo del líder del proyecto lo que favorece la evaluación de los resultados y la toma de decisiones modificando los distintos procesos, si es necesario.

Estrategias fundamentales en el proceso de mejora continua son:

2.4.1. El óptimo funcionamiento de los circuitos de comunicación diseñados permite valorar la efectividad de las recomendaciones y las dificultades en su implantación mediante:

- Feedback con el grupo de trabajo y con los profesionales mediante reuniones o información gráfica en los tabloneros de anuncios de las unidades.
- Feedback del líder del proyecto y responsable de la guía con la Dirección de Enfermería y/o Gerencia.
- Feedback del Centro Coordinador en España y otros BPSO® (videoconferencias).

2.4.2 El Centro Coordinador periódicamente realiza un análisis de la evolución de plan general de implantación, desarrollo y evolución de las GBP implantadas, detección de barreras, grado de cumplimiento de las recomendaciones, evolución de los resultados conseguidos mediante los indicadores específicos de cada guía; que nos aportan una visión objetiva y externa de posibles áreas débiles a trabajar, puntos fuertes a mantener y/o propuestas de nuevas estrategias.

3. Sostenibilidad de las GBP

3.1 Continuidad de los grupos de trabajo multidisciplinares.

3.2 Implicación de nuevos impulsores

3.3 Formación continuada y de los profesionales de nueva incorporación “ad hoc”

3.4 Mantenimiento de las GBP implantadas y detección de áreas de mejora y solución de problemas.

3.5 Revisión y actualización del plan de implantación.

3.6 Adaptación de las recomendaciones, si los recursos disponibles cambian.

3.7 Mantenimiento y actualización de los circuitos de comunicación / Feedback.

3.8 Elaboración de informes semestrales y memorias anuales y bianuales como todos los CCEC®/ BPSO®.

3.9 Difusión del programa y resultados a nivel regional y nacional (póster, comunicaciones, ponencias y publicaciones).

3.10 Simposio Anual de Intercambio de Conocimientos con BPSO® y profesionales interesados en la transferencia del conocimiento científico a la práctica clínica (Madrid).

3.11 Desarrollo de proyectos de investigación y difusión de los mismos

12. EVALUACIÓN

• INDICADORES.

Se pondrá especial atención en indicar explícitamente y de forma clara cuales han sido los indicadores empleados para la evaluación de la experiencia que se presenta, concretando fuentes utilizadas para su obtención, fórmula cuando proceda, etc. En caso de evaluación cualitativa, indicar agentes/actores, ejes de análisis, etc.

I.- Indicadores de estructura

Monitorización, según tabla enviada por el Centro Coordinador, antes de cada acreditación.

Fuente utilizada: estudio de los recursos disponibles.

II.- Indicadores de Proceso

1.- Porcentaje de pacientes ≥ 65 años que han recibido una valoración utilizando una herramienta fiable* validada al ingreso **

$$\frac{\text{Nº de pacientes } \geq 65 \text{ años que han recibido una valoración al ingreso}}{\text{Nº de pacientes ingresados } \geq 65 \text{ años}} \times 100$$

Nº de pacientes ingresados ≥ 65 años

2.- Porcentaje de pacientes ≥ 65 años que han recibido una valoración utilizando una herramienta fiable¹ tras habiendo sufrido una caída o un cambio de estado

$$\frac{\text{Nº de pacientes } \geq 65 \text{ años que han recibido valoración tras caída o cambio de estado}}{\text{Nº de pacientes } \geq 65 \text{ años que han sufrido una caída o cambio de estado}} \times 100$$

Nº de pacientes ≥ 65 años que han sufrido una caída o cambio de estado

3.- Porcentaje de pacientes ≥ 65 años en riesgo de caídas*** con un plan de prevención de caídas y lesiones derivadas*

$$\frac{\text{Nº de pacientes en riesgo de caídas } \geq 65 \text{ años con un plan de prevención de caídas}}{\text{Nº total de paciente en riesgo de caídas } \geq 65 \text{ años}} \times 100$$

Nº total de paciente en riesgo de caídas ≥ 65 años

4.- Porcentaje de pacientes con medidas de contención física, ambientales o químicas ≥ 65 años.*

$$\frac{\text{Nº de pacientes con medidas de contención física, ambiental o química } \geq 65 \text{ años}}{\text{Nº de pacientes totales en riesgo } \geq 65 \text{ años}} \times 100$$

Nº de pacientes totales en riesgo ≥ 65 años

III.- Indicadores de Resultados

1.- Tasa de caídas con o sin lesiones ≥ 65 años *

$$\frac{\text{Nº de pacientes } \geq 65 \text{ años han sufrido una caída}}{\text{Nº de pacientes } \geq 65 \text{ años en riesgo de caída}} \times 100$$

Nº de pacientes ≥ 65 años en riesgo de caída

Nº de pacientes ≥ 65 años han sufrido una caída X 100

Nº de pacientes ≥ 65 años ingresados

Nº de pacientes ≥ 65 años que han sufrido una caída con lesiones X 100

Nº de pacientes ≥ 65 años que han sufrido una caída

2.- Porcentaje de caídas que resultan con lesión leve, moderada, severa o muerte en pacientes ≥ 65 años *

Nº de caídas en pacientes ≥ 65 años que derivan con lesión leve X 100

Nº total de caídas

Nº de caídas en pacientes ≥ 65 años que derivan con lesión moderada X 100

Nº total de caídas

Nº de caídas en pacientes ≥ 65 años que derivan con lesión severa X 100

Nº total de caídas

Nº de caídas en pacientes ≥ 65 años que derivan con muerte X 100

Nº total de caídas

3.- Tasa de caídas con o sin lesiones ≥ 18 años *

Nº de pacientes ≥ 18 años que han sufrido una caída con o sin lesiones X 100

Nº de pacientes ≥ 18 años ingresados

3.- Tasa de caídas con o sin lesiones por 1000 días de estancia (pacientes adultos)

Nº total de caídas con o sin lesión x 1000 días estancia

Nº estancias totales

Fuentes utilizadas:

Historia Clínica informatizada GACELA (registro de valoración, registro de caídas, y seguimiento, evolutivos, informe de continuidad de cuidados, etc.)

Grupo evaluador:

El líder del proyecto y cada uno de los jefes de enfermería las unidades de hospitalización Feed- back con el equipo de trabajo de prevención de caídas, los profesionales, la Dirección del Centro y el Centro Coordinador Español.

Recogida de datos:

La monitorización de los indicadores, documentados en el diccionario de indicadores de cada guía, se realiza a través de la plataforma de recogida de datos online CarEvID® (Care Evaluation Indicators) según cronograma establecido por el Centro Coordinador. Esta plataforma es de uso exclusivo para las instituciones participantes en el programa de CCEC® integrados en la red internacional BPSO®

Cronograma de evaluación:

a) Determinado por el Centro Coordinador (pacientes dados de alta en días predeterminados). La información de los resultados se da mensual, trimestral, semestral y anualmente.

- b) Estudios específicos del Centro observacionales, sobre medidas de contenciones
- c) Estudios multicéntricos con otros dos CCEC sobre factores y circunstancias de las caídas y sus consecuencias.

Análisis de los resultados

Equipo de trabajo, Dirección del Centro y Centro Coordinador Español.

Áreas de Mejora

Se desarrollan teniendo en cuenta las pautas el ciclo de mejora continua PDCA

Evaluaciones de nuevo desarrollo para el 3º Trimestre del 2017

- a) Estudio específico, observacional, mediante comprobación en check-list del orden de la habitación, el baño, la disponibilidad del timbre, bloque de la cama, etc..... a los pacientes en riesgo de caídas. El estudio se hará con una muestra representativa y estratificada por unidades del número de pacientes ingresados durante el 1 de julio al 30 de septiembre del 2017 (95%).

Anexo IX

- b) Estudio específico observacional, 6 días en el tercer trimestre (c/15 días); mediante check-list del estado de los dispositivos externos disponibles en la unidad (ayuda, transporte y ambientales) relacionados con el riesgo de sufrir caídas (**Anexo X**).

* Escala de Downton

-- Turno de ingreso (si el paciente ingresa 30 minutos antes de finalizar el turno, la valoración sería válida al turno siguiente)

*** Valoración en la escala de Downton >2

* Indicador general y estratificado por unidades de hospitalización

RESULTADOS.

Además de los datos correspondientes se aportarán gráficos o tablas que faciliten su visualización e interpretación.

I.- Estructura /Organización:

- 1.- Consolidación del equipo de trabajo multiprofesional en prevención de caídas, constituido por enfermeras (10), TCAEs (2), internista (1), geriatra (1) fisioterapeuta (1) y farmacéutica (1).
- 2.- Consolidación del equipo evaluador formado por los supervisores de unidad y el líder del proyecto (4).
- 3.- Champions o Impulsores captados: 123.
- 4.- Registros de valoración y seguimiento, planes de cuidados y protocolos incorporados en la Historia clínica en todo el Sistema de Salud de Castilla y León (SACYL).
- 5.- Circuitos de comunicación intrahospitalarios y con otros niveles
- 6.- Programa de formación específico de cada una de las guías implantadas: grupal y "ad hoc" a los profesionales de nueva incorporación.
- 7.- Inclusión de algunos de los indicadores específicos de las GBP implantadas como objetivos del plan anual de gestión hospitalaria.

8.- Sesiones programadas de intercambio de conocimientos entre los profesionales, el equipo coordinador, los responsables el líder o la Dirección de Enfermería, el Centro Coordinador y otros BPSO®

9.- Disponibilidad de página Web hospitalaria.

II.- Paciente /en salud. Tabla evolutiva (Anexo XI)

2016- GBP Prevención de caídas y lesiones derivadas en pacientes mayores: La población a estudio fueron los pacientes dados de alta durante el año 2016 \geq 65 años (2492), la muestra a estudiada fue de 338 pacientes, nivel de confianza 95%. Respecto al sexo el 54.4% eran hombres. Fueron valorados al ingreso de riesgo de caídas, con la Escala Downton, el 95,7% de los pacientes. El 39,2% según la escala la puntuación obtenida (>2) se consideraron de alto de caídas. El 97,2% de los pacientes en riesgo de caídas disponían de plan de cuidados preventivo. La incidencia acumulada de caídas fue de 0,53%, sin lesiones o con lesiones leves.

III.- Proceso/Cambios en la práctica clínica

1.- Liderazgo de enfermería y desarrollo del desempeño profesional

2.-Cambios en la metodología de trabajo: Registros, protocolos y planes de cuidados incorporados en la Historia clínica en todo el Sistema de Salud de Castilla y León (SACYL):

3.- Disponemos de personal con formación específica.

4.- Información y asesoramiento a los pacientes y/o familiares unificada

5.- Se garantiza información relativa al riesgo de caídas en el Informe de Continuidad de Cuidados

6.- Carteles informativos con recomendaciones dirigidas a pacientes y familiares.

7.- Folletos informativos a profesionales, pacientes y/o familiares.

8.- Recomendaciones para la prevención de caídas en un canal de tv interno.

9.- Diseño de un plan de evaluación específico para cada guía de los indicadores comunes con otros BPSO® y los propios del Centro.

10.- Desarrollo del Ciclo de mejora continua

11.- Participación activa de los profesionales en el programa de sostenibilidad y difusión. Participación en Jornadas y Congresos (nacionales e internacionales).

12.- Estudio multicéntrico (3 CCEC®) "Incidencia de caídas, factores de riesgo y consecuencias en pacientes hospitalizados".

13.- Participación en 2 proyectos de investigación FIS.

14.-Colaboración activa en el "Libro de ideas". Compendio de todas las ideas que han desarrollado los CCEC® españoles de la 1ª cohorte para implantar las GBP durante sus tres primeros años. Disponible en la web <http://www.evidenciaencuidados.es/bpsol/>

a) CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

En aquellos casos en que los resultados obtenidos en la evaluación hayan permitido establecerlas. Estas podrán emitirse tanto en caso de resultados positivos obtenidos, como en caso de resultados no esperados

y/o resultados negativos, que hayan implicado el establecimiento y articulación de medidas correctoras para mejorar la calidad de la intervención realizada.

Esta metodología permite conjugar la investigación y la práctica asistencial mediante la participación de grupos de trabajo multidisciplinares, la colaboración de todos los profesionales y la creación de una red a nivel nacional de CCEC®.

Las buenas prácticas en enfermería mejoran la atención a los pacientes, reducen la variabilidad de los cuidados, facilitan la actualización de conocimientos, ayudan a la toma de decisiones clínicas y organizativas y contribuyen a la mejora profesional, al ahorro de costes del sistema sanitario.

La implantación de las GBP, que centran los cuidados en el paciente permite una participación más activa de este y favorecen la relación con los profesionales.

Los cambios en la práctica clínica se objetivan con la evaluación sistemática con indicadores propios de la institución y comunes para todos los CCEC®, lo que permite analizar la evolución de los mismos en el Centro, aplicar el ciclo de mejora continua y comparar los resultados con otros Hospitales a nivel nacional e internacional. La monitorización mensual de los indicadores y el feedback del grupo impulsor con los profesionales y el Centro Coordinador nos facilita desarrollar el ciclo de mejora continua y la implantación de nuevas estrategias.

La Implantación de GBP-RNAO® disminuye intervenciones que tienen poco efecto o causan daños y facilita la detección de brechas en la investigación.

Los resultados obtenidos nos permiten concluir diciendo que la implantación de la GBP "Prevención de caídas y lesiones derivadas de las caídas en personas mayores" de la RNAO® en el HMC ha facilitado la estandarización de la valoración de riesgo de caídas al ingreso en los pacientes ≥ 65 años y que las intervenciones preventivas asociadas a los factores de riesgo individuales son efectivas en la prevención de caídas, permitiendo unas buenas prácticas clínicas enfocadas a resultados de salud que se objetivan en una baja incidencia acumulada de caídas en comparación con los resultados de otros estudios nacionales e internacionales.

La utilización de registros de forma sistemática permite comprobar la efectividad de las intervenciones para prevenir las caídas y/o minimizar las lesiones derivadas de las mismas, con la reducción de costes tangibles e intangibles para el Sistema Sanitario que conlleva este efecto adverso, cada día más frecuente. En un estudio en 2008 se estimó en 8365 € el coste medio por paciente (alta) por esta causa ⁵.

"El Programa de implantación de guías de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados® está parcialmente financiado por el Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs"



1987-2017
30 AÑOS CONTIGO
HOSPITAL
MEDINA DEL CAMPO



BPSO
CENTROS
COMPROMETIDOS
CON LA
EXCELENCIA
EN CUIDADOS®
ESPAÑA 2014

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos facilitados en la ficha podrán ser incorporados a ficheros necesarios para la gestión de esta convocatoria, así como al buscador o plataforma de difusión de las experiencias seleccionadas y clasificadas como Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud. Por tanto, al rellenar esta ficha, se da consentimiento institucional y personal para que los datos recogidos en la misma sean recopilados y procesados para ser incluidos en la base de datos que alimenta en su momento el buscador o plataforma de difusión del Catálogo de BBPP del SNS a través de la página Web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

MEMORIA

Experiencia Candidata

Este documento tendrá como máximo una extensión de **15 páginas**. En su totalidad, se utilizará letra **Arial tamaño 11 con interlineado de 1,5**.

.....

1. ESTRATEGIA A LA QUE SE PRESENTA

Promoción de la salud y prevención

2. TÍTULO DE LA EXPERIENCIA

“La Ribera Camina”: Programa de promoción de la actividad física desde a través de grupos de paseos saludables desde Atención Primaria en el Departamento de salud de La Ribera

3. DATOS DE LA ENTIDAD Y PERSONA RESPONSABLE

- CCAA:** Comunidad Valenciana
- Nombre de la entidad:** Departamento de Salud de la Ribera
- **Domicilio social (incluido Código Postal):** Carretera de Corbera Km.1 – CP: 46600 – Alzira (Valencia)
- **Persona titular de la Dirección o Gerencia de la entidad responsable:**
 - Nombre y apellidos: Javier Palau Pérez
 - E-mail: jpalau@hospital-ribera.com
 - Teléfonos: 962458234
- **Datos de contacto de la persona técnica responsable de la candidatura:**
 - Nombre y apellidos: Blanca Folch Marín
 - E-mail: bfolch@hospital-ribera.com
 - Teléfonos: 672145623 / 657276548

4. DATOS DEL RESTO DEL EQUIPO RESPONSABLE DE LA CANDIDATURA

Nombre y apellidos	E-mail	Teléfono	Puesto de trabajo	Entidad
Blanca Folch Marín	bfolch@hospital-ribera.com	672145623	Coordinadora de Continuidad Asistencial	Dep. de salud La Ribera
Ana Egea	aegea@hospital-	609679667	Jefa de zona	ZBS de



Ronda	ribera.com		básica	Algemesí
Montserrat Nicolòs Esteve	mnicos@hospital- ribera.com	630809380	Residente de medicina familiar y comunitaria	CS de Algemesí
Héctor Mena Medina	hmena@hospital- ribera.com	625068350	Enfermero	CS de Carlet
Andreu Fontana	afontana@hospital- ribera.com	962457091	Médico de familia y comunitaria	Departamento de La Ribera
M ^a Carmen Hernández Crespo	mchernandez@hospital- ribera.com	615548604	Coordinadora de enfermería	ZBS de Carlet

5. ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

Marcar con una X donde corresponda.

<input type="checkbox"/>	Estatal
<input type="checkbox"/>	Comunidad Autónoma
<input type="checkbox"/>	Provincial
<input type="checkbox"/>	Municipal
<input checked="" type="checkbox"/>	Área de Salud (sector, distrito, comarca, departamento...)
<input type="checkbox"/>	Zona básica de salud
<input type="checkbox"/>	Otro (especificar):

6. PERÍODO DE DESARROLLO

Fecha de inicio: Abril 2016

- **Actualmente en activo:** Si
- **Prevista su finalización:** No tiene prevista su finalización, se harán mejoras en función de resultados de evaluaciones anuales.



7. LÍNEA DE ACTUACIÓN

Explicitar la línea de actuación de la Estrategia en la que se considera que está enmarcada esta experiencia. Aunque se admiten hasta un máximo de 3, es recomendable que sólo se señale la línea principal. En cualquier caso, señale ésta en primer lugar.

ÁREA (línea de actuación)	ESTRATÉGICA	Promoción de la salud y prevención: Intervención en población sana sobre factores de riesgo de enfermedades no transmisibles
------------------------------	-------------	--

8. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

La actividad física asocia múltiples beneficios para la salud, en todas las edades, en ambos sexos y en diferentes circunstancias socioeconómicas. Existe evidencia científica de que la actividad física reduce el riesgo de enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, síndrome metabólico, cáncer de colon y mama, osteoporosis, caídas y depresión. A pesar de ello, según la encuesta pública de la Comunidad Valenciana 2011-2012, el 38% de la población valenciana adulta (42,5% de las mujeres y el 32,2% de los hombres) declara ser sedentaria.

Actualmente la inactividad física es el cuarto factor más importante de mortalidad en todo el mundo, por detrás de la hipertensión, el consumo de tabaco y el exceso de glucosa en sangre. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que para el año 2020, el estilo de vida inapropiado será la causa de dos tercios de la enfermedad en todo el mundo. En la actualidad, factores relacionados con el estilo de vida y por tanto prevenibles, como el tabaco, la insuficiente actividad física, el bajo consumo de frutas, verduras y hortalizas y el uso nocivo del alcohol se han convertido a través de la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia, la resistencia a la insulina, el exceso de peso y la obesidad, en los principales determinantes de las enfermedades no transmisibles, las cuales suponen la principal causa de muerte en el mundo, causando el 60% de las muertes totales. Según estimaciones de la OMS, de los 56 millones de muertes registradas en el mundo en 2012, unos 38 millones se debieron a enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas. No en vano, uno de los objetivos estratégicos de la OMS, así como de numerosas estrategias puestas en marcha desde el SNS en los últimos diez años, es promover la salud y reducir los factores de riesgo como la inactividad física.

Pero la realidad es que, si hablamos del entorno sanitario, la prevalencia de sedentarismo prácticamente no se identifica o al menos no se registra como factor de riesgo importante desde las consultas de Atención Primaria. Más allá de recomendaciones generales, se realizan pocas

intervenciones efectivas en promoción de la actividad física y existe una carencia formativa de los profesionales sanitarios en el área de la prescripción de la actividad física.

Rafael Bengoa, en la Estrategia para afrontar la Cronicidad en Euskadi, pone de manifiesto la necesidad de modificar el rol tradicional pasivo del paciente dentro de un sistema sanitario donde toda la responsabilidad y el conocimiento de la enfermedad está centrado en los profesionales de la salud, por una asistencia centrada en las personas donde coloca a éstas al frente y en el centro de su propia atención sanitaria, convirtiéndolas en pacientes activos y gestores de su propia salud. Desde esta perspectiva, el paciente adquiere un gran impacto sobre la efectividad del tratamiento y la evolución de la enfermedad a través de la adherencia al tratamiento y sus estilos de vida. Por tanto, es crítico cambiar el rol tradicional de paciente pasivo, que es receptor de cuidados por parte del sistema, a paciente/ciudadano activo y responsable de su propia atención y prevención. De las diferentes modalidades de prescripción de actividad física que se pueden llevar a cabo desde la consulta de Atención Primaria cobran cada vez más importancia los grupos de paseo organizados desde los centros de salud. Una revisión sistemática publicada recientemente en el *British Journal of Sports Medicine*, analiza evidencia científica sobre los potenciales beneficios para la salud de los grupos de paseo a través de 42 estudios con un total de 1843 participantes involucrados. Los autores concluyen que, a partir de la evidencia disponible, los grupos de paseo al aire libre parecen tener muchos beneficios para la salud, incluyendo la reducción de la presión arterial, la grasa corporal, el colesterol total y también el riesgo de depresión. Estos grupos son atractivos para los pacientes, ya que les permite realizar ejercicio físico a la vez que conocen a nuevas personas y establecen nuevas relaciones sociales. Les permite sociabilizarse y adquirir conciencia de grupo, mejorando la sensación de bienestar tanto física como mental, que junto con los escasos efectos adversos evidenciados, permiten conseguir unos altos niveles de adhesión.

En 2016, en consonancia con las líneas estratégicas del IV Plan de salud de la Comunidad Valenciana 2016-2020, el Departamento de salud de la Ribera establece una serie de Planes transversales en el campo de la promoción de la salud y la mejora en la atención sanitaria a desarrollar en los próximos años en el Departamento, entre los que se sitúa el “Plan de promoción de la actividad física y la lucha contra el sedentarismo”. Este tiene por objetivo no solo incorporar las recomendaciones sobre actividad física en las consultas de Atención Primaria, pilar como un clave de la promoción de la salud y tratamiento no farmacológico de elección para combatir múltiples factores de riesgo y enfermedades, si no de implicar a los profesionales para poder ofrecer un recurso cercano y accesible para poder realizar actividad física.

Bibliografía:

1. WHO. Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century. Disponible en: www.euro.who.int/_data/assets/dpf_file/0011/199532/health2020-Long.pdf
2. OMS. Nota descriptiva de marzo 2013: Enfermedades no transmisibles. Disponible en www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/
3. Global Health Observatory. NCD mortality and morbidity. Disponible en: www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/en/
4. Hanson S, Jones A. Is there evidence that walking groups have health benefits? A systematic review and meta-analysis Br J Sports Med. Published Online First: 19 January 2015. doi: 10.1136/bjsports-2014-094157

9. OBJETIVOS

Objetivo principal: Incorporar la promoción de la actividad física desde Atención Primaria como una intervención comunitaria para la promoción de la salud de la población a través de grupos de paseos saludables.

Objetivos secundarios:

- Sensibilizar a los profesionales sanitarios en la necesidad de identificar el sedentarismo como un problema de salud
- Potenciar la prescripción no farmacológica tanto en la prevención primaria como secundaria desde las consultas de Atención Primaria
- Elaborar y difundir recomendaciones sobre la actividad física para pacientes
- Elaborar mapas de recursos comunitarios destinados a la actividad física en el ámbito municipal
- Promover el vínculo del equipo sanitario y la sociedad a través de la participación comunitaria
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes y la percepción de salud
- Realizar estudios de evaluación de las intervenciones realizadas en promoción de la actividad física



10. CONTEXTO Y POBLACIÓN DIANA

El Departamento de Salud de la Ribera está integrado por 11 zonas básicas de salud, con 38 centros de atención primaria y un hospital de referencia y ofrece atención a una población de 250.000 personas de la Comunidad Valenciana. Las iniciativas de promoción de actividad física que presentamos están enmarcadas en el “Plan de promoción de la actividad física y la lucha contra el sedentarismo” del Departamento, con una implantación inicial en una zona básica de salud del departamento con población adulta como diana, y objetivo de incorporación progresiva de todas las zonas del departamento. Son objeto de estas intervenciones todas las personas mayores de edad del departamento con escasa actividad física o que se considere que se pueda beneficiar de las acciones de promoción de actividad física, ya sean remitidas desde las consultas de Atención Primaria o que soliciten ellas mismas participar en el grupo de paseantes del centro de salud, siempre y cuando no presente enfermedades de alto riesgo o incapacitantes pueden participar.

Las campañas de sensibilización, difusión y materiales son dirigidos a todos los profesionales sanitarios del departamento a través de correos corporativos y a la población en general a través de medios de comunicación locales y redes sociales.

11. METODOLOGÍA

Planteamos un programa de promoción de la actividad física para personas que realizan insuficiente actividad o que se piense que por cualquier otro motivo se puedan beneficiar de aumentarla a través de una actividad comunitaria. Se trata de ofrecer a la población herramientas atractivas que generen unas condiciones favorables para que las personas puedan decantarse por opciones saludables que influyan positivamente en su salud.

Inicialmente se lanza una campaña de información y difusión del Plan estratégico de promoción de la actividad física del Departamento a los coordinadores de las zonas básicas de Atención Primaria. En abril de 2016 arranca el grupo de paseantes desde el centro de salud de Algemesí y en mayo del mismo año se implanta en centro de salud de Carlet, con la propuesta abierta de ir valorando desde cada centro las posibilidades de promover acciones de promoción de la actividad física similares.

Se plantean los paseos grupales como actividades comunitarias de promoción efectiva de la actividad física desde Atención Primaria, que sean dirigidos por profesionales del centro de salud voluntarios, dentro del horario laboral. Se trataba de grupos de paseos dirigidos a personas mayores de edad, o menores acompañadas de adulto, que pudieran realizar la actividad física de baja intensidad que se proponía. No se recomendaba la actividad ni se incluía en el grupo de paseantes inicialmente a pacientes con antecedentes de cardiopatía isquémica u otra enfermedad cardíaca con FE <40%, que ya disponen en el departamento de un programa específico de rehabilitación cardíaca, pacientes con antecedentes de enfermedad cerebrovascular con secuelas incapacitantes, antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica grave o que requieren oxigenoterapia a domicilio, oncológicos, inmunodeprimidos o con insuficiencia renal o hepática grave o con patología osteomuscular incapacitante.

La actividad tendría una duración de 1-1:30 horas, con una frecuencia de dos encuentros a la semana, de octubre a junio, con al menos un profesional de referencia que les acompañaría y guiaría en la actividad y con el centro de salud como punto de salida y llegada.

Los profesionales líderes del programa del centro de salud realizaban la exploración y valoración del entorno del centro de salud, para elegir la ruta más idónea en función de la protección de la seguridad, intensidad de tráfico, distancia total o la existencia de elementos arquitectónicos apropiados o no (como la existencia de bancos para el descanso, señalización o estado del terreno).

Antes de iniciar el programa se realizaron sesiones para informar, difundir e implicar en la actividad a los profesionales del centro y a agentes de salud comunitarios clave, que podrían ser personas de referencia para la derivación/captación de paseantes y para el éxito de la continuidad del proyecto. Así se buscó colaboración de activos comunitarios, asociaciones locales (deportivas, de enfermedades o de amas de casa) y órganos de gobierno municipales.

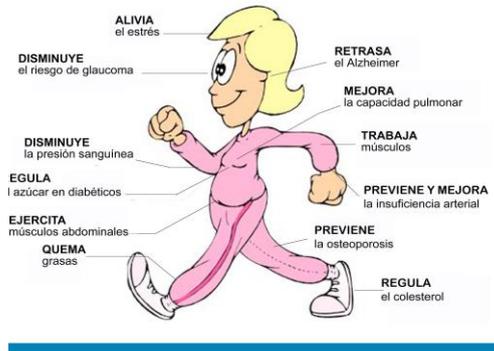
Se elaboró material divulgativo, hojas de paciente experto en actividad física cartelería para dar difusión a la actividad y folletos a través de los cuales los pacientes podían contar con toda la información sobre la actividad y apuntarse. Se inició un proceso de difusión desde las consultas de enfermería y medicina.



6 DE ABRIL
DÍA MUNDIAL DE LA ACTIVIDAD FÍSICA



Muévete por tu salud. ¿Te sumas?



En función de las características de cada centro y funcionamiento interno, se definieron los circuitos de citación y organización de la actividad, ajustes de agendas, horario y punto de encuentro.

La captación de pacientes se podía realizar mediante la búsqueda activa de pacientes en la consulta de Atención Primaria médica o de enfermería y prescripción de la actividad propuesta, o por iniciativa propia de la persona que acudía al centro de salud preguntando por la actividad.

Se propone inicialmente un seguimiento de la participación de los grupos de paseantes y recogida de información sociodemográfica básica, y se propone realizar estudios de investigación para valorar la efectividad u otros aspectos de la actividad. Aunque la evaluación cuantitativa no se consideró inicialmente indispensable para el inicio de los grupos amparados por la evidencia científica vigente sobre el beneficio demostrado de este tipo de actividad, si que se plantea un seguimiento evolutivo del programa y propuestas de mejora en función de resultados, dado que se trataba de unas iniciativas no realizadas anteriormente por los equipos de profesionales en los centros.

Los criterios de inclusión y exclusión del estudio pretenden limitar la población a aquellos pacientes en los que no suponga un riesgo excesivo la realización de ejercicio físico, excluyendo pacientes con comorbilidades que pueden empeorar con la realización de actividad física, y tratando de incluir a aquellos que se beneficiarían de la realización de un plan de ejercicio físico en grupo. Se pretende cumplir así con los principios de beneficencia y no maleficencia. La participación en el grupo de paseantes así como en las actividades en cada sesión es decidida libremente por parte de

la persona motivada para realizarla que pueda beneficiarse; sin distinción de género, raza o condición social.

12. EVALUACIÓN

□ INDICADORES.

- Creación de grupos de paseantes en las distintas zonas básicas de salud del departamento
- Evaluación de cada uno de los grupos de paseos en base a:
 - Participación: número de personas, profesionales y agentes clave de la comunidad
 - Tipo y planificación de las actividades incluidas
 - Aceptabilidad por parte de profesionales y participantes
 - Continuidad del proyecto
- Mejora en la percepción de salud y calidad de vida
- Creación de redes de apoyo municipales
- Creación de mapas de recursos promotores de actividad física

□ RESULTADOS.

El Plan de promoción de actividad física ha conseguido incorporar la promoción de la actividad física desde Atención Primaria a través de grupos de paseos saludables con continuidad en dos de las 10 principales zonas básicas del departamento, Algemesí y Carlet, que componen una población aproximada de unos 28.000 y 15.000 personas respectivamente.

Se elaboró cartelería y dípticos como campaña de difusión de la actividad en cada centro de salud (anexo 1), y se realizó difusión en el blog Difusión en blog Xúquer Salut para la población:

http://xuquersalut.blogspot.com.es/2017/04/algemesi-camina-mi-doctora-me-ha_26.html

<http://xuquersalut.blogspot.com.es/2016/05/mi-doctora-me-ha-mandado-paseo.html>

<http://xuquersalut.blogspot.com.es/2017/05/menos-cajetilla-y-mas-zapatilla.html>

También se realizaron sesiones para el equipo del centro para informar sobre el proyecto, sumar profesionales y proponer la prescripción de la actividad desde las propias consultas.

<https://www.slideshare.net/docenciaalgemesi/algemes-camina-por-andreu-fontana>

La evaluación de los paseos en cada uno de los programas ha sido la siguiente:

Programa “Algemésí Camina”

- Participación: el programa se inició en abril de 2016 y actualmente hay inscritas en el programa 69 personas, siendo el 87% mujeres y el 13% hombres, con una edad media de 65,6 años. La asistencia a los paseos desde su inicio ha sido entorno al 46% en cada sesión. Han participado activamente para el desarrollo del programa 7 profesionales médicos, 7 residentes de medicina familiar y comunitaria, 3 de enfermería y un de admisión. Y han colaborado estudiantes de enfermería en prácticas.
- Se han incluido entre las actividades del programa: sesión de estiramientos antes y después de los paseos, celebración del Día mundial de la actividad física, participación del grupo de paseantes y profesionales en Carrera solidarias contra el cáncer del municipio, celebración del *Día mundial d'acció pels rius, l'aigua i la vida* en colaboración con el proyecto comunitario RIU con un paseo saludable para alumnos, celebración de la Semana sin humo con actividades deportivas dentro de la campaña “Menos cajetilla, más zapatilla”.
- Se ha realizado una valoración cualitativa de la actividad por parte de los participantes mediante una encuesta de satisfacción para analizar diferentes aspectos de los paseos, como son el horario, la frecuencia, la ruta elegida, el número de participantes, acompañamiento y calentamiento, según una escala de Likert del 0 al 5. Las puntuaciones muestran valoraciones muy positivas en todos los ítems, excepto en cuanto al horario de los paseos en el que hay dispersión de las valoraciones, pero con una media de 2 puntos. El 55,6% de los participantes realizaban ejercicio de forma regular antes de iniciar el programa y el 94,4% de los participantes señalan que han mejorado su condición física y el estado de ánimo.
- La iniciativa ha sido bien valorada por los profesionales más implicados en el proyecto, aunque no se ha conseguido que un grupo mayor de profesionales participen en los paseos. La coordinación ha facilitado el ajuste de agendas para la inclusión de esta actividad en las funciones de los profesionales.
Se ha dado a conocer el proyecto y se ha buscado colaboración de activos comunitarios, asociaciones locales (deportivas, de enfermedades o de amas de casa) y Concejalía de sanidad, mediante reuniones y contacto telefónico, aunque con escasa repercusión.
- Se ha diseñado un estudio de evaluación de la intervención en cuanto a efecto en la percepción de salud de los participantes de los grupos de paseo en base al cuestionario SF-12 y modificaciones en parámetros bioquímicos y antropométricos asociados a riesgo



cardiovascular. El estudio tiene previsto su inicio en la próxima edición de paseos tras pasar por el Comité de investigación.

Programa “Carlet Camina”

- Participación: Tras inicio de la actividad en mayo con 22 participantes ha llegado a contar con más de 70 personas con edades comprendidas entre 45 y 80 años (63.58 años de edad media), 88% mujeres y 12% hombres. La media participantes por sesión oscila entre 30 a 40 usuarios. El programa tiene un enfermero referente clave, con formación específica en actividad física y con agenda asistencial adaptada para poder llevar a cabo el programa.
- Se ha realizado un calendario anual de actividades del programa: paseos, sesiones de ejercicio en el polideportivo, enseñamiento de tablas de estiramientos, charlas sobre estilos de vida, factores de riesgo cardiovascular y motivación para la incorporación de hábitos de vida saludables. Tras el segundo curso del programa, se inicia en periodo de verano actividades acuáticas en la piscina municipal.
- La iniciativa ha sido muy bien valorada por los profesionales del centro como acción de promoción de la actividad física clave en el centro y se ha conseguido un apoyo fundamental por parte del club de atletismo “Els Coixos”, que acompañan en las actividades, y del Ayuntamiento, que facilita las instalaciones deportivas necesarias para el desempeño de las actividades y la difusión de las actividades. También se ha conseguido un patrocinador, la Fundación Caixa Carlet, que ha subvencionado, sin ánimo de lucro ni conflicto de interés, camisetas para los paseantes que identifican al grupo.
- En el transcurso del programa se ha realizado un estudio de efectividad de la actividad en cuanto a mejora de la calidad de vida (EuroQol-5d), disminución del sobrepeso y obesidad, y disminución del dolor crónico (EVA) en pacientes con cualquier patología crónica que pudiera realizar el tipo de actividad que se proponía, y que lo siguieran durante 9 meses (octubre 2016- junio 2017). Los resultados del estudio muestran disminución significativa de obesidad en los participantes, mejora de la calidad de vida medida por la escala ordinal EQ-5D y disminución del dolor crónico severo medido por EVA.

Se han elaborado recomendaciones sobre actividad física para pacientes a través de “hojas de paciente experto” difundidas a todos los profesionales del departamento para su difusión y uso desde las consultas. Se realizó una hoja general sobre actividad física (anexo 1), y posteriormente

se han ido elaborando por parte de profesionales del departamento recomendaciones específicas para distintas patologías, como artrosis o fibromialgia (anexo 2 y 3).

En ambos programas se han elaborado un mapa de recursos comunitarios destinados a la actividad física en el ámbito municipal (anexo 4).

Actualmente se ha incorporado un grupo de paseantes en la zona básica de l'Alcudia que está en fases iniciales a potenciar.

13. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

El programa de promoción de la actividad física que estamos llevando a cabo ha conseguido implantar con éxito grupos de paseos como iniciativa saludable desde Atención Primaria en dos zonas básicas de salud del departamento y una tercera que puesta en marcha. Sin duda creemos que tanto los paseos como todas las actividades de difusión de recomendaciones y sesiones en los equipos de Atención Primaria han servido par sensibilizar a los profesionales sanitarios en la importancia de identificar el sedentarismo y hacer prescripción de este tipo de tratamientos no farmacológicos desde las consultas. No obstante seguimos con un infrarregistro importante de prevalencia de sedentarismo en la población como factor de riesgo a identificar en la población.

Los profesionales implicados en el programa de paseos han conseguido establecer otro tipo de vínculo y conocer mejor el entorno de la población a la que atienden. Los participantes valoran muy positivamente los grupos y actividades realizadas y han conseguido crear grupo y aumentar su red social, ampliando las actividades del grupo más allá de las actividades programadas de forma independiente como grupo.

Cada programa de paseos saludables implantado presentado se ha desarrollado de forma distinta en función de los equipos implicados, recursos y capacidad para movilidad agentes de salud de la comunidad. Pese a que nadie cuestiona los beneficios de este tipo de actividades la puesta en marcha de un programa de estas características en un centro de salud es un proceso laborioso, pero muy gratificante. De entrada se debe trabajar de forma profunda en el equipo un cambio de enfoque a uno más amplio, que incorpore los determinantes sociales de la salud. Como equipos de Atención Primaria debemos incorporar a nuestra cartera de servicios la promoción de la salud y actividades o programas que la promuevan. Para los profesionales sanitarios también se ha convertido en una herramienta de prescripción no farmacológica muy útil en gran variedad de situaciones que de entrada no se contemplaban: personas que padecen aislamiento social o soledad, fibromialgia, trastornos del estado de ánimo, incluso algún trastorno mental grave

(bipolaridad), etc. Por supuesto en pacientes con enfermedades crónicas, cardiovasculares o respiratorias, y de aparato locomotor. Debemos crear el espacio en nuestras agendas además de convencernos de la capacidad para hacerlo y de la conveniencia e importancia que tiene que lo hagamos.

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos facilitados en la ficha podrán ser incorporados a ficheros necesarios para la gestión de esta convocatoria, así como al buscador o plataforma de difusión de las experiencias seleccionadas y clasificadas como Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud. Por tanto, al rellenar esta ficha, se da consentimiento institucional y personal para que los datos recogidos en la misma sean recopilados y procesados para ser incluidos en la base de datos que alimente en su momento el buscador o plataforma de difusión del Catálogo de BBPP del SNS a través de la página Web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.



MEMORIA Experiencia Candidata

Este documento tendrá como máximo una extensión de **15 páginas**. En su totalidad, se utilizará letra **Arial tamaño 11 con interlineado de 1,5**.

.....

1. ESTRATEGIA A LA QUE SE PRESENTA

Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS.

2. TÍTULO DE LA EXPERIENCIA

PREVENCIÓN DE CONSUMO DE TABACO EN CENTROS DOCENTES

Enlace a sitio web (si procede):

3. DATOS DE LA ENTIDAD Y PERSONA RESPONSABLE

- **CCAA: EXTREMADURA**
- **Nombre de la entidad: CENTRO DE SALUD DE ALBURQUERQUE**
- **Domicilio social (incluido Código Postal): Calle Santiago, s/n, 06510 Alburquerque (Badajoz).**
- **Persona titular de la Dirección o Gerencia de la entidad responsable.** *En caso de ser calificada finalmente como Buena Práctica, se le comunicará también formalmente, además de a la persona técnica responsable del equipo que presenta la candidatura:*
 - Nombre y apellidos: M^a Pilar Guijarro Gonzalo. Directora General de Salud Pública. Servicio Extremeño de Salud.
 - E-mail: dg.saludpublica@salud-juntaex.es
 - Teléfonos: 924382507; 924382785
- **Datos de contacto de la persona técnica responsable de la candidatura¹:**
 - Nombre y apellidos: M^a Encarnación Nieto Corral.
 - E-mail: encarnacion.nieto@salud-juntaex.es
 - Teléfonos: 610919175

4. DATOS DEL RESTO DEL EQUIPO RESPONSABLE DE LA CANDIDATURA

Nombre y apellidos	E-mail	Teléfono	Puesto de trabajo	Entidad
M ^a Natividad Escobar Basilio	mnebasilio@gmail.com	606467683	IES Castillo de Luna	Consejería de Educación y Empleo
Eva M ^a Ávila Fernández	evavilamanrique@gmail.com	659153799	CEIP Ángel Santos	Consejería de Educación y Empleo

¹ Aquella persona de contacto que hará de interlocutora con el MSSSI y proporcionará más información técnica acerca de la intervención/experiencia presentada como candidatura a BBPP en caso de ser necesario.



5. ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

Marcar con una X donde corresponda.

	Estatal
	Comunidad Autónoma
	Provincial
	Municipal
	Área de Salud (sector, distrito, comarca, departamento...)
X	Zona básica de salud
	Otro (especificar):

6. PERÍODO DE DESARROLLO

- **Fecha de inicio: Curso escolar 2011-2012.**
- **Actualmente en activo: Sí.**
- **Prevista su finalización: No hay fecha prevista de finalización. El proyecto continúa implementándose.**

7. LÍNEA DE ACTUACIÓN

Marcar con un X la línea de actuación de la Estrategia en la que se considera que está enmarcada esta experiencia.

Línea de actuación	Intervención en población sana sobre factores de riesgo de enfermedades no transmisibles (prioritariamente: tabaco , actividad física y consumo de riesgo de alcohol), en los entornos y poblaciones priorizadas en la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS.	X
	Detección precoz e intervención sobre fragilidad y caídas en la población mayor.	
	Intervención para promover la salud y el bienestar emocional en la población infantil / programa de parentalidad positiva.	

8. ENTORNO DE ACTUACIÓN

Marcar con un X el entorno/s en que se desarrolla esta experiencia.

Línea de actuación	Entorno sanitario / Sistema de Salud.	X
	Entorno comunitario / local	X



Otros entornos (especificar: **educativo**, deportes, etc.)

X

9. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

El consumo de tabaco es la primera causa de morbilidad y mortalidad EVITABLE. Es un importante factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares, respiratorias, cáncer, problemas digestivos, problemas en el embarazo, etc. Causa 6 millones de muertes directas anuales en todo el mundo y 600.000 por exposición pasiva al humo de tabaco (1). Los gastos sanitarios, según el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (2015), suponen para el Estado unos 8.000 millones de euros anuales.

La adicción al tabaco es una condición clínica crónica, difícil de superar, si no se dispone del apoyo y del tratamiento adecuado, ya que anualmente, sólo entre un 3 y un 5% de quienes fuman y realizan intentos de cesación, lo consiguen con éxito (2).

Dejar de fumar supone, superar la adicción a la nicotina, (mediante soporte psicológico y fármacos cuando se necesitan), desaprender una conducta (mediante estrategias conductuales) y modificar la influencia del entorno (3).

De todo esto se desprende que si una persona no empieza a fumar, se evitarán muchas enfermedades y muertes prematuras, habrá una disminución de gastos sanitarios y, lo más importante, las personas y sus familiares se ahorrarán mucho sufrimiento, por un lado porque no tendrán que superar una adicción y por otro porque no tendrán que hacer frente al elevado riesgo de padecimiento de muchas enfermedades y sus tratamientos (ingresos hospitalarios, intervenciones quirúrgicas, radioterapia, quimioterapia, etc.).

Según la Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanza Secundaria en España (ESTUDES) 2014-2015, la edad media de inicio de consumo de tabaco, en España se sitúa en 13.9 años.

Por otra parte, conviene señalar que la Educación para la Salud (EpS), es una herramienta fundamental de la Promoción de la Salud, actividad que se incluye dentro de las funciones que los profesionales sanitarios, y también de otros entornos como el educativo y el comunitario, hemos de realizar.

Para que la EpS sea muy efectiva y eficiente, ha de promover hábitos saludables frente a causas que produzcan mayor morbilidad y mortalidad en el medio en que vamos a actuar.

Aunque la lucha frente al consumo de tabaco, y en concreto su prevención, se promueve desde hace muchos años, debemos recordar que recientemente, dentro de los hábitos saludables que con mayor énfasis ha recomendado la OMS en la 9ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, celebrada en Shanghai del 21 al 24 de noviembre de 2016, se encuentra el no consumo de tabaco.

En el curso escolar 2011-2012 (mes de septiembre), en la Comunidad Autónoma (CCAA) de Extremadura, se puso en marcha el Protocolo de Atención al Niño/a y al Adolescente con Diabetes en la Escuela (reconocido ya como Buena Práctica en el Sistema Nacional de Salud). Es a partir de esa fecha cuando los profesionales sanitarios empiezan a entrar en contacto con los centros docentes de la localidad de una forma mucho más frecuente a como lo venían haciendo hasta entonces.

En el caso concreto de nuestro equipo de atención primaria, ubicado en el centro de salud de Alburquerque, localidad situada en la provincia de Badajoz, debido a dicho programa, los centros docentes comienzan a plantearnos a los profesionales sanitarios otras necesidades sentidas en relación a la salud, entre ellas, prevenir el consumo de drogas, sobre todo desde el instituto de enseñanza secundaria de la localidad. En este contexto, se comienzan a poner en marcha una serie de proyectos para prevenir el consumo de alcohol, marihuana, cocaína y prevenir el consumo de tabaco, proyecto que se desarrolla en esta memoria.

Es destacable que la Cartera de Servicios de la CCAA de Extremadura contempla para Atención Primaria, dos programas en los que enmarcar este proyecto: Programa 701 “Educación para la Salud grupal y en centros educativos” y Programa 702: “Educación para la Salud en la Adolescencia”.

En el curso escolar 2011-2012, antes de iniciar las actividades de prevención de consumo de tabaco, elaboramos una encuesta que la utilizamos sobre los alumnos/as de 6º de Primaria del colegio de la localidad (ya que pretendemos trabajar antes de la edad media de inicio de consumo de tabaco que, como hemos citado, se sitúa en 13.9 años), obteniéndose los siguientes resultados:

EDAD			
11-13 AÑOS			
	HOMBRE (%)	MUJER (%)	NO CONTESTA (%)
SEXO	28 (54.85)	23 (42.5)	3 (5.55)
		SI (%)	No (%)
¿Has fumado alguna vez?		3 (5.5)	51 (94.4)



¿Has fumado diariamente en los últimos 30 días?	0 (0)	54 (100)
¿Tu padre/madre o tutor es fumador?	31 (57.40)	23 (42.59)
¿Tienes algún amigo fumador?	22 (40.74)	32 (59.25)
¿Conoces los riesgos del tabaco?	52 (96.26)	2 (3.70)

Las conclusiones que pudimos extraer son:

- En estas edades, aunque no fumaban a diario, algunos ya habían tenido algún contacto con esta sustancia.

-Hay dos factores de riesgo que les pueden influir, el modelo de los padres, que son fumadores en un alto porcentaje y la influencia de los amigos/as, cuyo porcentaje también es elevado.

-La mayoría reconoce que fumar es perjudicial para la salud.

Los programas preventivos, han evolucionado desde su inicio en los años 60. En la actualidad se establece que los mejores son aquellos basados en la evidencia científica (4).

El programa de prevención desarrollado, que se detalla en esta memoria se basa en los siguientes principios establecidos por el Instituto contra el Abuso de Drogas (NIDA) para la prevención en niños y adolescentes (5):

-Mejorar los factores de protección y reducir los factores de riesgo

-Diseñar el programa teniendo en cuenta la edad, el sexo y la cultura

-Aumentar la competencia en habilidades sociales

-Llevar a cabo intervenciones repetidas en el tiempo, que abarquen enseñanza primaria y secundaria

-Que sea costo-efectiva

-Prevenir el consumo de otras drogas legales e ilegales (alcohol, marihuana, cocaína)

10.OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES

-Prevenir el consumo de tabaco desde el medio escolar.

- Disminuir los factores de riesgo y aumentar los factores de protección frente al consumo de tabaco.
- Poner en marcha intervenciones de prevención de consumo de tabaco antes de la edad media de inicio del consumo de tabaco.
- Trabajar de forma multidisciplinar e intersectorial.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Informar sobre los efectos nocivos del consumo de tabaco en la población diana.
- Informar sobre otros aspectos relacionados con el consumo de tabaco.
- Experimentar a través de los sentidos los efectos nocivos del tabaco.
- Informar sobre la presión de grupo.
- Practicar cómo resistir a la presión de grupo.

11.CONTEXTO Y POBLACIÓN DIANA

El centro de Salud de Alburquerque, está situado en la zona básica del mismo nombre y comprende las localidades de Alburquerque, Villar del Rey y La Codosera. Es una zona de salud eminentemente rural.

Este proyecto se implementa, desde su inicio, en los centros educativos de la localidad de Alburquerque, que son dos, el CEIP Ángel Santos Pocostales y el IES Castillo de Luna.

El proyecto pretende prevenir el consumo de tabaco antes de la edad media de inicio de dicho consumo en los centros escolares, por lo tanto, la población diana son l@s alumn@s de los centros docentes de Alburquerque que estén entre 11 y 13 años. A esta edad los chicos/as están escolarizados en 6º de primaria y en 1º de la ESO. A partir del curso 2015/2016, se trabaja también en el colegio de La Codosera.

En la siguiente tabla se exponen el número de alumnos, según la edad, el sexo y el nivel de estudios, a los que ha ido dirigido el programa, durante los cursos escolares en los que lleva implementándose el proyecto.

Curso Escolar	Localidad	Edad/años	Nivel estudios	Hombre	Mujer	Total
2011-2012	Alburquerque	11-12	6º Primaria	34	26	60
2012-2013	Alburquerque	11-12	6º Primaria	28	20	48
		12-13	1º ESO	56	33	89
2013-2014	Alburquerque	11-12	6º Primaria	29	27	56
		12-13	1º ESO	61	44	105
2014-2015	Alburquerque	11-12	6º Primaria	21	22	43
		12-13	1º ESO	54	41	95
2015-2016	Alburquerque	11-12	6º Primaria	15	21	36
		12-13	1º ESO	36	36	72
	La Codosera	11-12	6º Primaria	9	7	16
2016-2017	Alburquerque	11-12	6º Primaria	25	18	43
		12-13	1º ESO	35	38	73
	La Codosera	11-12	6º Primaria	9	12	21
Total	Alburquerque	11-12	6º Primaria	152	134	286
		12-13	1º ESO	242	192	434
	La Codosera	11-12	6º Primaria	18	19	37

El proyecto también se enmarca dentro de un trabajo de colaboración entre el centro de salud y los centros educativos. Los recursos humanos a lo largo de los años han sido los siguientes:

- Profesor Técnico de Servicio a la Comunidad (PTSC) del Equipo de Orientación del CEIP Ángel Santos
- Educadora Social del IES Castillo de Luna
- Enfermera del C.S de Alburquerque

En el curso escolar 2016-2017 se suman:

- Profesora de Educación Plástica y Profesora de Matemáticas de IES Castillo de Luna
- Medio de comunicación local: Televisión local "TDA".

Señalar como factores favorecedores el Protocolo, anteriormente citado, de Atención al Niño/a y al Adolescente con Diabetes en la Escuela y la estrecha colaboración entre los profesionales sanitarios del centro de salud y los profesionales docentes de los centros educativos ubicados en la zona de salud.

12.METODOLOGÍA

El proyecto se desarrolla en dos etapas:

1ª Etapa: Jornada de Prevención de Consumo de Tabaco en el CEIP Ángel Santos de Alburquerque para alumn@s de 6º de Primaria.

Esta etapa desde el curso escolar 2011-2012 hasta el curso escolar 2014-2015, se realizaba en el CEIP, pero a partir del curso 2015-2016 se realiza en el IES cuando l@s alumn@s de 6º de primaria visitan este centro ya que también asisten l@s alumn@s de 6º de primaria de otro centro educativo de nuestra zona de salud, el CEIP Ntra. Sra. de Chandavilla de La Codosera, para integrarlos también en el programa.

2ª Etapa: Se lleva a cabo en 1º de Secundaria del IES Castillo de Luna, cuando l@s alumn@s de la 1º etapa comienzan en dicho instituto:

Actividades de la 1ª Etapa:

Se realiza una Jornada de Prevención de Consumo de Tabaco consistente en tres bloques de actividades:

Primer Bloque

-Ponencia en PowerPoint con el título “Prevención de Consumo de Tabaco”, (adaptado del CD-ROM de Materiales de Educación para la Salud, volumen 2, editado por la Junta de Extremadura) en la que se expone:

* ¿qué es el tabaco? * tabaco ¿Algo moderno? * tabaco=droga *sustancias que componen el tabaco *fumador pasivo *efectos del tabaco en la salud *falsas creencias sobre el consumo de tabaco *influencia de la publicidad en el consumo.

Esta ponencia es realizada por una enfermera del centro de salud de Alburquerque, con una duración de 30 minutos.

Segundo Bloque

-Visualización, y discusión, sobre el video sobre la presión de grupo y la toma de decisiones
<https://www.youtube.com/watch?v=ybjMndCd6z8>

- Dinámica: Trabajar la prevención con una actividad de *rol-playing*. En esta actividad se hace una representación, por parte de l@s alumn@s, de la presión de grupo (un@s chic@s ofrecen tabaco a otr@s del grupo) y las distintas posturas ante la misma situación (aceptar el cigarro, rechazarlo, resistir). Debate posterior, con el resto de l@s alumn@s, en el que darán su punto de vista y cierre del dinamizador destacando los aspectos más significativos de la presión de grupo.

Esta actividad se lleva a cabo por un Profesor Técnico de Servicio a la Comunidad (PTSC) del Equipo de Orientación del CEIP Ángel Santos, con una duración de 45 minutos.

Tercer Bloque

-Testimonios de iguales:

Esta actividad consiste en la exposición de testimonios de chic@s del IES Castillo de Luna acompañados y dirigidos por la Educadora Social de dicho centro, sobre cómo actuaron cuando le ofrecieron tabaco (cómo dijeron “no”, como empezaron a fumar, pero decidieron no seguir fumando, los que empezaron a fumar y ahora no pueden dejarlo, etc.).

Esta actividad tuvo una duración de 30 minutos.

Actividades de la 2ª Etapa:

También consta de tres bloques de actividades:

Primer Bloque

Se realiza cuando los alumn@s de la 1ª etapa comienzan 1º de la ESO, junto con los alumnos/as que comienzan dicha etapa procedente de la localidad de La Codosera.

- Durante 4 sesiones, de una hora de duración cada una de ellas, la educadora social del IES Castillo de Luna trabaja los siguientes aspectos a través de juegos, torbellino de ideas, rol-playing, teatro y fichas:

- ¿Por qué si, o no, se fuma? -Que el/la alumn@ tome una posición respecto al tabaco-Los efectos del consumo de tabaco-Tipos de presión: ligera y fuerte-Cómo rechazar un cigarro-

Manejar de forma asertiva no ser un fumador pasivo -Alternativas al consumo de tabaco: asociaciones, deporte, música, etc.

Esta actividad está basada en la publicación “Prevención del Consumo de Alcohol y Tabaco. Guía didáctica. Fichas del Anexo I”. Editada por el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.

Segundo Bloque

Se realiza un concurso de carteles de contrapublicidad del tabaco. Para ello l@s alumn@s bien individualmente o bien en grupo de 2-3 personas, elaboraron anuncios publicitarios con un eslogan, invitando a no fumar.

Tercer Bloque

El proyecto concluye con un Taller de los Efectos del Consumo de Tabaco, (adaptado de la publicación, “Educación acerca del tabaco. Experimentos y actividades”, editado por el Departamento de Educación Sanitaria del Ministerio de Trumbull-Ohio-EEUU y disponible en www.lugo.es/cs/prevencionPDFS/ExperimentosTabaco.pdf), que es llevado a cabo por la enfermera del centro de salud de Albuquerque, con una duración de una hora por grupo.

Este taller consiste en observar de forma experimental los efectos de las sustancias tóxicas del cigarro destacando principalmente la nicotina, el alquitrán, el monóxido de carbono y otras toxinas del humo de tabaco.

En el curso escolar 2016-2017 se han sumado actividades nuevas con la participación de otros sectores y disciplinas:

- El diseño y la elaboración de los carteles de contrapublicidad del tabaco, ha sido valorado y evaluado como una actividad de la asignatura de Educación Plástica por la profesora.
- L@s alumn@s de 4º de ESO de la asignatura de matemáticas aplicada junto con su profesora, han realizado un estudio de investigación sobre el consumo de tabaco que más adelante se detalla.
- Los alumnos de 1º de ESO han hecho una intervención comunitaria a través de uno de los medios de comunicación local que existe en esta localidad (TDA-Televisión de Albuquerque), dirigida sobre todo a los fumadores (entre ellos muchos de sus padres y madres), que ha consistido en la elaboración de un *spot*, en el que se da un mensaje a la población de los efectos perjudiciales del tabaco, consistente en que éstos no solo afectan de forma individual, sino



también a los que están alrededor y contribuyen al empobrecimiento de las personas y contaminación del planeta (según publica la OMS); con un mensaje que indica, que la solución está en sus manos y termina con el eslogan de este año de la SeMFyC para la semana sin humo:

“MENOS CAJETILLAS Y MÁS ZAPATILLAS”

https://drive.google.com/drive/mobile/folders/0B6KDtY5QOau7X01PSXFFTFRrWEk?usp=sharing_eil&invite=CLzmjq4G&ts=59329d8f

Recursos materiales

Se emplean recursos existentes en el centro de salud y en centros escolares: ordenador, cañón de proyección, folios, etc., empleando también recursos personales, por ejemplo, pen-drives y cartulinas para los carteles de contrapublicidad del tabaco que compran l@s chic@s.

El coste del taller de los efectos del tabaco es de 10 €.

13.EVALUACIÓN

• INDICADORES.

Los indicadores se han planteado desde los objetivos propuestos, teniendo en cuenta la continuidad en el tiempo, la encuesta realizada al principio del proyecto y factores protectores y de riesgo.

INDICADORES	OBJETIVOS
Número de actividades de información de los efectos nocivos del tabaco, antes de la edad media de inicio de dicho consumo.	1 intervención en el medio escolar anual
Número de intervenciones en el medio escolar en la población diana.	1 intervención en el CEIP anual 1 intervención en el IES anual
Sectores y profesionales por sectores que definen el trabajo intersectorial y	1 miembro del Centro de Salud 1 miembro del CEIP



multidisciplinar en el proyecto.	1 miembro del IES
Número de actividades Prácticas de los efectos nocivos del tabaco.	1 intervención en el IES anual
Número de actividades de Información sobre la Presión de grupo.	1 intervención en el CEIP anual 1 intervención en el IES anual
Número de actividades para trabajar de forma práctica la presión de grupo.	1 intervención en el CEIP anual 1 intervención en el IES anual
Número de actividades para aumentar factores de protección	Intervenciones preventivas a nivel escolar HHSS: resistencia a la presión grupal y asertividad Alternativas de ocio y tiempo libre
Número de actividades para disminuir factores de riesgo	Falsas creencias sobre el tabaco Consumo en el grupo de iguales

RESULTADOS.

Los objetivos planteados, según los indicadores propuestos, se han cumplido todos los años desde el curso escolar 2011-2012 hasta el curso escolar 2016-2017, e incluso algunos han aumentado: ha aumentado el número de profesionales docentes que realizan alguna actividad dentro del proyecto, así como el aumento de sectores (distintos departamentos dentro del instituto de enseñanza obligatoria, medios de comunicación social).

También está involucrado el resto del equipo de atención primaria de Alburquerque, ya que, el proyecto ha contado, desde el principio, con el apoyo de la coordinación y la colaboración del resto de enfermeras, que han colaborado y han suplido el trabajo en el centro de salud de la enfermera participante en este proyecto.

Una de las razones por lo que los centros docentes son un medio ideal para desarrollar programas de prevención, es porque alcanza a un gran sector de la población (6), en unas edades en las que

son más proclives a las actividades de promoción de la salud y en donde su presencia es obligada. En la siguiente tabla se expone la tasa de participación recogida a lo largo de los cursos escolares, en los que lleva implementado el proyecto:

Curso Escolar	Localidad	Nivel de estudios	Número de alumnos	Número de participantes	%
2011-2012	<i>Alburquerque</i>	<i>6º Primaria</i>	60	58	96.6
2012-2013	<i>Alburquerque</i>	<i>6º Primaria</i>	48	48	100
		<i>1º ESO</i>	89	87	97.75
2013-2014	<i>Alburquerque</i>	<i>6º Primaria</i>	56	55	98.2
		<i>1º ESO</i>	105	104	99.04
2014-2015	<i>Alburquerque</i>	<i>6º Primaria</i>	43	41	95.34
		<i>1º ESO</i>	95	95	100
2015-2016	<i>Alburquerque</i>	<i>6º Primaria</i>	36	36	100
		<i>1º ESO</i>	72	69	95.83
	<i>La Codosera</i>	<i>6º Primaria</i>	16	15	93.75
2016-2017	<i>Alburquerque</i>	<i>6º Primaria</i>	43	43	100
		<i>1º ESO</i>	73	72	98.63
	<i>La Codosera</i>	<i>6º Primaria</i>	21	21	100

Al desarrollarse el programa en el medio escolar la participación es cercana al 100%.

Una de las profesoras del departamento de matemáticas junto con los alumnos de 4º de la ESO de la asignatura de matemáticas aplicadas realizan un estudio de investigación, para ello toman como base los resultados de la encuesta realizada en el curso escolar 2011-2012 a los alumnos de 6º de Primaria, para realizar la misma encuesta a los mismos alumnos después de pasar la enseñanza secundaria. Se consigue encontrar a 45 de los 54 alumnos, lo que supone un 83.33%, que se encuentran estudiando primer curso de Bachillerato o primer curso de los ciclos formativos. Se obtienen los siguientes datos:

EDAD			
16-17 AÑOS			
	HOMBRE (%)	MUJER (%)	NO CONTESTA (%)
SEXO	18 (40)	25 (55.5)	2 (4.44)
	SI (%)	No (%)	NO CONTESTA (%)
¿Has fumado alguna vez?	18 (40)	27 (60)	
¿Has fumado diariamente en los últimos 30 días?	3 (6.66)	42 (93.3)	

¿Tu padre/madre o tutor es fumador?	18 (40)	27 (60)	
¿Tienes algún amigo fumador?	36 (80)	7 (15.5)	2 (4.44)
¿Conoces los riesgos del tabaco?	39 (86.6)	3 (6.66)	3 (6.66)

Conclusiones que se extraen:

- Aunque a lo largo de la adolescencia, han fumado en alguna ocasión, establecidos como fumadores a diario es el 6.66%. Según las estadísticas 2016 de la encuesta sobre uso de drogas en enseñanza secundaria de España (ESTUDES), la prevalencia de consumo de tabaco a diario en los últimos 30 días se establece en 10.8% a los 16 años y del 12.9% a los 17 años.
- Se ha reducido el porcentaje de padres fumadores, lo que supone un factor de protección.
- Se ha elevado el porcentaje de amigos que fuman, lo que es un dato a tener en cuenta y reforzarlo, aunque puede tener otra lectura y es que a pesar de que el porcentaje de amigos fumadores ha aumentado, han resistido la presión de grupo.
- La mayoría conoce los efectos del tabaco.

Por otra parte, debe comentarse que el proyecto “Prevención de consumo de tabaco en centros docentes”, el cual se desarrolla en esta memoria, ha resultado reconocido como “Buena Práctica de Promoción y Educación para la Salud”, según Resolución de 2 de noviembre de 2016, de la Dirección Gerencia del Servicio Extremeño de Salud, por la que se resuelve la convocatoria de premios a las buenas prácticas de promoción y educación para la salud para el año 2016 (DOE número 219 de 15 de noviembre). Este hecho ha sido recogido por diferentes medios de comunicación: Televisión de Albuquerque ([Entrega Premio M^a Encarnación Nieto buenas prácticas en Educación para la Salud 7-3-17_TDA.mp4](#)), emisora de radio de Albuquerque, periódicos regionales (El Periódico de Extremadura, año XCIII número 30713, miércoles 8 de marzo de 2016, página 19) locales (La Crónica de Badajoz, número 3206, miércoles 8 de marzo de 2017, página 7) y digitales (<http://www.extremadura7dias.com/noticia/premian-un-proyecto-para-evitar-el-consumo-de-tabaco-en-centros-escolares>).

14. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

La experiencia de estos años de implementación del programa, está siendo muy beneficiosa:

- Consolidación de la actividad de la promoción y la prevención de la salud en el equipo de atención primaria del centro de salud.
- Concienciación por parte de los profesionales de que un sistema sanitario sostenible es posible, si se invierte en prevención primaria.

- Evidencia de los buenos resultados en el trabajo multidisciplinar e intersectorial.
- L@s alumn@s se convierten en agentes de salud y provocan en sus padres y/o madres la deshabituación tabáquica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mathers C, World Health Organization. WHO global report mortality attributable to tobacco [Internet]. Geneva, Switzerland: WHO 2012. Disponible en:
http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241564434_eng.pdf
2. Consejo integral en estilos de vida en Atención Primaria vinculado con recursos comunitarios en población adulta-Informes, estudios e investigación 2015-Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
3. Actualización PAPPS Junio 2014 Vol. 46. Extraordinario IV. SemFYC.
4. Bases científicas de la Prevención en Drogodependencias. Elisardo Becoña Iglesias. Universidad de Santiago de Compostela. Edita Ministerio del Interior. Delegación del gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Secretaría General Técnica. Madrid 2002.
5. Como prevenir el uso de drogas en los niños y adolescentes. Una guía con base científica para padres educadores y líderes de la comunidad. Versión Abreviada. Segunda Edición. Editado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Instituto Nacional de Salud.
6. Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía 2007-2012. Sevilla. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.2006.

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos facilitados en la ficha podrán ser incorporados a ficheros necesarios para la gestión de esta convocatoria, así como al buscador o plataforma de difusión de las experiencias seleccionadas y clasificadas como Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud. Por tanto, al rellenar esta ficha, se da consentimiento institucional y personal para que los datos recogidos en la misma sean recopilados y procesados para ser incluidos en la base de datos que alimente en su momento el buscador o plataforma de difusión del Catálogo de BBPP del SNS a través de la página Web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.



MEMORIA
Experiencia Candidata

1. ESTRATEGIA A LA QUE SE PRESENTA

Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS.

2. TÍTULO DE LA EXPERIENCIA

JUEGA EN POSITIVO CON LA SALUD: DEL PLATO AL ZAPATO

3. DATOS DE LA ENTIDAD Y PERSONA RESPONSABLE

- **CCAA:** Extremadura.
- **Nombre de la entidad:** Centro de Salud Plasencia II.
- **Domicilio social:** C/ Antonio Vargas y Laguna s/n, 10600 PLASENCIA (Cáceres).
- **Persona titular de la Dirección o Gerencia de la entidad responsable.** *En caso de ser calificada finalmente como Buena Práctica, se le comunicará también formalmente , además de a la persona técnica responsable del equipo que presenta la candidatura:*
 - Nombre y apellidos: Félix Manuel García Muñoz
 - E-mail: felix.garcia@salud-juntaex.es
 - Teléfonos: 927428368 (Félix Manuel García) – 924382785 (Eulalio Ruiz)
- **Datos de contacto de la persona técnica responsable de la candidatura¹:**
 - Nombre y apellidos: M^a Nieves Santos de Vega
 - E-mail: nievessdv@gmail.com
 - Teléfonos: 690603296 y 927 417744 (Centro de Salud)

4. DATOS DEL RESTO DEL EQUIPO RESPONSABLE DE LA CANDIDATURA

Nombre y apellidos	E-mail	Teléfono	Puesto de trabajo	Entidad
Concepción García Castiñeira	conchagarcia@gmail.com	927423100	Enfermera	Centro de Salud Plasencia II
Marta Bañuls Coca	marta.banulsc@salud-juntaex.es	927423100	Enfermera	Centro de Salud

¹ Aquella persona de contacto que hará de interlocutora con el MSSSI y proporcionará más información técnica acerca de la intervención/experiencia presentada como candidatura a BBPP en caso de ser necesario.



Alberto Meizoso Beceiro	alberto.meizoso@gmail.com	927423100	Médico F.	Centro de Salud
Pilar Campos Javier	maria.camposj@salud-juntaex.es	927423100	Enfermera	Centro de Salud
Antonia Fernández León	antonia31162@gmail.com	927423100	Pediatra	Centro de Salud
Leonor Palomo Béjar	leonorpalomo@gmail.com	927423100	Enfermera	Centro de Salud
Javier Núñez Trujillo	javiernuneztru@gmail.com	619123103	Veterinario	Centro de Salud Jaraíz
M ^a José Rodas Fuentes	almajar3@gmail.com	646344842	Profesora	CEIP San Miguel
Luis Olivera Lorenzo	minorias.etnicas@aytoplasencia.es	617160124	Trabajador Social	Ayuntamiento
Beatriz Alias Olivera	krlitos_18_18@hotmail.com	625929091	Integradora Social	Asociación Río Jerte
Gabriela Pilataxi Izurieta	eli_gaby26@hotmail.com	927423100	MIR Familia	Centro de Salud
Alberto Martín Díaz	albertomd2506@gmail.com	927423100	MIR Familia	Centro de Salud
José Ramón Rodríguez Larios	jramonrlarios@hotmail.com	927423100	MIR Familia	Centro de Salud
Beatriz Serena Gómez	beatrizsg24@hotmail.com	927423100	EIR Familia	Centro de Salud
Mirian Guirado Salmerón	miguissal93@gmail.com	927423100	EIR Familia	Centro de Salud
M ^a Paula Timón Mateos	mariapaula.timon@salud-juntaex.es	927423100	Trabajadora Social	Centro de Salud



5. ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

Marcar con una X donde corresponda.

	Estatal
	Comunidad Autónoma
	Provincial
	Municipal
	Área de Salud (sector, distrito, comarca, departamento...)
X	Zona básica de salud
	Otro (especificar)

6. PERÍODO DE DESARROLLO

- **Fecha de inicio:** Mayo 2016
- **Actualmente en activo:** Sí. Actualmente detenido por el período estival. Se prevé su continuidad tras el verano, durante el próximo año académico 2017/2018.
- **Prevista su finalización:**

7. LÍNEA DE ACTUACIÓN

Marcar con un X la línea de actuación de la Estrategia en la que se considera que está enmarcada esta experiencia.

Línea de actuación	Intervención en población sana sobre factores de riesgo de enfermedades no transmisibles (prioritariamente: tabaco, actividad física y consumo de riesgo de alcohol), en los entornos y poblaciones priorizadas en la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS.	X
	Detección precoz e intervención sobre fragilidad y caídas en la población mayor.	
	Intervención para promover la salud y el bienestar emocional en la población infantil / programa de parentalidad positiva.: a través de la intervención en sus madres	

8. ENTORNO DE ACTUACIÓN

Marcar con un X el entorno/s en que se desarrolla esta experiencia.

Línea de actuación	Entorno sanitario / Sistema de Salud.	X
	Entorno comunitario/ local	X
	Otros entornos (especificar: educativo, deportes, etc.): educativo	X

9. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Está ampliamente estudiado y demostrado la influencia de la educación y los hábitos de vida en la salud así como los cambios de esos hábitos según el nivel sociocultural y la educación.

Este proyecto surge a demanda de los profesores que llevan a cabo el programa de alfabetización “Todos al cole” sobre las madres de alumnos/as con más dificultades de aprendizaje y/o más absentismo escolar: minorías gitana y origen marroquí. Dichas madres solicitan información en temas de salud, los profesores se ponen en contacto con nuestro centro de salud solicitando colaboración. Tras las primeras 4 sesiones en el mes de mayo 2016, cuyos temas eligen las propias mujeres, nos piden que lo abordemos de forma más amplia en el siguiente curso académico; de este modo, (como se detalla en el proyecto, que se adjunta como documentación anexa) se realiza el análisis de la situación y la priorización de necesidades.

Para la selección de los temas se tuvo en cuenta: la opinión de las mujeres, de los profesionales que las atendemos en el centro de salud y constatamos los malos hábitos dietéticos y de ejercicio físico (EF) tanto de ellas como de sus hijos, la opinión de los profesores y profesionales que trabajan con ellas, la magnitud del problema (muy amplio sobre todo en el colectivo gitano), la gravedad en cuanto a influencia de la alimentación y sedentarismo en múltiples enfermedades y factores de riesgo, la factibilidad y la eficacia de la intervención ampliamente demostrada.

Aunque el grupo de población al que inicialmente va dirigido son mujeres mayores de 18 años con hijos/as en el centro educativo, entendemos que, sobre todo en estos dos colectivos, son los pilares de la educación de sus familias por lo que tienen gran influencia en los hábitos que adquieran especialmente los niños/as. La pregunta esencial que se ha trabajado a lo largo de todo el proyecto y que han intentado darle respuesta es: “¿Cómo puedo lograr una alimentación más saludable para mí y mi familia y hacer ejercicio físico de forma regular?”

Disponemos de las distintas herramientas de evaluación que hemos utilizado, encuestas de satisfacción, listado de asistencia, etc, aunque lamentablemente no podemos transmitir el cambio esencial que hemos percibido en nuestro grupo de mujeres y que hemos compartido con ellas. Debido a las características socioculturales de las comunidades a las que pertenecen (pequeño barrio-*gueto* de parte de la comunidad gitana –“San Lázaro”- donde se distribuye la mayoría de la droga del norte de Cáceres, con alto índice de desempleo y absentismo escolar, “Los Monos”, pequeño barrio próximo al anterior donde conviven personas de la comunidad gitana y *paya*, con bajo nivel cultural y alto índice de paro, y “comunidad marroquí” con importantes problemas económicos y más aún por la barrera idiomática y diferencias culturales), las opiniones de dichas mujeres son *invisibilizadas* de forma habitual siendo sin embargo, los principales agentes de salud de sus familias.

La educación y el trabajo en grupo han demostrado ampliamente su eficacia en lograr cambios de hábitos aunque de forma lenta.

Puesto que somos conscientes de que nuestra capacidad de intervención para modificar hábitos es limitada, queremos aprovechar la demanda de nuestras mujeres y su solicitud para hacerlas a ellas protagonistas de su educación y de los cambios en salud que necesitan para ellas y sus familias.

10. OBJETIVOS

Objetivos generales:

1. Mejorar la alimentación de las mujeres.
2. Contribuir a mejorar la alimentación de su familia.
3. Aumentar/mejorar la actividad física habitual de las mujeres.

Los objetivos **específicos**, **operativos** e **indicadores de evaluación** se detallan en la ficha educativa global del proyecto.

Objetivos Específicos	Objetivos Operativos	Métodos	Medios y Recursos	Evaluación
Que adquieran el compromiso de realizar menús saludables.	Comunicarán al menos 2 emociones que hayan sentido en relación con la dieta la última semana.	Tormenta de ideas Café del mundo El Círculo	Papel Bolígrafo Pinturas Rotafolios	Nº de emociones expresadas/nº mujeres
Que manifiesten sus dificultades para llevar una dieta sana.	Comunicarán al menos 1 dificultad para llevar a cabo una dieta sana.	Tormenta de ideas Café del mundo El Círculo	Papel, Bolígrafo Rotuladores Rotafolios	% mujeres que han expresado alguna dificultad
Que propongan alguna forma de superar las dificultades.	Propondrán al menos 1 forma de superar las dificultades/grupo.	Tormenta de ideas Café del mundo El Círculo	Papel Bolígrafo Pinturas	% de grupos que han propuesto al menos 1 solución a las dificultades



Que aprendan las características de una alimentación saludable	Sabrán identificar al menos 8 de entre 10 alimentos a qué grupo pertenecen. Conocerán el número de raciones de fruta y verdura recomendables al día.	Exposición con discusión Trabajo en grupos	Ordenador Proyector Papel, Bolígrafo Rotuladores Rotafolios Tijeras Caja alimentos	
Que elaboren un menú saludable	Cada participante elaborará al menos 1 menú saludable de 1 de las 3 principales comidas.	Demostración con entrenamiento. Puesta en común.	Folletos Cartulinas Tijeras Pegamento Caja alimentos	Nº de mujeres que han realizado al menos 1 menú saludable.
Que expresen sus deseos sobre el ejercicio que quieran llegar a hacer	Comentarán al menos 1 vivencia positiva respecto a la realización del ejercicio físico.	Tormenta de ideas. Café del mundo. El Círculo.	Papel, Bolígrafo Rotuladores Rotafolios	% mujeres que han expresado al menos 1 vivencia positiva respecto a la realización de EF.
Que expresen las dificultades para llevar a cabo el ejercicio físico.	Expresarán al menos 1 dificultad para la realización del ejercicio físico regular.	Tormenta de ideas Café del mundo El Círculo	Papel, Bolígrafo Rotuladores Rotafolios	% mujeres que han expresado al menos 1 dificultad en la realización de EF regular.
Que propongan posibles soluciones a las dificultades	Propondrán al menos 1 forma de superar las dificultades/grupo	Tormenta de ideas Café del mundo El Círculo	Papel Bolígrafo Pinturas	% de grupos que han propuesto al menos 1 solución a las dificultades.
Que aprendan recomendaciones de ejercicio físico según sus necesidades.	Señalarán el 90% de las respuestas correctas de los 10 ítems presentados sobre recomendaciones de EF o mencionarán 3 tipos de EF	Exposición con discusión Vídeo con discusión.	Ordenador. Proyector. Amplificador.	% mujeres que han respondido correctamente al 80% de los ítems sobre EF.



Que realicen una rutina semanal de ejercicio físico saludable.	El 90% de las mujeres realizarán al menos 2 días por semana ejercicio físico durante al menos 30 min/día.	Programa de EF.	Parque.	% mujeres que acuden al 80% de las sesiones del Programa de ejercicio físico.
--	---	-----------------	---------	---

11. CONTEXTO Y POBLACIÓN DIANA

Mujeres mayores de 18 años incluidas en el Proyecto Educativo de Voluntariado “Todos al Cole” y otras mujeres **que**, aunque no estén dentro de dicho programa, **pertenezcan a las minorías gitana y marroquí**, y quieran participar en él.

Se excluyen a las mujeres que no quieran participar voluntariamente o no puedan acudir a las actividades propuestas por el motivo que sea.

12. METODOLOGÍA

Se llevaron a cabo diversas actividades:

- a. Actividades destinadas a conocer y expresar su **situación**. Técnicas de investigación en el aula utilizadas:
 - Tormenta de ideas.
 - Círculo: participar y practicar conversaciones.
- b. Profundizar en ella, reorganizar la **información**. Técnicas expositivas utilizadas:
 - Exposición con discusión.
 - Lectura con discusión.
 - Vídeo con discusión.
- c. **Analizar y reflexionar**. Técnicas de análisis utilizadas:
 - Análisis de texto.
 - Análisis de película.
 - Discusión.
 - Café del Mundo.
 - Círculo.
- d. **Actuar**. Técnicas de desarrollo de habilidades utilizadas:
 - Demostración con entrenamiento.
 - Simulación operativa.
 - Ayuda en la toma de decisiones.

SESIONES EDUCATIVAS. Son las actividades encaminadas a lograr el cambio positivo en los conocimientos, actitudes y comportamiento de las mujeres incluidas en el Proyecto:

a. **Esquema de las Sesiones**

- Objetivos.
- Contenidos.
- Desarrollo de la Sesión.
 - ✓ Presentación (en la 1ª sesión).
 - ✓ Normas a respetar en el trabajo en grupo.
 - ✓ Resumen de la sesión anterior (a partir de la 2ª y hasta el final).
 - ✓ Actividad central de la Sesión: consiste en el trabajo de reflexión grupal según los contenidos que se traten en cada sesión, en el análisis del material de trabajo, en la búsqueda de soluciones a los problemas planteados y en la realización de ejercicios con situaciones simuladas o cercanas a la vida real.
 - ✓ Dudas.
 - ✓ Resumen breve de la Sesión.
 - ✓ Tareas para casa.
 - ✓ Material necesario.
- Cuestionario de Opinión y Sugerencias (en la última sesión).

b. Se han realizado 16 sesiones educativas de 120 minutos cada una, las 4 primeras en mayo de 2016; 11, tras nuevo análisis de situación, en los meses de febrero a mayo de 2017. En junio hemos tenido 1 sesión de seguimiento de hábitos adquiridos. 2 de las sesiones se han realizado en un parque próximo al barrio, el resto en el centro educativo de sus hijos/as (CEIP San Miguel Arcángel).

13. EVALUACIÓN

▪ INDICADORES.

Se ha realizado la evaluación que se propuso en una actividad formativa oficial sobre metodología de Educación para la Salud teniendo en cuenta las siguientes dimensiones:

a. **Evaluación Cuantitativa:**

- **Estructura:** se ha utilizado una rejilla de evaluación de estructura que valorará el grado de adecuación de Recursos²:
 - ✓ Materiales y métodos, espacio.
 - ✓ Humanos.

² Esta rejilla aparece en el documento adjunto como anexo 10.

- **Proceso:** se ha utilizado una rejilla³ de evaluación del Proceso valorando si se ha conseguido cumplir las actividades planificadas dentro de los tiempos empleados.
- **Resultados:** Los resultados de la misma se detallan más adelante. Hemos evaluado:
 - ✓ Grado de consecución de los objetivos. Se ha valorado el grado de consecución de objetivos operativos globales del proyecto así como de cada sesión.
 - ✓ Satisfacción Global: Rejilla de Satisfacción Global.
 - ✓ Evolución hábitos dietéticos según fichas de alimentación.
 - ✓ Evolución hábitos de ejercicio según fichas de ejercicio físico.

- **Efectos no previstos:** tanto de estructura como de proceso y de resultados
Aunque en la documentación complementaria se expone más información, que aquí no exponemos por motivos de espacio, queremos destacar el **EMPODERAMIENTO de las mujeres**. Pertenecientes a culturas eminentemente machistas y patriarcales donde su opinión queda siempre relegada por las normas sociales, ha sido especialmente enriquecedor el trabajo de grupo, la práctica de conversaciones constructivas, donde, entre todas, buscaban soluciones a las dificultades planteadas. Han salido otros temas de gran interés que también les preocupan e influyen en su forma de vivir. Han sentido su valor y eso les ha producido gran satisfacción, fuerza y deseos de cambiar los hábitos de sus familias también.

A lo largo de todo el proyecto las mujeres han ido tomando protagonismo y adquiriendo confianza en sí mismas dejando aflorar el gran potencial de cambio que guardan dentro de sí. Esta transformación se ha manifestado con deseos de extender su adquisición de conocimientos a otras madres/padres para así poder influir en la salud de sus familias y de la comunidad.

▪ RESULTADOS.

1. Evaluación de Estructura

Nombre de la persona responsable del proyecto: Nieves Santos

Nº de horas invertidas en el taller: 32 horas.

Nº de personas asistentes 20*

Nº de educadores 16

EL local ¿fue adecuado? Si

Al agrupar los grupos ¿se tuvieron en cuenta?

Edad Si

Nivel cultural Si

³ Esta rejilla aparece en el documento adjunto como anexo 11.



Motivación Si

Otros (especificar)

¿Se acordaron con antelación?

Los medios Si

Los métodos Si

El lenguaje Si

La prioridad de los temas Si

El nº de personas y tiempo dedicado ¿fue el adecuado para la actividad? Si (salvo alguna dinámica de grupo que no hemos podido realizar por falta de tiempo).

*(De las 20 mujeres que iniciaron el proyecto: 2 han faltado a más de 7 sesiones por lo que consideramos abandono. 1 ha faltado a 7 sesiones de las 11, el resto de 1 a 3 ausencias lo que consideramos muy buenos resultados dadas las características de este grupo de mujeres, especialmente las de etnia gitana, que por experiencias en otros proyectos suelen faltar).

2. Evaluación de Proceso

1. ¿Han sido planteadas las necesidades? Si
2. ¿Se han escogido las más prioritarias? Si
3. ¿Se ha preguntado a los participantes su opinión? Si
4. ¿Se ha realizado el plan del proyecto? Si
5. ¿Se ha modificado? No
6. ¿Por qué? Especificar

3. Evaluación de Resultados*

PROGRAMADOS

CONSEGUIDOS

	SI	NO	OBSERVACIONES
OBJETIVOS OPERATIVOS*			
*El 70% de las mujeres se comprometerán verbalmente a intentar realizar al menos 2 menús saludables en su casa.	SI		
*Comunicarán al menos 1 dificultad por grupo para llevar a cabo una dieta sana.	SI		
*Propondrán al menos 1 forma de superar las dificultades por grupo para llevar una dieta sana.	SI		
*El 70% de las mujeres sabrán identificar al menos 8 de entre 10 alimentos a qué grupo pertenecen.	SI		
*El 70% de las mujeres conocerán el número de raciones de fruta y verdura recomendables al día.	SI		Especialmente disminuir consumo de dulces y



*El 90% de las mujeres elaborarán 1 menú saludable de al menos una de las 3 comidas principales con el material del taller pudiendo equivocarse en un alimento.	SI		bebidas azucaradas y aumento de consumo de vegetales tanto ellas como sus hijos/as
*El 70% de las mujeres sabrán interpretar las características nutricionales de una etiqueta.	SI		
*El 70% de las mujeres sabrán delimitar qué alimentos son saludables por el etiquetado de los mismos.	SI		
*El 60% de las mujeres lograrán modificar al menos 2 hábitos de alimentación saludable en su dieta semanal.	SI		
*El 60 % de las mujeres lograrán modificar al menos 2 hábitos de alimentación saludable en la familia.	SI		
*El 70% de las mujeres expresarán los minutos de ejercicio físico que quieren hacer a la semana.	SI		
*El 70% de las mujeres expresarán al menos 1 dificultad para la realización del ejercicio físico regular.	SI		
*El 70% de las mujeres propondrán al menos 1 forma de superar las dificultades para la realización del ejercicio físico.	SI		
*El 70% de las mujeres mencionará al menos 3 tipos de ejercicio físico recomendable y sus razones.	SI		
*El 70% de las mujeres realizarán al menos 2 días por semana ejercicio físico durante al menos 30 minutos al día.	SI		
CONTENIDOS EDUCATIVOS			
Clasificación de los grupos de alimentos.	SI		
Alimentos que pertenecen a cada grupo.	SI		
Menú completo con ingredientes de todos los grupos de alimentos. Su distribución en la dieta.	SI		
Alimentos menos saludables.	SI		
Etiquetado de los alimentos.	SI		
Alimentación en edad escolar.	SI		
Tipos de ejercicio físico .	SI		
Distribución del ejercicio a lo largo de la semana.	SI		
Programa de ejercicio.	SI		
ACTIVIDADES	SI		
Las citadas en el apartado de Metodología.			
MEDIOS EDUCATIVOS			



•Manteles educativos.	SI		
•Rotafolios.	SI		
•Pizarra.	SI		
•Rotuladores, pinturas de colores.	SI		
•Ordenador.	SI		
•Proyector/Cañón.	SI		
•Alimentos de plástico y otros aportados por las participantes.	SI		
•Folletos.	SI		
•Cartulinas, pegamento, tijeras.	SI		
•Manteles de papel.	SI		
•Carteles informativos.	SI		
•Pelota.	SI		
•Parque público y mobiliario del mismo.	SI		
MÉTODOS EDUCATIVOS			
•Tormenta de ideas.	SI		
•Grupo focal.	SI		
•Círculo.	SI		
•Exposición.	SI		
•Café del mundo.	SI		
•Demostración con manteles educativos y otros recursos.	SI		
•Puesta en común.	SI		
•Vídeos/Películas.	SI		
•Juegos.	SI		
•Paseo educativo/Tablas de ejercicio/Utilización de máquinas para hacer ejercicio del parque.	SI		
•Celebración/Fiesta.	SI		
TIEMPO EMPLEADO			
11 Sesiones de 120 minutos cada una	SI		

*Los resultados de los objetivos operativos son cercanos al 100% en cada actividad dada la metodología tan participativa que se ha utilizado favoreciendo la participación constante de todas las mujeres.

▪ *Resultados de Satisfacción Global

	PREGUNTAS	RESPUESTAS (12/15)
1	De 1 a 10 ¿cuánto te ha gustado el proyecto educativo?	9,33
2	¿Cómo lo mejorarías?	25% Nada, me gusta mucho así



		Más ejercicio 25% , Más comidas 8% Más sesiones con veterinario 16% Más actividades 8% Más tiempo 8%, Más películas 8%
3	¿Qué aspectos cambiarías?	La película 25% Tiempo de las sesiones 25% Talleres de comida saludable 16% Veterinario 8% Más ejercicio físico 8% Ninguno 8% No sabe/no contesta 16%
4	¿Te ha parecido adecuado el lugar donde se han realizado las sesiones?	Mucho 75% Normal 25% Poco 0%
5	Te ha parecido que el tiempo empleado ha sido	Excesivo 16% Suficiente 58% Poco 25%
6	De 1 a 10 ¿cuánto te ha gustado la forma de enseñarte?	8,7
7	De 1 a 10 ¿cuánto has aumentado tus conocimientos sobre alimentación?	8,3
8	De 1 a 10 ¿cuánto has aumentado tus conocimientos sobre ejercicio físico ?	8
9	De 1 a 10 ¿cuánto te ha ayudado a cambiar tu forma de comer?	6,8
10	De 1 a 10 ¿cuánto te ha ayudado a hacer más ejercicio físico ?	6,1
11	De 1 a 10 ¿has conseguido una alimentación más saludable para tu familia?	8
12	Dinos al menos una forma para superar la dificultad para comer de forma saludable	Comprar menos bollería 33% Comprar y beber menos refrescos 16% Comprar y cocinar comida sana 50%
13	Dinos al menos una forma para superar la pereza o dificultad para hacer	Utilizar menos el coche 41% Pasear con amigos 50%



	ejercicio regular	No sedentarismo 8% No sabe/no contesta 8%
14	¿Cuántas raciones de fruta y verdura se recomienda comer al día?	5: 58% 3: 8% 2: 8%
15	Dinos algo positivo en relación con el ejercicio físico que realizas	Mejoría físicamente 57% Mejoría de ánimo 41%
16	De 1 a 10 tu valoración global con el proyecto es	8,9.
17	¿Te gustaría seguir formándote para posteriormente ayudar a los demás a comer de forma saludable y realizar ejercicio físico?	Si 100% No 0%
18	¿Te gustaría continuar con el Proyecto enseñando y ayudando a otras personas a comer de forma más saludable y a hacer ejercicio regular?	Si 100% No 0%
19	Comentarios y Sugerencias*	Clases de cocina saludable 16% Educación cocina saludable a otros padres 16% Más educación cocina saludable Ejercicio físico semanal con un monitor 16% Que nuestros hijos enseñen a otros niños 8%

***Las mujeres participantes nos han solicitado reiteradamente continuar con el proyecto, abordar más temas, participar como agentes comunitarios enseñando a otros padres/madres, incluir a sus hijos/as en el proyecto para que puedan influir en otros alumnos/as, facilitarles un monitor para poder hacer al menos 1 día a la semana ejercicio físico reglado, cursos en sus comunidades respectivas para aprender a hacer menús saludables.**

- Evolución hábitos dietéticos según Fichas de Alimentación y Ejercicio Físico

En cada sesión se les daba una ficha/encuesta dietética donde anotaban lo que comían cada día de la semana y otra para apuntar los minutos de ejercicio físico diario, nos las entregaban a la semana siguiente, en la siguiente sesión educativa, de modo que se ha hecho un seguimiento de los cambios en los hábitos de alimentación y ejercicio físico diarios.

Hay que destacar el bajo índice de cumplimentación de las fichas de alimentación y ejercicio así como la falta de constancia tanto en la cumplimentación como en la entrega (gran parte de las

mujeres son analfabetas funcionales o tienen dificultades con el idioma por lo que necesitaban la ayuda de sus hijos para registrar lo que se les pedía). Esto nos impide valorar de forma más objetiva los cambios de hábitos aunque la tendencia general es positiva, tanto en el aumento de consumo de vegetales y frutas como disminución en el consumo de dulces y bebidas azucaradas. Varias de las mujeres que no consumían ninguna ración de vegetales al inicio del proyecto han iniciado su consumo con gran satisfacción. Así mismo, la mayoría han disminuido el consumo de bebidas azucaradas tanto ellas como sus hijos (según han manifestado verbalmente de forma reiterada y progresiva en las sesiones sucesivas).

Aumento progresivo y más constante en el número de minutos que caminan a la semana.

14. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

La educación para la salud, a través de este proyecto, en este grupo de mujeres ha producido:

1. Gran satisfacción global de las mujeres con el proyecto desarrollado.
2. Gran satisfacción de los docentes.
3. Mejoría de las relaciones y ambiente laboral tanto en el centro de salud como con otros agentes de la comunidad (docentes, trabajador social, integradora social), hasta entonces desconocidos.
4. Empoderamiento de un grupo de mujeres especialmente vulnerable y *maltratado* socialmente.
5. Repercusión positiva de hábitos saludables en los niños/as, especialmente en los más pequeños.
6. Posibilidad de continuar colaborando en la mejora de la salud a través de la educación en grupos, desarrollando y aumentando el proyecto.

Por todo ello, ha sido necesario hacer el esfuerzo de compromiso por parte de los educadores en salud de continuar con el proyecto para el próximo curso implicando de forma más activa, como agentes de salud comunitaria, a varias de las mujeres que han asistido a las sesiones, incluyendo a alguno de sus hijos/as. Se volverá a hacer un análisis de la situación con revisión de las necesidades educativas después del verano 2017 y, junto con las mujeres, se realizará la ampliación del proyecto.

Documentación anexa:

Anexo 1 - Plasencia, Memoria versión completa.

Anexo 2 - Plasencia, Foto 1.

Anexo 3 - Plasencia, Foto 2.

Anexo 4 - Plasencia, Foto 3.



MEMORIA

Experiencia Candidata

1. ESTRATEGIA A LA QUE SE PRESENTA

Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS.

2. TÍTULO DE LA EXPERIENCIA

PROYECTO “CRECIENDO CON ATENCIÓN Y CONSCIENCIA PLENA”

(UN CENTRO DE SALUD “CONSCIENTE”, AMIGO DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA)

Enlaces a sitios web: <http://bit.ly/2sMEky6> <http://adolescentes.blogia.com> <http://bit.ly/1nsaDIB>

3. DATOS DE LA ENTIDAD Y PERSONA RESPONSABLE

- **CCAA:** Madrid
- **Nombre de la entidad:** SERMAS – Gerencia Asistencial de Atención Primaria
- **Domicilio social (incluido Código Postal):** C/ San Martín de Porres 6, 28035 Madrid
- **Persona titular de la Dirección o Gerencia de la entidad responsable.**
 - Nombre y apellidos: Sonia López Palacios (persona de referencia en Gerencia Asistencial de Atención Primaria)
 - E-mail: dacentro@salud.madrid.org
 - Teléfonos: 917974908 (Dirección Asistencial Centro)
- **Datos de contacto de la persona técnica responsable de la candidatura¹:**
 - Nombre y apellidos: Patricio José Ruiz Lázaro
 - E-mail: patriciojose.ruiz@gmail.com ; patriciojose.ruiz@salud.madrid.org
 - Teléfonos: 630589872 (personal) – 918824132 (centro de salud)

4. DATOS DEL RESTO DEL EQUIPO RESPONSABLE DE LA CANDIDATURA

Nombre y apellidos	E-mail	Teléfono	Puesto de trabajo	Entidad
Teresa Rodríguez Gómez	trodrieguezg@salud.madrid.org	918824132 (centro de salud)	Enfermera de Pediatría	Centro Salud Manuel Merino
Eva Núñez Marín	evanuma@gmail.com	918823334 (colegio)	Profesora tutora de E. Primaria	Colegio E.I.P. Emperador Fernando

¹ Aquella persona de contacto que hará de interlocutora con el MSSSI y proporcionará más información técnica acerca de la intervención/experiencia presentada como candidatura a BBPP en caso de ser necesario.



5. ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

	Estatal
	Comunidad Autónoma
	Provincial
	Municipal
X	Área de Salud (sector, distrito, comarca, departamento...)
	Zona básica de salud
	Otro (especificar):

6. PERÍODO DE DESARROLLO

- **Fecha de inicio de la experiencia:** octubre de 2012
- **Fecha de finalización de la experiencia:** febrero de 2016
- Durante 2016, evaluación de resultados de la experiencia y reelaboración del plan de acción (se diseña "PROYECTO TU-YO")
- Durante 2017, puesta en marcha de "PROYECTO TU-YO" (<http://bit.ly/2tK7o6U>) que puede considerarse una versión 2.0 de "CRECIENDO CON ATENCIÓN Y CONSCIENCIA PLENA".

7. LÍNEA DE ACTUACIÓN

Línea de actuación	Intervención en población sana sobre factores de riesgo de enfermedades no transmisibles (prioritariamente: tabaco, actividad física y consumo de riesgo de alcohol), en los entornos y poblaciones priorizadas en la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS.	
	Detección precoz e intervención sobre fragilidad y caídas en la población mayor.	
	Intervención para promover la salud y el bienestar emocional en la población infantil / programa de parentalidad positiva.	X

8. ENTORNO DE ACTUACIÓN

Línea de actuación	Entorno sanitario / Sistema de Salud.	X
	Entorno comunitario/ local	X
	Entorno educativo	X

9. ANÁLISIS DE SITUACIÓN



El proyecto “Creciendo con atención y consciencia plena” surge del análisis de necesidades realizado a partir de:

- 1) Una reflexión global sobre la equidad en las estrategias, programas y actividades de nuestro centro de salud, realizada en el equipo de atención primaria, a raíz de la actual crisis socioeconómica. En ella se identifica a los niños y adolescentes (de ambos sexos) como uno de los grupos poblacionales que se encuentran en situación de desigualdad en la zona básica de influencia del centro de salud. Lo cual coincide con la línea 3 de la Estrategia Nacional de Equidad en Salud (“Desarrollar un plan de apoyo integral a la salud infantil y juvenil que vele por la igualdad de oportunidades de desarrollo para todos los niños independientemente de las condiciones de sus padres”). Según el informe de UNICEF “El bienestar infantil en los países ricos” (abril 2013), el bienestar de niños y adolescentes en España se desmorona en la última década: España ocupa la posición 19 entre los 29 países occidentales analizados; mientras que hace diez años ocupaba el quinto puesto de 21 países; destaca la elevada tasa de adolescentes que no estudian, sus pobres resultados académicos, los recursos económicos y su exposición a las drogas.
- 2) La evaluación continua de la actividad comunitaria y de educación para la salud con adolescentes y padres desarrollada de forma estable en nuestro centro de salud desde 1998 (cuya estrategia “for and with young people” representó a España en el Foro HBSC 2007 sobre la cohesión social para el bienestar mental de los adolescentes <http://bit.ly/2so4oy4>), que se materializó en los proyectos “Promoviendo la adaptación saludable de nuestros adolescentes” (Primer Premio PACAP 1998) <http://bit.ly/2tqEpVd>, Participación comunitaria de adolescentes y jóvenes “Aprendiendo entre todos a relacionarnos de forma saludable” (Primer Premio PACAP 2002) <http://bit.ly/2tLx81l>, Jóvenes en red por su desarrollo saludable y contra la violencia: Programa J.A.M.P.A -proyecto de empoderamiento para la salud y creación de una red comunitaria de Jóvenes Agentes en Mediación y Prevención de la Agresión-.(Primer Premio PACAP 2006) <http://bit.ly/2sR3xYd> y “De jóvenes a jóvenes” (<http://bit.ly/1b8r8Ac>). Dicha evaluación continua se plantea como una de sus líneas futuras la ampliación del trabajo de promoción de la salud a edades más precoces.
- 3) La detección por los maestros de un centro público de educación primaria (C.E.I.P “Emperador Fernando”), cercano al centro de salud, de una alta frecuencia en sus alumnos de problemas emocionales, dificultades de socialización y/o mala relación con iguales, e indicadores de riesgo social (pobreza, paro de ambos progenitores, maltrato intrafamiliar,...). Demandan al centro de salud apoyo para trabajar conjuntamente la inteligencia emocional en la comunidad educativa.
- 4) Las políticas municipales de infancia en el área de salud. El ayuntamiento está interesado en el ingreso del municipio en la red de ciudades amigas de la infancia.



El proyecto es considerado por el equipo de atención primaria como una actividad más del centro de salud y es incluido dentro de la cartera de servicios. Se cuenta para su desarrollo con el apoyo institucional de los cargos directivos asistenciales. Los recursos organizativos, estructurales y económicos fundamentales son los institucionales (Servicio Madrileño de la Salud de la Consejería de Sanidad, Centro Territorial de Innovación y Formación Madrid-Este de la Consejería de Educación), lo que posibilita la factibilidad y la sostenibilidad del proyecto.

Para el diseño de este proyecto, que fue reconocido en el año 2013 con el Primer Premio en los XV PREMIOS SEMFYC PARA PROYECTOS DE ACTIVIDADES COMUNITARIAS EN ATENCIÓN PRIMARIA (PACAP), nos apoyamos, sobre todo, en seis principios: empoderamiento para la salud de niños y adolescentes, “mindfulness” (presencia atenta, de manera consciente, a lo que sucede en el momento actual, sin juzgar, con aceptación y compasión), educación para la salud consciente (educar para la salud a través de la atención y consciencia plena), plasticidad psicológica y creatividad como fuentes de salud, el modelado (dar ejemplo) y la importancia de los primeros años de vida en la reducción de las desigualdades en salud futuras. Para más información sobre este encuadre teórico se puede consultar <http://bit.ly/2uk0Yef>.

10. OBJETIVOS

- GENERALES:

- A. Empoderar para la salud a los niños y adolescentes participantes en el proyecto
- B. Promover el desarrollo en niños, adolescentes, padres, educadores y profesionales sanitarios de un estilo de vida autoconsciente
- C. Aprender (niños, adolescentes, padres, educadores y profesionales sanitarios) a gestionar nuestras capacidades de control sobre nuestra salud desde la atención y consciencia plena
- D. Favorecer la plasticidad psicológica y la creatividad de los participantes en el proyecto
- E. Facilitar la capacitación de los padres como modelos y promotores del desarrollo de sus hijos

- ESPECÍFICOS:

- A.1. Ayudando a niños y adolescentes a identificar sus necesidades en salud y las de la comunidad
- A.2. Recogiendo las preocupaciones de niños y adolescentes
- A.3. Participando niños y adolescentes en la toma de decisiones dentro del proyecto
- A.4. Llevando a cabo niños y adolescentes acciones para hacer frente a sus necesidades en salud
- B.1. Aprendiendo (niños, adolescentes, padres, educadores y profesionales sanitarios) atención y consciencia plena
- B.2. Practicando la atención y consciencia plena en la vida cotidiana
- C.1. Identificando mediante la atención y consciencia plena nuestras capacidades

C.2. Trabajando de forma individual y grupal nuestras capacidades con atención y consciencia plena

D.1. Poniendo en marcha actividades comunitarias y espacios grupales donde niños y adolescentes desarrollen su creatividad a través de la expresión artística y audiovisual.

E.1. Entrenando a padres y profesionales sociosanitarios en educación para la salud consciente.

11. CONTEXTO Y POBLACIÓN DIANA

El contexto es intersectorial (salud, educación) y comunitario, no existiendo potenciales conflictos de interés entre los agentes implicados. El alcance es la Zona Básica de influencia del centro de salud (ZBS), estando abiertos al resto del Área Única. En octubre de 2012, nuestra ZBS atiende una población de 10796 personas, de las cuales entre 7 y 14 años son 682 (332 mujeres, 350 hombres). El nivel socioeconómico predominante es el medio bajo.

La población diana son: a) niños y adolescentes, b) padres de niños y adolescentes, c) educadores y alumnos de centro de educación primaria (con alto % de alumnos en riesgo psicosocial), d) profesionales sociosanitarios.. En el proceso de captación, se procura una participación equilibrada y en igualdad de condiciones de hombres y mujeres.

12. METODOLOGÍA

Se utiliza una metodología participativa donde:

- La participación supone una motivación “per sé”.
- Se genera y crea el conocimiento a través de las aportaciones de todas y todos.
- El aprendizaje de los contenidos se basa en procesos inductivos que toman como referencia la experiencia de las y los participantes u otras experiencias que se conozcan.
- Las y los participantes se implican en su propio proceso de aprendizaje desde un rol activo y creativo.
- La comunicación es multidireccional.
- Las técnicas participativas no sirven sólo para reforzar y poner en práctica los conceptos generados, sino que facilitan por sí mismas los espacios de debate, reflexión y producción.
- Lo vivenciado, lo cotidiano, se utiliza como un método educativo en sí mismo.

Para la consecución de los objetivos, se realizó una planificación inicial de actividades, que, de acuerdo con esta metodología, se han ido modificando según la dinámica de desarrollo del proyecto. Las actividades desarrolladas desde octubre de 2012 hasta febrero de 2016 han sido:.

1) Reuniones de la “Mesa permanente de coordinación del proyecto”, donde representantes de los participantes en el proyecto y técnicos coordinan los recursos, diseñan y supervisan el desarrollo de las actividades, y estudian las propuestas surgidas desde la comunidad.

2) Niños y adolescentes han realizado entrevistas a pacientes de todas las edades de las salas de espera del centro de salud con el objetivo de explorar su bienestar y realizar diagnóstico de fortalezas y debilidades. A partir del análisis de los resultados, se han planteado acciones para mejorar el bienestar biopsicosocial.

3) Adolescentes han elaborado un “Manifiesto por unos centros sanitarios amigables para los adolescentes”. El proceso ha durado más de un año: con una recogida de propuestas inicial, una primera redacción por el grupo de adolescentes del proyecto "De jóvenes a jóvenes" del centro de salud Manuel Merino, una validación por iguales (compañeros de instituto, de pandilla, equipos deportivos,...) y tras analizar sugerencias surgidas de la validación, una redacción final por el grupo de adolescentes en dos versiones, para profesionales (ver <http://bit.ly/MbC0ry>) y para adolescentes (ver <http://bit.ly/1aVQIOg>), publicadas en <http://adolescentes.blogia.com> y en Revista Adolescere (<http://bit.ly/2sylvmZp>) .

4) Adolescentes participan como “expertos” en la formación de profesionales sociosanitarios interesados en atender adolescentes. Así:

- 10 adolescentes y jóvenes del proyecto "De jóvenes a jóvenes" han sido ponentes en el III Curso de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia, celebrado en el Hospital La Paz el 1 y 2 de marzo de 2013 (<http://bit.ly/2sWF6Yf>). Concretamente en dos talleres de "Entrevista al adolescente. ¿Cómo hacerlo? Roll-playing" y en el foro "Aprendiendo de los jóvenes" (se puede leer sus ponencias en <http://bit.ly/2tv6VZn>).

-Tres adolescentes (Tony, Samuel y Daniel) y un joven (Adrián), del proyecto "De jóvenes a jóvenes" del centro de salud Manuel Merino fueron los protagonistas, junto con 2 representantes de la Comisión Embajadora de Menores en Acogimiento Residencial, de la mesa redonda "La voz de los niños. Participación infantil" del XXI Congreso Español de Pediatría Social (ver <http://bit.ly/1f1YqmT>).

5) Tras “paseo consciente” (para practicar ejercicio con atención plena), en dos plazas, adolescentes han organizado el reto “Preguntas comprometedoras: ¿qué hace alguien como tú en un sitio como éste?” planteando a viandantes preguntas con el objetivo de hacerles reflexionar, adoptar una actitud adaptativa activa y promover el espíritu comunitario.

6) Adolescentes y técnicos han grabado, estando pendientes de editar, dos programas (uno sobre la ansiedad y depresión en jóvenes, y otro sobre las relaciones de pareja en adolescentes) para el canal de youtube JuvenTV (ver <http://bit.ly/1jQOWA1>), que pretende ser una “webtv” dedicada a educación para la salud y a la expresión creativa de niños y adolescentes.

7) Adolescentes y jóvenes han publicado:



- Artículos sobre “A qué dedicarme de mayor” (<http://bit.ly/2sX5O35>), “La sociedad de los adolescentes hoy” (ver <http://bit.ly/2s7uu60>), y “Los derechos de los niños y adolescentes en los centros de salud” (ver <http://bit.ly/2srMtDu>) en la revista “Famiped”.
- En la revista “Adolescere”:
 - o En la sección “Entre nosotros”, artículos sobre “Las mafias” (ver <http://bit.ly/2trrV2d>), “Donde hay un problema hay esperanza (haciendo frente a la ansiedad y depresión)”, que se puede leer en: <http://bit.ly/MbzJfR>, “La adolescencia y Carta a mi adolescencia” (<http://bit.ly/2sNSRcj>) y “Bienvenida al novato: Una historia de violencia psicológica (<http://bit.ly/2s7oNFp>).
 - o Ponencias del foro "Aprendiendo de los jóvenes" (<http://bit.ly/2tv6VZn>).

8) Se ha llevado a cabo un programa de “Educación emocional consciente en la escuela” en el colegio Emperador Fernando de Alcalá de Henares. Con una periodicidad semanal por los propios profesores y mensual por profesionales sanitarios del centro de salud Manuel Merino, se han realizado sesiones de intervención en el aula que han buscado desarrollar en la misma cohorte de niños y niñas (4º de 1ia el curso 2012-13 y 5º de 1ia el curso 2013-14) habilidades de inteligencia emocional desde la atención y consciencia plena (mindfulness). Los principales objetivos han sido: incrementar la concentración y la atención del momento presente, saber interrumpir los automatismos de la vida cotidiana, darse cuenta de las distorsiones cognitivas, identificar las emociones y las necesidades en uno mismo y en los demás, adquirir habilidades para expresión consciente las emociones y las necesidades de uno mismo sin juicios ni exigencias y desarrollar habilidades de escucha consciente de las emociones y necesidades del otro. En el anexo 1, se reproduce la ficha-resumen de la intervención durante el curso 2013-14.

9) Tanto el curso escolar 2012-13 como el 2013-14, se ha organizado el seminario “Empoderamiento en el aula: estrategias para una educación emocional consciente”, donde los profesores de educación infantil y primaria del colegio Emperador Fernando de Alcalá de Henares se han formado en psicología de autorrealización, dimensiones necesarias para establecer un vínculo afectivo adecuado, disciplina proactiva, resolución conjunta de problemas, influencia de la filosofía emocional en las conexiones, comunicación empática o no violenta, mindfulness, constructivismo social e identificación y control de distorsiones cognitivas. El seminario ha sido validado por el Centro Territorial de Innovación y Formación Madrid-Este en su edición 2013-14 (ver la ficha-resumen de la intervención en anexo 2).

10) Desde septiembre hasta diciembre 2013, estuvo reuniéndose semanalmente en el centro de salud el “Grupo de autoayuda para el manejo del estrés diario, ansiedad y tristeza en la adolescencia GAME-DATA”. Coordinado por Adrián, un joven del proyecto “De jóvenes a jóvenes”, adolescentes de 10 a 15 años aprendieron cómo integrar y aplicar la atención y



consciencia plena en su vida diaria, sobre todo en las situaciones de estrés, ansiedad y tristeza, y en la multitud de problemas que surgen debido a sus condiciones biopsicosociales. Tanto en las reuniones con los padres como en la Consulta Joven “Espacio 12-20” del centro de salud (ver <http://bit.ly/1dEIHHK>), donde se realizó seguimiento de los adolescentes participantes, se objetivó una evolución muy positiva. Uno de los participantes, Pablo, de 12 años dijo: “Este grupo me ayuda a controlarme cuando tengo un dolor que me produce ansiedad. Tenemos un grupo que me hace reflexionar y mis ideas también les hace reflexionar. Pero Adrián es el que más nos hace reflexionar sobre todo lo que nos pasa. Nos ayuda a ver el lado bueno de las cosas y nos da consejos para que no hagamos las cosas mal, pero lo más importante es que si alguien lo hace mal, él está ahí para ayudarnos a retomar nuestro objetivo.” (ver artículo escrito por joven coordinador de GAME-DATA en <http://bit.ly/2srMtDu>).

11) Adolescentes entre 13 y 17 años han participado en el taller para adolescentes “Desarrolla tu potencial conscientemente” (ver <http://bit.ly/1cfWY1S>), donde, con actitud “consciente” de curiosidad, apertura y aceptación hacia la propia experiencia y hacia la de los demás, se han planteado desarrollar habilidades de atención y consciencia, identificar las emociones, los pensamientos y las necesidades en uno mismo y en los demás, aprender a gestionar el malestar emocional, aceptarse y desarrollar su potencial, y orientar y planear su vida. Se puede ver en anexo 3 la ficha-resumen del taller.

12) A demanda de los adolescentes del grupo “De jóvenes a jóvenes” del Centro de Salud Manuel Merino (<http://bit.ly/1b8r8Ac>), tuvo lugar entre octubre y diciembre de 2013 un taller de fomento de hábitos saludables para la mejora del estudio en adolescentes (ver la ficha-resumen en anexo 4).

13) Se ha celebrado un taller de empoderamiento familiar para padres de adolescentes “Hacia una educación emocional consciente” (ver <http://bit.ly/1hYbc8y>), donde se han trabajado los siguientes contenidos: autorrealización y educación para el ser, gestión emocional consciente de los conflictos, entrenamiento en mindfulness, la comunicación empática no impositiva, disciplina proactiva frente a reactiva. Se puede leer la ficha-resumen del taller en anexo 5.

14) Durante junio de 2014, se desarrolla un taller para padres de adolescentes titulado “Abordaje de la inestabilidad emocional en la adolescencia” (ver <http://bit.ly/2saTsRk>), cuya ficha-resumen está en el anexo 6.

15) Se realizan dos ediciones (de octubre a diciembre de 2014 y marzo-abril de 2015) del taller de inteligencia emocional consciente para adolescentes de 12 a 16 años “Mindfulness para el equilibrio emocional y la mejora de la atención y el aprendizaje.” (ver <http://bit.ly/1n3O9zY> y <http://bit.ly/2sFU30B>). En anexo 7 se puede leer la ficha-resumen de las 2 ediciones del taller.

16) Financiado por el Ayuntamiento de Madrid y dirigido a profesionales sociosanitarios que trabajan en el ámbito educativo, se imparte durante abril y mayo de 2015 el curso



“Empoderamiento de adolescentes en riesgo psicosocial y sus familias: estrategias desde una educación para la salud consciente” cuyos objetivos son conocer las bases de la educación para la salud consciente y del empoderamiento para la salud de adolescentes en riesgo psicosocial y sus familias, así como adquirir herramientas y mejorar habilidades para la educación para la salud consciente y el empoderamiento de adolescentes en riesgo psicosocial y sus familias (ver la ficha-resumen del curso en anexo 8).

17) De octubre a diciembre de 2015, se realiza el “Taller de inteligencia emocional consciente para adolescentes y padres de adolescentes: mindfulness para el equilibrio emocional y la mejora de la convivencia en la familia” (<http://bit.ly/1MmswBv>), cuya ficha-resumen está en el anexo 9.

18) En febrero de 2016, dentro del 13º Curso AEPap, se imparte, para formar a profesionales, el “Taller para pediatras (4 horas): mindfulness en niños y adolescentes” (<http://bit.ly/2s6dRM0>) cuyo contenido se puede ver en <http://bit.ly/2t6xi6W> (texto) y en <http://bit.ly/2ta8xH8> (presentación). .

19) Para que la experiencia se pueda reproducir con facilidad en otros lugares durante 2017 se está diseñando un curso ‘online’ de capacitación en la promoción de la salud y el bienestar emocional en la infancia (basado en el proyecto “Creciendo con atención y consciencia plena”) y se está escribiendo un libro o manual, que incluye la guía metodológica y descripción paso a paso (para su reproducibilidad) de todas las actividades desarrolladas desde octubre de 2012 hasta febrero de 2016.

13. EVALUACIÓN

La mesa de coordinación del proyecto, mayoritariamente formada por niños y adolescentes participantes en el proyecto, decidió que además de la evaluación inicial propuesta por los técnicos (cuestionarios pre y posintervención, cuestionarios de satisfacción, evaluación cualitativa por personas observadoras externas no participantes), planearía y llevaría a cabo su propia evaluación buscando que ésta fuera un componente más del proceso de empoderamiento para la salud. Decidieron hacer reuniones grupales periódicas (desde el inicio de la experiencia en octubre de 2012) con participantes en el proyecto de diferentes características y con distinto grado de implicación en el mismo. Se buscaron participantes de ambos sexos (en porcentaje similar) y se incluyó un participante transexual. Dichas reuniones grupales se focalizaron en identificar cómo ha cambiado la vida de los participantes mientras han participado en el proyecto, cómo perciben éste, qué ha caracterizado el proyecto y cuáles de esas características del proyecto han influido en su salud y su bienestar emocional. El discurso recogido en esas “reuniones grupales focales” fue analizado en la propia mesa de coordinación del proyecto, interpretando los hallazgos, proponiendo mejoras y cómo llevar a cabo dichas mejoras. En definitiva, un proceso a caballo entre la investigación-acción-participación y la evaluación por empoderamiento de David Fetterman de la Universidad de Stanford (Fetterman DM. Empowerment evaluation: an

introduction to theory and practice. In: Fetterman DM, Kaftarian SJ & Wandersman A (Eds.), Empowerment evaluation: Knowledge and tools for self-assessment & accountability. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications Ltd; 1996. p. 3-46).

Los resultados de los cuestionarios pre y posintervención (escala de autoconcepto de Piers-Harris, cuestionario de depresión infantil CDI, cuestionario de ansiedad estado rasgo STAIC, test de atención d2, escala de medida MINDFULNESS ATTENTION AWARENESS SCALE –MAAS-), cuestionarios de satisfacción y evaluación cualitativa por personas observadoras externas no participantes también fueron llevados a la mesa de coordinación para su análisis y fueron tenidos en cuenta por ésta para la replanificación del proyecto.

A propuesta de los niños y adolescentes de la mesa de coordinación, se decidió en ésta que los indicadores que nos sirvieran para la evaluación continua del proyecto fueran indicadores comprensibles para los no técnicos y para la población en general.

- **PRINCIPALES INDICADORES:**

- A. INDICADORES DE PROCESO:**

A.1. Nivel de ejecución: $(N^{\circ} \text{ de actividades realizadas} / n^{\circ} \text{ de actividades programadas por la mesa de coordinación del proyecto}) \times 100$

A.2. Nivel de asistencia: $[(\text{suma del } n^{\circ} \text{ de asistentes a cada sesión de una actividad} / n^{\circ} \text{ de participantes en dicha actividad}) / n^{\circ} \text{ de sesiones}] \times 100$

A.3. Índice de participación igualitaria: $N^{\circ} \text{ de mujeres participantes en el proyecto} / n^{\circ} \text{ de hombres participantes en el proyecto}$. Cuanto más cercano a 1 es el índice, más igualitaria es la participación.

A.4. Grado de satisfacción: En cuestionario de satisfacción de actividad, hay una escala de valoración global con 4 opciones (muy bien =3, bien = 2, regular = 1, mal = 0). Distinguimos:

A.4.1. Grado de satisfacción total = $[(\text{Suma de puntuaciones dadas por cada participante en actividad} / 3) / n^{\circ} \text{ de participantes}] \times 100$

A.4.2. Grado de satisfacción en mujeres = $[(\text{Suma de puntuaciones dadas por cada participante mujer en actividad} / 3) / n^{\circ} \text{ de mujeres participantes}] \times 100$

A.4.3. Grado de satisfacción en hombres = $[(\text{Suma de puntuaciones dadas por cada participante hombre en actividad} / 3) / n^{\circ} \text{ de hombres participantes}] \times 100$

- B. INDICADORES DE IMPACTO:**

- B.1. INDICADORES DE PERCEPCIÓN DE EFICIENCIA (PERCEPCIÓN DE CONSECUCIÓN DE OBJETIVOS CON LOS RECURSOS EXISTENTES):**

B.1.1. Percepción de logro de cada objetivo específico según los participantes: $(n^{\circ} \text{ de participantes que consideran logrado el objetivo} / n^{\circ} \text{ de participantes}) \times 100$



B.1.2. Percepción de logro de cada objetivo específico según participantes hombres: (nº de participantes hombres que consideran logrado el objetivo / nº de participantes hombres) x 100

B.1.3. Percepción de logro de cada objetivo específico según participantes mujeres: (nº de participantes mujeres que consideran logrado el objetivo / nº de participantes mujeres) x 100

B.1.4. Percepción de logro de cada objetivo específico según técnicos: (nº de técnicos que consideran logrado el objetivo / nº de técnicos) x 100

B.1.5. Percepción de logro de cada objetivo específico según las personas observadoras: (nº de personas observadoras que consideran logrado el objetivo / nº de personas observadoras) x 100

B.2. INDICADORES DE EMPODERAMIENTO PARA LA SALUD: La mesa de coordinación del proyecto identificó factores de empoderamiento para la salud (interno y externo) a partir del análisis de las ya descritas “reuniones grupales focales”. Con dichos factores, se construyó un “cuestionario de empoderamiento para la salud” que contestaron los menores participantes en el proyecto eligiendo entre 3 opciones: sí, no, no estoy seguro). Destacamos los siguientes indicadores de factores de empoderamiento para la salud:

B.2.1. Automotivación: (nº de menores participantes que han respondido Sí al ítem “Participar en el proyecto me ha hecho más capaz de darme cuenta de aquello que me motiva para cuidar mi salud” / nº de menores participantes) x 100

B.2.2 Autoconocimiento e Identificación de necesidades de salud: (nº de menores participantes que han respondido Sí al ítem “Participar en el proyecto me ha hecho conocerme más y darme más cuenta de qué necesito para mejorar mi salud” / nº de menores participantes) x 100

B.2.3. Capacidad crítica: (nº de menores participantes que han respondido Sí al ítem “Participar en el proyecto me ha hecho más capaz de identificar y analizar lo que influye sobre mi salud” / nº de menores participantes) x 100

B.2.4 Toma de decisiones: (nº de menores participantes que han respondido Sí al ítem “Participar en el proyecto me ha hecho más capaz de escoger lo que más conviene a mi salud”/ nº de menores participantes) x 100

B.2.5 Capacidad de solución de problemas: (nº de menores participantes que han respondido Sí al ítem “Participar en el proyecto me ha hecho tener más maneras de superar los obstáculos para lograr mis objetivos de salud” / nº de menores participantes) x 100

B.2.6 Responsabilidad: (nº de menores participantes que han respondido Sí al ítem “Participar en el proyecto me ha hecho más capaz de asumir tareas y compromisos de forma consciente para mejorar mi salud” / nº de menores participantes) x 100

B.2.7. Autoeficacia: (nº de menores participantes que han respondido Sí al ítem “Participar en el proyecto me ha hecho más capaz de alcanzar mis metas de salud mediante planes concretos de acción” / nº de menores participantes) x 100

B.2.8. Búsqueda de apoyo social: (nº de menores participantes que han respondido Sí al ítem “Participar en el proyecto me ha hecho más capaz de solicitar ayuda (para cuidar y mejorar mi salud) en mi entorno cuando necesite”/ nº de menores participantes) x 100

B.2.9. Liderazgo: (nº de menores participantes que han respondido Sí al ítem “Participar en el proyecto me ha hecho más capaz de tomar la iniciativa para proponer acciones encaminadas a mejorar la salud en mi entorno”/ nº de menores participantes) x 100

B.2.10. Influencia en el entorno: (nº de menores participantes que han respondido Sí al ítem “Participar en el proyecto me ha hecho más capaz de realizar acciones para que mi entorno sea más saludable”/ nº de menores participantes) x 100

B.3.. INDICADORES DE ATENCIÓN PLENA: Destacamos el siguiente:

B.3.1. Estado mindfulness: (nº de participantes que entre pre y post intervención aumentan la puntuación en la escala MAAS./ nº de participantes que han rellenado la escala pre y postintervención) x 100

La escala de medida MAAS es un cuestionario que consta de 15 ítems y se puntúan según una escala “Likert” con un rango entre 1 (casi siempre) hasta 6 (casi nunca). Mide la frecuencia del estado de mindfulness en la vida diaria. Puntuaciones elevada indican mayor estado mindfulness.

B.4. INDICADORES DE CONCENTRACIÓN: Destacamos el siguiente:

B.4.1. Mejora del índice de concentración: (nº de participantes que entre pre y post intervención aumentan la puntuación en el índice CON del test d2./ nº de participantes que han realizado el test pre y postintervención) x 100

El índice CON (o índice de concentración) se obtiene restando al número total de aciertos (el número de comisiones (número de elementos relevantes correctos) el número de comisiones (número de elementos irrelevantes marcados)..

B.5. INDICADORES DE BIENESTAR EMOCIONAL: Destacamos:

B.5.1. Mejora del nivel de felicidad-satisfacción: (nº de participantes que entre pre y post intervención aumentan la puntuación en la dimensión “felicidad-satisfacción” en la escala de autoconcepto de Piers-Harris./ nº de participantes que han rellenado la escala pre y postintervención) x 100

El indicador B.5.1. sólo se ha calculado en el Programa “Educación emocional consciente en la escuela” dado que la escala de autoconcepto de Piers-Harris está sólo validada para su aplicación en alumnos de 7 a 12 años.

B.5.2. Disminución del nivel de disforia: $(n^{\circ}$ de participantes que entre pre y post intervención disminuyen la puntuación en la subescala de disforia del cuestionario CDI./ n° de participantes que han rellenado el cuestionario) x 100

B.5.3. Mejora del nivel de autoestima negativa: $(n^{\circ}$ de participantes que entre pre y post intervención disminuyen la puntuación en la subescala de autoestima baja del cuestionario CDI./ n° de participantes que han rellenado el cuestionario) x 100

B.5.4. Mejora del nivel de estado de ansiedad en el presente: $(n^{\circ}$ de participantes que entre pre y post intervención disminuyen la puntuación en la subescala de ansiedad-estado del cuestionario STAIC./ n° de participantes que han rellenado el cuestionario) x 100

B.5.5. Mejora del nivel de ansiedad habitual: $(n^{\circ}$ de participantes que entre pre y post intervención disminuyen la puntuación en la subescala de ansiedad-rasgo del cuestionario STAIC./ n° de participantes que han rellenado el cuestionario) x 100

Los indicadores B.3.1., B.4.1., B.5.2., B.5.3., B.5.4. y B.5.5. sólo se han calculado en el Programa “Educación emocional consciente en la escuela” y en las 2 ediciones del Taller para adolescentes “Mindfulness para el equilibrio emocional y la mejora de la atención y el aprendizaje”.

• **PRINCIPALES RESULTADOS:**

A. RESULTADOS DE INDICADORES DE PROCESO:

A.1. Nivel de ejecución: 97 %.

A.2. Nivel de asistencia:

Actividad	Nº de participantes	Nivel de asistencia
Reuniones de mesa de coordinación	Entre 15 y 22 (ha habido altas y bajas en la mesa de coordinación)	95 %
Trabajo de campo con entrevistas a pacientes en salas de espera	18	100 %
Manifiesto por unos centros saludables para los adolescentes	22 (grupo coordinador); 125 participantes en total	85 % (en reuniones de grupo coordinador)
Participación de adolescentes como “expertos” en la formación de profesionales sociosanitarios	17	88 %
Paseo consciente y reto en plazas	22	100 %
JuvenTV	16	82 %
Adolescentes escriben artículos	14	100 %
Programa “Educación emocional consciente en la escuela”	32	99 %
Seminario “Empoderamiento en el aula: estrategias para una educación emocional consciente”	12	100 %
Grupo de autoayuda GAME-DATA	11	94 %
Taller para adolescentes “Desarrolla tu potencial conscientemente”	18	90 %
Taller de fomento de hábitos saludables para la mejora del estudio en adolescentes	17	92 %
Taller de empoderamiento familiar para padres de adolescentes “Hacia una educación emocional consciente”	33	88 %
Taller para padres de adolescentes “Abordaje de la inestabilidad	30	86 %

emocional en la adolescencia”		
Taller para adolescentes “Mindfulness para el equilibrio emocional y la mejora de la atención y el aprendizaje”	72 (entre las 2 ediciones)	96 %
Curso para profesionales “Empoderamiento de adolescentes en riesgo psicosocial y sus familias: estrategias desde una educación para la salud consciente”	25	99 %
“Taller para adolescentes y padres de adolescentes: mindfulness para el equilibrio emocional y la mejora de la convivencia en la familia”	26	96 %
“Taller para pediatras:: mindfulness en niños y adolescentes”	30	100 %

A.3. Índice de participación igualitaria: 0,78

A.4. Grado de satisfacción:

A.4.1. Grado de satisfacción total = entre 94 y 100 % según actividad.

A.4.2. Grado de satisfacción en mujeres = entre 96 y 100 % según actividad.

A.4.3. Grado de satisfacción en hombres = entre 92 y 100 % según actividad.

B. RESULTADOS DE INDICADORES DE IMPACTO:

B.1. INDICADORES DE PERCEPCIÓN DE EFICIENCIA (PERCEPCIÓN DE CONSECUCCIÓN DE OBJETIVOS CON LOS RECURSOS EXISTENTES):

Objetivo específico	Percepción de logro según participantes	Percepción de logro según participantes hombres	Percepción de logro según participantes mujeres	Percepción de logro según técnicos	Percepción de logro según personas observadoras
A.1.	97 %	96 %	98%	100 %	100 %
A.2.	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
A.3.	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
A.4.	94 %	92 %	96 %	100 %	100 %
B.1.	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
B.2.	50 %	40 %	60 %	75 %	50 %
C.1.	93 %	90 %	95 %	100 %	100 %
C.2.	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
D.1.	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
E.1.	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

B.2. INDICADORES DE EMPODERAMIENTO PARA LA SALUD:

B.2.1. Automotivación: 98 %

B.2.2. Autoconocimiento e Identificación de necesidades de salud: 94 %

B.2.3. Capacidad crítica: 96 %

B.2.4. Toma de decisiones: 90 %

B.2.5. Capacidad de solución de problemas: 92 %

B.2.6. Responsabilidad: 88 %

B.2.7. Autoeficacia: 88 %

B.2.8. Búsqueda de apoyo social: 96 %

B.2.9. Liderazgo: 98 %

B.2.10. Influencia en el entorno: 90 %

Los menores

B.3.. INDICADORES DE ATENCIÓN PLENA: Destacamos el siguiente:

B.3.1. Estado mindfulness: 68 %.

B.4. INDICADORES DE CONCENTRACIÓN: Destacamos el siguiente:

B.4.1. Mejora del índice de concentración: 60 %

B.5. INDICADORES DE BIENESTAR EMOCIONAL: Destacamos:

B.5.1. Mejora del nivel de felicidad-satisfacción: 72 %

B.5.2. Disminución del nivel de disforia: 40 %

B.5.3. Mejora del nivel de autoestima negativa: 64 %

B.5.4. Mejora del nivel de estado de ansiedad en el presente: 70 %

B.5.5. Mejora del nivel de ansiedad habitual: 50 %

No se han detectado durante el desarrollo del proyecto efectos indeseables achacables a la práctica de mindfulness.

14. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

1. Es factible realizar en torno a un centro de salud un proyecto para la mejora del bienestar emocional en niños y adolescentes (basado en el empoderamiento para la salud y la educación emocional consciente) con los recursos propios del centro de salud.
2. Nos ha resultado útil para potenciar el empoderamiento para la salud de las y los participantes en el proyecto realizar un proceso de autoevaluación continua a caballo entre la investigación-acción-participación y la evaluación por empoderamiento de Fetterman.
3. Según todos los actores (participantes hombres y mujeres, técnicos y personas observadoras) se han logrado los objetivos buscados.
4. Los menores participantes en el proyecto se perciben con más capacidades de empoderamiento para la salud.
5. La práctica de mindfulness, según los resultados de los indicadores descritos, parece mejorar en muchos niños/as y adolescentes (participantes en el Programa “Educación emocional consciente en la escuela” y en las 2 ediciones del Taller para adolescentes “Mindfulness para el equilibrio emocional y la mejora de la atención y el aprendizaje”) sus niveles de bienestar emocional, concentración y “estado de mindfulness” (presencia consciente en el presente). Queda pendiente comprobar la existencia de diferencias significativas entre las fases pre y postintervención, así como valorar la magnitud del cambio (tamaño del efecto) experimentado.

[Esta memoria, de 15 páginas, se acompaña de 9 anexos (fichas-resumen de actividades)]

Anexo 1: Educación emocional consciente en el aula. Curso 2013-14. [ficha-resumen]

<p>Justificación / análisis de situación: La detección por los maestros de una alta frecuencia en sus alumnos de problemas emocionales, dificultades de socialización y/o mala relación con iguales, e indicadores de riesgo social (pobreza, paro de ambos progenitores, maltrato intrafamiliar,...). Demandan al centro de salud apoyo para trabajar conjuntamente la inteligencia emocional en la comunidad educativa.</p> <p>Esta intervención grupal es parte del programa de educación emocional consciente en la escuela “Una comunidad educativa consciente” integrado en el proyecto “Creciendo con atención y consciencia plena”).</p> <p>La educación emocional consciente o basada en mindfulness (atención y consciencia plena) posibilita una integración de la mente y el cuerpo, brindando así, una escucha interior más profunda en el niño, la cual incide en la prevención de diferentes problemas psicoemocionales, la mejora del bienestar general del niño y su comportamiento adaptativo en el aula.</p> <p>Los beneficios que aporta el desarrollo de una actitud mindfulness en los alumnos son: favorece la “disposición para aprender”, fomenta el rendimiento académico, refuerza la atención y la concentración, educa la ansiedad antes de los exámenes, fomenta la autorreflexión y el autososiego, mejora la participación en el aula favoreciendo el control de los impulsos, aporta herramientas para reducir el estrés, mejora el aprendizaje social y emocional, fomenta las conductas prosociales y las relaciones personales sanas, apoya el bienestar holístico.</p>
<p>Población Diana: Niños y niñas de 5º Educación Primaria CEIP Emperador Fernando.</p>
<p>Objetivo General: Desarrollar habilidades de inteligencia emocional consciente</p> <p>Objetivos específicos:</p> <p>Área de conocimientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adquirir conocimientos sobre inteligencia emocional consciente <p>Área de actitudes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desarrollar una actitud mindfulness <p>Área de habilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incrementar la concentración y la atención del momento presente - Saber interrumpir los automatismos de la vida cotidiana - Darse cuenta de las distorsiones cognitivas - Identificar las emociones y las necesidades en uno mismo y en los demás - Adquirir habilidades para expresión consciente las emociones y las necesidades de uno mismo sin juicios ni exigencias. - Desarrollar habilidades de escucha consciente de las emociones y necesidades del otro.
<p>Captación: CEIP Emperador Fernando</p>
<p>Listado de contenidos:</p> <p>Empatía Comunicación no verbal Emociones y pensamientos Descubrir pensamientos erróneos (distorsiones cognitivas) Habilidades de conciencia plena Atención a la respiración. Atención a través de los sentidos. Consciencia corporal Observación de los pensamientos Cultivo de la Presencia</p>
<p>Metodología: Nº de sesiones: 8 Duración sesiones: 1 hora Nº de horas totales: 8 horas Fechas de realización de sesiones: 21-11-2013, 12-12-2013, 9-1-2014, 20-2-2014, 20-3-2014, 8-5-2014, 15-5-2014, 29-5-2014.</p> <p>Actividades y técnicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exposición de objetivos y acuerdo de normas de funcionamiento con el ejercicio “La pandilla de amigos”. - Ejercicio cómo nos sentimos y cómo creemos que se sienten los demás - Ejercicio de análisis ¿Qué nos hace enfadar?

- Ejercicio para aprender a observar la realidad sin malinterpretar
- Ejercicio “La gran incógnita” (descubriendo pensamientos erróneos)
- Ejercicio de análisis: hechos – emociones - pensamientos
- Ejercicio de respiración abdominal
- Ejercicios de atención a la campana y de atención a la música
- Ejercicio de visualización de un bosque y dibujar lo que ha vivido en ese bosque
- Ejercicio de meditación de la uva pasa.
- Contemplación de las sensaciones corporales o “Body Scan”.
- Meditación sentado.
- Meditación caminando.
- Técnica STOP (volver la atención al presente)
- Ejercicio de interpretación de animales con distintas emociones (tras la representación de cada animal observar cómo nos sentimos)
- Técnica RAIL (darse cuenta, aceptar, investigar, liberarse de identificación con emoción y decidir conscientemente qué hacer)
- Dinámica grupal: lectura de cuento “Luz para el camino”, reflexión en grupos sobre lo leído y acuerdo grupal para seleccionar 3 ideas por grupo de cómo iluminar el camino de los compañeros.
- Tarea “Poner en marcha las ideas para “iluminar camino de compañeros”
- Ejercicio “El trueque de un secreto”
- Trabajo transversal y continuo (en aula, entre sesión y sesión, con tutora) de habilidades de consciencia plena

Reuniones de coordinación: 5 reuniones

Sistema de Evaluación Predefinido Orientativo:

Estructura: Registro de participantes y asistentes / sesión. Realización de actividades previstas.

Adecuación de recursos estructurales y materiales. Observación con guión. Cuestionario de satisfacción.

Proceso: Clima grupal. Adecuación de metodología a los objetivos y a las necesidades del grupo. Observación con guión. Cuestionario de satisfacción.

Resultados: Consecución de objetivos. Observación con guión. Cuestionario de satisfacción. Cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ). Cuestionarios pre y post intervención (escala de autoconcepto de Piers-Harris, cuestionario de depresión infantil CDI, cuestionario de ansiedad estado rasgo STAIC, escala de medida MINDFULNESS ATTENTION AWARENESS SCALE –MAAS-).

Observación: Es la 2ª fase de intervención en educación emocional consciente en el aula sobre esta misma cohorte de niños. La 1ª fase (5 sesiones de 1 hora) fue en curso 2012-13 (4º de Educación Primaria CEIP Emperador Fernando).

Anexo 2: Empoderamiento en el aula. Estrategias para una educación emocional consciente.

Curso 2013-14. [ficha-resumen]

<p>Justificación / análisis de situación: La detección por los maestros de una alta frecuencia en sus alumnos de problemas emocionales, dificultades de socialización y/o mala relación con iguales, e indicadores de riesgo social (pobreza, paro de ambos progenitores, maltrato intrafamiliar,...). Demandan al centro de salud apoyo para trabajar conjuntamente la inteligencia emocional en la comunidad educativa. Esta intervención grupal es parte del programa de educación emocional consciente en la escuela "Una comunidad educativa consciente" integrado en el proyecto "Creciendo con atención y consciencia plena"). La educación emocional consciente o basada en mindfulness (atención y consciencia plena) posibilita una integración de la mente y el cuerpo, brindando así, una escucha interior más profunda en el niño, la cual incide en la prevención de diferentes problemas psicoemocionales, la mejora del bienestar general del niño y su comportamiento adaptativo en el aula. Los beneficios que aporta el desarrollo de una actitud mindfulness en los profesores son: mejorar el enfoque y la consciencia, aumentar la receptividad ante las necesidades de los alumnos, fomentar el equilibrio emocional, apoyar la gestión del estrés y la reducción del estrés, favorecer la buena salud de las relaciones personales en el trabajo y en casa, mejorar el clima del aula, favorecer el bienestar general.</p>
<p>Población Diana: Profesores (de ambos sexos) del CEIP Emperador Fernando</p>
<p>Objetivo General: Desarrollar estrategias para una educación emocional consciente Objetivos específicos: Área de conocimientos: - Conocer las bases teóricas de la educación emocional consciente - Aprender estrategias prácticas para desarrollar una actitud mindfulness Área de actitudes: - Desarrollar una actitud mindfulness Área de habilidades: - Incrementar la concentración y la atención del momento presente - Saber interrumpir los automatismos de la vida cotidiana - Darse cuenta de las distorsiones cognitivas - Identificar las emociones y las necesidades en uno mismo y en los demás - Adquirir habilidades para expresión consciente las emociones y las necesidades de uno mismo sin juicios ni exigencias. - Desarrollar habilidades de escucha consciente de las emociones y necesidades del otro. - Practicar las habilidades mindfulness y comprobar la mejora - Trabajar la escritura consciente - Elaborar ejercicios y materiales para enseñar y aprender mindfulness</p>
<p>Captación: Claustro de profesores</p>
<p>Listado de contenidos: - Empoderamiento para la salud - Habilidades mindfulness o de consciencia plena - Mindfulness para enseñar y aprender - Mindfulness para regular nuestras emociones - Psicología de autorrealización - Dimensiones necesarias para establecer un vínculo afectivo adecuado - Disciplina proactiva - Resolución conjunta de problemas - Influencia de la filosofía emocional en las conexiones - Comunicación empática o no violenta - Constructivismo social e identificación y control de distorsiones cognitivas.</p>
<p>Metodología: Nº de sesiones: 5 Duración sesiones: 2 Nº de horas totales: 10 Fecha de realización de sesiones: 21-11-2013, 12-12-2013, 9-1-2014, 20-2-2014, 20-3-2014. Actividades y técnicas:</p>

- Empoderamiento para la salud (exposición con discusión)
- ¿A quién alimentamos? (cuento con discusión)
- La psicología de autorrealización (exposición con discusión)
- Ejercicio práctico: "Tres cualidades que admiro en otros y tres cualidades que rechazo en otros"
- Una insensata búsqueda (cuento con discusión)
- Aceptación y enriquecimiento de vínculos (exposición con discusión)
- Ejercicio "Dimensiones necesarias para establecer un vínculo afectivo adecuado"
- Disciplina proactiva (exposición con discusión)
- Ejercicio: Hacer lista de situaciones problemáticas en la convivencia en el aula y plantear soluciones desde la perspectiva proactiva
- La resolución conjunta de problemas (exposición con discusión)
- La filosofía emocional (exposición con discusión)
- Ejercicio: reflexionar qué filosofía emocional predomina en nuestro aula
- La atención a las necesidades y la comunicación empática o no violenta (exposición con discusión)
- Rol Playing practicando los 2 modos de la comunicación empática o no violenta
- El mindfulness. Habilidades de consciencia plena (exposición con discusión)
- Ejercicios de mindfulness
- El constructivismo social (exposición con discusión)
- El reconocimiento y cambio de las interpretaciones inadaptativas (pensamientos erróneos) (exposición con discusión)
- Ejercicio grupal "los 10 mecanismos para crear pensamientos erróneos"
- Pulseras del enfado
- Elaborar ejercicios y material tanto para habilidades de consciencia plena para profesores y para alumnos.
- Crear un diario consciente (pérdida de enjuiciamiento, pensamientos erróneos....)
- Lectura dialogada de los libros "Mindfulness para enseñar y aprender", "Tranquilos y atentos como una rana" y "Practica la inteligencia emocional plena".
- Cuento final "El maestro"

Reuniones de coordinación: 6 reuniones

Sistema de Evaluación Predefinido Orientativo:

Estructura:

Registro de participantes y asistentes / sesión. Adecuación de recursos estructurales y materiales. Cuestionario de satisfacción.

Proceso:

Clima grupal. Adecuación de metodología a los objetivos y a las necesidades del grupo. Escala de medida MINDFULNESS ATTENTION AWARENESS SCALE (MAAS). Cuestionario de satisfacción.

Resultados:

Consecución de objetivos. Cuestionario de satisfacción.

Observaciones:

Además de las 5 sesiones impartidas por el profesional del centro salud a los profesores del centro educativo, hubo otras 7 sesiones prácticas donde los profesores realizaron:

- Lectura dialogada de los libros "Mindfulness para enseñar y aprender", "Tranquilos y atentos como una rana" y "Practica la inteligencia emocional plena".
- Puesta en práctica allí mismo con los mismos maestros las habilidades mindfulness que estaban aprendiendo y desarrollando.
- Elaboración de ejercicios y material tanto para aplicar en las aulas.

Es la 2ª fase de intervención en estrategias para una educación emocional consciente sobre este grupo de profesores del CEIP Emperador Fernando. La 1ª fase (4 sesiones de 2 horas) fue en curso 2012-13.

Anexo 3: Taller para adolescentes “Desarrolla tu potencial conscientemente” [ficha-resumen]

<p>Justificación / análisis de situación: Esta intervención grupal es parte del proyecto “Creciendo con atención y consciencia plena” (ganador del Primer Premio en los XV Premios semFYC PACAP 2013). Se realiza a demanda de los adolescentes del grupo “De jóvenes a jóvenes” del Centro de Salud Manuel Merino. La educación para la salud consciente posibilita una integración de la mente y el cuerpo, brindando así, una escucha interior más profunda, la cual incide en la prevención de diferentes problemas psicoemocionales, la mejora del bienestar general y el desarrollo activo de comportamientos adaptativos.</p>
<p>Población Diana: Adolescentes, de ambos sexos, de 13 a 17 años.</p>
<p>Objetivo General: Potenciar el desarrollo consciente del potencial</p> <p>Objetivos específicos: Área de conocimientos: Mejorar el conocimiento de uno mismo y de su potencial Área de actitudes: Desarrollar la aceptación, la compasión y el empoderamiento para la salud Estimular la creatividad Área de habilidades: Desarrollar habilidades de atención y consciencia plena (mindfulness) Identificar las emociones, los pensamientos y las necesidades en uno mismo y en los demás Aprender a gestionar el malestar emocional Orientar y planear la vida</p>
<p>Captación: Carteles en centros de salud. Información oral en consultas de sociosanitarios. Información escrita en internet.</p>
<p>Listado de contenidos: Autoconocimiento e identificación de emociones, pensamientos y necesidades Habilidades de atención y consciencia plena (mindfulness) Las cinco facetas de mindfulness (observar, describir, actuar dándose cuenta, no juzgar la experiencia interna, no reactividad sobre la experiencia interna) Ecología y planificación vital Empoderamiento para la salud</p>
<p>Metodología: Nº de sesiones: 6 Duración sesiones: 90 m Nº de horas totales: 9 Fechas de realización de sesiones: 13-11-2013, 20-11-2013, 27-11-2013, 4 -12-2013, 11-12-2013, 18-12-2013. Actividades y técnicas: Ejercicios para ser más creativos Dibujo “Yo y mi mundo (el actual y el futuro)” Técnica de investigación en aula “10 preguntas que nos mueven a cambiar” Cuestionario Mindfulness Attention Awareness Scale (MAAS) Ejercicios de mindfulness Ecología de vida (áreas Ok y a potenciar) Actividad por grupos: “Objetivos para mejorar” Repartiendo responsabilidades (empoderándonos)</p>
<p>Reuniones de coordinación: 3</p>
<p>Sistema de Evaluación Predefinido Orientativo: Estructura: Registro de participantes y asistentes / sesión. Realización de actividades previstas. Adecuación de recursos estructurales y materiales. Proceso: Clima grupal. Adecuación de metodología a los objetivos y a las necesidades del grupo. Evaluación de cada sesión “Cuánto me ha gustado - Cómo me he sentido – Utilidad” Resultados: Consecución de objetivos. Medida del empoderamiento para la salud por nº de adolescentes que asumen responsabilidades en renovación de comisión de coordinación del proyecto “De jóvenes a jóvenes” que se constituye el 8-1-2014.</p>

Anexo 4: Taller de fomento de hábitos saludables para la mejora del estudio en adolescentes
[ficha-resumen]

<p>Justificación / análisis de situación: Se realiza a demanda de los adolescentes del grupo “De jóvenes a jóvenes” del Centro de Salud Manuel Merino. El rendimiento en los estudios es un factor importante en el autoconcepto de los adolescentes. Un mal rendimiento escolar se asocia a conductas de riesgo para la salud.</p>
<p>Población Diana: Adolescentes, de ambos sexos, de 12 a 15 años.</p>
<p>Objetivo General: - Fomentar hábitos saludables para el desarrollo del potencial intelectual</p> <p>Objetivos específicos:</p> <p>Área de conocimientos: - Conocer distintos métodos, técnicas y hábitos saludables que favorecen la eficacia en el estudio</p> <p>Área de actitudes: - Mejorar atención y motivación</p> <p>Área de habilidades: - Gestionar las distracciones - Aprender a ser más eficiente en el estudio - Regular la ansiedad frente a los exámenes</p>
<p>Captación: Carteles de difusión. Consulta de Pediatría.</p>
<p>Listado de contenidos: El estudio eficaz: métodos, técnicas y hábitos Planificación y utilización del tiempo Cuestionamiento de pensamientos negativos Claves para centrarse en los estudios Mindfulness o atención plena</p>
<p>Metodología: Nº de sesiones: 4 Duración sesiones: 1,5 h Nº de horas totales: 6 Fechas de realización de sesiones: 29-10-2013, 12-11-2013, 26-11-2013, 10-12-2013. Actividades y técnicas: Foto-palabra “La máquina de la escuela” Ejercicio por grupos “No sé – no puedo –no quiero / informarme – remover obstáculos – motivarme” Ejercicio “Mi objetivo – mi estrategia – me ayudarán a conseguirlo” Actividad “¿Cómo organizas tu tiempo de estudio?” Ejercicio “Cuestionar pensamientos negativos” Análisis de cumplimiento de objetivos Exposición con discusión “Cinco claves para centrarse en los estudios” Ejercicio para mejora de la concentración “Rodea la a” Ejercicio “Un minuto de mindfulness o atención plena” Ejercicio “Observación consciente” Ejercicio “Contar 10 segundos” Ejercicio “Señales de atención” Actividad “Evaluar para mejorar” Reuniones de coordinación: 4</p>
<p>Sistema de evaluación: Estructura: Registro de participantes y asistentes / sesión. Realización de actividades previstas. Adecuación de recursos estructurales y materiales. Observación con guión. Proceso: Clima grupal. Adecuación de metodología a los objetivos y a las necesidades del grupo. Observación con guión. Evaluación de cada sesión “Cuánto me ha gustado - Cómo me he sentido – Utilidad” Resultados: Consecución de objetivos. Observación con guión. Cuestionario “Evaluar para mejorar”</p>

Anexo 5: Taller de empoderamiento familiar. Hacia una educación emocional consciente. [ficha-resumen]

<p>Justificación / análisis de situación: Esta intervención grupal es parte del proyecto “Creciendo con atención y consciencia plena” (ganador del Primer Premio en los XV Premios semFYC PACAP 2013). Se realiza a demanda de padres de adolescentes. La educación emocional consciente o basada en mindfulness (atención y consciencia plena) posibilita una integración de la mente y el cuerpo, brindando así, una escucha interior más profunda en el hijo, la cual incide en la prevención de diferentes problemas psicoemocionales, la mejora del bienestar general del hijo y su comportamiento adaptativo en la familia.</p>
<p>Población Diana: Padres (de ambos sexos) de adolescentes.</p>
<p>Objetivo General: Mejorar la promoción del desarrollo integral de los hijos desde una educación emocional consciente</p> <p>Objetivos específicos:</p> <p>Área de conocimientos: Conocer las bases de la educación emocional consciente</p> <p>Área de actitudes: Desarrollar el empoderamiento familiar</p> <p>Área de habilidades: Incrementar habilidades en técnicas de educación emocional consciente</p>
<p>Captación: Carteles. Consultas de los centros de salud.</p>
<p>Listado de contenidos: Autorrealización y educación para el ser El entrenamiento para la acción basado en valores Gestión emocional consciente de los conflictos Entrenamiento en mindfulness La comunicación empática no impositiva Disciplina proactiva frente a reactiva</p>
<p>Metodología: Nº de sesiones: 5 Duración sesiones: 90 m Nº de horas totales: 7,5 Fechas de realización de sesiones: 29-1-2014, 5-2-2014, 12-2-2014, 19-2-2014, 26-2-2014. Actividades y técnicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Empoderamiento para la salud (exposición con discusión) - ¿A quién alimentamos? (cuento con discusión) - La psicología de autorrealización (exposición con discusión) - Ejercicio práctico: “Tres cualidades que admiro en otros y tres cualidades que rechazo en otros” - Lectura dialogada “Métodos para ser feliz (por Anthony de Mello)” - Una insensata búsqueda (cuento con discusión) - Tres ejercicios de expresión desde el ser - El entrenamiento para la acción basado en valores (exposición con discusión) - Ejercicio “Salir de la zona de confort” - Ejercicio para experimentar el foco atencional - Ejercicio “Andar interpretando distintas emociones” - El mindfulness. Habilidades de consciencia plena (exposición con discusión) - Ejercicios de mindfulness - Cuestionario MAAS - Ejercicio “Escuchar y ser escuchado con plena consciencia” - El reconocimiento y cambio de las interpretaciones inadaptativas (creencias irracionales, pensamientos erróneos) (exposición con discusión) - Ejercicio grupal “los 10 mecanismos para crear pensamientos erróneos” - Técnica de desbloqueo y liberación emocional (EFT) - El análisis de la base afectiva del conflicto (exposición con discusión) - Ejercicio “Dimensiones necesarias para establecer un vínculo afectivo adecuado” - La resolución conjunta de problemas (exposición con discusión) - La filosofía emocional (exposición con discusión)



- Ejercicio: reflexionar qué filosofía emocional predomina en nuestra familia
- Disciplina proactiva (exposición con discusión)
- Ejercicio: Hacer lista de situaciones problemáticas en la convivencia familiar y plantear soluciones desde la perspectiva proactiva
- Método LEAP (exposición con discusión)
- La atención a las necesidades y la comunicación empática o no violenta (exposición con discusión)
- Rol Playing practicando los 2 modos de la comunicación empática o no violenta
- El constructivismo social (exposición con discusión)
- Cuento final "El maestro"

Reuniones de coordinación: 5

Sistema de evaluación:

Estructura: Registro de participantes y asistentes / sesión. Realización de actividades previstas. Adecuación de recursos estructurales y materiales. Observación con guión.

Proceso: Clima grupal. Adecuación de metodología a los objetivos y a las necesidades del grupo. Observación con guión. Evaluación cualitativa al final de cada sesión.

Resultados: Consecución de objetivos. Observación con guión. Cuestionario "Evaluar para mejorar"

Anexo 6: Taller para padres de adolescentes. Abordaje de la inestabilidad emocional en la adolescencia. [ficha-resumen]

<p>Justificación / análisis de situación: Esta intervención grupal es parte del proyecto “Creciendo con atención y consciencia plena” (ganador del Primer Premio en los XV Premios semFYC PACAP 2013). Se realiza a demanda de padres de adolescentes que quieren evitar las turbulencias emocionales de sus hijos mientras estos atraviesan esta etapa vital. La educación emocional consciente o basada en mindfulness (atención y consciencia plena) es un nuevo y poderoso enfoque para abordar la inestabilidad emocional en la adolescencia.</p>
<p>Población Diana: Padres (de ambos sexos) de adolescentes.</p>
<p>Objetivo General: Mejorar el abordaje de la inestabilidad emocional en la adolescencia</p> <p>Objetivos específicos:</p> <p>Área de conocimientos: Conocer las bases del abordaje de la inestabilidad emocional desde la educación emocional consciente (basada en la atención o consciencia plena)</p> <p>Área de actitudes: Desarrollar actitud mindfulness</p> <p>Área de habilidades: Mejorar habilidades en técnicas de educación emocional consciente para el abordaje de la inestabilidad emocional en la adolescencia</p>
<p>Captación: Consultas de centros de salud. Weblog adolescentes.blogia.com</p>
<p>Listado de contenidos: Autoobservación terapéutica de la experiencia basada en el mindfulness Estados mentales: mente emocional, mente racional, mente sabia Las cinco facetas de mindfulness (observar, describir, actuar dándose cuenta, no juzgar la experiencia interna, no reactividad sobre la experiencia interna) Habilidades de consciencia plena El enfoque dialéctico El vínculo afectivo y la filosofía emocional Las distorsiones cognitivas Pedagogía del error: pensamiento sistemático Validación</p>
<p>Metodología: Nº de sesiones: 4 Duración sesiones: 90 m Nº de horas totales: 6 Fechas de realización de sesiones: 9-6-2014, 16-6-2014, 23-6-2014, 30-6-2014. Actividades y técnicas: ¿Qué es la inestabilidad emocional? (exposición con discusión) Autoobservación terapéutica de la experiencia (exposición con discusión) Cuento dialogado En lugar de autoestima, vivencia plena del ser (exposición con discusión) Mente sabia: equilibrando mente racional y emocional (exposición con discusión) Cuestionario “Las cinco facetas de mindfulness” Practicamos técnica STOP y técnica RAIL Ejercicio de exploración de los momentos de “mindlessness” Consejos para pensar y actuar dialécticamente (exposición con discusión) Ejercicio “Elige la afirmación dialéctica” Ejercicio para mirar a nuestro hijo con buena disposición antes de deliberar y tomar decisiones Actividad por grupos “Practicamos proceso deliberativo para tomar decisiones (basado en la ética y la dialéctica)” La rueda de la atención (exposición con discusión) Cómo hacer para validar a nuestro hijo (exposición con discusión) Ejercicio “Frasas autoinvalidantes / autovalidantes / invalidantes de tu hijo / validantes de tu hijo” Test de creencias irracionales Técnica de discusión de creencias irracionales Ejercicio “Creencia: ¿racional o irracional?”</p>



Aprender a pensar: cómo librarse de creencias irracionales (exposición con discusión)
Pedagogía del error: técnica del pensamiento sistemático (ejercicio)
Razones para tolerar y aceptar el malestar (exposición con discusión)
Ejercicio "Consecuencias positivas o negativas de tolerar o no el malestar"

Reuniones de coordinación: 4

Sistema de evaluación:

Estructura: Registro de participantes y asistentes / sesión. Realización de actividades previstas. Adecuación de recursos estructurales y materiales. Observación con guión.

Proceso: Clima grupal. Adecuación de metodología a los objetivos y a las necesidades del grupo. Observación con guión. Evaluación cualitativa al final de cada sesión.

Resultados: Consecución de objetivos. Observación con guión. Cuestionario "Evaluar para mejorar"

Anexo 7: Taller de inteligencia emocional consciente para adolescentes: mindfulness para el equilibrio emocional y la mejora de la atención y el aprendizaje. [ficha-resumen]

<p>Justificación / análisis de situación: Esta intervención grupal es parte del proyecto “Creciendo con atención y consciencia plena” (ganador del Primer Premio en los XV Premios semFYC PACAP 2013). La inteligencia emocional consciente o basada en mindfulness (atención y consciencia plena) posibilita:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Una integración de la mente y el cuerpo, brindando así, una escucha interior más profunda en el adolescente, la cual incide en la prevención de diferentes problemas psicoemocionales, la mejora del bienestar general del adolescente y su comportamiento adaptativo. 2) Desarrollar las capacidades de regulación de la atención, la cognición y las emociones mediante la atención y consciencia plena (mindfulness) para afrontar situaciones difíciles o estresantes, mejorar el aprendizaje y actuar de forma consciente, sin automatismos.
<p>Población Diana: Adolescentes, de ambos sexos, de 12 a 16 años, con tarjeta sanitaria de la Comunidad de Madrid y que no consuman drogas ni padezcan trastorno mental.</p>
<p>Objetivo General: Potenciar la inteligencia emocional consciente</p> <p>Objetivos específicos:</p> <p>Área de conocimientos: Conocer las bases teóricas de la inteligencia emocional consciente y del mindfulness</p> <p>Área de actitudes: Desarrollar la actitud de “darse cuenta”, la aceptación, la compasión y la perspectiva proactiva.</p> <p>Área de habilidades: Desarrollar habilidades de atención y consciencia plena (mindfulness) Saber interrumpir los automatismos de la vida cotidiana para actuar de forma consciente Identificar las emociones, los pensamientos y las necesidades en uno mismo y en los demás Aprender a gestionar el malestar emocional Adquirir habilidades para expresión consciente las emociones y las necesidades de uno mismo sin juicios ni exigencias. Desarrollar las capacidades de regulación de la atención, la cognición y las emociones mediante la atención y consciencia plena (mindfulness) para afrontar situaciones difíciles o estresantes y mejorar el aprendizaje.</p>
<p>Captación: Carteles en centros de salud. Información oral en consultas de sociosanitarios. Información escrita en internet.</p>
<p>Listado de contenidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autoconocimiento e identificación de emociones, pensamientos y necesidades - Estado mindlessness versus estado mindfulness - Habilidades de atención y consciencia plena (mindfulness) - Las cinco facetas de mindfulness (observar, describir, actuar dándose cuenta, no juzgar la experiencia interna, no reactividad sobre la experiencia interna) - Mindfulness para regular nuestras emociones - Psicología de autorrealización - Los 7 hábitos de los adolescentes altamente eficaces - Comunicación empática o no violenta - Constructivismo social e identificación y control de distorsiones cognitivas.
<p>Metodología: Nº de sesiones: 7 (1ª edición) / 8 (2ª edición) Duración sesiones: 90 minutos Nº de horas totales: 10,5 (1ª edición) / 12 (2ª edición) Fecha de comienzo de realización de sesiones semanales: 15-10-2014 (1ª edición) / 4-3-2015 (2ª edición) Actividades y técnicas: Ejercicio: Yo idea – yo ideal. Prácticas de atención cerrada, abierta y plena. Ejercicio de atención plena: etiquetar. Meditación sentado.</p>

Meditación caminando.
Ejercicios de atención a la respiración.
Ejercicios de atención a la campana y de atención a la música.
Ejercicio de meditación de la uva pasa.
Ejercicios de atención a través de los sentidos.
Ejercicios de consciencia corporal.
Contemplación de las sensaciones corporales o "Body Scan".
Ejercicio: buscar la comodidad en la incomodidad.
Meditación en el dolor.
Ejercicios de observación de las emociones.
Práctica de la presencia en la emoción.
Ejercicio "Mis tiritas mágicas".
Ejercicio de observación de los pensamientos.
Ejercicio grupal "los 10 mecanismos para crear pensamientos erróneos".
Ejercicio de meditación de la uva pasa.
Prácticas de integración.
Tarea para casa: pulsera de la consciencia.
Cultivo de la Presencia.
Técnica PODER (para, observa, déjalo estar y regresa al momento presente).
Técnica STOP (volver la atención al presente).
Técnica RAIL (darse cuenta, aceptar, investigar, liberarse de identificación con emoción y decidir conscientemente qué hacer).
Ejercicio práctico: "Tres cualidades que admiro en otros y tres cualidades que rechazo en otros".
Ejercicios de escucha consciente.
Ejercicios de expresión consciente.
Ejercicio por parejas para trabajar escucha plena y atención abierta.
Ejercicio por parejas para trabajar atención sobre las emociones y empatía.
Registro: una comunicación difícil.
Ejercicios de comunicación empática o no violenta.
Ejercicio de autoaceptación para combatir el miedo.
Práctica de la autocompasión.
Práctica de aceptación: ahora es el momento.
Práctica del perdón.
El tratado de paz con mi familia.
Ejercicio de metta (amor incondicional).
Juego: Regreso al presente.
Reuniones de coordinación: 6 (1ª edición) / 7 (2ª edición)

Sistema de evaluación:

Estructura:

Registro de participantes y asistentes / sesión. Realización de actividades previstas.
Adecuación de recursos estructurales y materiales. Observación con guión. Cuestionario de satisfacción.

Proceso:

Clima grupal. Adecuación de metodología a los objetivos y a las necesidades del grupo.
Observación con guión. Cuestionario de satisfacción.

Resultados:

Consecución de objetivos. Observación con guión. Cuestionario de satisfacción.
Cuestionarios pre y post intervención (test de atención d2, cuestionario de ansiedad estado rasgo STAIC, escala de medida MINDFULNESS ATTENTION AWARENESS SCALE –MAAS-).



Anexo 8: Empoderamiento de adolescentes en riesgo psicosocial y sus familias: estrategias desde una educación para la salud consciente. [ficha-resumen del curso en formato del Instituto de Formación y Estudios del Gobierno Local de Madrid]

Destinatarios:	Profesionales del Servicio de Prevención y Promoción de la Salud de Madrid Salud que trabajan en el ámbito educativo.
Objetivos:	<ul style="list-style-type: none">• Conocer las bases de la educación para la salud consciente y del empoderamiento para la salud de adolescentes en riesgo psicosocial y sus familias• Adquirir herramientas y mejorar habilidades para la educación para la salud consciente y el empoderamiento de adolescentes en riesgo psicosocial y sus familias
Contenidos:	<ul style="list-style-type: none">• La educación para la salud consciente• El empoderamiento para la salud• El modelo ecológico• La resiliencia• Contextos sociales sostenibles y participación comunitaria• La psicología de autorrealización• El entrenamiento para la acción basado en valores• Aceptación y enriquecimiento de vínculos• Disciplina proactiva• La resolución conjunta de problemas• La filosofía emocional• La atención a las necesidades y la comunicación empática o no violenta• Autoobservación terapéutica de la experiencia• Mindfulness y habilidades de consciencia plena• La pedagogía del error• La dialéctica• Proceso deliberativo para tomar decisiones• El constructivismo social• El reconocimiento y cambio de las interpretaciones inadaptativas (creencias irracionales y pensamientos erróneos)
Número de alumnos:	25
Número de horas:	40
Necesidad de la actividad	Vinculada al Programa Operativo de Gobierno Local. Acción (indicador) a la (al) que se vincula: Programa de prevención y promoción de la salud en el ámbito educativo

Anexo 9: Taller de inteligencia emocional consciente para adolescentes y padres de adolescentes: mindfulness para el equilibrio emocional y la mejora de la convivencia en la familia.

[ficha-resumen]

<p>Justificación / análisis de situación: Esta intervención grupal es parte del proyecto “Creciendo con atención y consciencia plena” (ganador del Primer Premio en los XV Premios semFYC PACAP 2013). La inteligencia emocional consciente o basada en mindfulness (atención y consciencia plena) posibilita:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3) Una integración de la mente y el cuerpo, brindando así, una escucha interior más profunda en adolescentes y padres, la cual incide en la prevención de diferentes problemas psicoemocionales y la mejora del bienestar general y la convivencia en la familia. 4) Desarrollar las capacidades de regulación de la atención, la cognición y las emociones mediante la atención y consciencia plena (mindfulness) para afrontar situaciones difíciles o estresantes y actuar de forma consciente, sin automatismos.
<p>Población Diana: Adolescentes, de ambos sexos, de 13 a 17 años, y madres / padres de adolescentes, con tarjeta sanitaria de la Comunidad de Madrid y que no consuman drogas ni padezcan trastorno mental.</p>
<p>Objetivo General: Potenciar la inteligencia emocional consciente (o basada en el mindfulness) para la mejora del equilibrio emocional y de la convivencia en la familia.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <p>Área de conocimientos: Conocer las bases teóricas de la inteligencia emocional consciente y del mindfulness</p> <p>Área de actitudes: Desarrollar la actitud de “darse cuenta”, la aceptación, la compasión y la perspectiva proactiva.</p> <p>Área de habilidades: Desarrollar habilidades de atención y consciencia plena (mindfulness) Saber interrumpir los automatismos de la vida cotidiana para actuar de forma consciente Identificar las emociones, los pensamientos y las necesidades en uno mismo y en los demás. Aprender a gestionar el malestar emocional. Adquirir habilidades para la expresión consciente de las emociones y de las necesidades de uno mismo sin juicios ni exigencias. Desarrollar las capacidades de regulación de la atención, la cognición y las emociones mediante la atención y consciencia plena (mindfulness) para afrontar situaciones difíciles o estresantes en la convivencia familiar.</p>
<p>Captación: Carteles en centros de salud. Información oral en consultas de sociosanitarios. Información escrita en internet.</p>
<p>Listado de contenidos: Qué es mindfulness e inteligencia emocional consciente Autoobservación terapéutica de la experiencia Aceptación y compasión Beneficios de la práctica de mindfulness Técnica básica del mindfulness Prácticas básicas de mindfulness Cómo evaluar los cambios</p>
<p>Metodología: Nº de sesiones: 8 Duración sesiones: 90 m Nº de horas totales: 12</p> <p>Actividades y técnicas: Prácticas de atención:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ejercicio de atención sostenida (focalizada) o cerrada: contar respiraciones 2) Ejercicio de atención abierta: etiquetar 3) Ejercicio de atención plena: comer un trozo de chocolate 4) Ejercicio de respiración consciente 5) “Trataka” (mirada fija) en la llama de una vela 6) Escuchar música con atención consciente



- 7) Práctica del “mindfulness” centrado en las sensaciones física:
- 8) Ejercicio de escritura para tomar consciencia de los pensamientos
- 9) Atención a las emociones
- 10) Práctica de la presencia en la emoción:
- 11) Escuchar y ser escuchado con plena consciencia
- 12) Ejercicio en parejas para trabajar escucha plena y atención abierta
- 13) Ejercicio en parejas para trabajar atención sobre las emociones y empatía

Prácticas de consciencia corporal:

- 1) Contemplación de las sensaciones corporales o “Body Scan”
- 2) Amigos de la emoción (“focusing”)
- 3) Meditación en el dolor:
- 4) Meditación caminando
- 5) Tres ejercicios de movimiento consciente basados en el chi kung

Prácticas integrativas o la atención plena en la vida cotidiana:

- 1) Al despertar por la mañana, esboza una ligera sonrisa
- 2) Comer con atención plena
- 3) Lavar los platos siendo consciente de ello
- 4) Leer con atención plena
- 5) Señales de atención
- 6) Practica el PODER del “mindfulness” con los PIES en la experiencia presente
- 7) Carteles recordatorios
- 8) Tarjetas “mindfulness”
- 9) Ejercicio de exploración de los momentos de “mindlessness”
- 10) Observación consciente de las emociones
- 11) Diario de eventos agradables y desagradables
- 12) Registro “Una comunicación difícil”
- 13) Pulsera de la consciencia
- 14) Juego “Regreso al presente”

Prácticas de aceptación:

- 1) Práctica de aceptación: ahora es el momento
- 2) Ejercicio de autoaceptación para combatir el miedo
- 3) Meditación del perdón

Prácticas de compasión:

- 1) Práctica de la autocompasión
- 2) La pausa de la autocompasión
- 3) Ejercicio de acogimiento de las emociones negativas
- 4) Ablanda, tranquiliza y permite (forma rápida de manejar las emociones difíciles y el estrés con compasión)
- 5) Ejercicio de metta (amor incondicional)

Reuniones de coordinación: 8

Sistema de evaluación:

Estructura:

Registro de participantes y asistentes / sesión. Realización de actividades previstas.
Adecuación de recursos estructurales y materiales. Cuestionario de satisfacción.

Proceso:

Clima grupal. Adecuación de metodología a los objetivos y a las necesidades del grupo.
Cuestionario de satisfacción.

Resultados:

Consecución de objetivos. Cuestionario de satisfacción.

Bibliografía de apoyo:

1. RUIZ LÁZARO, PJ y COMISION DE COORDINACION DEL PROYECTO "CRECIENDO CON ATENCION Y CONSCIENCIA PLENA" et al. **Mindfulness en Pediatría: el proyecto Creciendo con atención y consciencia plena.** *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2014, vol.16, n.62, pp. 169-179. ISSN 1139-7632.
2. RUIZ LÁZARO, PJ. **Mindfulness en niños y adolescentes.** En: AEPap (ed.). *Curso de Actualización Pediatría 2016.* Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2016. p. 487-501.



MEMORIA Experiencia Candidata

1. ESTRATEGIA A LA QUE SE PRESENTA

Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS.

2. TÍTULO DE LA EXPERIENCIA

PROGRAMA ARGOS: MODELO DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Enlace a sitio web (si procede): <http://www.e-drogas.es/edrogas/portal/argos.jsf>

3. DATOS DE LA ENTIDAD Y PERSONA RESPONSABLE

- **CCAA:** de la Región de Murcia
- **Nombre de la entidad:** Servicio de Promoción y Educación para la Salud, Dirección General de Salud Pública y Adicciones, Consejería de Salud.
- **Domicilio social (incluido Código Postal):** Consejería de Salud, C/ Ronda de Levante 11, 30008-Murcia
- **Persona titular de la Dirección o Gerencia de la entidad responsable.** *En caso de ser calificada finalmente como Buena Práctica, se le comunicará también formalmente, además de a la persona técnica responsable del equipo que presenta la candidatura:*
 - Nombre y apellidos: José Carlos Vicente López
 - E-mail: josec.vicente@carm.es
 - Teléfonos: 968 36 54 25
- **Datos de contacto de la persona técnica responsable de la candidatura¹:**
 - Nombre y apellidos: Olga Monteagudo Piqueras
 - E-mail: olga.monteagudo@carm.es
 - Teléfonos: 968 36 26 55

4. DATOS DEL RESTO DEL EQUIPO RESPONSABLE DE LA CANDIDATURA

Nombre y apellidos	E-mail	Teléfono	Puesto de trabajo	Entidad
Asensio López Santiago	asensio.lopez@carm.es		Gerente SMS	Servicio Murciano de Salud
Juan Jiménez Roset	juan.jimenez@carm.es	609 234626	Psiquiatra CAD	Servicio Murciano de Salud
Consuelo Puerta Ortuño	consuelo.puerta@carm.es	968 362070	Psicóloga Clínica Prevención	Consejería de Salud

¹ Aquella persona de contacto que hará de interlocutora con el MSSSI y proporcionará más información técnica acerca de la intervención/experiencia presentada como candidatura a BBPP en caso de ser necesario.



			Drogodependencias	
Ana B. Villar Lorenzo	anab.villar@carm.es	968 362293	Enfermera y Antropóloga Prevención Drogodependencias	Consejería de Salud
Berta A. Medina Infante	bertaa.medina@carm.es	968 226617	Socióloga Investigación y evaluación	Fundación para la Formación e Investigación Sanitaria de la Región de Murcia
Andrés Alcaraz Velasco	andres.alcaraz@carm.es	968 368969	Enfermero Prevención drogodependencias	Consejería de Salud

5. ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

Marcar con una X donde corresponda.

	Estatal
X	Comunidad Autónoma
	Provincial
	Municipal
	Área de Salud (sector, distrito, comarca, departamento...)
	Zona básica de salud
	Otro (especificar):

6. PERÍODO DE DESARROLLO

- **Fecha de inicio:** 2010
- **Actualmente en activo:** Sí
- **Prevista su finalización:** 2020

7. LÍNEA DE ACTUACIÓN

Línea de actuación	Intervención en población sana sobre factores de riesgo de enfermedades no transmisibles (prioritariamente: tabaco, actividad física y consumo de riesgo de alcohol), en los entornos y poblaciones priorizadas en la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS.	X
	Detección precoz e intervención sobre fragilidad y caídas en la población mayor.	
	Intervención para promover la salud y el bienestar emocional en la población infantil / programa de parentalidad positiva.	

8. ENTORNO DE ACTUACIÓN

Línea de actuación	Entorno sanitario / Sistema de Salud.	X
	Entorno comunitario/ local	X
	Otros entornos (especificar: educativo, deportes, etc.): Educativo	X

9. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

La situación de partida en el año 2009 señalaba la alta prevalencia de consumo de alcohol y otras drogas en la Región de Murcia y hacía relevante una intervención regional con implicación de todos los recursos disponibles, incluyendo los de atención normalizada y en las poblaciones que se consideraron vulnerables: adolescentes, embarazadas y adultos en riesgo.

Según el informe del Observatorio Regional sobre Drogas con los datos regionales de la Encuesta Nacional ESTUDES 2008, el 61,8% de las chicas de 14 a 18 años había consumido alcohol en los últimos 30 días, el 57,1% en el caso de los chicos. El 80,5% de los chicos y el 82,1% de las chicas lo habían probado alguna vez. El 63,5 de los estudiantes se habían emborrachado en el último mes. La alta prevalencia de consumo de alcohol y otras drogas en adolescentes de la comunidad autónoma precisaba una intervención regional con esta población y sus familias. En cuanto a los murcianos de 15 a 65 años (EDADES 2009) el 21,7% de las mujeres y el 38,2% de los hombres de entre 45 a 54 años consumían alcohol a diario en el último mes, lo cual nos hablaba de un alto riesgo de dependencia alcohólica en población adulta.

En cuanto a la mujer embarazada y en período de lactancia, según los datos facilitados por la Unidad de Salud Medioambiental Pediátrica del Hospital Virgen de la Arrixaca, la incidencia estimada de síndrome alcohólico fetal es 2-4 casos por cada 1000 RN y de afectados con signos del espectro alcohólico fetal es del 1-2 %. El 70% de las mujeres embarazadas en la Región de Murcia tomaban algo de alcohol en la etapa periconcepcional y primer trimestre; el 15% bebían 1-2 cervezas diarias; más del 90% desconocían las consecuencias sobre el sistema nervioso y sus efectos teratogénicos para el feto. Estos datos evidencian la necesidad de intervención directa en esta población que, además, es altamente susceptible de recibir favorablemente el consejo breve de abstinencia por parte del personal sanitario que cuida de la salud de la mujer y el feto. La mayoría de los trastornos neurológicos funcionales asociados a la exposición a etanol durante el embarazo serían fácilmente prevenibles con intervenciones breves y bien diseñadas en los programas de embarazo saludable autonómicos.

En este sentido, la Atención Primaria de Salud (AP) tiene un papel fundamental en la intervención y prevención de los daños provocados por el alcohol mediante su abordaje, tal y como reconoce la OMS. Los profesionales de AP están en una posición inmejorable para intervenir con sus pacientes y pueden, además, hacerlo de una forma rápida y efectiva (Willenbring et al. 2009); siendo la AP un ámbito perfecto para prevenir y minimizar los daños que

causa el alcohol (Campos Martín R 1991). Sin embargo, sólo una quinta parte de los bebedores de riesgo que acuden al CS son detectados, lo que muestra una escasa actividad preventiva en el ámbito de la AP (Segura et al. 2006). En consecuencia, los porcentajes de población cribados son bajos y los pacientes, por lo general, no recuerdan haber sido preguntados al respecto. La necesidad de intervención, unida al hecho de una escasa actividad preventiva, nos llevó a una búsqueda bibliográfica sistemática que explicara las causas. Así se tuvieron en cuenta estudios que tenían como objetivo conocer las percepciones y opiniones del profesional de AP sobre el consumo de alcohol, entre los que cabe destacar a nivel nacional, estudios como el de Espí (Rodríguez Fernández et al. 1999), el del 2001 del Plan Nacional sobre Drogas (J. Zarco Montejo. 2001), el de Varela en 2003 (Varela Veiga et al. 2003) y en 2010 (Bolaños Gallardo, E; 2010).

Aunque estos estudios facilitaban información al respecto, se consideró que para comenzar a desarrollar este programa y adaptarlo a la realidad de la Región, era necesario estudiar a los propios profesionales a los que iba a ir dirigido ya que serían los responsables de llevarlo a cabo. Para ello, la primera de las actuaciones del Programa consistió en estudiar sus opiniones y actitudes sobre la intervención en alcohol y otras drogas en el Centro de Salud (CS). De este estudio se concluyó que, en general, los profesionales de AP no llevaban a cabo intervenciones sistematizadas sobre los problemas relacionados con el consumo de alcohol, disponían de escasa formación para la intervención en materia de consumo de alcohol y consideraban la *falta de tiempo* como principal barrera para la atención a estos pacientes, seguida de la *ausencia de protocolos específicos* y la *insuficiente formación en la materia*. Sin embargo, sí creían que era de su competencia y una función propia de este ámbito asistencial y tenían una actitud favorable ante la propuesta de aumentar su implicación.

Conjuntamente la normativa regional y estatal apoya este tipo de intervenciones. Dentro de la **Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016**, cabe destacar en el ámbito de la prevención, la importancia que se da a los sistemas educativo, sanitario y social y, de manera especial, la necesidad de implicar al conjunto de profesionales del ámbito de la AP, donde se considera que “su contribución en tareas de educación, información y formación a los distintos grupos de población con los que trabajan cotidianamente es imprescindible”. En esta línea, la **Cartera de Servicios de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud**, contempla genéricamente las actividades de prevención de las conductas de riesgo. Aunque también de forma más expresa, pero de una manera irregular, incluye las actividades de prevención y asistencia sobre las sustancias de abuso. Sin embargo, como se indicaba anteriormente, la realidad cotidiana de los Centros de Salud indicaba que existe un gran predominio de la actividad curativa, con una escasa actividad dedicada a la prevención primaria, exceptuando en la atención a la infancia, haciendo necesario potenciar actividades dirigidas a la promoción y protección de la salud. De la misma forma, el **Plan sobre Drogas de la Región de Murcia 2007-2010** incluye objetivos y actuaciones



tanto en el Área de Prevención, dentro del Ámbito Sanitario, en el Área Asistencial así como en el Área de Coordinación Institucional de las Drogodependencias, dirigidas a implementar la prevención y atención a drogodependencias desde la AP, priorizando la intervención en relación con el abuso de alcohol en adultos y el consumo en mujeres embarazadas y lactando y adolescentes. Así mismo, la **Estrategia de la Unión Europea** para reducir los daños relacionados con el alcohol establece como prioridad el controlar su consumo en menores, mediante programas generales de prevención que empiecen en la primera infancia y pasa por la necesidad de una coordinación entre todos los agentes implicados. Siguiendo las directrices de la OMS (**1986 Ottawa y 1997 Yakarta**), se parte del Modelo de Promoción de la Salud y Socio-cognitivo que se despliega transversalmente en la red de Atención Primaria y Especializada, atendiendo a la necesidad de intervención temprana para la prevención del consumo de alcohol y otras drogas, detectada en poblaciones vulnerables, que despliega acciones socio-sanitarias multidimensionales, multisectoriales y multidisciplinarias de alcance comunitario.

El análisis de situación realizado que tuvo en cuenta los datos regionales de prevalencia de consumo, la evidencia científica identificada mediante búsqueda sistemática que sustenta la conveniencia de la intervención desde Atención Primaria de Salud y la propia normativa estatal y regional que apoya este tipo de programas, sumado a las conclusiones de la encuesta a los sanitarios de la Red de AP de Salud de la Región que, mostrando una actitud favorable ante la propuesta de aumentar su implicación, consideraban las actividades de prevención de drogodependencias como una función propia de este ámbito asistencial, justificaron holgadamente la puesta en marcha de este Programa.

10. OBJETIVOS

Objetivo general:

Implantar de manera progresiva, en los Equipos de Atención Primaria de la Región de Murcia, un modelo de intervención integral en prevención, detección precoz y tratamiento de los problemas de salud relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas, en coordinación con el resto de los niveles asistenciales y los recursos educativos y comunitarios de cada zona de salud, con especial atención a la prevención en la infancia y la adolescencia, en mujeres embarazadas y lactando y usuarios en riesgo.

Objetivos específicos:

- Realizar actividades de formación continuada con los profesionales de Atención Primaria que les capacite para iniciar intervenciones sistematizadas sobre los problemas relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas de sus pacientes.
- Implantar protocolos de intervención sobre consumo de alcohol y otras drogas mediante la investigación-acción en los equipos de Atención Primaria, participando en estudios de

investigación que facilitan el entrenamiento en el cribado sistemático del consumo de las poblaciones diana y el empleo del consejo breve de salud y entrevista motivacional.

- Impulsar dinámicas de trabajo colaborativo en prevención de drogodependencias entre los Equipos de Atención Primaria, los centros de Educación Secundaria Obligatoria de cada Zona de Salud y los Planes Locales de Prevención de Drogodependencias correspondientes.
- Facilitar conocimientos a los adolescentes sobre las consecuencias del consumo de bebidas alcohólicas en la salud física, psíquica y social, para promover la reflexión sobre el patrón de consumo de alcohol, alertando de la influencia que tiene el modelo social imperante de asociación “alcohol y tiempo libre” en la conducta adolescente, enseñando habilidades sociales para hacerle frente.

11. CONTEXTO Y POBLACIÓN DIANA

ARGOS es un modelo de estrategia de intervención basado en la evidencia científica, avalado por la SEMfyc, desplegado a través del Servicio Murciano de Salud, diseñado por la Unidad de Coordinación de Adicciones de la Dirección de Salud Pública y Adicciones, Consejería de Salud de la Región de Murcia y financiado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas con cargo al Fondo de bienes decomisados por tráfico ilícito de drogas y otros delitos desde 2010; que ha sido reconocido por la Fundación CREFAT con el “Premio Reina Sofía contra las drogas 2011 a la labor social” en su 20ª edición; con una **cobertura autonómica**.

ARGOS permite desplegar intervenciones de prevención, diagnóstico precoz, tratamiento e investigación clínica en el ámbito de la dependencia alcohólica y otras adicciones en la **Atención Primaria de las nueve Áreas de Salud de la Región de Murcia**, conjugando la acción en los ámbitos sanitario, educativo, familiar y comunitario, con la expectativa de su incorporación a la Cartera de Servicios. EL Programa tiene una cobertura regional, habiéndose realizado la intervención de forma progresiva, dividiéndose la implementación por Áreas de Salud.

Los destinatarios son, en primer lugar, los **enfermeros y médicos de Familia y Comunitaria, Pediatría y matronas de Atención Primaria de Salud**, y, en segunda instancia que el programa repercute en las poblaciones vulnerables a la exposición a drogas como son **infanto-juvenil** (en la adolescencia se desarrollan prácticas de alto riesgo en el consumo de bebidas alcohólicas y en períodos recreativos), **mujeres embarazadas y lactando** (cualquier consumo es de riesgo para el feto y para el futuro del niño/a, precisa abstinencia absoluta desde la etapa periconcepcional) y **adultos con consumos de riesgo** (baja percepción del consumo de alcohol como riesgo).

12. METODOLOGÍA

ARGOS es un modelo de estrategia intervención que está implantando la prevención y atención temprana del consumo de alcohol y otras drogas en AP de la Región de Murcia, conjugando la acción en los ámbitos sanitario, educativo, familiar y comunitario (Anexo 1).

Los primeros profesionales de la salud que entran en contacto con poblaciones de riesgo en relación con el consumo de alcohol y otras drogas son los Equipos de Atención Primaria (EAP) y es crucial que tomen conciencia del papel relevante que pueden desempeñar en la intervención precoz y atención temprana de las drogodependencias. El Programa es realmente innovador ya que en él se empodera al personal sanitario de los CS, como mediadores para la prevención e intervención precoz en el consumo de alcohol y otras drogas en poblaciones susceptibles de modificar conductas de consumo mediante el empleo del consejo breve de salud sobre alcohol con un estilo de entrevista motivacional. A través del proceso formativo del programa se pretende un aumento de la confianza del personal sanitario en sus propias capacidades en relación con las drogodependencias en el contexto de AP, que puede impulsar cambios positivos tanto en el tipo de atención como en la propia comunidad.

El programa difunde que, con motivación y atención apropiada (consejo breve de salud), resulta mucho más fácil que las personas que no son dependientes del alcohol disminuyan e incluso suspendan el consumo del mismo, de ahí la importancia de sistematizar un diagnóstico de consumo y una intervención breve desarrollada por el personal sanitario de primera línea, ya que la mayoría de daños asociados con el consumo de alcohol aparecen en personas no dependientes, debido a que su ingesta está generalizada en nuestra sociedad.

ARGOS facilita a los EAP formación básica sobre intervenciones eficaces en drogodependencias, posibilitando estudios de investigación, para que implanten de manera progresiva en los CS de la Región de Murcia un modelo de intervención sistematizada en drogodependencias, que facilite intervenciones en prevención, detección precoz y tratamiento del consumo de alcohol y otras drogas, realizado en coordinación con el resto de los niveles asistenciales y los recursos educativos y comunitarios de cada zona de salud. A través de una intensa coordinación con las distintas Gerencias de las 9 Áreas de Salud (ellos mismos hacen la convocatoria de sanitarios para asistir a nuestra formación), se ha ido implicando en la prevención de drogodependencias a los EAP de manera progresiva, abriendo el escenario sanitario a la comunidad, mediante la participación de los sanitarios en acciones de prevención escolar (con la participación de recursos comunitarios como la red regional de Planes Locales de Prevención de Drogodependencias, centros educativos y oficinas de farmacia) y la inclusión de Pediatría de AP en la atención a familias de riesgo, abarcando nuevas actuaciones de mayor alcance y complementarias entre sí.

En los años que se lleva desarrollando (desde su planificación en el 2009, pilotaje en 2010 y ejecución, ampliación y mejora entre 2012-2017) el Programa ARGOS ha ido ampliándose en

los siguientes Proyectos de intervención: ARGOS-AP, ARGOS-Comunitario, ARGOS-Familias y ARGOS-Nato. El programa está concebido como una intervención integral y gradual, en la que las actuaciones se alimentan y potencian entre sí, ampliando y complementando los contenidos de los diferentes proyectos. La temporalidad de la implantación se puede consultar en el Anexo 2. Las actuaciones derivadas del programa se acompañan de material elaborado ad hoc (Anexo 3).

El Proyecto ARGOS-AP está basado en la formación de los sanitarios: A los médicos y enfermeros de AP, se les empodera a través de diferentes niveles de formación continuada mediante el entrenamiento en una intervención sistematizada con herramientas como la entrevista motivacional y el consejo breve de salud sobre alcohol y otras drogas en AP, apoyando con ello la toma de conciencia del personal sanitario sobre su capacidad de intervención en prevención y atención a las poblaciones diana de los Centros de Salud.

Durante 2010 se planificó y coordinó el programa y se iniciaron los distintos niveles de formación diseñados: *Formación de Formadores*, *Formación de Investigadores* y *Formación entre Iguales 1 y 2*, proponiendo tres líneas de investigación en los propios Centros de Salud, en las Áreas de Salud II y VIII en las que se pilotó el programa. Este proceso formativo se ha ido replicando hasta abarcar en 2014 las nueve Áreas de Salud.

Se desarrollan acciones de *Formación de Formadores* (un médico y un enfermero de cada Centro de Salud reciben formación), *Formación entre Iguales* (los sanitarios formados forman a su propio equipo en el CS con dos sesiones) e *Investigación-Acción* (los sanitarios participan en tres líneas de investigación correspondientes a las tres poblaciones diana, para conocer la prevalencia de consumidores en el propio CS, a la vez que les permite ensayar el consejo con dichos usuarios). Los contenidos que los sanitarios reciben y replican en su CS se dirigen a la prevención y atención de usuarios de los CS del consumo de alcohol (inicialmente) y cánnabis y tabaco (posteriormente, sin dejar la intervención sobre alcohol) y en pacientes con consumos de alcohol de riesgo; capacitación en entrevista motivacional y consejo breve de salud sobre alcohol, cánnabis y tabaco en adolescentes, embarazadas y adultos en riesgo. Todo ello se acompaña de material formativo: guías, folletos, vídeos, disponibles también en el portal e-drogas. Además de la intervención sobre alcohol, se ha iniciado la detección del consumo de cánnabis en adultos de 18 a 50 años usuarios de AP. Para ello, dentro de la formación Investigación-acción, se ha elaborado una investigación que correlacionará consumo de cánnabis, tabaco y alcohol, por grupos según edad y sexo; su aplicación por los sanitarios de AP, permite realizar un cribado de consumidores, a la vez que los sanitarios practican la detección y el consejo breve de salud sobre cánnabis, tabaco y alcohol y, en consecuencia, incorporan esta intervención a su práctica habitual.

Todas las actividades formativas cuentan con acreditación como Actividad de Formación Continuada por parte de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud. Para incentivar la colaboración de los EAP, las diferentes acciones

formativas se llevan a cabo en horario laboral y se contempla la sustitución de los sanitarios asistentes cuyos CS lo solicitan.

El Proyecto ARGOS-Comunitario: Pretende la movilización de la comunidad a través del contacto con el CS de referencia para facilitar un cambio en las creencias mediante información, formación y acercamiento de la prevención del consumo de alcohol y otras drogas, desde la perspectiva de la salud. El entorno social ejerce una gran influencia sobre la conducta individual de las personas y sobre el consumo de drogas particularmente, por ello es determinante intervenir en los siguientes factores de riesgo: Se tienen en cuenta las presiones sociales dirigidas a promover el consumo de alcohol y las actitudes sociales tolerantes; en cuanto a factores de riesgo individuales de tipo cognitivo, actitudinales y de valores se trabaja la baja percepción del riesgo en relación al consumo de drogas, la sobre-estimación de la prevalencia poblacional y la percepción de aprobación del consumo en el entorno inmediato (iguales, escuela, familia, etc.). Por ello se propone intervenir desde el Modelo de Promoción de la Salud con un despliegue de acciones sociales multidimensionales, multisectoriales y multidisciplinarias de alcance comunitario, actuando sobre factores promotores del uso del alcohol y actitudes y creencias sobre el uso y los efectos.

Como instrumentos se desarrollan varias campañas con cartelería y folletos en los CS (campaña *Alcohol: conciencia con ciencia* y campaña *Sobre el alcohol, consulta: a tu enfermero y médico nos preocupa*) y una propuesta educativa destinada a los alumnos de 1º y 2º de ESO porque la edad media del primer consumo de alcohol se da en torno a los 13-14 años (EADDES 2010), con 6 Unidades Didácticas (UD) para Primer Ciclo de ESO: Tres UD para 1º de ESO *ALCOHOL: conciencia con ciencia* y Tres UD para 2º de ESO: *Drogas: ALTACAN*, que incluye la prevención, además del consumo de alcohol, del tabaco y cánnabis. Cada alumno de Primer Ciclo de ESO recibirá seis unidades didácticas ya que la evidencia marca un mínimo de cinco sesiones como relevante para la prevención escolar. Ha sido fundamental la coordinación con la Consejería de Educación para dar a conocer el proyecto educativo a Secundaria al cedernos espacios de formación propios de los orientadores y apoyar su participación y la de los Profesores Técnicos de Servicios a la Comunidad (PTSC) en la formación.

La novedad radica en que los alumnos de 1º y 2º de ESO, de las Tres Unidades Didácticas (UD) por curso, reciben la 2ª UD en el propio CS impartida por los sanitarios, lo que posibilita enlazar consumo de alcohol, tabaco y cánnabis con problemas de salud y facilita la atención a las drogodependencias desde la asistencia de AP; el resto de UD se imparten en su centro educativo por el profesorado (los centros educativos disponen de desplazamiento gratuito en autobús al CS en caso de necesidad). El desarrollo de las 6 Unidades Didácticas dirigidas a los 30.000 alumnos de 1º y 2º de ESO lo lleva a cabo el profesorado de los Centros Educativos (Tutor, PTSC, Orientador Educativo, Profesores responsables de Educación para la Salud,...) y los profesionales sanitarios (Médicos y Enfermeros) de los CS y coordinan las visitas así como la evaluación de

proceso, los Técnicos de los Planes Locales de Prevención de Drogodependencias. Para impulsar esta coordinación y facilitar formación sobre la aplicación de las UD, se realizan con regularidad Jornadas por Áreas de Salud en las que se hace coincidir físicamente a los dos sanitarios de cada CS, con los orientadores de los Centros Educativos y con los técnicos responsables de la prevención de drogodependencias de cada Entidad Local, teniendo finalmente la tarea de conocerse personalmente y cumplimentar unas fichas con los datos de contacto. Finalmente los alumnos pueden participar en un Concurso para 1º y otro para 2º contestando un cuestionario respectivamente sobre falsas creencias que se pueden descargar en formato APP en ordenador o móvil; aquellos que obtienen 7 aciertos sobre las 10 preguntas pueden optar a un producto tecnológico por centro educativo. El cuestionario de cada APP se contesta en dos momentos, antes de recibir la 2º UD y al final para participar en el concurso. Con ello se obtienen tres funciones: Que los sanitarios conozcan las creencias de los alumnos a los que transmite información en el CS y pueda adaptar los contenidos a ellos, participar al final en el concurso y, además, comparar las respuestas iniciales con las finales, obteniendo información sobre los posibles cambios que se operen en los alumnos tras la formación.

Las Tres UD para 1º de ESO *ALCOHOL: conciencia con ciencia* constan de los siguientes materiales: Libro en papel y descargable, power point interactivo para los sanitarios y APP con concurso para los alumnos. El material para realizar las Tres UD para 2º de ESO *Drogas: ALTACAN*, consta de Libro en papel e interactivo descargable, 3 vídeos, power point con 10 vídeos en píldoras para los sanitarios y APP con concurso para los alumnos.

Actualmente se está realizando la evaluación de resultados con 1º de ESO de las UD *ALCOHOL: Conciencia con ciencia* –ver resultados- y se va a iniciar la implantación en 2º de ESO (la formación en dos Áreas de Salud ya está realizada).

Proyecto ARGOS-Familias: Se pretende ayudar a los padres a proteger a los hijos e hijas adolescentes frente a las drogas desde la pediatría de AP. También emplea la metodología de *Formación de Formadores e Investigadores* dirigida a pediatras y enfermería pediátrica de AP, los cuales actúan con padres con hijos preadolescentes dispensando consejo breve para la prevención del consumo de sus hijos y facilitándoles herramientas educativas así como material informativo-educativo para difundir entre los padres. En 2014 se ha incluido a los pediatras y enfermeros pediátricos en la formación, elaborándose una *Investigación-Acción* específica (Hoja Naranja): *Herramienta para la detección de factores de riesgo familiares de los menores en la consulta de pediatría de Atención Primaria* (Anexo 5). Se elaboran materiales de apoyo a las familias para reconocer situaciones con dificultades educativas parentales y consejos educativos (parentalidad positiva), que los pediatras y enfermeros pediátricos entregan a los padres para que se facilite el diálogo.



Como herramienta de refuerzo se ha elaborado el Curso online gratuito *Prevenir desde pequeños. Para padres para la prevención del consumo de alcohol de sus hijos*, que desarrolla cinco temas de contenido útil para la prevención universal en el ámbito familiar. Incluye tareas para realizar en casa, seis vídeos complementarios a los contenidos descargables desde YouTube y cuestionarios de autoevaluación por tema. En la inscripción se pregunta a los padres si desearían continuar la formación de forma presencial en su municipio, para lo cual se ha planificado su continuidad con la colaboración de la Red de Planes Locales de Prevención de Drogodependencias. En el curso escolar 2017-2018 se difundirá y apoyará a través de las subvenciones de la Consejería de Salud a entidades locales para el desarrollo de planes y programas de prevención de drogodependencias, con el apoyo de las oficinas de farmacia, las asociaciones de padres de alumnos y la Consejería de Educación.

Con el desarrollo del Proyecto ARGOS-Nato se pretendió que las mujeres embarazadas y lactando conocieran los riesgos del uso de bebidas alcohólicas y otras drogas en el presente (desarrollo embrionario y fetal) y futuro de sus hijos (SAF, EAF, dificultades en el aprendizaje, conductuales, intelectuales, etc.) y se protegiera al neonato y lactante mediante la reducción de la exposición a etanol y otras drogas y el diagnóstico temprano para la disminución de daños, mediante la información, sensibilización y formación en detección, registro e intervención durante los períodos críticos del desarrollo (aplicación de la Hoja Verde de riesgos medioambientales) en AP (médicos y enfermeros y matronas de AP); todo ello liderado por la Unidad de Pediatría Ambiental del Hospital General Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia.

Consistió en una línea de acciones formativas para profesionales sanitarios y otra de intervención directa con mujeres embarazadas y lactantes a las que se entrega información y se facilita consejo breve preventivo; incluyendo recursos de internamiento para derivación de casos de mujeres embarazadas alcohólicas o politoxicómanas específicos para minorar los daños del futuro hijo. En la canastilla del recién nacido se incluye un polidiptico informativo que se regala a las nuevas madres en la maternidad hospitalaria. Formación de los profesionales de EAP del Programa ARGOS-Murcia, en materia de cuidados durante el embarazo, lactancia y desarrollo infanto-juvenil, así como la instrucción de matronas y pediatras sobre el consejo breve de salud, para su implementación verbal y por escrito en el programa de seguimiento del embarazo y del niño sano, incluyendo la campaña en CS con cartelería *Sobre el alcohol: Consulta. A tu matrona le preocupa*. Actualmente el proyecto se ha ampliado y ha cambiado de nombre, llevándose de forma más autónoma desde la Unidad de Pediatría Ambiental mencionada y extendiéndose a otros hospitales y otras Áreas de Salud.

13. EVALUACIÓN

- **INDICADORES.**

Análisis de situación de partida:

- Actitud de los profesionales ante la intervención sobre alcohol y otras drogas desde el Centro de Salud (Evaluación cualitativa).

Indicadores de proceso:

- Participación en las actividades desarrolladas (personas y centros).
- Satisfacción de las actividades desarrolladas (evaluación cualitativa).
- Población destinataria alcanzada con las actividades desarrolladas (usuarios y alumnos).

Indicadores de resultado:

- Evaluación de impacto a corto y medio plazo del Programa: Estudio multicéntrico por clústeres apareados pre y post con grupos control e intervención sobre actitudes, conocimientos y consumos de los alumnos.
- Evolución de la actitud de los profesionales ante la intervención sobre alcohol y otras drogas desde el Centro de Salud (Evaluación cualitativa).

• RESULTADOS.

Indicadores relacionados con la actitud de los profesionales sanitarios ante la intervención sobre alcohol y otras drogas desde el Centro de Salud (Evaluación cualitativa) (Anexo 4)

En el estudio desarrollado al inicio del Programa, participaron 54 de los 81 CS con los que contaba la red de AP en el momento de realización del trabajo de campo (66,67%), un total de 615 sanitarios respondieron. Las principales conclusiones fueron:

- La principal barrera a la hora del abordaje del consumo de alcohol es la falta de tiempo en consulta, seguido de la ausencia de protocolos específicos para el tratamiento desde Atención Primaria, en tercer lugar, la dificultad de coordinación con atención especializada y la insuficiente formación en la materia.
- La mayoría de los profesionales están dispuestos a aumentar su implicación en intervenciones sobre adicciones de manera sistemática desde el centro de salud, aunque alrededor de la mitad de ellos lo supeditan a un cambio en las condiciones de trabajo.
- La práctica totalidad de los profesionales consideran que dar información general y consejo médico, hacer detección precoz de problemas de adicción y consejo, y desarrollar actividades de prevención primaria en la comunidad son acciones propias de la Atención Primaria. Hay menor acuerdo en cuanto a aceptar que este ámbito asistencial sea adecuado para ofrecer tratamientos de desintoxicación y tratamientos de la dependencia, aunque 7 de cada 10 respaldan esta opinión.

En cuanto a la evaluación de impacto del Programa mediante la comparación de este estudio, en el segundo semestre de 2016 se llevó a cabo la difusión del proyecto, el trabajo de campo y la recogida de los cuestionarios. Se obtuvo una participación del 83%, 70 EAP y un total de 784 encuestas completadas. Se ha procedido al registro de las mismas y está pendiente el análisis y la elaboración del Informe de Resultados.

Indicadores relacionados con las acciones formativas del Programa:

- El número de profesionales formados en el Programa ARGOS desde 2010 es de 1.394 médicos y enfermeros, matronas, pediatras y otros profesionales de 1.932 con los que cuenta la red de AP del SMS, del 97.62% de los Centros de Salud, para que intervengan en las poblaciones de adolescentes, mujeres embarazadas y lactando y adultos en riesgo.
- Evaluación de la satisfacción de los alumnos: La media global de la satisfacción con respecto a la formación está entre 3,78 y 4,93 de 5, y la media de valoración de los docentes de 3,60 a 4,90, por lo que se confirma la buena acogida por parte de los sanitarios.

Indicadores relacionados con las investigaciones del Programa:

- Nº de profesionales que participan en cada línea de investigación

A	Prevalencia del consumo de alcohol de riesgo en población adulta	112
B	Eficacia del consejo médico en embarazadas para la disminución del consumo de alcohol durante el embarazo	66
C	Evaluación de conocimientos, actitudes y consumos de alcohol y otras drogas en adolescentes	70
D	Detección de factores de riesgo familiares de menores desde pediatría (Hoja Naranja)	69
E	Detección de consumo habitual de cannabis en población adulta	32

- Nº de usuarios con los que se interviene y que reciben consejo a través de las líneas de investigación de cada programa

A	Embarazadas	185
B	Adolescentes	364
C	Adultos y alcohol	2.387
B	Familias de preadolescentes	364
E	Adultos y cannabis	960

Indicadores relacionados con el Proyecto ARGOS-Comunitario

- Nº de alumnos de primero de ESO que participan en el Programa por curso escolar.

Curso Escolar	Alumnos	Cobertura
2012/2013	3.000	Despliegue en las Áreas de Salud II, VIII y VI
2013/2014	6.802	Se incorporan las Áreas de Salud IX y V
2014/2015	10.528	Se incorporan las Áreas de Salud II, IV y VII, completando la implantación en toda la Región de Murcia
2015/2016	9.946	Toda la Región de Murcia
2016/2017	*	Toda la Región de Murcia

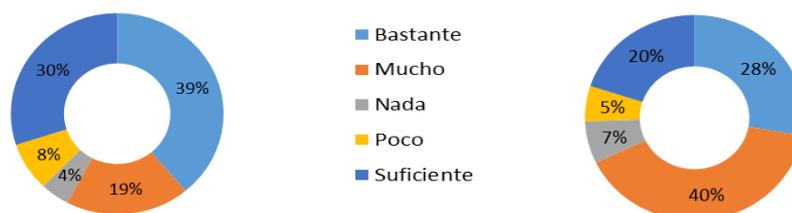
*Pendiente de recibir los Informes de las Entidades Locales.

Hasta la fecha han participado en el proyecto educativo "Alcohol: conciencia con ciencia" 30.276 escolares.



- Todas las Entidades Locales con Centros Educativos con Primer Ciclo de ESO, sus técnicos, centros educativos y centros de salud llevan a cabo las Unidades Didácticas “Alcohol: Conciencia con ciencia”, por lo que la cobertura de este proyecto educativo es del 100%.
- Evaluación del grado de satisfacción de los profesionales que desarrollan el programa (docentes, sanitarios y técnicos locales).

El 58% de los profesionales, aceptaban bastante o mucho las Unidades Didácticas “Alcohol: Conciencia con ciencia” (Gráfico izquierda). Al 68% que realizaron y evaluaron el Proyecto Educativo Argos-Comunitario, les parece bastante y muy adecuado el trabajo conjunto entre el Centro Educativo y el Centro de Salud (Gráfico derecha).



El 72% de los profesionales, considera bastante y muy pertinente realizar programas de prevención de consumo de alcohol y otras drogas con alumnos de 1º de ESO (Gráfico izquierda). El 62% considera bastante y muy necesario recibir formación específica para seguir desarrollando actividades de prevención del consumo de alcohol y otras drogas (Gráfico derecha).



- Evaluación de impacto a corto y medio plazo del Programa: Estudio un estudio multicéntrico por clústeres apareados pre y post con grupos control e intervención sobre actitudes, conocimientos y consumos de los alumnos.

Se llevó a cabo en el curso escolar 2014/2015 con alumnos de 1º de ESO para medir el impacto a corto plazo, durante el curso escolar 2016/2017 se ha realizado el trabajo de campo para medir el impacto a medio plazo en alumnos que actualmente están en 2º y 3º de ESO.

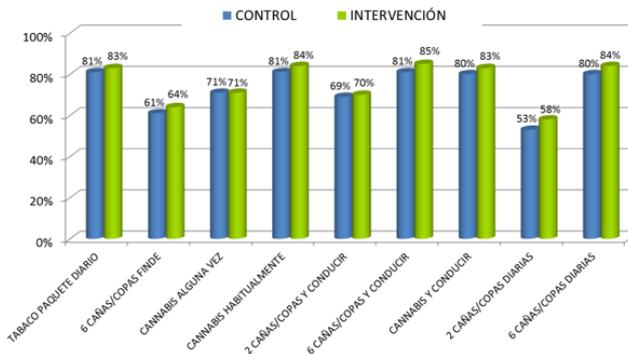
Los datos de la evaluación a medio plazo están actualmente siendo registrados, en los próximos meses se procederá a su análisis y a la elaboración del Informe de Resultados.

Entre los resultados de la evaluación a corto plazo, cabe destacar la mayor percepción de riesgo y la mayor capacidad de relacionar situaciones y consumo de alcohol en el grupo intervención.



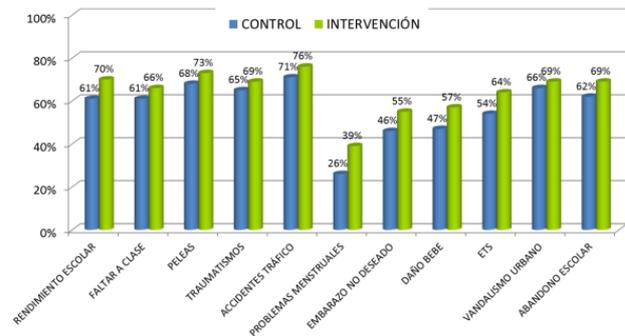
Resultados

Percepción de los posibles problemas de salud y de otro tipo derivados de la realización de las siguientes conductas
"Bastantes / Muchos problemas"



Resultados

Percepción de la relación entre el consumo de bebidas alcohólicas y las siguientes situaciones o conductas
"bastante / mucha relación"



14. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

De los resultados de proceso, tanto de participación como de satisfacción, se confirma la buena acogida por parte de los sanitarios y demás profesionales que intervienen del Programa ARGOS. La definición del Programa ARGOS como modelo de intervención progresiva e integral, es clave para entender la buena aceptación y acogida del mismo. Se partió de la formación de colectivos mediadores basada en una metodología piramidal (Formación de Formadores y Formación entre Iguales) y se continuó con Formación para la Investigación-Acción, como herramienta para la incorporación de protocolos de intervención en la práctica habitual de AP. Desde la AP se evolucionó a un enfoque comunitario abriéndose a las Entidades Locales y a los Centros Educativos, impulsando dinámicas de trabajo colaborativo en prevención de drogodependencias entre los Equipos de Atención Primaria, los centros de Educación Secundaria Obligatoria de cada Zona de Salud y los Planes Locales de Prevención de Drogodependencias correspondientes.

Gracias a la evaluación continua se pudieron detectar nuevas demandas de participación, como la de pediatría, que dieron lugar al Proyecto ARGOS-Familias. También es progresivo el abordaje de sustancias que se inicia con el alcohol, se continúa con el cánnabis y se pretende ampliar a cocaína, con la finalidad de conseguir un mejor control del consumo de sustancias adictivas en los pacientes.

Otra de las claves del funcionamiento del Programa ARGOS es la intensa coordinación interinstitucional (Gerencias del Servicio Murciano de Salud, Dirección General de Atención a la Diversidad y Calidad Educativa de la Consejería de Educación, Juventud y Deportes y Planes Municipales de Prevención de Drogodependencias de las Entidades Locales y Adicciones de la Dirección General de Salud Pública y Adicciones de la Consejería de Salud) llevada a cabo. Así como el hecho de que las distintas instituciones que participan en el Programa se impliquen de manera activa, lo lideren y hagan suyo, de tal manera que colaboran en la elaboración de materiales, contenidos formativos y convocan y autorizan la participación de sus trabajadores.

MEMORIA Experiencia Candidata

1. ESTRATEGIA A LA QUE SE PRESENTA

Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS.

2. TÍTULO DE LA EXPERIENCIA

PROGRAMA ACTIVA MURCIA

www.activamurcia.com

3. DATOS DE LA ENTIDAD Y PERSONA RESPONSABLE

- **CCAA: Región de Murcia**
- **Nombre de la entidad:** Dirección General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano. Consejería de Salud. Región de Murcia
- **Domicilio social:** C/Pinares, nº 6. Código Postal: 30001. Murcia
- **Persona titular de la Dirección o Gerencia de la entidad responsable.**
 - Nombre y apellidos: M^a Teresa Martínez Ros
 - E-mail: mariat.martinez4@carm.es
 - Teléfonos: 968 365 100
- **Datos de contacto de la persona técnica responsable de la candidatura¹:**
 - Nombre y apellidos: Lourdes Fernández López
 - E-mail: marial.fernandez6@carm.es
 - Teléfonos: 968 279 749

4. DATOS DEL RESTO DEL EQUIPO RESPONSABLE DE LA CANDIDATURA

Nombre y apellidos	E-mail	Teléfono	Puesto de trabajo	Entidad
M ^a Lourdes Fernández López	marial.fernandez6@carm.es	968 279749	Técnico superior de apoyo a la investigación ^{*1}	Dirección General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano. Consejería de Salud.

¹ Aquella persona de contacto que hará de interlocutora con el MSSSI y proporcionará más información técnica acerca de la intervención/experiencia presentada como candidatura a BBPP en caso de ser necesario.



Francisco Javier López Román	javier.lopez@ffis.es	968 375268	Técnico superior de apoyo a la investigación *1	Fundación para la Formación e Investigación Sanitaria (FFIS)*2
María Alegría Avilés Martínez	mariaa.aviles3@carm.es	968 375268	*1	*2
Esther García Sánchez	esther.garcia11@carm.es	968 228997	*1	*2

*1 Técnico superior de apoyo a la investigación

*2 Fundación para la Formación e Investigación Sanitaria (FFIS)

5. ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

	Estatal
x	Comunidad Autónoma
	Provincial
	Municipal
	Área de Salud (sector, distrito, comarca, departamento...)
	Zona básica de salud
	Otro (especificar):

6. PERÍODO DE DESARROLLO

- **Fecha de inicio:** 2010
- **Actualmente en activo:** si
- **Prevista su finalización:** no

7. LÍNEA DE ACTUACIÓN

Línea de actuación	Intervención en población sana sobre factores de riesgo de enfermedades no transmisibles (prioritariamente: tabaco, actividad física y consumo de riesgo de alcohol), en los entornos y poblaciones priorizadas en la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS.	x
	Detección precoz e intervención sobre fragilidad y caídas en la población mayor.	
	Intervención para promover la salud y el bienestar emocional en la población infantil / programa de parentalidad positiva.	



8. ENTORNO DE ACTUACIÓN

Línea de actuación	Entorno sanitario / Sistema de Salud.	x
	Entorno comunitario/ local	
	Otros entornos (especificar: educativo, deportes, etc.)	

9. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

La Adaptación Española de las Guías Europeas de 2016 sobre Prevención de la Enfermedad Cardiovascular en la Práctica Clínica establece que las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de muerte en nuestro país, llegando a ocasionar en 2014, un total de 117.393 muertes, el 30% de las defunciones totales. Las causas más frecuentes son la cardiopatía isquémica, las enfermedades cerebrovasculares y la insuficiencia cardiaca.

En la población española, los factores de riesgo cardiovascular identificados como prevalentes y causales de enfermedades cardiovasculares y mortalidad son la hipertensión arterial, la dislipemia y la diabetes (Estudio de Nutrición y Riesgo Cardiovascular en España, 2010) unidos a la obesidad, el sedentarismo y el tabaquismo.

En el Informe de la Agencia Española de Protección de la Salud en el Deporte, publicado en 2016, muestra que en la población española hay una prevalencia de las enfermedades crónicas más comunes como la hipertensión, la hipercolesterolemia, la diabetes, la depresión y la ansiedad. La prevalencia de estas enfermedades es entre 2 y 4 veces mayores en las personas inactivas con respecto a las que practican ejercicio físico. Los resultados del informe muestran una reducción significativa de la prevalencia de estas patologías en función del nivel de ejercicio físico realizado.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), expone que la inactividad física es el cuarto factor de riesgo más importante de mortalidad a nivel mundial, lo que supone el 6% de defunciones en el mundo. Esta cifra sólo es superada por la hipertensión (13%), el tabaquismo (9%) y el exceso de glucosa en la sangre (6%). Otros factores como la obesidad y el sobrepeso constituyen un 5% de la mortalidad mundial.

La inactividad física es un problema cada vez más extendido en muchos países y esto repercute negativamente en la salud general de la población mundial así como en la prevalencia de enfermedades no transmisibles (ENT) como enfermedades cardiovasculares, diabetes o cáncer y en sus factores de riesgo, como la hipertensión, el exceso de glucosa en la sangre o el sobrepeso. En 2009 se estimó que la inactividad física fue la causa principal de alrededor del 21–25% de los cánceres de mama y de colon, del 27% de las diabetes y de aproximadamente un 30% de las cardiopatías isquémicas.

Está demostrado que la práctica regular de ejercicio físico puede reducir el riesgo de padecer cardiopatías coronarias y accidentes cerebrovasculares, diabetes tipo II, hipertensión y depresión. Además, la actividad física es un factor determinante en el consumo de energía, por lo que es fundamental para conseguir el equilibrio energético y el control del peso.

En 2004 la Asamblea Mundial de la Salud defendió la resolución WHA57: Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud (RAFS). En dicha Asamblea se recomendó a los Estados Miembros que desarrollaran planes de acción y políticas nacionales para aumentar los niveles de actividad física de sus poblaciones. Además en 2008 la sexagésima primera Asamblea Mundial de la Salud respaldó una resolución y un plan de acción sobre prevención y control de las ENT.

Siguiendo esta línea, el Gobierno de España crea (Consejo Superior de Deportes) el Plan Integral para la Actividad Física y el Deporte (Plan A+D) con el fin de garantizar al conjunto de la población española el acceso universal a la práctica deportiva de calidad, ayudando así a combatir el elevado nivel de sedentarismo y obesidad y a promover hábitos de vida activos y saludables.

En la Región de Murcia, el desarrollo del Programa Comunitario para la Promoción de la Actividad Física está impulsado por el Gobierno Regional y enmarcado dentro del Plan de Salud 2010-2015. En este contexto se encuentra enmarcado el Programa ACTIVA MURCIA.

El Programa ACTIVA MURCIA promueve la implicación del ciudadano con su salud, fomentando conductas y estilos de vida saludables a través del ejercicio físico. Este Programa potencia la actuación desde Atención Primaria, implicando a todos los sectores de la población y a todos los niveles de la administración pública.

El Programa está basado en la prescripción de ejercicio físico desde las consultas de medicina y enfermería de Atención Primaria a pacientes con factores de riesgo en patologías de alta prevalencia que puedan verse beneficiados por el ejercicio y busca promover la implicación del ciudadano con su salud a través de conductas y estilos de vida saludables.

Esta intervención actúa sobre las desigualdades en salud tanto en el nivel socioeconómico como en el género y en el origen de la población intentando modificar los estilos de vida.

Con ello se persigue evitar actitudes sedentarias, promover el ejercicio físico en la población en general e introducirlo en la vida de las personas de forma periódica y facilitar el acceso a instalaciones deportivas para toda la población.

Las actuaciones de promoción de salud, como el Programa ACTIVA MURCIA, deben realizarse donde las personas viven, estudian, trabajan, juegan y se relacionan social y afectivamente.

De aquí la necesidad de hacer intervenciones sobre los estilos de vida en los escenarios vitales de las personas, (hogar, familia, escuela, trabajo, pueblo y ciudad) y en los Centros de Salud.

La oferta de la intervención es gratuita y universalmente accesible, va dirigida a los usuarios de los Centros de Salud, independientemente de su condición sociocultural y de género, que reúnan unos criterios estrictamente sanitarios.

10. OBJETIVOS

Objetivo principal: Potenciar conductas y estilos de vida saludables a través del ejercicio físico a partir de la coordinación entre médicos y enfermeros de Atención Primaria y los Consistorios de la Comunidad y la propia Consejería de Salud.

Objetivos específicos:

1. Incorporar la prescripción de ejercicio físico en la Atención Primaria de Salud como instrumento de prevención/terapia para las enfermedades crónicas más frecuentes: enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus tipo II, prediabetes, obesidad y síndrome depresivo.
2. Concienciar a la población de las ventajas derivadas de la realización de ejercicio físico terapéutico, así como aquellas actividades más recomendadas para los diferentes grupos terapéuticos y promover la autonomía en las personas.
3. Dotar a los profesionales sanitarios de la estructura de apoyo necesaria (recursos humanos y materiales) para poder recomendar la práctica de ejercicio físico.
4. Establecer las medidas formativas que faciliten el mayor conocimiento y capacitación del personal sanitario sobre ejercicio físico terapéutico que permitan una mejor adopción de medidas de intervención en la población.
5. Mejorar la condición física general, especialmente la aptitud cardiorrespiratoria.
6. Reducir el peso corporal como elemento importante en la salud general de los individuos.
7. Mejorar la autoimagen, la autoconfianza, la sensación de bienestar y la calidad de vida.

11. CONTEXTO Y POBLACIÓN DIANA

Actualmente, la población a la que va dirigida el Programa ACTIVA MURCIA con sus diferentes adaptaciones es la siguiente:

- Pacientes que presenten algún factor de riesgo cardiovascular y que cumplan los criterios de selección para este programa (Anexo 2).
- Pacientes con diabetes tipo II que cumplan los criterios de selección (Anexo 3). En este programa existe una formación especializada en nutrición.
- Pacientes que cumplan con los criterios diagnósticos de prediabetes de la Sociedad Americana de Diabetes (Anexo 4). En este programa existe una formación especializada en nutrición.
- Pacientes que padezcan depresión leve/moderada o esquizofrenia en fase estable (Anexo 5).

12. METODOLOGÍA

La metodología de trabajo se inspira en la Intervención Acción Participativa (IAP) que fomenta la participación de los destinatarios y los agentes implicados en cada programa. A nivel general, la estrategia metodológica se fundamenta en tres aspectos: abordaje multisectorial, realización de programas específicos de ejercicio físico terapéutico (EFT) y ejecución de los programas de EFT bajo la dirección de un Licenciado en Ciencias de la Actividad física y el Deporte (CAFD).

1. Abordaje multisectorial: participación activa de los profesionales sanitarios de los Centros de Salud, el Ayuntamiento (Concejalías de Deportes, Sanidad) y la Consejería de Salud (Anexo 6).

- **Intervención desde los Centros de Salud:** los profesionales sanitarios encargados de prescribir ejercicio físico a los pacientes son los médicos y enfermeros de los Centros de Salud de Atención Primaria y Centros de Salud Mental. Estos profesionales reciben una formación específica en ejercicio físico terapéutico (EFT) y en protocolo de derivación del Programa ACTIVA MURCIA. Los pacientes candidatos a beneficiarse del programa de prescripción de EFT son sedentarios, con distintos criterios de inclusión, dependiendo de su patología. El reclutamiento de los pacientes se realiza en la consulta de Atención Primaria o consulta de Salud Mental. El programa informático del servicio sanitario de la Región de Murcia (OMI-AP o SELENE) facilita mediante una alerta en la historia clínica electrónica la localización de posibles candidatos a la prescripción de EFT. Cada patología presenta una serie de criterios de inclusión y exclusión que todo paciente debe cumplir para optimizar el programa en el binomio beneficio-riesgo. El profesional sanitario, realiza una derivación electrónica, la cual se envía mediante fax a los Ayuntamientos. Como en toda prescripción, posteriormente se realizará un seguimiento clínico del paciente. Para poder llevar a cabo esto, los profesionales son informados por la Dirección General, mediante una reunión inicial, del diseño del Programa, de su papel en el mismo así como del mecanismo de derivación a través de OMI-AP (Anexo 7) y de los mencionados criterios de inclusión y exclusión de los pacientes (Anexo 8 y 9).

- **Intervención desde los Ayuntamientos:** A través de la Fundación para la Formación e Investigación Sociosanitaria de la Región de Murcia (FFIS), se firman convenios de colaboración específicos con los Ayuntamientos (Anexo 10) para la actuación coordinada en materia de promoción del ejercicio físico como estilo de vida saludable. En ellos, se definen los términos de colaboración para establecer una red de servicios en el ámbito territorial de los municipios correspondientes al Ayuntamiento en cuestión. Ambas partes se comprometen a trabajar conjuntamente en la integración y optimización de los recursos sanitarios y deportivos del municipio. Le corresponde al Ayuntamiento el facilitar tanto los diferentes horarios como el uso de los espacios deportivos y centros municipales para el desarrollo del Programa. El

Ayuntamiento también debe designar un técnico al Programa cuya función es la de recibir la comunicación de la prescripción de ejercicio físico desde los Centros de Salud correspondientes y organizar el grupo inicial llamando a cada paciente para comenzar el ejercicio físico en el pabellón deportivo. Además incluye todas las prescripciones en una base de datos en la que no se registra ninguna información clínica y que está a disposición del servicio de salud y de los profesionales de Atención Primaria.

- **Intervención de la Consejería de Salud:** Se coordina el diseño del programa por Licenciados en CAFD, por médicos de familia y médicos del deporte; se elaboran y gestionan los convenios específicos de colaboración con los Ayuntamientos; se presenta el Programa en los Centros de Salud; se forman a los prescriptores; se contratan y forman a los Licenciados en CAFD. (Anexo 10).

2. Realización del programa de EFT (Anexo 12 y 13) Orientado hacia cada patología/factor de riesgo. Esta sistemática permite optimizar el binomio riesgo-beneficio, orientar al profesional sanitario en la prescripción de EFT más idóneo y concienciar al individuo del ejercicio físico más apropiado a su problema de salud.

Esto implica el diseño de un programa de EFT individualizado y adaptado a cada patología. Por tanto, el programa confeccionado puede incorporar distintos problemas sanitarios en función de las características del EFT más apropiado a la misma. Los Programas se desarrollan durante 10 semanas, 3 días a la semana, siendo un total de 30 sesiones de 1h de duración. De forma general, en el desarrollo del Programa se trabajan los componentes de resistencia, fuerza y flexibilidad en formato de circuitos alternantes y con intensidad progresiva. Actualmente, en varios municipios se ha implementado una ampliación del programa denominada ACTIVA 6 (6 meses). Aunque el programa ACTIVA (3 meses) consigue una alta satisfacción en los pacientes, no garantiza la continuidad del hábito de ejercicio físico con la intensidad y duración que la hacen cardiosaludable. Por ello se ha desarrollado esta intervención: ACTIVA 6, con el objetivo de conseguir una mayor continuidad y adherencia en la práctica de ejercicio físico saludable.

Una de las principales características de Programa ACTIVA 6 es que su duración es de 6 meses, se lleva a cabo durante 24 semanas, lo que suponen 72 sesiones de 1h de duración, 3 días a la semana. Además otra de las mejoras del nuevo Programa es que las incorporaciones de los pacientes al mismo se van a efectuar mensualmente y no cada tres meses como ocurría con anterioridad. En este instante, su implantación se está realizando de forma progresiva.

3. Ejecución del programa de Ejercicio Físico Terapéutico bajo la dirección de un Licenciado CAFD. La Dirección General, a través de la FFIS, convoca un concurso público dirigido a empresas de gestión en el ámbito de la salud y el ejercicio físico. Con la empresa adjudicataria se firma un convenio en el que queda explícito la condición de contratación de Licenciados en CAFD para la ejecución del Programa, para estos, se establece una formación

específica sobre el Programa ACTIVA MURCIA y el EFT que han de desarrollar en las sesiones del Programa. Además se les ofrece formación en reanimación cardio-pulmonar y manejo del desfibrilador manual, impartida por médicos especialistas del Servicio de Emergencias del Servicio Murciano de Salud.

4. Financiación del Programa. Este programa se financia en su totalidad por el presupuesto asignado, a través de la FFIS, al proyecto “Estrategias de Salud” de la Consejería de Salud de la Región de Murcia.

13. EVALUACIÓN

• INDICADORES.

Los indicadores de calidad que se utilizan para evaluar los objetivos del programa son:

1. Cobertura del Programa:

- Número de centros sanitarios (Centros de Atención Primaria y Centros de Salud Mental) que realizan prescripciones durante un año.
- Número de profesionales sanitarios que derivan usuarios al Programa ACTIVA MURCIA al año.
- Número de usuarios al año que son derivados por personal sanitario para la realización del programa.
- Número de usuarios al año que inician el programa de ejercicio físico terapéutico (acuden al menos una vez al centro deportivo).
- Porcentaje de usuarios que inician el programa con respecto al total de sujetos que son derivados.
- Número de usuarios al año que finalizan el programa de ejercicio físico terapéutico (realizan al menos 2/3 del total de sesiones de actividad física).
- Porcentaje de usuarios que finalizan el programa con respecto al total de sujetos que son derivados y al total de sujetos que lo iniciaron.
- Número de grupos de usuarios que han desarrollado el programa durante un año.
- Número de Ayuntamientos que colaboran en el programa al año y número de Licenciados en CAFD que colaboran en el Programa.
- Número de profesionales sanitarios que han recibido al menos una sesión de formación de Ejercicio Físico Terapéutico coordinada por la Consejería de Salud.
- Motivos de ausencia a las sesiones de ejercicio físico: Relación de los distintos motivos reflejados por los usuarios que han dejado de asistir a sesiones.

Estos datos han sido obtenidos de la base de datos de Oficina Médica Informatizada de Atención Primarias, OMI-AP, desde donde el profesional sanitario realiza una derivación electrónica del paciente al Programa ACTIVA MURCIA así como de la base de datos del propio Programa ACTIVA MURCIA.

2. Eficacia:

- Variación de la Condición Física General:
- Variación de la condición aeróbica. Diferencia entre el consumo de oxígeno (ml/min Kg) obtenido en el Test de la milla realizada en el instante previo a la realización del programa y el obtenido en la misma prueba realizada tras la realización del mismo. (Anexo 17)
- Variación de la condición fuerza. Diferencia entre los metros alcanzados en la prueba de lanzamiento de balón medicinal realizada en el instante previo a la ejecución del programa y los obtenidos en la misma prueba realizada tras la ejecución del mismo. (Anexo 17).
- Variación de la flexibilidad. Diferencia entre los centímetros obtenidos en el test del cajón realizado en el instante previo a la ejecución del programa y los obtenidos en la misma prueba realizada tras la ejecución del mismo. (Anexo 17).
- Variación del equilibrio. Diferencia entre el número de intentos requeridos para desarrollar el test del flamenco realizado en el instante previo a la ejecución del programa y el obtenido en la misma prueba realizada tras la ejecución del mismo. (Anexo 17).
- Variación del Peso Corporal.
- Variación de la calidad de vida. Diferencia en la puntuación obtenida en la realización del test de calidad de vida SF-36 para cada una de las dimensiones del test, antes y después de la realización del programa de ejercicio físico. (Anexo 15).

La variación media de estas variables se analizará para todos los sujetos que hayan finalizado el programa de ejercicio físico terapéutico anualmente.

3. Satisfacción del Usuario:

- Sensación de mejoría física. Porcentaje de individuos que opinan que la realización del programa le ha mejorado físicamente nada, poco, bastante o mucho.
- Sensación de mejoría psíquica. Porcentaje de individuos que opinan que la realización del programa le ha mejorado psíquicamente nada, poco, bastante o mucho.
- Beneficios aportados por el programa en opinión del usuario. Porcentaje de sujetos que han respondido positivamente a cada uno de los beneficios que se han enunciado.

4. Aspectos sociodemográficos:

- Edad de los usuarios.
- Sexo (hombre-mujer): Porcentaje de individuos que pertenecen a cada una de las modalidades de la variable.

El seguimiento de las asistencias y la recopilación de datos para evaluar cada uno de estos indicadores se realiza por los Licenciados en CAFD y por los Ayuntamientos.

Al inicio del programa, los Licenciados en CAFD, entregan a los participantes un sobre que va codificado para garantizar el anonimato del mismo. Este incluye información sobre el programa y diferentes cuestionarios que deberán rellenar al principio y al final de la actividad:

1. Cuestionario de actividad física, al inicio (Anexo 14).
2. Cuestionarios sobre la calidad de vida (SF-36), al inicio y al final (Anexo 15).
3. Cuestionario de valoración del Programa, al final (Anexo 16).
4. Test de condición física, al inicio y al final (Anexo 17).

• RESULTADOS.

A continuación se detallan los principales resultados obtenidos del análisis de los indicadores del Programa.

1.- Cobertura del Programa

1.1.- Evolución anual del número de Centros Sanitarios adscritos al Programa y Profesionales Sanitarios que derivan pacientes al Programa.

Año	Nº Centros Sanitarios	Nº Profesionales que derivan
2011	2	20
2012	31	115
2013	41	141
2014	44	122
2015	47	38
2016	54	207

1.-Colaboración Sanitaria

1.2.- Evolución anual de la cobertura del Programa ACTIVA MURCIA

Año	Nº Usuarios Derivados	Nº Usuarios Inician	% Usuarios Inician	Nº Usuarios Finalizan	% Usuarios Finalizan	Nº Grupos
2011	690	661	95,80	449,54	68,01	34
2012	1277	968	75,80	488	50,41	43
2013	2064	1393	67,49	909	65,25	96
2014	1747	1152	65,94	778	67,51	103
2015	1636	1054	64,43	670	63,55	85
2016	1321	776	58,74	539	69,44	69
Total	8735	5312	60,81	3381	63,65	430

2.-Participación anual



1.3.- Evolución anual del número de Ayuntamientos que se incorporan al Programa, así como el número de Licenciados en CAFD que desarrollan el mismo.

Año	Nº Ayuntamientos	Nº Licenciados en CAFD
2011	1	2
2012	8	7
2013	15	16
2014	17	15
2015	19	14
2016	24	11

3.-Colaboración Municipal y RRHH

1.4.- Evolución anual del número de Profesionales Sanitarios formados en Programa ACTIVA MURCIA y sesiones formativas impartidas.

Año	Nº Profesionales x Sesión	Nº Sesiones Formativas
2012	561	65
2013	204	44
2014	311	25
2015	226	19
2016	383	27
TOTAL	1685	180

4.-Formación profesional anual

1.6.-Detalle de los principales motivos de ausencia de los participantes durante el Programa.

Desmotivación/poca diversión	6	Motivos personales	8
Dolores de hombro	1	No he faltado	9
Enfermedad	1081	No me sentía integrado en el grupo	5
Falta de tiempo	290	Otras	308
Incompatibilidad de horario	183	Trabajo	1
Instalaciones deportivas poco convenientes	2	Viaje	1
Me parecía un ejercicio muy intenso	3	Visita médica	11

5.-Evaluación de ausencias

2.- Eficacia

2.1.- Análisis de la variación de la condición física general.

Indicadores Condición Física	Media Inicial	Desviación típ. Inicial	Media Final	Desviación típ. Final	P
VO2 max	29,38	9,73	31,97	9,7	0,001
Fuerza	5,29	2,28	5,81	2,4	0,001
Flexibilidad	1,63	11,37	3,87	10,6	0,001
Equilibrio	1,99	1,86	1,54	1,4	0,001

6.-Evaluación de la condición física

En la Tabla 6 se muestran los resultados de los Test de Condición Física que se llevaron a cabo ($P < 0,001$). A nivel general, se observa un incremento de la eficacia del Programa en el periodo de estudio en los sujetos que finalizan el programa, reflejado por un incremento del VO_2 max. 2,6 ml/min/kg en la condición aeróbica, un incremento de 0,45 metros de distancia alcanzada en la prueba de fuerza, una mejora de 2,31 centímetros en la flexibilidad y de 0,28 puntos en la prueba de equilibrio.

2.2.- Modificación del Peso Corporal.

	Media	Desviación típ.	P
Peso Inicial	79,292	16,4584	0,001
Peso Final	78,700	16,1586	0,001

7.-Evaluación Peso Corporal

2.3.- Análisis de la Eficacia del Programa en la Calidad de Vida de los participantes.

	INICIAL		FINAL		P
	Media	Desviación típ.	Media	Desviación típ.	
FUNCIONFISICA	73,63	21,31	74,69	21,84	0,001
ROLFISICO	76,89	33,55	85,56	28,20	0,001
DOLORCORPORAL	61,05	24,29	65,68	22,67	0,001
SALUDGENERAL	53,00	18,24	55,78	18,21	0,001
VITALIDAD	53,40	20,09	60,22	19,12	0,001
FUNCIONSOCIAL	73,98	23,71	78,70	22,01	0,001
ROLEMOCIONAL	81,76	33,77	89,17	27,46	0,001
SALUDMENTAL	64,58	20,95	69,99	20,01	0,001
EVOLUCIONDECL	56,33	17,92	44,12	17,59	0,001

8.-Evaluación de la calidad de vida

En la Tabla 8 se aprecia un aumento de la calidad de vida de cada una de las dimensiones estudiadas excepto en la evolución declarada de salud, en la cual se observa una disminución. Probablemente el individuo presenta una percepción de su condición física más adecuada después de realizar el Programa de Ejercicio Físico.

3.- Satisfacción del Usuario

3.1.- Sensación de mejoría física y psíquica:

	Mucho	Bastante	Poco	Nada
Mejoría Física	23,5%	63%	12,5%	0,7%
Mejoría Psíquica	27,3%	59,4%	11,5%	1,4%

Año 2012	Mucho	Bastante	Poco	Nada
Mejoría Física	59,10%	29,20%	0,00%	11,70%
Mejoría Psíquica	63,20%	29,80%	0,60%	6,40%
Año 2013	Mucho	Bastante	Poco	Nada
Mejoría Física	61,90%	24,40%	1,20%	12,60%
Mejoría Psíquica	59,60%	27,70%	2,20%	10,60%
Año 2014	Mucho	Bastante	Poco	Nada
Mejoría Física	61,60%	24,50%	0,60%	13,30%
Mejoría Psíquica	56,10%	29,60%	0,90%	13,50%
Año 2015	Mucho	Bastante	Poco	Nada
Mejoría Física	65,70%	20,90%	0,60%	12,80%
Mejoría Psíquica	59,90%	26,10%	1,50%	12,50%
Año 2016	Mucho	Bastante	Poco	Nada
Mejoría Física	64,70%	21,60%	0,50%	10,80%
Mejoría Psíquica	62,70%	23,40%	1,30%	10,30%

9.- Mejoría Física y Psíquica por año

3.2.- Beneficios aportados por el programa en opinión de usuarios:

Agilidad/Flexibilidad	44,9%	No Contesta	0,2%
Conocimiento/Motivación E.F.	4,5%	Otros	8,3%
Descenso TA/Colesterol	1,8%	Perdida Peso/Volumen Corporal	4,6%
Estado de ánimo/bienestar	29,3%	Relaciones personales	6,4%

10-Beneficios del programa

En las Tablas 9 y 10 se observa un incremento general de la satisfacción del usuario en el Programa durante el periodo de estudio en los sujetos que finalizan el programa.

	2012	2013	2014	2015	2016
Agilidad/Flexibilidad	50,40%	36,60%	46,40%	45,70%	32,10%
Conocimiento/Motivación E.F.	4,40%	5,90%	5,90%	2,50%	3,60%
Descenso TA/Colesterol	2,70%	2,40%	1,90%	2,10%	0,60%
Estado de ánimo/bienestar	22,10%	29,20%	28,00%	30,00%	21,90%
No Contesta	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,30%
Otros	8,80%	12,70%	8,20%	7,90%	4,40%
Perdida Peso/Volumen Corporal	4,40%	4,70%	5,00%	4,60%	3,90%
Relaciones personales	7,10%	8,60%	4,60%	7,20%	6,10%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

11.-Beneficios aportados por el programa por año

4.- Aspectos Sociodemográficos

4.1.- Los datos sociodemográficos obtenidos durante el periodo de estudio en los sujetos que finalizan el programa son:

- Edad media de los usuarios: 53,60 años
- Sexo (hombre-mujer): Hombres 30,30% - Mujeres 69,70%

	2012	2013	2014	2015	2016
Hombre	53,21%	26,16%	23,48%	18,57%	22,47%
Mujer	46,79%	73,84%	76,52%	81,43%	77,53%
Edad Media	51,6	53,8	54,13	54,33	55,35

12.-Porcentaje Sexo-Edad media por año

5.- Resultados de la Investigación

Durante los años de desarrollo del programa, se han realizado varios estudios de investigación. Entre estos, dos han sido considerados de especial relevancia por el nivel de evidencia que aportan al programa.

En uno de ellos, se realizó un estudio sobre 748 sujetos que habían desarrollado el programa ACTIVA Murcia durante 3 meses. El objetivo fue determinar el nivel de actividad física que tenían estos sujetos al año de desarrollar el programa. El resultado fue que los sujetos presentaban un nivel de actividad física mayor después de un año, que el evidenciado antes de iniciar el programa.

En el otro trabajo se desarrolló un ensayo clínico subvencionado por el Consejo Superior de Deportes, publicado recientemente en formato de tesis doctoral, bajo el título 'Modificaciones de los factores de riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos al realizar diferentes intensidades de ejercicio físico'. El objetivo del ensayo clínico era determinar si el desarrollo del programa Activa-Murcia de moderada-elevada intensidad era más eficaz en el control del tratamiento de la hipertensión arterial que un programa de idénticas características pero de moderada- baja intensidad. Para realizar este trabajo se diseñó un ensayo clínico que seleccionó a 26 pacientes (10 programa de elevada intensidad y 16 programa de moderada intensidad) de edades entre 40 y 65 años, hipertensos, en tratamiento con al menos un antihipertensivo. Los participantes en el estudio realizaron este programa durante dos trimestres con un periodo de descanso de un mes entre ambos. Los resultados señalan que ambos programas mejoraban por igual el perfil lipídico de los participantes en el estudio, disminuían la masa grasa e incrementaban la masa muscular. Sin embargo, el programa Activa-Murcia disminuía en mayor medida la presión arterial de estos pacientes y mejoraba más la condición física aeróbica y la fuerza.

14. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

Las conclusiones del programa atendiendo a los resultados son:

1. La edad media de los sujetos que realizaron el programa es de 53.60 años y el 69,7% eran mujeres.
2. Actualmente, el programa se está desarrollando en 54 Centros de Salud y 24 ayuntamientos que suponen el 63,5% del total de Centros de Salud y en el 66,6% del total de Municipios de la Región de Murcia subsidiarios de realizar el programa.
3. A finales del 2016 se habían incorporado al programa 5300 sujetos. Los profesionales sanitarios habían realizado 8735 prescripciones. Es decir, iniciaban el programa el 60,81% de los sujetos a los que se les había prescrito la actividad física y finalizaban el programa el 63,65% de los sujetos que iniciaban el programa.
4. Los sujetos que realizan el programa incrementan su condición física aeróbica, su fuerza, su equilibrio y su flexibilidad.
5. La calidad de vida de los sujetos que desarrollaron el programa se incrementó.
6. Los sujetos que desarrollaron el programa presentaron una sensación subjetiva de mejoría física y psíquica con importantes beneficios tras su realización.
7. El programa alcanza los objetivos propuestos con los recursos disponibles.
8. Los estudios de investigación que se han realizado en el entorno de este programa demuestran que el programa ACTIVA MURCIA disminuye la tensión arterial de sujetos con medicación antihipertensiva y con tensión arterial controlada, mejora el perfil lipídico y disminuye el peso de los sujetos.

El objetivo principal del programa es promocionar la realización de ejercicio físico entre sujetos que presentan factores de riesgo o patologías de elevada prevalencia. En sus distintas versiones, el programa consigue una alta satisfacción en los pacientes, pero, el programa, por sí mismo, no garantiza la continuidad del hábito de actividad física con la intensidad y duración que sea cardiosaludable. Además, las cifras de pérdidas de sujetos a los que se les ha prescrito la actividad física pero no han llegado a desarrollar el programa son elevadas; probablemente la incorporación trimestral al programa y por tanto el tiempo de espera, puedan ser causas de estas elevadas cifras. Con el objetivo de mejorar la calidad de la intervención en estos aspectos, se está implementando de forma progresiva en los distintos municipios el programa ACTIVA 6. Esta nueva intervención ha mejorado la programación de ejercicios (ejercicios más individualizados a patologías y personas), ha incrementado hasta 6 meses el desarrollo del programa (en vez de 3) y ha favorecido la incorporación mensual de los sujetos (en vez de trimestral). Con estas implementaciones, se espera crear mayor adherencia por parte de los sujetos al facilitar la continuidad e incremento del porcentaje de sujetos que inician el programa y mayores beneficios clínicos entre otros aspectos.

MEMORIA

Experiencia Candidata

Este documento tendrá como máximo una extensión de **15 páginas**. En su totalidad, se utilizará letra **Arial tamaño 11 con interlineado de 1,5**.

.....

1. ESTRATEGIA A LA QUE SE PRESENTA

Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS.

2. TÍTULO DE LA EXPERIENCIA

TALLERES DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS PARA PERSONAS MAYORES

Enlace a sitio web (si procede):

3. DATOS DE LA ENTIDAD Y PERSONA RESPONSABLE

- **CCAA: País Vasco**
- **Nombre de la entidad: Dirección de Salud Pública y Adicciones, Departamento de Salud. Gobierno Vasco.**
- **Domicilio social (incluido Código Postal):**
- **Persona titular de la Dirección o Gerencia de la entidad responsable.** *En caso de ser calificada finalmente como Buena Práctica, se le comunicará también formalmente, además de a la persona técnica responsable del equipo que presenta la candidatura:*
 - Nombre y apellidos: Miren Dorronsoro Iraeta
 - E-mail: m-dorronsoro@euskadi.eus
 - Teléfonos: 945 019 201
- **Datos de contacto de la persona técnica responsable de la candidatura¹:**
 - Nombre y apellidos: Kepa Arrarte Martínez
 - E-mail: eps2bi-san@euskadi.eus
 - Teléfonos: 944 031 773

4. DATOS DEL RESTO DEL EQUIPO RESPONSABLE DE LA CANDIDATURA

Nombre y apellidos	E-mail	Teléfono	Puesto de trabajo	Entidad
Yolanda Cantera Fernández	ycantera-san@euskadi.eus	945017175	Técnica Educación para la Salud	Subd. Salud Pública y Adicciones Álava
Jose Luis Gómez Alcalde	edu4ss-san@euskadi.eus	944022723	Técnico Educación para la Salud	Subd. Salud Pública y Adicciones Guipúzcoa

¹ Aquella persona de contacto que hará de interlocutora con el MSSSI y proporcionará más información técnica acerca de la intervención/experiencia presentada como candidatura a BBPP en caso de ser necesario.



5. ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

Marcar con una X donde corresponda.

	Estatal
X	Comunidad Autónoma
	Provincial
	Municipal
	Área de Salud (sector, distrito, comarca, departamento...)
	Zona básica de salud
	Otro (especificar):

6. PERÍODO DE DESARROLLO

- **Fecha de inicio: Febrero de 2014**
- **Actualmente en activo: Sí**
- **Prevista su finalización: Sin determinar**

7. LÍNEA DE ACTUACIÓN

Marcar con un X la línea de actuación de la Estrategia en la que se considera que está enmarcada esta experiencia.

Línea de actuación	Intervención en población sana sobre factores de riesgo de enfermedades no transmisibles (prioritariamente: tabaco, actividad física y consumo de riesgo de alcohol), en los entornos y poblaciones priorizadas en la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS.	
	Detección precoz e intervención sobre fragilidad y caídas en la población mayor.	X
	Intervención para promover la salud y el bienestar emocional en la población infantil / programa de parentalidad positiva.	

8. ENTORNO DE ACTUACIÓN

Marcar con un X el entorno/s en que se desarrolla esta experiencia.

Línea de actuación	Entorno sanitario / Sistema de Salud.	
	Entorno comunitario/ local	X
	Otros entornos (especificar: educativo, deportes, etc.)	

9. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

El Plan Estratégico de la Asociación para la Innovación en Envejecimiento Activo y Saludable de la Unión Europea http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/steering-group/implementation_plan.pdf, aprobado por la Comisión en 2012, tiene como objetivo final añadir un promedio de dos años de vida activa sana en las vidas de la población mayor europea para el año 2020. Dentro del despliegue de sus actividades figura el desarrollo de programas para el diagnóstico precoz y la prevención de caídas en las diferentes regiones de la UE. Estos programas deben utilizar la innovación y aplicarla, entre otros, en los modelos de organización, de dispensa de servicios y de registros de riesgos de lesiones.

Por otra parte, en el marco del Sistema Nacional de Salud, la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención tiene como dos de sus objetivos específicos:

- Promover el envejecimiento activo y saludable en la población mayor de 50 años mediante la intervención integral sobre estilos de vida saludables, así como sobre los entornos y conductas seguras de manera coordinada entre los ámbitos sanitario y familiar-comunitario.
- Prevenir el deterioro funcional y promover la salud y bienestar emocional en la población mayor de 70 años potenciando la coordinación de intervenciones integrales en los ámbitos sanitario, de servicios sociales y comunitario.

<https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/ResumenEjecutivo.pdf>

Y en el marco concreto de esta convocatoria 2017 de buenas prácticas: la detección precoz e intervención sobre fragilidad y caídas en la población mayor.

Por último, y en consonancia con estas líneas de actuación, la Dirección de Salud Pública del Departamento de Salud del Gobierno Vasco detectó la necesidad de abordar de manera coordinada y sostenida la prevención de la accidentalidad en la población vasca (especialmente en las personas mayores) e impulsó la creación de un Grupo de trabajo de prevención de accidentes a mediados de 2011. Este grupo, entre otras actuaciones, se marcó tres objetivos:

1. Hacer un diagnóstico de situación de la accidentalidad en personas mayores de 64 años en la CAPV. Para paliar la falta de datos, se puso en marcha una Red Vigía de accidentes con los objetivos de: conocer la incidencia de los accidentes en las personas mayores de 64 años no institucionalizadas residentes en la CAPV; conocer los factores de riesgo que influyen en la accidentalidad y elaborar un perfil de riesgo individual con las características clínico-epidemiológicas de las personas accidentadas.
2. Revisar la literatura científica en relación a recomendaciones, buenas prácticas, eficacia en intervenciones, así como conocer programas o experiencias relacionadas con la

prevención de accidentes (particularmente las caídas) en este colectivo que se realicen dentro y fuera de la CAPV.

3. Diseñar y proponer una intervención en prevención de accidentalidad con este grupo de edad como población-diana: Talleres de Prevención de Caídas (inicio en marzo de 2014).

Este trabajo quedó sintetizado en el informe "Accidentalidad en Personas Mayores. Situación en la CAPV" (ANEXO 1) que fue presentado por la Directora de Salud Pública y Adicciones en el Parlamento Vasco el 2 de marzo de 2015.

Según la declaración conjunta de la Alianza Europea del Envejecimiento Activo a través de la Prevención de Caídas (European Stakeholders Alliance for Active Ageing through Falls Prevention, septiembre de 2015): "las caídas son un importante indicador de la creciente fragilidad y pérdida de independencia y movilidad en las personas mayores. Un tercio de las personas mayores de 65 años que viven en la comunidad cae cada año y esta proporción aumenta hasta el 50% en los mayores de 80 años (...). Aproximadamente el 30% de las caídas requieren tratamiento médico, a menudo dando por resultado visitas a urgencias y hospitalizaciones posteriores. Anualmente hay un promedio de 35.848 muertes relacionadas con caídas entre personas de 65 años y más en la Unión Europea. El número de visitas al hospital relacionadas con caídas en este grupo de edad se estima en 3,7 millones al año. Este número ha aumentado en las últimas dos décadas, en algunos países incluso multiplicándose por dos, lo cual refleja las consecuencias de una sociedad que está alargando la vida y envejeciendo con múltiples problemas de salud". http://www.eunaapa.org/wp-content/uploads/2015/09/Joint-Declaration_Sept-2015.pdf

Ese párrafo de la Declaración resume muy bien los dos grandes argumentos que justifican la necesidad de intervención ante esta problemática: su alta incidencia y sus graves consecuencias.

1. ALTA INCIDENCIA DE CAIDAS:

Las caídas son la causa predominante de lesiones en personas mayores:

- Entre 30%-50% tiene una al año y algunas más de una.
- Aumentan con la edad. Cuantos más años mayor es el riesgo de caída.
- Las mujeres sufren más caídas que los hombres, en todos los intervalos de edad a partir de los 65 años, aunque en las edades más avanzadas las diferencias en las tasas se acortan.
- Sufrir una caída es factor de riesgo de caerse de nuevo.

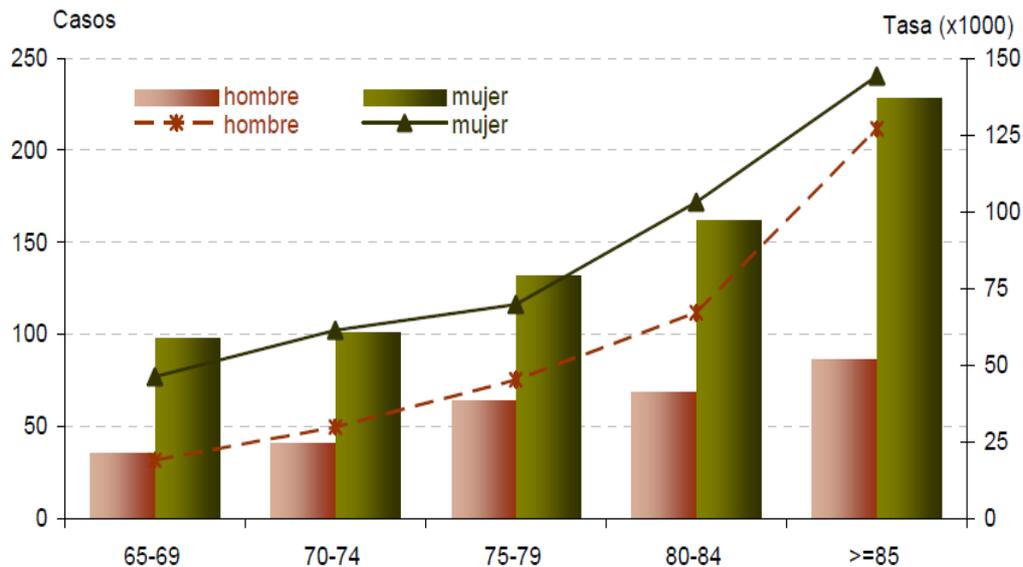
La Red Vigía de accidentes de la CAPV ya citada, sometió a vigilancia activa a una población de 15.192 mayores de 64 años, no institucionalizados, que pertenecían a los cupos del médico/a vigía. El periodo de estudio abarcó desde el 15 de febrero de 2012 hasta el 14 de febrero de 2013. Se recogieron solamente los accidentes con lesión que necesitaron asistencia sanitaria (ver ANEXO 2).



Durante el periodo de estudio se registraron 1.105 accidentes, lo que supone una tasa de accidentalidad de 46,52 por 1.000 en hombres y 81,87 por 1.000 en mujeres; significativamente mayor en las mujeres.

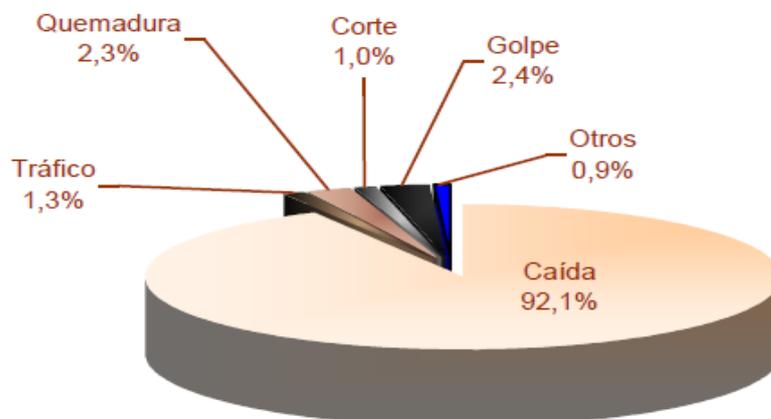
Del análisis de los datos se concluye que el riesgo de sufrir un accidente aumenta progresivamente con la edad, multiplicándose por cuatro veces en los mayores de 84 años con respecto a los de menos edad (Gráfico 1).

Gráfico 1: Número y tasa de accidentes (por 1000) por edad y sexo, Red Vigía CAPV.



Además, se observó que las mujeres presentaban un riesgo mayor en todos los grupos de edad. El tipo de accidente más frecuente fue la caída con un abrumador 92% sobre el total de accidentes registrados (Gráfico 4.12).

Gráfico 2: Tipo de accidente, Red Vigía CAPV.



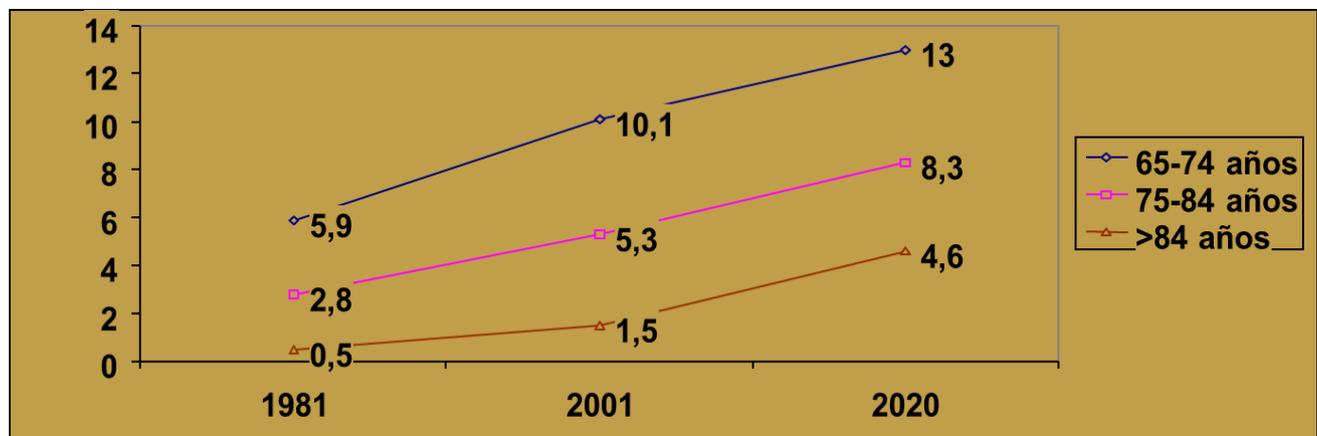
La mayoría de ellos ocurrió dentro del domicilio y estaban en relación con actividades domésticas y las derivadas de dar respuesta a las necesidades básicas de la vida diaria: aseo personal, limpieza de la casa, preparación de alimentos o desplazamientos dentro del hogar.



En cuanto a las causas del accidente, los factores intrínsecos citados con más frecuencia fueron las alteraciones de la marcha por déficit muscular o del equilibrio (24%), el mareo (8%) y el miedo a caerse (2%). Por su parte, los motivos extrínsecos declarados con más frecuencia fueron: obstáculos (20%), suelo resbaladizo (16%), superficies irregulares (14%) y mala iluminación (6%). La consecuencia más frecuente de las caídas fue la contusión y la más severa la fractura.

Otro de los hechos que apoya el argumento de la alta incidencia y que no hay que perder de vista es el de la perspectiva poblacional. Las proyecciones demográficas indican que en 2.026 el 26,5% de la población de Euskadi será mayor de 64 años (ahora es el 21%) y que se producirá una intensificación del sobre-envejecimiento, aumentando la población nonagenaria y centenaria (Gráfico 3).

Gráfico 3: Población > 64 años (%) por grupos de edad: evolución y escenarios 2.020



Fuente: Eustat (Instituto Vasco de Estadística). Censos de población y Escenarios 2020. Elaboración propia.

2. GRAVES CONSECUENCIAS DE LAS CAIDAS:

Las caídas se han convertido en la principal causa de muerte por lesiones en las personas mayores, por encima de los accidentes de tráfico.

Según el último informe EUROSAFE de Lesiones en la Unión Europea http://www.eurosafe.eu.com/uploads/inline-files/IDB_Report_2014_final%202010-2012.pdf las caídas representan en la población europea mayor de 60 años casi el 30% de las muertes por lesiones, por encima de los suicidios (16%) y de los accidentes de tráfico (9%) que vendrían en segundo y tercer lugar respectivamente.

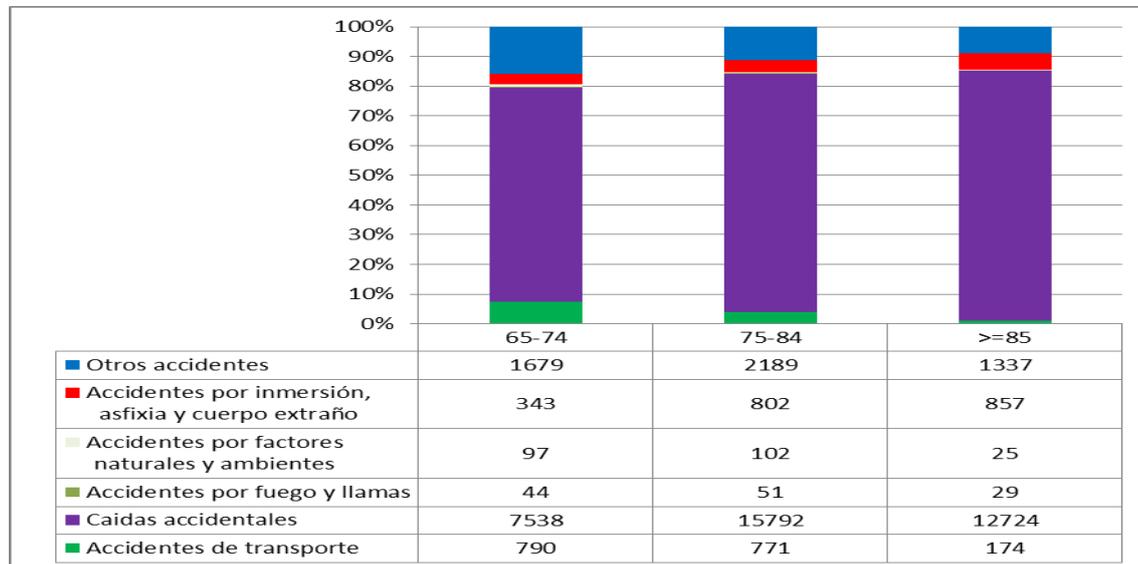
También se señala que, en el caso de las fracturas de cadera, más de una cuarta parte de las personas mayores que la sufren mueren en el año siguiente a producírsela y otro 50 por ciento nunca volverá a su nivel previo de movilidad e independencia.

El análisis durante el período 2005-2013 del Conjunto Mínimo de datos (CMBD) de altas hospitalarias de la CAPV de las personas de 65 años y más concluyó que las caídas eran el principal mecanismo de lesión tanto en hombres como en mujeres en todos los sub-grupos de edad (65-74, 75-84 y >=85) suponiendo el 80% del total de ingresos por accidente. (Gráfico 4).



También para todos los intervalos de edad los ingresos son mayores en las mujeres que en los hombres, con una incidencia superior en las edades más avanzadas de la vida.

Gráfico 4: Altas hospitalarias por mecanismo de accidente y edad en mayores de 64 años,

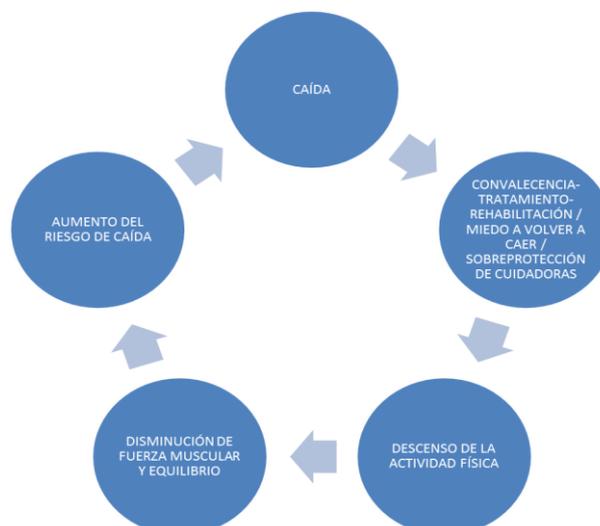


Fuente CMBD, 2005-2013

Otro dato de interés es que el tipo de lesión más frecuente tras una caída con ingreso hospitalario fué la fractura del cuello de fémur (37,4%), seguido de la fractura de húmero (6,1%). La media de días de hospitalización fué de 10, con un rango de 0 a 187 días y mediana de 8 días.

Las caídas en personas mayores, sin embargo, provocan más daño que el debido al golpe o a la fractura, generan pérdida de autonomía y de calidad de vida, provocan discapacidad y dependencia. «El miedo a volver a caer», los tiempos obligados de inactividad durante la convalecencia y la rehabilitación o, incluso, la sobreprotección de personas cuidadoras o del entorno familiar, pueden convertirse en un serio obstáculo para recuperar la actividad normal previa a la caída y creándose un círculo vicioso en torno a ellas (Gráfico 6).

Gráfico 6: El ciclo repetitivo de las caídas.



En resumen, y por todo lo señalado anteriormente, las caídas en personas mayores son un grave problema de salud pública: implican un elevado coste sanitario y social para la comunidad, directo (asistencia sanitaria, tratamiento, rehabilitación) e indirecto (cuidados, discapacidades, dependencia, pérdida de productividad, pensiones por viudez o invalidez, institucionalización...). Estos costes son difíciles de cuantificar en su conjunto y, además, la importancia en términos humanos y económicos de las lesiones “menos graves” (la base de la pirámide) no debe subestimarse (Gráfico 7).

Gráfico 7: Estimación de la mortalidad y de la carga sanitaria (altas y urgencias) que causan en un año las caídas en personas mayores de 64 años en la CAPV.



Fuente: Dirección de Salud Pública y Adicciones. Dpto. Salud, Gobierno Vasco

10. OBJETIVOS

Los Talleres de Prevención de Caídas son una iniciativa de la Dirección de Salud Pública y Adicciones del Departamento de Salud del Gobierno Vasco para llevar adelante una intervención plurifactorial de carácter colaborativo interinstitucional junto con Entidades Locales y Osakidetza, en el nivel local del municipio o barrio, para prevenir estos accidentes.

OBJETIVOS:

- Reducir la incidencia de caídas en personas mayores.
- Establecer mecanismos de colaboración local en la prevención de accidentes
- Potenciar las intervenciones comunitarias: Redes Locales de Salud (OsasunSareak), Redes Locales para la Promoción de la Actividad Física (MUGISARE) y otras...

11. CONTEXTO Y POBLACIÓN DIANA

Los accidentes pueden ocurrir de manera inesperada, pero son evitables. Las caídas son prevenibles, están determinadas por factores de riesgo individuales y ambientales sobre los que habrá que actuar para reducir su incidencia (más detalles y bibliografía en ANEXO 1, cap. 3.1).

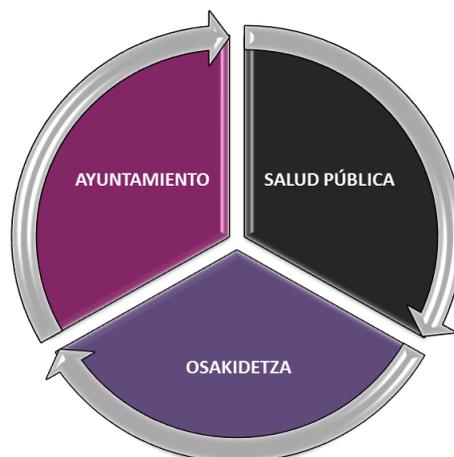
La contribución relativa de cada factor de riesgo puede variar según la situación individual (el estado de salud, capacidad funcional, los hábitos, antecedentes en caídas, etc.) y las características del entorno (poca iluminación, suelos resbaladizos, escaleras, superficies irregulares, objetos con los que es fácil tropezar en vivienda y/o vía pública, calzado inadecuado, realizar tareas en condiciones peligrosas, etc.).

Diferentes revisiones sistemáticas señalan que las intervenciones en prevención de caídas para ser eficaces deben ser plurifactoriales y tener una continuidad en el tiempo (más detalles y bibliografía en ANEXO 1, cap. 3.2).

Resumidamente, las evidencias señalan que los programas preventivos para reducir caídas deben atender tres áreas generales de actuación:

- la promoción de la práctica de actividad física, sobretodo la que trabaja el equilibrio, la fuerza y la coordinación
- convertir el hogar en un entorno seguro, eliminando los factores de riesgo ambientales que pueden provocar caídas
- prestar atención a factores individuales como son: la medicación, enfermedades, revisiones de audición y vista, uso de calzado adecuado, utilización correcta de dispositivos de apoyo (bastones, muletas, andadores).

Ya desde su diseño, los Talleres fueron concebidos como una intervención plurifactorial que actuara sobre estas tres áreas generales señaladas. Además, que su ámbito de intervención fuera el local del municipio o barrio (reforzando y beneficiándose también de las experiencias locales de creación de redes de salud y de otras intervenciones comunitarias que se están realizando en Euskadi) y que contara con la participación e intervención de recursos locales del Ayuntamiento, de Osakidetza y de Salud Pública para trabajar de manera colaborativa interinstitucional en la prevención de estos accidentes.



Los talleres de caídas nacieron como una experiencia innovadora en nuestro entorno, con una metodología definida (al menos como propuesta tal como se explica en el siguiente capítulo), pero

con un planteamiento abierto y flexible: tanto en lo referente a las circunstancias específicas que puedan darse en un municipio concreto, como a los cambios que se están produciendo y que se puedan producir en un futuro inmediato, en un campo que se está mostrando en estos tiempos especialmente dinámico.

Los Talleres de Caídas son una de las iniciativas recogidas por la EIPAHA (European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing) en el panel de prácticas innovadoras del Action Group A2 (Falls Prevention). https://ec.europa.eu/eip/ageing/commitments-tracker/a2/fall-prevention-workshops_en

Con estas premisas, el planteamiento inicial es que estos talleres tienen como población diana las personas mayores autónomas de más de 64 años de la Comunidad Autónoma del País Vasco. De inicio es lo más abierto posible, habida cuenta de que la población mayor no es muy accesible de una manera directa de cara a su reclutamiento para asistir a estos talleres y de que las circunstancias concretas del lugar van a determinar una mayor intervención y/o dinamización de los servicios municipales de deportes y/o de trabajadoras sociales y/o de profesionales sanitarios del Centro de Salud y/o de personas del movimiento asociativo de mayores...

12. METODOLOGÍA

Estos talleres tienen una orientación comunitaria y una metodología colaborativa interinstitucional, en la que el aspecto central es la creación de un equipo 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 AYUNTAMIENTO y/o Mancomunidad (Mayores, Servicios Sociales, Deportes...)
- personal sanitario del CENTRO DE SALUD DE OSAKIDETZA
- profesionales de Promoción de la Salud y Técnicas/os Comarcales de SALUD PÚBLICA

Este grupo es el responsable de la organización e impartición del taller, contando a menudo con la colaboración de los centros y Asociaciones de mayores de la localidad.

Estas tres instituciones son las llamadas a formar los Grupos Promotores de las Redes Locales de Salud, tal como se señala en la Guía Metodológica para el abordaje de la salud desde una perspectiva comunitaria editada recientemente desde nuestro Departamento

http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/guia-metodologia-esp.pdf

Esta Metodología Comunitaria trata de aportar una perspectiva de equidad, participación y fortalecimiento de la comunidad, otorgando un protagonismo importante a aquellos sectores no sanitarios (ayuntamientos), con la utilización de metodologías basadas en el conocimiento científico –para el análisis, priorización, intervención y evaluación- y reforzando y dinamizando los propios recursos/activos para la salud existentes a nivel local.

Esta coincidencia entre las tres instituciones protagonistas de las experiencias de salud comunitaria con los agentes intervinientes en estos talleres ha sido mutuamente beneficiosa como se comentará en las conclusiones finales.

Cronograma orientativo del Grupo de Trabajo local del Taller:

1ª FASE	2ª FASE	3ª FASE
<ul style="list-style-type: none"> - Primeros contactos - Propuesta de Intervención - Presentación del Programa provisional del taller <p>1ª Reunión: Presentación</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Creación del grupo de trabajo - Definición de contenidos y ponentes - Programa definitivo del taller <p>2ª Reunión: Concreción y organización</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Organización logística - Publicitación del taller - Taller - Evaluación <p>3ª Reunión: Evaluación</p>

Se establecen unas 3 reuniones. La primera sirve para presentar a las/los profesionales del Centro de Salud (a menudo aprovechando alguna de sus sesiones clínicas) y al Ayuntamiento (cuando no existe una red previa) presentando la iniciativa. En la segunda se concretan los contenidos, los ponentes, los tiempos, la convocatoria e inscripción... Tras la realización del taller se realiza la reunión de evaluación del taller con la valoración de las personas asistentes y la valoración de las/los profesionales intervinientes de cara a repetir la experiencia, aspectos de mejora, cambios a introducir, etc.

El taller consta de dos módulos (de hora y media - 2 horas de duración cada uno) que se imparten en dos días diferentes. El primer módulo tiene un carácter expositivo e informativo pero utilizando un lenguaje llano y comprensible teniendo en cuenta el auditorio, mientras que el segundo tiene una orientación práctica tal como se muestra en la siguiente propuesta de contenidos:

(De todos los temas a tratar en el taller se facilita en las reuniones previas a las/los profesionales intervinientes un dossier con documentación de apoyo, presentaciones PowerPoint y vídeos que pueden ser utilizados)

- **Módulo 1. 1ª Parte (Impartido por Salud Pública 20 minutos):**

- Epidemiología de las caídas en mayores: prevalencia y factores de riesgo.
- Las caídas no ocurren por casualidad o mala suerte, son prevenibles.
- Las consecuencias de las caídas van más allá de la lesión: generan discapacidad, dependencia, pérdida de autonomía y de calidad de vida.
- Las caídas suelen ocurrir en casa realizando actividades cotidianas.

- Principales riesgos en el hogar: el suelo, la iluminación, la cocina, el baño, dormitorio, sala de estar, zonas de paso, escaleras, las tareas de la casa.
- Principales riesgos en la calle y en el transporte público.
- **Módulo 1. 2ª Parte (Impartido por sanitarias/os Centro de Salud 20 minutos):**
 - El proceso de envejecimiento y su incidencia en las caídas de personas mayores: pérdida de vista y audición, desgaste huesos y articulaciones, pérdida de fuerza, agilidad y reflejos, alteraciones del sueño, de la circulación sanguínea...
 - Los beneficios de una alimentación saludable.
 - Importancia de las revisiones de salud: vista, oído, la medicación.
 - Importancia del calzado: cómo elegir el adecuado
 - Dispositivos de apoyo y su correcta utilización: bastones, muletas, andadores
- **Módulo 1. 3ª Parte (Deportes del Ayuntamiento 20 minutos):**
 - Los beneficios en salud de la actividad física: fisiológicos y psicológicos
 - Actividad física para prevenir caídas: fuerza, equilibrio y coordinación.
 - Recursos municipales disponibles para mayores: espacios exteriores naturales, itinerarios urbanos, paseos, parques bio-saludables, etc. Polideportivo: actividades libres, actividades dirigidas y/o específicas para mayores; otras instalaciones...
- **Módulo 1. 4ª Parte (Servicios Sociales Ayuntamiento 20 minutos):**
 - Atención social dirigida a mayores: recursos disponibles, teleasistencia...
- **Módulo 2. Taller/es práctico/s:**
 - Identificar, a través de imágenes, diferentes situaciones de riesgo de caídas en casa y los cambios concretos a realizar para prevenirlas. (Salud Pública)
 - Aprendizaje y práctica de una correcta higiene postural: cómo sentarse y levantarse, acostarse y levantarse de la cama, subir y bajar escaleras, tareas domésticas, mover pesos, el carro de la compra...(Deportes y/o Sanitarios)
 - Aprendizaje y práctica de unos ejercicios sencillos para trabajar la fuerza, el equilibrio y la coordinación. (Deportes)
 - Aprendizaje y práctica de los pasos a dar para levantarse tras una caída (Deportes y/o Sanitarias).

Recursos materiales:

Salón de actos/conferencias/aula.

Ordenador, cañón y altavoces para la proyección de los PowerPoint y visionado de vídeos.

Dependencia/s (sala, aula) deportiva/s para el práctico, colchonetas, material deportivo básico.

Instrumentos de apoyo: hoja de inscripción, hoja de evaluación, tríptico, carteles de difusión, notas informativas (ANEXO 4).

Guía con consejos para prevenir las caídas para repartir entre personas asistentes:

http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/noticia/nosk_caidaspersonasmayores/es_def/adjuntos/guiaMayoresEs.pdf

13. EVALUACIÓN

• INDICADORES.

Indicadores cuantitativos:

- Nº de talleres realizados.
- Nº de municipios y/o barrios en los que se han impartido. Cobertura
- Nº de profesionales intervinientes:
 - Osakidetza
 - Ayuntamiento y otras Entidades Locales
 - Promoción de la Salud y Técnicas/cos Comarcales de SALUD PUBLICA
 - Otras personas colaboradoras (Centros de mayores, Movimiento Asociativo)
- Nº de personas mayores asistentes
- Perfil de las personas mayores asistentes: sexo, edad, vive sola/solo, polimedicación
- Porcentaje de personas con caída previa en 12 meses anteriores (Anexo 3)
- Motivación/conocimiento previo ante las situaciones y factores de riesgo de caídas
- Tras el taller, porcentaje de asistentes que conocen los riesgos de caídas y qué medidas pueden tomar para prevenirlos (Anexo 3)
- Porcentaje de asistentes que señala, al menos, tres medidas para evitar riesgos
- Porcentaje de asistentes que queda satisfecho con los/las profesionales que los imparten.

Transcurridos 12 meses del taller (Anexo 3):

- Porcentaje de personas con caída en los 12 meses posteriores
- Porcentaje de personas que han aumentado, han mantenido en un nivel similar y que han disminuido la práctica de actividad física
- Porcentajes de las modalidades más habituales de práctica de actividad física
- Porcentaje de personas que han introducido modificaciones en el hogar/entorno cercano para hacerlo más seguro
- Porcentajes de las principales modificaciones introducidas en el hogar
- Porcentaje de asistentes que ponen mayor atención a los cuidados personales que se relacionan con las caídas:
 - Utilización de calzado adecuado

- Utilización de dispositivos de ayuda
- Revisiones médicas: vista, oído, medicación

• RESULTADOS.

Desde los pilotajes (marzo de 2014) hasta 30 de junio de 2017:

- Se han realizado más de 129 talleres.
- Se han desarrollado en un total de 99 municipios y/o barrios.
- La asistencia total: más de 5.500 personas mayores
- Perfil demográfico de las personas mayores asistentes:
 - El 90% son mujeres
 - La mitad con edades entre 70 y 80 años
 - Un 37% toma diariamente 4 o más medicamentos diferentes
 - Un 38% vive sola/solo
- Motivación previa ante caídas:
 - Entre 35-40% dicen haberse caído al menos una vez en el último año
 - Manifiestan cierto desconocimiento previo ante las situaciones y factores de riesgo que pueden tener como consecuencia una caída (55-60%)
- Aprovechamiento de los contenidos e informaciones y valoración de los talleres y de quienes los imparten:
 - Al 100% el taller le ha servido para conocer los riesgos de caídas y para saber qué medidas puede tomar para prevenirlos
 - El 95% señala, al menos, tres medidas para evitar situaciones de riesgo
 - El 100% queda satisfecho con los/las profesionales que los imparten.

Un aspecto muy importante es que en el desarrollo de estos talleres (organización, impartición...) han participado unos 375 profesionales:

- 205 de Osakidetza: sobre todo de medicina y enfermería de AP; pero también fisioterapeutas, rehabilitadores, gestión sanitaria
- 146 del ámbito local: sobre todo del área deportiva y de los servicios sociales; pero también técnicos de prevención, Agenda 21, Cultura...
- 24 Técnicas/os de Salud Pública de nuestra red comarcal
- Además, 63 personas del ámbito asociativo de mayores
- Las instituciones participantes y las/los profesionales también han valorado positivamente estos talleres:
 - Se plantean dar continuidad a los talleres introduciendo, en su caso, aspectos de mejora. La frecuencia de esa continuidad va a depender del volumen de población

y de la disponibilidad de las/los técnicos y asumiendo que realizado el primer taller es mucho más sencillo su repetición.

- Las/los trabajadores de ámbito local (sobre todo) valoran muy positivamente el trabajar de manera colaborativa en red con otros profesionales y que Salud Pública además de inductor de esta iniciativa continúe trabajando y participando posteriormente
- En algún caso han incorporado a su práctica contenidos preventivos y han puesto en marcha, en su ámbito particular, otras acciones relacionadas con la prevención de las caídas.

En cuanto a la valoración de la eficacia preventiva del taller, por el momento, solamente tenemos resultados parciales (139 cuestionarios respondidos de 3 municipios), pero que parecen prometedores. Tras haber transcurrido 12 meses desde su realización, las respuestas obtenidas nos están aportando informaciones basadas en el recuerdo de lo ocurrido en el año anterior, pero que nos pueden acercar a conocer si se han reducido las caídas o se han puesto en práctica algunas de las medidas preventivas comentadas en el taller. En lo relativo a la incidencia, nos van a posibilitar establecer una comparativa entre este dato (un año después de celebrado el taller) con el dato del cuestionario de inscripción previo al taller de si habían sufrido caídas en los 12 meses anteriores.

Los resultados más reseñables:

- Tras la realización del taller ha disminuido un 10% el porcentaje de personas que ha tenido caídas. Este porcentaje ha pasado de un 32% con caída previa a un 22% con caída posterior
- Un porcentaje muy alto (77%) de mayores asistentes al taller ha introducido alguna modificación en su hogar para reducir el riesgo de caídas. Las principales:
 - Poner cuidado al acostarse y/o levantarse de la cama (48%)
 - Poner cuidado al subir y bajar escaleras (44%)
 - Quitar alfombras y/o ponerles antideslizantes (32%)
 - No subirse a sillas, banquetas, taburetes...(32%)
 - Tener precaución (no pisar) suelos mojados (32%)
 - Tener orden y a mano los objetos de más uso (32%)
 - No andar con prisas y poner atención al caminar ((27%)
 - Tener una iluminación adecuada (19%)
 - Evitar resbalones en el baño (cambiar por ducha, barras, antideslizantes) (18%)
 - Poner cuidado postural en las tareas domésticas (limpieza) (16%)
 - Mantener las zonas de paso libres, sin objetos en el suelo (10%)



- En lo referente a práctica de actividad física, importantísima para prevenir caídas, fragilidad y mantener la capacidad funcional:
 - Un 17% manifiesta practicar más actividad que antes del taller
 - El 71% practica la misma o parecida actividad física
 - Un 12% dice practicarla menos que con anterioridad, aunque la motivan por dolencias o enfermedades agudizadas o cuidado de otra persona mayor
 - En cuanto a la actividad física que se suele realizar habitualmente:
 - Caminar 71%
 - Gimnasia (en casa y/o dirigida en instalaciones y/o parques biosaludables) 55%
 - En tercer lugar, con un 10% aproximadamente: piscina, baile y yoga/taichí
- Por último, medidas puestas en marcha para evitar caídas en cuidados personales:
 - Un 58% señala la utilización de calzado adecuado
 - Un 18% la utilización de dispositivos de apoyo (bastón, muleta, andador)
 - Revisiones médicas:
 - Un 42% revisión de vista
 - Un 22% revisión de oído
 - Un 32% revisión de medicación

14. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

La naturaleza plurifactorial de las caídas hace difícil trabajar en su prevención a no ser que se haga desde diferentes ámbitos, de forma colaborativa y de una manera continuada y sostenible en el tiempo. Pero al mismo tiempo abren muchas posibilidades de intervenciones diferentes y de aprovechar el hecho de que las caídas preocupan a las personas mayores. Son una amenaza real para su autonomía y calidad de vida y por ello muestran cierta receptividad a realizar cambios que ayuden a evitarlas. Esto es algo a tener muy en cuenta porque no es un grupo muy proclive a incorporar cambios.

En el marco de la potenciación de la Salud Comunitaria:

1. Estos talleres han servido para identificar, visibilizar y relacionar activos locales en salud que carecían de conocimiento mutuo a pesar de trabajar en vecindad
2. Se han beneficiado de otras experiencias de trabajo en red existentes (
3. Facilitar la formación de nuevas redes locales

En el ámbito sanitario:

1. Han surgido dos iniciativas Bottom-Up en Contratos-Programa 2017 de Atención Primaria para la realización de talleres en los Centros de Salud de dos OSI (Organización Sanitaria Integrada)
2. Han dado impulso a la elaboración de un nuevo Protocolo Integral para la Prevención de Caídas en Osakidetza que incluye una valoración en Atención Primaria del riesgo de caída en mayores de 64 años y una intervención para su prevención. Su puesta en marcha a lo largo de 2017.

En el ámbito de lo local:

1. Han dado mayor trascendencia y visibilidad social al problema de las caídas en personas mayores. A esto ha contribuido una importante presencia en medios de comunicación:
 - Una veintena de reportajes y entrevistas en prensa escrita, programas radiofónicos, Televisiones locales: <https://www.youtube.com/watch?v=pNnT7N97dkw>
 - Múltiples informaciones en prensa escrita y agencias a partir de las diferentes notas de prensa que el Departamento ha ido elaborando en estos tres años (ANEXO 4).
 - Innumerables también las reseñas aparecidas en Webs y periódicos o revistas de ámbito municipal o local a partir de las hojas informativas (ANEXO 4).
2. En algunos municipios, han favorecido un aumento de la oferta de práctica de Actividad Física dirigida a personas mayores: quedadas para caminar, adecuación de rutas, dinamización de parques bio-saludables, baile...

Gracias a todo ello se ha podido trascender del carácter de intervención puntual que puede tener un taller de dos días, para dejar un efecto algo más difuso pero también más perdurable.

En definitiva, creemos que ha merecido la pena el esfuerzo, aunque sea incómodo aprender sobre la marcha. Además de los cambios que se están produciendo en el ámbito sanitario, es probable también que, a corto plazo, se abran nuevas perspectivas en relación al envejecimiento activo: iniciativas que llegan desde Europa, mayor protagonismo de las instituciones locales, del tercer y cuarto sector y que esto se traduzca en oportunidades de que desde la Salud Pública se pueda tener mayor presencia en este territorio.

MEMORIA Experiencia Candidata

Este documento tendrá como máximo una extensión de **15 páginas**. En su totalidad, se utilizará letra **Arial tamaño 11 con interlineado de 1,5**.

.....

1. ESTRATEGIA A LA QUE SE PRESENTA

Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS.

2. TÍTULO DE LA EXPERIENCIA

Reorientación de las ayudas para la creación de caminos escolares hacia procesos comunitarios participativos

Enlace a sitio web (si procede): <http://www.euskadi.eus/informacion/caminos-escolares/web01-a3infan/es/>

3. DATOS DE LA ENTIDAD Y PERSONA RESPONSABLE

- **CCAA:** PAÍS VASCO
- **Nombre de la entidad:** Dirección de Salud Pública y Adicciones
- **Domicilio social (incluido Código Postal):** Donostia-San Sebastián, 1
01010 Vitoria-Gasteiz.
- **Persona titular de la Dirección o Gerencia de la entidad responsable.** *En caso de ser calificada finalmente como Buena Práctica, se le comunicará también formalmente, además de a la persona técnica responsable del equipo que presenta la candidatura:*
 - Nombre y apellidos: Miren Dorronsoro Iraeta
 - E-mail: m-dorronsoro@euskadi.eus
 - Teléfonos: 945019201
- **Datos de contacto de la persona técnica responsable de la candidatura¹:**
 - Nombre y apellidos: AITZIBER BENITO PEREZ DE MENDIOLA
 - E-mail: a-benito@euskadi.eus
 - Teléfonos: 945019166

4. DATOS DEL RESTO DEL EQUIPO RESPONSABLE DE LA CANDIDATURA

Nombre y apellidos	E-mail	Teléfono	Puesto de trabajo	Entidad
Inmaculada Aspiritxaga Gamarra	eps3bi-san@euskadi.eus	945131548	Técnica de Promoción de la Salud	Subdirección de Salud Pública de Bizkaia. Gobierno

¹ Aquella persona de contacto que hará de interlocutora con el MSSSI y proporcionará más información técnica acerca de la intervención/experiencia presentada como candidatura a BBPP en caso de ser necesario.



				Vasco
Zaloa Gorostizaga Ugarte	z-gorostizaga@euskadi.eus	94517140	Técnica de Promoción de la Salud	Subdirección de Salud Pública de Álava. Gobierno Vasco
Arantza Uranga Fraiz	edu1ss-san@euskadi.eus	94522708	Técnica de Promoción de la Salud	Subdirección Salud Pública de Gipuzkoa. Gobierno Vasco
Beatriz Nuin Gonzalez	bnuin@euskadi.eus	945019226	Técnica de Promoción de la Salud	Dirección de Salud Pública y Adicciones. Gobierno Vasco



5. ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

Marcar con una X donde corresponda.

	Estatal
X	Comunidad Autónoma
	Provincial
	Municipal
	Área de Salud (sector, distrito, comarca, departamento...)
	Zona básica de salud
	Otro (especificar):

6. PERÍODO DE DESARROLLO

- Fecha de inicio: 1/9/2014
- Actualmente en activo:
- Prevista su finalización: Finalizado 31/8/2016

7. LÍNEA DE ACTUACIÓN

Marcar con un X la línea de actuación de la Estrategia en la que se considera que está enmarcada esta experiencia.

Línea de actuación	Intervención en población sana sobre factores de riesgo de enfermedades no transmisibles (prioritariamente: tabaco, actividad física y consumo de riesgo de alcohol), en los entornos y poblaciones priorizadas en la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS.	X
	Detección precoz e intervención sobre fragilidad y caídas en la población mayor.	
	Intervención para promover la salud y el bienestar emocional en la población infantil / programa de parentalidad positiva.	

8. ENTORNO DE ACTUACIÓN

Marcar con un X el entorno/s en que se desarrolla esta experiencia.

Línea de actuación	Entorno sanitario / Sistema de Salud.	
	Entorno comunitario/ local	x
	Otros entornos (especificar: educativo, deportes, etc.)	educativo

9. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Que justificó la realización de la experiencia. La **Guía de Ayuda para la Cumplimentación de la Memoria** será de gran ayuda para orientar qué tipo de información será especialmente relevante en este apartado además de los datos propios del análisis (ejemplo: información sobre sistemática general de búsqueda de la evidencia científica que lo sustentó, datos desagregados por sexo, datos de estructura, organización, etc.).

Uno de los objetivos del Plan de Salud 2013-2020¹ es promover la práctica de actividad física y prevenir el sedentarismo en la población siguiendo las pautas y estrategias definidas en el proyecto de impulso de la actividad física en Euskadi MUGIMENT², proyecto coordinado entre la Dirección de Salud Pública y La Dirección de Deportes del Gobierno Vasco. Una de sus estrategias clave, MUGIKASI, cuyo objetivo consiste en incrementar el tiempo de AF y prevenir el sedentarismo en los centros escolares, incluye entre las acciones propuestas el impulsar la creación de caminos escolares en centros docentes de la CAPV.

Los proyectos de camino escolar son iniciativas dirigidas a que el alumnado pueda moverse con seguridad y autonomía por las calles y recupere el uso y disfrute del espacio público^{3,4}. Así mismo, la promoción de la movilidad activa en el entorno escolar tiene el potencial de convertirse en un instrumento eficaz para aumentar el grado de concienciación, desde edades tempranas, sobre la importancia de la actividad física beneficiosa para la salud.

Las Asociaciones de Madres y Padres de Alumnos/as (AMPAs) y las Cooperativas de Enseñanza de centros docentes no universitarios de la Comunidad Autónoma de Euskadi tienen entre sus objetivos contribuir a la puesta en práctica de actividades educativas complementarias para alumnos y alumnas⁵, pudiendo así llevar a cabo proyectos de desarrollo de caminos escolares que permita al alumnado un desplazamiento activo al centro.

Por todo ello, en el 2014, el Departamento de Salud inició una convocatoria anual de ayudas para el diseño, creación y dinamización de estos caminos, dirigidas a las Asociaciones de Madres y Padres de Alumnos y Alumnas (AMPAs) y a las Cooperativas de Enseñanza titulares de centros docentes de enseñanza no universitaria de Euskadi⁶. Dentro de las Actuaciones objeto de subvención se incluyen:

- Actuaciones orientadas a la promoción de estilos de vida activos en la población escolar
- Actuaciones orientadas a aprovechar las oportunidades que ofrecen los espacios urbanos para un desplazamiento activo y seguro al centro escolar.
- Actuaciones orientadas a la promoción de la movilidad activa en los desplazamientos de la población escolar bien sea a pie, en bicicleta o en patín.

Sin embargo, la promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de las personas, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. Una de las áreas prioritarias de actuación para promover la salud es el refuerzo de la acción comunitaria⁷.

Los procesos comunitarios en salud hacen referencia a la capacidad que tienen para incidir en la salud de la población, los agentes sociales, sanitarios, educativos, municipales o asociativos que actúan en un determinado entorno. Buscan abordar los determinantes de la salud de una comunidad definida, es decir, los factores de carácter comunitario que influyen en la salud, mediante mecanismos de participación comunitaria de todos estos agentes⁸.

El modelo de trabajo a seguir en un proceso comunitario es buscar espacios de encuentro que propicien el trabajo en red a nivel local, lo que significa crear alianzas, sinergias entre diferentes agentes que ya operan en el territorio, para establecer objetivos compartidos y actuar de forma colaborativa para alcanzarlos, de forma que se consiga un mayor y mejor aprovechamiento de los recursos.

Este modelo de trabajo permite analizar los problemas desde ópticas diferentes y obtener un mejor diagnóstico y unas soluciones más eficientes, por lo que entendemos que es el modelo a seguir en todas aquellas intervenciones que se lleven a cabo desde el área de promoción de la salud.

En los grupos de trabajo intersectoriales, formados por las AMPAs que se coordinaban con otros sectores comunitarios como el profesorado, ayuntamiento o asociaciones del barrio, y creados para el diseño de caminos escolares, la ciudadanía no participaba de forma activa y se limitaba a ser beneficiaria pasiva de las intervenciones.

Un nuevo reto sería potenciar el valor que ya tienen estas intervenciones dándoles una orientación comunitaria. Para ello, se buscaría la implicación de la ciudadanía y se reflexionaría sobre qué otros agentes de la comunidad podrían participar en las diferentes fases de la intervención (diseño, desarrollo y evaluación). De esta forma, estaríamos en el inicio de una verdadera dinámica comunitaria.

1. Gobierno Vasco. Plan de Salud de Euskadi. 2014.

http://www.euskadi.eus/contenidos/plan_gubernamental/xleg_plangub_13/es_plang_13/adjuntos/Plan_salud_2013_2020%20cast.pdf

2. Gobierno Vasco. Proyecto MUGIMENT, proyecto para crear una sociedad más activa 2013-20120. http://mugiment.eus/wp-content/uploads/2015/12/Mugiment_proyecto.pdf

3. Salís canosa I. y Román Ribas M. Camino escolar, pasos hacia la autonomía infantil. 2011. FEMP, Red Española de Ciudades por el clima, Ministerio de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino y Ministerio de Fomento.
4. Freire H. La autonomía infantil y la mirada adulta. 2010. Ponencia del VI encuentro de la Ciudad y los niños. Papeles de acción educativa.
5. UFEPA (Unión de Federaciones de Asociaciones de Padres y Madres de Alumnos de Enseñanza Libre de Euskadi). Manual de funcionamiento de una AMPA.
6. Departamento de Salud. Gobierno Vasco. Ayudas para el desarrollo de acciones orientadas a promocionar la movilidad activa entre el alumnado de la Comunidad Autónoma del País Vasco. 2017.
http://www.euskadi.eus/ayuda_subvencion/2017/movilidad-activa/web01-s2osa/es/
7. Carta de Ottawa. Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de Salud. Ottawa: 1986. <http://goo.gl/TycVqz>
8. Grupo de trabajo de Salud Comunitaria. Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Guía metodológica para el abordaje de la salud desde una perspectiva comunitaria. 2016. http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/salud_comunitaria/es_def/adjuntos/guia-metodologia-esp.pdf

10. OBJETIVOS

En este apartado debe cumplimentar el objetivo principal y en su caso objetivos específicos de la experiencia. Deben estar claramente definidos, acordes con la experiencia que se desarrolla y ser concisos. Estos objetivos deben presentar correlación clara con los resultados e indicadores que se cumplimenten en el apartado de evaluación.

OBJETIVO PRINCIPAL

- Analizar el papel de los caminos escolares como oportunidad para la creación de procesos comunitarios en el municipio.

OBJETIVOS SECUNDARIOS

- Promover la coordinación y la participación comunitaria en salud entre diferentes agentes a nivel local.
- Impulsar la autonomía de la comunidad en la gestión de su salud, reforzando la creatividad y la autogestión.
- Mejorar la calidad de las relaciones entre las personas y grupos protagonistas del proceso.
- Facilitar la integración en los procesos comunitarios de personas, grupos y colectivos con necesidades especiales.

11. CONTEXTO Y POBLACIÓN DIANA

Se explicitará el ámbito específico al que se refiere y se dirige la experiencia y su alcance (territorial, sectorial, asistencial, etc.), así como la población diana (población general, profesionales, servicios sanitarios, etc.) objeto de la experiencia.

El ámbito que abarca la experiencia engloba al total de la Comunidad Autónoma del País Vasco, ámbito al que se dirige la orden de ayudas para el desarrollo de caminos escolares. La población diana corresponde al conjunto de la comunidad donde está localizado el centro escolar solicitante de la ayuda, ya que, aunque la solicitud de las ayudas es presentada por el AMPA o cooperativa de enseñanza del centro escolar, se potencia que estas entidades formen un grupo intersectorial participativo con otros protagonistas tanto del propio sector educativo (alumnado, profesorado y otras personas trabajadoras del centro) como de otros sectores de la comunidad: ayuntamiento (con sus diferentes competencias; deportes, transporte, seguridad, cultura, etc.) gobierno foral (bienestar social, cultura y deporte, transporte, etc.), asociaciones formales, asociaciones informales del barrio y la propia ciudadanía de forma individual.

12. METODOLOGÍA

En este apartado se valorará especialmente la claridad con que se expone y la sistemática de la misma, así como el hecho de aportar y poner a disposición -cuando proceda- los instrumentos o herramientas utilizados para llevar a cabo la experiencia a la que se refiere. Si la metodología y/o instrumentos utilizados se encuentran disponibles en alguna página Web institucional (nacional o internacional) será preciso referenciarla en este apartado, aunque luego figure en la bibliografía.

Para la reorientación de las intervenciones de desarrollo de caminos escolares hacia procesos comunitarios participativos se introdujeron los siguientes criterios específicos de ponderación en la orden de ayudas para el desarrollo de caminos escolares.

- **Coordinación con organizaciones del municipio.** Buscando fomentar la colaboración entre los diferentes sectores implicados, tanto socio-sanitarios (Salud Pública, Servicios Sanitarios y Servicios Sociales del municipio) como de otros sectores: como el propio sector educativo, la entidad de gobierno local, asociaciones locales formales o informales, la propia ciudadanía, etc.
- **Utilización de metodologías participativas.** De tal forma que la comunidad sea parte activa y protagonista de todo el proceso comunitario en todas sus fases, desde el diseño y análisis de situación hasta su puesta en marcha y evaluación.
- **Atención especial a las desigualdades socioeconómicas y de género** incluyendo una perspectiva de los determinantes sociales de la salud.

De esta forma, el artículo 11, “Criterios de valoración de las solicitudes”, de la orden por la que se convocan ayudas dirigidas a Asociaciones y Cooperativas de enseñanza, para el desarrollo de acciones orientadas a promocionar la movilidad activa entre el alumnado de la Comunidad Autónoma del País Vasco⁶, quedó redactada de la siguiente forma:

1.– La adjudicación de las subvenciones se realizará en base a los criterios que se establecen a continuación y con la ponderación que en cada caso se determina:

a) Calidad técnica del diseño (hasta 35 puntos).

- 1) Justificación de la actividad propuesta que identifica y describe la situación sobre la que pretende incidir: hasta 5 puntos.*
- 2) Objetivos concretos y en relación con el objeto de la Orden: hasta 10 puntos.*
- 3) Descripción de las diversas fases del desarrollo de la actividad: hasta 10 puntos.*
- 4) Propuesta de evaluación de la actividad: hasta 10 puntos.*

b) Coordinación con organizaciones tanto del propio centro como del municipio confirmando su implicación en el proyecto (hasta 20 puntos).

- 1) Claustro de profesorado: hasta 5 puntos.***
- 2) Asociaciones de alumnado: hasta 5 puntos.***
- 3) Ayuntamiento: hasta 5 puntos.***
- 4) Asociaciones vecinales u otras: hasta 5 puntos.***

c) Número de personas destinatarias de la actuación en relación al alumnado total del centro:

Hasta 15 puntos.

- 1) 5-25%: 5 puntos.*
- 2) 25-50%: 10 puntos.*

3) 50-100%: 15 puntos.

d) *Incorporación en los programas formativos del centro de contenidos transversales en relación con la movilidad activa (conductas saludables, sostenibles y seguras): hasta 10 puntos.*

e) Atención especial a las desigualdades socioeconómicas y de género: hasta 10 puntos.

f) Desarrollo de metodologías participativas (alumnado y/o el profesorado) en el proyecto: hasta 10 puntos.

1) En la fase de diseño del proyecto: 3 puntos.

2) En la fase de elaboración; análisis de movilidad, elaboración de mapas de itinerarios, identificación de problemas de desplazamiento activo, etc.: 5 puntos.

3) En la fase de evaluación del proyecto: 2 puntos.

Paralelamente, el personal Técnico de Promoción de la Salud de la Dirección y Subdirecciones de Salud Pública y Adicciones y el personal Técnico de Salud Pública de las diferentes Comarcas de Salud se han encargado de:

- Informar a las AMPAs y cooperativas de enseñanza de los diferentes territorios y localidades sobre los cambios introducidos en la orden de ayudas.
- Facilitar el contacto del centro escolar con representantes de las instituciones locales y con profesionales del centro sanitario que les corresponde.
- Acompañar, al grupo promotor intersectorial creado, en el proceso de diseño de las intervenciones para el desarrollo de caminos escolares.
- Participar en los grupos comunitarios surgidos en el proceso, aportando sus conocimientos técnicos:
 - Los indicadores de salud de la comunidad
 - La importancia de los determinantes sociales de la salud y el enfoque de salud en todas las políticas
 - La importancia de la participación de las personas como forma de potenciar su poder de decisión y capacidad de control y lograr así una mayor autonomía y responsabilidad en la gestión de lo sanitario y social.
 - La importancia de la búsqueda de nuevas necesidades de y por la propia comunidad y de los bienes y fortalezas de la comunidad (activos) que respondan a esas necesidades.

13. EVALUACIÓN

• INDICADORES.

Se pondrá especial atención en indicar explícitamente y de forma clara cuales han sido los indicadores empleados para la evaluación de la experiencia que se presenta, concretando fuentes utilizadas para su obtención, fórmula cuando proceda, etc. En caso de evaluación cualitativa, indicar agentes/actores, ejes de análisis, etc.

Para el diseño de los criterios de evaluación se recogieron y adaptaron los criterios de evaluación de intervenciones y procesos comunitarios descritos en la “Guía metodológica para el abordaje de la salud desde una perspectiva comunitaria”⁸ del País Vasco. Se definieron, por un lado, criterios para la evaluación de la intervención de desarrollo de un camino escolar y por otro lado, criterios para la evaluación del proceso comunitario derivado de dicha intervención, quedando finalmente definidos de la siguiente forma:

Criterios de valoración para las ayudas a caminos escolares:

A. Evaluación de la intervención:

1. Seguimiento del plan de acción:
 - *Porcentaje de cumplimiento del proyecto solicitado.*
2. Resultado de las intervenciones:
 - *Alumnado diana.*
 - *Nº de alumnado que acude a pie antes de la intervención/nº de alumnado que acude a pie después de la intervención.*
 - *Actividades educativas desarrolladas en las aulas o en la calle.*
 - *Implicación del alumnado, profesorado, personas/asociaciones del barrio.*
 - *Cambios físicos en el entorno.*
3. Calidad de las intervenciones
 - Valorar si las ayudas han llegado a las personas que más lo necesitan:
 - *ÍNDICE DE PRIVACIÓN del entorno escolar.*
 - *Colegio público o privado/concertado.*
 - *Integración de diferentes colectivos: Se han tenido en cuenta género (niñas), país de origen (extranjero), estatus socio-económico (bajo), etc. del alumnado al que se ha conseguido llegar con la iniciativa.*
 - *Grado de Implicación institucional.*
 - *El alumnado diana ha sido protagonista del proyecto.*
 - *Desarrollo de habilidades para aumentar la seguridad u autonomía percibida de actores principales.*
 - *Cambios en las personas y en el entorno que apoyan la salud (aumento de la seguridad percibida, disminución número de coches, etc.).*



B. Evaluación del proceso comunitario

1. Grado de autonomía de la comunidad.

- *El ayuntamiento ha solicitado ayudas paralelas para la promoción de la actividad física relacionadas con el desarrollo del camino escolar.*
- *Ha surgido un grupo comunitario derivado de esta intervención o la intervención ha partido de un proceso comunitario ya establecido.*
- *Se han generado posteriormente nuevas iniciativas desde este grupo comunitario.*

2. Calidad de las relaciones entre protagonistas del proceso.

- *La relación entre las diferentes entidades protagonistas del proceso es estable (perspectiva de continuidad en el tiempo).*
- *Se ha transmitido a la comunidad el proyecto/intervención.*

3. Capacidad de integrar diferentes colectivos

- *Participación de diferentes entidades en el proyecto (oficiales, sociales, etc.).*
- *Implicación de diferentes grupos sociales en la iniciativa.*

• RESULTADOS.

Además de los datos correspondientes se aportarán gráficos o tablas que faciliten su visualización e interpretación.

Se realizó la evaluación de dos convocatorias de ayudas otorgadas durante los cursos escolares 2015-2016 y 2016-2017. La dotación presupuestaria en ambas convocatorias fue de 94.000€, subvencionándose un total de 52 proyectos en la convocatoria de 2015/16 y 29 proyectos en la de 2016/17.

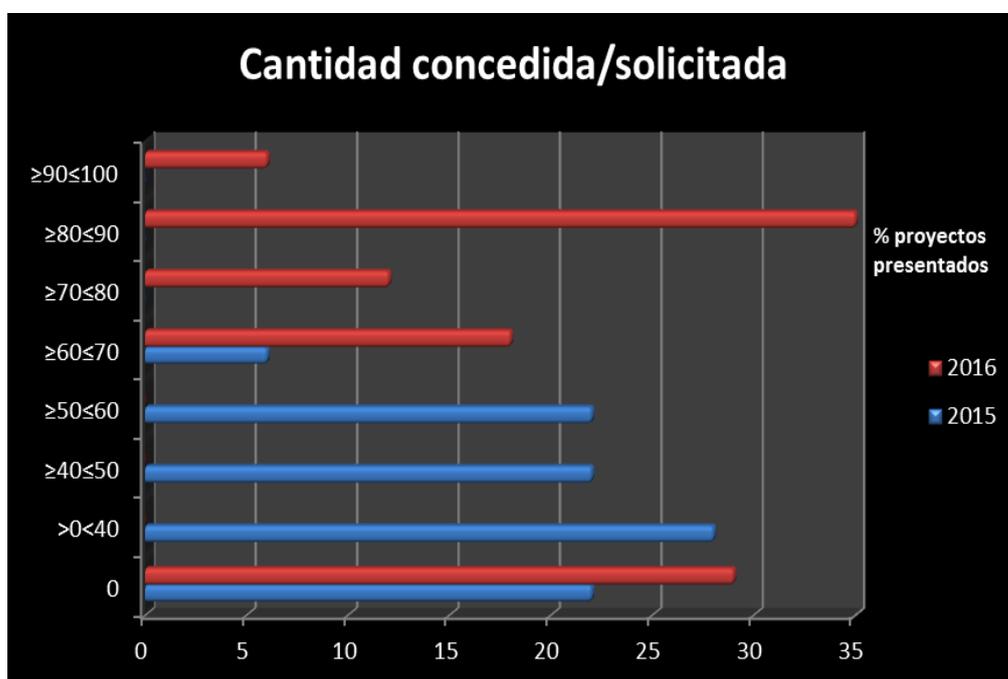
RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

1. Seguimiento del plan de acción:

- Cantidad concedida respecto cantidad solicitada, en función del porcentaje de cumplimiento del proyecto presentado:



En la convocatoria 2015/16 el criterio establecido a la hora de conceder las ayudas fue repartir el dinero existente entre las solicitudes que obtuvieran un mínimo de puntuación establecida. Con ello, se concedieron ayudas a un gran número de proyectos, pero con cantidades mucho menores a las solicitadas. El 94% de los proyectos recibió menos del 60% del presupuesto solicitado. En la convocatoria 2016/17 el criterio establecido a la hora de conceder las ayudas fue facilitar a las asociaciones el desarrollo íntegro del proyecto, por lo que se priorizó conceder mayor cantidad de dinero a menor número de asociaciones. Este objetivo se ve reflejado en los resultados, ya que, tal y como se ve reflejado en el gráfico, al 100% de los proyectos aprobados se les concedió entre el 60 y el 100% del presupuesto solicitado.



Con ello, en 2016 se han denegado ayudas a un mayor porcentaje de proyectos (a un 29% frente al 22% de 2015) pero a los proyectos a los que se les concedieron ayudas, la cantidad concedida a cada uno fue mayor (entre el 60% y el 100% de lo solicitado) que en el 2015 (entre el 26% y el 60%) del presupuesto solicitado.

2. Resultado de las intervenciones:

- Aumento del alumnado activo tras la ejecución del proyecto:
En la convocatoria 2015/16 tan sólo en el 39% de los proyectos se indica que aumentó el número de alumnado activo tras la ejecución del proyecto. En el resto de casos (61%) se desconocía este dato. En la convocatoria 2016/17 este porcentaje se redujo al 35% de los proyectos.



- Indicadores de actividades educativas desarrolladas en las aulas o en la calle, implicación del alumnado, profesorado, personas/asociaciones del barrio y cambios físicos en el entorno.

En ambas convocatorias se observa un alto porcentaje de proyectos presentados que contemplan estos indicadores de resultados, recogiendo principalmente actividades educativas dirigidas al alumnado (83% en la primera convocatoria y 76% en la segunda) y reflejándose una alta implicación de los diferentes protagonistas del entorno; escolar, municipal, de barrio, etc. (78%/88%). Los cambios físicos en el entorno (67%/76%) consistieron principalmente en creación de facilitadores para el desplazamiento en bicicleta o monopatín.

3. Calidad de las intervenciones

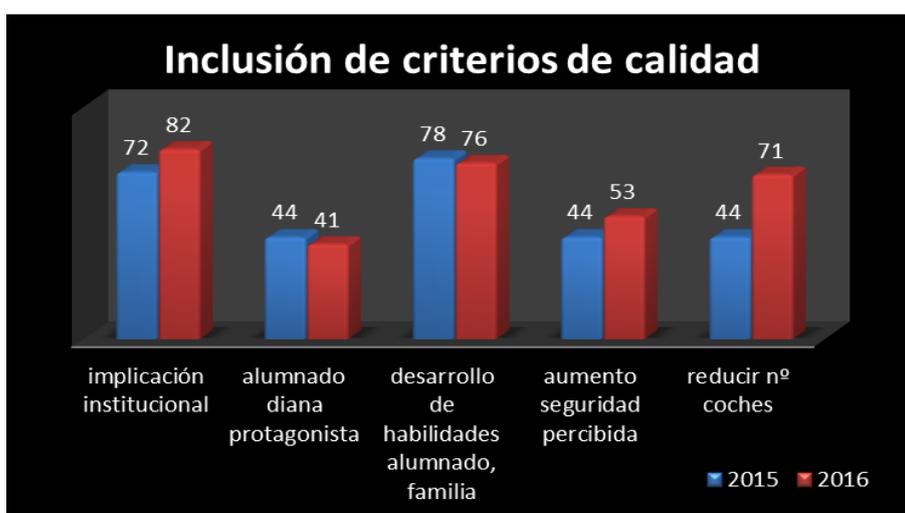
- Tipo de centros que solicitan ayudas; público o concertado

En la convocatoria 2016 han disminuido el número de centros públicos que han solicitado la ayuda y aumentado el número de centros concertados.

- Integración de colectivos desfavorecidos.

A la hora de establecer el alumnado diana, el número de proyectos presentados en 2016 que han tenido en cuenta a colectivos más desfavorecidos en cuanto a género, país de origen, estatus socioeconómico, etc., ha disminuido a un 6% frente al 17 % de 2015, porcentaje también muy pequeño.

- Inclusión de otros criterios de calidad en la evaluación de las intervenciones



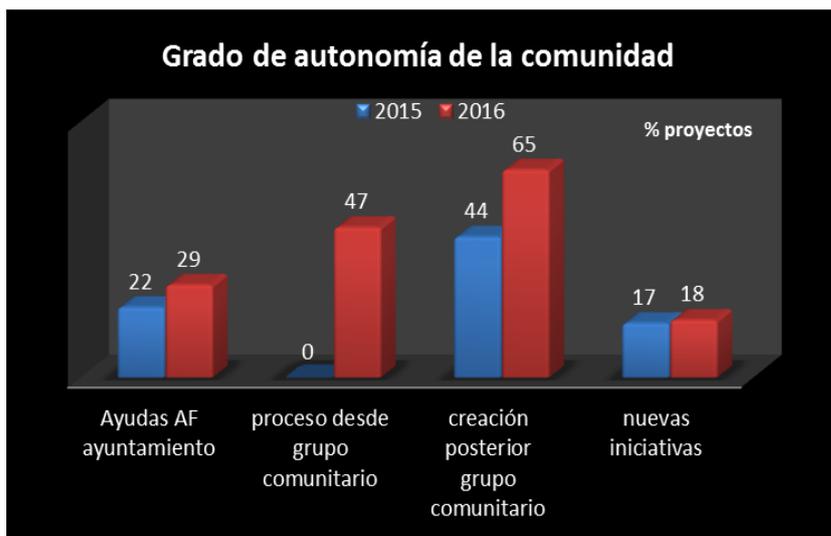
En la convocatoria de 2016 ha mejorado significativamente la disminución del número de coches (de un 44% a un 71%) y en menor medida el aumento de la seguridad percibida (de un 44% a 53%) y el grado de implicación institucional (de un 72% a un 82%). El desarrollo de

habilidades en el alumnado y en la familia disminuye algo, sin bajar del 76%. Sin embargo, el trabajar con el alumnado como protagonista de todo el proceso se mantiene en cifras bajas (44%-41%).

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL PROCESO COMUNITARIO

1. Grado de autonomía de la comunidad

En la última convocatoria se observa un aumento del número de ayuntamientos de los municipios al que pertenece el centro escolar que han solicitado ayudas paralelas para el fomento de la actividad física relacionadas con el desarrollo de la movilidad activa en el entorno escolar (7% más). También hay mayor número de proyectos presentados desde un grupo comunitario establecido y de proyectos cuya elaboración ha derivado en la creación de un nuevo proceso comunitario. Se mantiene el número de nuevas iniciativas posteriores desarrolladas tras el camino escolar por estos grupos comunitarios.



2. Calidad de las relaciones entre protagonistas del proceso

Se observa un aumento del porcentaje de proyectos que mantienen unas relaciones estables entre las personas protagonistas del proceso (del 50% al 65%) y del porcentaje de los proyectos que han transmitido a la comunidad el proceso (del 67% al 82%).

3. Capacidad de integrar a diferentes colectivos

En la última convocatoria ha aumentado la participación de diferentes entidades en el desarrollo del camino escolar (del 72% al 82%). Sin embargo, el número de proyectos que han contado con grupos sociales de diferente índole (inmigración, género, edad, etc.), a pesar de ser un porcentaje importante, ha disminuido ligeramente en un 5% (del 69% al 64%).

14. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

En aquellos casos en que los resultados obtenidos en la evaluación hayan permitido establecerlas. Estas podrán emitirse tanto en caso de resultados positivos obtenidos, como en caso de resultados no esperados y/o resultados negativos, que hayan implicado el establecimiento y articulación de medidas correctoras para mejorar la calidad de la intervención realizada.

Conclusiones:

1. La introducción de criterios específicos en la valoración de las ayudas facilita la participación y la coordinación entre diferentes agentes de la comunidad, mejorando la calidad de las relaciones entre las personas y grupos protagonistas del proceso.
2. Los proyectos de caminos escolares son una oportunidad para reorientar los grupos de trabajo intersectoriales creados para llevar a cabo la iniciativa, hacia procesos participativos que trabajen en la búsqueda de activos y necesidades en su ámbito de actuación.
3. Los procesos participativos generados van madurando hacia su propia autonomía, buscando nuevas necesidades en la comunidad y dando lugar a nuevas iniciativas que se traducen en acciones concretas para mejorar la salud de la población.
4. El personal técnico de salud pública/promoción de la salud de las comarcas de salud constituye un activo importante a la hora de impulsar y facilitar estos procesos.

Lecciones aprendidas:

5. Se ve necesario insistir en la necesidad de que sea el propio alumnado el que se haga protagonista del proceso, participando en las diferentes fases de desarrollo del mismo.
6. Hay que valorar la necesidad de continuar con el indicador “escuela pública o privada” ya que ese factor no se corresponde con el índice de privación real de las familias que acuden a dicho centro. Se ha comprobado que existen numerosos centros concertados localizados en zonas con mayor índice de privación a los que acuden familias más desfavorecidas y colegios públicos situados en zonas un índice de privación muy bajo al que acuden familias con alto nivel socioeconómico.
7. Se ve necesario, a la hora de trabajar con estos nuevos procesos comunitarios, seguir buscando la colaboración de diferentes grupos sociales de la localidad, reforzando la atención especial a las desigualdades socioeconómicas y de género.

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos facilitados en la ficha podrán ser incorporados a ficheros necesarios para la gestión de esta convocatoria, así como al buscador o plataforma de difusión de las experiencias seleccionadas y clasificadas como Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud. Por tanto, al rellenar esta ficha, se da consentimiento institucional y personal para que los datos recogidos en la misma sean recopilados y procesados para ser incluidos en la base de datos que alimenta en su momento el buscador o plataforma de difusión del Catálogo de BBPP del SNS a través de la página Web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.