

**DEPARTAMENT DE MEDICINA
FACULTAT DE MEDICINA
UNIVERSITAT AUTÓNOMA DE BARCELONA**

**INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE LOS AUTOCUIDADOS ANTE SÍNTOMAS
COMUNES Y SU IMPACTO SOBRE LA FRECUENTACIÓN A LAS CONSULTAS
DE UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA URBANO**

TESIS DOCTORAL PRESENTADA POR:

Montserrat Queralt Alcaraz

DIRIGIDA POR:

Dr. Tomás Fernández de Sevilla Ribosa

Dr. José Alegre Martín

Barcelona 2005

Per l'Anna i el Lluís

A mis padres

AGRADECIMIENTOS

- Al Dr. Pepe Alegre, maestro en la residencia, mentor desde entonces y a quien debo apoyo y amistad no sólo en lo profesional sino también en lo personal.
- Al Dr. Tomás Fernández de Sevilla por confiar en mí y ser un crítico exigente.
- A mis compañeras Dras Teresa Mur, Teresa Clanchet y las enfermeras Charo López, Mercedes López y Águeda Castaño, por acompañarme en la realización de este trabajo y por brindarme su amistad desde hace años.
- A la Dra. M^a Dolors Navarro, que fue la primera persona en creer en este proyecto y lo llevó de la mano en sus primeros pasos.
- A las Dras Marta Mateos, Lourdes Gómez y M^a Jesus González por animarme a convertir una duda en un proyecto de tesis.
- Al Dr. José Luis Carrasco, por enseñarme la magia de los números.
- Al Dr. Antoni Casagran, por creer en mí y en este trabajo desde el principio.
- A todos mis compañeros en el CAP Terrassa Sud, por su comprensión y apoyo en todo momento.
- Al Dr. David Ezpeleta, gran amigo, por estar aquí aunque esté lejos.
- A la Dra. Inma Navazo, por su profesionalidad y apoyo.
- A Mutua de Terrassa, en especial a la Dirección de Atención Primaria, por el apoyo brindado para la realización de este trabajo.
- A la Regió Sanitaria Centre.
- A la Fundació Jordi Gol i Gurina.
- A las personas que aceptaron entrar en el estudio, por su tiempo y dedicación.
- A las personas enfermas y a aquellas que no lo están, porque su cuidado es nuestra última y principal razón de ser.

	página
INTRODUCCIÓN.....	7
1. Definición.....	8
2. Implicaciones.....	10
3. Estado de conocimientos.....	12
3.1. Estudios descriptivos.....	12
3.2. Estudios de intervención.....	23
JUSTIFICACIÓN, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....	31
PACIENTES Y MÉTODO.....	35
1. Pacientes.....	36
2. Encuesta.....	37
3. Estudio cualitativo previo.....	38
3.1. Sujetos y método.....	38
3.2. Resultados.....	40
4. Análisis estadístico.....	46
5. Intervención.....	48
RESULTADOS.....	50
1. Resultados del estudio descriptivo.....	51
1.1. Características sociodemográficas.....	52
1.2. Actividades de autocuidado.....	53
1.2.1. Tipos de consulta.....	55
1.2.2. Análisis univariado.....	57
1.2.2.1. Fiebre.....	59
1.2.2.2. Cefalea.....	61

1.2.2.3. Problemas respiratorios.....	63
1.2.2.4. Problemas digestivos.....	67
1.2.2.5. Problemas musculoesqueléticos.....	71
1.2.3. Análisis multivariante.....	75
1.2.3.1. Fiebre.....	75
1.2.3.2. Cefalea.....	76
1.2.3.3. Problemas respiratorios.....	77
1.2.3.4. Problemas digestivos.....	78
1.2.3.5. Problemas musculoesqueléticos.....	79
2. Resultados postintervención.....	80
2.1. Adecuación de las respuestas.....	83
2.1.1. Fiebre.....	84
2.1.2. Cefalea.....	86
2.1.3. Problemas respiratorios.....	87
2.1.4. Problemas digestivos.....	89
2.1.5. Problemas musculoesqueléticos.....	90
2.2. Influencia en la frecuentación.....	92
DISCUSIÓN.....	95
1. Consideraciones generales.....	96
2. Construcción del estudio.....	97
3. Características y determinantes de las actividades de autocuidado que realiza nuestra población. Valoración de la adecuación de las acciones.....	100

4. Comprobación de la variación de la frecuentación a las consultas tras la aplicación de un programa educativo, así como de la adecuación de las acciones de autocuidado.....	106
CONCLUSIONES.....	109
RESUMEN.....	112
BIBLIOGRAFÍA.....	119
ANEXOS.....	127
1. Encuestas de recogida de datos enviadas para la autocumplimentación, enviadas por correo pre y post intervención.....	128
2. Folletos enviados por correo como parte de la intervención, con información sobre la patología a tratar, y síntomas de alerta.	150

INTRODUCCION

1.-DEFINICION:

Se define el autocuidado como aquellas actividades dirigidas al reconocimiento y evaluación de síntomas y la respuesta a ellos en el contexto de la vida cotidiana; puede dividirse en automedicación, uso de remedios caseros o no farmacológicos, consulta no profesional y abstención terapéutica. Tal como dice Kathryn Dean el autocuidado se valora como una reacción de la población en general respecto los efectos disfuncionales de los servicios sanitarios contemporáneos, un nuevo y creciente fenómeno que sólo en tiempos recientes ha sido sujeto de reconocimiento y de esfuerzos para su organización (1) Pueden surgir desde el propio individuo, sus familiares y allegados (red social) y los grupos organizados de personas con problemas iguales (grupos de autoayuda), que pueden ser espontáneos o surgidos desde las autoridades sanitarias. Es el primer paso en la asistencia sanitaria ya que del 60 al 85% de los problemas de salud no llegan a la consulta del médico (“iceberg de la morbilidad”), siendo uno de los pilares que ha establecido la OMS en su política sanitaria desde la carta de Ottawa, en la que se define a la salud en general como “... un recurso para la vida y no su objetivo. La salud se vive por las personas en la vida diaria, allá donde se aprende, se trabaja, se juega y se ama. Se construye a través de la atención a uno mismo y a los otros, cuando es posible tomar decisiones y tener un cierto control de las circunstancias vitales y cuando la sociedad va creando las condiciones para alcanzar la salud para todos “ (2). Tal como observan Llauger y Contijoch en su reflexión sobre los autocuidados en la atención primaria (3) el autocuidado engloba todas aquellas actividades de evaluación y de toma de decisiones relacionadas con la salud en el

contexto social normal de la vida cotidiana, como reacción a síntomas agudos y como educación y cambio de actitudes ante problemas crónicos, o en sus palabras : “cuidados rutinarios, preventivos, y de recuperación”.

En el trabajo de I Kickbush (4) se equipara a los autocuidados con la pobreza: que siempre va con la humanidad, y de hecho formaría parte del “estilo de vida”, tal y como se define según la OMS. Existen dos tipos de autocuidado: los desencadenados por síntomas o cambios agudos en la percepción de salud, o reactivos, de los que se han realizado varios estudios descriptivos y que desarrollaremos más adelante; y los llevados a cabo como parte de la adaptación a problemas crónicos de salud, como son los grupos de educación en diabetes, hipertensión, artrosis, fatiga crónica, fibromialgia, asma, etc .

2.-IMPLICACIONES:

Hasta hace poco tiempo los profesionales sanitarios veían las actividades de autocuidado como poco útiles, incluso perjudiciales. Este punto de vista está cambiando al demostrarse que dichas actividades sólo se consideran perjudiciales en un porcentaje limitado de casos, según se demostró en el trabajo de Wilkinson y cols. (5), en el que un panel de expertos revisó los autocuidados declarados por un grupo de 340 pacientes respecto los síntomas sentidos en un periodo de 2 semanas, del área de Sydney. Los pacientes fueron entrevistados personalmente y se les pasó una encuesta sobre que síntomas recordaron haber sufrido en las 2 semanas anteriores y qué acciones llevaron a cabo ante tales síntomas, que se reunieron en síntomas de vías respiratorias altas, musculoesqueléticos, gastrointestinal, síntomas generales y cefalea; además en la encuesta se añadieron ítems sobre salud general, sociodemográficos, y factores psicológicos. Un grupo de 6 médicos valoró la propiedad de las acciones ante los síntomas referidos, en consenso, y los dividieron en apropiados sin reservas, apropiado con algunas reservas, inapropiado pero no peligroso, e inapropiado y peligroso. Los resultados demostraron que un 34% eran apropiados sin reservas, un 23% apropiado con reservas, 8% inapropiado pero no peligroso y sólo un 2% inapropiado y peligroso. De estos resultados, las acciones más inapropiadas fueron las de toma de fármacos recetados para otros episodios de enfermedad y el uso de especialidades farmacéuticas de libre dispensación.

Se han realizado diversos estudios sobre la calidad de la automedicación, en general y ante problemas de salud en concreto, en especial resfriado común (6-9); en ellos se valora el tipo y origen del tratamiento farmacológico que se autoaplica la

población, su pertinencia y los efectos secundarios que pudieran derivarse. En todos ellos se observa que la calidad de la automedicación es alta, ya que los tratamientos fueron principalmente sintomáticos, siguiendo una correcta posología y dosificación, y con mínimos efectos secundarios y complicaciones derivadas. Por todo esto la conclusión que extraen estos estudios es que la automedicación, bien orientada por los médicos en el momento de prescribir fármacos sintomáticos, debe potenciarse, ya que podría ser un instrumento a tener en cuenta para disminuir costes y demanda de servicios sanitarios, responsabilizando a la población sobre su estado de salud.

Sobre la influencia de los autocuidados ante los cuidados formales (10) se valoró si el uso de los autocuidados disminuye el uso de éstos, de forma adecuada o inapropiada. A partir de una muestra de pacientes que han presentado en el último año un episodio de salud considerado como importante, se les pasó una entrevista para saber si en ese episodio habían llevado a cabo alguna acción de autocuidados. El análisis múltiple de los datos demostró que los individuos que habían llevado a cabo autocuidados usaban algo menos los cuidados formales (consulta, medicación y días de ingreso).

3.-ESTADO DE CONOCIMIENTOS:

3.1.-Estudios descriptivos (tabla 1) :

Para conocer cuáles son los factores que influyen en la toma de decisiones respecto los autocuidados se han realizado diversos estudios, que varían básicamente en su población y estructura sanitaria del territorio estudiado. A continuación se desglosan los estudios principales.

Kathryn Dean (11) analiza en su estudio el comportamiento en autocuidados de la población danesa. A una muestra aleatoria de la población de origen danés, de 1462 personas se les pasó por correo una encuesta en la que se les interrogaba sobre episodios sufridos en las dos últimas semanas de unos determinados síntomas (que se escogieron mediante un estudio focal previo) y las acciones de autocuidado que se tomaron ante ellos; otras variables registradas fueron estado marital, composición de la familia, con el número de menores de 16 años, educación, ocupación, empleo, clase social, ingresos, tamaño de la población de residencia, actitud ante el estamento médico, y valoración de su salud en los previos 6 meses. Se pasó por correo una encuesta autocumplimentada de preguntas cerradas multirrespuesta a una muestra de 2236 personas, de las que lo devolvieron cumplimentado 1462 personas (un 65.4%).

Los resultados del trabajo de Dean demuestran que los síntomas más referidos son catarro, dolor lumbar, depresión, síntomas gripales, eccemas y dolor torácico. Respecto los tipos de acción de autocuidado dependen del tipo de síntoma, pero básicamente pueden agruparse en automedicación, autotratamiento no farmacológico (remedios caseros), consulta y falta de reacción o abstención. De

estas, la reacción más frecuente fue la de remedios caseros: aproximadamente el 80% de los pacientes que comunicaron gripe, depresión, lumbalgia y catarro lo escogieron. Se automedicaban más ante las lesiones cutáneas y el problema ante el que más se realizaba abstinencia era el dolor torácico.

Con estos datos y las variables sociodemográficas y de salud los autores realizaron un análisis multivariado para conocer los determinantes en la toma de decisiones ante cada tipo de acción a realizar. Respecto los remedios caseros los modelos que más se ajustan son, por un lado la interacción con edad, sexo y confianza con el médico (más en ancianos, mujeres y menos a menor confianza) y por otro con la salud percibida (más a mejor salud). La automedicación tiene relación con edad y sexo (más en gente mayor y mujeres), e independientemente con la confianza con el médico (menos a menor confianza), salud percibida (más medicación a menor salud) y ser pensionista (más medicación en pensionistas). Respecto la consulta al médico las relaciones con las variables sociodemográficas son, principalmente entre a edad y el sexo (consulten más las mujeres y más contra más mayor se es), por una parte, y por otra entre el estar parado (más los que sí lo están), la confianza al médico (más si se les tiene confianza), la salud percibida (más a menor salud) y el ser pensionista (más si se es). en cuanto a la abstinencia terapéutica o falta de respuesta, ni la edad ni el sexo tiene relación con esta actitud, sin embargo si que esta relacionadas de forma independiente con la confianza con el médico (al tener poca confianza se reacciona menos) y la salud percibida (más en mujeres, a mejor salud, menor reacción).

Algunas reacciones a síntomas van dirigidas a las posibles causas, más que los síntomas en sí. Las respuestas de éste tipo esta relacionadas con la edad y el sexo, los jóvenes van más directamente a las causas de los síntomas, mientras que

las personas mayores van hacia las respuestas sintomáticas. La educación y la clase social están relacionadas de forma independiente con este tipo de respuestas de una forma directa (a mayor educación y clase social, mayor respuesta no medicamentosa hacia el origen del problema).

El nivel de actividad cuando se esta enfermo también está relacionada con la educación, estatus social y diferencias de empleo, cosas que influyen en cómo se dibuja el rol de enfermo. Por ejemplo, los trabajadores especializados asalariados permanecen en cama durante una gripe más que los tenderos, amas de casa y trabajadores sin especializar; esto indica que las personas de menor educación, y especialmente las de menores ingresos mantienen sus rutinas cuando se sienten enfermos, de forma que se indica que los factores económicos son más importantes para ellos que el discomfort de sentirse enfermos. Conocimientos, actitudes y percepción de la enfermedad están en relación con factores sociales individuales. K. Dean ha realizado amplias revisiones sobre el tema, en especial sobre la situación de los autocuidados en el norte de Europa (1,12)

En otro estudio realizado en EEUU por K. Green publicado en 1990 (13) se valoró la valoración de los síntomas y su respuesta a ellos, así como su relación con factores como edad, sexo, estado marital y salud percibida. Se pasó a 258 estudiantes universitarios de carreras no sanitarias una encuesta sobre las enfermedades sufridas en los 4 meses previos y que acciones emprendieron ante ellas (descanso, medicación, tratamientos caseros, consulta, nada, y otros tratamientos). En este estudio se vio que la respuesta a los diferentes síntomas dependía de cómo se valoraba la importancia del síntoma y esto dependía de los factores sociosanitarios.

Verbrugge y cols., en su estudio realizado en 1987 (14) utiliza la técnica de los diarios de salud, sobre 714 adultos de más de 18 años, blancos, que registraron sus síntomas y acciones sobre ellos durante 6 semanas a final de año. Asimismo se valoraron las características sociodemográficas, tipo de síntoma valorado y estado general, tanto físico como mental, en cada día, si se reportaban síntomas. En general se observó que las mujeres eran las que llevaban a cabo más acciones terapéuticas y que esta tendencia aumenta con la edad, que los parados tratan más sus síntomas que los activos, así como las personas casadas; las personas con mayor educación realizan más acciones para eliminar sus síntomas; los individuos con peor salud sentida se preocupan más por sus síntomas diarios. Se considera en general como problema principal el más actual. Si existen problemas de sentirse emocional o sentimentalmente mal (en el día considerado) hay más posibilidades de que el síntoma físico que coexiste sea tratado. Asimismo, si para un síntoma se ha decidido autotratamiento y no consultar a profesionales, otros síntomas aparecidos ése mismo día serán tratados de la misma forma.

En este estudio se realizó un análisis multivariante, para los diferentes síntomas. En los días en que se padecieron síntomas respiratorios la regresión múltiple indicaba que las personas respondían hacia los síntomas según la severidad y la molestia que les provocaba, respecto a las estrategias de tratamiento los individuos tienden a combinar unas acciones y a sustituir otras, sin embargo los factores sociodemográficos tienen mucho menos peso; lo importante es lo que se siente, no lo que se es. Respecto los días con síntomas de enfermedad musculoesquelética (artrosis) la reacción a ellos depende de la salud percibida en los días previos. La edad, las actitudes en salud, las pasadas experiencias influyen vivamente en la decisión a tomar; no es tan importante ni la cantidad de sitios con

dolor ni la intensidad de éste, no influyen en la toma de decisiones respecto el cuidado del dolor artrósico. En los días en que se padecen heridas y traumatismos, que ocasionan dolor agudo, su cuidado depende primero del estado general de salud, y en segundo lugar de los síntomas de días inmediatos. Las acciones a tomar son valoradas de acorde con la intensidad y la gravedad de los síntomas; las características sociodemográficas influirían escasamente en esta toma de decisiones.

Resumiendo se diría que para los problemas agudos las personas son capaces de focalizar los problemas y actuar de acorde con su dimensión, mientras que para los problemas crónicos construyen una estrategia de tratamiento a lo largo del tiempo y la aplican cuando el problema se agudiza. Se podría decir que para los problemas agudos influyen los predictores a corto plazo, y para los crónicos los de largo tiempo.

En 1989 Segall y cols. (15) publicaron un estudio observacional que valoraba en Canadá en qué patologías se realizaban los diferentes tipos de autocuidado y su relación con determinantes sociosanitarios y otros. En una muestra de 524 personas de 18 a 80 años se les pasó una encuesta por entrevista personal en la que se les interrogaba sobre qué harían en caso de tener una serie de síntomas, además de datos sobre nivel de educación, estado marital, nivel de ingresos, etnicidad, religión, salud percibida, familiaridad con remedios caseros, conocimientos médicos básicos, actitud ante los médicos y ante actividades preventivas. En la primera parte, es decir, la del tipo de autocuidado realizado, se observa que éste depende del tipo de síntoma principalmente: se acude a un profesional ante síntomas como pérdida de peso, disnea o cefaleas frecuentes; se autotratan insomnio, ardor de estomago y cambios de ritmo intestinal; se tratan con remedios caseros, catarros, trastornos

gastrointestinales, irritaciones de la piel y quemaduras. Para valorar qué determinantes son los importantes en la toma de decisiones se realizó un análisis multivariante de regresión múltiple. Los resultados indicaban que el sexo es un importante predictor de tratamiento no farmacológico y remedios caseros, no así en automedicación; edad y nivel educativo eran importantes en los tres tipos de autocuidado. Ingresos, estado marital y etnicidad tenían un peso mínimo en los modelos de regresión. Estos hallazgos son poco concluyentes en general y al compararlos con otros estudios similares, pero los autores creen que sería necesario clarificar la distinción conceptual entre cuidados preventivos/reguladores y curativos/reactivos, sobretodo de cara a los siguientes trabajos.

Esta misma autora publicó al año siguiente un estudio (16) donde amplía la investigación ante la automedicación, e indica que los pacientes escogen los fármacos con los cuales realizan automedicación por prescripción previa, consejo de familiares y amistades, familiaridad o porque se tiene a mano. El determinante principal ante el comportamiento de automedicación, según los análisis de regresión múltiple es el nivel educativo, de forma que a menor educación, más toma de fármacos no prescritos.

En 1998 se realizó un trabajo canadiense sobre el comportamiento ante las infecciones del tracto respiratorio superior (17) en el que se recogían datos sociodemográficos y de salud de 1571 personas mayores de 20 años, que hubieran tenido un episodio de resfriado común en las dos semanas previas a la recogida de datos a domicilio; sólo un 14.3% de la muestra acudió a consulta y ésta está asociada a tener un menor nivel educativo, vivir en una familia de al menos 4 miembros, tener seguro privado de salud, estar limitado por la enfermedad 3 o más días, automedicarse y tener sensación de infelicidad.

En el año 2001 se publicó un trabajo realizado en México (18) en el que se analizaron los datos sobre comportamiento que tuvieron 5640 personas que hubieran tenido problemas de salud en las dos semanas anteriores a la recogida de datos. El 61% de la muestra realizó actividades de autocuidado sin buscar atención médica, el 52% de ellos básicamente por limitaciones económicas.

En nuestro país también se han llevado a cabo estudios sobre las características del autocuidado. En 1990 se publicó un estudio realizado en L'Hospitalet, mediante encuesta administrada a pacientes en la sala de espera sobre su conducta ante los resfriados comunes (19). De los 162 pacientes encuestados, el 62% usaban remedios caseros (esto más por mujeres), y el 57% se automedicaban, principalmente con analgésicos; el 50% acudían al médico por el resfriado. Posteriormente, en 1991 Flor y cols realizaron otro estudio sobre comportamiento ante el resfriado común (20) en el que se estudiaron los comportamientos y las creencias ante el resfriado común, que se realizó mediante encuesta telefónica a la población general de Barcelona. Según este estudio ante los resfriados la principal conducta en adultos es la automedicación sintomática (más en jóvenes), seguida de tratamiento no farmacológico y consulta profesional; la persona no profesional más consultada era alguna mujer de la familia, hecho esto más por varones jóvenes con estudios medios-altos.

Nebot y Llauger (21) publicaron en 1992 un estudio realizado en el área de Barcelona. Pasaron un cuestionario por vía telefónica a una muestra de 660 domicilios de dicha ciudad, recogiendo las respuestas de un adulto (entre 18 y 80 años) sobre los síntomas sentidos en los últimos 30 días y la respuesta a ellos. Los resultados demostraron que la conducta ante un problema agudo de salud era en primer lugar la consulta médica con algún tipo de remedios caseros, seguido de una

combinación de remedios caseros y automedicación, remedios caseros exclusivamente y automedicación sólo. Respecto los determinantes las personas de más de 45 años consultan más al médico y utilizan más remedios caseros, mientras que los más jóvenes se automedican con más frecuencia y consultan más a otras personas; en cuanto al sexo las mujeres consultan más al médico y utilizan más remedios caseros. La conducta es muy distinta en cada unos de los diferentes síntomas, con predominio de los remedios caseros en resfriado, de automedicación en cefalea y de las medidas de tipo físico en la lumbalgia.

Clanchet y cols. (22) publicaron al año siguiente otro estudio descriptivo, esta vez sobre población de Tarragona, pero que acudieron a la consulta por diferentes motivos. La muestra fueron 375 pacientes de 7 a 99 años, que habían acudido a consulta por síntomas de menos de 15 días de duración, que no fueron consultados antes y que no fueran reagudizaciones de patología crónica. Para los síntomas expresados se analizó la presencia de autocuidado, dividido en medidas farmacológicas y no farmacológicas, y ausencia de medidas. Los resultados demostraron que el 69.9% de los pacientes habían usado autocuidado, y los síntomas más consultados fueron dolor y fiebre. El grupo de edad que más autocuidado realizó fue el de 65-90 años, mientras que fueron los más jóvenes los que no lo usaron, aunque sin diferencias significativas. De las personas que usaron autocuidado en el 76% se usó únicamente automedicación, y ésta fue principalmente con analgésicos y antipiréticos. Las medidas no farmacológicas más utilizadas fueron productos naturales por vía oral (p.e. infusiones), medidas físicas y aplicaciones tópicas de productos no farmacológicos.

Dos años más tarde se publicó un estudio similar (23) sobretodo de cara a analizar el tipo de autocuidado utilizado. Se realizaron 262 entrevistas telefónicas

(por muestreo de base poblacional) sobre los síntomas detectados en los 15 días previos y conducta seguida ante ellos (abstención, consulta, autotratamiento no farmacológico, y automedicación). En los resultados se detectaron 395 síntomas; en 131 de ellos hubo abstención, en 26 se consultó al médico, medidas no farmacológicas en 114 y automedicación en 151. Respecto las características sociodemográficas la abstención terapéutica se realizó más por varones y jóvenes; ocurre de forma similar respecto la consulta médica; el autocuidado no farmacológico fue más frecuente en mujeres y personas mayores. En cuanto ante qué síntomas se realiza cada tipo de acción, el estudio observa que se realiza autocuidado en diarrea, estreñimiento, dolor abdominal, vómitos, fiebre o picaduras de insecto. El tipo de autocuidado eran dietéticos (infusiones, cambios en la alimentación, etc.), o físicos (masajes, aplicación de frío, masajes). Respecto la automedicación es más frecuente en mujeres, personas de mayor edad, con estudios superiores y sin patología crónica; los procesos más automedicados son cefalea, dismenorrea y pirosis; los fármacos más utilizados fueron los analgésicos.

En el XXV Congreso de Medicina de Familia y Comunitaria, realizado en Valencia en 1997 (24), se presentó un estudio realizado en la población en edad laboral de las Baleares. En el estudio se pasó una encuesta domiciliaria a una muestra de 325 personas entre los 16 y 64 años de edad, en la que se interrogaba sobre variables sociodemográficas y conocimientos, actitudes y prácticas de autocuidados ante los 5 síntomas propuestos. En los resultados se expone que la fiebre era el síntoma por el que se más se consultaba al médico, se automedicaban principalmente ante la cefalea y el resfriado y realizaban medidas no farmacológicas ante la diarrea y la lumbalgia.

TABLA 1: Estudios descriptivos

Autor y año	Localización	Muestra	Recogida datos	Determinantes
Dean 1983	Dinamarca	1462	Encuesta autoadministrada	Edad, sexo, salud percibida, actitud ante los médicos
Verbrugge1987	Estados Unidos	714	Diarios de salud	Sexo, estado laboral, est. Civil, estudios, salud autopercebida
Segall 1989	Canadá	524	Entrevista personal	Sexo, edad, estudios, actitud ante la medicina
Green 1990	Estados Unidos	258	Entrevista personal	Tipo de síntoma, sexo, salud autopercebida, estado civil
Segall 1990	Canadá	524	Entrevista personal	Estado civil, Estudios, tener medico de cabecera, Edad

Mclsacc 1998	Canadá	1571	Entrevista personal y autoadministrada	Nivel de estudios, estado laboral, ingresos familiares, tamaño de la familia, seguro privado, automedicación previa, limitación de la actividad, estado anímico
Leyva-Flores 2001	México	5640	Encuesta personal	Nivel socioeconómico
Ribas 1990	L'Hospitalet	162	Encuesta personal	Sexo, tipo de síntoma
Flor 1991	Barcelona	348	Encuesta telefónica	Edad, nivel de estudios
Nebot 1992	Barcelona	448	Encuesta telefónica	Tipo de síntoma, edad, sexo
Clanchet 1993	Tarragona	375	Entrevista personal	No influencia de edad ni sexo
Tejedor 1995	Toledo	212	Encuesta telefónica	Edad, sexo, estudios,
Puertas 1997	Menorca	325	Encuesta domiciliaria	Tipo de síntoma

3.2.-Estudios de intervención (tabla 2):

Se han realizado diversos estudios de intervención con variadas actividades educativas, que en general obtienen un aumento de los conocimientos de salud, una disminución de las visitas consideradas inapropiadas, y un ahorro económico. En nuestro ámbito estos estudios son prácticamente inexistentes. A continuación se detallan dichos trabajos

En 1979 se publicó en el New England Journal of Medicine (25) un trabajo en el que valoró el efecto potencial del uso de los algoritmos recomendados por un libro de consulta médica para la población general. Los autores compararon los resultados obtenidos por un estudio previo realizado en los diarios de salud de 149 familias con los resultados en consulta y autocuidados si se hubiera actuado estrictamente tal y como recomendaban los algoritmos. Los autores preveían que la adherencia estricta a lo recomendado por los algoritmos haría que en la mayoría de síntomas valorados disminuyeran las consultas medicas.

Al año siguiente se publicó en JAMA (26) otro trabajo sobre el efecto de una información escrita sobre el comportamiento en autocuidado. En este trabajo se valoró en 785 individuos el efecto que sobre las consultas por síntomas comunes tenía un libro de consulta y autocuidados. Esta muestra se dividió en tres grupos: uno (239 familias) es el control, sin contacto con la información relevante, un segundo de 237 familias, en los que solo influye el material del libro, y un tercero, de 223 personas, en que además del libro se ofrece un incentivo económico por disminuir las consultas. Se comparó el número de visitas al médico durante 6m con el del mismo periodo de 6m del año anterior. Aunque en cada grupo hubo una disminución

significativa con respecto el periodo anterior, no hubo diferencias estadísticamente valorables entre los grupos.

Kemper y cols, en 1982 (27) realizaron un estudio sobre población estadounidense en el que se valoraba la influencia (tanto clínica como económica) de un programa de educación sanitaria sobre autocuidados ante síntomas digestivos, lumbalgias, cefaleas, resfriados y otras infecciones de vías aéreas, problemas de piel, heridas, problemas dentales, y estilos saludables de vida. Se impartió un cursillo escueto sobre dichos temas, en el que se repartió una libro-guía sobre los mismos temas a 108 familias (59 fueron al menos a una clase), mientras que 110 familias formaron el grupo control. Después de un año de haber impartido los cursos se apreció un aumento de los conocimientos en salud (125% de mejora en el grupo estudio contra un 8% en el control) así como en las visitas al centro de salud, esto último sin significación estadística. Respecto a la influencia económica, valorando el coste de las visitas médicas, exploraciones complementarias, tratamientos y el coste del programa de educación, se observó un ahorro por visita de entre 2.5 a 1.19 dólares por familia y visita; cifras a tener en cuenta, pero que no fueron estadísticamente significativas.

Roberts y su equipo, en 1983 publicaron un trabajo sobre la influencia de la educación sobre las consultas por catarros (28). Se aplicó un programa individualizado a un grupo de 433 familias, además de unos folletos de recordatorio y un termómetro; el grupo control lo formaban 444 familias. El grupo de intervención recibió además refuerzo educacional al año y año y medio desde el inicio del estudio. Al cabo de 2 años de seguimiento se vio una disminución de las visitas totales por catarro del 29%, reduciendo las consideradas innecesarias en un 44%, y las

necesarias en 15%, pero sin que se observara aumento de las complicaciones respiratorias.

También en 1983 se publicó un trabajo en JAMA (29), en el que también valora el efecto que una intervención educativa tiene sobre la frecuentación a las consultas. Se ofreció material educativo escrito (libro de consulta, algoritmos, revista mensual) a 380 familias, asesoramiento por teléfono y entrenamiento individual (grupo 1), al grupo 2 (447 familias) sólo recibió asesoramiento por teléfono y el material escrito; el grupo 3, de 435 familias tenía sólo el material escrito, y el 4 grupo (363 familias) actuó como control. Se recogieron los datos sobre las visitas al médico durante un año, diferenciando entre visitas primarias y de seguimiento, y cual era la causa; además se valoró el coste de cada intervención y de cada consulta. Los datos de frecuentación se compararon con las consultas durante el año previo al inicio del estudio. El resultado respecto el total de visitas, al igual que para síntomas menores, fue que todos los grupos disminuyeron con respecto el grupo control, de forma directamente proporcional a la intensidad la intervención. La diferencia entre grupos no demostró significación. No se observó relación entre estos cambios y las variables socioeconómicas, aunque sí con la frecuentación previa. El análisis económico fue que el gasto de la intervención que compensado por la disminución de las visitas, diferencia que en ningún caso superó los 4 dólares.

Este mismo autor escribió en 1988 (30) un estudio similar al anterior, en el que valoraba la diferencia de utilización de los servicios sanitarios y su gasto tras la aplicación de un programa educativo ante problemas comunes de salud. Se ofreció a un grupo de 363 familias una educación y soporte en salud consistente en material escrito (libros, folletos, algoritmos y revista mensual), así como un servicio de atención y consulta telefónica (que nadie utilizó), mientras que 291 familias formaban

el grupo control. A todos se les paso un cuestionario remitido por correo autoadministrado donde se recogían datos sociodemográficos y de salud, estilos de vida y actitudes ante el sistema sanitario; además se recogieron los datos de utilización y gasto sanitario un año antes del estudio y un año después de la intervención. En el análisis de la utilización hubo en el grupo de intervención un aumento pre-post de 0.40 visitas/persona/año, y en el control de 1.112, que tras el ajuste por la utilización previa quedo en un aumento en el grupo intervención de 0.32 y en el control de 1.21, diferencia estadísticamente significativa entre grupos. Respecto el gato sanitario se halló que hubo un balance coste–beneficio de 2.19 dólares de ahorro por cada dólar invertido en la intervención.

En 1999 apareció un estudio realizado en Suecia (31) en el que se valoró la promoción del autocuidado a través de las farmacias locales. Se utilizaron familias con niños de 2 áreas de salud diferentes, siendo una la de intervención (con 94 familias) y la otra la de control (93 familias). Cada familia escribió un diario de salud durante 4 m, recibiendo control telefónico cada 15 días. La intervención consistió en utilizar al farmacéutico de la zona como introductor de conocimientos en salud, cuando era consultado por un problema sanitario daba información sobre el mismo (junto con folletos del tema) y aconsejaba sobre a quien se debería acudir seguidamente. Los resultados demostraron que en grupo de intervención tuvieron más problemas médicos que el grupo control, menos hospitalizaciones, se quedaron en casa para cuidar a los niños enfermos con más frecuencia que el control, leyeron más folletos médicos, escogieron más tratamientos no médicos, y realizaron menos visitas al pediatra pero más al cabecera.

En el año 2000 se publicó un estudio de intervención (32) en el que se evaluó la diferencia de comportamiento ante síntomas comunes entre una zona en la que se

repartió un libro de autocuidado (en la que se reclutaron 495 individuos) y otra en la que no (muestra de 509); en el análisis del comportamiento en ambas zonas no demostró diferencia. Para conocer las causas se llevó a cabo un subestudio, en el que se llevaron a cabo 85 entrevistas semiestructuradas a fin de conocer las opiniones de los pacientes al respecto; a partir de dichas entrevistas se da a entender que la forma en que llega una información la cataloga de “oficial” o “extraoficial”, y que las primeras son sentidas más lejanas y extrañas, tanto más cuanto más especializada y sofisticada es.

Ya en el año 2001 se publicó un trabajo que reclutó un gran número de sujetos, llevado a cabo en Inglaterra (33). En un estudio multicéntrico se envió por correo un libro de consulta ante 42 síntomas comunes a 1003 personas, o una tarjeta resumen del mismo a otras 974 personas, mientras que las 988 que recibieron sólo información sobre los horarios de su médico fueron el grupo control. También se recogió un diario en el que se anotaban las veces que se solicitaba atención médica por problemas menores durante un año, así como un cuestionario sociodemográfico, de salud sentida y confianza en su médico, basal y al cabo de un año. Los resultados demuestran que, comparado con el grupo control, hay una discreta disminución de las consultas por problemas menores en el grupo del folleto y del libro, sin hallar diferencias entre ambos grupos. La confianza en el manejo de estos problemas aumentó también en ambos grupos, sin diferencia entre ellos. Los autores concluyen que si bien la intervención sí reduce el número de consultas, su efecto es muy modesto.

En el mismo número del *British Journal of Medicine* había un estudio muy similar, realizado en Escocia (34). Se escogieron 20 consultas de medicina primaria, de los que se escogieron de forma aleatoria 3288 pacientes que recibieron por

correo un libro de consulta con información sobre 40 problemas de salud (“¿Qué debo hacer?”), 3127 recibieron otro libro similar realizado en la zona del estudio, con información sobre 50 problemas de salud y directrices sobre prevención sanitaria y hábitos saludables (“Manual de Cuidado de la Salud”), mientras que 2993 pacientes actuaron como grupo control. Se recogieron los datos de utilización de servicios sanitarios en el año previo y posterior al estudio. Los resultados principales no demostraron diferencia entre los diferentes grupos respecto las visitas al médico, ni las concertadas ni las urgentes al centro de salud; sin embargo, los resultados del segundo libro fueron en general mejores que los del primero, aunque sin significación estadística.

En nuestro país sólo consta un estudio similar, limitado a la gripe e infecciones de las vías respiratorias altas (35). A partir de los pacientes que recibieron la vacuna antigripal en la campaña 90-91 (entonces mayores de 65 y/o personas con factores de riesgo cardiorrespiratorias o inmunitarias) se escogieron de forma aleatoria 155 pacientes que recibieron en el momento de la vacunación un folleto informativo sobre los cuidados en dichas enfermedades, actuando otras 155 como grupo control y que no recibieron ningún folleto. Sin embargo las consultas por infecciones de las vías respiratorias altas entre los dos grupos sólo variaron en un 1% (17% de pacientes consultaron en el grupo estudio, 16% en el grupo control).

Coinciden todos los estudios en la necesidad de fomentar el autocuidado como parte esencial de la educación sanitaria. En una editorial (36) se pone el acento en la importancia de los autocuidados como componente básico en el comportamiento hacia la salud, demandando más investigación sobre el tema.

TABLA 2: Estudios de intervención

autor y año	Población	Intervención	Resultado
Moore 1980	EEUU, 785 familias	Material escrito, Charlas.	Ningún efecto en el uso de servicios sanitarios.
Kemper 1982	EEUU. 108 familias	Material escrito, sesiones presenciales	No cambio en uso de servicios. Aumento de conocimientos. Discreto ahorro económico
Roberts 1983	EEUU. 433 familias	Material escrito, sesiones, regalo de termómetro	Disminución de visitas innecesarias. Discreta disminución de visitas necesarias
Vickery 1983	EEUU. 1625 familias	Material escrito, consejo individual, soporte telefónico	Discreta disminución de visitas, pero no significativa. Mínimo ahorro económico.
Vickery 1988	EEUU, 363 familias	Material escrito y soporte telefónico	Disminución de visitas. Discreto ahorro económico

Marklund 1999	Suecia, 94 familias	Información personalizada por farmacéutico. Folletos	Aumento de visitas a Atención Primaria, disminución de visitas al hospital. Mayor uso de remedios no farmacológicos
Milewa 2000	Inglaterra, 495 individuos	Libro	Ningún cambio en conducta.
Little 2001	Inglaterra, 1977 individuos	Libro, folletos	No influencia en visitas médicas. Aumento en conocimientos y confianza en las propias acciones
Heaney 2001	Escocia, 6415 individuos	Folletos	Ninguna influencia en el uso de servicios médicos
Del Río 1992	España, 155 individuos	Folletos	Ninguna influencia en uso de servicios sanitarios

JUSTIFICACION, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

-JUSTIFICACION:

En los últimos años se observa desde las consultas de Atención Primaria una aparente sobreutilización de los servicios sanitarios por motivos que los profesionales pueden considerar banales, y que condiciona una saturación de consultas médicas y servicios de urgencia, con un alto índice de frustración por parte de los profesionales (alta presión asistencial, escaso estímulo intelectual en la práctica diaria). También esta situación comporta en los pacientes insatisfacción, en parte por los efectos de la saturación de los servicios (tiempos de espera, masificación) y en parte por evidenciar expectativas frustradas.

La morbilidad sentida (de la cual aproximadamente el 63% quedaría oculta a los profesionales sanitarios) desencadena una serie de acciones encaminadas a la identificación y solución de los síntomas. Esta reacción, conocida como autocuidado, puede ser ante problemas agudos o como adaptación ante problemas crónicos.

Los autocuidados forman parte de la cultura de la salud y del enfermar de los pueblos, considerándose base y origen de la sanidad. Es desde las últimas conferencias de la OMS que se considera principal su estudio y la comprensión de sus mecanismos íntimos.

Los autocuidados han sido menospreciados o incluso tachados de peligrosos por los profesionales sanitarios, en especial a partir de la segunda mitad del siglo XX, y sobretodo desde la tecnificación de la medicina. Sin embargo se han realizado estudios que demuestran la corrección de estas acciones en relación con los síntomas que los desencadenan, refrendando asimismo su seguridad.

Todos estos factores han aumentado el interés en el análisis de las actividades de autocuidado, estudiándolas como posible herramienta de ayuda a los sistemas de salud habituales.

En múltiples países se han llevado a cabo diversos estudios descriptivos sobre el tipo y características de los autocuidados ante diferentes síntomas, así como para conocer los factores sociodemográficos y sanitarios que influyen en la toma de decisiones y en su ejecución.

Asimismo existen estudios que, tras la aplicación de distintas estrategias educativas en salud, demuestran una disminución en el uso de servicios sanitarios por patología común junto a un aumento de conocimientos de salud y mayor confianza en las decisiones tomadas ante los diferentes síntomas; incluso en algunos se evidencia una disminución del gasto económico sanitario para esas patologías.

Todos estos estudios han sido realizados en distintos sistemas sanitarios, desde los totalmente privados, hasta los de cobertura total y universal, pasando por los de copago o tíquet moderador. Los resultados de los estudios de intervención varían en gran medida por estas diferencias de financiación, no sólo los puramente económicos, sin también los de salud. Por esto los resultados de los diferentes análisis son difícilmente extrapolables de una población a otra, diferentes cultural y políticamente.

En nuestro país también se han realizado diferentes estudios descriptivos sobre los autocuidados ante varios síntomas considerados comunes; sin embargo los trabajos de intervención son prácticamente inexistentes, no habiendo hasta el momento un análisis que valore la efectividad ciertas acciones de educación, algunas ya tomadas de forma intuitiva por los gestores sanitarios.

HIPOTESIS:

La aplicación de acciones en educación sanitaria sobre patología común y síntomas de alerta dan los siguientes resultados:

- 1.- Mejoran los conocimientos de la población sobre dichos problemas.
- 2.-Se aumenta la corrección de las acciones emprendidas como autocuidados
- 3.-Se reducen la dependencia y la frecuentación a los servicios sanitarios.

OBJETIVOS

Ante las premisas antes expuestas y estas hipótesis nos hemos planteado los siguientes objetivos:

- 1.- Conocer las características de las actividades de autocuidado que realiza nuestra población.
- 2.-Valorar la corrección o incorrección de estas acciones para cada tipo de síntoma planteado.
- 3.- Comprobar si disminuye la frecuentación a las consultas tras la implementación de un programa educativo.
- 4.-Comprobar si mejora la corrección de los autocuidados ante diferentes síntomas tras la aplicación de dicho programa educativo.

PACIENTES Y MÉTODOS

1.-PACIENTES

Se trata de un estudio de intervención caso-control llevado a cabo en la población adscrita a nuestro Centro de Atención Primaria (CAP). La población objeto de estudio la forman los usuarios del centro mayores de 15 años de edad con historia abierta en el CAP desde al menos un año antes de la puesta en marcha del proyecto.

Los criterios de exclusión son la imposibilidad de cumplimentar un cuestionario autoadministrable (discapacitados psíquicos, analfabetismo, ceguera). Los pacientes que fueron excluidos por dichos motivos fueron sustituidos por el número de historia clínica siguiente en el archivo del centro.

Los pacientes fueron seleccionados a partir de la base de datos informatizada del centro, mediante muestreo aleatorio simple. El número de individuos a seleccionar se calculó en 800, 400 al grupo de estudio y 400 al grupo control, la asignación a cada grupo fue también de forma aleatoria. El tamaño muestral se calculó teniendo en cuenta la fórmula para la comparación de dos proporciones, siendo $\alpha = 0.05$, la potencia de 90% y la diferencia mínima a determinar del 10%, aumentando en un 30% en previsión de posibles pérdidas durante el estudio.

2.-ENCUESTA (anexo 1):

A los individuos seleccionados se les pasó un cuestionario autoadministrable, que se les hizo llegar por correo, facilitando la vuelta de la respuesta adjuntando un sobre franqueado. Para disminuir las pérdidas se les envió antes por correo una carta de presentación del estudio para solicitar su colaboración y posteriormente un recordatorio, según recomienda la literatura sobre el tema (37-38), además de otros sistemas de captación general, como fue la aparición en prensa y televisión locales., usando la encuesta autocumplimentada por correo, que si bien da menos porcentaje de respuesta, se podía llegar a toda la población adscrita al centro y no sólo a la demandante, con menos sesgo de sinceridad en la respuesta. En dicha encuesta autocumplimentada se preguntaban actitudes y hábitos de conducta ante un problema o síntoma concreto (¿qué hace usted cuando tiene...?); en el estudio piloto previamente realizado no se observaron dificultades para entender este tipo de pregunta. La encuesta se pasó además a la vez en versión catalana y castellana, para evitar problemas de dificultades de comprensión de lengua escrita.

Los ámbitos temáticos del cuestionario son: datos sociodemográficos, como son edad, sexo, estado laboral y clase social según la profesión, como describió Domingo (39) en las siguientes categorías:

I.-directivos, administradores y técnicos superiores.

II.- otros directivos y técnicos medios.

III.- cuadros intermedios y administrativos.

IV-A.- trabajadores manuales cualificados.

IV-B.- trabajadores manuales semicualificados.

V.- trabajadores no cualificados.

VI.- otros casos, jubilados y amas de casa.

También se registraron las enfermedades crónicas sufridas y los hábitos de autocuidado ante los problemas de salud propuestos.

Para la construcción de la encuesta y la valoración posterior de la corrección de las acciones, dado que no se hallaron en la literatura instrumentos similares usados en áreas como la de este estudio, se llevó a cabo un estudio cualitativo para conocer, de mano de los profesionales sanitarios que atendían a la población de estudio, cuáles eran lo que los pacientes les comentaban que hacían primero cuando se sentían mal; además interesaba conocer cuál era la opinión de estos profesionales sobre la corrección sanitaria de dichas acciones.

3.-ESTUDIO CUALITATIVO PREVIO:

Los objetivos específicos de este estudio preliminar eran saber que actividades de autocuidado se detectaban y cual era el nivel de corrección para cada una de ellas; secundariamente se trabajó sobre los síntomas de alerta que se tendrían que conocer. Se usó la técnica cualitativa por ser básica en el acercamiento primero a la realidad sociosanitaria de las poblaciones (40-43), y en especial del autocuidado (44)

3.1-Sujetos y métodos:

Los sujetos del estudio fueron médicos de familia y personal de enfermería con ejercicio profesional en los centros de atención primaria de la zona de estudio y adyacentes (Valles Occidental) y que hubieran demostrado interés por el tema. Hubieron 11 participantes (9 médicos de familia y 2 enfermeros), de 5 centros de atención primaria (de las áreas de Terrassa, Rubí, San Cugat y Olesa), sobre un total de 103 profesionales. Se les proporcionó una lista de patologías comunes a valorar (fiebre, cefaleas, resfriados y gripe, diarrea, estreñimiento, lumbalgias, artralgias, heridas, odontalgias y dolor menstrual) que según la literatura son los síntomas comunes por los que la población realiza más actividades de autocuidado (11, 14, 21, 23, 24, 45). A los participantes en el grupo de discusión se les preguntó que actividades sabían que se llevaban a cabo para cada síntoma según su experiencia diaria, cuáles de ellas eran adecuadas, inadecuadas o neutras respecto el curso clínico, y cuales serian los síntomas de alerta que tendría que conocer la población; además se les preguntó sobre sus opiniones y actitud respecto los autocuidados. Las sesiones se desarrollaron en una sala del centro de atención primaria, y tres miembros del equipo investigador actuaron como moderador, secretario y

observador; además, las sesiones fueron grabadas en audio. El análisis de los datos se hizo mediante las notas tomadas en rotafolio consensuadas “in situ” por el grupo de discusión, las notas de campo del observador y la transcripción de la grabación en audio, primero en solitario por cada miembro del equipo y posteriormente con puesta en común, hasta encontrar un consenso.

3.2.-Resultados:

Los resultados del grupo de discusión se pueden dividir en dos partes: en primer lugar la discusión sobre el propio hecho de los autocuidados, y en segundo la construcción por consenso de una lista de actividades de autocuidado y su clasificación respecto la adecuación.

Durante las dos sesiones se puso de manifiesto la opinión que los profesionales sanitarios conocen muy poco los remedios y practicas tradicionales y las creencias en que se basan; aunque muchos de ellos los usan en su vida no profesional, en la consulta no los recomiendan por poco científicos, temiendo que “les quitará valía como médicos o enfermeros”, también comentan que tienen “poca confianza en remedios que saben por experiencia que funcionan y no son lesivos”.

El grupo de discusión creyó que sería muy importante educar a los pacientes sobre los síntomas de ciertas patologías, como los resfriados, y sobre la necesidad y el uso de los antibióticos, no sólo porque no hagan automedicación incorrecta, sino también para que cumplan de forma adecuada las pautas de tratamiento recomendadas por su médico.

Respecto el hecho de potenciar los autocuidados, los participantes llegaron a la conclusión que era una idea muy interesante y a fomentar, pero sin perder de vista que existe un cierto peligro, en cuanto se quite importancia a síntomas que también

pueden corresponder a patología más grave; Por tanto, les parece imprescindible insistir sobre los síntomas de alerta, “se trata de acudir al médico cuando es conveniente, ni demasiado pronto ni demasiado tarde” (tabla 3).

En ciertas patologías comunes, como las heridas, se llegó a la conclusión que era necesaria una primera valoración por un profesional sanitario, ya que animar en este caso a realizar unas actividades de autocuidado en concreto podía ser muy difícil de llevar a cabo. En cambio se pensó que sí se podían dar unas pautas generales de comportamiento y, sobretodo, indicar qué acciones se deben evitar. En determinados casos, como en lumbalgias, odontalgias o estreñimiento se llegó al acuerdo que es más importante dar unas pautas de prevención que de primera actuación.

Para llegar a una correcta potenciación de los autocuidados se comentaron diversas estrategias, pero siempre en torno a las figuras clave de la comunidad y de los grupos familiares. Una idea que fue ampliamente apoyada fue la colaboración de los medios de comunicación, incluso los locales (prensa, radio, televisión) para conseguir la más amplia difusión de las normas de autocuidado y de educación sanitaria. También consiguió el consenso de forma inmediata la idea de involucrar a los farmacéuticos en todo el proceso, ya la población los percibe a media distancia entre los servicios sanitarios formales y los informales.

Respecto a la construcción del listado y clasificación de las actividades de autocuidado, a los problemas inicialmente propuestos, los participantes añadieron dos más que también les parecían frecuentes en las consultas y susceptibles de una educación en autocuidados: pirosis e insomnio.

Las acciones que surgieron para cada problema se pueden resumir en los siguientes tipos: automedicación, remedios caseros internos como infusiones y

remedios caseros externos como cataplasmas o masajes. Dentro de cada categoría hubo una gran variedad para escoger, sobretodo en los remedios considerados “de toda la vida” (p.e. cebolla partida en la cabecera para la tos, compresas con vinagre para la fiebre, toques con licor para las odontalgias etc.)

Todas estas acciones se catalogaron por consenso en tres grupos: acciones adecuadas, inadecuadas y neutras, para cada síntoma en concreto (tabla 4). En este sentido, la automedicación con antibióticos fue considerada unánimemente inadecuada en todas las opciones donde era posible realizarla, igual que la toma de antiinflamatorios; en cambio los analgésicos (paracetamol, aspirina) fueron catalogados como adecuados en todas las opciones. La mayoría de los remedios caseros fueron adecuados o neutros, sólo acciones como la toma de licor para odontalgias o algias menstruales, fumar contra el estreñimiento o no beber en caso de diarreas, fueron considerados inadecuadas.

Respecto los signos y síntomas de alerta el grupo se fijó sobretodo en aquellos que marcarían patología grave (p.e. manchas en la piel con fiebre, sangre en las heces, signos flogóticos, etc.); uno de los puntos que más polémica creó fue el tiempo de espera para consultar, ya que “recomendar públicamente un tiempo de espera determinado, sin tener en cuenta algunas precauciones puede ser arriesgado”.

TABLA 3: Puntos clave de las opiniones sobre autocuidados:

No se aconsejan remedios y prácticas tradicionales porque quitará valor como profesionales
Hay poca confianza en remedios que se conocen y que la experiencia da por buenos
La potenciación de los autocuidados ha de servir para evitar la automedicación incorrecta y para mejorar el cumplimiento de las órdenes médicas.
Es imprescindible insistir en los síntomas de alerta.
Se trata de acudir al medico cuando es necesario, ni demasiado pronto ni demasiado tarde

TABLA 4: Clasificación de la valoración de las actividades de autocuidado

Adecuado:	Neutro:	Inadecuado:
Toma de antitérmicos o analgésicos.	Ciertas medicaciones (mucolíticos, antitusígenos de libre dispensación, aplicación de cremas antiinflamatorias, etc.).	Toma de antibióticos sin la valoración de un profesional médico
Medidas físicas (por ejemplo frío o termoterapia, masajes).	Toma de infusiones para ciertos síntomas (té, tomillo).	Automedicación múltiple
Toma de infusiones (manzanilla, tila) en algunas patologías.	Gargarismos, enjuagues.	Toma de licores para ciertas patologías
Cambios en la dieta (astringente, sin irritantes, aumento de la fibra, etc.).		Disminución del aporte de líquidos
Aumento del aporte de líquidos.		No tener en cuenta los síntomas de alerta
Reposo o cambio en las actividades físicas.		

Con estos datos se construyó una encuesta de respuesta múltiple (anexo 1), en que las opciones fueron las acciones facilitadas en el estudio cualitativo. En el análisis posterior se usó la calificación de la corrección clínica de las acciones de autocuidado.

Adicionalmente se recogieron los datos de la frecuentación al CAP de la muestra durante el año previo a la puesta en marcha del estudio (de junio de 1996 a mayo de 1997).

4.-ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Los datos obtenidos por las encuestas y por el recuento de las visitas médicas al CAP (de los cuales las variables independientes son los datos sociodemográficos y de salud, y las dependientes los hábitos de autocuidado) se analizaron de forma univariada para conocer la distribución de los datos (en porcentaje para variables categóricas y en media y rango para las continuas) y bivariada para estudiar su relación entre los dos grupos. La base de datos se construyó con el programa ACCES del paquete Office de Microsoft, y el análisis estadístico con el paquete informático SPSS (46).

A fin de facilitar el análisis estadístico hemos reunido los diferentes síntomas en varias categorías: fiebre, cefalea, problemas respiratorios (tos, resfriado y gripe), problemas digestivos (diarrea, vómitos, pirosis y estreñimiento) y problemas músculo-esqueléticos (lumbalgias y artralgias); y las diferentes acciones a realizar en cuatro grupos, que son: automedicación, remedios caseros, actividades de consulta, abstención y otras (aquellas actuaciones que no son clasificables como ninguna de las previas), ya que la mayoría de los estudios consultados siguen estrategias similares.

Las asociaciones entre variables cualitativas se han analizado usando el test Chi-cuadrado si se cumplían las condiciones de aplicación, o la prueba exacta de Fisher en caso contrario.

Las asociaciones con la edad y las variables cualitativas se han analizado usando un t-test para datos independientes si se cumplían las condiciones de aplicación, o la prueba de Mann-Whitney en caso contrario. Dada la naturaleza de

recuento de la variable “frecuentación”, las tasas para las variables explicativas se han ajustado mediante una regresión de Poisson. Las asociaciones se han analizado usando la prueba F de Wald.

Dadas las numerosas variables sociodemográficas a considerar, y teniendo en cuenta que alguna pudiera estar en relación con otras, se realizó un análisis multivariante para analizar en cada acción cuál era la variable (o combinación de variables) que fuera determinante, y eliminar asociaciones espurias. Para cada variable binaria se ha fijado un modelo logístico. Las variables que continuaban en el modelo se han escogido mediante un procedimiento al revés por etapas usando como criterio un grado de significación de p inferior al 0.05.

El análisis estadístico de la segunda parte, en la que hemos de valorar la influencia de la intervención educativa en la frecuentación y en la adecuación de las consultas, se ha realizado mediante la construcción de una regresión de Poisson en el primer caso, y mediante una regresión logística en el segundo. En ambos casos se ha tenido en cuenta para la construcción del modelo los factores de confusión que en la primera encuesta ya fueron significativos (47-50).

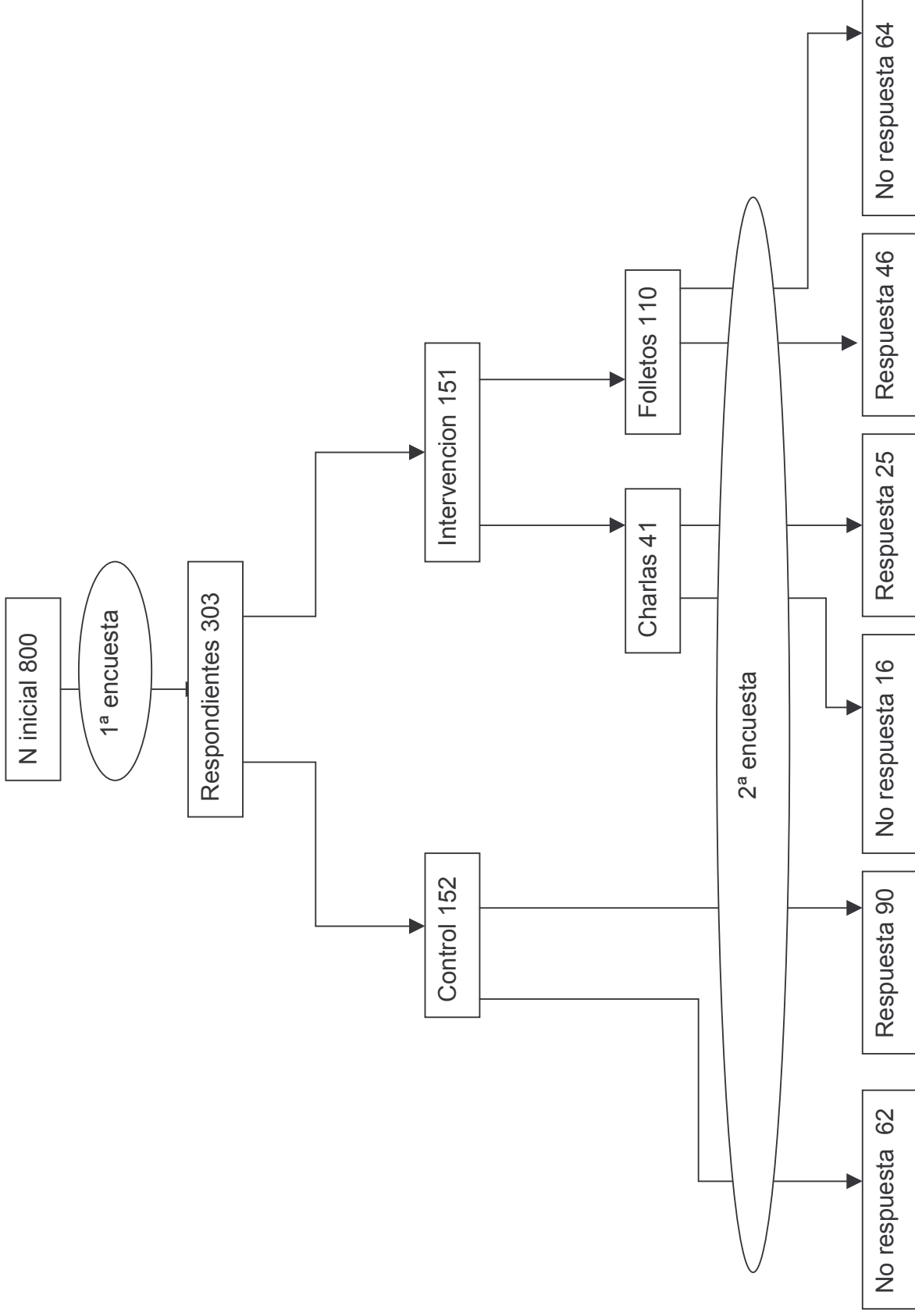
5.-INTERVENCION:

Una vez conocidos los determinantes del comportamiento en autocuidado y el nivel y calidad respecto a ellas, se aplicó una intervención educativa, consistente en unas charlas sobre los diferentes síntomas a tratar (fisiopatología básica, acciones correctas e incorrectas, y síntomas de alerta), con el apoyo de diapositivas y material escrito (anexo 2) que se ofrecieron al grupo de intervención. Las charlas fueron programadas en diferentes franjas horarias para facilitar la asistencia del mayor número de pacientes seleccionados. A las personas de este grupo que no acudieron a las charlas se les envió por correo los trípticos de cada síntoma en que se explicaba, en un lenguaje accesible, fisiopatología básica, actuación adecuada y síntomas de alerta antes los cuales consultar. De esta manera se formaron dos subgrupos de intervención: por un lado los que acudieron a las charlas y tuvieron el material escrito, y por otro los que tenían sólo la información escrita. Mientras tanto, los pacientes que conformaban el grupo control no recibieron ninguna intervención.

En la figura 1 se presenta el esquema del flujo del estudio, con los grupos control e intervención (charlas y folletos) y las pérdidas que hubo en cada paso.

Tras un año de la administración de la intervención educativa se recogieron los datos de frecuentación al CAP a lo largo de ese año, además se les volvió a pasar por correo la misma encuesta sobre actividades de autocuidado que se les pasó al principio.

ESQUEMA DEL ESTUDIO (figura 1)



RESULTADOS

1.-RESULTADOS DEL ESTUDIO DESCRIPTIVO

De la muestra escogida retornaron la encuesta 303 personas, un 37.5% de respuesta, teniendo en cuenta que es una encuesta general remitida por correo es, según la literatura, un porcentaje esperable de respuesta, a pesar de todas las medidas para aumentar el nivel de respuesta.

El análisis de las características del grupo de individuos que no respondieron en relación con los individuos que sí lo hicieron demuestra que éste es de media unos 4 años mayores, con una frecuentación ligeramente superior (vistan al médico una vez más al año). Las diferencias demuestran el sesgo de respuesta voluntaria inevitable en este tipo de encuestas, pero en este caso son de magnitud discreta, de forma que podemos considerar que básicamente los grupos son similares y deberían comportarse de forma similar.

1.1.-Características sociodemográficas:

Como características sociodemográficas tenemos que de las 303 personas 177 (60%) eran mujeres y 126 (40%) hombres. La edad media fue de 46 años (+/- 18.54 DE). 148 (49%) eran menores de 45 años y 155 (51%) eran mayores. 196 personas estaban casadas (65%). 136 personas tenían estudios primarios (45%). En la situación laboral; de los 303 respondientes 166 no trabajaban (55%). Para la clase social según la profesión, las clases más frecuentes son la IV a y la VI, con 102 personas a cada una. Dado que las únicas categorías de la clase social con un número suficiente son la IVa y la VI, y que la agrupación de categorías, por las propias características de la clasificación, no es factible, siendo difícil establecer correlaciones con una seguridad suficiente, por lo que esta variable no entrará en consideración en el análisis. Estas características se muestran en las tablas 5 y 6

La frecuentación tuvo una media de 7.08 (+/- DE 6.01), con un máximo de 31 visitas/año. De las 303 respuestas 135 (48%) tenían una frecuentación de 1 a 5/año, mientras que 24% habían consultado 11 o más veces al año

Respecto la salud autopercebida por la población encuestada (valorada de 0 a 10 según crean que tienen menos o más salud en general) ésta tiene un valor medio de 5, pero con valores que se sitúan en el percentil 25 en 0 (95 respuestas, 31,5%) y en el percentil 75 en 8 (70 respuestas, 23%).

Las características de la población encuestada son similares a las de la población general (21-23).

TABLA 5 Características sociodemográficas según datos del centro

	Respondientes (n =303)	No respondientes (n=497)
Sexo		
Hombre	126 (40%)	215 (43%)
Mujer	177 (60%)	282 (57%)
Edad		
Media (SD)	46 (\pm 19)	42 (\pm 18)
Min-Max	15-90	16-92
< 45 años	148 (49%)	290 (58%)
> 45 años	155 (51%)	41.6 (42%)
Frecuentación		
Media (SD)	7 (\pm 6)	6 (\pm 5)
Min-Max	1-31	1-31

TABLA 6 Características sociodemográficas según la encuesta (n=303)

Estudios	
No datos	7 (2%)
No estudios	52 (17%)
Primarios	136(45%)
Medios	75 (25%)
Superiores	33 (11%)
Estado Civil	
No datos	5 (2%)
Soltero	67 (22%)
Casado	196 (65%)
Viudo	25 (8%)
Divorciado	10 (3%)
Salud autopercebida	
Media	5
Mediana	6
Percentil 25	0
Percentil 75	8
Clase Social	
No datos	15 (5%)
I Directivos, administradores, técnicos superiores,	10 (3%)
II Otros directivos, técnicos medios	19 (6%)
III Cuadros intermedios, administrativos	22 (7%)
IVA Trabajadores manuales cualificados	102 (34%)
IVB Trabajadores manuales semicualificados	23 (8%)
V Trabajadores no cualificados	10 (3%)
VI Otros casos. Mal especificado	102 (34%)

1.2.-Actividades de autocuidado

1.2.1.-Tipos de consulta:

La persona a la que más se consulta es el médico, seguido de la pareja y la madre; a ésta la consultan los jóvenes, con estudios medios o superiores, solteros o divorciados, y con una percepción de salud superior; a la pareja consultan personas mayores (sobre unos 5 años mayores que la media), hombres, y por supuesto casados. Al médico consultan personas mayores, aquellos que no trabajan y lo hacen menos a medida que se tienen estudios superiores y los solteros; respecto a acudir a urgencias lo hacen las personas mayores y viudas. Esto se expresa en las tablas 7 a 10.

Tabla 7.- Variables significativas en la consulta a la madre

MADRE 19% (n=57)				
	Media	Mediana	Percentil 25	Percentil 75
EDAD*	25	22	19	27
SALUD PERCIBIDA**	6	8	5	8
FRECUENTACION**	5.5	5	2.5	8
	Soltero	Casado	Viudo	Divorciado
ESTADO CIVIL*	71.5%	2.5%	4%	20%
	Sin	Primarios	Medios	Superiores
ESTUDIOS*	6%	13%	25.5%	45.5%

*p<0.001; **p<0.005

Tabla 8.- Variables significativas en la consulta a la pareja

PAREJA 35% (n=106)				
	Media	Mediana	Percentil 25	Percentil 75
EDAD**	50	50.5	35.5	63
	Soltero	Casado	Viudo	Divorciado
ESTADO CIVIL*	10.5%	49,5%	0	20%
	Hombre	Mujer		
SEXO*	47%	26.5%		

P<0.001; **p<0.005

Tabla 9.- Variables significativas en la consulta al médico

MEDICO 56,5 % (n=171)				
	Media	Mediana	Percentil 25	Percentil 75
EDAD*	52.5	53	38	66
FRECUENTACION*	8	7	3	12
	Soltero	Casado	Viudo	Divorciado
ESTADO CIVIL*	27	62	76	90
	Sin	Primarios	Medios	Superiores
ESTUDIOS**	69%	62.5%	47%	36.5%
	Sí	No		
TRABAJO**	50,4%	62%		

* p<0.001; **p<0.005

Tabla 10.- Variables significativas en la consulta a urgencias

URGENCIAS 5.5% (n=16)				
	Media	Mediana	%25	%75
EDAD*	56	57.5	35	74.5
	Soltero	Casado	Viudo	Divorciado
ESTADO CIVIL*	4.5%	3.5%	20%	10%

*p<0.05

1.2.2.-Análisis univariado:

Analizamos las actividades de autocuidado en los diferentes grupos de patologías agudas más frecuentes, así como la adecuación de las actividades, según los resultados del estudio cualitativo previo, y la influencia de las variables sociodemográficas con ellas, con lo que se obtienen los resultados que se exponen a continuación.

En la siguiente tabla se representa el número de respuestas afirmativas para cada patología, con su porcentaje y la desviación estándar.

Tabla 11.-Respuestas afirmativas para síntoma, acción y adecuación de las acciones (n, % y DE)

	Fiebre	Cefalea	Respiratorio	Digestivo	Musculoesquelético
Adecuado	277 (91,5%±3,%)	254 (84%±4%)	256 (84,5±4%)	293 (96,5%±2%)	238 (78,5%±4,5%)
Inadecuado	10 (3,5%±2%)	7 (2,5%±1,5%)	55 (18%±4,5%)	170 (56%±4,5%)	74 (24,5%±45%)
Neutro	10 (3,5%±2,%)	67 (22%±4,5%)	197 (65%±5,5%)	173 (57%±5,5%)	254 (84%±4%)
Consulta	112 (37±5,5%)	43 (14±4%)	206 (68±5,5%)	194 (64±5,5%)	145 (48±5,5%)
Automedicación	227 (75±8%)	248 (82±4,5%)	206 (68±5,5%)	172 (57±5,5%)	224 (74±5%)
Remedios Caseros	60 (20±4,5%)	49 (16±4,5%)	219 (72,5±5%)	295 (97,5±2%)	236 (78±4,5%)
Abstención	10 (3,5±2%)	43 (14±4%)	78 (26±5%)	66 (22±4,5%)	44 (14,5±4%)
Otros	220 (72,5±5%)	47 (15,5±4%)	115 (38±5,5%)	141 (18,5±4,5%)	29 (9,5±3,5%)

En esta tabla se puede observar como en cada uno de los síntomas valorados las acciones consideradas adecuadas son francamente superiores a las inadecuadas. El único síntoma donde la inadecuación tiene una magnitud considerable son los síntomas digestivos (el 56%), siendo de todas maneras menor a las adecuadas (96,5 % de respuestas).

1.2.2.1.- Fiebre

En la fiebre, según se aprecia en la tabla 12, vemos que la automedicación es más frecuente en los menores de 45 años (de promedio 10 años más jóvenes), las mujeres, y los que trabajan y aquellos que tienen una percepción de salud superior. Las actividades de consulta son más frecuentes en los mayores de 45 años, siendo de promedio 8 años mayor, los hombres, y no la realizan aquellos que trabajan. Respecto la adecuación de las acciones vemos que las personas que realizan acciones adecuadas son más jóvenes (de media 15 años); además hay relación con respecto la salud autopercibida en que son las personas con peor percepción de salud las que no realizan acciones adecuadas.

Resumiendo, podemos decir que las personas que realizan automedicación en la fiebre son mujeres jóvenes, que trabajan y con una percepción de su salud alta, mientras que consultan los hombres mayores que no trabajan. Las acciones adecuadas las toman personas jóvenes, y no las hacen las personas con peor salud.

Tabla 12.-Determinantes sociodemográficos significativos respecto las acciones de autocuidado ante la fiebre. Nivel de significación (p<0.05)

	EDAD	SALUD PERCIBIDA	SEXO	TRABAJO
ADECUADO	<0.001	<0.001	-	-
CONSULTA	<0.001	-	0.042	0.016
AUTOMEDICACION	<0.001	0.002	0.046	0.026

1.2.2.2.- Cefalea

La automedicación es más frecuente en los menores de 45 años (de media 10 años más jóvenes), los viudos la hacen menos. Las actividades de consulta predominan en los mayores de 45 años (con una edad media 13 años mayor), en las personas que tienen una percepción de salud inferior, las personas que trabajan y las que tiene una frecuentación previa superior; los solteros consultan menos, al igual que los individuos con estudios superiores; respecto la abstención terapéutica se haría más en caso de individuos jóvenes (unos 9 años menores) y solteros; en cambio los viudos se abstienen mucho menos. Los remedios caseros se realizan más por personas con menos frecuentación. El hacer otras acciones (como toma de TA, por ejemplo) se constata más en las personas mayores, con unos 13 años más de media, los que no trabajan y no lo harían los solteros. Respecto la adecuación de las consultas son los individuos que tiene una percepción de salud superior los que realizan las acciones más adecuadas, mientras que son viudos los que tienen un comportamiento adecuado inferior. Todos estos datos se exponen en la tabla 13.

Se puede resumir que la automedicación en cefalea la realizan personas jóvenes que no son viudas. Consultan las personas mayores con mala percepción de salud, no trabajadores, que no sean solteros ni con estudios superiores y ya frecuentadores anteriormente. Realizan remedios caseros aquellas personas con menos frecuentación. Se abstienen aquellas personas jóvenes y solteras. Las acciones más diversas son realizadas por personas mayores, que no trabajan y no son solteras. Las acciones adecuadas son tomadas por personas con buena salud y las inadecuadas por viudos.

Tabla 13.-Determinantes sociodemográficos significativos respecto las acciones de autocuidado ante la cefalea. Nivel de significación ($p < 0.05$)

	EDAD	SALUD PERCIBIDA	FRECUENTACION	ESTADO CIVIL	ESTUDIOS	TRABAJO
ADECUADO	0.01	0.02	-	0.03	-	-
CONSULTA	<0.001	0.009	0.013	0.03	0.01	0.02
AUTOMEDICACION	0.002	-	-	0.004	-	-
REMEDIOS CASEROS	-	-	0.013	-	-	-
ABSTENCION	0.003	-	-	<0.001	-	-
OTRAS ACCIONES	<0.001	-	-	0.01	-	-

1.2.2.3.- Problemas respiratorios

Los problemas respiratorios incluyen el resfriado, la gripe, y la tos. La automedicación se observa sobretodo en los casados, en cambio los divorciados tienen una proporción significativamente inferior (figura 2). Los remedios caseros los realizan las personas con estudios superiores (fig. 3). La abstención terapéutica es mayor en individuos jóvenes (son casi 6 años menores), los solteros y en los que poseen estudios superiores (figuras 4, 5 y 6). Respecto la adecuación de las acciones no se han encontrado diferencias significativas para cada variable analizada, excepto para las acciones inadecuadas, que son llevadas a cabo más por aquellas personas con menor frecuentación (fig 7).

Podemos resumir diciendo que las personas que se automedican ante un problema respiratorio son solteros; las que realizan remedios caseros son personas con estudios superiores, mientras que aquellas personas que se abstienen de realizar alguna medida terapéutica son jóvenes, solteros y con estudios superiores. Las acciones inadecuadas son ejercidas por personas menos frecuentadoras.

Fig. 2.- Relación entre estado civil y automedicación respecto los problemas respiratorios.

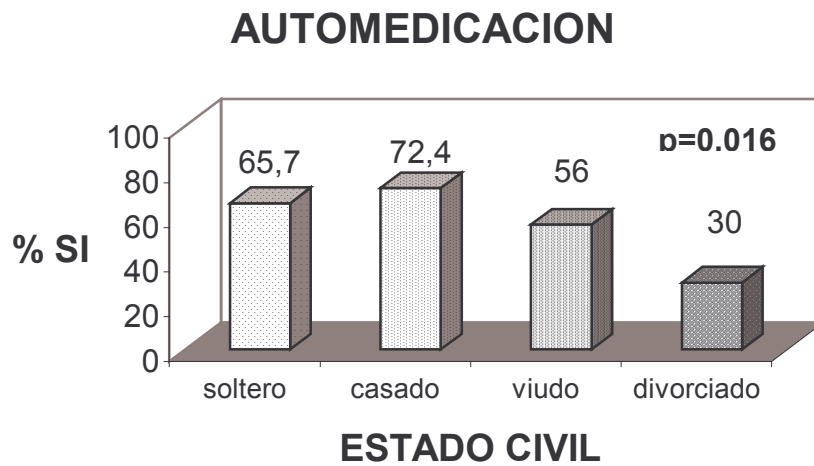


Fig. 3.- Relación entre nivel de estudios y remedios caseros respecto los problemas respiratorios.

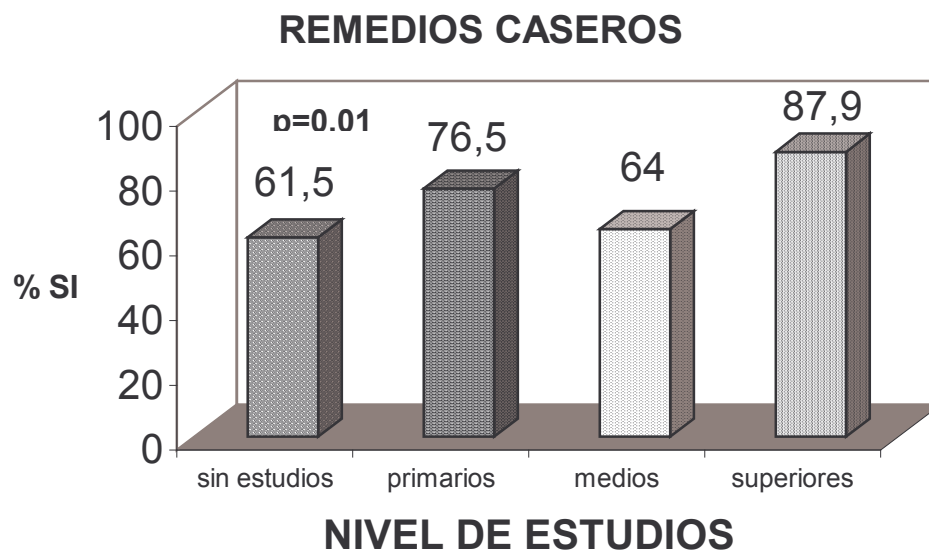


Fig. 4.- Relación entre edad y abstención terapéutica respecto los problemas respiratorios.

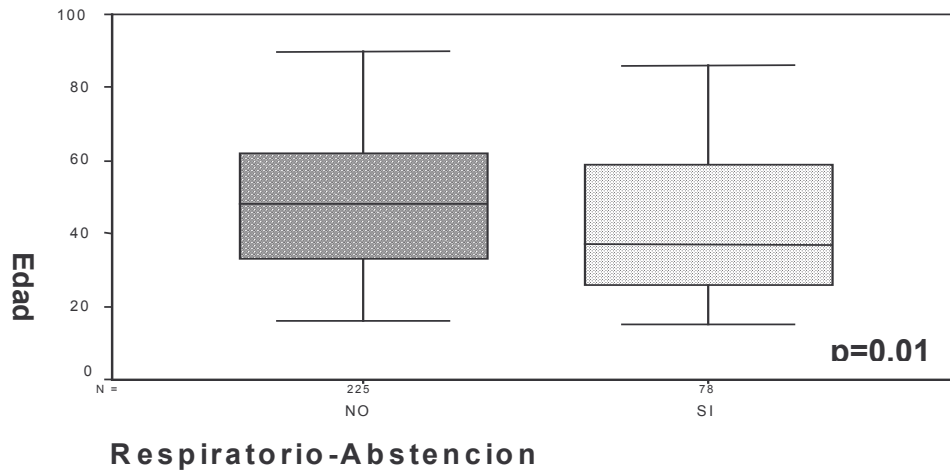


Fig. 5.- Relación entre estado civil y abstención respecto los problemas respiratorios.

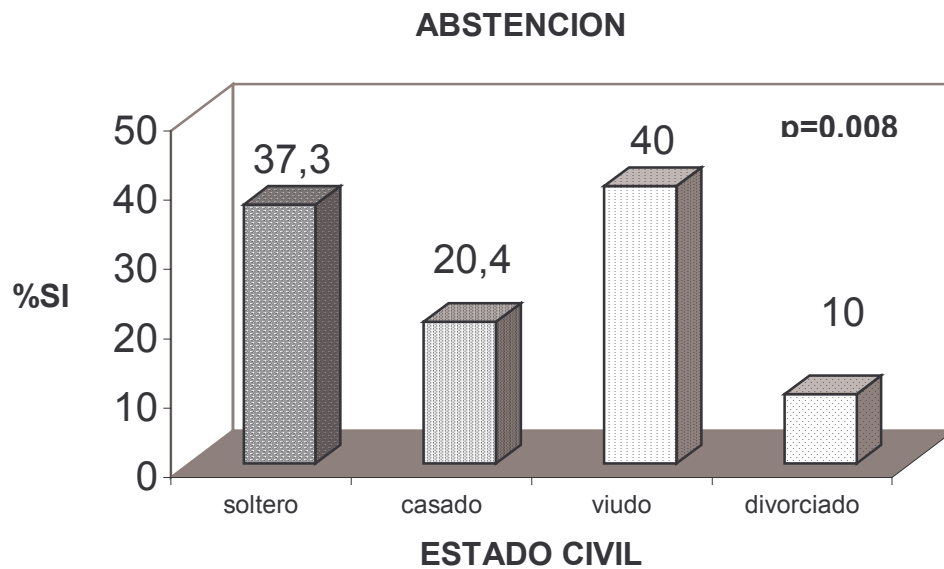


Fig. 6.- Relación entre nivel de estudios y abstención respecto los problemas respiratorios.

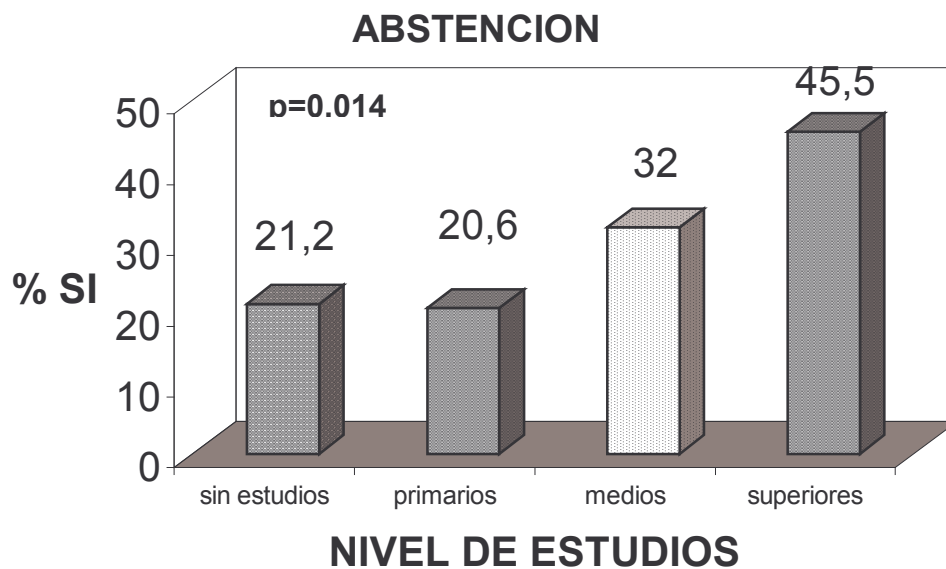
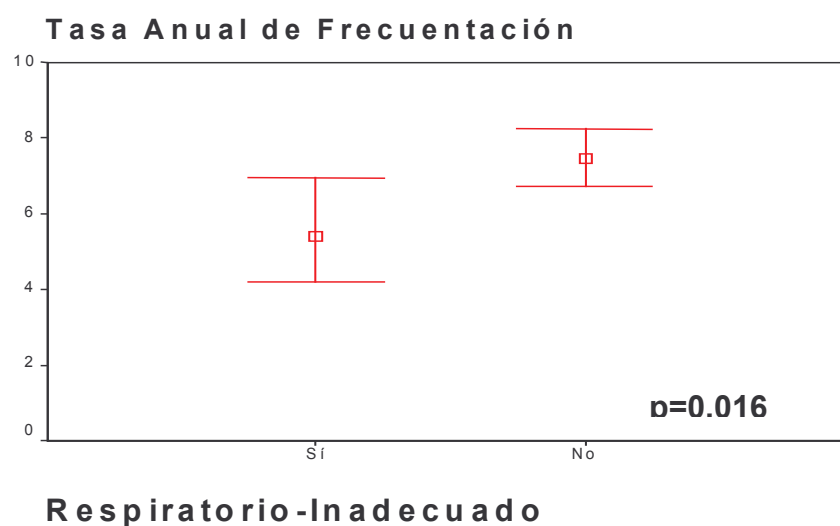


Fig. 3.- Relación entre frecuentación y acciones inadecuadas respecto los problemas respiratorios.



1.2.2.4.- Problemas Digestivos:

Los problemas digestivos incluyen vómitos, diarreas, estreñimiento y acidez. En los remedios caseros la realizan más las personas jóvenes ,unos 22 años menos de edad, (fig. 8), los trabajadores en activo y las personas con mayor salud autopercebida. La abstención terapéutica es más frecuente en los jóvenes (de media 9 años menores), los hombres, solteros (mientras que no se abstienen los casados), y con menor frecuentación (fig.9). Las actitudes adecuadas eran llevadas a cabo más por los individuos más jóvenes, de unos 14 años menores de media (fig.10), y las personas con una percepción de salud superior (fig.11), y no son llevadas a cabo por las personas sin estudios, al igual que los viudos y las personas que no trabajan, mientras que los comportamientos inadecuados son predominantes en los mayores (5 años mayores, exactamente). Los datos se exponen en la tabla 15.

Recapitulando como ya se ha hecho anteriormente se observa que la persona que realiza remedios caseros ante problemas digestivos es mayor, soltera, que aún trabaja y que cree que su salud es buena. La abstención terapéutica la realizan hombres solteros y jóvenes y que acuden poco a las consultas. Se comportan adecuadamente los jóvenes y personas con buena salud, e inadecuadamente los mayores.

Tabla 15.- Determinantes sociodemográficos significativos respecto las acciones de autocuidado ante los problemas digestivos. Nivel de significación ($p < 0.05$)

	EDAD	SALUD PERCIBIDA	FRECUENTACION	ESTADO CIVIL	ESTUDIOS	SEXO	TRABAJO
ADECUADO	<0.001	0.04	-	0.002	0.018	-	0.005
INADECUADO	0.017	-	-	-	-	-	-
REMEDIOS CASEROS	0.0017	0.04	-	-	-	-	0,019
ABSTENCION	0.0009	-	0.03	0.004	-	0.032	-

Fig.8.- Relación entre edad y remedios caseros respecto los problemas digestivos.

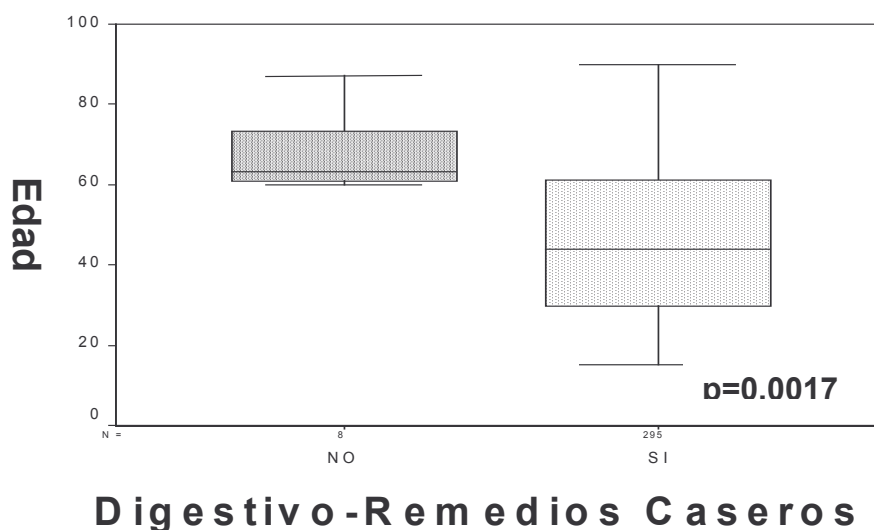


Fig. 9.- Relación entre frecuentación y abstención respecto los problemas digestivos.

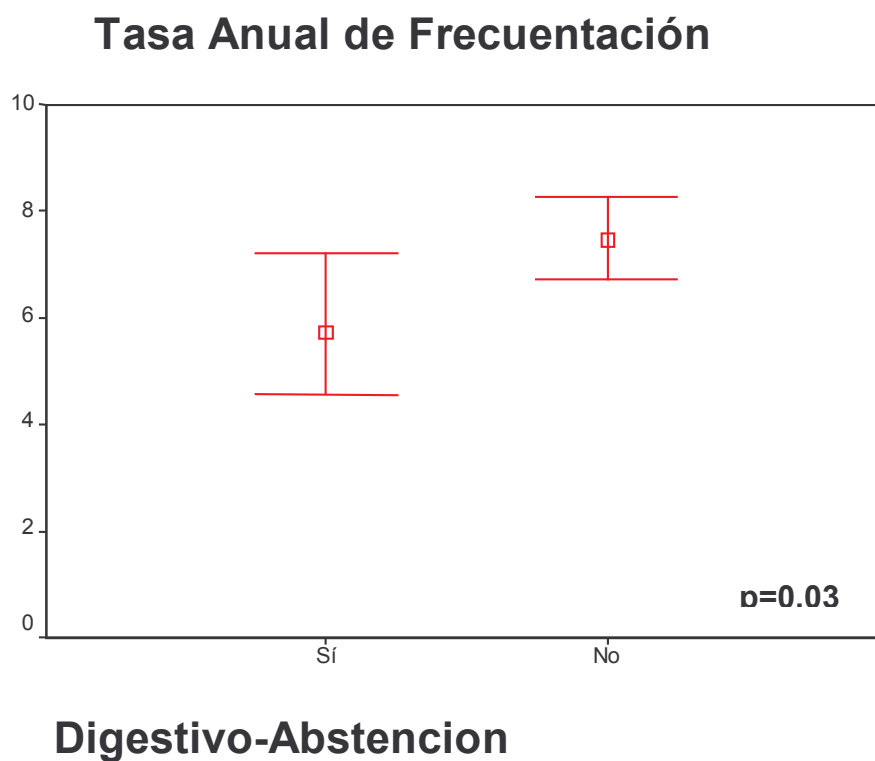


Fig. 10.- Relación entre edad y acciones adecuadas respecto los problemas digestivos.

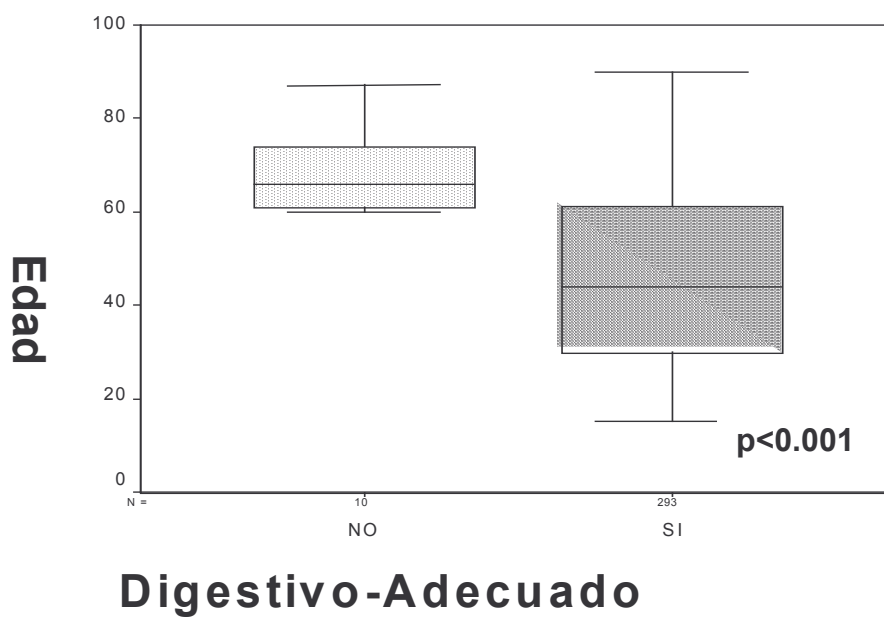
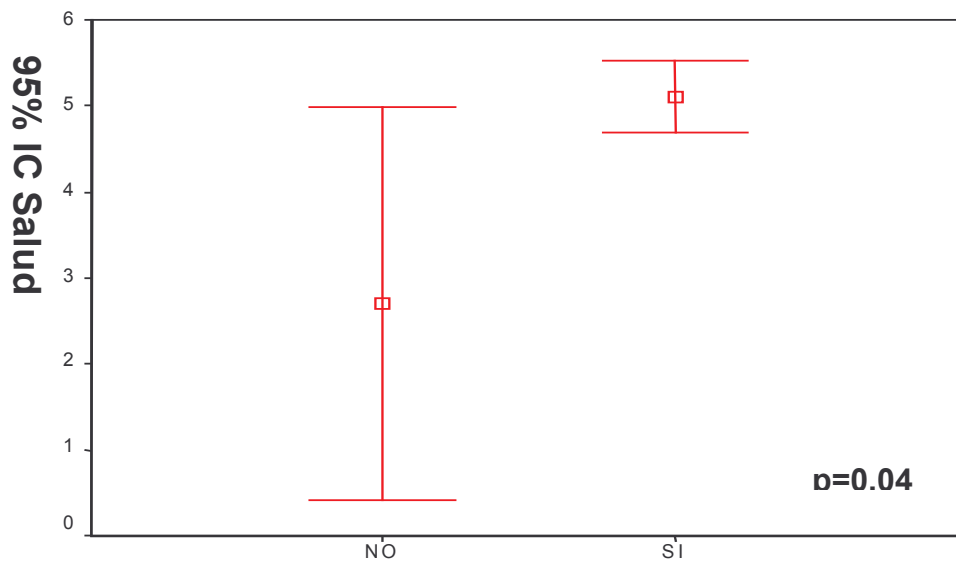


Fig. 11.- Relación entre salud autopercebida y acciones adecuadas respecto los problemas digestivos.



Digestivo-adecuado

1.2.2.5.-Problemas musculoesqueléticos:

Respecto las actuaciones ante los problemas musculoesqueléticos estudiados (dolor de espalda y de articulaciones), la abstención terapéutica la realizan primordialmente los jóvenes, con una media de 7 años menos (fig. 12). Las consultas son realizadas por personas con mayor frecuentación previa (fig.13). El comportamiento inadecuado es más frecuente en hombres, por personas sin estudios y con mayor frecuentación (figuras 14,15 y 16).

Fig. 12.- Relación entre edad y abstención respecto los problemas musculoesqueléticos.

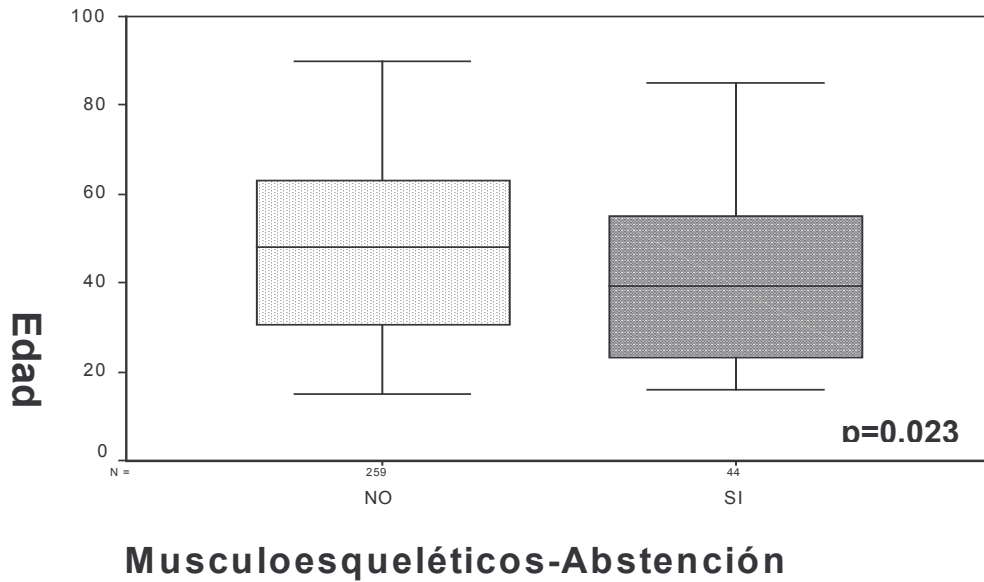


Fig. 13.- Relación entre frecuentación y consulta respecto los problemas musculoesqueléticos.

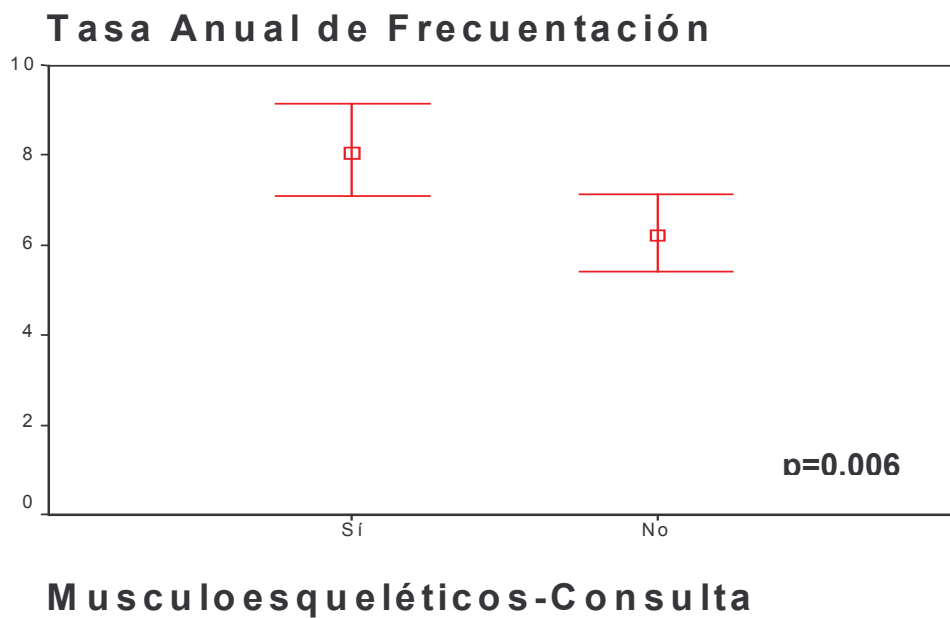


Fig. 14.- Relación entre sexo y acciones inadecuadas respecto los problemas musculoesqueléticos.

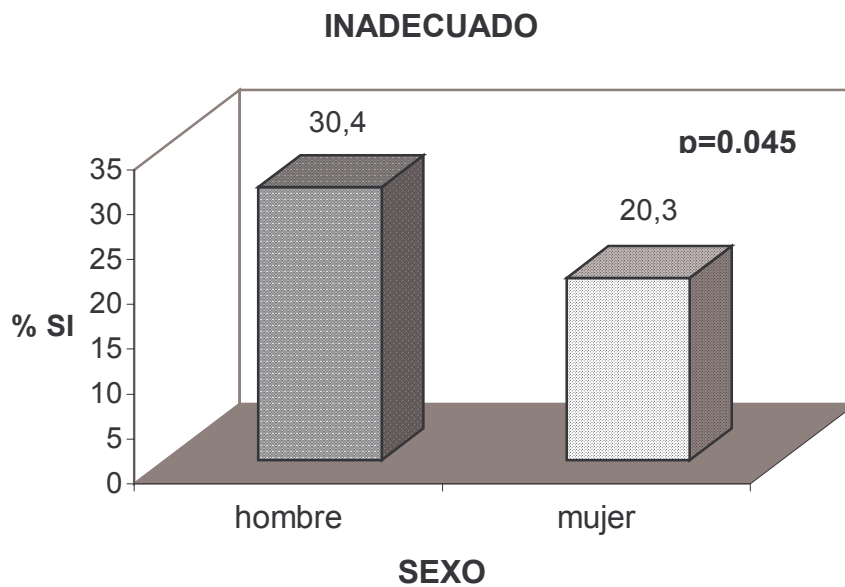


Fig.15.- Relación entre nivel de estudios y acciones inadecuadas respecto los problemas musculoesqueléticos.

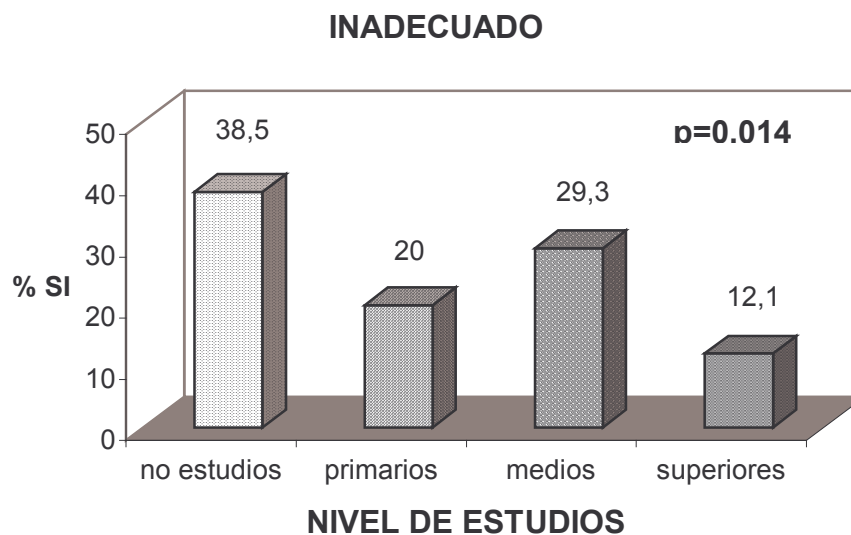
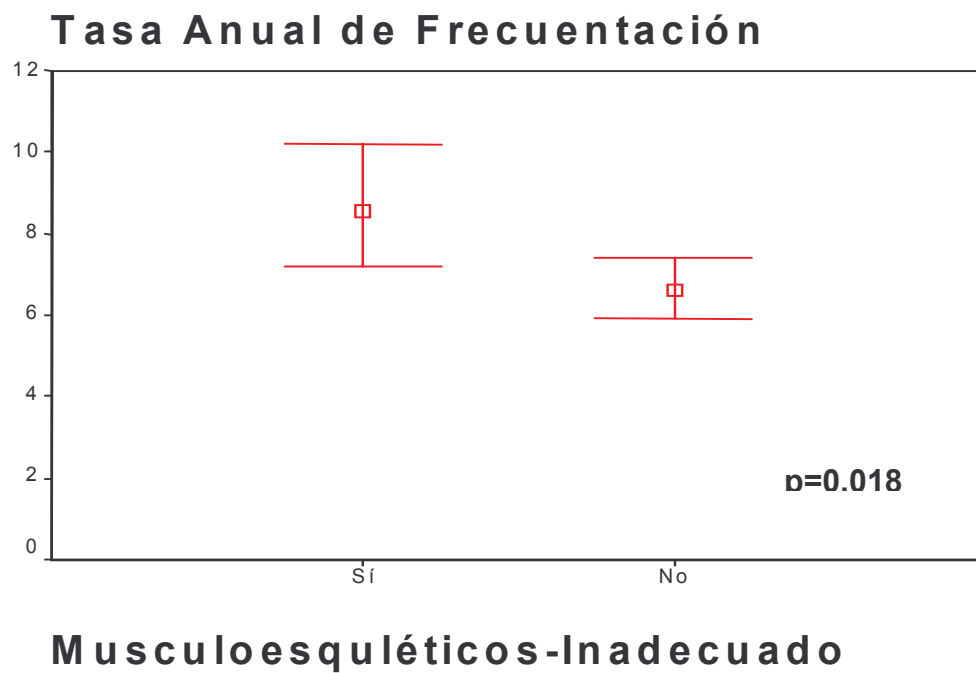


Fig. 16.- Relación entre frecuentación y acciones inadecuadas respecto los problemas musculoesqueléticos.



.2.3.-Análisis multivariante:

En las siguientes tablas aparecen los datos que resultan del análisis multivariante, según el modelo logístico, para tipo de síntoma, en relación con los determinantes que resultaron significativos.

Tabla 15.-Fiebre

	Adecuado	Consulta	Automedicación
Edad	0.963[0.93;0.98]	1.027[1.01;1.04]	0.974 [0.95; 0.98]
Salud percibida	1.192[1.04; 1.35]	-----	-----
Sexo mujer/hombre	-----	-----	1.849[1.05; 3.235]

(Odds Ratio [intervalo de confianza])

Respecto a la fiebre, el comportamiento adecuado se encuentra asociado a una edad inferior y a una salud percibida superior. La consulta por este motivo se asocia a una mayor edad; la automedicación se encuentra asociada a una edad menor, mientras que las mujeres tienden a automedicarse más.

Tabla 16.- Cefalea.

	Adecuado	Consulta	Automedicación	Remedios caseros	Abstención	Otros
Edad	----	1.04[1.02;1.06]	-----	-----	-----	1.04[1.02;1.061]
Sexo mujer/hombre	2.34[1.13;4.82]	-----	2.78[1.37;5.64]	-----	-----	-----
Estado civil						
Soltero/resto	1.30[0.59;2.87]		1.33[0.62;2.83]		3.49[1.77;6.90]	
Casado/resto	1.79[0.94;0.38]		1.91[1.04;3.50]		0.29[0.15;0.57]	
Viudo/resto	0.22[0.08;0.57]		0.16[0.06; 0.41]	-----	1.57[0.55;4.47]	
Divorciado/resto	0.72[0.14;3.54]	-----	0.82[0.16; 4.05]		0.66[0.08;5.41]	-----
Frecuentación	-----	-----	-----	0.93[0.87;0.99]	-----	-----

(Odds Ratio [intervalo de confianza])

Para la cefalea las mujeres tienen un comportamiento adecuado superior. Los viudos son las personas con menor respuesta de comportamientos adecuados, así como menor automedicación; que en cambio es realizada más por las mujeres. La consulta para cefalea se encuentra asociada a edades superiores, que también realizan otras acciones (por ejemplo, toma de tensión arterial). Los remedios caseros se asocian en el análisis multivariante con una menor frecuentación. Respecto a la abstención, sólo quedan como significativas en la ecuación el estado civil, de manera que los casados se abstendrían menos y los solteros más.

Tabla 17.- Problemas respiratorios.

	Inadecuado	Consulta	Automedicación	Remedios Caseros	Abstención
Edad	-----	1.01[1.00;1.03]	-----	-----	-----
Estudios					
No estudio/resto				0.54[0.29;1.02]	
Primarios/resto				1.47[0.87;2.46]	
Medios/resto				0.59[0.33;1.03]	
Superior/resto	-----	-----	-----	3.05[1.03;8.99]	-----
Estado civil					
Soltero/resto			0.87[0.48;1.55]		1.54[0.80;2.97]
Casado/resto			1.85[1.11;3.08]		0.54[0.31;0.96]
Viudo/resto			0.51[0.22;1.22]		3.52[1.31;9.43]
Divorciado/resto	-----	-----	0.18[0.04;0.73]	-----	0.34[0.04;2.89]
Frecuentación	0.94[0.89;1.00]	-----	-----	-----	-----

(Odds Ratio [intervalo de confianza])

En los síntomas respiratorios el comportamiento inadecuado esta asociado a una menor frecuentación; la consulta se encontraría asociada con edades superiores. Ante la automedicación, quedan como significativos el estado civil, en que el grupo de casados esta asociado con una automedicación superior, mientras que el grupo de divorciados se asocia con una automedicación inferior. Respecto los remedios caseros la asociación se da con mas fuerza en el grupo de estudios superiores, al igual que en el análisis univariante. En la abstención ha quedado como significativo en la ecuación el estado civil, en los que los viudos están asociados con una abstención superior y el grupo de casados se abstendrían menos.

Tabla 18.-Problemas digestivos

	Adecuado	Inadecuado	Remedios caseros	Abstención
Edad	0.91[0.88;0.95]	1.01[1.00;1.02]	0.91[0.88;0.96]	0.95[0.93;0.98]
Sexo				
Mujer/hombre	-----	-----	-----	0.37[0.20;0.69]
Estado Civil				
Soltero/resto				1.09[0.48;2.50]
Casado/resto	-----	-----	-----	0.55[0.29;1.05]
Viudo/resto				7.07[2.21;22.60]
Divorciado/resto				1.09[0.21;5.71]

(Odds Ratio [intervalo de confianza])

El comportamiento adecuado se encuentra asociado a edades más jóvenes, mientras que las acciones inadecuadas se encuentran asociadas a edades mayores. Los remedios caseros se encuentran asociados a edades más jóvenes. La abstención se encuentra asociada edades más jóvenes, con los hombres, y los viudos.

Tabla 19.-Problemas musculoesqueléticos

	Inadecuado	Abstención	Consulta
Edad	-----	0.98[0.96;0.99]	-----
Estudios			
No estudios/resto	2.31[1.22;4.39]		
Primarios/resto	0.57[0.33;1.01]	-----	-----
Medios/resto	1.42[0.78;2.57]		
Superiores/resto	0.39[0.13;1.17]		
Frecuentación	-----	-----	1.04[1.007; 1.09]

(Odds Ratio [intervalo de confianza])

El comportamiento inadecuado se encuentra asociado con el grupo de no estudios; La abstención se encuentra asociada a edades jóvenes. La consulta esta asociada a una frecuentación superior.

Tras el análisis multivariante se observa que la variable que más influencia tiene es la edad, seguido del estado civil, el sexo, los estudios, la frecuentación a las consultas y la salud percibida. El efecto del estado laboral observado en el análisis univariante se explica tras la aplicación del análisis multivariante por otros factores como la edad o el estado civil.

2.-RESULTADOS POSTINTERVENCION:

De las 303 personas que respondieron a la primera encuesta, respondieron a la segunda 161 (53%). En las características sociodemográficas de la población que no respondió hay una ligera predominancia de mujeres, jóvenes y con más frecuentación media, pero los otros parámetros son similares al grupo que si respondió, que a la vez son similares a los de la primera encuesta (tablas 20 y 21). Sin embargo si que se hallaron diferencias de respuesta según los grupos de intervención. La tasa de respuesta a la segunda encuesta es mayor en el grupo control (59,2%) que en el de intervención (47%), y dentro de éste en que respondieron menos aquellos que no acudieron a las sesiones. Respondieron más aquellos que no trabajaban. Por todo esto vemos que la no-respuesta está asociada con el grupo, la asistencia y el hecho de trabajar, o sea que los individuos del grupo intervención que no acudieron tienen más tendencia a no responder a la segunda encuesta (no les interesa participar), mientras que la gente que no trabaja está más dispuesta a participar. Por todo esto es necesario que el análisis estadístico de los resultados post-intervención se haga a partir de 3 grupos (control, intervención con charlas y folletos, e intervención sólo con folletos).

Tabla 20.- Características sociodemográficas postintervención según datos del centro

	Respuestas (161)	No Respuestas (142)
Sexo		
hombre	73 (45.3%)	53 (37.1%)
mujer	88 (54.7%)	90 (62.9%)
Edad		
media (SD)	50.13 (+/-18.5)	44.18 (+/-18.5)
min-max	18-88	15-90
Frecuentación		
media (SD)	4.8 (+/-4.8)	7.3 (+/- 5.8)
min-max	0-25	0-31
Grupo de estudio		
Control	90 (55.9%)	62 (43.4%)
Charlas+folletos	25 (15.5%)	16 (11.2%)
Folletos	46 (28.6%)	65 (45.5%)

Tabla 21.- Características sociodemográficas postintervención según datos de la segunda encuesta(respondientes n=161)

Estudios	
sin estudios	28 (17.4%)
primarios	76 (47.2%)
medios	39 (24.2%)
superiores	18 (11.2%)
Estado civil	
soltero	33 (20.5%)
casado	107 (66.5%)
viudo	17 (10.6%)
divorciado	4 (2.5%)
Clase social	
Sin datos	2 (1.2%)
I	6 (3.7%)
II	11 (6.8%)
III	11 (6.8%)
IV a	47 (29.2%)
IV b	10 (6.2%)
V	2 (1.2%)
VI	72 (44.7%)

2.1.- Adecuación de las respuestas

Aquí se analizaron las repuestas a la segunda encuesta tras la intervención (clases y folletos o sólo folletos). Se han llevado a cabo modelos de regresión logística para la adecuación o inadecuación de las acciones para cada síntoma considerado, ajustando por las variables que en el análisis de la primera parte ya fueron significativas. En el modelo se incorporan las siguientes variables:

- “grupo”; es decir, si se es grupo control, grupo de charlas y folletos o grupo de sólo folletos, y que nos informa sobre si las proporciones globales de comportamiento son las mismas para cada grupo, en general.
- “encuesta”; primera o segunda encuesta, y que nos informa sobre si la proporción global de comportamiento son las mismas en las dos encuestas.
- interacción “grupo-encuesta”, que nos informa si el cambio de comportamiento ha sido el mismo en los tres grupos, valorado por las dos encuestas.
- variables que podrían actuar como confusoras, que son las que han sido significativas en el análisis descriptivo, y que en todos los casos se han confirmado los resultados previos.

2.1.1.-Fiebre:

-Adecuado (tabla 22)

Se observa una diferencia basal en el comportamiento adecuado entre grupos, asociándose más con los grupos de intervención que con el de control (OddsRatio: folletos/control 2.20 IC 1.0-4,8; charlas/control 4.0 IC 1,11-14,4). Sin embargo el comportamiento adecuado disminuye tras la intervención, de la primera a la segunda encuesta, globalmente en todos los grupos (OR 1^a encuesta/2^a encuesta 0.5 IC 0.3-0.9). Esto podemos observarlo en la tabla 22, donde se reflejan los porcentajes pertenecientes a cada grupo. El cambio en los diferentes grupos tras la intervención (de la primera encuesta a la segunda) que en la regresión logística se expresa como interacción grupo-encuesta, no es significativo, es decir, no se halla influencia de la intervención educativa respecto las acciones adecuadas respecto la fiebre.

Tabla 22.-Frecuencias ante las acciones adecuadas respecto la fiebre.

Grupo	1^a encuesta	2^a encuesta
Control	87.5%	78.9%
Charlas+Folletos	95,1%	92,0%
Folletos sólo	95,5%	89,1%
Interacción grupo-encuesta p=0.8461		

-Inadecuado

Respecto las acciones inadecuadas no se observan cambios ni respecto el comportamiento basal de los grupos de intervención ante el control, ni globalmente en el paso de la primera a la segunda encuesta, con lo que tampoco se aprecia cambio de los grupos tras la intervención, tal como se aprecia en la tabla 23.

Tabla 23.-Frecuencias de comportamiento inadecuado ante la fiebre

Grupo	1ª encuesta	2ª encuesta
Control	3,9%	1,1%
Charlas+Folletos	2,4%	4,0%
Folletos sólo	2,7%	4,3%
Interacción grupo-encuesta p=0.272		

2.1.2.-Cefalea

-Adecuado

Aquí no se aprecian cambios significativos entre las proporciones entre los diferentes grupos, ni pre ni post intervención, con lo que la influencia de la intervención en los grupos no se revela como significativa.

Tabla 24.-Frecuencias de acciones adecuadas ante la cefalea.

Grupo	1ª encuesta	2ª encuesta
Control	84,9%	83,3%
Charlas+Folletos	75,6%	80,0%
Folletos sólo	85,5%	84,8%
Interacción grupo-encuesta $p=0.6636$		

Inadecuado

Las frecuencias de comportamiento inadecuado en la cefalea son muy bajas, de manera que el modelo de regresión logística no converge, no pudiendo realizar ningún contraste de hipótesis. Sin embargo, tal como se muestra en las frecuencias de la tabla 25, han aumentado discretamente los comportamientos inadecuados en la segunda encuesta.

Tabla 25.-Frecuencias de acciones inadecuadas ante la cefalea.

Grupo	1ª encuesta	2ª encuesta
Control	1,3%	3,3%
Charlas+Folletos	7,3%	-----
Folletos sólo	1,8%	4,3%

2.1.3.- Problemas respiratorios

-Adecuado

En los problemas respiratorios tampoco se halla significación en la comparación basal entre grupos, ni en la comparación entre primera encuesta y segunda encuesta. Tras el análisis por regresión múltiple no se encuentra cambio significativo de los grupos tras la intervención educativa.

Tabla 26.-Frecuencias de acciones adecuadas ante problemas respiratorios.

Grupo	1ª encuesta	2ª encuesta
Control	84,9%	82,2%
Charlas+Folletos	82,9%	84,0%
Folletos sólo	84,5%	89,1%
Interacción grupo-encuesta $p=0.5028$		

-Inadecuado

Vemos que las acciones inadecuadas inicialmente ya están más asociadas al grupo folletos que al de charlas (OR charlas/folletos 0.2 IC 0.09-0.79), y que las respuestas inadecuadas están asociadas más a la primera encuesta que a la segunda (OR 2ª encuesta/1ª encuesta 0.47 IC 0.2-0.8). Pero aquí el modelo de regresión no converge debido a la baja frecuencia del grupo de charlas; a pesar de esto si se intenta el modelo realizando la interacción de los grupos de encuesta (es decir de la intervención) sólo en los grupos control y folletos sí hay convergencia, pero no se halla significación estadística en ella (es decir no se encuentra influencia de la intervención). Esto se puede comprobar en la tabla 27.

Tabla 27.-Frecuencias de acciones inadecuadas ante problemas respiratorios

Grupo	1ª encuesta	2ª encuesta
Control	15,8%	10,0%
Charlas+Folletos	9,8%	-----
Folletos sólo	24,5%	13,0%
Interacción grupo-encuesta p=0.4341		

2.1.4.-Problemas digestivos

-Adecuado

Volvemos a encontrarnos con el problema de la convergencia del modelo debido a las frecuencias, principalmente en las respuestas negativas a los comportamientos adecuados, con lo que no es posible realizar el análisis estadístico. Pero si vemos la tabla 28 es posible observar que las diferencias iniciales entre grupos y tras la intervención (de primera encuesta a segunda) son mínimas.

Tabla 28.-Frecuencias de acciones adecuadas respecto problemas digestivos.

Grupo	1ª encuesta	2ª encuesta
Control	98,0%	96,7%
Charlas+Folletos	95,1%	100%
Folletos sólo	95,5%	97,8%

-Inadecuado

En las acciones inadecuadas no se aprecian diferencias basales de comportamiento entre los grupos de intervención y de control, ni globalmente de la primera a segunda encuesta, tras la intervención. No hay interacción significativa que demuestre influencia de la intervención en ninguno de los grupos.

Tabla 29.-Frecuencias de acciones inadecuadas respecto problemas digestivos

Grupo	1ª encuesta	2ª encuesta
Control	54,6%	56,7%
Charlas+Folletos	68,3%	60,0%
Folletos sólo	53,6%	52,2%
Interacción grupo-encuesta p= 0.8032		

2.1.5.-Problemas musculoesqueléticos

-Adecuado

Como se puede ver en al tabla 30, se aprecia un cambio de comportamiento de la primera a la segunda encuesta, de manera que las acciones adecuadas estas más asociadas con la segunda encuesta (OR 2ª encuesta/1ª encuesta 1.6 IC 0.98-2.7), o sea que mejoraría en general la acción, pero analizando la interacción entre grupo y encuesta, es decir valorando la influencia de la intervención en los diferentes grupos, no se halla significación en ella.

Tabla 30.-Frecuencias de acciones adecuadas ante problemas musculoesqueléticos

Grupo	1ª encuesta	2ª encuesta
Control	78,3%	86,7%
Charlas+Folletos	80,5%	84,0%
Folletos sólo	78,2%	84,8%
Interacción grupo-encuesta p= 0.8941		

-Inadecuado

En las acciones inadecuadas no se han encontrado significaciones ni para las diferencias en el comportamiento entre los grupos (control, charlas y folletos) ni entre la primera y segunda encuesta; asimismo tampoco se han hallado diferencias significativas en la interacción entre grupos y encuesta, que marca la influencia de la intervención.

Tabla 31.-Frecuencias de acciones inadecuadas ante problemas musculoesqueléticos

Grupo	1ª encuesta	2ª encuesta
Control	25,8%	36,7%
Charlas+Folletos	31,7%	20,0%
Folletos sólo	20,0%	23,9%
Interacción grupo-encuesta $p= 0.2549$		

2.2.-Influencia en la frecuentación:

El análisis estadístico de la variación de la frecuentación tras la intervención educativa se ha realizado mediante la construcción de un modelo de regresión de Poisson, dado que la frecuentación se trata de un recuento. Las variables que se incluyeron en el modelo son las mismas que en el caso de la adecuación.

La media global en toda la muestra a la primera encuesta fue de 7.08, mientras que en la segunda disminuyó a 6.06, que en este caso presenta una diferencia significativa (fig 17). viéndose esta disminución en los tres grupos, que es significativa en control y charlas, no así en folletos (fig. 18).

Sin embargo, en la interacción entre los diferentes grupos de intervención (control, charlas y folletos) y la 1ª y 2ª encuesta no se halla significación, de manera que la variación que observamos en los grupos no puede atribuirse al efecto de la intervención, dado que las diferencias también se presentan en el grupo que no habría recibido la educación sobre autocuidados.

Fig.17.- Variación de la frecuentación en toda la muestra tras la intervención (1ª y 2ª encuestas)

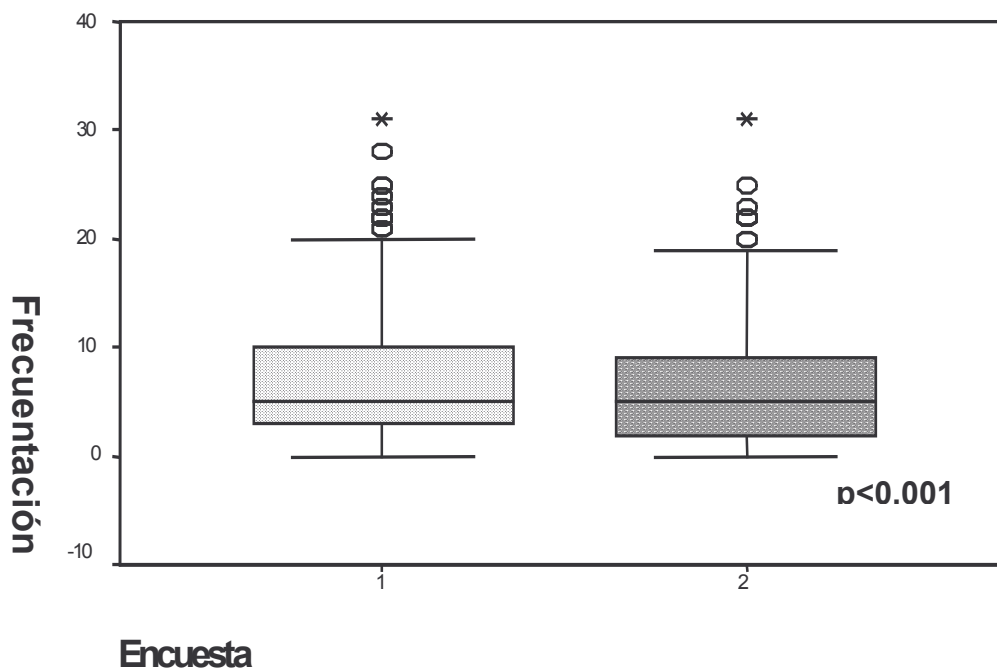
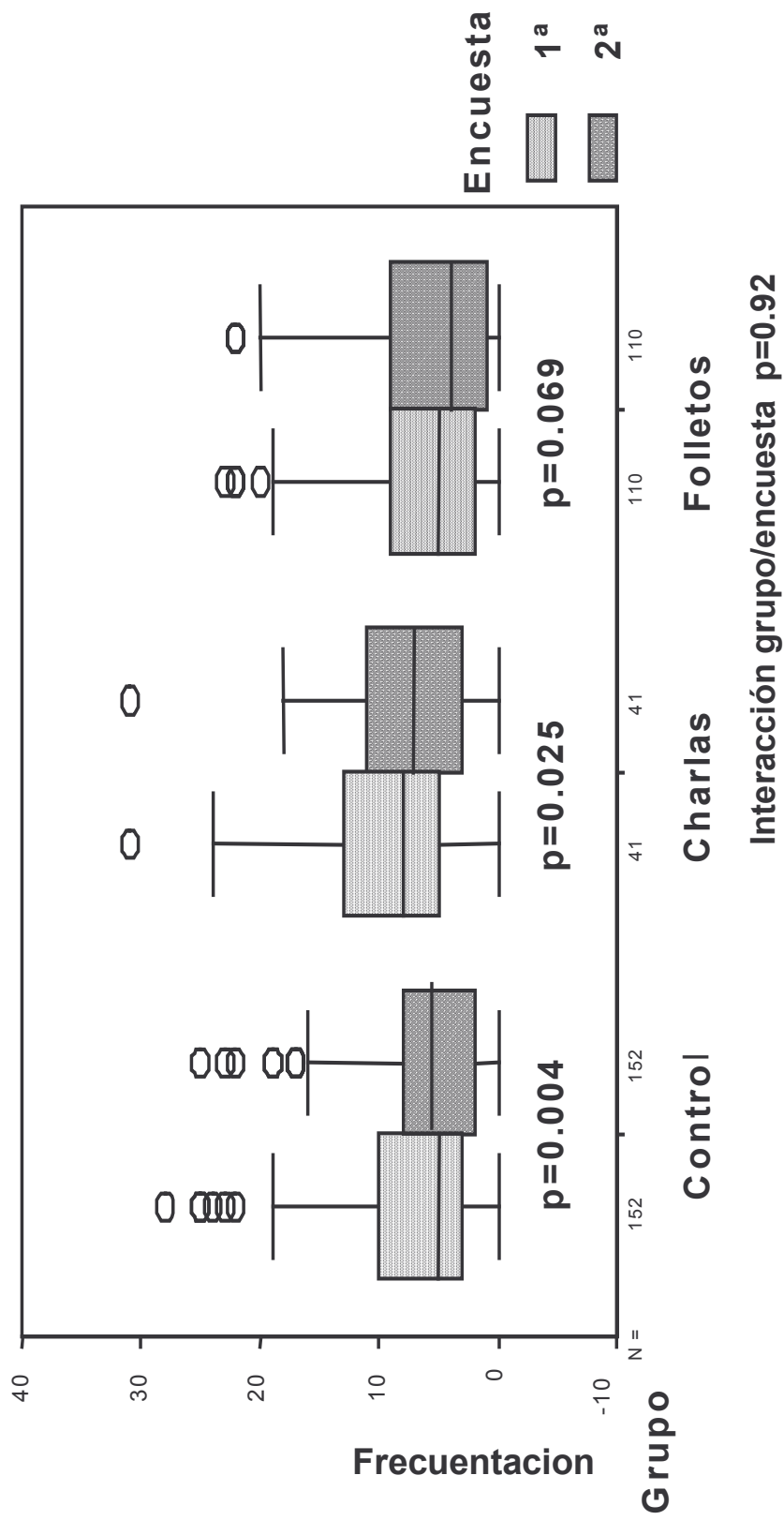


Fig. 18.-Variación de la frecuentación a las consultas en los diferentes grupos en las dos encuestas, tras la intervención educativa.



DISCUSIÓN

1.-CONSIDERACIONES GENERALES

La población estudiada es similar a la de otros estudios de zonas comparables a la nuestra (11,20-22,51) en las principales variables sociodemográficas estudiadas.

Vemos que para cada categoría de síntomas hay una apreciable variedad de comportamientos y éstos varían básicamente en función del síntoma a considerar, tal como se ha contrastado ya en otros trabajos (15,19-21,23,24,51,52). Para cada síntoma las variables que influyen en la toma de decisiones son diferentes, posiblemente, tal como indican otros estudios, debido a la valoración personal o importancia que se da a un síntoma u otro, que depende a su vez de los determinantes sociales de salud (15,17,20,52).

Es por dicho motivo que el análisis de los datos se realiza síntoma a síntoma, ya que la respuesta a cada uno de ellos es diferente. A partir de aquí las conclusiones se pueden extrapolar en relación con los determinantes sociodemográficos y de salud en general.

Una pregunta previa que nos hicimos fue saber a quién se consulta primero en el caso de haber un síntoma; los resultados generales nos dicen que se consulta predominantemente al médico habitual, seguido de la pareja y la madre, seguido a mucha distancia por el farmacéutico, las urgencias y por último los amigos. Estos resultados son congruentes con otros estudios en los que se valora la opción de la consulta. Verbrugge (14) estudia las consultas no profesionales, siendo en su estudio la principal consultora la pareja, seguido de los amigos (no se valora a la madre); Nebot y Llauger (21) sólo diferencian entre consulta profesional y no profesional, siendo esta última la principal.

2.- CONSTRUCCIÓN Y ESTRUCTURA DEL ESTUDIO

Dentro de la estructura de este trabajo hemos de tener en cuenta el sesgo de respuesta, imposible de obviar en este tipo de estudios. En nuestro trabajo la respuesta a las encuestas y la participación en el grupo de intervención era totalmente desinteresada, al contrario que en otros estudios en que se realizaba remuneración económica, o se obtenían ventajas en los contratos con agencias de salud (26,27,53); estas estrategias nos fueron del todo imposibles, dado que en nuestro país hay un sistema público de salud de cobertura universal, de pago por impuestos solidarios. A pesar de esta diferencia el número de participantes en estos estudios no difiere sustancialmente del nuestro (26-31) Los trabajos de intervención en los que se consigue mayor participación en sistemas de salud similares al nuestro son multicéntricos (33,34).

En el momento de iniciar este trabajo la realización de estudios multicéntricos en Atención Primaria era harto dificultosa, tanto por las propias características de aislamiento de centros y de presión asistencial del primer escalón del sistema sanitario, como la resistencia que históricamente ha encontrado este ámbito para realizar investigación. Por fortuna actualmente en la Atención Primaria de nuestro país se está fomentando no sólo la investigación, que goza de muy buena salud, sino también la factibilidad de estudios multicéntricos, con el desarrollo de redes temáticas de investigación (RedIAPP) (54).

Se llevaron a cabo diversas acciones para fomentar la participación en el estudio, tales como cartas de presentación y recuerdo, aparición en prensa y televisión locales invitando a la participación, y llamadas a los individuos seleccionados por parte del personal de enfermería que tuvieran asignado (37,55). A pesar de todo ello no debemos olvidar que las personas que aceptaron entrar en el estudio estaban especialmente dispuestas e interesadas en el tema, lo que hace que los resultados de este trabajo deban leerse con la debida prudencia.

Otro punto a discutir es el método utilizado para saber en qué síntomas nos teníamos que centrar, y sobre qué acciones de autocuidado teníamos que interrogar, así como la valoración previa de las acciones de autocuidado respecto cada síntoma.

Ya que en nuestro ámbito no se hallaron estudios que nos indicaran dicha valoración a priori, debimos usar la técnica del estudio cualitativo por grupo de discusión, ampliamente utilizada como estudio preliminar de problemas en la Atención Primaria (40-43).

Los datos obtenidos en dicho estudio cualitativo sirvieron para conocer mejor cuales eran los síntomas ante los cuales los profesionales observaban más actividades de autocuidado, qué tipos de ellas causaban, y consensuar la valoración (adecuado, inadecuado o neutro) que pudieran recibir, así como para conocer su actitud ante las mismas. En las sesiones desarrolladas para el estudio cualitativo se trabajaron también los síntomas de alerta imprescindibles que se consideraron que la población debiera conocer, de cara a complementar la información que se iba a dar en los folletos y charlas de la intervención (56).

Respecto a la encuesta que se usó para recoger los datos, no hallamos ninguna en los idiomas de nuestra zona (catalán o castellano) que se ajustara a las características del estudio (autocumplimentada y dirigida a población general y no sólo a la consultante), por lo que debimos construir una que sirviera para nuestros propósitos (anexo 1).

Dicho instrumento se redactó utilizando la información sobre síntomas y autocuidados que obtuvimos del estudio cualitativo, y teniendo en cuenta las técnicas de construcción de encuestas más habituales en la literatura (37-38). Como se puede observar, en la encuesta se interroga sobre actividades de autocuidado habituales (¿qué hace cuando...?) que, si bien nos evita el sesgo de estacionalidad, y centra la respuesta en los comportamientos cotidianos, puede introducir uno de memoria o de aceptabilidad de la respuesta(55,57).

En el estudio piloto previo a la puesta en marcha de la recogida de datos de la encuesta, que se realizó sobre 50 individuos similares en edad y sexo a la muestra seleccionada y a los que se solicitó opinión y sugerencias, no se recogieron dificultades en la comprensión de las preguntas. Sin embargo hubiera sido deseable utilizar una encuesta ya validada para poder usarla en otras investigaciones posteriores similares.

3.-CARACTERÍSTICAS Y DETERMINANTES DE LAS ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO QUE REALIZA NUESTRA POBLACIÓN Y SU INFLUENCIA EN LA ADECUACIÓN DE LAS ACCIONES.

La edad es un factor influyente y es la variable que, en el análisis multivariante, mantiene su influencia en la toma de decisiones en un mayor número de síntomas. En términos generales los individuos más jóvenes realizaron más automedicación o bien abstención terapéutica, y en cambio las mayores realizan más actividad de consulta profesional, tal como se constata en otros estudios(12,17,20,21,23), excepto en el estudio de Clanchet y cols. (22) donde se encuentra una ligera predominancia de autocuidados en gente mayor, pero sin significación estadística.

Pensamos que estas diferencias pueden deberse a dos razones: por un lado la población joven tiene compromisos laborales y familiares y poco tiempo para consultar al médico, y ha de solucionar rápidamente el problema con sus propios medios, además de haber cada vez más un auténtico interés en este segmento de edad por las terapias alternativas; los mayores tienen más tiempo para ir al médico, han dejado sus obligaciones laborales, además de haber sido objeto en las pasadas décadas de una atención muy paternalista por parte del estamento médico. Sin embargo tampoco no hemos de olvidar la diferencia de morbilidad sentida, que crece a medida que aumenta la edad (52,58,59).

En cuanto la adecuación de las acciones de autocuidado, los individuos más jóvenes en general realizarían actividades consideradas adecuadas. Esto se podría interpretar como la mayor información sobre salud que hay en las últimas

generaciones, debido probablemente a la mayor facilidad actual que hay para obtenerla (televisión, internet, etc) y por el interés de los medios de comunicación generales por noticias del mundo de la salud, y la difusión en medios no profesionales de las últimas investigaciones básicas y aplicadas.

Respecto al sexo, encontramos en la literatura gran variedad de resultados: mientras que unos (19,21,23,60) demuestran que las mujeres consultan más y los hombres se automedican más, otros (20,22,52) no encuentran diferencias significativas. Tras el análisis multivariante, el género sólo queda como determinante en la automedicación en fiebre y en cefalea y comportamientos adecuados en cefalea (más en mujeres), abstención en problemas digestivos (más en hombres), mientras que para el resto de acciones y en el resto síntomas no hay influencia de la variable sexo.

Creemos que estas diferencias entre trabajos pueden ser debidas principalmente a los cambios sociales que se han producido en los últimos 25 años, en los que se ha producido la introducción en el mundo laboral de la mujer (que se identifica cada vez más con los esquemas tradicionalmente masculinos) ya que los estudios con resultados más parecidos a los nuestros son también los más cercanos en el tiempo. De todas formas no podemos olvidar que las mujeres han sido durante siglos las principales encargadas de la salud en las familias, así como de la transmisión de la educación sanitaria en la mayoría de las culturas (1).

El estado civil ha quedado en las ecuaciones del análisis multivariante en más acciones que variables como el sexo; en general vemos que los casados, en las categorías de acciones en que es significativo, son los que más acciones positivas emprenden (se automedican más en cefalea y problemas respiratorios), mientras que serían viudos o solteros aquellas personas con mayor abstención (en problemas respiratorios y digestivos) y menor automedicación (concretamente en cefalea); asimismo son los viudos y solteros los que realizan menos acciones correctas (también en cefalea).

Posibles explicaciones pueden ser que esta toma de decisiones es el reflejo de las actitudes de la pareja, que refuerza a su vez las propias, la responsabilidad de tener una familia detrás, así como el soporte social y emocional que supone; Segall (15) encuentra que los no casados son los que más se automedican, en otros estudios no se encuentran diferencias (17,21,52).

El nivel de estudios influye de forma muy heterogénea, según el tipo de síntoma a considerar, pero en principio se puede resumir en que a menor nivel de estudios más demanda de consulta profesional, al igual que se observa en otros trabajos (15, 17,23,51). De la misma manera se aprecia que la adecuación es, a grandes rasgos, menor para las personas con estudios primarios o sin ellos. Una posible explicación sería que los individuos con un menor nivel de estudios tendrían menor nivel de conocimientos médicos generales, y menos habilidades para obtener nuevos, de forma que dependerían más de los profesionales de la salud.

Sin embargo, tras el análisis multivariante se observa que este determinante social queda significativo sólo en tres puntos: ante problemas respiratorios son las personas con estudios superiores los que más utilizarían remedios caseros y se abstienen más, mientras que las personas sin estudios o con la primaria inacabada serían los que realizarían más acciones incorrectas ante problemas musculoesqueléticos. Es decir, se observa que la significación del menor nivel de educación ante la toma de decisiones en realidad es dependiente de otros factores como la edad.

El estado laboral es uno de los factores a priori más importantes a la hora de determinar las actitudes a tomar, a pesar de ser una de las variables menos estudiadas en otros trabajos (17). En nuestro estudio, en el análisis univariado, las personas que son activas laboralmente consultan menos, mientras que hacen automedicación o remedios caseros; una de las razones que se pueden dar para esto es que las personas que no trabajan tienen mucho más tiempo para ir al médico. Respecto la adecuación de las actividades no se han encontrado diferencias, excepto en problemas digestivos (más adecuado en personas que trabajan). Sin embargo el análisis multivariado pone de manifiesto que la influencia del factor estado laboral se pueden explicar por la combinación de efectos de los otros factores (edad, estado civil, sexo).

Respecto la clase social, en la mayoría de las categorías el número de individuos no era suficiente para un análisis fiable excepto en dos de ellas (IV a u obreros especializados y VI o jubilados, desempleados y amas de casa) , y al no ser factible la reunificación de categorías, dichos datos no pudieron ser explotados. Sin

embargo, en otros estudios realizados en Estados Unidos, Dinamarca o Canadá, en los que la determinación de la clase social se realiza a partir de la declaración de los ingresos medios por unidad familiar y aplicando un baremo, se observa que en las medias-altas se realizan más los remedios caseros o abstención terapéutica, mientras que son las clases más bajas las que consultan más al médico o llevan a cabo más automedicación (11,15,17,20,21,23,52).

No hemos encontrado en la literatura ningún estudio donde se valore la influencia de la frecuentación previa a las consultas en las actividades de autocuidado; a pesar de ser en múltiples estudios de intervención su disminución el punto final a considerar (26-35). En nuestro trabajo la frecuentación, que en el análisis univariado era significativo en 6 tipos de acciones, queda su efecto explicado por otros factores tras el análisis multivariante en la mitad de los casos, quedando sólo como independiente en el uso de remedios caseros en la cefalea por parte de los menos frecuentadores, que también son los que realizan acciones más inadecuadas ante problemas respiratorios, y una mayor actividad de consulta ante problemas musculoesqueléticos por los individuos con mayor frecuentación.

En otros trabajos se estudia la influencia de variables como el nivel de salud (en general mediante escalas numéricas o número de enfermedades crónicas sufridas) tal y como realizamos en este estudio en la valoración de la salud autopercebida; así, los individuos con peor salud percibida son los que consultan más al médico, mientras que los que sienten que están más sanos usan más los remedios caseros o bien se abstienen, cosa similar a otros estudios (15,52), mientras que en otros no se confirma (17,21,23). Tras el análisis multivariante el nivel de

salud percibida sólo queda como factor independiente al tener un comportamiento adecuado ante la fiebre los individuos con mejor salud percibida; así pues, las posibles influencias sobre la consulta o el uso de medicación o remedios caseros quedarían explicadas por otros factores, básicamente la edad.

Estas diferencias de peso relativo de las variables respecto a determinados estudios las podemos justificar no sólo por la metodología del estudio (encuestas autocumplimentadas de actitud, ante entrevistas personales de recuerdo, o diarios de salud), sino por las diferentes bases culturales de los entornos en donde se han realizado los trabajos— hay estudios de Estados Unidos, Dinamarca, Australia, Curaçao, España, etc.- y finalmente por los diferentes modelos de sistema sanitario, siendo por ejemplo completamente liberal en Estados Unidos contra el de protección universal que hay en España.

Respecto al nivel de adecuación o corrección de las acciones de autocuidado en relación con los síntomas que las desencadenan es muy alto. De las cuatro categorías de corrección que se obtuvieron tras el estudio cualitativo, fue en acciones adecuadas donde mayor porcentaje de respuestas se obtuvo: desde el 78% de respuestas adecuadas para problemas musculoesqueléticos hasta el 96% para problemas digestivos. Las actividades inadecuadas se observaron del 2.3% para cefalea hasta el 56,1% para problemas digestivos (cabe recordar aquí que la encuesta era de opción multirrespuesta), de forma que en ningún caso las opciones incorrectas fueron superiores a las correctas. Esta valoración adecuada de los autocuidados es congruente con otros estudios, en los que también se valoran a los autocuidados como correctos y poco nocivos, a pesar de usar otras estrategias para ello (5-9).

4.-COMPROBACIÓN DE LA VARIACIÓN DE LA FRECUENTACIÓN A LAS CONSULTAS TRAS LA APLICACIÓN DE UN PROGRAMA EDUCATIVO, ASÍ COMO DE LA ADECUACIÓN DE LAS ACCIONES DE AUTOCUIDADO.

Valorando los resultados del trabajo tras la intervención educativa vemos que ésta no se ha demostrado eficaz en disminuir las consultas médicas ni en mejorar la corrección del autocuidado.

Nuestros resultados son congruentes con los estudios publicados en el British Medical Journal en el 2001 (33,34). En estos estudios la estrategia de intervención era similar: se envió por correo información escrita sobre autocuidado en síntomas comunes a población general; a pesar de ser ambos estudios multicentricos, con una muestra muy amplia, los resultados sobre la frecuentacion a las consultas médicas fueron que no se demostró disminución en ella.

En los estudios donde sí se obtienen disminuciones significativas de la frecuentación se hacen intervenciones más intensas: libros o folletos con soporte telefónico (30), material escrito y sesiones educativas individuales con soporte telefonico y recordatorios mensuales (28) folletos con charlas y soporte telefonico con consejos individuales (29), e incluso premios económicos, regalos o ventajas en las cuotas a aseguradoras (26). Los resultados de estos estudios son difícilmente comparables con los nuestros por las diferentes estrategias de la intervención. Acciones de este tipo son difíciles de implementar en áreas como la nuestra por la complejidad organizativa, económica, e incluso legal que comportarían.

Respecto la variación en la corrección de los autocuidados no hemos encontrado en la literatura ningún estudio que tuviera un objetivo similar, ni primario ni secundario. El que no hayamos encontrado mejoras significativas en dicha corrección tras la intervención se puede explicar revisando los resultados que se obtuvieron en la parte descriptiva del estudio. Dichos resultados fueron que las acciones consideradas correctas superaban en todos los casos el 75%; al partir ya de un nivel alto es fácil que las intervenciones destinadas a mejorar este aspecto fracasasen a no ser que comporten un esfuerzo desproporcionado.

Ante los resultados que se han obtenido en este estudio, que son congruentes con los realizados en otras realidades sanitarias y culturales, cabe pensar que los autocuidados se deben fomentar teniendo en cuenta su complejidad, como cualquier otro comportamiento humano ante una situación que le es adversa.

El fomento de la cultura sanitaria en general y de los autocuidados en particular es una importante baza a jugar para la mejora de la presión asistencial (61), y de hecho se están usando actualmente en campañas como los picos de patología respiratoria invernales o para la prevención de los efectos del calor (62). Sin embargo dichas campañas están formadas principalmente por folletos que se entregan en los centros de salud (o sólo están colocados en expositores o mostradores) o carteles publicitarios en el más puro estilo de marketing comercial. Ante los resultados de estudios como este y otros similares, hemos de preguntarnos hasta qué punto dichas campañas son efectivas, y si lo son, si son eficientes.

El uso de folletos, guías, libros u otras informaciones escritas divulgadas de forma general, e incluso las informaciones que se puedan dar en cualquier medio de comunicación de masas (prensa, radio, televisión, Internet, etc) debería acompañarse de otras acciones individualizadas, adaptadas al nivel e intereses de cada persona que las reciba para que tuvieran efecto (63). Una estrategia a considerar es el consejo oportunista, fácil a realizar en la consulta, individual y orientado al problema específico de cada consultante en el momento, y económico. Este acción ya se ha revelado como una de las más coste-efectivas en el consejo antitabaco (64) y pudiera ser fácilmente aplicable en el ámbito de la atención primaria.

Otras acciones más complejas sólo pueden ser construidas tras más investigaciones que tengan en cuenta la compleja realidad del individuo, con múltiples aproximaciones de otras disciplinas sanitarias y del comportamiento humano (36,65-67), como base para comprender las actitudes de nuestros pacientes dentro de su contexto socio-cultural, y poderle ofrecer una atención más eficaz, eficiente y efectiva.

Y esto nos compete a todos: médicos, economistas, antropólogos, sociólogos, historiadores, políticos y todos aquellos que consideramos que nuestro empeño es mejorar las condiciones de ser y estar de las personas.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

1. Las personas que son consultadas primero ante un problema de salud son el medico, la pareja, la madre y los amigos. El que lo sea una y no otra depende de variables tales como la edad y el estado civil principalmente.
2. Las variables que influyen en las actividades de autocuidado son principalmente edad, estado civil, sexo, frecuentación, estudios y salud percibida.
 - a. Ante la fiebre las personas que realizan automedicación en la fiebre son mujeres jóvenes, que trabajan y con una percepción de su salud alta, mientras que consultan los hombres mayores que no trabajan. Las acciones adecuadas las toman personas jóvenes, y no las hacen las personas con peor salud.
 - b. En cefalea la automedicación la realizan personas jóvenes que no son viudas. Consultan las personas mayores con mala percepción de salud, no trabajadores, que no sean solteros ni con estudios superiores y ya frecuentadores anteriormente. Realizan remedios caseros las personas con menos frecuentación. Se abstienen aquellas personas jóvenes y solteras. Las acciones más diversas son realizadas por personas mayores, que no trabajan y no son solteras. Las acciones adecuadas son tomadas por personas con buena salud y las inadecuadas por viudos.
 - c. Para los problemas respiratorios las personas que se automedican son solteros; los que realizan remedios caseros son personas con estudios superiores, mientras que aquellas personas que se abstienen de

realizar alguna medida terapéutica son jóvenes, solteros y con estudios superiores. Las acciones inadecuadas son ejercidas por personas con menor frecuentación.

- d. En los problemas digestivos la persona que realiza remedios caseros es mayor, soltera, que aún trabaja y que cree que su salud es buena. La abstención terapéutica la realizan hombres solteros y jóvenes y que acuden poco a las consultas. Se comportan adecuadamente los jóvenes y personas con buena salud, e inadecuadamente los mayores.
 - e. Ante los problemas musculoesqueléticos la abstención terapéutica la realizan las personas jóvenes y consultan las personas con mas frecuentación previa. El comportamiento inadecuado lo realizan más las personas de sexo masculino, sin estudios y con mayor frecuentación.
3. La valoración de la corrección de dichas actividades, según los estándares que se consensuaron previamente, fue en todos los casos superior al 75%. Respecto a la realización de acciones consideradas inadecuadas ésta fue siempre menor a los porcentajes de acciones adecuadas.
 4. Impartir un programa educativo basado en folletos repartidos por correo y complementados por charlas sobre los problemas de salud comunes más consultados, no se revela como útil a la hora de disminuir la frecuentación a las consultas del médico, ya que no hemos hallado diferencias significativas.
 5. Este programa educativo basado en folletos y charlas tampoco contribuye a mejorar la corrección de las actividades de autocuidado, posiblemente debido a que el nivel de adecuación de estas acciones se reveló muy alto en el análisis basal.

RESUMEN

INTRODUCCION

Se define el autocuidado como aquellas actividades dirigidas al reconocimiento y evaluación de síntomas y la respuesta a ellos en el contexto de la vida cotidiana; puede dividirse en automedicación, uso de remedios caseros o no farmacológicos, consulta no profesional y abstención terapéutica. Se ha observado que aproximadamente el 65% de la morbilidad sentida no llega a las consultas médicas, tratándose sólo con autocuidados. Diversos trabajos han estudiado las características de los autocuidados y sus relaciones con las características sociodemográficas; asimismo se han realizado estudios de intervención a fin de observar si la potenciación de los autocuidados influye en factores tales como la frecuentación a las consultas, la satisfacción de los usuarios o la calidad de la atención. Los resultados de dichos estudios varían dependiendo de los síntomas estudiados, del tipo de sistema sanitario en el que enmarcan y de las estrategias de intervención.

A pesar que en nuestro país se han realizado diversos trabajos descriptivos sobre los autocuidados, los estudios de intervención has sido escasos.

OBJETIVOS

Dado que los estudios de intervención previos han sido realizados en ambos poco comparables al nuestro nos propusimos los siguientes objetivos:

1.- Conocer las características de las actividades de autocuidado que realiza nuestra población.

2.-Valorar la corrección o incorrección de estas acciones para cada tipo de síntoma planteado.

3.- Comprobar si disminuye la frecuentación a las consultas tras la implementación de un programa educativo.

4.-Comprobar si mejora la corrección de los autocuidados ante diferentes síntomas tras la aplicación de dicho programa educativo.

PACIENTES Y METODO

A una muestra inicial de 800 se propuso una encuesta autocumplimentada, enviada por correo, respecto a 14 problemas de salud (reunidos en fiebre, cefalea, problemas respiratorios, problemas digestivos y artralgias) recogiendo datos sociodemográficos, salud autopercebida y hábitos de autocuidados. La encuesta se construyó a partir de un estudio cualitativo mediante un grupo de discusión, en el que también se determinaron los criterios de corrección e incorrección para las diferentes acciones de autocuidado identificadas.

Posteriormente se realiza una intervención a la mitad de la muestra (grupo control), consistente en unas charlas sobre la actuación ante los diferentes síntomas

propuestos en la encuesta, junto con el reparto de material escrito (folletos); el grupo de intervención se autodividió en dos grupos: aquellos que acudieron a las charlas y recogieron el material escrito y aquellos que sólo recibieron los folletos. El resto de la muestra actuó como grupo control.

Pasado un año de la intervención se vuelve a pasar la misma encuesta sobre autocuidados para valorar cambios de actitud tras la intervención. Los datos sobre frecuentación se obtienen antes y después de la intervención del fichero automatizado del centro de atención primaria donde se atiende a la población objeto del estudio.

El análisis estadístico se realiza para la valoración de los determinantes sociodemográficos mediante análisis univariado (con las pruebas que precisan cada tipo de variable) y multivariado para conocer las relaciones entre variables sociodemográficas y el comportamiento en autocuidados ante cada síntoma. El análisis tras la intervención en relación con la efectividad ante la frecuentación y la adecuación se realiza por una regresión de Poisson en el primer caso, y mediante una regresión logística en el segundo.

RESULTADOS

De la muestra escogida retornaron la encuesta 303 individuos, 59 % eran mujeres, edad media de 46.3 años. Se consulta más al médico, a la pareja y a la madre. La actitud varía en cada síntoma; Por fiebre las personas que realizan automedicación son mujeres jóvenes, trabajadoras, con percepción de salud alta, y consultan los hombres mayores que no trabajan. En cefalea se automedican personas jóvenes que no son viudas; consultan personas mayores con mala percepción de salud, no solteros ni con estudios superiores; se abstienen las

personas jóvenes y solteras. Por problemas respiratorios se automedican los solteros; realizan remedios caseros si tienen estudios superiores; se abstienen jóvenes, solteros con estudios superiores. En problemas digestivos realizan remedios caseros mayores, solteros, trabajadores que creen que su salud es buena; la abstención terapéutica la realizan hombres solteros y jóvenes. En problemas musculoesqueléticos la abstención terapéutica la realizan los jóvenes. Las acciones correctas son superiores a las inadecuadas; pero éstas son mayores en problemas digestivos.

Tras la intervención educativa devolvieron correctamente cumplimentadas las encuestas 161 personas; en las que se observó que la calidad de los autocuidados no variaba de forma significativa, y seguía siendo muy alta.

Respecto la frecuentación, en la que se analizaron los datos extraídos directamente de los ficheros del centro de salud de los 303 individuos de la muestra inicial, no se aprecia diferencia significativa entre antes y después de la intervención educativa.

CONCLUSIONES

1. Las personas que son consultadas primero ante un problema de salud son el medico, la pareja, la madre y los amigos. El que lo sea una y no otra depende de variables tales como la edad y el estado civil principalmente.
2. Las variables que influyen en las actividades de autocuidado son principalmente edad, estado civil, sexo, frecuentación, estudios y salud percibida.
 - a. Ante la fiebre las personas que realizan automedicación en la fiebre son mujeres jóvenes, que trabajan y con una percepción de su salud alta, mientras que consultan los hombres mayores que no trabajan. Las acciones adecuadas las toman personas jóvenes, y no las hacen las personas con peor salud.
 - b. En cefalea la automedicación la realizan personas jóvenes que no son viudas. Consultan las personas mayores con mala percepción de salud, no trabajadores, que no sean solteros ni con estudios superiores y ya frecuentadores anteriormente. Realizan remedios caseros las personas con menos frecuentación. Se abstienen aquellas personas jóvenes y solteras. Las acciones más diversas son realizadas por personas mayores, que no trabajan y no son solteras. Las acciones adecuadas son tomadas por personas con buena salud y las inadecuadas por viudos.
 - c. Para los problemas respiratorios las personas que se automedican son solteros; los que realizan remedios caseros son personas con estudios

superiores, mientras que aquellas personas que se abstienen de realizar alguna medida terapéutica son jóvenes, solteros y con estudios superiores. Las acciones inadecuadas son ejercidas por personas con menor frecuentación.

- d. En los problemas digestivos la persona que realiza remedios caseros es mayor, soltera, que aún trabaja y que cree que su salud es buena. La abstención terapéutica la realizan hombres solteros y jóvenes y que acuden poco a las consultas. Se comportan adecuadamente los jóvenes y personas con buena salud, e inadecuadamente los mayores.
 - e. Ante los problemas musculoesqueléticos la abstención terapéutica la realizan las personas jóvenes y consultan las personas con mas frecuentación previa. El comportamiento inadecuado lo realizan más las personas de sexo masculino, sin estudios y con mayor frecuentación
3. La valoración de la corrección de dichas actividades, según los estándares que se consensuaron previamente, fue en todos los casos superior al 75%. Respecto a la realización de acciones consideradas inadecuadas ésta fue siempre menor a los porcentajes de acciones adecuadas.
 4. Impartir un programa educativo basado en folletos repartidos por correo y complementados por charlas sobre los problemas de salud comunes más consultados, no se revela como útil a la hora de disminuir la frecuentación a las consultas del médico, ya que no hemos hallado diferencias significativas.
 5. Este programa educativo basado en folletos y charlas tampoco contribuye a mejorar la corrección de las actividades de autocuidado, probablemente debido a que el nivel de adecuación de estas acciones se reveló muy alto en el análisis basal.

BIBLIOGRAFIA

1. Dean K. Self care responses to illness: a selected review. Soc Sci Med 1981; 15: 673-687.
2. Conferencia internacional sobre promoción de la salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Rev San Hig Publ 1987; 61: 129-133.
3. Llauger MA, Contijoch C. Autocuidados y Atención Primaria. Aten primaria 1997; 19: 267-270.
4. Kickbush I. Self care in health promotion. Soc Sci Med 1989; 29: 125-130
5. Wilkinson IF, Darby DN, Mant A. Self care and self medication; an evaluation of individuals health care decisions. Med Care 1987; 25:965-978.
6. Moral Serrano S, Aguaron Joven, Adrián Gil, Pons Pons L, Baquer Masgrau A, Viejo Navarro L. ¿Se automedican correctamente los pacientes? Aten Primaria 1994; 13: 242-246;
7. Gil Álvarez J, Ponce Ortega A, Herreros Herranz I, Sanz de la Fuente T, Bártulos A, Morales Rodríguez P. Estudio sobre la calidad de la automedicación en infección respiratoria aguda de la población demandante en un centro de salud urbano. Aten Primaria 1999; 24: 332-336.
8. Olmos Sanz A, Gil Álvarez J, Herreros Herranz I, Sanz de la Fuente T, Vicente Bártulos A, Ponce Ortega A. automedicación en Atención Primaria. Libro de Ponencias, XVII Congreso de la SEMFYC, Valencia 10-13 Nov 1997: 392.
9. Gil Álvarez J. automedicación en infección respiratoria aguda: ¿una estrategia a potenciar en educación para la salud? Aten Primaria 1998; 22:262-263
10. Fleming GV, Giachello AL, Andersen RM, Andrade P. Self care substitute, supplement, or stimulus for formal medical care services? Med Care 1984; 22: 950-966.

11. Dean KJ, Holst E, Wagner MG. Self care of common illnesses in Denmark. *Med Care* 1983; 21:1012-1032
12. Dean K. Lay care in illness. *Soc Sci Med* 1986; 22:275-284
13. Green KE. Common illness and self care. *J Comm Health* 1990; 15:329-338
14. Verbrugge LM, Ascione FJ. Exploring the iceberg, common symptoms and how people care for them. *Med Care* 1987; 25: 539-569.
15. Segall A, Goldstein J. Exploring the correlates of self provided health care behaviour. *Soc Sci Med.* 1989, 29: 153-161.
16. Segall A. A community survey of self medication activities. *Med Care* 1990; 28:301-310.
17. McIsaac WJ, Levine N, Goel V. Visits by adults to family physicians for the common cold. *J Fam Pract* 1998; 47: 366-369
18. Leyva-flores R, Kageyama ML, Erviti-Erice J. How people respond to illness in México: self-care or medical care? *Health Policy* 2001; 57: 15-26
19. Ribas Batllori MA, Soler Vila M, Lopez Aguilera M, Gonzalez Solanellas M, Moreno Feliu R, Zahonero Bellmunt V. A path towards self care. *Br J Gen Pract* 1990; 40 (334): 214- 215
20. Flor Escriche X, Boque A, Iglesias Serrano C, Jané Julià C, Lumbreras Graus D, Llauger M^aA, et al. Autocuidado en el resfriado común: ¿hay que educar a la población? *Aten Primaria* 1991; 8: 850-856
21. Nebot M, Llauger MA. Autocuidado de los trastornos comunes de salud: resultados de una encuesta telefonica en la población general. *Med Clínica (Barc)* 1992; 99: 420-424.

22. Clanchet T, Navazo I, Llor C, Llovet D, Vila A, Alamán E. Medidas de autocuidado registradas ante patologías agudas en atención primaria. *Aten Prim* 1993; 11: 165-169
23. Tejedor N, Zafra E, Sánchez del Viso Y, López Muñoz A, Vidal C, López de Castro E. Trastornos comunes de salud: autocuidado y automedicación. *Aten Prim* 1995; 16: 13-18
24. Puertas Aznarez G, Actitudes de autocuidados ante trastornos comunes de salud en la población adulta en edad laboral. Libro de Ponencias, XVII Congreso de la SEMFYC, Valencia 10-13 Nov 1997. 209-210.
25. Berg AO, LoGerfo JP. Potential effect of self care algorithms on the number of physician visits. *N Engl J Med* 1979; 300: 535-537.
26. Moore SH, LoGerfo J, Inui TS Effect of a self-care book on physician visits. A randomized trial. *JAMA* 1980; 243: 2317-2320.
27. Kemper DW, Self care education, impact on HMO costs. *Med Care* 1982; 20: 710-718.
28. Roberts CR, Imrey PB, Turner JD, Hosokawa MC, Alster JM. Reducing physician visit for colds through consumer education. *JAMA* 1983; 250:1986-1989.
29. Vickery DM, Kalmer H, Lowry D, Constantine M, Wright E, Loren W. Effect of a self-care education program on medical visits. *JAMA* 1983; 250: 2952-2956.
30. Vickery DM, Golaszewski TJ, Wright EC, Kalmer H. The effect of self care interventions on the use of medical service within a Medicare population. *Med Care* 1988; 26: 580-588.

31. Marklund B, Almroth B, Schaffrath AM, Gunnarsson B, Höijer B, Fridlund B. Promoting medical self care: evaluation of a family intervention implemented in the primary health care by pharmacies. *Fam Practice* 1999; 16: 522-527.
32. Milewa T, Calnan M, Almond S, Hunter A. Patient education literature and help seeking behavior: perspectives from an evaluation in the United Kingdom. *Soc Sci Med* 2000; 51: 463-75
33. Little P, Somerville J, Williamson I, Warner G, Moore M, Wiles R, et al. Randomised controlled trial of self management leaflets and booklets for minor illness provided by post. *BMJ* 2001; 322: 1214-1217.
34. Heaney D, Wyke S, Wilson P, Elton R, Rutledge P. Assessment of impact of information booklets on use of healthcare services: randomised controlled trial. *BMJ* 2001; 322: 1218-1222.
35. Del Río ML, Martínez M, García-Martín A, De Diego MA. Un folleto informativo ¿mejora el autocuidado de la gripe? *Aten Primaria* 1992; 9:179-280.
36. Fitzaurice DA. Written information for treating minor illness. *BMJ* 2001; 322: 1193-1194
37. Navarro Rubio MD. Encuestas de salud; colección Cuadernos Metodológicos nº 11. Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas, 1994
38. Stone DH. How to do it "Design a questionnaire". *BMJ* 1993; 307: 1264-6
39. Domingo A, Marcos J. Propuesta de un indicador de la "clase social" basado en la ocupación. *Gac Sanit* 1989; 3: 320-326.
40. Britten N. Qualitative interviews in medical research. *BMJ* 1995; 311: 251-253.
41. J Kitzinger. Introducing focus groups. *BMJ* 1995; 311: 299-302
42. Jones J, Hunter D. Consensus methods for medical and health services research. *BMJ* 1995; 311: 376-80

43. Greenhalgh T, Taylor R. Papers that go beyond numbers (qualitative research). *BMJ* 1997; 315: 740-743.
44. Chapple A, Rogers A. Self-care and its relevance to developing demand management strategies: a review of qualitative research. *Health Soc Care Community* 1999; 7: 445-454
45. Freer CB. Self care: a health diary study. *Med Care* 1990; 13: 853-861.
46. Ferran Aranaz, M *SPSS para Windows; análisis estadístico* (2001). Ed. Osborne McGraw-Hill. Madrid.
47. Rial A, Varela J, Rojas AJ. *Depuración y análisis preliminares de datos en SPSS* (2001). Ed. Ra-Ma. Madrid.
48. Zar JH. *Biostatistical analysis* 3rd Edition.(1996). Prentice-Hall International:London.
49. McCulloch CE, Searle SR. *Generalized, Linear and Mixed Models* (2001). John Wiley & sons, Inc: New York.
50. Brown H., Prescott R. (1999). *Applied Mixed Models in Medicine*. John Wiley & sons, Ltd: Chichester
51. Alberts JF, Sanderman R, Gerstenbluth I, van der Heuvel WJA. Sociocultural variations in help-seeking behavior for everyday symptoms and chronic disorders. *Health Policy* 1998; 44: 57-72.
52. Haug MR, Wykle ML, Namazi KH. Self-care among older adults. *Soc Sci Med* 1989; 29: 171-183.
53. Green KE, Moore SH Attitudes toward self-care; a consumer study. *Med Care* 1980; 18: 872-877
54. <http://www.rediapp.org>

55. Siemiatycki, A comparison of mail, telephone and home interview for household health surveys. *AJPH*, 1979; 69: 238-245
56. Queralt Alcaraz M, Mur Martí T, Clanchet Aisa T, López Olivares M, López Moya Ch, Castaño Pérez A. Autocuidado para patologías agudas en atención primaria. Resultados de un estudio cualitativo. *Aten Primaria* 2000; 26 (5): 349
57. Kooiker SE Exploring the iceberg of morbidity: a comparison of a different survey methods for assessing the occurrence of everyday illness. *Soc Sci Med* 1995; 41: 317-332
58. Leventhal, EA, Prohaska TR. Age, symptom interpretation and health behavior. *J Am Geriatrics Society* 1986; 34: 185- 191
59. Stoller EP, Forster LE, Pollow R, Tisdale WA. Lay evaluation of symptoms by older people: an assessment of potential risk. *Health Education Quarterly* 1993; 20: 505-522
60. Meininger JC. Sex differences in factors associated with use of medical care and alternative illness behaviors. *Soc Sci Med* 1986; 22: 285-292
61. Bellón Saameño JA. Como entender y manejar el exceso de presión asistencial en atención primaria: consideraciones prácticas. *Cuadernos de Gestión* 1997; 3: 108-129
62. Rogers A, Flowers J, Pencheon D. Improving access needs a whole systems approach. *BMJ* 1999; 319: 866-867
63. Nebot M El consejo médico y la promoción de la salud. *Aten Primaria* 1991; 8: 331-336.

64. Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias(AETS) Instituto Carlos III-
Ministerio de Sanidad y Consumo “Evaluación de la eficacia, efectividad y
coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar”.
Madrid: AETS-Instituto de Salud Carlos III, Septiembre de 2003.
65. http://www.studentbmj.com/back_issues/0500/editorials/134.html
66. Rogers A, Entwistle V, Pencheon D. A patient led NHS: managing demand at
the ointerface between lay and primare care. BMJ 1998; 316: 1816-1819
67. Jones R, Self-care. BMJ 2000; 320: 596

ANEXOS

**1.-ENCUESTAS DE RECOGIDA DE DATOS ENVIADAS PARA LA
AUTOCUMPLIMENTACIÓN, ENVIADAS POR CORREO PRE Y POST
INTERVENCIÓN**

ENCUESTA SOBRE AUTOCUIDADOS

Como ya le informamos por carta hace unos días le enviamos una encuesta para saber que es lo que hace ante unos determinados síntomas o molestias de salud. Las respuestas tiene que marcarlas con una cruz en la casilla correspondiente y, si lo especifica, en algunas escribir. Le rogamos que responda la encuesta sin ayuda, ya que son las respuestas de una persona concreta. Una vez tenga rellenada la encuesta le rogamos que nos la remita por correo al CAP. Terrassa Sud en el sobre adjunto.

Los datos que usted nos facilite serán absolutamente confidenciales en todo momento, y sólo serán utilizados para este estudio.

De antemano muchas gracias por su colaboración.

- EDAD _____

- HOMBRE _____ -MUJER _____

-¿CUÁL ES SU NIVEL DE EDUCACIÓN? :

- Sin estudios/ básica inacabada _____
- Estudios primarios _____
- Estudios medios (bachillerato o formación profesional) _____
- Estudios superiores (universitarios o diplomados) _____

- ¿CUÁL ES SU PROFESIÓN? (escriba cual): _____

- ¿TRABAJA ACTUALMENTE?

SÍ _____

NO _____

¿Nos podría decir por que motivo?:

- Jubilado/pensionista: _____
- Paro _____
- Estudios _____
- Otros (especificar) _____

-¿NOS PODRÍA DECIR....?:

- ¿Cuántas personas hay en la casa? _____
- ¿Cuántas personas hay mayores de 65 años? _____
- ¿Cuántas personas hay menores de 15 años? _____

-¿CUÁL ES SU ESTADO CIVIL?:

- Soltero/a _____
- Casado/a /Vive en pareja _____
- Viudo/a _____
- Divorciado/da /separado /da _____

- A CONTINUACIÓN LE HAREMOS UNAS PREGUNTAS SOBRE SU NIVEL DE SALUD PERSONAL:

- PUNTÚE DEL 1 AL 10 COMO CREE QUE ES SU SALUD ACTUAL (1 es muy mala y 10 es muy buena) : _____

- ¿PADECE ALGUNO DE ESTOS PROBLEMAS CRÓNICOS? (marque con una cruz, puede marcar más de uno):

- Problemas de bronquios o pulmones _____
 - Problemas de corazón _____
 - Diabetes (azúcar en la sangre) _____
 - Hipertensión arterial (tensión alta en la sangre) _____
 - Artrosis _____
 - Problemas de hígado _____
 - Otros (especifique) _____
-

- ¿A QUIEN CONSULTA USTED PRIMERO CUANDO SE ENCUENTRA MAL DE SALUD?

- Madre / abuela _____
 - Pareja _____
 - Amigos _____
 - Farmacéutico _____
 - Médico de cabecera _____
 - Urgencias de un hospital _____
 - Otros (decir a quien) _____
-

- ¿TIENE USTED TERMÓMETRO EN CASA?

- NO _____
- SÍ _____

-Si contesta SÍ: ¿Lo utiliza habitualmente?

- SÍ _____-NO _____

-Si contesta NO: ¿Por qué?

A CONTINUACIÓN LE HAREMOS UNAS PREGUNTAS SOBRE LO QUE SUELE HACER CUANDO SE ENCUENTRA MAL

(marque con una cruz lo que usted hace; puede poner más de una cruz)

1.- ¿QUE HACE USTED CUANDO TIENE FIEBRE?

- Tomar un antitérmico (como paracetamol o aspirina)_____
- Tomar un antibiótico (como amoxicilina)_____
- Meterse en la cama, sudar o esperar_____
- Ir a su médico de cabecera o a urgencias_____
- Ir al farmacéutico_____
- Beber líquidos_____
- Ponerse el termómetro_____
- No hacer nada _____
- Otros (diga

cual)_____

¿Cuándo cree usted que debe consultar al médico por la fiebre?(marque los que crea correctos)

- Si tiene vómitos_____
- Si tiene dolor de cabeza _____
- Si tiene manchas en la piel_____
- Si dura más de 48 horas_____
- Si la fiebre no baja con los medicamentos_____
- Otros (escriba

cual)_____

2.- ¿QUE HACE USTED CUANDO TIENE DOLOR DE CABEZA? (puede marcar más de una respuesta)

- Tomar un analgésico (como paracetamol)_____

- Descansar y/o ponerse compresas frías o con vinagre o hielo en la frente_____

- Ir a tomarse la tensión de la sangre _____
- No hacer nada_____
- Consultar a su médico o a un médico de urgencias_____
- Tomar diferentes medicamentos para el dolor _____
- Ir al farmacéutico_____
- Otros (diga el

que)_____

¿Cuándo cree que debe consultar al médico por un dolor de cabeza? (señale todos los que crea correctos)

- Si tiene fiebre _____
 - Si es intenso y es la primera vez que lo tiene _____
 - Si se nota adormecido o poco activo _____
 - Si nota alguna parálisis u hormigueos o alteraciones de la visión _____
 - Si le despierta por la noche _____
 - Si tiene vómitos _____
 - Otros (diga cual) _____
-

3.- ¿QUE HACE CUANDO TIENE RESFRIADO, GRIPE O DOLOR DE GARGANTA? (marque con una cruz, puede marcar más de una opción):

- Tomar antibióticos (como amoxicilina) _____
- Tomar antitérmicos (como paracetamol o aspirina) _____
- Consultar al farmacéutico _____
- Ponerse gotas por la nariz (como descongestionantes nasales) _____
- Tomar medicamentos para la mucosidad o la tos (como mucolíticos o antitusígenos) _____
- Hacer vahos o gárgaras o tomar infusiones o agua con sal por la nariz _____
- Hacer vida normal _____
- Tomar leche caliente o leche con miel o limón con miel _____
- Ir a ver al médico _____
- Acostarse o descansar _____
- Otros (escriba el que) _____

¿Cuándo cree usted que debe consultar al médico por un resfriado, gripe o dolor de garganta? (puede marcar más una opción)

- Cuando hay fiebre más de dos días _____
- Dolor de oídos o en la cara que dure más de dos días _____
- Cuando padece usted de los bronquios _____
- Cuando no puede tragar _____
- Cuando se ve usted placas blancas en la garganta _____
- Otros (escriba el que) _____

4.- ¿QUE HACE USTED CUANDO TIENE TOS? (marque con una cruz, puede hacer más de una)

- Tomar jarabes para la tos (como antitusígenos)_____
- Tomar antibióticos (como amoxicilina)_____
- Hacer gárgaras (con tomillo o limón o bicarbonato), o vahos o comer caramelos_____
- Consultar al farmacéutico_____
- Ir a ver a un médico _____
- No hacer nada _____
- Si fuma, dejar de fumar_____
- Otros (escriba el que)_____

¿Cuándo cree que debe consultar a un médico por la tos? (marque todos los que crea correctos)

- Cuando dura más de 15 días _____
- Cuando tiene fiebre _____
- Cuando escupe sangre con la tos_____
- Cuando escupe mucosidad verde o amarillenta_____
- Cuando tiene dolor en el pecho_____
- Otros (ponga cual)_____

5.- ¿QUE HACE USTED CUANDO TIENE DIARREA? (puede marcar más de una cruz)

- Hacer dieta (arroz hervido, manzana, pescado a la plancha)_____
- Beber más líquidos_____
- Ir a ver al médico _____
- Consultar al farmacéutico _____
- No comer ni beber nada_____
- No hacer nada, _____
- Tomar antidiarreicos o medicamentos parecidos para la diarrea_____
- Tomar zumo de naranja _____
- Descansar _____
- Comer yogur y/o quesos_____
- Otros (escriba el que)_____

¿Cuándo iría usted al médico por una diarrea? (marque todos los que crea correctos)

- Si tiene fiebre _____
- Si tiene sangre o moco en las deposiciones _____
- Si tiene dolor de vientre _____
- Si hay otras personas de la familia afectadas _____
- Si ha vuelto hace poco de un viaje al extranjero _____
- Otros (diga

cual) _____

6.-¿ QUE HACE USTED CUANDO TIENE VÓMITOS? (puede marcar más de una respuesta)

- No comer ni beber _____
- Consultar al médico _____
- Tomar infusiones (manzanilla, menta-poleo) _____
- Tomar zumos de naranja y/o bebidas de cola _____
- Comer y beber muy despacio _____
- No hacer nada _____
- Tomar medicamentos para los vómitos (como metoclopramida) _____
- Dejar de tomar alcohol y/o comidas fuertes (picantes, etc.) _____
- Otros (escriba cual)

Y en caso de vómitos, ¿cuando iría usted a ver a un médico? (señale todos los que vea adecuados)

- Cuando vomita sangre o el vómito es negro _____
- Cuando empieza bruscamente y tiene fiebre y/o dolor de cabeza _____
- Cuando también ha hecho deposiciones negras _____
- Cuando no puede comer ni beber _____
- Cuando duran más de un día _____
- Cuando tiene usted azúcar en la sangre _____
- Otros (escriba el

que) _____

7.- ¿QUE HACE USTED CUANDO TIENE ESTREÑIMIENTO?(puede contestar más de una respuesta)

- Tomar laxantes: (suplementos de fibra, hidróxido de magnesio) _____
- Hacer una dieta rica en fibra (frutas, verduras, legumbres) y/o beber más

- Ponerse supositorios de glicerina o enemas _____
- Pedir consejo al farmacéutico _____
- Fumar por la mañana _____
- No hacer nada _____
- Tomar infusiones especiales _____
- Consultar al médico _____
- Otros (díganos el

que) _____

¿Cuándo cree usted que es necesario consultar al médico por estreñimiento?(marque todos los que crea correctos)

- Cuando ha aparecido de golpe _____
- Cuando en las deposiciones hay sangre o moco _____
- Cuando lo sufre usted desde siempre pero ha empeorado _____
- Cuando no le dan resultado los laxantes que usa _____
- Otros (escriba

cuando) _____

8.- ¿QUE HACE USTED CUANDO TIENE ARDOR DE ESTÓMAGO? (puede marcar más de una cruz)

- Tomar antiácidos (como almagato) _____
- Tomar bicarbonato o sal de frutas _____
- No hacer nada _____
- Comer alguna cosa y/o tomar leche _____
- Pedir algún remedio al farmacéutico _____
- Ir a decírselo al médico _____
- Comer cosas suaves _____
- Otros (escriba el que

) _____

¿Cuándo cree que un ardor de estómago puede ser importante como para consultar al médico? (señale todos los que le parezcan adecuados)

- Cuando tiene vómito de sangre _____
- Cuando hace tiempo que lo tiene _____
- Cuando hace deposiciones negras _____
- Cuando tiene que tomar algún medicamento cada día, o no le calma el ardor con nada _____
- Cuando tiene dolor de estómago _____
- Otros (díganos

cuando) _____

9.- ¿ QUE ES LO QUE HACE USTED CUANDO TIENE DOLOR DE ESPALDA?(puede poner cruz en más de una respuesta)

- Ponerse una faja o usar parches (tipo “Sor Virginia” ®)_____
- Tomar analgésicos (como paracetamol)_____
- Tomar antiinflamatorios (como diclofenaco)_____
- Ir a ver a un médico _____
- Hacer reposo _____
- Ponerse calor en la parte que le duele (bolsa de agua caliente, esterilla eléctrica)_____
- Hacerse masajes _____
- Tomar relajantes musculares _____
- Poner una madera en la cama _____
- No hacer nada _____
- Consultar al farmacéutico _____
- Ponerse cremas para el dolor _____
- Otros (escriba el que)_____

¿Cuándo consultaría usted a un médico si tuviera dolor de espalda?(puede poner más de una respuesta)

- Cuando dolor va de la espalda hacia otra zona (por ejemplo, hacia la pierna)_____
- Cuando es tan fuerte que no puede moverse _____
- Cuando le ocurre por primera vez _____
- Otros (diga cuando)_____

10.-¿QUE HACE USTED CUANDO TIENE DOLOR EN LAS ARTICULACIONES? (puede marcar más de una respuesta)

- Aplicarse alguna crema _____
- Tomar antiinflamatorios (como diclofenaco)_____
- Tomar analgésicos (como paracetamol)_____
- Hacer reposo de aquella articulación y/o hacerse algún vendaje _____
- No hacer nada _____
- Consultar al médico _____
- Ponerse calor en la zona que duele _____
- Preguntar al farmacéutico _____
- Otros (díganos cuales)_____

¿Cuándo tendría que ir a consultar a un médico por dolor en una articulación? (puede marcar más de una cruz)

- Cuando tiene fiebre _____
- Cuando la articulación está hinchada y la piel de encima está roja _____
- Cuando es una articulación diferente a otras que le han dolido ya otras veces _____
- Otros (escriba cuando) _____

11.- ¿QUE ES LO HACE USTED CUANDO TIENE ALGUNA HERIDA? (puede marcar mas de una respuesta)

- Lavarse con agua y jabón _____
- Ir al médico _____
- Aplicar algún desinfectante _____
- Ponerse sulfamán o lejía _____
- Hacerse un torniquete _____
- Ir a ver al farmacéutico _____
- Hacerse un vendaje casero o ponerse alguna tirita o similar _____
- No hacer nada _____
- Otros (escriba el que) _____

¿Cuándo iría usted a ver a un médico por una herida?(conteste todas las que crea correctas)

- Siempre _____
- Cuando no deja de salir sangre en un buen rato _____
- Cuando ve usted hueso o tendones en el fondo de la herida _____
- Cuando no está vacunado del tétanos _____
- Otros (escriba cuando) _____

12.- ¿QUE ES LO QUE HACE USTED CUANDO TIENE DOLOR DE MUELAS? (marque con una cruz, puede poner más de una)

- Consultar al médico o al dentista _____
- No hacer nada _____
- Tomar antiinflamatorios (como diclofenaco) _____
- Tomar antibióticos (como amoxicilina) _____
- Hacer enjuagues con infusiones o desinfectantes bucales _____
- Arrancarse la pieza que le duele _____
- Ponerse algún calmante o toques con alcohol (licores) sobre la pieza que le duele _____
- Consultar al farmacéutico _____
- Tomar analgésicos (como paracetamol) _____
- Otros (escriba el que) _____

¿Qué síntomas le harían consultar a un médico o a un dentista?(puede poner más de una opción)

- Tener la cara hinchada_____
- No poder masticar por la zona del dolor_____
- Tener fiebre _____
- Tener dificultad par tragar_____
- Otros (díganos que

síntomas)_____

13.- ¿ QUE ES LO QUE HACE USTED CUANDO NO PUEDE DORMIR (INSOMNIO)? (puede marcar más de una opción)

- Ver la televisión o leer_____
- Aprovechar para hacer cosas pendientes_____
- No hacer nada _____
- Consultar en la farmacia _____
- Tomar leche caliente o infusiones (valeriana, tila) antes de acostarse_____
- Tomar alguna pastilla para dormir _____
- Tomar una copa de licor_____
- Consultar al médico_____
- Otros (escriba el

que)_____

¿Cuándo cree que hay que consultar al médico por insomnio? (señale las que crea correctas)

- Cuando necesita tomar alcohol para irse a dormir_____
- Cuando se duerme durante el día, y era antes una persona muy activa_____
- Cuando dura más de un mes y antes siempre había dormido bien_____
- Cuando su pareja le dice que usted le molesta mucho, y no le deja dormir

_____ - Otros (díganos

cuando)_____

14.- ¿ QUE HACE USTED CUANDO TIENE DOLOR DE LA MENSTRUACIÓN? (conteste sólo si es mujer; si ya no tiene la regla, díganos que es lo que solía hacer, recuerde que puede marcar más de una respuesta)

- Tomar analgésicos (como paracetamol)_____
- Tomar antiinflamatorios (como diclofenaco)_____
- Tomar infusiones_____
- No hacer nada_____
- Tomar Agua del Carmen® o licores diversos_____
- Ponerse calor en la zona del vientre que le duele_____
- Consultar al médico _____
- Consultar al farmacéutico _____
- Otros (escriba el

que)_____

¿Y cuando consultaría usted al médico por dolor durante la regla?(marque todas las que crea correctas)

- Cuando no lo había tenido nunca antes, después de reglas normales sin dolor _____

- Cuando ha cambiado de intensidad o de duración _____

- Cuando lleva usted puesto un DIU _____

- Otros (escriba

cuando)_____

¿IRÍA USTED A UNAS CHARLAS SOBRE QUÉ HACER EN ESTOS CASOS, REALIZADAS POR LOS MÉDICOS Y ENFERMERAS DEL CAP TERRASSA SUD?

- SÍ _____

- NO _____

¿QUE HORARIO LE IRÍA MEJOR? (ponga la hora)_____

Muchas gracias por su colaboración.

CAP TERRASSA SUD

ENQUESTA SOBRE AUTOCURES

Com ja li vam informar per carta fa uns dies, li enviem una enquesta per saber què es el que fa davant uns determinats símptomes o molèsties de salut. Les respostes les ha de marcar amb una creu a la casella corresponent i, si ho especifica, escriure. Li preguem que ompli l'enquesta sense consultar a ningú, ja que són les respostes d'una persona concreta. Un cop tingui omplerta l'enquesta li preguem que ens la torni per correu al CAP Terrassa Sud dins del sobre adjunt.

Les dades que vostè ens faciliti ser  n absolutament confidencials en tot moment, i només ser  n utilitzades per aquest estudi.

Per endavant li donem moltes gràcies per la seva col.laboració

- EDAT _____

-HOME _____

-DONA _____

- QUIN NIVELL D'ESTUDIS T   ?:

-Sense estudis/ b  sica inacabada _____

-Estudis primaris complets _____

-Estudis mitjans (batxillerat o formació professional) _____

-Estudis superiors (universitaris o diplomats) _____

- QUINA   S LA SEVA PROFESSION    ? (escrigui quina) :

- TREBALLA ACTUALMENT ?

SI _____

NO _____

Ens podria dir per quin motiu ?

- Jubilat/pensionista _____

- Atur _____

- Estudis _____

- Altres (especificar)

-ENS PODRIA DIR.....?:

- Quantes persones hi ha a la casa? _____

- Quantes persones hi ha de més de 65 anys? _____

- Quantes persones hi ha de menys de 15 anys? _____

- QUIN   S EL SEU ESTAT CIVIL ?:

- Solter/a _____

- Casat/da / Viu en parella _____

- Vidu/a _____

- Separat/da /divorciat/da _____

A CONTINUACIÓ LI FAREM UNES PREGUNTES SOBRE EL SEU NIVELL DE SALUT PERSONAL:

- PUNTUI DEL 1 AL 10 COM CREU QUE ÉS LA SEVA SALUT ACTUAL (1 és molt dolenta i 10 molt bona): _____

- PATEIX ALGUN D'AQUESTS PROBLEMES CRÒNICS? (marqui amb una creu, pot marcar més d'una casella) :

- Problemes de bronquis o pulmons_____
- Problemes de cor_____
- Diabetes (sucre a la sang)_____
- Hipertensió (tensió alta a la sang)_____
- Artrosis_____
- Problemes de fetge_____
- Altres (digui

quin)_____

- A QUI CONSULTA PRIMER QUAN ES TROBA MALAMENT?:

- Mare/ àvia_____
- Parella_____
- Amistats_____
- Farmacèutic_____
- Metge de capçalera_____
- Urgències d'un hospital_____
- Altres (dir

quí)_____

- TE TERMÒMETRE A CASA?:

- NO_____ - SI_____

-Si contesta SI: El fa servir habitualment?

- SI_____ -NO_____

Si contesta NO: - Per què?_____

A CONTINUACIÓ LI FAREM UNES PREGUNTES SOBRE EL QUE ACOSTUMA A FER QUAN ES TROBA MALAMENT

(marqui amb una creu el que vostè fa; pot posar més d'una creu)

1.- QUE FA VOSTÈ QUAN TÉ FEBRE?

- Pendre un antitèrmic (com paracetamol o aspirina)_____
- Pendre un antibiòtic (com amoxicilina)_____
- Posar-se al llit, suar i/o esperar_____
- Anar al metge de capçalera o a urgències_____
- Anar al farmacèutic_____
- Beure líquids_____
- Posar-se el termòmetre_____
- No fer res_____
- Altres (digui el

qué)_____

Quan creu vostè que ha de consultar el metge per la febre? (marqui tots els que cregui correctes)

- Si te vòmits_____
- Si te mal de cap_____
- Si te taques a la pell_____
- Si pasen més de 48 hores_____
- Si no baixa la febre amb els medicaments_____
- Altres (escrigui

quan)_____

2.- QUE FA VOSTÈ QUAN TÉ MAL DE CAP? (pot marcar més d'una resposta)

- Prendre un analgèsic (com paracetamol)_____
- Descansar i/o posar-se compreses fredes o amb vinagre o gel al front_____
- Anar a pendre's la tensió de la sang_____
- No fer res_____
- Consultar el seu metge o el metge d'urgències_____
- Prendre diferents medicaments pel dolor_____
- Anar al farmacèutic_____
- Altres (digui el

que)_____

Quan creu que ha de consultar el metge per un mal de cap? (marqui totes les respostes que cregui correctes)

- Si té febre _____
- Si és fort i és la primera vegada _____
- Si es nota adormit o poc actiu _____
- Si nota alguna paràlisi o formiguejos o alteració de la visió _____
- Si el desperta a la nit _____
- Si té vòmits _____
- Altres (digui _____

quan) _____

3.- QUE FA QUAN TÉ UN REFREDAT, GRIP O MAL DE COLL?(marqui amb una creu, pot marcar més d'una opció)

- Pendre antibiòtics (com amoxicilina) _____
- Pendre antitèrmics (com paracetamol o aspirina) _____
- Consultar el farmacèutic _____
- Posar-se gotes pel nas (com descongestionants nasals) _____
- Pendre medicaments per la mucositat o la tos (com mucolítics o antitussígens) _____
- Fer vafos o gàrgares o prendre infusions o aigua amb sal pel nas _____
- Fer vida normal _____
- Pendre llet calenta o llet amb mel o llimona i mel _____
- Anar a veure al metge _____
- Enllitar-se o descansar _____
- Altres (escrigui el _____

que) _____

Quan creu vosté que ha de consultar el metge? (pot marcar més d'una opció)

- Febre alta de més de dos dies _____
- Mal d'orella o a la cara de més de dos dies _____
- Quan pateix vosté dels bronquis _____
- Quan no pot empassar _____
- Quan es veu plaques blanques a la gola _____
- Altres (escrigui _____

quan) _____

4.- QUE FA VOSTÉ QUAN TÉ TOS?(marqui amb una creu, pot marcar més d'una)

- Pendre xarops per la tos (com antitussigens)_____
- Pendre antibiòtics (com amoxicilina)_____
- Fer gàrgares (farigola, llimona o bicarbonat), o fer vafos, o menjar caramels_____

- Consultar el farmacèutic_____
- Anar a veure un metge_____
- No fer res_____
- Si fuma, deixar de fumar_____
- Altres(escrigui el

que)_____

Quan creu que ha de consultar el metge per tos?(marqui tots els que cregui correctes)

- Quan dura més de 15 dies _____
- Quan té febre _____
- Quan escup sang amb la tos_____
- Quan escup mucositat verda o grogosa_____
- Quan té mal al pit_____
- Altres (escrigui

quan)_____

5.-QUE FA VOSTÉ QUAN TÉ DIARREA?(pot marcar més d'una creu)

- Fer dieta (arròs bullit, poma, peix a la planxa, etc)_____
- Beure més líquids_____
- Anar a veure un metge_____
- Consultar el farmacèutic_____
- No menjar ni beure_____
- No fer res_____
- Pendre antidiarreics o medicaments similars_____
- Pendre suc de taronja_____
- Descansar_____
- Menjar iogurt i/o formatges_____
- Altres (digue'ns el

qué)_____

Quan aniria vostè al metge per una diarrea? (marqui tots els que cregui correctes)

- Si te febre _____
- Si hi ha sang o moc a les deposicions_____
- Si te mal de panxa_____
- Si hi ha altres persones de la família afectades_____
- Si ha tornat fa poc d'un país estranger_____
- Altres (digue'ns

quan)_____

6.- QUE FA VOSTÉ QUAN TÉ VÒMITS? (pot marcar més d'una resposta)

- No menjar ni beure _____
- Consultar el metge _____
- Pendre infusions (camamilla, menta, etc) _____
- Pendre suc de taronja i/o begudes de cola _____
- Mejar i beure molt a poc a poc _____
- No fer res _____
- Pendre medicaments pels vòmits (com metoclopramida) _____
- Deixar de pendre alcohol i/o menjars forts (picants, etc) _____
- Altres (escrigui el

qué) _____

I en cas de vòmits, quan aniria vostè a veure un metge? (marqui tots els que cregui correctes)

- Quan vomita sang o el vòmit és negre _____
- Quan comença molt de cop i té febre i/o mal de cap _____
- Quan també ha fet deposicions negres _____
- Quan no pot menjar ni beure res _____
- Quan duren més d'un dia _____
- Quan té vostè sucre a la sang _____
- Altres (escrigui

quan) _____

7.- QUE FA VOSTÉ QUAN TÉ RESTRENYIMENT? (pot contestar més d'una opció)

- Pendre laxants (suplements de fibra o hidroxid de magnesi, etc) _____
- Fer una dieta rica en fibra (fruites, verdures, llegums) i/o beure més _____
- Posar-se supositoris de glicerina o enemes _____
- Demanar consell al farmacèutic _____
- Fumar al matí _____
- No fer res _____
- Pendre infusions especials _____
- Consultar el metge _____
- Altres (digue'ns el

qué) _____

Quan creu vostè que cal consultar el metge per un restrenyiment? (marqui tots el cregui correctes)

- Quan ha aparegut de cop _____
- Quan a la femta hi ha sang o moc _____
- Quan el pateix desde sempre i ha empitjorat _____
- Quan no li funcionen els laxants que ha utilitzat _____
- Altres (escrigui

quan) _____

8.- QUE FA VOSTÉ QUAN TÉ CREMOR D'ESTOMAC? (pot marcar més d'una creu)

- Pendre antiàcids (com almagat)_____
- Pendre bicarbonat o sals de fruites _____
- No fer res _____
- Menjar alguna cosa i/o prendre llet _____
- Demanar algun remei al farmacèutic _____
- Anar a dir-li al metge _____
- Menjar coses suaus _____
- Altres (escriui el

qué) _____

Quan creu que una cremor d'estomac pot ser important com per consultar un metge?(marqui tots els que li semblin correctes)

- Quan té vòmit de sang _____
- Quan fa molt temps que en té _____
- Quan fa deposicions negres _____
- Quan ha de pendre algun remei cada dia, o no li calma la cremor amb

res _____

- Quan te mal d'estomac _____
- Altres (digi'ns

quan) _____

9.-QUE FA VOSTÉ QUAN TÉ MAL D'ESQUENA?(pot posar creu en més d'una resposta)

- Posar-se una faixa o fer servir parxes (tipus "Sor Virgínia"®) _____
- Pendre analgèsics (com paracetamol) _____
- Pendre antiinflamatoris (com diclofenaco) _____
- Anar a veure un metge _____
- Fer repòs _____
- Posar-se calor on li fa mal (bossa d'aigua calenta, estoreta elèctrica) _____
- Fer-se massatges _____
- Prendre relaxants musculars _____
- Posar una fusta al llit _____
- No fer res _____
- Consultar el farmacèutic _____
- Posar-se cremes pel dolor _____
- Altres (escriui el

qué) _____

Quan consultaria vosté un metge si tingues mal d'esquena? (pot posar més d'una resposta)

- Quan el dolor marxa de l'esquena cap un altre lloc (per exemple, cap a la cama)_____
- Quan es tan fort que no es pot moure_____
- Quan es la primera vegada que el té_____
- Altres (digui quan)_____

10.- QUE FA QUAN TÉ MAL A LES ARTICULACIONS? (pot marcar més d'una resposta)

- Aplicar-se alguna crema _____
- Pendre antiinflamatoris (com diclofenaco)_____
- Pendre analgèsics (com paracetamol)_____
- Fer repòs d'aquella articulació i/o fer-se algún embenat_____
- No fer res _____
- Consultar al metge_____
- Posar-se calor a la zona on fa mal_____
- Preguntar el farmacèutic_____
- Altres (escriui el
qué)_____

Quan hauria d'anar al metge a consultar per mal en una articulació? (pot marcar més d'una creu)

- Quan té febre_____
- Quan l'articulació està inflada i la pell de sobre vermella_____
- Quan és una articulació diferent a una altra que li havia fet mal abans_____
- Altres (digui'ns
quan)_____

11.-QUE FA VOSTÉ QUAN TÉ ALGUNA FERIDA? (pot marcar més d'una resposta)

- Rentar-se amb aigua i sabó_____
- Anar al metge_____
- Posar-se algún desinfectant_____
- Posar-se salfumant o llexiu_____
- Fer-se un torniquet_____
- Anar a veure el farmacèutic_____
- Fer-se un envenat casolà o posar-se alguna tiritia o semblant_____
- No fer res_____
- Altres (escriui el
qué)_____

Quan aniria vostè a veure un metge per un ferida? (contesti totes les que li semblin correctes)

- Sempre _____
- Quan no pari de sagnar en una estona _____
- Quan vegi os o tendons al fons de la ferida _____
- Quan no està vostè vacunat del tetanos _____
- Altres (escrigui

quan) _____

12.- QUE FA VOSTÉ QUAN TÉ MAL DE QUEIXALS? (marqui amb una creu, pot posar més d'una creu)

- Consultar al metge o al dentista _____
- No fer res _____
- Pendre antiinflamatoris (com diclofenaco) _____
- Pendre antibiòtics (com amoxicilina) _____
- Fer glopejos amb infusions o desinfectants bucals _____
- Arrencar-se la peça que li fa mal _____
- Posar-se algún calmant o tocs amb alcohol (licors) sobre la dent que fa

mal _____

- Consultar el farmacèutic _____
- Pendre analgèsics (com paracetamol) _____
- Altres (escrigui el

qué) _____

Quins símptomes li farien consultar un metge o un dentista? (pot posar més d'una opció)

- Tenir la cara inflada _____
- No poder mastegar per la zona on li fa mal _____
- Tenir febre _____
- Tenir dificultat per empassar el menjar _____
- Altres (dígui'ns quins

símptomes) _____

13.-QUE FA VOSTÉ QUAN NO POT DORMIR (INSOMNI)? (pot marcar més d'una opció)

- Veure la televisió o llegir _____
- Aprofitar per fer coses pendents _____
- No fer res _____
- Consultar a la farmàcia _____
- Pendre llet calenta o infusions (valeriana, til.la), abans d'anar al llit _____
- Pendre alguna pastilla per dormir _____
- Pendre una copeta de licor _____
- Consultar el metge _____
- Altres (escrigui el

qué) _____

Quan creu que s'ha de consultar el metge per insomni? (marqui totes les que cregui correctes, pot marcar més d'una)

- Quan necessita prendre alcohol per anar a dormir _____
- Quan s'adorm durant el dia, i era abans una persona activa _____
- Quan dura més d'un mes i abans sempre havia dormit bé _____
- Quan la seva parella li diu que vosté molesta molt, i no la deixa dormir _____
- Altres (digui'ns _____)

quan) _____

14.- QUE FA VOSTÉ QUAN TÉ DOLOR DE LA MENSTRUACIÓ? (respongui només si és una dona; si ja no té la regla, digui'ns qué és el que acostumava a fer, recordi que pot marcar més d'una resposta)

- Pendre analgèsics (com paracetamol) _____
- Pendre antiinflamatoris (com diclofenaco) _____
- Fer-se infusions _____
- No fer res _____
- Pendre Aigua del Carme® o d'altres licors _____
- Posar-se calor a la zona de la panxa on fa mal _____
- Consultar un metge _____
- Consultar al farmacèutic _____
- Altres (escrigui el _____)

qué) _____

Quan consultaria vostè al metge per dolor durant la regla?

- Quan no l'havia tingut mai abans, després de regles normals sense dolor _____
- Quan ha canviat molt d'intensitat o duració _____
- Quan porta vostè colcat un DIU _____
- Altres (escrigui _____)

quan) _____

ANIRÍA VOSTÉ A UNES XERRADES SOBRE QUÉ FER EN AQUESTS CASOS, REALITZADES PELS METGES I INFERMERES DEL CAP TERRASSA SUD?

- SI _____
- NO _____

QUIN HORARI LI ANIRÍA MILLOR (POSI L'HORA)? _____

Moltes gracies per la seva col.laboració.

CAP TERRASSA SUD

2.-FOLLETOS ENVIADOS POR CORREO COMO PARTE DE LA INTERVENCIÓN, CON INFORMACIÓN SOBRE LA PATOLOGÍA A TRATAR Y SÍNTOMAS DE ALERTA.

FIEBRE

- ¿Que es la fiebre?

La fiebre es el aumento de la temperatura corporal por encima de 37 grados.

-¿Que causa la fiebre?

Hay muchas causas pero la más habitual es por algún tipo de infección.

-¿Que se nota cuando hay fiebre?

- Piel caliente al tacto.
- Escalofríos y temblores.
- Cansancio, sensación de agotamiento.
- Dolores musculares.
- Sudoración abundante.

- ¿Cómo saber cuando hay fiebre?

- Se puede sospechar por los síntomas que se han expuesto antes, pero lo único seguro es el uso del termómetro.

-¿ Que hemos de hacer si hay fiebre?

- Reducir la actividad física, hacer reposo.
- Beber líquidos en abundancia (agua, zumos, caldos, etc.).

- Estar cómodos.

- Mantener la higiene diaria.

- Tomar medicamentos para bajar la fiebre (antitérmicos).

- ¿Que antitérmicos se pueden tomar?

- Aspirina cada 4 o 6 horas.
- Paracetamol también cada 4 o 6 horas.
- Ibuprofeno cada 6 u 8 horas.

No los podrán tomar personas con alergia a estos productos; la aspirina ni el ibuprofeno tampoco los podrán tomar personas con asma o úlcera de estómago.

-¿Que NO debemos hacer cuando hay fiebre?

- Taparse en exceso, porque no se deja que se elimine el calor del cuerpo.
- Tomar antibióticos por nuestra cuenta.

-¿Por qué no tomar antibióticos?

- Por si solos no bajan la fiebre.
- Pueden disimular pistas para un correcto diagnóstico por parte del médico.

- Tomados de forma incorrecta impiden la curación completa de la infección.

- No todas las fiebres son por infecciones que se puedan curar con antibióticos.

-¿Cuándo hemos de acudir al médico? (síntomas de alarma)

- Fiebre superior a 38.5°.
- Rigidez de nuca.
- Vómitos.
- Manchas en la piel.
- Si la fiebre no cede con los antitérmicos.
- Si dura más de 48 horas (dos días).
- Si la tiene un bebé de 6 meses o menos.
- Si la tienen enfermos del corazón, bronquios o ancianos.

- Ante cualquier duda, consultar al medico.

DOLOR DE CABEZA

- Causas del dolor de cabeza:
Son muy variadas; las más frecuentes son:
 - Migrañas.
 - Por tensión nerviosa.
 - Después de un golpe en la cabeza.
 - Intoxicaciones (por medicamentos o tomar alcohol, por ejemplo).
 - Algunos medicamentos.
 - Infecciones, etc.
- Hemos de recordar que causas diferentes pueden hacer dolores parecidos.
- La intensidad del dolor NO tiene relación con la gravedad de la causa.
- El diagnóstico de un dolor de cabeza se puede hacer casi siempre sin pruebas. Lo más importante es que expliquemos claramente al médico cómo es el dolor.
- Síntomas de alerta (urgente ir al médico):
 - Dolor brusco, de golpe, intenso (el peor de toda la vida).
 - Fiebre con rigidez de nuca.
 - Dificultad para mover brazos o piernas, para hablar, boca torcida o visión doble.
 - si el dolor despierta por la noche.
- Se ha de consultar en el plazo de unos días:
 - Si el dolor es diferente al de siempre.
 - Si dejan de hacer efecto los tratamientos habituales.
 - Ante cualquier dolor de cabeza nuevo que no tenga los síntomas de alarma.
- Que es lo que se puede hacer cuando hay dolor de cabeza:
 - Estar cómodos:
 - Luz suave.
 - Evitar ruidos fuertes.
 - Evitar actividad física intensa.
- Temperatura agradable.
- Postura del cuerpo correcta.
- Tomar un analgésico:
 - Paracetamol Aspirina.
 - Ibuprofeno
- Los analgésicos no se tienen que tomar cuando el dolor sea ya insoportable. Para que el medicamento haga todo su efecto hay que tomarlo cuando se note el dolor.
- Que es lo que NO se tiene que hacer cuando hay dolor de cabeza:
 - Esperar a que el dolor sea muy fuerte para tomar un analgésico.
 - Mezclar medicamentos para el dolor.
 - Tomar el tratamiento de otra persona.
 - No hacer caso de los síntomas de alarma.
- **Ante cualquier duda, consultar al médico.**

CATARRO O RESFRIADO

SÍNTOMAS:

Congestión nasal

Lagrimeo moco claro y líquido

Tos

Dolor de cabeza

Perdida de apetito

Malestar general

QUE DEBEMOS HACER:

Tomar analgésicos y antitérmicos

Vahos

Agua y sal por la nariz

Infusiones diversas

Gárgaras

Hidratación

Reposo

Evitar contagio

QUE NO DEBEMOS HACER:

Tomar antibióticos

Fumar

SÍNTOMAS DE ALERTA

Fiebre de más de 48 h

Dificultad para respirar

TOS

La finalidad de la tos es eliminar secreciones y cuerpos extraños

QUE DEBEMOS HACER:

Gárgaras

Vahos

Líquidos abundantes

QUE NO DEBEMOS HACER:

Tomar antibióticos

Fumar

CONSULTAR

Si en una semana empeora

Fiebre

Dolor torácico

Si no cede en 15 días

SÍNTOMAS DE ALERTA:

Expectoración con sangre

Fiebre de más de 48 h

GRIPE

Es una enfermedad infecciosa que da fiebre alta.

Causada por el virus de la gripe.

El periodo de incubación suele ser de unas horas a dos días, de comienzo brusco, con dolor de cabeza cansancio, malestar

general. El periodo de fiebre es de 4-5 días si no hay complicaciones, pero el periodo hasta estar bien es de unos 15 días.

QUE DEBEMOS HACER:

Reposo

Tomar cosas calientes

Tomar antitérmicos

Hidratación abundante

Evitar contagio (besos, estornudos)

QUE NO DEBEMOS HACER

Tomar antibióticos

Fumar

SÍNTOMAS DE ALERTA:

Presencia de esputo verdoso

Dolor de senos frontales

Dolor de amígdalas

ESTREÑIMIENTO

Heces o deposiciones duras, secas y escasas (más de dos días; el hábito normal es aproximadamente una vez al día, sin dificultad ni dolor)

Molestias asociadas: gases, dolor abdominal, distensión abdominal, hemorroides.

Causas:

- dieta pobre en fibra
- poco ejercicio físico
- beber poca agua
- debilidad muscular (obesos, ancianos)
- enfermedades del colon (intestino grueso)
- debido a medicamentos (codeína)
- embarazo (sobre todo los últimos meses)

No debemos hacer:

- utilizar continuamente laxantes sin supervisión médica
- fumar para favorecer la defecación
- utilizar lavativas

- dolor abdominal muy intenso (oclusión)
- en todos estos casos consultaremos al médico.

**ANTE CUALQUIER DUDA,
CONSULTE AL MÉDICO AUNQUE
SEA POR TELÉFONO.**

Que debemos hacer:

- aumentar la fibra en la dieta
- aumentar la ingesta de agua
- aumentar el ejercicio
- usar laxantes con prescripción o control médico

Signos de alarma:

- cambios en el ritmo deposicional, diarrea y estreñimiento (no haber tenido nunca estreñimiento hasta la fecha)
- sangrado importante a través del recto con o sin deposiciones

DIARREA

Deposiciones líquidas o aumento del número de deposiciones al día.

Aguda: diarrea que dura

aproximadamente 1-2 semanas. Es la más frecuente.

Crónica: diarrea que dura más de 2 semanas, debe consultarse con el médico.

Causas:

1. Infecciones: virus (resfriado, gripe), bacterias (salmonella..), parásitos (lombrices, típico de guarderías). Suele haber fiebre, náuseas y vómitos, son deposiciones acuosas, alguna vez hay sangre con las heces.
2. Antibióticos: en alguna ocasión, por ej. penicilina, tetraciclina, clindamicina. Es un efecto secundario, no se considera una alergia.
3. Enfermedades del colon (diarrea crónica, más de 15 días): colon irritable,

tumores, colitis inflamatorias crónicas y otras.

Que debemos hacer:

- extremar la higiene
- beber abundante agua o suero oral, se prepara un sobre en un litro y medio de agua
- antitérmicos si fiebre (paracetamol o aspirina...)
- dieta astringente

La dieta astringente consiste en comer solo:

- arroz, patata y zanahoria hervida con un poco de aceite
- pollo, ternera y pescado a la plancha o hervido
- frutas : solo manzana y plátano
- pan tostado con aceite y un poco de jamón dulce
- agua, té con limón, suero oral o zumo de limón natural
- membrillo
- leche de almendra

Que no debemos hacer:

- tomar el resto de alimentos que no figuren en la lista anterior (nada de zumos, ni tomates, ni ensaladas, ni verduras, ni productos lácticos).

Debemos reiniciar la dieta normal: cuando las deposiciones sean normales o cuando pase un día entero sin diarreas.

Síntomas de alarma ante una diarrea:

- gran número de deposiciones al día (15-20)
- deposiciones con sangre
- no mejora con la dieta astringente después de una semana de hacerla
- intenso dolor abdominal
- en todos estos casos consultar a su médico.

**ANTE CUALQUIER DUDA,
CONSULTE AL MÉDICO AUNQUE
SEA POR TELÉFONO.**

VOMITO

Es la expulsión brusca del contenido del estómago a través de la boca. (salida de los alimentos, jugo gástrico o bilis).

Causas:

- inflamación (esófago o estómago)
- infecciones (respiratorias, urinarias)
- psicológicas (vómito intencionado en anorexia nerviosa o bulimia)
- hormonal (embarazo)
- otras: migraña, resaca, intoxicación de alimentos...

Que debemos hacer:

- no comer las primeras horas
- beber agua o suero oral, (son sobres que venden en farmacias, se prepara un sobre en un litro y medio de agua), se debe beber un sorbo cada cinco o diez minutos, hasta que cedan los vómitos, entonces se iniciará una dieta suave, con hervidos y a la plancha, en cantidades pequeñas.
- Si se acompaña de diarreas iniciaremos dieta astringente
- Si fiebre, tomaremos un antitérmico

Que no debemos hacer:

- provocarse el vómito
- tomar alcohol
- fumar
- comidas picantes o ácidas

Síntomas de alarma:

- fiebre muy alta 38,5° - 39°
- vómitos que no ceden con las medidas adecuadas después de 6 horas
- vómitos con sangre o en poso de café
- vómitos acompañados de fiebre alta y manchas en la piel

Los medicamentos para frenar el vómito (metoclopramida) solo cuando estén prescritos por el médico para ese episodio en cuestión. Debe usarse con reservas.

**ANTE CUALQUIER DUDA,
CONSULTE AL MÉDICO AUNQUE
SEA POR TELÉFONO.**

ARDOR O DOLOR DE ESTOMAGO

Ardor es el reflujo de contenido gástrico hacia el esófago, localizado en la región esternal. El dolor de estómago se localiza normalmente debajo del esternón. (en la boca del estómago)

Causas:

- inflamación del esófago o del estómago
- reflujo por hernia de hiatus o porque la entrada al estómago cierra mal
- úlcera de esófago, estómago o duodeno
- alimentos: chocolate, café, grasas
- tabaco
- alcohol
- medicamentos:
 - antiinflamatorios, aspirina
 - embarazo

En todos estos casos consultar a su médico

**ANTE CUALQUIER DUDA,
CONSULTAR AUNQUE SEA
POR TELÉFONO.**

No debemos hacer:

- fumar
- beber alcohol
- tomar ácidos o picantes
- tomar bicarbonato mayor frecuencia de cálculos renales, efecto rebote del ardor, trastornos cardíacos renales

Que debemos hacer:

- tomar antiácidos suaves
- hacer comidas frecuentes y escasas
- elevar el cabezal de la cama
- si persiste más de una semana seguida, consultar a su médico

Signos de alarma:

- dolor intenso que no cede con antiácidos
- deposiciones negras (indica sangrado del estómago)
- vómito con sangre o en poso de café

ODONTALGIA (DOLOR DE MUELAS)

Consultar con el dentista para diagnóstico y tratamiento.

Enjuagues con:

- agua
- antiséptico bucal
- infusión de tomillo.

Usar seda dentaria

Tomar analgésicos o antiinflamatorios por vía oral si es necesario, en espera de la visita al dentista.

MEDIDAS PREVENTIVAS.

Higiene bucal diaria.

Evitar dulces y golosinas.

Visita periódica al dentista.

INSOMNIO

Cuando el insomnio dura más de tres semanas ha de consultar al médico.

QUE PODEMOS HACER:

Un horario regular para acostarse y levantarse.

Ejercicio físico regular.

Solo tomar medicación que HAYA SIDO RECETADA POR EL MÉDICO.

Utilizar técnicas de relajación:

Yoga

Leer

Ver la tele

Oír la radio

Tomar leche caliente, valeriana.

Baño caliente

Dar un paseo.

DOLORES MENTRUALES

QUE PODEMOS HACER

- Visita periódica al ginecólogo
- Tomar analgésicos
- Tomar infusiones calientes
- Aplicación de calor suave en el abdomen.

**SÍNTOMAS DE ALERTA
(CONSULTAR AL MÉDICO)**

- Aumento del dolor menstrual habitual.
- Aparición de dolor menstrual tras reglas normales.
- Dolor menstrual que no cede con el tratamiento.

DOLORES DE ESPALDA Y ARTICULACIONES

Tienen causas muy variadas, pero las más frecuentes son:

- Malas posturas y uso inadecuado
- Golpes
- Falta de ejercicio
- Artrosis (desgaste)
- Inflamaciones

Hemos de recordar que causas diferentes pueden hacer dolores parecidos.

La intensidad del dolor NO tiene relación con la gravedad de la causa

Normalmente, además del dolor podemos notar que es difícil hacer movimientos con la parte afectada porque aumenta el dolor. Es importante explicar al médico cómo es este dolor.

Hemos de acudir al médico cuando

- Haya fiebre
- Veamos la articulación dolorosa roja e hinchada
- Resulte imposible mover la articulación afectada
- El dolor se extiende a otras zonas

- El dolor sea diferente del padecido en otras ocasiones

¿Qué podemos hacer cuando duelen la espalda o las articulaciones?

- Reducir la actividad física
- Aplicar calor local (baños tibios, esterilla tibia)
- Aplicar frío si la causa ha sido un golpe (baños fríos, hielo con un paño)
- Masajes suaves
- Tomar analgésicos o medicamentos para el dolor

¿Que analgésicos se pueden tomar?

- Aspirina cada 4 o 6 horas.
- Paracetamol también cada 4 o 6 horas.
- Ibuprofeno cada 6 u 8 horas.

No los podrán tomar personas con alergia a estos productos; la aspirina ni el ibuprofeno tampoco los podrán tomar personas con asma o úlcera de estómago.

¿Qué podemos hacer para evitar los dolores de articulaciones y espalda?

- Mantener una actividad física equilibrada y ajustada a edad y estado general, y sobretodo mantenida (dar paseos, nadar, gimnasia ligera)
- Evitar las malas posturas (al sentarse, en la cama, al estar en la mesa, al agacharse)
- Evitar los sobreesfuerzos sin una preparación física adecuada.

¿Qué no hemos de hacer ante un dolor de articulaciones?

- Esperar a que el dolor sea muy fuerte par tomar un analgésico.
- Mezclar medicamentos para el dolor.
- Tomar el tratamiento de otra persona.
- No hacer caso de los síntomas de alarma

Ante cualquier duda consultar al médico.