



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESTUDIO SOBRE EL CONOCIMIENTO DE "FACTORES DIFERENCIALES DE RIESGOS CARDIOVASCULARES EN MUJERES EN LOS ESTUDIOS DE ENFERMERÍA"

TESIS *DOCTORAL*

Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud

DOCTORANDA: MARÍA LOURDES PADILLA ROMERO

DIRECTORA: MARÍA TERESA LABAJOS MANZANARES

CO-DIRECTORA: MARÍA ROSA IGLESIAS PARRA


MÁLAGA, OCTUBRE 2015





UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

AUTOR: María Lourdes Padilla Romero

 <http://orcid.org/0000-0002-9303-7333>

EDITA: Publicaciones y Divulgación Científica. Universidad de Málaga



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode>

Cualquier parte de esta obra se puede reproducir sin autorización pero con el reconocimiento y atribución de los autores.

No se puede hacer uso comercial de la obra y no se puede alterar, transformar o hacer obras derivadas.

Esta Tesis Doctoral está depositada en el Repositorio Institucional de la Universidad de Málaga (RIUMA): riuma.uma.es





UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

Facultad de Enfermería, Fisioterapia, Podología y Terapia Ocupacional

Dña. María Teresa Labajos Manzanares, Doctora en Medicina y Cirugía por la Universidad de Málaga y Catedrática de la Escuela Universitaria del Departamento de Psiquiatría Fisioterapia de la Universidad de Málaga.

CERTIFICA que el trabajo presentado como Tesis Doctoral por D^a María Lourdes Padilla Romero, titulado **ESTUDIO SOBRE CONOCIMIENTO DE LOS FACTORES DIFERENCIALES DE RIESGOS CARDIOVASCULARES EN MUJERES, EN LOS ESTUDIOS DE ENFERMERÍA**, ha sido realizado bajo mi dirección y considero que reúne las condiciones apropiadas en cuanto a contenido y rigor científico para ser presentado a trámite de lectura.

Y para que conste donde convenga firmo el presente en Málaga a veintiocho de octubre de dos mil quince.

Fdo.: M^a Teresa Labajos Manzanares

UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA







UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

Facultad de Enfermería, Fisioterapia, Podología y Terapia Ocupacional

Dña. M^a Rosa Iglesias Parra, Dra. por la Universidad de Málaga, Profesora del Departamento de Enfermería de la Universidad de Málaga.

CERTIFICA que el trabajo presentado como Tesis Doctoral por D^a María Lourdes Padilla Romero, titulado **ESTUDIO SOBRE CONOCIMIENTO DE LOS FACTORES DIFERENCIALES DE RIESGOS CARDIOVASCULARES EN MUJERES, EN LOS ESTUDIOS DE ENFERMERÍA**, ha sido realizado bajo mi dirección y considero que reúne las condiciones apropiadas en cuanto a contenido y rigor científico para ser presentado a trámite de lectura.

Y para que conste donde convenga firmo el presente en Málaga a veintiocho de octubre de dos mil quince.

Fdo.: M^a Rosa Iglesias Parra





La Voz de mi vida sigue
Los senderos sin fronteras
Que se extienden por el mundo
Sin que nadie la interfiera

Mis pensamientos son míos
Y más son mis quimeras
Por eso voy desafiando
A vientos y torrenceras,
A viajeros nocturnos
Y a las nubes que nos velan.

No quiero ser ningún sabio
Ni nada que lo parezca

Antonio Padilla Ruiz, Junio 1995

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. M^a Teresa Labajos Manzanares, por su dedicación, apoyo y disponibilidad. Agradecerle su dirección en mi tesis, especialmente por la confianza, sabiduría y entusiasmo, que ha demostrado durante todo el tiempo dedicado a la elaboración de este trabajo y haber confiado en mí.

A la Dra. M^a Rosa Iglesias Parra, sin tu ayuda constancia, ofrecimiento, respaldo, y conocimiento, no hubiera sido posible llegar hasta aquí. Muchas gracias por contar con tu presencia, esfuerzo y alegría.

Al Dr. Francisco Javier Barón López, gracias por permitir compartir parte de ese gran hemisferio izquierdo que tienes, con los que necesitan su ayuda con total disponibilidad.

A mi Padre Antonio Padilla, el amaba la cultura y siempre creyó que era la máxima riqueza que una persona podía poseer. Gracias por sembrar la necesidad de conocer en nosotros, hoy también estas aquí.

A mi madre Loli Romero, la primera enfermera de una saga y de mi vida, una mujer luchadora y avanzada en tiempos revueltos.

A mi hermana y mi hermano, a mi familia por ser el baluarte de todos los valores imperecederos que dan sentido a la vida.

A Marivi, lucida, fuerte, divertida despistada, inteligente.... Sabes que sin ti hoy esto no sería posible.

A Esperanza, gracias por cooperar con todos los recursos disponibles a que este proyecto se materialice.



A mis compañeras y amigas Carmen, Rosa, Loli, Olga, María Ángeles, Concha, Paqui, Viki. Sois mujeres capaces de gestionar la fuerza en el trabajo bien hecho, los criterios de igualdad y equidad, sin olvidar dotar de cariño y apoyo a quien lo necesita.

A Gema que con su esfuerzo y apoyo constante, ha contribuido a la realización de este trabajo. Gracias.

A los estudiantes de Enfermería, futuros profesionales del cuidado, son arte y parte central de este trabajo, gracias por vuestra colaboración.

A Salva por estar en momentos difíciles al pie del cañón, aportando solidez y confianza, por ser mi compañero, mi amigo, mi amor, mi cómplice y todo.

A Pablo por ser el mayor regalo de la vida. Te quiero hasta que se acaben los números.



DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Tanto la doctoranda, como la Directora de la tesis, declaran no tener ningún conflicto, ni interés derivado con terceros como consecuencia del desarrollo de este estudio.



ÍNDICE

I INTRODUCCIÓN	21
II MARCO CONCEPTUAL	25
CAPÍTULO 1. GÉNERO Y SALUD.....	25
1.1. Consideraciones Generales	25
1.2. Conceptos Claves. Definición y conceptualización de Género.....	25
1.2.1 El sistema Sexo – Género	30
1.3. Conceptos de Género y Salud.	31
1.4. Diferencias y desigualdades de Género y salud	36
1.4.1 Modelos explicativos de las desigualdades de salud entre hombres y mujeres	46
2.- Modelos Explicativos ligados al Género.....	51
CAPÍTULO 2. ENFERMEDADES Y FACTORES DE RIESGOS CARDIOVASCULARES.	59
2.1. Enfermedades cardiovasculares. Definición y Clasificación.....	59
2.1.2. EPIDEMIOLOGIA: INDICADORES, PREVALENCIA E IMPORTANCIA	61
2.2. FISIOPATOLOGIA	69
2.2.1 Factores Anatomofisiológicos específicos de las mujeres.	69
2.3. Factores de riesgo	77
2.4. Manifestaciones y consideraciones diferenciales entre mujeres y hombres.	91
2.4.1. Estrategias preventivas con enfoque de género.....	95
CAPÍTULO 3. MUJERES, CONOCIMIENTO Y PRACTICA EN CUIDADOS ENFERMERA.....	99
3.1. Del cuidado Naturalizado al cuidado Profesionalizado.....	99
3.2. Trayectoria del conocimiento y la practica Enfermera: De lo domestico a lo profesional	100
3.3. Enfermería: Cien Años de Evolución de una titulación.	107
CAPÍTULO 4. CONOCIMIENTO DE RIESGOS CARDIOVASCULARES DIFERENCIALES EN LAS MUJERES EN NUEVO MARCO DE ENSEÑANZA GRADO ENFERMERÍA.....	115
4.1 Espacio Europeo de Educación.....	115
4.1.1. Aprendizaje centrado en el estudiante	116
4.1.1. Protocolo de evaluación para la verificación de títulos universitarios.	121
4.2.2. Competencias del Proyecto Tuning en el Grado en Enfermería	132
4.2.3. Competencias del RD: 1393/2007 en el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales.	132



4.3. Marco socioeducativo. Titulación Grado Enfermería en la Facultad de Ciencias De la Salud de la Universidad de Málaga.....	138
4.3.1 Universidad de Málaga.....	138
4.3.2. Facultad de Ciencias de la Salud y Escuela Enfermería de la Diputación de Málaga. Grado Enfermería.....	140
III.SEGUNDA PARTE MARCO EMPIRICO	153
CAPÍTULO 5. JUSTIFICACIÓN.....	153
CAPÍTULO 6. OBJETIVOS.....	157
6.1 Objetivo Principal.....	157
6.2. Objetivos Secundarios.....	157
CAPÍTULO 7. MATERIAL Y MÉTODO.....	159
7.1. Diseño.....	159
7.2. Procedimiento.....	159
7.3 Población y Muestra.....	173
7.3.1 Sujetos de estudio.....	173
7.3.2. Características de la muestra.....	173
7.3.3. Criterios de inclusión y exclusión.....	174
7.4. Variables de Investigación.....	175
7.5. Cuestionario.....	176
7.6. Consideraciones Éticas.....	178
7. 7. Estudio Estadístico.....	178
CAPÍTULO 8. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	181
8.1. Análisis descriptivo de la muestra.....	181
8.1.2. Análisis descriptivo de las variables sociodemograficas de la muestra	181
8.2. Descripción y análisis de resultados Objetivo Principal: Analizar el nivel de conocimientos de los estudiantes de Grado de Enfermería, sobre los Factores de Riesgos Cardiovasculares en mujeres, y su relación con las características sociodemograficas, desde una perspectiva de género.....	187
8.2.1. Análisis descriptivo de todos los Ítems que componen el cuestionario.....	189
8.3. Objetivos Secundarios:.....	204
8.3.1. Análisis descriptivo de las dimensiones que componen el cuestionario.....	204
8.3.2. Análisis descriptivo de la Dimensión Epidemiografica.....	205
8.3.3 Análisis descriptivo de la Dimensión Estilos y Hábitos de Vida.....	206
8.3.4. Análisis descriptivo de la Dimensión Factores de Riesgos propios de las mujeres.	207



8.4.1. Análisis de diferencias de aciertos Dimensión Epidemiografica en función Género.	208
8.4.2. Análisis de diferencias de aciertos Dimensión Factores de riesgos propios de las mujeres en función del Género.	209
8.4.3. Análisis de diferencias de aciertos Dimensión de Estilos y Hábitos de vida en función del Género.	211
8.5. Objetivo nº4: Análisis de diferencias de aciertos en función del Nivel de estudios. ..	212
CAPÍTULO 9. DISCUSIÓN	213
CAPÍTULO 10. CONCLUSIONES	221
CAPÍTULO 11. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	225
CAPÍTULO 12. PROSPECTIVA	227
CAPÍTULO 13. BIBLIOGRAFÍA	229
CAPÍTULO 14. ANEXOS	261
ANEXO 1	261
ANEXO 2	262
ANEXO 3	263
ANEXO 4	269
Cronograma	269
Anexo 5	270
Cuestionario Definitivo	270

ÍNDICE DE FIGURAS:

Figura 1: Origen de las Diferencias en el Proceso Salud-enfermedad-atención (Fuente: Organización Panamericana de la Salud, 2004)	50
Figura 2: Modelo de la Escuela de Medicina Tropical	52
Figura 3: Modelo conceptual sobre el papel del Género como Determinante Social de la salud (Sen & Östlin)	53
Figura 4: Tabla del sistema SCORE: riesgo a 10 años de enfermedad cardiovascular (ECV) mortal en poblaciones con alto riesgo cardiovascular basado en los siguientes factores: edad, sexo, tabaquismo, presión arterial sistólica y colesterol total.	76
Figura 5: Esquema del proceso de desarrollo Cuestionario	167
Figura 6: Variables Sociodemograficas Cuestionario Definitivo	168

Figura 7: Variables de Conocimientos del Cuestionario Definitivo.....	171
---	-----

ÍNDICE DE TABLAS:

Tabla 1: Resumen Características Concepto Género (M García Calvente, Rodrigo, Morante, 2010)	28
Tabla 2: Materias Primer Modulo Formación Básica de Grado Enfermería	144
Tabla 3: Materias Segundo Modulo Ciencias de la Enfermería	144
Tabla 4: Materias Tercer Módulo Propias de la Universidad de Málaga.	144
Tabla 5: Materias Cuarto Módulo Practicas Tuteladas y Trabajo Fin de Grado.....	145
Tabla 6: Materias Quinto Módulo a elegir por estudiante.	145
Tabla 7: Distribución Asignaturas y Créditos de Primer Curso Grado Enfermería UMA.....	145
Tabla 8: Distribución Asignaturas y Créditos de Segundo Curso de Grado Enfermería UMA. .	146
Tabla 9: Distribución de Asignaturas y Créditos de Tercer Curso Grado Enfermería UMA.	146
Tabla 10: Distribución Asignaturas y Créditos de Cuarto Curso Grado de Enfermería UMA....	147
Tabla 11: Adecuación de Asignaturas al Nuevo Plan de Estudios Grado Enfermería.	148
Tabla 12: Tabla Inicial de variables sociodemograficas remitida a Panel de Expertos.	163
Tabla 13: Tabla inicial de Dimensiones remitida al Panel de Expertos.	163
Tabla 14: Dimensiones e Ítems del Estudio remitida a Panel de Expertos en segunda ronda.	164
Tabla 15: Dimensiones e Ítems aceptados según varemación Panel de Expertos.....	165
Tabla 16: Dimensiones Excluidas tras varemación de Expertos	166
Tabla 17: Distribución total Alumnado Grado Enfermería en la Facultad de Ciencias de La Salud y Escuela Universitaria de Enfermería de la Excelentísima Diputación de Málaga	174
Tabla 18: Variables sociodemograficas y académicas a estudio.....	175
Tabla 19: Distribución de la Población de Estudio según curso y centro.....	181
Tabla 20: Características de la muestra según variable edad	182
Tabla 21: Características de la muestra distribución según Género.....	183



Tabla 22: Características de la muestra según Centro	183
Tabla 23: Características de la muestra según curso.	184
Tabla 24: Características de la muestra Hábito Tabáquico en los Alumnos	184
Tabla 25: Antecedentes familiares de Enfermedades Oncológicas	185
Tabla 26: Antecedentes familiares de Riesgo Cardiovascular Hipertensión.....	185
Tabla 27: Antecedentes familiares de Diabetes.....	186
Tabla 28: Antecedentes familiares de Obesidad familiar.	186
Tabla 29: Antecedentes familiares de Enfermedades.....	186
Tabla 30: Estadísticas Descriptivas de los Ítems del cuestionario aciertos.....	190
Tabla 31: Medias obtenida aciertos de las diferentes Dimensiones del cuestionario.....	204

ÍNDICE DE GRÁFICOS:

Grafico 1: Distribución de porcentajes de respuestas correctas, según número de aciertos ..	187
Grafico 2: Distribución de respuestas correctas, según número de aciertos y Género.....	188
Grafico 3: Distribución de las respuestas en el ítem "Prevalencia de factores de Riesgo Cardiovasculares en mujeres menopáusicas" según Género	191
Grafico 4: Distribución de las respuestas al ítem "Mayor causa de mortalidad en las mujeres en los países europeos" según Género.	192
Grafico 5: Distribución de las respuestas al ítem "Porcentaje de inclusión de mujeres respecto a hombres en los estudios y ensayos clínicos" según Género.....	193
Grafico 6: Distribución de las respuestas al ítem " Riesgo de padecer enfermedad coronaria en la mujer diagnosticada con Diabetes Mellitus, respecto al hombre" según Género.....	194
Grafico 7: Distribución de las respuestas al ítem " Índice de prevalencia de obesidad en España según clase social y sexo", según Género.	195
Grafico 8: Distribución de las respuestas al ítem " Mayor dato de mortalidad en mujeres en la población andaluza" según Género.	196
Grafico 9: Distribución de las respuestas al ítem " La cardiopatía isquémica en la mujer ocurre", según Género.	197
Grafico 10: Distribución de las respuestas al ítem " Los síndromes maternos-placentarios suponen" según Género.....	198



Grafico 11: Distribución de las respuestas al ítem "Factores que llevan a pensar existe un riesgo cardiovascular más importante que en hombres" según Género.	199
Grafico 12: Distribución de las respuestas al ítem " Con cifras de Presión Arterial mayor o igual a 140/90 mmHg" según Género.....	200
Grafico 13: Distribución de las respuestas al ítem " La tasa de abandono de tabaquismo en Andalucía ha sufrido un ascenso, siendo", según Género.....	201
Grafico 14: Distribución de las respuestas al ítem "Distribución de las respuestas al ítem "En la mujer el sedentarismo", según Género.	202
Grafico 15: Distribución de las respuestas al ítem "El tabaquismo en la mujer".....	203
Grafico 16: Distribución Porcentajes de aciertos según respuestas Dimensión Epidemiografica.	205
Grafico 17: Distribución porcentajes de aciertos según respuestas de la Dimensión Hábitos y Estilos de Vida	206
Grafico 18: Distribución Porcentajes de aciertos según respuestas en la Dimensión de Factores de Riesgos Propios de las mujeres	207
Grafico 19: Distribución porcentaje de aciertos de Alumnos que han realizado la encuesta en la Dimensión Epidemiografica, según Género.....	209
Grafico 20: Distribución de porcentajes de aciertos Dimensión Factores de Riesgos propios de las mujeres, según Género.....	210
Grafico 21: Distribución de porcentajes de aciertos Dimensión Estilos y Hábitos de vida, según Género.....	212

I INTRODUCCIÓN

El último tercio del siglo XX, se ha caracterizado, por ser en la Historia de la Humanidad el más prodigo en avances científicos y tecnológicos. Estos avances a su vez se han visto acompañados por una sucesión de cambios sociales y culturales en el mundo occidental que han afectado con ritmo desigual pero continuo a todas las culturas de nuestro planeta, teniendo como resultado una influencia globalizadora.

En su mayoría estos cambios han supuesto mejoras indudables en la calidad de vida de los ciudadanos, cambiando los patrones de morbimortalidad y la incidencia y prevalencia de algunas enfermedades.

En los países desarrollados las Enfermedades Cardiovasculares (ECV) constituyen la causa de muerte más frecuente entre las mujeres. En los Estados Unidos el número de muertes por ECV es superado, en términos absolutos por las mujeres a los varones. En Europa el 43% de los hombres muere por ECV siendo las enfermedades isquémicas del corazón las responsables del 21% de las muertes (O. M. en Salud, 2012.). Sin embargo aún sigue vigente la falsa creencia de que las enfermedades cardíacas afectan con mayor prevalencia y virulencia a los hombres.

Las consecuencias de cambios de hábitos y comportamientos en las sociedades de la “opulencia” han convertido estos, en determinantes de primer orden en la salud de los individuos y de las sociedades. Su influencia como factor de riesgo en las patologías cardíacas y circulatorias es esencial. La modificación de los comportamientos lesivos en las comunidades, ha pasado a ser objetivo prioritario de instituciones y servicios de salud, ya que la cronicidad de ciertas patologías, como la Insuficiencia Cardíaca junto al aumento de las expectativas de vida suponen un incremento en el gasto sanitario y una amenaza en la sostenibilidad de estos.

El cuidado como entidad esencial de los humanos ha estado inherente desde el inicio de la socialización y la creación de comunidades y culturas. Sin cuidados de unas personas a otras hubiera sido imposible el avance de las civilizaciones y la evolución de estas.

La profesionalización del cuidado ha hecho que ante situaciones complejas en la ruptura del proceso salud- enfermedad- atención, sea necesario dotar de un marco

teórico propio a los colectivos que han atendido a los grupos sociales ante la fragilidad y vulnerabilidad. Es así como se consolida la profesión Enfermera.

Como disciplina Universitaria los estudiantes de esta ciencia, deben de conocer tanto los aspectos biológicos como los contextos socioculturales donde emergen. Con una mirada holística e integradora deben de ser capaz de detectar las situaciones de desigualdad e inequidad que por motivos de género, etnia, grupo social o poder adquisitivo se encuentra en ellos.(Ostlin, George, & Sen, 2002)

Los estudios universitarios se hallan inmersos en un momento de cambio transcendental para la evolución y adecuación de las profesiones relacionadas con el proceso salud/enfermedad/atención. La inclusión en el Espacio Europeo de Educación Superior, proporciona una mejora substancial y cualitativa en la disciplina Enfermera (Burjalés, et als, 2005) equiparándola al resto de titulaciones universitarias y permitiendo la adecuación de los contenidos a las nuevas expectativas y necesidades de la sociedad en la que cohabita.

Es por lo anteriormente expuesto, por lo que, emprendemos el presente trabajo de investigación, compuesto de dos partes una primera el marco teórico con cuatro capítulos, donde contextualizamos el constructo de nuestra investigación.

En un primer capítulo, abordaremos los conceptos de Género, Perspectiva de Género y Género y salud. También realizaremos un recorrido por el ámbito del conocimiento científico y en la generación de este en el área de la salud donde la incorporación a los estudios y ensayos clínicos de las mujeres se realiza con menor presencia de estas, tanto en los planteamientos e hipótesis de inicio como en las conclusiones finales de esto.

La discriminación y el sesgo por razones de género no solo influyen en las distintas necesidades en el campo de la salud, el comportamiento relacionado con la búsqueda de atención para la salud, el tratamiento y los resultados, sino que también están presentes en el contenido y el proceso de las investigaciones de salud.

Los desequilibrios de género en el contenido de la investigación comprenden las siguientes dimensiones: lentitud para reconocer los problemas de salud que afectan a las mujeres en particular; enfoques erróneos o parciales de las necesidades de las mujeres y los hombres en materia de salud en diferentes campos de la investigación de

salud, y falta de reconocimiento de la interacción entre el género y otros factores sociales.(Suárez Ramos, 2007)

Las desigualdades de género no suelen actuar de forma independiente, sino que suelen interactuar asociadas con otros factores, tales como nivel socioeconómico, cultural, religión etnia, lo que hace que todos los hombres y mujeres de una terminada sociedad experimenten las desigualdades de salud de la misma manera. (Gender y Health Group-Liverpool School of Tropical Medicine, 1998)

En un segundo capítulo describiremos los procesos cardiovasculares, incidencia, prevalencia, factores de riesgos y estrategias preventivas. Asimismo estudiaremos las diferencias entre hombres y mujeres en las patologías cardíacas y los factores desencadenantes.

En el tercer capítulo realizaremos un recorrido por el ámbito del cuidado y la profesionalización de este, desde los albores de la profesión a los cien años de la titulación enfermera, como tras diferentes avatares se ha pasado del ámbito meramente “Técnico” al marco conceptual “Holístico”

Por último en el cuarto capítulo detallaremos los cambios acaecidos en el sistema académico con la incorporación al Espacio Europeo de Educación y la repercusión en la titulación de Grado Enfermería en el desarrollo de sus competencias.

En la segunda parte, el marco empírico, está compuesto por cinco capítulos, donde se muestra el trabajo de investigación llevado a cabo.

En el capítulo cinco, se plantea la justificación y originalidad de nuestro proyecto de investigación.

En el capítulo sexto los objetivos de esta.

En el capítulo séptimo, exponemos el diseño y procedimiento que hemos desarrollado para llevarla a cabo, que consta de dos etapas una primera en la que describimos como se confecciona el instrumento de medida de esta investigación a través de un comité de expertos mediante la técnica Delphi y una segunda en la que detallamos el resultado final. También describiremos nuestra, variables e instrumento de medida que hemos utilizado; intentando plasmar la justificación y adecuación de los mismos.

En el capítulo octavo, tras la recogida de datos, pasamos a realizar una descripción y análisis de los resultados obtenidos, intentando con ello dar respuesta los objetivos planteados en nuestro estudio.

En primer lugar realizaremos un análisis de las variables descriptivas de la muestra, mediante el análisis de las variables sociodemográficas y académicas.

Posteriormente llevamos a cabo una exposición y posterior análisis descriptivo, de los resultados de las variables de resultado, siendo estas Conocimiento de riesgos Cardiovasculares diferenciados, grado de cormobilidad en las mujeres. Variable Cualitativa Nominal

Con el propósito de llevar a cabo, esta parte, de forma más operativa y clarificadora, empezamos por una descripción de todos los ítems que componen el cuestionario sobre Conocimiento de Riesgos Cardiovasculares diferenciados, con enfoque de Género, dando paso a un análisis descriptivo de las diferentes variables y la totalidad, por Género, en los diferentes cursos.

En el capítulo noveno, realizaremos la discusión en base a los resultados y los objetivos que nos planteamos.

En el capítulo decimo expondremos, las conclusiones de nuestro trabajo, también en base a los resultados y objetivos.

En el capítulo undécimo, desde una postura crítica, mostraremos los límites de nuestro trabajo.

En el capítulo duodécimo se detallan posibles líneas de investigación futura en línea con la nuestra, que representen un avance en la misma.

Terminamos con el aporte de las referencias bibliográficas y anexos.

II MARCO CONCEPTUAL

CAPÍTULO 1. GÉNERO Y SALUD.

1.1. Consideraciones Generales

La investigación científica en salud afronta importantes desafíos relacionados con la superación de los sesgos de género que han caracterizado hasta ahora esta actividad. Contrariamente a la idea de que la perspectiva de género reduce o condiciona la mirada sobre los problemas de salud, ésta contribuye a ampliarla y a abordar las tareas de investigación de manera integral y objetiva. (Arellano, 2008)

La superación decidida del modelo biomédico, la incorporación de nuevos paradigmas teóricos y metodologías de investigación no sólo cuantitativas sino también cualitativas así como la investigación interdisciplinaria, permiten identificar otros temas relevantes y replantear las preguntas de investigación pertinentes a los factores de riesgo, la expresión de la enfermedad, los tratamientos y pronósticos, profundizando en su explicación y análisis. (Joffe, 2005)

La incorporación de la perspectiva de género en la investigación en salud contribuye, a visualizar la complejidad de los procesos que intervienen en la generación, mantenimiento o realce de las diferencias en la salud de varones y mujeres en nuestras sociedades, siendo imprescindible para lograr disminuir las inequidades que aún los afectan.

1.2. Conceptos Claves. Definición y conceptualización de Género.

En su obra, el *Segundo sexo* Simone de Beauvoir realiza un proceso reflexivo donde defiende que las características humanas consideradas como “femeninas” no se derivan de una supuesta naturaleza biológica, sino que son adquiridas mediante un complejo proceso individual y social. (Beauvoir, 1949)

Esta propuesta filosófica fue retomada en los años sesenta por las académicas feministas anglosajonas concretando y acuñando el concepto Género. (De Beauvoir, 1981)

El término “género” como categoría de análisis se empezó a utilizar en los estudios feministas en la década de los ochenta. La investigación feminista del decenio anterior, había mostrado que lo que entonces se denominaban roles sexuales variaban de forma significativa de cultura a cultura. De ahí que éstos no se podían reducir simplemente al hecho inevitable, natural y universal de las diferencias de sexo. (Moore, 1988)

El concepto Género comienza a utilizarse para referirse a la construcción sociocultural de los comportamientos, actitudes y sentimientos de hombres y mujeres.

Para Scott el término forma parte de la tentativa de las teóricas feministas para reivindicar un territorio específico de análisis, y poder poner en evidencia la insuficiencia de los “corpus teóricos” existentes para explicar la desigualdad entre hombres y mujeres. (Scott, 2012)

El género de una persona es en esencia un constructo social, que varía en función de los distintos grupos sociales y de las diversas épocas temporales. Su construcción se basa en procesos sociales de comunicación y de manejo de poder, se transmite mediante diversas formas, sutiles en la crianza y educación. (Tobón González, 2014)

Benería y Roldán definen el género como *“una red de creencias, rasgos de la personalidad, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades, que diferencian al hombre de la mujer mediante un proceso de construcción social que tiene una serie de aspectos distintos”* (Benería, 1992)

Este concepto se utilizó de una parte como contraste con el término sexo, con la idea de separar la construcción social del hecho biológico, y por otra parte como categoría de análisis para comprender la organización social de la diferencia sexual. (Ortiz Gómez, 2001)

En Psicología, el concepto “género” delimita el proceso, en el que individuos biológicamente diferentes se transforman en mujeres y hombres, mediante la apropiación de aquellos atributos que cada sociedad define como propios de la feminidad y de la masculinidad. (Benlloch et al., 1999a) El “género” pasa a ser la construcción psicosocial de lo femenino y masculino. Desde la perspectiva psicológica, el género es una categoría en la que se articula un triunvirato básico:

1.-*La asignación de Género* que se realiza en el momento del nacimiento o (descubrimiento por técnicas de análisis o imagen), a partir de la apariencia externas de sus genitales.

2.-*Identidad de Género* que se realiza en el esquema ideo-afectivo primario de forma consciente o inconsciente de la pertenencia a uno u otro sexo. Este se produce aproximadamente a la edad en que se adquiere el lenguaje, siendo anterior al conocimiento de la diferencia anatómica existente.

Cuando es establecida esta identidad de género y se asume la pertenencia al grupo femenino o masculino, esta se establece, como un cedazo por el que pasan todas las experiencias.

3.- *El rol de Género* es el conjunto de obligaciones, prohibiciones apropiaciones y expectativas acerca de los comportamientos sociales apropiados para las personas que tienen un sexo determinado. Los roles y estereotipos de género se encuentran tan enraizados, que se consideran como la expresión de los fundamentos biológicos del género.(Dio Bleichmar, 1992)

Partiendo de una perspectiva cognitiva, el género se constituye como una variable moduladora de procesos intelectivos y emocionales relativos a la dicotomía varones y mujeres.

El género se puede entender en dos sentidos diferenciados, aunque interconectados:

- Género como sistema de relaciones sociales: Cuando se hace referencia básicamente a las estructuras y dinámicas de relación e interacción entre mujeres y hombres; En concreto hace referencia al “sistema de relaciones sociales, simbólicas y psíquicas en las que se sitúa de forma diferente y desfavorable a las mujeres (y todo lo considerado como femenino), respecto a los varones (y lo considerado masculino)” (T. O. Gómez, 2006)

-El género como categoría analítica, que posibilita aprehender, indagar e interpretar las diferencias y desigualdades entre mujeres y hombres dentro de sus contextos sociales, económicos, culturales e históricos específicos. Como herramienta de análisis,

también permite visualizar las concepciones diferentes que hombres y mujeres tienen de sí mismos y de sus actividades.(Harding, 1998)

Un resumen de las características del concepto Género se recogen de forma esquemática en La Tabla 1 adaptadas a partir de La Organización Panamericana de Salud (Cueto, 2004) e incluidas en Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud (Calvente, 2010)

Resumen Características del Concepto Género

Relacional	No se refiere a mujeres o a hombres aisladamente, sino a las relaciones que se construyen socialmente entre unas y otros.
Asimétrico / jerárquico	Las diferencias que establece entre mujeres y hombres, lejos de ser neutras, tienden a atribuir mayor importancia y valor a las características y actividades asociadas con lo masculino y a producir relaciones desiguales de poder.
Cambiante	Los roles y las relaciones se modifican a lo largo del tiempo y espacio, siendo susceptibles a cambios por intervenciones.
Contextual	Existen variaciones en las relaciones de género de acuerdo a etnia, clase, cultura, etc.
Institucionalmente estructurado	Se refiere no sólo a las relaciones entre mujeres y hombres a nivel personal y privado, sino a un sistema social que se apoya en valores institucionales, legislación, religión, etc.

Tabla 1: Resumen Características Concepto Género (M García Calvente, Rodrigo, Morante, 2010)

Por otra parte al hacer referencia al término Género debemos tener en cuenta, algunas observaciones para evitar incurrir en errores conceptuales entre los que se encuentran:

-Hacer referencia a “dos géneros”: Femenino y Masculino ligado a la existencia de dos sexos biológicos, lo que conlleva a visualizar el género en función de la vida de los hombres y mujeres por separado, ignorando los modelos de relación no heterosexuales.

-Sustituir sexo por género.

-Sustituir mujeres por género.

-Sustituir feminismo por Género.

-Sustituir jerarquía (o desigualdad) por complementariedad.(Ortiz-Gómez, 2004)

Socialmente aceptamos la existencia de diferencias intrínsecas, emocionales, cognitivas, físicas, de comportamiento, status y poder, entre ambos sexos. A las mujeres se les otorga el ser mas tiernas dependientes y el estar más preocupadas por el cuidado de los otros, a diferencia de los varones, más agresivos, competitivos e independientes. Este proceso de modelado, establece una relación dialéctica entre sexo y género (asignación e identidad), en la que, a partir de la constitución simbólica e interpretación socio-histórica que cada cultura realiza de las diferencias anatómicas, se trama un tejido en el que los sujetos desarrollan su propio yo y, en consecuencia, experimentan su propia identidad corporal, psíquica y social.(Benhabib, 2006)

Así el sexo tal y como lo entendemos en las sociedades occidentales y como lo plasmamos en la actividad sanitaria, es un constructo biológico, que hay que enmarcar en un contexto cultural e histórico concreto en La Cultura Occidental, que clasifica a los seres humanos en dos grupos: hombres y mujeres. (Narotzky, 1995)

El termino sexo deviene de las características biológicamente determinadas, relativamente invariables del hombre y de la mujer, que no determina necesariamente los comportamientos.

La categoría “*genero*”, subraya la construcción cultural de la diferencia sexual. Para Lagarde (1996), el género representa una construcción simbólica que contiene el conjunto de atributos sexualmente asignados a las personas. Tales atributos hacen

referencia a todas aquellas características biológicas, físicas, económicas, sociales, psicológicas, eróticas, jurídicas, políticas y culturales que determinan a un individuo (Lagarde, 1996). Las mujeres y los hombres son pues “*sujetos de género*” en la medida en que son dependientes de una determinada definición de género otorgada por cada momento histórico y social. (Lousado, 2014)

La investigación en antropología cultural, demuestra que no hay dos culturas en las que coincidan en que se diferencia un sexo de otro. Por lo que no hay un canon exclusivo a cerca de que son y que contenidos tienen la masculinidad y la femineidad. Por lo que se tratan mayormente de constructos sociales dinámicos que varían, en función de las culturas, los grupos étnicos, las clases y la posición de las mujeres en dichos grupos sociales. Cabe destacar que a lo largo de la historia el carácter normativo de lo masculino se ha constituido en la máxima dominante, por lo que ha pasado a constituir una desigualdad política y social. Desde la antropología se ha denominado a dicha situación “*complejo de supremacía masculina*”. (Stolcke, 1992)

1.2.1 El sistema Sexo – Genero

La antropóloga Gayle Rubin (1975), acuñó la expresión sistema *sexo-género* tras estudiar los efectos que las relaciones de poder asimétricas entre los sexos, producen en los sujetos. Para esta autora, la transformación del sexo biológico en género, con la consiguiente división sexual del trabajo y con el funcionamiento de las estructuras de parentesco, será la responsable de las asimetrías de poder entre los sexos.

Lo entiende como un conjunto de disposiciones en las que sociedad transforma la sexualidad biológica en producto de la actividad humana y en el cual se satisfacen esas necesidades humanas transformadas. (Rubin, 1986)

Al acuñar la expresión sistema sexo/género. Con ella se refería al amplio conjunto de convenciones a través de las cuales toda sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana, en los que se satisfacen estas necesidades sexuales transformadas y se establece una ordenación jerárquica de los géneros, un reconocimiento de las posiciones de género, que perdura en el tiempo.

Para esta autora, la transformación del sexo biológico bruto en género, con la consiguiente división sexual del trabajo y con el funcionamiento de las estructuras de parentesco, será la responsable de las asimetrías de poder entre los sexos

Esta transformación, según la autora, ocurriría desde el punto de vista societal mediante la organización del parentesco, que al dividir varones y mujeres y casables de no casables produce heterogeneidades objetivas y subjetividades acordes con los requisitos sociales. (Hernández Muñoz, 2010).

Desde la antropología el género, ha sido definido como la interpretación cultural e histórica que cada sociedad elabora en torno a la diferenciación sexual (Lamas, 1994).

Por lo tanto esta interpretación da lugar a un conjunto de representaciones sociales, prácticas, discursos, normas, valores, y relaciones, un sistema sexo-género, que dota de significado a las conductas de las personas en función de su sexo. Así, el género estructura tanto la percepción, como la organización concreta y simbólica de la vida social. El fin de esta conceptualización era acabar con las omnipotentes teorías deterministas biológicas que interpretaban el lugar de hombres y mujeres en la estructura social como consecuencia de las características biológicas (Miqueo, 2001).

El sistema Sexo género y la cultura se convierten en ejes vertebradores del comportamiento humano contribuyendo ambos a la complejidad y reflexibilidad del sujeto psicológico. Por ello una de las características diferenciadoras de la investigación desde la perspectiva cultural y de género es su carácter interdisciplinar, pues este ámbito investigador tiene como objeto de estudio, analizar la vinculación sexo/género, constatando el peso de la cultura en las representaciones de varones y mujeres y las implicaciones psicológicas y sociales derivadas desde esta percepción, por lo que se hace necesario considerar las aportaciones de diferentes disciplinas en la construcción del conocimiento científico.(Benlloch & Campos, 1999b)

1.3. Conceptos de Género y Salud.

En las últimas tres décadas se ha abierto un proceso, que tiene como base un conjunto de datos significativos, que evidencian diferencias en la forma de enfermar y morir entre hombres y mujeres.

Hasta la segunda mitad del siglo XX la conceptualización de salud se había caracterizado por partir de una idea puramente física-biologicista y por ser definida a partir de la enfermedad; es decir la salud era la ausencia de la enfermedad y la atención sobre el binomio salud-enfermedad se encontraba centrada en explicar las causas de la enfermedad. Para justificar la idea se formularon sucesivas teorías, desde la influencia demoníaca o divina, a la humoral, la participación de los miasmas y a la microbiana que finalmente solucionó de una forma definitiva el origen de las principales causas de muerte hasta ese momento: las enfermedades infecciosas (Piédrola Gil, 2001).

La Organización mundial de la Salud en 1948 (Organization et al., 1948) definió el término “salud” como: *“El estado de completo bienestar físico, psíquico, y social y no solamente la ausencia de la enfermedad”*.

Esta definición es la más dominante y universalmente conocida en nuestro sistema de salud, definición incompleta y ampliamente criticada.

La salud, se encuentra influenciada en gran medida por las costumbres y modos de vida, es un concepto que se construye a partir de una base de tipo cultural, donde algunos comportamientos son juzgados como “normales” o “patológicos” en función de la cultura en la que se manifiestan y se valoran. (P. Gómez, 2010)

El concepto de salud se encuentra articulado en cada cultura en relación a tres áreas:

- Mantenimiento del cuerpo.
- Representación imaginaria de la enfermedad.
- Relación que se establece entre el cuerpo y la representación imaginaria de la enfermedad. (O. P. de la Salud, 2002).

La Enfermedad constituye uno de los fenómenos socioculturales más antiguos de la humanidad. Esto es así hasta el punto que se suele analizar la enfermedad como expresión de la vida, es decir, de la adaptación del ser humano a un medio agresivo e inclemente. Cada cultura ha tendido a cristalizar ese enfrentamiento en formas de organización social peculiares organizando en torno al mismo, distintas respuestas y conceptualizaciones diferentes. (Menéndez, 1992).

El proceso salud/enfermedad/atención constituye un universal que opera estructuralmente (aunque de forma diferenciada) en toda sociedad y en todos los conjuntos sociales estratificados que la integran.

La enfermedad, los padecimientos, los daños a la salud, son parte de un proceso social dentro del cual se constituye colectivamente la subjetividad.

Las personas, desde su nacimiento se constituye e instituye en parte, a la respuesta social a la incidencia de enfermedad, daños, padecimientos, se establece también como un hecho cotidiano y recurrente que construye una estructura necesaria para la producción y reproducción de cualquier sociedad a partir del proceso salud/enfermedad /atención.

Tanto los padecimientos, como las respuestas sociales hacia estos mismos, constituyen procesos estructurales en todo sistema, y en todo conjunto social. En consecuencia, crean representaciones y prácticas que estructurarán un saber para enfrentar, convivir, solucionar, y si es posible, eliminar los padecimientos. (Menéndez, 2005)

Enfermar, morir, atender la enfermedad y la muerte deben ser pensados como procesos que no sólo se definen a partir de profesiones e instituciones dadas, específicas y especializadas, sino como hechos sociales respecto a los cuales los conjuntos sociales necesitan construir acciones, técnicas e ideológicas, una parte de las cuales se organizan profesionalmente.

Dado que los padecimientos constituyen hechos cotidianos y recurrentes, y que una parte de los mismos pueden aparecer en las personas y en los grupos sociales, como permanentes o circunstanciales amenazas a nivel real o imaginario, estos mismos conjuntos sociales se ven en la necesidad de construir significados sociales colectivos respecto a algunos de dichos padecimientos. (Menéndez, 2003)

La historia de la medicina, la internalización que han hecho hombres y mujeres de lo que es salud y de las normas que les llegan cada vez más difundidas y ampliadas por los medios de comunicación, han modificado la conciencia de lo que es salud-enfermedad para los mismos seres humanos (Valls-Llobet, 2015).

Es desde este contexto, ante estudios que han aportado y aportan materiales teóricos sobre la situación actual de la mujer y las situaciones discriminativas en el ámbito de las ciencias sociales y la biología donde se ha materializado, lo que ha supuesto una

ruptura de la figura legitimada de la mujer y del discurso construido en torno a ella (Bohan, 1993).

Las mujeres representan más de la mitad de la población mundial, y hasta hace aproximadamente veinte años no ha sido posible constatar que existen importantes carencias en investigación, formación de profesionales y en los cuidados asistenciales dirigidos a la salud de las mujeres.(Siang, 2000) No han existido estadísticas diferenciales según el sexo en cuanto a mortalidad y morbilidad, habiendo sido durante muchos años excluidas de los estudios y ensayos clínicos, con el pretexto de representar un problema a la hora de homogenizar los resultados, puesto que la edad y la aparición de problemas de salud dificultaban la investigación. Así pues, la salud de la mujer solo era investigada y enseñada en función de su área reproductiva.(Inhorn & Whittle, 2001)

Ha sido durante la última mitad del siglo XX, donde se ha evidenciado que los resultados de los estudios realizados a los varones, no se pueden aplicar de una forma sistemática y simplista sobre la población femenina.

Se puede considerar que las principales aportaciones feministas en torno a los conceptos de salud y enfermedad han influido en los diferentes modelos de atención sanitaria que han tenido vigencia en diferentes momentos históricos. Velasco, señala tres principales líneas que abordan la incorporación del enfoque de género en la salud: salud de las mujeres, desigualdades de género en salud y análisis de género como determinante de salud.(Velasco, 2002)

Cada una de estas líneas está relacionada con determinadas teorías de salud y con diferentes corrientes feministas. El concepto de salud del que parten influye en los objetivos, los principales temas abordados y en la propuesta que realizan del modelo de atención a la salud de las mujeres.

El sistema biomédico se ha visto abocado a un cambio de paradigma y reconocer que existen diferencias en la forma de enfermar, sanar, metabolizar los fármacos y enfermar entre hombres y mujeres. El estudio del ser humano, no es el estudio del hombre, ya que las mujeres se han hecho visibles, no solo como agentes reproductivos, si no como personas con entidad para los médicos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1988) en el documento *“Función de las mujeres en la asistencia sanitaria”* plantea que el estereotipo femenino, construcción social caracterizada por la sumisión, pasividad, dependencia y emotividad, está íntimamente relacionado no solo con la capacidad de las mujeres para cuidar a los demás, sino también con una mayor vulnerabilidad a la somatización. (Pizurki, 1988)

Los síntomas somáticos funcionales no definen ningún cuadro patológico concreto aunque están presentes en muchos trastornos orgánicos, es decir, como se afirma en el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales-IV, (Pichot, 1995) los factores psicológicos afectan a la condición física y son relevantes tanto en la génesis como en el curso del trastorno. (Castaño-López, 2006)

Estos trastornos somatoformes denotan un patrón de conducta de enfermedad en relación al modo en que son percibidas, evaluadas y representadas, tanto cognitiva como en su comportamiento, las manifestaciones somáticas. De ahí que reconocer la lógica que sostiene la relación entre somatización y género supone, entre otras cosas, desmontar esta condición doliente atribuida desde siempre a las mujeres. La violencia contra las mujeres, en sus múltiples manifestaciones, está a la base de las somatizaciones y problemáticas psicológicas, por ejemplo trastornos cardiovasculares, gastrointestinales, fibromialgia, depresiones, trastornos disociativos, etc. (Benlloch, 2009). Ante esta realidad se emprenden y ponen en marcha distintas iniciativas a nivel institucional.

La OMS en la Declaración Mundial de Salud, de 1998, al abordar las estrategias a seguir para implementar programas de salud propuso incorporar los conceptos de equidad, solidaridad y justicia social y la perspectiva de género.

Propuesta que implica una concepción de salud integral y compleja. Además, fue en marzo de 2002 cuando, finalmente, se formalizó la política de la OMS en materia de género. Como indica Isabel Yordi (2003:24) *“el Mainstreaming, el enfoque transversal de género, es una herramienta desarrollada por la OMS en el marco del Programa Europeo de Género y Salud que permite diseñar, implantar y realizar un seguimiento y evaluación de las políticas y programas para alcanzar la igualdad y la equidad de género”*. (Yordi, 2003) Previo a esta declaración el documento de la OMS *“Mainstreaming, Gender equito in Health. Madrid Statement”* que compila las

aportaciones de la reunión celebrada en Madrid, en septiembre de 2001, ya recogió la necesidad de considerar en las políticas de salud este enfoque.(Europe, 2001)

En La Conferencia de La Organización Mundial de La Salud sobre la mujer, (1.998), se le consideró como principal agente de salud, y es desde donde parte la iniciativa de dotar a este colectivo de atención prioritaria lo que está contribuyendo a la realización de estudios a cerca de los sesgo de género en los temas relacionados con el Proceso salud – enfermedad.(Muñoz de Rodríguez, 2007).

La Unión Europea, entre otras iniciativas, en El Séptimo Programa Marco de La Comunidad Europea para acciones de investigación, desarrollo tecnológico y demostración (2007-2013), pretende integrar los aspectos de género en la investigación sanitaria y hacer hincapié en el género como factor determinante clave de la salud, reconociendo la necesidad de acabar con las desigualdades de salud relacionadas con aspectos sociales y económicos que puedan existir en los Estados miembros (Sánchez Martín, 2013)

1.4. Diferencias y desigualdades de Género y salud

Hablar de diferencias y desigualdades cuando se investiga implica hablar de dos conceptos que con frecuencia se emplean como sinónimos no siéndolo, Sexo y Género.

El cambio gradual en los círculos académicos y normativos que se viene produciendo a lo largo de los últimos cuarenta años, impulsado por diferentes organismos y grupos feministas nace al desplazar el foco de atención de las mujeres al género. No exento de cierta confusión acerca del significado relativo y los usos de cada concepto (Razavi, 1995)(Pardue, Wizemann, et al., 2001). Esta confusión se genera al fusionar el género con el sexo biológico en los documentos de políticas y programas de organismos e instituciones. En ocasiones se interpretó que eso significa prestar igual atención a las necesidades de hombres y mujeres. No obstante, esta confusión se zanja en la actualidad al sondear la forma en que ambos términos se han integrado en los contextos específicos donde se aplican.

Para los feministas académicos, que fueron los primeros en usar el lenguaje de género y los sistemas de género, estos conceptos se derivaban de las relaciones sociales de

poder que rigen las jerarquías basadas en el sexo biológico, la edad, la etapa de la vida y la situación familiar de las personas (Lorber & Moore, 2002). Sin embargo, los conceptos académicos complejos no siempre se vierten fácilmente en un discurso de política. En los diversos informes realizados por la Organización Panamericana de la Salud, (OPS, 2007) para determinar desigualdades e inequidades en salud, utiliza indistintamente, el término sexo (en relación con la biología), género (en lo que se refiere a las relaciones sociales de poder y las jerarquías), y mujeres y hombres (en su uso común cotidiano), según los siguientes principios: *“en los casos en que las diferencias biológicas entre los sexos interactúan con factores sociales determinantes para definir necesidades diferentes de mujeres y hombres en el campo de la salud (de las cuales la más obvia es la maternidad), la equidad de género exigirá un trato diferente de las mujeres y los hombres que sea sensible a estas necesidades. Por otro lado, en los casos en que no haya ninguna razón biológica verosímil para que los resultados sanitarios sean diferentes, la discriminación social se debería considerar como el principal sospechoso entre las causas de los resultados sanitarios diferentes e inequitativos. En el último caso, la equidad en salud requerirá políticas que promuevan resultados iguales, incluso el tratamiento diferencial para superar la discriminación histórica”* (Breen, 2002, Iyer et al., 2007a, Sen et al., 2002)

La salud, se encuentra mediatizada por diferentes factores. Las competencias para el abordaje de muchos de ellos se encuentran en sectores diferentes al sanitario (educación, transporte, urbanismo, vivienda o agricultura, entre otros).

El concepto de desigualdad en materia de salud para la Organización Mundial de la Salud queda definido como “las diferencias en materia de salud que son innecesarias, evitables e injustas”; este concepto lleva implícita una importante carga moral y ética. (OMS, 1998)

Las desigualdades en salud se caracterizan según Daponte por su carácter injusto y evitable, además de su ubicuidad, consistencia, su enorme magnitud, su carácter gradual, su tendencia creciente, su persistencia, su carácter histórico y su carácter adaptativo (lo que indica que los grupos sociales mejor posicionados socialmente son los más beneficiados de las acciones sanitarias y sociales dirigidas a mejorar la salud) (Palomino Moral et al., 2014)

Cuando hacemos referencia a diferencias nos referimos a las diferencias en el ámbito de la salud debidas a las características biológicas de los sexos. Aún así, si solamente nos subscribimos a las diferencias biológicas podemos caer en el error de obviar otros componentes sociales que en ocasiones incidan en las variables del estudio.

Generalmente la mayoría de los estudios realizados sobre las desigualdades socioeconómicas en salud, se han centrado más del sexo masculino, mientras que las mujeres se han investigado según las funciones familiares que desempeñan (esposa, madre, etc.)(Artazcoz, 2002).

Frecuentemente al realizar los estudios sobre las desigualdades en salud según el género estos se han llevado a cabo de forma paralela a los estudios de éstas según el nivel socioeconómico, sin un punto de vista que integre ambas líneas de trabajo. Recientemente, algunos autores han empezado a tener en cuenta simultáneamente todos los ejes de desigualdades. (Emslie et al., 1999)

Se hace necesario empezar a analizar el impacto en la salud de los múltiples roles de las mujeres y cómo cambia ó varía su efecto en función de la posición socioeconómica y de la carencia material de la mujer (Arber, 2002)

Desde una mirada histórica sabemos que, especialmente desde el siglo XIX, los teóricos médicos se centran en el estudio de la diferencia sexual, abalados estos, por la teoría de la herencia de Mendel (1822) y la teoría evolucionista de Darwin (1871)(de Portillo, 1987).

En estos modelos, la dualidad sexual no se limita en verificar las diferencias relativas de los cuerpos sino que esta se utiliza para justificar las diferencias sociales entre mujeres y hombres.(Lamas, 1994) Se parte de una concepción negativa de la diferencia, donde la mujer es inferior o complemento del varón. En muchas ocasiones, las mujeres no podían desempeñar algunas actividades porque su constitución femenina se lo impedía. Si se empeñaban en ello podían padecer enfermedades “únicas” de su sexo, como la histeria y pasar a estar dominadas por el útero al ser mentalmente débiles, hipersensibles, pasivas y, resumiendo, inestables (Jago et al., 1998). Es importante distinguir entre los posibles factores biológicos y sociales para analizar no solo las diferencias en cuanto a la salud sino, también, las semejanzas entre mujeres y hombres. Podemos ver un ejemplo en las tasas de mortalidad por

cardiopatía coronaria, similares para mujeres y hombres.(Alonso et al., 2008a) Deberían ser una fuente de grave inquietud, si se considera que las mujeres están supuestamente mejor protegidas de la cardiopatía debido a sus niveles más altos de estrógeno(Östlin, 2005). Esta semejanza en los resultados de salud, a pesar de haber un factor biológico protector, bien podría indicar la presencia de una desventaja social o discriminación que lo contrarresta. Aún hoy se mantiene una corriente investigadora que apoya esta premisa.

Mientras que la diferenciación por sexo termina en poder discriminar lo que representan y hacen las mujeres frente a los hombres, clasificados exclusivamente por sus características biológicas, el análisis desde una perspectiva de género significa la incorporación a la elaboración e interpretación estadística de un concepto fundamental: el género como construcción social (Bonan, 2007). Es decir, se trata de poder valorar cómo inciden en los comportamientos de los grupos los diferentes papeles que la sociedad ha asignado, y aún asigna, a los hombres y a las mujeres. (Alario, 2005).

Es desde la mitad del siglo pasado cuando se ha empezado a recopilar muchas pruebas a través del trabajo realizado en casi todas las ciencias sociales, acerca de la presencia, el alcance y la profundidad de la desigualdad y la inequidad de género en gran parte de la historia y en prácticamente todo el mundo, donde se puede comprobar cómo el género infiere como estratificador social. En ocasión del décimo aniversario de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (United Nations, 1995), varios organismos examinaron los datos demostrativos sobre el género y el desarrollo y observaron que la desigualdad de género seguía estando ampliamente presente (Sen, 2006). Sus formas varían según los diversos escenarios y momentos pudiendo ser más ostensibles o más sutiles, el sistema de poder determinado por el género que coloca a las mujeres en posiciones sociales subordinadas ha sido notablemente generalizado y persistente. Los mandatos del poder determinados por el género son visibles entre las mujeres y los hombres prácticamente en todos los campos y, con total seguridad, en el de la salud (Lorber, 1997)

Las mujeres tienen menos tierras, riqueza y propiedades en casi todas las sociedades, pero todavía tienen una carga mayor de trabajo en la economía del “cuidado” de las personas, incluso de los jóvenes y los ancianos, garantizando su supervivencia, reproducción y seguridad (Elson 2005). En algunos contextos, las niñas reciben menos alimentos y menos educación y se las restringe más físicamente. Las mujeres generalmente son empleadas y segregadas en ocupaciones “informales”, menos remuneradas y menos seguras.

Las mujeres y las niñas pasan a ser dispensadoras de primer orden de todas las formas de cuidado, de la atención en salud dentro y fuera del hogar. Si existe una mayoría de población joven, habitualmente se corresponde con un aumento del trabajo de las mujeres en la maternidad y cuidado de los hijos.

En la mayoría de los países, el trabajo doméstico del cuidado no cuenta con ningún tipo de apoyo, es invisible y sin remuneración. Ante cualquier contingencia en salud de los niños, las mujeres tienen que hacer malabarismos con la gran cantidad de responsabilidad, teniendo que dar respuesta a una doble o triple carga de trabajo. Cuando las madres trabajan para obtener ingresos (frecuente en madres con escasos ingresos), habitualmente hace que las niñas se tengan que encargar de cuidar a los hermanos a expensas de su propia educación (Herz, 2004). Cuando los padres mueren debido a la infección por el VIH, son a menudo los abuelos o los niños (a menudo las niñas) quienes tienen que cuidar de los niños pequeños y el hogar (Monash, 2004). Una razón de sexos sumamente sesgada en la población da lugar a mayores diferencias de edad entre los cónyuges y a fenómenos tales como el secuestro de novias y las esposas compartidas entre hermanos, que tienen repercusiones negativas en el poder de las mujeres dentro del hogar (Hudson, 2004).

Por otra parte, el envejecimiento de la población contribuye a aumentar la carga de trabajo de las mujeres en lo que se refiere al cuidado de los ancianos, que generalmente necesitan más atención de salud (WHO, 2003). El envejecimiento también afecta a las mujeres aunque de forma distinta, en concreto en los países donde se observa una mayor supervivencia de las mujeres. Aunque hay indicios de que los viudos son menos capaces que las viudas de cuidarse a sí mismos y administrar su vida (Fry, 2001), el número absoluto de viudas cada vez tiende a ser mayor.

Generalmente las viudas suelen ser más pobres conservando tasas de empobrecimiento e indigencia mayores que las de los viudos y de muchos otros subconjuntos de la población.

En los países con bajos ingresos, donde la unión de hombres mayores con mujeres mucho más jóvenes es una norma social, a la vez que el casamiento de las viudas en segundas nupcias no está aceptado, hay muchas más viudas que viudos. En estos casos, las viudas tienen un riesgo importante de padecer problemas de salud si viven solas (si han sobrevivido a un cónyuge mayor y, por una razón u otra, no viven con uno de sus hijos). Un ejemplo de lo expuesto lo encontramos en el Líbano, donde constituye un grave problema para los hijos que se mudaron durante la guerra civil para encontrar trabajo; 15% de las mujeres ancianas viven solas, en comparación con 1% de los hombres ancianos (Sibai et al., 2004). En la guerra de julio a agosto del 2006, los ancianos en estado delicado que se vieron obligados a abandonar las zonas rurales deben haber experimentado gran estrés y peligro. En un estudio realizado en Egipto y Túnez se observó que las mujeres mayores, independientemente de su situación residencial, parecían presentar mayores tasas de morbilidad y discapacidad que los hombres mayores, e informaban que usaban medicamentos y que visitaba a los proveedores más a menudo que los hombres (Yount, 2005, Yount et al., 2004).

Las naciones con menores niveles económicos, no suelen proporcionar apoyo financiero o servicios de cuidados domiciliarios adecuados para los ancianos, tengan o no cónyuge. (Huenchuan, 2009) En los países donde la asistencia institucional de los ancianos no está socialmente admitida, la mayoría de las familias no pueden costearla y a su vez, no la consideran adecuada. Al vivir los padres más tiempo y las mujeres incorporarse al mundo laboral, fuera del hogar, el cuidado de los progenitores se puede convertir en una situación altamente estresante para los miembros de la familia, en especial a las mujeres que ejercen como cuidadoras naturalizadas. La situación de mayores con dependencia (una gran proporción de los cuales son mujeres) los hace vulnerables a los abusos en la familia y en la atención de los cuidados. (Aguirre, 2009)

En la misma proporción con la que se debe de atender las necesidades de las poblaciones jóvenes, se debe de prestar cuidados a las poblaciones de personas

ancianas, mediante el trabajo no remunerado de “*cuidar*” que realizan las mujeres, acrecentado por el desplome de los servicios de salud y la inexistencia del personal sanitario remunerado (George, 2007a).

Las mujeres pasan a convertirse en los resortes de los sistemas institucionalizados. Se les delega que actúen como profesionales de los cuidados, tanto en épocas de normalidad económica y sanitaria como durante las fluctuaciones generadas por las crisis sanitarias y las situaciones de emergencia. Esta situación pasa a ser más gravosa, en los escenarios donde las mujeres se abocadas a afrontar, además las múltiples cargas transversales de pobreza, raza, grupo étnico o casta.

Los factores explicativos del impacto diferencial de la salud de las mujeres están relacionados en su mayoría, con la doble y a veces la triple jornada de trabajo que soportan las mujeres como consecuencia de su incorporación al mercado de trabajo, la asunción del rol reproductor, que sigue desempeñando casi en exclusividad, y en el que se incluyen los cuidados familiares (Cano, 2011).

La incorporación de las medidas de conciliación y corresponsabilidad de la vida laboral y familiar, se han circunscrito casi en exclusividad al uso de las mujeres. Por otra parte, no se han visto correspondidas con un gran impacto, ni con una gran repercusión y en ocasiones han sido negativas para la salud de las mismas, además de que han afectado de manera negativa a su vida laboral (Artázcoz *et al.* 2001, 2004).

Paradójicamente, la experiencia de muchas mujeres las lleva a desmentir las normas biomédicas tradicionales; Un ejemplo de ello lo encontramos en las mujeres de origen Afroamericano, que viven en Estados Unidos. Aunque suelen considerarse, que los primeros años de la edad adulta son el período más saludable para la maternidad. Geronimus propuso la “hipótesis del desgaste” como explicación verosímil de las diferencias raciales en los patrones de edad materna en relación con los nacimientos y los resultados de los nacimientos en los Estados Unidos (Geronimus, 1992). Según la “hipótesis del desgaste”, la salud de las mujeres afroestadounidenses se puede empezar a deteriorar en los primeros años de la edad adulta como consecuencia física de las desventajas socioeconómicas acumuladas. Por lo que la adolescencia pasa a ser un período más saludable para quedarse embarazadas y tener hijos, en detrimento de los primeros años de la edad adulta.

Esta investigación se ha alargado durante tiempo con el estudio de medir las consecuencias de los factores socioeconómicos estresantes que afrontan las mujeres que están sometidas a varios factores transversales de opresión (Geronimus y Thompson, 2004, Geronimus et al., 2006). La hipótesis del desgaste también se probó y se encontró que es válida en relación con las mujeres de origen mexicano nacidas en los Estados Unidos, con claras correlaciones en niveles extraordinariamente altos de mortalidad neonatal e hipertensión relacionada con el embarazo en los primeros años de la edad adulta (Wildsmith, 2002).

La jerarquía de género dirige la forma en que viven las personas, las creencias, lo que la gente cree y lo que dice saber con respecto a lo que significa ser niña o niño, mujer u hombre. Muy a menudo, en diversos ámbitos culturales, se considera que las niñas y las mujeres poseen menos capacidades. En algunas regiones las mujeres son consideradas depositarias del honor masculino o familiar y del amor propio de las comunidades (Fazio, 2004).

Se considera que algunos factores como las restricciones en la movilidad física, su sexualidad y su capacidad reproductiva son naturales, en muchos casos, los códigos de conducta social aceptados y los sistemas jurídicos toleran, e incluso incentivan situaciones gravemente discriminatorias. Las mujeres, pasan a ser consideradas como objetos en vez de sujetos en sus propios hogares y comunidades, y esto se manifiesta en las normas de comportamiento, códigos de conducta y leyes que perpetúan su condición de seres inferiores y ciudadanos de segunda clase que premian, la violencia contra ellas (García-Moreno et al., 2006).

En escenarios donde la desigualdad de género no es tan palpable, las mujeres a menudo tienen menos acceso al poder político y menos participación en las instituciones políticas, desde las entidades municipales hasta el parlamento nacional y la escena internacional. Esta es una constante que sucede en las mujeres si las comparamos con los hombres. De la misma forma suelen existir grandes diferencias entre las mujeres según la edad o la etapa de la vida, así como la clase económica, la casta, el grupo étnico, etc. Todo lo expuesto se puede aplicar también a las personas transgénero e intersexuales, que a menudo se ven marginadas y obligadas a vivir con pocos bienes materiales, se enfrentan con un grado extremo de exclusión en los

mercados de trabajo, que les deja pocas opciones fuera de la prostitución como medio de subsistencia, y suelen ser víctimas de ostracismo, discriminación y brutalidad (IDS Bridge Cutting Edge Pack on Gender and Sexuality).

El reverso de la situación de subordinación de las mujeres, la encontramos es los hombres. Poseen habitualmente mayor riqueza, mejores trabajos, más estudios, mayor influencia política y menos restricciones para su comportamiento. En muchas regiones, los hombres ejercen poder sobre las mujeres, suplantándolas en la toma de decisiones en su nombre, legislando y restringiendo su acceso a los recursos y su representación personal; sancionando y vigilando su comportamiento mediante el ejercicio de la violencia, socialmente aprobada o la amenaza de violencia. (Van Wijk, Kolk, van den Bosch, 1995) No todos los hombres ejercen la misma presión sobre todas las mujeres; en las relaciones de poder determinadas por el género intervienen la edad, la etapa de la vida, así como otros estratificadores sociales como la clase económica, la raza o la casta. Un ejemplo lo encontramos en las mujeres pobres ó en las que pertenecen a grupos subordinados raciales o de castas, estas mujeres tienden a estar cerca del nivel más bajo del orden social, sobrellevando la múltiple carga de la pobreza, el trabajo, la discriminación y la violencia. (En Mujer, 2007)

Los sistemas de género paradójicamente, en ocasiones ofrecen, a un grupo limitado de mujeres la posibilidad de ejercer poder y autoridad sobre otras mujeres (las mujeres más ricas sobre las más pobres, las mayores sobre las más jóvenes) y, en ciertas dimensiones, sobre los hombres más pobres. (Ortiz-Ortega, 2009)

La repercusión del poder de género en la salud física y mental de las niñas, las mujeres y las personas transgénero e intersexuales, así como de los niños y los hombres, pueden ser profundas.

Investigar desde una perspectiva de género implica reconocer las diferencias y las similitudes en el estado de salud de las mujeres y los hombres, reconociendo que tan erróneo es partir de la premisa en la que los problemas y riesgos de salud son iguales para hombre y mujeres; partir del principio de la existencia de diferencias psicológicas y biológicas donde hay similitudes ó partir de la suposición de que los problemas de salud están provocados tan solo por la discriminación social y cultural, sin inferencias de diferencias biológicas. (Esteban, 2006)

De la misma forma, sin excluir los factores biológicos, este análisis se interesa por las desigualdades en salud que son construidas social y culturalmente, y que, por tanto, son cuestionables y modificables.

Al hablar de desigualdad de género en salud nos referimos a la disparidad en materia de salud entre mujeres y hombres, sistemática, innecesaria, evitable e injusta.(Braveman, 2006)

La desigualdad evidencia distintas oportunidades de poder disfrutar de salud condicionada o mediatizada bajo el prisma de otros factores: La mortalidad, la vulnerabilidad a enfermar, la carga de enfermedad y discapacidad, y el acceso y la calidad de la atención sanitaria(Valls-Llobet, 2014a)

El concepto de expresión biológica de la desigualdad social que “se refiere” a cómo las personas incorporan (literalmente) y expresan biológicamente sus experiencias de desigualdad económica y social, desde la vida intrauterina hasta la muerte, produciendo así desigualdades en una amplia gama de aspectos de la salud, emerge de los postulados de La Epidemiología social.(Krieger, 2001)

La epidemiología social, se distingue por su empeño en investigar explícitamente los determinantes sociales de las distribuciones de la salud, la enfermedad y el bienestar en las poblaciones, en vez de tratar dichos determinantes como un simple trasfondo de los fenómenos biomédicos(Krieger, 2002)

Los determinantes son un “conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones” (OMS, 1998). Comprenden los comportamientos y los estilos de vida saludables, los ingresos y la posición social, la educación, el trabajo y las condiciones laborales, el acceso a servicios sanitarios adecuados y los entornos físicos. Combinados todos ellos, crean distintas condiciones de vida que ejercen un claro impacto sobre la salud. Los cambios en estos estilos de vida y condiciones de vida, que determinan el estado de salud, son considerados como resultados intermedios de salud.

Junto a los determinantes psicosociales hay que destacar la incidencia que los determinantes socioeconómicos y productivos tienen en la salud de las mujeres.

El Informe Salud y Género (Ministerio de Sanidad y Consumo 2006), dedicado a las edades centrales de la vida de las mujeres, recoge cuál es la situación en este sentido (Colomer Revuelta, 2007).

La exclusión y marginación social, tiene un impacto directo sobre los niveles de salud de la población afectando en mayor medida a las mujeres que a los hombres, tanto en los países ricos como en los países pobres, lo que supone también una limitación en el acceso a los servicios de salud, dándose la paradoja de que quienes más necesitan los servicios de salud son los que menos acceso tienen a los mismos. Tal y como señala Gómez (Gómez 2002:455), *“la equidad de género en el ámbito de la salud debe entenderse, entonces, como la eliminación de aquellas disparidades innecesarias, evitables e injustas entre mujeres y hombres que se asocian con desventajas sistemáticas en el contexto socioeconómico”*. Entendiendo además que la equidad incluye que hombres y mujeres tengan similares niveles de salud y bienestar; que tengan un acceso equitativo a los recursos sanitarios; y que hombres y mujeres tengan las mismas capacidades para participar en la toma de decisiones y una similar distribución de responsabilidades y de trabajo o, como lo denomina Gómez, *“la participación para la producción de la salud”*. (E. G. Gómez, 2002)

En definitiva la salud de las mujeres además de un componente biológico está condicionada por determinantes psicosociales, y por determinantes socioeconómicos y productivos, siendo además el género un determinante transversal de otros determinantes como son la edad, clase social y etnia que pueden introducir más factores de desigualdad e inequidad que agravan la situación de las mujeres (Galarza, 2003)

1.4.1 Modelos explicativos de las desigualdades de salud entre hombres y mujeres

Las diferentes teorías feministas han realizado contribuciones a los diferentes conceptos de salud que han ido sucediéndose en el tiempo. Una de las principales ha sido la aparición en los años 60 de los Estudios de las Mujeres en la universidad como líneas de estudios e investigación. Posteriormente en los años 80 el género como categoría de análisis es utilizado para poner de manifiesto la influencia de los factores sociales en la salud de los hombres y mujeres. No son sólo las diferencias biológicas lo

que explica las desigualdades en la salud de ambos sexos sino que son los factores sociales, culturales políticos, económicos y laborales los que tienen una influencia decisiva en la diferente forma de percibir la salud, de enfermar y de morir de hombres y mujeres (Obregón Gutiérrez y Goberna Tricas, 2012).

La existencia de numerosas diferencias entre la salud de los hombres y las mujeres es un hecho probado y apoyado con abundantes datos empíricos. Prácticamente en casi todas las sociedades, las mujeres tienen mayor expectativa de vida que los hombres en similares condiciones socioeconómicas; y, sin embargo, a pesar de esta menor mortalidad, las mujeres padecen más enfermedad y malestar que los hombres (Im, 2000). Esto es lo que se ha dado en llamar “la paradoja de la mortalidad” (Klumb & Lampert, 2004).

La ventaja en supervivencia no equivale necesariamente a una mejor salud, de modo que las mujeres padecen con mayor frecuencia enfermedades agudas y trastornos crónicos no mortales, y sufren niveles más altos de discapacidad a corto y largo plazo. En palabras de (Macintyre, et al.,1996) la vida de las mujeres parece ser menos saludable que la de los hombres.

A pesar de que las mujeres son las que padecen en mayor medida enfermedades crónicas en general, los hombres adultos y sobre todo a partir de los 65 años, presentan un mayor grado de hospitalización y por consiguiente un mayor gasto hospitalario.(Abellán García, et al., 2013).

Mientras, las mujeres, en especial a partir de los 65 años, acuden más a los servicios de urgencias (59% de los hombres, y 72% de las mujeres en esas edades según la), visitan más los centros de salud y se les prescriben más medicamentos, por lo que su gasto per cápita en recetas es mayor(02-09 salud cifras INE DEFINITIVO 2011).

Algunos estudios apuntan, para explicar el diferente uso de los servicios, a una mayor medicalización de la salud de las mujeres o la práctica más frecuente de conductas de riesgo por parte de los hombres, sobre todo en edades tempranas.

Parece que la socialización masculina de los hombres (Moynihan, 1998) les dificultaría aceptar la enfermedad, así como expresar sus temores y necesidades, sintiendo que deben soportar la enfermedad con valentía, sin quejas y en soledad. Esto promueve su resistencia a las consultas médicas cuando surge un problema de salud, al mismo

tiempo que les dificulta la recepción de los mensajes de promoción de salud y prevención de enfermedades(Thielmann, 2012).

Respecto al consumo de medicamentos, es importante diferenciar entre los prescritos, que reflejan decisiones tomadas por el personal médico ante cada caso, y la automedicación, que muestra la iniciativa de las personas como respuesta de autocuidados ante sus problemas de salud

Aspectos como la accesibilidad, la eficacia, la seguridad, la capacitación, la continuidad, la eficiencia y la sostenibilidad son importantes a la hora de evaluar el sistema de salud en sus objetivos de equidad de género.(DAL POZ, et al., 2009)

Algunos ejemplos de este tipo de indicadores de equidad, calidad y participación son: el tiempo de espera para recibir atención de salud, el porcentaje de población vacunada, el acceso y tipo de financiación de interrupción voluntaria del embarazo, métodos anticonceptivos y recursos de planificación familiar; la cobertura asistencial del embarazo, la atención al embarazo y al parto por personal capacitado, la proporción de nacimientos por cesárea, el porcentaje de mujeres o número de asociaciones de mujeres que participan en los procesos de toma de decisiones.(Garrido, 2011)

Otro campo en el que se debería avanzar para mejorar la equidad de género es en el análisis de la distribución de los presupuestos públicos sanitarios.(G. A. García y Sueiras, 2011)

Una información relevante que necesita un análisis desglosado por sexo es la relativa a los nuevos medicamentos: resultados de los ensayos clínicos, fortaleza de los mismos, farmacocinética y farmacodinámica en mujeres y hombres, proceso de autorización y prescripción y seguimiento de los efectos adversos en mujeres y hombres

Ante las diferencias en el estado de salud, de hombres y mujeres se han buscado modelos explicativos capaces de dar respuesta a las diferencias encontradas.

Estos modelos que existen en la actualidad, están en pleno debate y desarrollo conceptual.(M. del M. G. Calvente, 2004a)

Según lo antes expuesto por García Calvente para buscar elementos explicativos en las diferencias del estado de salud de hombres y mujeres, se puede partir del análisis de

dos tipologías de modelos: los modelos biológico-genéticos y los modelos socioculturales.

Aunque ambos modelos parten de premisas distintas para su aplicación, ambas se encuentran estrechamente relacionadas, ya que los factores biológicos y los socioculturales tienen una estrecha relación (por ejemplo, diversos factores sociales pueden producir estrés, y éste desencadenar una elevación de determinadas hormonas que producen hipertensión). (M. del M. G. Calvente, et al., 2010)

Ningún modelo por sí solo puede proporcionar un marco completo para analizar las causas de las diferencias y desigualdades de género en salud, pero podríamos admitir que el modelo “óptimo” sería aquel que tiene en cuenta las relaciones entre hombres y mujeres. (Moiso y Barragán, 2007) Se necesita de la interacción de ambos para lograr efectos recíprocos entre sexo y género (Calvente, 2004)

En la Figura 1 podemos ver una representación gráfica del origen de las diferencias generadas en proceso de salud- enfermedad atención, según los modelos explicativos biológicos- genéticos ó modelos socioculturales. En ella se puede apreciar como los modelos explicativos, pueden partir de premisas casi exclusivamente originadas por diferencias biológicas o partir de diferencias ligadas al Género.

1.-Modelo Explicativo biológico- genético

Son modelos centrados en los estudios de las diferencias genéticas, hormonales y fisiológicas. Ejemplo de la aplicación de este tipo de modelo es el que analiza los fenómenos biológicos derivados de la menopausia y su influencia en la salud.

En los modelos biológicos no se podría hablar estrictamente de desigualdad, sino de diferencia, en la mayor o menor vulnerabilidad biológica a determinados riesgos y condiciones de salud; pero sí se aplicaría la noción de desigualdad si el sistema de cuidados de salud no ofrece una respuesta diferenciada a mujeres y hombres adecuada a sus propias características biológicas y a su vulnerabilidad. (M. del M. G. Calvente, 2004b)

Origen de las diferencias en el proceso salud-enfermedad-atención

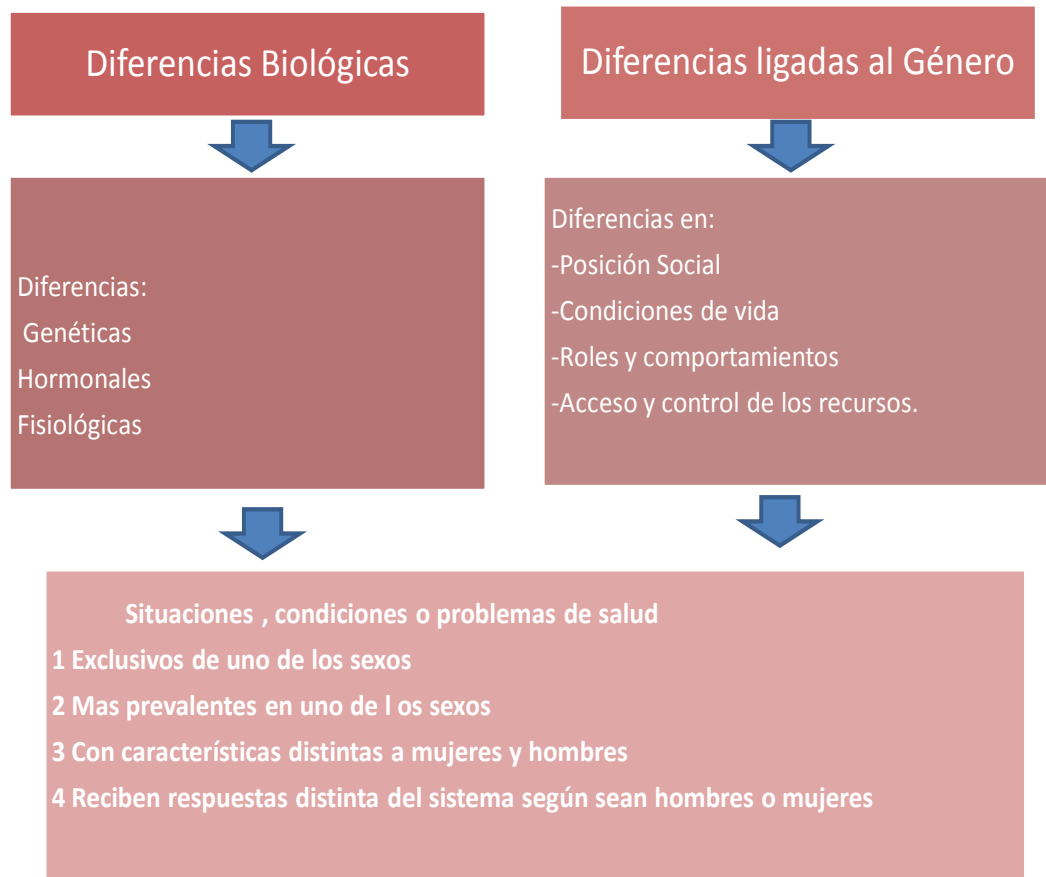


Figura 1: Origen de las Diferencias en el Proceso Salud-enfermedad-atención (Fuente: Organización Panamericana de la Salud, 2004)

Las diferencias hormonales pueden exponer a mujeres y hombres a diferentes riesgos, como es el caso de la disminución de estrógenos que ocurre tras la menopausia, que

produce una descalcificación del hueso y aumenta el riesgo de fracturas en las mujeres (V. A. F. Pérez & Fiol, 2005).

2.- Modelos Explicativos ligados al Género

La equidad de género en materia de salud debe de cimentarse en su propio fundamento: la ausencia de sesgo. Pero la imposibilidad de extraer un principio universal sencillo como la igualdad complica la tarea en el ámbito de la salud, porque requiere una indagación aun más cuidadosa de dónde está presente el sesgo y cómo funciona.

Debido a la complejidad que supone, a la hora de realizar un estudio, se utilizan distintos modelos teóricos dependiendo del objeto de investigación y de los factores a los que se dé relevancia.

Entre los modelos teóricos más relevantes se encuentran: El modelo conceptual propuesto por el *Gender and Health Group* de la Escuela de Medicina Tropical de Liverpool (1998). Y el propuesto por “*Women and Gender Equity Knowledge*”, en un informe para La Comisión de Determinantes Sociales de La OMS (Sen & Östlin, 2008).

a) Escuela de Medicina Tropical de Liverpool

El modelo de La Escuela de Medicina Tropical de Liverpool (School of Tropical Medicine, 2000) establece un conjunto de cuestiones a responder analizando las diferencias o semejanzas entre las mujeres y los hombres entorno a:

Las pautas de salud-enfermedad-atención que supone conocer quién enferma, de qué se enferma, dónde se enferma y cuándo se enferma.

Los factores que afectan a quienes enferman.

Los factores que afectan a la respuesta frente a la salud-enfermedad.

Para abordar estas cuestiones es necesario poner estos factores en su contexto social, económico, cultural y político, analizando si existen diferencias entre mujeres y hombres en cuanto a la toma de decisiones, acceso y uso de los recursos, roles y

actividades y normas de género en los siguientes niveles de la vida social: hogar, comunidad, sistema político, sistema económico, relaciones internacionales y sistemas de atención a la salud (Amo Alfonso, 2008) (Figura, 2)

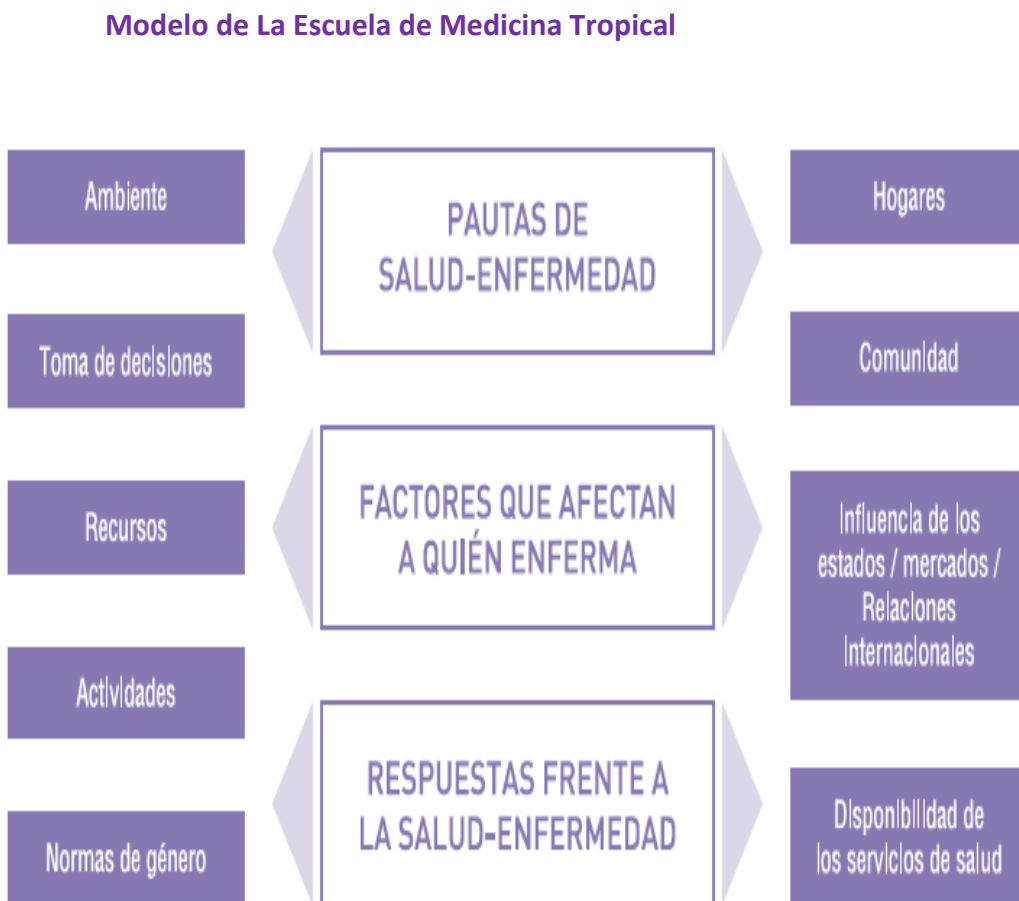


Figura 2: Modelo de la Escuela de Medicina Tropical

b) Modelo conceptual sobre el papel del género como determinante social de la salud.

El segundo modelo que se aporta para explicar el papel del género como determinante de la salud subraya el estudio de las causas, factores y consecuencias de las desigualdades entre los sexos (Sen, 2007).

Entre las causas, vincula el género con determinantes estructurales que afectan a la salud. En lo factores intermedios, incorpora el género como elemento que ordena valores, normas, prácticas y comportamientos que conllevan la exposición y vulnerabilidad a factores de riesgo diferenciales. Como elemento novedoso, considera cómo el ordenamiento social de lo femenino y lo masculino se refleja en los sistemas de salud introduciendo sesgos de género en la investigación y en la atención sanitaria (García Calvente, et al., 2008). Ello genera consecuencias en los resultados de salud y consecuencias económicas y sociales. (Figura, 3)

Modelo conceptual sobre el papel del género como Determinante social de la salud (Sen & Östlin)

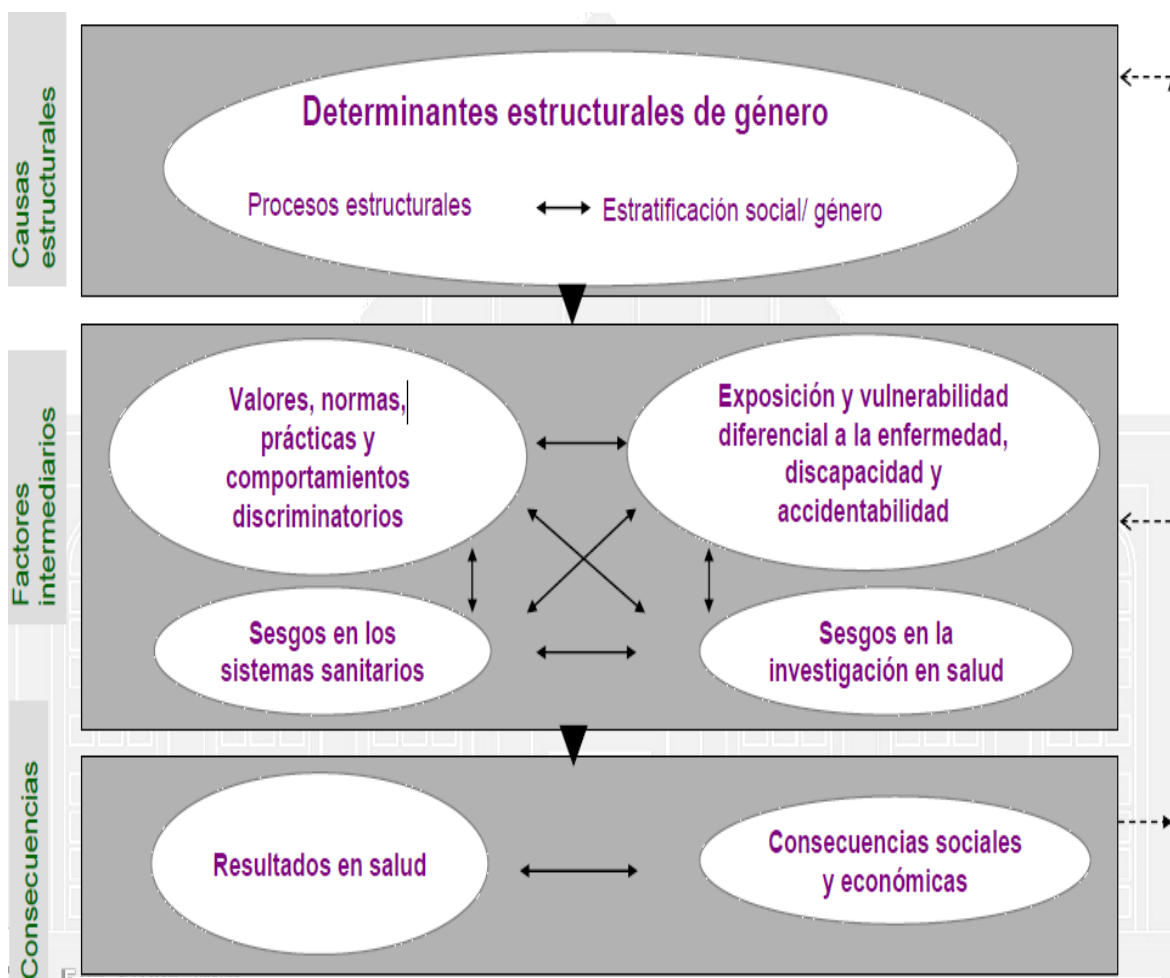


Figura 3: Modelo conceptual sobre el papel del Género como Determinante Social de la salud (Sen & Östlin)

1.5. Sesgo de Género en la construcción del conocimiento científico

El sesgo por razones de género influye en las distintas necesidades en el campo de la salud, el comportamiento relacionado con la búsqueda de atención para la salud, el tratamiento y los resultados, Así como también se encuentran presentes en el contenido y el proceso de las investigaciones de salud.(Sen & Östlin, 2008)

Los desequilibrios de género en el contenido de la investigación incluyen las siguientes dimensiones:

- Lentitud para reconocer los problemas de salud que afectan a las mujeres en particular.
- Enfoques erróneos o parciales de las necesidades de las mujeres y los hombres en materia de salud en diferentes campos de la investigación de salud.
- Falta de reconocimiento de la interacción entre el género y otros factores sociales.
- Entre los desequilibrios de género en el proceso de investigación encontramos:
 - La falta de recolección de datos desglosados por sexo en los proyectos individuales de investigación o en sistemas de datos más grandes;
 - Metodologías de investigación que no son sensibles a las diferentes dimensiones de la disparidad;
 - Aplicación de métodos que carecen de una perspectiva de género y excluyen a las mujeres de las poblaciones de los estudios en la investigación médica y los ensayos clínicos de medicamentos nuevos
 - Desequilibrio de género en los comités éticos, en la financiación de las investigaciones y los órganos de consulta, y tratamiento diferencial de las científicas.

En el campo de la investigación científica, los problemas y sesgos de género más importantes han sido sintetizados por (Margrit Eichler, 1980) en tres grandes tipos: Androcentrismo, dobles estándares e insensibilidad de género. Problemas que dan lugar a una serie de malas prácticas.

a) Androcentrismo

Suele ser muy frecuente en la investigación en salud y puede manifestarse mediante las siguientes prácticas:

Estimando las experiencias y problemas de los hombres como la norma establecida para la valoración de problemas frente a las mujeres. En la investigación en salud, por lo general, las experiencias y condiciones de salud observadas en los hombres han sido extrapoladas a la situación de las mujeres. Un ejemplo de ello es el de las enfermedades cardiovasculares, donde se ha partido de la asunción de que las mujeres mostraban los mismos síntomas que los hombres, por ejemplo, en los ataques al corazón. La evidencia ha demostrado que no es así y, en consecuencia, el diagnóstico de esta dolencia de las mujeres suele ser subestimado y tardío. (M. R. Calvente, 2010)

La Ginopía

Consideramos la Ginopía (Martínez et al., 2013) como la no visibilización de las mujeres en la investigación, generalmente se viene manifestando en la baja representación o exclusión de las experiencias de las mujeres en temáticas, espacios o problemas considerados tradicionalmente como masculinos. Ejemplo de ello lo encontramos en temáticas de salud altamente masculinizadas, como pueden ser las enfermedades cardíacas o el cáncer de pulmón.

Considerar a las mujeres como grupo subordinado y dependiente, es frecuente encontrarlo en las variables de estudio, cuando para estudiar las situaciones de las mujeres se emplean variables referidas a los varones, como es el caso de la variable «cabeza de familia» o al asignar a la mujer la clase social del esposo (Borrell, et al., 2004).

b) Insensibilidad de género

El problema de la insensibilidad de género ocurre cuando no se contempla el sexo como variable, ni la dimensión del género en contextos donde son significativos. Se parapeta en no cuestionar situaciones aparentemente similares o idénticas que puedan tener efectos diferentes y desiguales en mujeres y en hombres. (G. Calvente, 2007)

La insensibilidad de género tiende a perpetuar los desequilibrios existentes entre mujeres y hombres, y puede tomar varias formas como son:

Desatención de las diferencias entre mujeres y hombres en su relación con el proceso salud-enfermedad-atención: No se recopilan datos desglosados por sexo en los proyectos de investigación o en los sistemas de datos de mayor alcance.

Los datos de salud tanto en proyectos individuales de investigación como en los sistemas de datos nacionales y regionales todavía no se recopilan o se desglosan sistemáticamente por sexo. (Comunidad Europea, 2009)

La fiabilidad de los datos obtenidos en los hogares o en la comunidad y en los registros de proveedores de servicios de salud es, a veces, cuestionable en las sociedades donde hay sesgos de género en el comportamiento relacionado con la búsqueda de atención sanitaria o donde prevalecen normas sociales según las cuales las mujeres deben sufrir en silencio. Varios estudios indican que posiblemente se subestimen las tasas de prevalencia de tuberculosis entre las mujeres de países donde el hecho de expulsar un esputo para análisis es considerado tabú. (Thorson & Johansson, 2004)

Descontextualización.

Consiste en ignorar el contexto social, económico y cultural en el que se desenvuelven las relaciones sociales entre mujeres y hombres y cuya consideración ayuda a conocer la influencia de las desigualdades de género en salud. (Pombo, 2012).

Consideración del hogar o la familia como unidad de análisis sin tener en cuenta sus componentes. Esta práctica lleva consigo ignorar las diferentes situaciones de las personas integrantes de ese núcleo social en relación a la temática de estudio.

En los estudios relacionados con la familia como unidad de análisis, no se debe ignorar, las desigualdades en responsabilidades y recursos, de los diferentes miembros.

Ejemplo de ello se da en estudios donde se contempla el cuidado informal de personas dependientes, asumiendo que este cuidado lo realiza la familia, sin tener en cuenta que generalmente recae de forma directa sobre las mujeres, habitualmente de ciertas edades y clases sociales. (M. G. Calvente, et al., 2011)

c) Dobles estándares

Este sesgo consiste en utilizar diferentes criterios para tratar y evaluar situaciones o problemáticas sustancialmente parecidas o idénticas para los sexos, sería el problema inverso a la insensibilidad de género. Los dobles estándares pueden manifestarse básicamente de dos maneras:

Dicotomismo sexual. Supone entender a los dos sexos como opuestos, extremando las diferencias sexuales y de género, sin que sus características se solapen o influyan el uno en el otro. En la práctica, este sesgo resulta en una exageración, e incluso en una invención, de las diferencias entre mujeres y hombres.(Magrit Eichler, 2001)

Reproducción de estereotipos sexistas. Supone tratar los estereotipos y prejuicios sexistas como si fueran una característica sexual parte de la naturaleza humana, y no una construcción social.

El sesgo de género puede aparecer también en el diseño y ejecución de la investigación. Estas limitaciones afectan al proceso de construcción del objeto de conocimiento y también a la estrategia metodológica desde la cual se aborda su estudio.

Los principales problemas detectados en este sentido son los siguientes:

Infra representación de las mujeres en los ensayos clínicos (Laurila & Young, 2001), derivada de la utilización de muestras integradas mayoritariamente por hombres. El resultado es que sus hallazgos sólo pueden ser aplicables a una mitad de la población, estando las mujeres excluidas del disfrute de los beneficios de la experimentación biomédica (Laguna Goya, 2013).

Históricamente, los ensayos clínicos han incluido en sus muestras mayoritariamente a hombres, extrapolando automáticamente los resultados a las mujeres, a partir de la presunción errónea de igualdad entre ambos sexos(Ruiz-Cantero, 2004). Varios han sido los argumentos esgrimidos para justificar la diezma de las mujeres en las muestras clínicas, como la prevención del riesgo potencial de daño fetal, las inquietudes sobre el efecto de las fluctuaciones hormonales en el ciclo menstrual sobre los resultados de los estudios, y las dificultades para su reclutamiento explicadas como dificultades de transporte e interferencias con las responsabilidades familiares y domésticas, entre otras (NIH, 2002; NIDA, 2006). Factores que, sin duda, elevan los costes de investigación.

Es a partir de los años 90, después de los trabajos realizados por grupos feministas, cuando la *National Health Institutes* y la *Food and Drug Administration* (Food, Administration, Food, Administration, & others, 1993) realiza un cambio en la

formulación de sus guías para la incorporación y participación de las mujeres en los ensayos clínicos.

Pese al aumento y la incorporación de las mujeres a los estudios de investigación y ensayos clínicos, esta se encuentra más limitada a los ensayos de fase I y fase II, por lo que la información referida a seguridad suele ser poco conocida.(Chilet-Rosell, et al., 2009)

Un claro ejemplo de la discriminación de las mujeres de forma sistemática en la exclusión de los ensayos clínicos o de estudios relevantes sobre la salud y la enfermedad, ocurre cuando se asume que los resultados obtenidos al estudiar a los hombres pueden ser extrapolados a las mujeres, cuando no siempre es así.(Laguna Goya et al., 2008).

Prueba de este sesgo, son los datos con los que se llevan a cabo, estrategias terapéuticas indiscutibles como la administración de estatinas en prevención primaria y secundaria de la cardiopatía isquémica que se derivan de ensayos clínicos donde la participación de mujeres no alcanzaba el 20%, o que la mayor parte de la información que manejamos de enfermedad cardiovascular en la mujer proviene de registros donde las mujeres suponen menos del 30% de la población analizada.(Anguita et al., 2008a)

Estadísticamente la proporción de las mujeres incluidas en los estudios de investigación y ensayos clínicos se encuentran en torno al 35%, siendo esta una de las causas que producen sesgo en la generación del conocimiento científico. (Valls-Llobet, 2014b)

La Omisión del género como categoría de análisis, que puede tomar diversas formas:

Ceguera de género: consiste en no considerar la dimensión del género como categoría significativa para el abordaje e interpretación del problema de investigación.

Esta omisión suele producirse como consecuencia de una falta de formación o concienciación en cuestiones relativas al género. (Díaz Bernal, 2013)

Neutralidad de género: implica tomar asunciones neutrales sobre la dimensión del género, sin observar su importancia y asumiendo explícitamente que la no consideración del género, ni del sexo, es un criterio de no discriminación. Tratar el sexo como equivalente de género. (García, 2006)

CAPÍTULO 2. ENFERMEDADES Y FACTORES DE RIESGOS CARDIOVASCULARES.

2.1. Enfermedades cardiovasculares. Definición y Clasificación

Utilizamos el término de Enfermedades Cardiovasculares como concepto genérico, al referirnos a un conjunto de patologías y enfermedades con un amplio espectro de diversidad en sus causas y etiologías, como también en los signos y síntomas con los que se manifiestan.

Una clasificación de enfermedades puede definirse como “Sistema de categorías a las cuales se les asignan entidades morbosas de acuerdo con criterios establecidos, cuyo propósito es permitir el registro sistemático, el análisis, la interpretación y la comparación de los datos de mortalidad y morbilidad recolectados en diferentes países o áreas y en diferentes épocas.(Martín-Vegue, 2002)

La Organización Mundial de la salud utiliza como sistema de Clasificación La C.I.E. Este sistema se sustenta en la clasificación de ejes variables cuyo esquema debe servir a todos los propósitos prácticos y epidemiológicos. Este patrón puede ser identificado en los capítulos de la C.I.E. y hasta el momento es considerado como la estructura más útil que cualquiera de las alternativas que se han probado.

La C.I.E. utiliza un código alfanumérico, con una letra en la 1º posición y números en la 2º,3º, y 4º posición; el cuarto carácter sigue a un punto decimal, los códigos posibles van por lo tanto de A00.0 a Z99.9.

Según la versión X de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (CIEX) los grandes grupos de las enfermedades del aparato circulatorio son:

- I00-I02 Fiebre reumática aguda
- I05-I09 Enfermedades reumáticas crónicas cardíacas
- I10-I15 Enfermedades hipertensivas

- I20-I25 Enfermedades isquémicas cardíacas
- I26-I28 Enfermedad cardíaca pulmonar y enfermedades de la circulación pulmonar
- I30-I52 Otras formas de enfermedad cardíaca
- I60-I69 Enfermedades cerebrovasculares
- I79- I70 Enfermedades de las arterias, arteriolas y capilares
- I80-I89 Enfermedades de venas, vasos y ganglios linfáticos no clasificadas bajo otro concepto
- I95-I99 Otros trastornos del aparato circulatorio y los no especificados (eCIE10ES, 2014)

En las sociedades industrializadas, así como en algunas sociedades con economías emergentes, existe una preponderancia en la incidencia de las Enfermedades Cardiovasculares, cuyo elemento patológico subyace en la arteriosclerosis y la trombosis arterial consecuente.(Abejón, 2010) En este grupo están comprendidas entre otras: la cardiopatía isquémica, la mayoría de las enfermedades cerebrovasculares, la enfermedad hipertensiva, parte de la insuficiencia cardíaca, algunos aneurismas y las trombosis arteriales.

Dentro de las enfermedades del aparato circulatorio, las dos principales causas de mortalidad son las cardiopatías isquémicas y las enfermedades cerebrovasculares. La Insuficiencia cardíaca ocupa el tercer lugar. Las dos primeras ocasionan casi dos tercios de la mortalidad cardiovascular total (S.N.S., 2012).

La Cardiopatía Isquémica se divide en tres categorías clásicas: Infarto Agudo de Miocardio (IAM), Angina Inestable y Cardiopatía Crónica.(Hernández, et al., 2010) Las dos primeras constituyen la forma aguda de las coronariopatías o el síndrome coronario agudo. La intervención inmediata posterior a un proceso de IAM, vendrá determinada por la elevación del ST.

En estos casos se procede a una reperfusión inmediata, no adoptándose esta medida si no existe esta manifestación clínica. No obstante debido a la complejidad de la fisiopatología y etiología del problema y las consecuencias en isquemias prolongadas, se utilizan parámetros de determinaciones séricas a fin de realizar un diagnóstico lo más adecuado y pertinente.(McMurray et al., 2012)

Las enfermedades Cerebrovasculares se caracterizan por producir una lesión cerebral resultante de un estado de déficit en la circulación cerebral, cuyos factores etiológicos son: Trombosis Cerebral, Embolismo Cerebral, Hemorragia intracraneal y otros factores relacionados con la Isquemia cerebral.(Bedoya, 2006) La clínica puede ser variada con relación a la extensión y situación de la lesión, al igual que su aparición, (lenta y progresiva en el caso de Trombosis, moderada en caso de hemorragia o súbita en caso de Embolismo).

No obstante, las alteraciones más frecuentes son Hemiplejia, Alteraciones de la conciencia y Afasia. La evolución puede ser variable, abarcando desde la muerte hasta la recuperación sin secuelas. De igual forma, el déficit resultante puede ser asimismo temporal o permanente, dependiendo fundamentalmente de los factores Condicionantes Básicos y de estados patológicos previos. (Go et al., 2013)

En los países desarrollados, la insuficiencia cardiaca es la tercera causa de muerte por enfermedades del aparato circulatorio, además de ser una importante causa de morbilidad hospitalaria, ya que constituye el primer motivo de de hospitalización en mayores de 65 años(Sayago-Silva, et al., 2013a). Las tasas de mortalidad por insuficiencia cardiaca se incrementan con la edad en ambos sexos, con cifras muy bajas antes de los 60 años. Sin embargo, en cifras absolutas las defunciones por Insuficiencia Cardiaca son el doble en mujeres que en varones debido a la diferente distribución etaria de las poblaciones de uno y otro sexo, pues la femenina es una población de mayor edad. La ICC produce un 4- 8% de la mortalidad por todas las causas y del 12 al 20% de la mortalidad cardiovascular en ambos sexos.(Jiménez-Navarro et al., 2008a)

2.1.2. EPIDEMIOLOGIA: INDICADORES, PREVALENCIA E IMPORTANCIA

Los tres tipos de indicadores más frecuentemente utilizados en Epidemiología para valorar la frecuencia de una enfermedad son los indicadores de mortalidad, morbilidad y letalidad.(Moreno-Altamirano, 2000)

Los indicadores de mortalidad provienen de las estadísticas vitales las cuales se elaboran a partir del 100% de los certificados de defunción, donde se recogen la causa

de la muerte, tras lo cual son codificadas y clasificadas según la CIE-X. (TECNICO, 2010).

Los indicadores comúnmente utilizados son el número absoluto de defunciones, las tasas brutas de mortalidad, específicas por causa y/ o edad o ajustadas para edad. Los indicadores de morbilidad provienen de las estadísticas de ingreso y alta en los hospitales de agudos que se clasifican también según la CIE. De esta forma se obtienen el número de ingresos y las tasa de ingresos hospitalarios según causa. (INE, 2011). Sin embargo, para obtener las tasas de incidencia es necesario hacerlo a partir de los registros epidemiológicos creados a propósito, como por ejemplo los registros de cáncer, de SIDA o de infarto agudo de miocardio. En el caso de enfermedades que pueden recidivar, como el infarto agudo de miocardio, hablamos de tasas de ataque cuando se incluyen todos los episodios (primeros y recidivas). Se entiende por tasa de letalidad, la proporción de casos que fallecen a causa de la enfermedad. (Cáceres, 1996)

Las enfermedades no transmisibles, en especial las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la diabetes, consideradas la nueva pandemia del siglo XXI, afectan tanto a países desarrollados como a países en desarrollo, esto ha suscitado que la Organización Mundial de la Salud promueva su vigilancia como parte de una estrategia global para prevenir y controlar estas enfermedades y sus principales factores de riesgo. (OMS, 2013)

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la causa de muerte más frecuente en la mujer en los países desarrollados. Mayor que las neoplasias y que el conjunto de las siete siguientes causas y originando una muerte cada minuto. La principal causa de estas muertes las ocasiona la enfermedad coronaria. (Collins et al., 2007)

Existen diferencias geográficas en la incidencia y mortalidad de las enfermedades Cardiovasculares tanto entre países como entre regiones de un mismo país, Estas diferencias pueden llegar a ser de hasta 5 veces. La incidencia y mortalidad son mayores en los países del Este y Norte de Europa y menores en el Sur. Afortunadamente España tiene una de las más bajas tasas de mortalidad por Enfermedades circulatorias del mundo occidental, como queda evidente en el mapa mortalidad de Europa correspondiente al último informe de la (OMS, 2012) con los

datos disponibles de los distintos países europeos. En el grupo de edades entre 25 y 64 años, ocupamos el 6º puesto con más baja mortalidad 41 países europeos.

En La Unión Europea, según, los datos Eurostat- Statistic relativos a causas de muerte durante el periodo de referencia 2010; muestra que las enfermedades del sistema circulatorio y el cáncer fueron, con mucho, las principales causas de muerte tanto en varones como en mujeres. (Eurostat-Statistic, 2010)

En España, y según los datos del Instituto Nacional de Estadística, recopilados en el documento “*Estrategia de Cardiopatía Isquémica del Sistema Nacional de Salud*” del Ministerio de Sanidad y Consumo, las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte para el conjunto de la población española. (S.N.S., 2015)

La tasa bruta de mortalidad es del 315 por 100.000 habitantes lo que supone el 35% de todas las defunciones (Tunstall-Pedoe, 2003). Dentro de las enfermedades cardiovasculares vasculares, la cardiopatía Isquémica ocasiona el mayor número de muertes cardiovasculares (31% del total, un 40% en varones y un 24% en las mujeres). Estos datos suponen que la cardiopatía isquémica es la causa de muerte en el 12% de los varones y el 10% de las mujeres españolas y su tasa de morbilidad hospitalaria fue de 352 por 100.000 habitantes (493 en varones y 215 en mujeres). En el año 2009, la tasa de mortalidad por EC fue 74,2 (61 mujeres, 86,8 varones)/ 100.000 habitantes. (Fernández-de-Bobadilla y López-de-Sá, 2013)

La Causa de mayor mortalidad en mujeres en Andalucía, según el INE en el año 2012, la constituyeron el grupo de las enfermedades del sistema circulatorio. Se mantuvo como la primera causa de muerte (responsables de 30,3 de cada 100 defunciones), seguida de los tumores (27,5) y de las enfermedades del sistema respiratorio (11,7). Las enfermedades del sistema nervioso, que incluyen al Alzheimer, fueron la cuarta causa de muerte, aún las enfermedades que se asocian como principal causa de muerte en las mujeres siguen siendo las ligadas a los tumores relacionados con el ámbito reproductivo. Sin embargo, las enfermedades del sistema circulatorio fueron la primera causa de mortalidad femenina (282,2 muertes por cada 100.000) y la segunda entre los hombres (239,4). (INE, 2012)

También confirman que en el año 2012, Las enfermedades del sistema circulatorio fueron la principal causa de muerte en todas las comunidades autónomas excepto en Canarias. (INE, 2012)

Desde hace años y en todas las publicaciones se señala que Andalucía, Comunidad Valenciana, Murcia (paradójicamente las Comunidades Autónomas más mediterráneas del país) y la Comunidad Canaria presentan las tasas de mortalidad más elevadas del país para enfermedades del aparato circulatorio y para cardiopatía isquémica.(Ocaña-Riola et al., 2015)

La tendencias, según los datos obtenidos manifiestan que la incidencia de infarto agudo de miocardio (IAM) se mantiene estable, pero se estima que cada año aumentará un 1.5% el número de casos de infarto y angina que ingresarán en los hospitales españoles debido al envejecimiento de la población.(Sancho Cantus, et al., 2010)

La tendencia en el número de casos de síndrome coronario agudo entre 2005 y 2049 tenderá a estabilizarse en la población de 25 a 74 años y aumentar significativamente en la población mayor de 74 años. Los casos de síndrome coronario agudo aumentarán hasta el año 2049 debido al envejecimiento de la población, aunque parece estabilizarse en la población menor de 75 años. La letalidad del síndrome coronario agudo entre los pacientes hospitalizados se ha reducido, pero la proporción de muertes súbitas se mantiene sin cambios.(Dégano, 2013)

Por otra parte, los avances en el manejo y tratamiento del Síndrome Coronario Agudo (SCA) se han traducido en una disminución de su mortalidad. Los dos factores, edad media de la población y disminución de la mortalidad por SCA han condicionado un aumento de la prevalencia de la cardiopatía isquémica y de su tasa de morbilidad hospitalaria de forma que se estima que cada año aumentarán en unas 2000 las personas ingresadas por infarto o angina, lo que originara en los próximos años, una gran demanda asistencial y un aumento de los recursos destinados a tal fin. (Bakhai et al., 2012).

Los datos obtenidos tras un análisis realizado por el Observatorio de la Salud de la Mujer. Ministerio de Sanidad y Consumo en 2008 de los estudios RISC. (Registro de Infartos de la Sección de Cardiopatía Isquémica y Unidades Coronarias)(Arós et al.,

2001), PRIAMHO I y II, (Proyecto de Registro de Infarto Agudo de Miocardio Hospitalarios)(Heras et al., 2006), DESCARTES (Descripción del Estado de los Síndromes Coronarios Agudos en un Registro Temporal Español)(Bueno et al., 2005), y TRIANA (información de más de 520 pacientes con IAM con elevación del ST, tratados en la unidad coronaria o en planta durante el año 2002)(Alonso et al., 2008b). Todos estos estudios han sido llevados a cabo por Sección de Cardiopatía Isquémica y Unidades Coronarias, para obtener información sobre las características demográficas, clínicas, de manejo y pronóstico del síndrome coronario agudo en la mujer demuestran:

La edad media de las mujeres con SCASEST era superior a los hombres (6 años de promedio), su perfil de riesgo cardiovascular era muchos más desfavorable con mayor prevalencia de hipertensión arterial, dislipemia y diabetes, la tasa de tabaquismo era muy inferior.

La proporción de mujeres con antecedentes de Accidente Cardiovascular o angina fue similar. Los hombres tenían mayor frecuencia de antecedentes de infarto, historia de revascularización coronaria y enfermedad vascular periférica. Los antecedentes de insuficiencia cardiaca fueron significativamente más frecuentes en las mujeres, probablemente relacionados con la mayor edad del grupo.

La mortalidad e incidencia de eventos adversos (IAM, insuficiencia cardiaca y shock carcinogénicos) durante la fase hospitalaria fue un 50% superior en las mujeres que en los hombres con SCASEST. La mortalidad a 28 días fue alta en los pacientes con SCASEST, del 9 %. Esta fue significativamente mayor en las mujeres alcanzando una tasa del 12% a los 28 días (50% superior a la de los varones) y del 22% al año.(OSM Cardiología, 2008).

La insuficiencia cardiaca (IC) se puede definir como una anomalía de la estructura o la función cardiacas que hace que el corazón no pueda suministrar oxígeno a una frecuencia acorde con las necesidades de los tejidos metabolizantes pese a presiones normales de llenado (o sólo a costa de presiones de llenado aumentadas).(ESC, 2008)

La Insuficiencia Cardiaca representa una patología de especial relevancia por su creciente prevalencia en nuestro medio. Constituye un problema de salud pública de máxima importancia¹. Se estima que, un 2% de la población adulta en los En los países desarrollados, padece IC. La prevalencia va en aumento exponencial con la edad, pues

es inferior al 1% antes de los 50 años y duplicándose posteriormente, con cada década hasta superar el 8% entre los mayores de 75 años.(Hamm et al., 2012a).

En España el elevado número de casos de esta enfermedad determinado especialmente por el envejecimiento de la población. En datos recogidos en el censo de población desde 1991 hasta la estimación del 1 de enero de 2012, la población española mayor de 65 años ha pasado de 5.370.252 a 8.029.674 habitantes, lo que supone un aumento del 50%. Además, desde 1991 hasta 2011 del aumento de más de 2 años en la esperanza de vida de las personas que llegaron a los 65-76 años, y de 1-2 años en la de las que alcanzaron los 77-87 años.(INE, 1991) (INE, 2013).

Un claro ejemplo de ello son los datos recopilados en el año 2001, ingresaron en Andalucía 70.040 personas con enfermedades del aparato circulatorio, generando 739.786 estancias, con una mortalidad global del 8,31 %. En Andalucía el número absoluto de hospitalizaciones por IC de mayores de 45 años ascendió de 4.345 (1.848 varones y 2.497 mujeres) en 1990 a 10.153 (4.488 varones y 5.665 mujeres) en el año 2000, lo que significa un aumento relativo en las tasas de un 230%; este incremento fue más pronunciado por encima de los 65 años.(M. F. Jiménez-Navarro et al., 2006)

En España solo se han realizado dos estudios sobre prevalencia de la IC de base poblacional, PRICE (Prevalencia de Insuficiencia Cardiaca en España) y EPISERVE (Insuficiencia cardiaca en consultas ambulatorias: cormobilidades y actuaciones diagnosticas terapéuticas por diferentes especialistas). (Sayago-Silva, et al., 2013b)

El estudio PRICE, obtuvo como resultado que la prevalencia de insuficiencia cardiaca en España es elevada, en torno al 6,8% de la población de 45 o más años. Esta prevalencia es similar en varones y mujeres, y aumenta de forma clara y significativa con la edad, de tal forma que por encima de los 75 años es del 16%, tanto en varones como en mujeres. La prevalencia es del 8% en el grupo de edad entre 65 y 74 años, del 5,5% entre 55 y 64 años, y más baja, del 1,3%, entre 45 y 54 años.(Sánchez et al., 2008)

Existen datos contradictorios sobre la evolución de la incidencia de Insuficiencia Cardiaca, en las últimas décadas en nuestro entorno, derivados fundamentalmente de estudios epidemiológicos en Estados Unidos. Así en el estudio Framingham encontraron una prevalencia de ICC del 1% en personas mayores de 40 años (Tendera, 2004) han descrito una prevalencia del 1%, con un 2% adicional de pacientes con

síntomas y signos de ICC tras una exploración exhaustiva (un 3% en total). En Minnesota, en el condado de Olmsted, se encontró una prevalencia de ICC de sólo el 2,2% entre 1997 y 2000. Por otra parte, los pacientes por cardiología, recogidos sistemáticamente en el registro BADAPIC(Sánchez et al., 2004), son más jóvenes y en mayor grado varones y presentan fracción de eyección deprimida en la mayoría (dos tercios) de los casos. La etiología predominante es la cardiología isquémica y con mayor grado sintomático. Frente a esta población, los pacientes con Insuficiencia Cardíaca, seguidos en Atención Primaria, incluidos en los estudios CARDIOPRES(Roca et al., 2007), GALICAP(Otero-Raviña et al., 2007), así como el estudio de Galindo Ortegol sobre pacientes con Insuficiencia Cardíaca en Atención Primaria, son mayores, media de edad más de 70 años, cuya mayor proporción es de mujeres. (Ortego et al., 2011)

La prevalencia se duplica por cada década de edad estudiada, lo que se observa también en nuestro estudio, y éste es un factor que puede explicar en gran medida el incremento de la prevalencia de la ICC en los últimos 10-20 años.(Adams et al., 2005).

Framingham, la incidencia de insuficiencia cardíaca en la mujer ha disminuido prácticamente un tercio desde 1950 a 1990 y ha permaneciendo igual en hombres en el mismo período de tiempo. El descenso se considera fruto de mejora del diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial como causa principal de Insuficiencia Cardíaca en mujeres y a la disminución de la incidencia de enfermedad reumática.

Según la cohorte de Framingham, la mortalidad por Insuficiencia Cardíaca disminuyó tanto en mujeres como en hombres, no obstante presenta un porcentaje de muerte a los 5 años del 50% a pesar de los grandes avances conseguidos en la terapéutica de la Insuficiencia cardíaca.

En Escocia la mortalidad tras un ingreso hospitalario por Insuficiencia Cardíaca en la década de los noventa, parecía e disminuir tanto en hombres como en mujeres. Stewart et al¹⁷, en Escocia, estiman que la prevalencia de ICC aumentará con respecto al año 2000 un 31% en varones y un 17% en mujeres en el 2020.(Stewart, et al., 2003)

Pese a los logros conseguidos en el tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca y el mejor conocimiento de su fisiopatología, se observan unos resultados discretos en la reducción de la mortalidad. Aún la evidencia empírica que existe, no es suficiente

para asegurar que los avances en el tratamiento de la cardiópata isquémica y el mejor control de la presión arterial, parece que han conseguido reducir la mortalidad de los pacientes, a expensas de que los supervivientes queden con disfunción ventricular izquierda e IC.(Rodríguez-Artalejo, 2004). A medio plazo, el impacto total de la Insuficiencia Cardíaca aumenta por su pronóstico desfavorable, semejante al impacto de las neoplasias más prevalentes.(J. M. García, et al., 2006)

La mortalidad de la Insuficiencia Cardíaca se puede considerar que ha cambiado poco, aunque se observa una reducción en el subgrupo de Insuficiencia Cardíaca con función sistólica deprimida, en cual se han manifestado mejoras del pronóstico con diversas intervenciones farmacológicas y no farmacológicas en las últimas décadas (Owan et al., 2006)

En año 2012 se ha publicado un estudio (Laribi et al., 2012) que analiza datos de los últimos 20 años de siete países Europeos. El análisis confirma una tendencia decreciente de las tasas de mortalidad por IC ajustada a la edad, con una reducción media del 40% durante el seguimiento. España, junto con Francia, Alemania y Grecia, se encuentra entre los países en los que esta reducción ha sido más marcada.

El consumo de recursos sanitarios atribuible a esta enfermedad es ingente. Como se puede comprobar históricamente, la Insuficiencia Cardíaca ha causado del 3-5% de los ingresos hospitalarios en nuestro entorno, siendo la primera causa de hospitalización de mayores de 65 años. (INE, 2011) Se estima que un 2% del gasto sanitario en países desarrollados se destina a la Insuficiencia Cardíaca, y no parece que haya tendencia a la reducción de ingresos por esta causa en la última de cada.

Por otra parte, la Insuficiencia Cardíaca se puede monitorizar desde el cuidado cercano, dando buenos resultados. Diversos programas específicos (disease management programs) de manejo extrahospitalarios de la Insuficiencia Cardíaca, donde los cuidados y seguimiento de enfermería adquiere un papel protagonista, han mostrado ser eficientes en la reducción de ingresos hospitalarios. (Savard, et al., 2011)

El consumo de recursos sanitarios que conlleva la atención a esta enfermedad es muy alto. Como se puede comprobar históricamente, la Insuficiencia Cardíaca ha causado del 3-5% de los ingresos hospitalarios en nuestro entorno, siendo la primera causa de hospitalización de mayores de 65 años. Se estima que un 2% del gasto sanitario en

países desarrollados se destina a la Insuficiencia Cardíaca, y no parece que haya tendencia a la reducción de ingresos por esta causa en la última década (Bataller, 2015).

2.2. FISIOPATOLOGIA

La aterosclerosis es una patología que suele aparecer en la juventud, con anterioridad a su manifestación clínica en forma de episodios cardiovasculares agudos. Comienza mediante el depósito de pequeñas cantidades de grasa entre las finas capas de las arterias (estría grasa) y progresa lenta pero inexorablemente con la edad si se está expuesto/a a determinados estilos de vida y factores de riesgo. Esta exposición a los factores lesivos, desencadena mecanismos y procesos celulares y bioquímicos complejos que dan lugar al crecimiento de la estría grasa mediante la atracción de determinados tipos de células formando el ateroma.(Fernández-Ortiz, 2009b)

Una cascada de reacciones inflamatorias junto con factores mecánicos como la hipertensión, pueden llegar a ulcerar el ateroma. Al producirse esta ulceración, las plaquetas acuden, agregándose lo que ocasiona una trombosis, la cual puede obstruir total o parcialmente el lumen arterial e impedir la circulación de la sangre y por tanto el aporte de oxígeno necesario para los tejidos. La consecuencia será la muerte celular o necrosis de los tejidos irrigados por la arteria ocluida.(Hamm et al., 2012b)

El infarto agudo de miocardio es la necrosis de una parte del tejido o músculo cardíaco, producida por la oclusión de las arterias coronarias que son las arterias que irrigan al corazón.(Fernández-Ortiz, 2009a) Si este trombo se produce en una arteria que irrigue al cerebro como es la arteria carótida, ocasionara un infarto cerebral. Si esto acaece en las arterias que irrigan las extremidades inferiores o arterias iliacas o en las que dependen de ellas, los músculos de las piernas claudicarán al caminar, etc.

2.2.1 Factores Anatomofisiológicos específicos de las mujeres.

Existen múltiples diferencias en la anatomía y fisiologías cardiocirculatorias y cerebrales entre sexos. Entre otras muchas, el corazón de la mujer es más pequeño que el del hombre. En la edad adulta pesa entre 300 y 350 gr en el hombre y entre 250 y 300 gr en la mujer. La masa ventricular izquierda media en el hombre es de 177 gr y

de 118 gr en la mujer. Si lo relacionamos al peso corporal total, el corazón femenino continúa siendo aún más liviano.(Sans, 2006)

Las arterias coronarias de las mujeres son también de menor calibre. Las arterias están recubiertas en su parte interna por una fina capa denominada endotelio. Las células de esta capa producen y captan multitud de moléculas, entre ellas las hormonas femeninas u estrógenos, por medio de receptores específicos. Varios de los mecanismos fisiopatológicos involucrados en los procesos de formación de la aterosclerosis y de la trombosis y del tono arterial están modulados de forma diferencial por los estrógenos, determinando la diferente presentación clínica y frecuencia de las enfermedades ateroscleróticas en las mujeres. (Castro, 2000)

3. Prevención y detección del Riesgo Cardiovascular

La prevención de la Enfermedades Cardiovasculares, continua siendo un desafío tanto para la población general, los responsables políticos y los profesionales de la salud. Es por ello que la prevención de Enfermedades Cardiovasculares necesita de la puesta en marcha de acciones coordinadas, poblacionales e individuales, dirigidas a erradicar, eliminar o minimizar el impacto de las Enfermedades Cardiovasculares y la discapacidad asociada a ellas.(Moreno, 2013) Los principios de la prevención deben de estar basados en estudios de epidemiología cardiovascular y en la medicina basada en la evidencia.(Porta, et al., 2014).

Para la prevención de las Enfermedades cardiovasculares se consideran dos tipos de estrategias a partir de las aportaciones de Geoffrey Rose: la estrategia poblacional y la estrategia de alto riesgo.(Rose, 2001).

La estrategia poblacional actúa mediante cambios en las formas de vida y el entorno de los grupos de población y colectivos en general, para reducir la incidencia de la Enfermedades Cardiovasculares. Para desarrollar esta estrategia hay que actuar mediante medidas políticas e intervenciones poblacionales. Algunos ejemplos de esta estrategia lo encontramos en la prohibición estatal de fumar y la disminución de sal en el contenido de los alimentos.

La estrategia poblacional actúa mediante cambios en las formas de vida y el entorno

de los grupos de población y colectivos en general para reducir la incidencia de la Enfermedades Cardiovasculares. Para desarrollar esta estrategia hay que actuar mediante medidas políticas e intervenciones poblacionales. Algunos ejemplos de esta estrategia la encontramos en la prohibición estatal de fumar y la disminución de sal en el contenido de los alimentos. Una de las ventajas que ofrece es poder reportar importantes beneficios a la población, no obstante no resulta muy eficaz individualmente, al ser muy despersonalizado. El impacto de esta estrategia en el número total de eventos CV en la población puede ser importante, ya que es una estrategia dirigida a todos los individuos y la mayoría de los eventos ocurren en el grupo mayoritario de personas con riesgo moderado.(Lobos et al., 2008)

En la estrategia de alto riesgo, las medidas preventivas van encaminadas a la reducción de los factores de riesgo de las personas riesgo alto: personas que no ha desarrollado enfermedades cardiovasculares pero que se sitúan en la parte superior de la distribución del riesgo Cardiovascular total o personas que ya han debutado con Enfermedad Cardiovascular.

Las personas a las que va dirigida esta estrategia obtienen probablemente más beneficios de las intervenciones preventivas, siendo el impacto que se obtiene en la población general escaso, ya que el número de personas con alto riesgo es bajo.

Durante bastante tiempo la estrategia poblacional ha sido considerada más coste-efectiva que la estrategia de alto riesgo, si bien al implantar programas para dejar de fumar y fármacos antihipertensivos más económicos, la eficacia de la estrategia de alto riesgo ha aumentado.(Manuel et al., 2006).

El Comité Español Interdisciplinario de Prevención Cardiovascular, al igual que el cuarto grupo de trabajo europeo, instan y apoyan las iniciativas de las organizaciones internacionales para implementar medidas a nivel de la población: la Convención de la OMS para el control del tabaco, la iniciativa de la Unión Europea sobre la obesidad, la Estrategia sobre dieta, actividad física y salud de la OMS, y la Declaración de Osaka de Salud Cardiovascular, son algunos ejemplos de dichas iniciativas. Mención especial merecen, a nivel nacional, la Estrategia en Cardiopatía Isquémica (Artalejo, 2004) y la Estrategia NAOS (Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad), impulsadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo(Ballesteros Arribas, et al., 2007a). Al igual que

la Estrategia en Ictus también incentivada por el Ministerio de Sanidad y Consumo con la participación de las sociedades científicas.

Asimismo, el Consejo de la Unión Europea sobre empleo, política social, salud y consumo, en junio de 2004, y la conferencia de la Unión Europea, sobre Salud Cardiovascular, produjeron la Declaración de Luxemburgo de 29 de junio de 2005, donde se define las características necesarias para alcanzar un nivel óptimo de salud cardiovascular:

Evitar el consumo de tabaco; Actividad física adecuada (al menos 30 minutos al día); Dieta saludable; Ausencia de sobrepeso; Presión arterial por debajo de 140/90 mmHg y Colesterol total por debajo de 200 mg/dL (~ 5,2 mmol/L)

El Comité Español Interdisciplinario de Prevención Cardiovascular insta a los profesionales de la salud de todas las Comunidades Autónomas a participar activamente en la implementación de las políticas citadas y en el diseño y ejecución de las intervenciones comunitarias que se deriven de las mismas.(Lobos et al., 2009)

El *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) expresa como altamente positivo la argumentación en prevención de la Enfermedades Cardiovasculares, al igual que numerosos comités de otros países comparten la misma opinión(Mant, 2011). Según el informe del NICE, la implementación de la estrategia poblacional puede aportar numerosos beneficios y ahorros: Disminuir la inequidad en la atención sanitaria; Reducir gastos por el número de eventos Cardiovasculares evitados; Prevenir otras enfermedades, como el cáncer, las enfermedades pulmonares y la Diabetes Mellitus 2; Reducir gastos asociados a la Enfermedades Cardiovasculares, como la medicación, consultas de atención primaria y ambulatorias; Reducir costes económicos generales como resultado de la reducción de la pérdida de productividad en la población activa, la reducción de costes por prestaciones y la reducción en los costes de las pensiones de las personas que se retiran anticipadamente por enfermedad; Mejorar la calidad de vida y la longevidad (Perk et al., 2012a).

Aunque hay descritas diversas técnicas para la evaluación del riesgo en cada individuo(Greenland et al., 2003) (B. Williams et al., 2004), la mayoría de las ocasiones, se utilizan ecuaciones predicativas del riesgo procedente de diversas

fuentes, por lo general del Estudio de Framingham (Framingham Heart Study)(J. Marrugat et al., 2003)

Los diagramas y los cuadros de riesgo elaborados utilizan distintos niveles de edad, así como diferentes duraciones de la evaluación de riesgos y perfiles de los factores de riesgo. Los actuales diagramas de predicción del riesgo cardiovascular de Nueva Zelanda (D'Agostino et al., 2008) y de las Sociedades Británicas de Hipertensión, Diabetes, Lípidos y Cardiología utilizan conceptos similares.(Hippisley-Cox et al., 2007). De las diferentes escalas, las primera evalúan el riesgo a los cinco años de padecer enfermedades cardiovasculares en ocho categorías discretas, las últimas evalúan el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares en los siguientes diez años, en tres categorías de edad.

Para la prevención de las enfermedades cardiovasculares en la Unión Europea se usan un nuevo modelo para el cálculo del riesgo total que se basa en el sistema SCORE "Systematic Coronary Risk Evaluation", "evaluación sistemática del riesgo coronario") (I. Graham et al., 2007).

Los esquemas o cribados de riesgo basados en el estudio SCORE proceden de un numeroso conjunto de estudios europeos prospectivos (Ian Graham et al., 2007). El cálculo del riesgo se basa en el sexo, la edad, el tabaquismo, la presión arterial sistólica y el colesterol total o bien en la razón del colesterol total respecto al colesterol transportado por lipoproteínas de alta densidad (C-HDL).

El sistema SCORE predice solo la probabilidad de que se produzcan episodios cardiovasculares mortales, a diferencia de las escalas de evaluación del riesgo basadas en las ecuaciones de Framingham. (Ruiz, 2012) (Figura, 4)

A la hora de medir el riesgo podemos encontrar situaciones clínicas donde ya se encuentra clínicamente determinado el Riesgo cardiovascular:

Tienen un RCV muy alto (>7%) clínicamente determinado:

Las personas que han presentado un evento cardiovascular previo: angina o IM, AIT, AC o EVP.

Las personas que presentan los siguientes trastornos genéticos del metabolismo de los lípidos: hipercolesterolemia familiar (FH), hiperlipemia familiar combinada (FCH) y Apo

B 100 defectuosa familiar (FDB). · Personas con diabetes y nefropatía manifiesta (cociente albúmina/creatinina >300 mg/g) y personas con insuficiencia renal crónica.

Valoración del Riesgo Cardiovascular con el sistema Score.

Para calcular el riesgo y evitar que este sea más alto que el indicado en la Tabla ha de tenerse en cuenta:

La medida que la persona se aproxima a la siguiente categoría de edad.

En personas asintomáticas con evidencia preclínica de aterosclerosis (p.e. tomografía computarizada, ecografía).

En personas con fuertes antecedentes familiares de ECV prematura. Algunas guías aconsejan en estos casos multiplicar el riesgo calculado por 1,31.

En sujetos con bajo HDL colesterol, elevados niveles de triglicéridos, glucemia basal alterada, elevados niveles de proteína C reactiva ultrasensible, fibrinógeno, homocisteína, apolipoproteína B o Lp(a).

En sujetos obesos y sedentarios.

En los pacientes diabéticos en el proyecto SCORE se aconseja multiplicar el riesgo calculado según la tabla por 2 en el caso de los varones y por 4 en el caso de las mujeres.

La tabla de cálculo debe de usarse mediante los siguientes pasos:

En la tabla se busca la celda más cercana a los valores de colesterol total (mg/dL; mmol/L) y de tensión arterial sistólica que tenga esa persona.

El efecto del envejecimiento puede apreciarse siguiendo la tabla hacia arriba.

Puede ser usado cuando se aconseje a personas jóvenes.

Se establecen 4 niveles: - riesgo bajo (<3%) - riesgo moderado (3 y 4%) - riesgo alto (5 al 7%) - riesgo muy alto (> 7%).

Se considera puede existir una infravaloración del riesgo en las siguientes situaciones:

Si el paciente se aproxima a la siguiente categoría de edad

Si tiene aterosclerosis subclínica.

Si tiene HDL bajo y TGD altos.

Si es intolerante a la glucosa.

Di tiene elevada la proteína C reactiva, el fibrinógeno, la homocisteína, la apolipoproteína B o la lipoproteína.

Si es obeso y/o sedentario.

Limitaciones del Score:

Sólo es aplicable a personas de 40 a 60 años.

Mide el riesgo de muerte a los 10 años, no la morbilidad.

No tiene en cuenta la diabetes (por falta de datos fiables en las cohortes), la elevación severa de algunos FR ni la presencia de otros FRCV conocidos. (Hay que aplicar factores correctores).

Puede que infraestime a los varones de 60 años con colesterol alto y sobreestime a las mujeres de 65 años con PA elevada y colesterol bajo.

Sensibilidad no mayor del 50 % y valor predictivo bajo.

Ventajas del Score

Es una Tabla basada en población de similar riesgo a la española.

Su uso es sencillo.

Permite ilustrar el efecto sobre la intervención sobre un FRCV.

Puedes calcular el Riesgo Relativo (RR) de una persona.

El REGICOR como escala de valoración también se suele usar en la práctica clínica para determinar el riesgo, siendo considerado por muchos profesionales un sistema con menos margen de error o más fiabilidad.(Gil-Guillén et al., 2007)

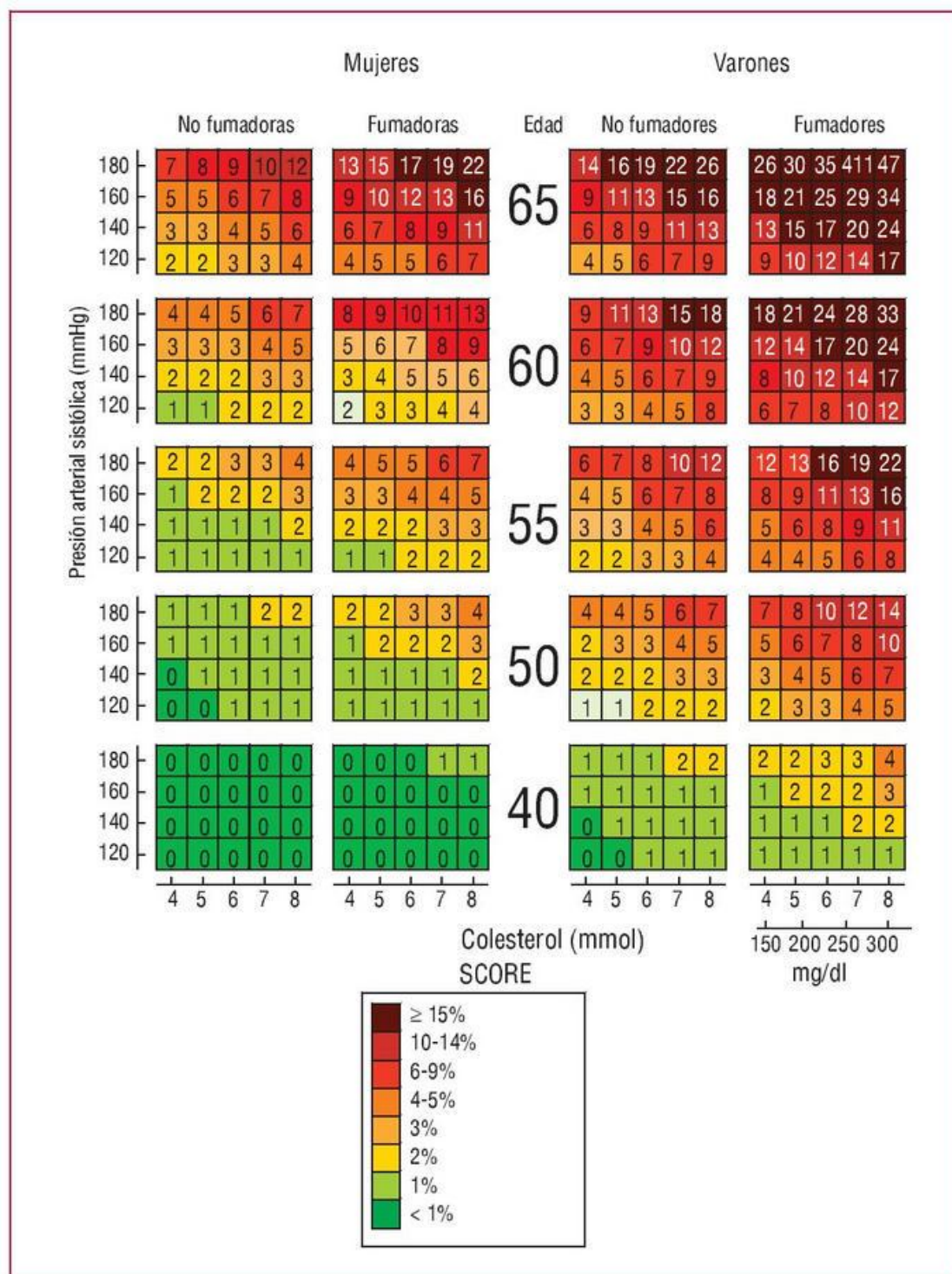


Figura 4: Tabla del sistema SCORE: riesgo a 10 años de enfermedad cardiovascular (ECV) mortal en poblaciones con alto riesgo cardiovascular basado en los siguientes factores: edad, sexo, tabaquismo, presión arterial sistólica y colesterol total.

2.3. Factores de riesgo

La Enfermedad Cardiovascular está estrechamente ligada con los estilos de vida, especialmente con el consumo de tabaco, los hábitos alimentarios poco saludables, la inactividad física y el estrés psicosocial. (Organization & others, 2013)

La Organización Mundial de la Salud (OMS), enfatiza la prevención activa de las enfermedades cardiovasculares pues estima que con cambios adecuados en el estilo de vida se podría prevenir más de tres cuartas partes de la mortalidad (Organization & others, 2008)

Se entiende por factores de riesgo aquellas características biológicas o conductuales cuya presencia confiere una mayor probabilidad de sufrir una enfermedad en el futuro. Algunos factores pueden ser modificados, tratados o controlados, mientras que otros no. La edad, el sexo o los factores hereditarios no son modificables. Los factores de riesgo cardiovascular aterosclerótico bien establecidos son: el tabaco, el colesterol de la sangre, la diabetes, las cifras elevadas de presión arterial, la obesidad, el sedentarismo, los antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular y el estrés. (Grau et al., 2011)

En la mujer además, son factores específicos, los ovarios poliquísticos, los anticonceptivos orales y los estrógenos propios (protectores). (Luque Ramírez & others, 2008)

Cuanto mayor sea el nivel de cada factor de riesgo, mayor es el riesgo de tener una enfermedad cardiovascular aterosclerosa como la cardiopatía coronaria. (Hamm et al., 2012a)

Así mismo, cuántos más factores de riesgo se tengan, mayor es la probabilidad de desarrollar Enfermedades Cardiovasculares. Cabe señalar la importancia que tiene la agregación de Factores de riesgo vasculares para el desarrollo de complicaciones cardiovasculares, ya que la existencia de dos o más Factores de riesgos vasculares no suponen un simple sumatorio, sino que esto pasa a convertirse en un importante efecto multiplicador de la posibilidad de padecer Enfermedades Cardiovasculares, de forma que la coexistencia de tabaquismo, más hipercolesterolemia, más Hipertensión Arterial supone multiplicar por 16 las posibilidades de presentar Enfermedades Cardiovasculares en el futuro más o menos próximo. (Lloyd-Jones et al., 2010)

Los factores de riesgo que afectan el desarrollo de la enfermedad cardiovascular, se pueden (Grau et al., 2011) y de acuerdo a la forma en que contribuyen a la aparición de la enfermedad

Tabaquismo

EL hecho de fumar está altamente asociado con un gran número de enfermedades, además de la Cardiopatía Coronaria y la Enfermedad Cerebrovascular. La nicotina y el monóxido de carbono, parecen ser los causantes del aumento de las enfermedades cardiovasculares a través de la disminución del transporte de Oxígeno, por aumento de la carboxihemoglobina, provocando vasoconstricción coronaria, excitabilidad miocárdica, incremento de ácidos grasos libres y aumento de la adherencia plaquetaria, con importantes repercusiones en la formación de trombos. (Akl et al., 2010) Se ha analizado estos mecanismos mediante estudios observacionales de cohortes, observaciones experimentales y estudios de laboratorio (Rahman et al., 2007) (Armani, et al., 2009)

El riesgo de infarto de miocardio de los fumadores es más del doble que el de los no fumadores. El humo del tabaco es el principal factor de riesgo para la muerte súbita de origen cardíaco y los fumadores tienen de dos a cuatro veces más riesgo que los no fumadores. Los fumadores que tienen un infarto tienen mayor probabilidad de morir y de morir súbitamente (en la primera hora). El humo del tabaco también actúa con otros factores de riesgo para potenciar el riesgo de cardiopatía coronaria. (Benowitz, 2009) El riesgo cardiovascular disminuye al dejar de fumar.

Tradicionalmente, el tabaquismo afectaba fundamentalmente a los varones, pero en los últimos años, en muchas regiones, las mujeres han alcanzado o sobrepasado las tasas de tabaquismo de los varones. (Huisman, et al, 2005a)

El riesgo asociado al tabaquismo es proporcionalmente mayor en las mujeres que en los varones. (Mucha, et al., 2006) Esto podría estar relacionado con el metabolismo de la nicotina, ya que las mujeres metabolizan la nicotina más rápidamente que los varones, especialmente las mujeres que toman anticonceptivos orales (Benowitz, 2006), con posibles efectos en el tabaquismo compensatorio.

Los últimos datos obtenidos demuestran que aunque las tasas de tabaquismo están disminuyendo en Europa, todavía es muy frecuente que tasas se mantengan o aumenten entre las personas con nivel educativo bajo. Durante los últimos años, en muchos países europeos se ha observado un aumento desigual de las tasas de abandono del tabaquismo asociado al nivel de educación.(Edwards et al., 2004)(Huisman, 2005b)

Las poblaciones del sur de Europa, incluyendo España, presentan una disminución de la prevalencia en los hombres del hábito tabáquico y aumento de la prevalencia en las mujeres. El tabaquismo es más frecuente en las mujeres (y los hombres) de menores niveles socio-económicos. (SAAVEDRA et al., 2010)

La exposición constante al humo de los fumadores (tabaquismo pasivo) también aumenta el riesgo de cardiopatía entre los no fumadores. Un gran número de mujeres no fumadoras pueden tener un riesgo elevado debido a la exposición pasiva al tabaco en los lugares de trabajo o en el hogar.(Mucha et al., 2006)

En un estudio multimodal basado en la explotación de datos de la Encuesta Nacional de Salud y un análisis en profundidad , realizado mediante muestreo intencional a mujeres fumadoras y en 2011 con objeto de detectar las barreras que existen para el abandono del hábito tabáquico en España observan entre otras las siguientes conclusiones: Las mujeres, generalmente son las que, presentan menores tasas de abandono de consumo de tabaco respecto a los varones; las mujeres mayores de 45 años y con menor estatus socioeconómico las que demuestran mayores dificultades para desistir de fumar. Entre los principales obstáculos para dejar el tabaco se observan las creencias asociadas a la adicción y a los riesgos sobre la salud así como la pérdida de los beneficios sociales, emocionales y corporales del consumo de tabaco y la desigualdad de género en el acceso a los recursos.(Jiménez Rodrigo, 2011)

En la actualidad hombres y mujeres comparten estos mismos factores de riesgo sin embargo las mujeres están aumentando en edades más temprana el consumo de tabaco y se deshabituán en una proporción inferior a los hombres lo que aumenta la población de mujeres con mayor incidencia de consumo.(Nerín & Jané, 2010)

Las tendencias en el consumo del tabaco siguen cuatro fases (Nerín de la Puerta & Jané Checa, 2007). En una primera fase, el tabaquismo es excepcional y típico de las clases

aventajadas. En la segunda comienza un ascenso en el consumo de tabaco, sobre todo en hombres de mayor nivel social. Seguidamente en una tercera fase, la prevalencia empieza a reducirse en los hombres, sobre todo en los de mayor posición mientras tanto en las mujeres alcanzan la máxima prevalencia. En la fase IV la prevalencia se reduce en hombres y mujeres, y en ambos sexos, es más elevado en las clases sociales desfavorecidas.

En términos generales, el tabaquismo se extiende en los grupos más favorecidos y después prosigue entre los menos favorecidos, y en primera instancia en los hombres con una posterior incorporación de las mujeres, como sucede también con otros comportamientos de acuerdo con la “teoría de difusión de las innovaciones” (Secker-Walker et al., 2002)

Según los datos epidemiológicos recogidos en el Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía (2005-2010):(de Andalucía, 2005)

- Entre 1987 y 2003, el porcentaje de varones fumadores se ha reducido en Andalucía en 17 puntos. Esta disminución ha sucedido (aunque de manera desigual) en todas las provincias, excepto en Jaén. En fumadoras, al contrario, la tendencia general ha sido de incremento (en 6 puntos). No obstante hay, nuevamente, diferencias provinciales y se observa, entre 1999 y 2003, una disminución del porcentaje de fumadoras en Almería, Málaga y Cádiz

Entre las mujeres, aquellas con renta familiar baja son las que más fuman y consiguen dejar el tabaco en menor número. El grupo de renta intermedia (entre 1000 y 1500 €), es el que en mayor proporción se inicia en el consumo de tabaco entre los 16 y 24 años.

Por clase social, el mayor porcentaje de personas que fuman a diario (36,5%) pertenece a la clase social más desfavorecida; dicho porcentaje disminuye conforme aumenta la clase social, hasta reducirse al 30,5% de la clase social más favorecida.

Desde 1999 hasta 2011, la población andaluza que dice haber consumido tabaco a diario mantuvo los valores en torno al 31%. Destaca el aumento del porcentaje de mujeres que fuman a diario en este periodo y el descenso de hombres. (Gavira, 2012)

Colesterol

Desde un punto de vista poblacional, los niveles de colesterol elevados se registran en las poblaciones que tienen una ingesta más elevada de grasas animales, no ocurriendo así en el ámbito individual.(I. Graham et al., 2007)

El nivel de colesterol es uno de los factores de riesgo más importante. A medida que aumenta el nivel de colesterol en sangre, aumenta el riesgo de cardiopatía coronaria. Los factores que influyen en el nivel de colesterol de una persona dependen de la edad, el sexo, la herencia y la alimentación. El nivel de colesterol al nacer es muy bajo, entre los 70 y 80 mg/dl y va aumentando con la edad sobre todo a partir de la pubertad, hasta situarse a los 40 años, alrededor de los 210-220 mg/dl, dependiendo del entorno cultural.(Grau et al., 2011) El colesterol es necesario para la síntesis de hormonas, especialmente las hormonas sexuales. Junto con otros tipos de grasas o lípidos como los triglicéridos, son una parte esencial de las membranas celulares.

El colesterol circula en la sangre unido a un tipo de proteínas denominadas lipoproteínas de las que existen varios tipos. El colesterol unido a las lipoproteínas de alta densidad o colesterol HDL, es un factor de protección. Es decir, cuanto más elevado el nivel de HDL, menor será la probabilidad de sufrir un episodio cardiovascular tal como un ataque cardíaco o cerebral. En cambio el colesterol que circula unido a las lipoproteínas de baja densidad o colesterol-LDL (low density lipoprotein) es un factor de riesgo. Esta molécula, al oxidarse, como efecto por ejemplo, de los componentes químicos del humo del tabaco, inicia el proceso bioquímico y celular responsable de su depósito en la pared de la capa íntima de las arterias, dando lugar al ateroma. (Espondaburu, 2004)

Antes de la menopausia, las mujeres, en general, tienen menores niveles de colesterol que los hombres. Además, los estrógenos aumentan los niveles de colesterol HDL en la sangre. Pero después de la menopausia, los niveles de HDL suelen bajar, retrasándose así el riesgo cardiovascular.(Mosca et al., 2007)

Los niveles de colesterol HDL y LDL pueden mejorarse con dieta, ejercicio y, en casos graves, medicamentos hipolipemiantes (estatinas). En presencia de otros factores de riesgo, como la hipertensión arterial o el tabaquismo, el riesgo se multiplica.(Reiner et al., 2011)

Diabetes

Las mujeres con diabetes tienen entre 3 y 5 veces más riesgo de tener enfermedades cardíacas e ictus que las mujeres no diabéticas. En los hombres el riesgo de cardiopatía isquémica en presencia de diabetes es sólo de 2-3. (Pencina, D'Agostino, Larson, Massaro, & Vasan, 2009) La presencia de diabetes es un factor de riesgo y una enfermedad que parece anular la protección cardiovascular de la que gozan las mujeres pre menopáusicas, frente a los hombres, aún estado controlados los niveles de glucemias (Alberti et al., 2009). Aproximadamente dos tercios de las personas diabéticas mueren de alguna enfermedad cardiovascular. En los últimos años ha ido apareciendo varios estudios que han puesto de manifiesto que la simple elevación de los niveles de glucemia, incluso sin desarrollo completo de diabetes, también confieren un riesgo elevado de aterosclerosis. Estas cifras elevadas de glicemia acompañan a menudo a la obesidad (Madrigal & Correa, 2009).

Las mujeres a las que diagnosticadas por primera vez DM2 tienen un riesgo relativo de muerte de causa cardiovascular más elevado que los varones (Barrett-Connor, et al., 1991) (Group & others, 2003) (Hu et al., 2005).

En una revisión que ha analizado el impacto del sexo en la ocurrencia de mortalidad por Enfermedades Cardiovasculares, se ha descrito que el riesgo relativo general (el cociente riesgo en mujeres/riesgo en varones) fue 1,46 (intervalo de confianza del 95% [IC95%], 1,21-1,95) en sujetos con DM y 2,29 (IC95%, 2,05-2,55) en sujetos sin DM, lo que indica que el bien conocido diferencial debido al sexo en cuanto a riesgo coronario está reducido en la DM (Orchard, 1996).

Un metanálisis de 37 estudios de cohorte prospectivos (n = 447.064 pacientes con DM) dirigido a calcular el riesgo relacionado con el sexo de padecer una enfermedad coronaria fatal ha descrito mayor mortalidad entre los pacientes con DM que entre aquellos sin ella (el 5,4 y el 1,6% respectivamente). (Huxley, et al., 2006). El riesgo relativo o ratio (HR) entre sujetos con y sin DM fue significativamente más elevado entre las mujeres (HR = 3,50; IC95%, 2,70-4,53) que entre los varones (HR = 2,06; IC95%, 1,81-2,34). Por lo tanto, la diferencia debida al sexo en cuanto al riesgo

cardiovascular observada en la población general es mucho menor entre las personas con DM, por motivos que aún se desconocen.

Un estudio británico reciente, HOMA-IR,(Geloneze, et al., 2006) ha revelado una mayor influencia adversa de la DM per se en la adiposidad y la presión arterial, los lípidos, la disfunción endotelial y la inflamación sistémica en las mujeres, en comparación con los varones, que puede contribuir a este aumento del riesgo relativo de enfermedad coronaria.(Wannamethee et al., 2012) Al parecer las mujeres tienen mayor sobrepeso que los varones y, por lo tanto, tienden a sufrir mayores cambios en su estado de riesgo, para desarrollar DM.(Peters, 2014)

Hipertensión

Conviene considerar la hipertensión como un factor de riesgo importante para una gran cantidad de enfermedades cardiovasculares, así como para enfermedades que dan lugar a un notable aumento del riesgo cardiovascular (Wolf-Maier et al., 2003)(Kearney et al., 2005.)

La presión arterial aumenta con la edad en ambos sexos. Si bien las mujeres tienen niveles inferiores a las de los hombres antes de la menopausia, las cifras se elevan mucho más después de ésta, y a partir de los 55 años superan a las de los hombres.

En los grupos de edad de 30 a 44 años las mujeres presenten unos valores de presión arterial sistólica inferiores a los de los varones (Lawes et al., 2006). Sin embargo, la presión arterial sistólica aumenta con más intensidad con la edad, en las mujeres que en los Varones lo que hace que al pasar los 60 años, las mujeres tengan una presión arterial más elevada y mayor prevalencia de hipertensión. (Franklin et al., 1997)(Stevens et al., 2001)

Hoy en día se define convencionalmente la hipertensión como las cifras de presión arterial menores de 140 mm de mercurio de presión sistólica y 90 mm Hg de presión diastólica, sin embargo se considera que las personas diabéticas deben estar por debajo de estas cifras, idealmente 130/85 mm. La presión arterial alta aumenta el esfuerzo del corazón, acelera el proceso de endurecimiento de las arterias y aumenta el riesgo de sufrir un infarto agudo de miocardio, un ictus y una insuficiencia cardíaca y una insuficiencia renal.(Mazón-Ramos, 2012).

Cuando la hipertensión coexiste con otros factores de riesgo, la probabilidad de infarto o ictus aumentan muchas veces. Además, cuando son simultáneos, la presión arterial y los factores de riesgo metabólicos se potencian entre sí y dan lugar a un riesgo cardiovascular total que es superior a la suma de sus componentes.(Wolf-Maier et al., 2004)

Los anticonceptivos orales generalmente producen una elevación leve de la presión arterial en la gran mayoría de las mujeres y ocasionan alrededor de un 5% en las cifras de hipertensión. A pesar de no existir abundante datos que lo verifiquen, se ponen en duda que esta asociación sea clínicamente importante cuando se emplean anticonceptivos orales a dosis bajas, una revisión sistemática del empleo de anticonceptivos orales combinados en mujeres con hipertensión muestra realmente un mayor riesgo de ictus e infarto agudo de miocardio en las mujeres que los utilizan en comparación con las que no los toman.(Chan et al., 2004)

El riesgo de complicaciones cardiovasculares se observa espacialmente en las mujeres de más de 35 años y en las fumadoras. Generalmente, la hipertensión promovida por los anticonceptivos orales suele ser leve y la presión arterial volviendo, a las cifras normales tras aproximadamente 6 meses después de la suspensión.(Rubio et al., 2007)

También se ha descrito una mayor frecuencia del ictus trombótico con el empleo de anticonceptivos orales, que se asocia a un aumento de 2-6 veces en el riesgo relativo de enfermedad tromboembólica venosa.(Curtis, 2006)

Los trastornos de hipertensión en el embarazo constituyen una causa substancial de morbimortalidad materna, fetal y neonatal en todo el mundo. Generalmente, la presión arterial disminuye en el segundo trimestre y alcanza valores aproximadamente 15 mmHg más bajos que los de antes del embarazo. En el tercer trimestre, estos valores vuelven a las cifras previas al embarazo o pueden incluso superarlas. Estas oscilaciones se producen en las mujeres normotensas y también en las que eran anteriormente hipertensas o desarrollan una hipertensión específica del embarazo.(Moser, 2001)

El embarazo puede provocar hipertensión, especialmente durante el tercer trimestre, pero la hipertensión ocasionada por el embarazo (eclampsia) generalmente

desaparece tras el parto. Las mujeres que tienen antecedentes familiares de hipertensión arterial y las mujeres con sobrepeso tienen también un mayor riesgo.

La definición de la hipertensión en el embarazo no sigue criterios uniformes, anteriormente la definición se basaba en una elevación de la presión arterial durante el segundo trimestre respecto al valor basal del primer trimestre o previo al embarazo, actualmente se prefiere una definición basada en los valores absolutos de la presión arterial (presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg o presión arterial diastólica ≥ 90 mmHg)(Lee et al., 2007)

Las mujeres que han tenido hipertensión gestacional parecen tener un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular en fases posteriores de la vida. Esto puede depender de un estado hiperandrogénico relativo. (Paradisi et al., 2011) También puede depender de alteraciones de la función endotelial o del metabolismo de los hidratos de carbono y los lípidos, como se ha observado en mujeres con hipertensión gestacional por lo demás sanas.(Cífková, 2011)

Obesidad

Se considera que una persona es obesa cuando su peso (kilogramos) dividido por el cuadrado de su talla (metros²) supera 30 y con sobrepeso si supera 25kg/m². La aplicación de esta fórmula y sus resultados es lo que conocemos como índice de masa corporal.(Salas-Salvadó, 2007) La grasa acumulada en la zona abdominal y en los alrededores de la cintura supone un mayor riesgo en el acumulo de esta para la salud que las acumuladas en torno a las caderas. La obesidad abdominal se mide tomando el perímetro de la cintura a medio camino entre el borde inferior de la última costilla y la cresta ilíaca.

Cuando el perímetro de la cintura es igual o mayor que 88 cm en las mujeres y 102 cm en los hombres se considera que existe obesidad abdominal.(Moreno González, 2010)

En las sociedades industrializadas occidentales, el peso corporal aumenta con la edad en ambos sexos. En la mujer, el ritmo de aumento es más acelerado que en los hombres de la misma edad. Cuando existe un aumento rápido de peso acostumbra a depositarse mayoritariamente en el abdomen, éste es el principal factor contribuyente

al deterioro del perfil de riesgo cardiovascular en las mujeres post-menopáusicas puesto que contribuye en gran manera a la elevación de la presión arterial, colesterol y niveles de glucemia.(Rocabado Urquieta, 2007).

La obesidad en la mujer es mucho más frecuente encontrarla en mujeres de niveles socioeconómicos o educativos inferiores. (Rodríguez-Sanz, 2006) (Bermejo González, 2007).

Sobrepeso:

La obesidad abdominal se asocia a una mayor probabilidad de desarrollar una cardiopatía o un ictus aún en ausencia de otro factor de riesgo, puesto que la obesidad aumenta la presión arterial y los niveles de colesterol y triglicéridos, y reduce el colesterol HDL. (Sorli Guerola, 2008).

La obesidad se asocia a menudo con el aumento de la presión arterial que junto con las alteraciones del metabolismo de las grasas constituye el llamado síndrome metabólico (Isomaa 2001)(E. T. Amaya, Soca, Lage, & Lozano, 2012)

Un 53,7% de la población de 18 y más años y un 27,8% de entre 2 y 17 años padecía obesidad o sobrepeso. Entre los adultos, la frecuencia de obesidad aumenta según desciende el nivel de estudios: el 26,7% de personas con educación primaria o inferior frente al 9,8% con estudios universitarios (Gabriel et al., 2008)

Los determinantes sociales pueden ser causa de desigualdades en salud, entre las características más relevantes de los resultados obtenidos en un estudio a nivel nacional realizado para determinar factores de riesgo cardiovascular en edad avanzada destaca como los niveles mayores de personas con sobrepeso correspondían a mujeres con un nivel socioeconómico inferior y sedentarias. (Mejía-Lancheros et al., 2013).

Sedentarismo

La actividad física, ayuda a prevenir las Enfermedades Cardiovasculares y la obesidad. (Ballesteros Arribas, et al., 2007b)Es un pilar esencial en el tratamiento de la obesidad, ayudando a cambiar grasa inútil y flácida por musculatura dura y necesaria. Aprovechar las actividades de la vida diaria: caminar, subir escaleras, reducir el sedentarismo ante la televisión, ayudan si se realizan de forma habitual y a largo plazo. El ejercicio puede ayudar a controlar el colesterol, la diabetes y la obesidad, así como a

reducir la presión arterial en algunas personas. La actividad física debería ser una actividad diaria.

Caminar entre 30 a 40 minutos la mayor cantidad de días por semana posibles pero no menos de 3 días es un buen ejercicio y tiene pocas contraindicaciones.

La actividad física y la dieta están considerados como dos herramientas imprescindibles para prevenir las enfermedades cardiovasculares y la obesidad (WHO; 2004).

Según la Clasificación de Diagnósticos Enfermera (Nanda, 2013), entendemos como Sedentarismo la Falta de hábito para hacer ejercicio Falta de motivación; Desinterés; Falta de conocimientos sobre las ventajas para la salud de la realización de ejercicio físico Falta de adiestramiento para la realización de ejercicio físico Falta de recursos. Falta de compañía para realizar ejercicio físico; Bajo estado de ánimo Falta de tiempo.

Basada en las características definitorias antes especificadas la evidencia científica disponible coincide en estos tres principios:

-La ausencia de una actividad física regular contribuyen al inicio precoz y la progresión de ECV, por el contrario cualquier aumento en la actividad física produce beneficios para la salud; La evaluación de la actividad física es un elemento clave de la valoración del riesgo.

Un estilo de vida sedentario se asocia al doble de riesgo de muerte prematura y a un aumento del riesgo de ECV (Estévez-López, et al., 2012). Evitar el estilo de vida sedentario durante la vida adulta puede alargar la esperanza total de vida y la esperanza de vida libre de ECV (en unos 1,3-3,5 años) (A. B. Pérez, 2008)

Según los datos recogidos por La Encuesta Andaluza de Salud 2011- 2012 el 86,2% de la población indicó tener una actividad, habitual o laboral, sedentaria fue más frecuente en las mujeres (90,1%) que en los hombres (82,2%).

El 26,8% de la población andaluza mayor de 16 años declaró tener una actividad sedentaria en su tiempo libre, mayor en las mujeres (31,1%) que los hombres (22,3%) (EAS, 2013)

A medida que aumenta el nivel de estudios, ingresos y clase social, disminuye la proporción de personas que no practicaban ejercicio en su tiempo libre. Las personas con estudios primarios (30,9%), nivel de renta inferior a 999€ (29,8%) y clase social

menos favorecida (29,4%) fueron quienes en mayor porcentaje las personas tenían vida sedentaria en su tiempo libre (EAS, 1013)

Antecedentes familiares

La historia familiar es una combinación variable de factores genéticos y factores ambientales compartidos. La evidencia indica que existe una alta probabilidad de heredar factores de riesgo.

Se considera la prevalencia familiar de la enfermedad aterosclerótica o de los factores de riesgo más importantes (Presión Arterial alta, Diabetes Mellitus, hiperlipemia) como elementos a tener en cuenta al realizar cribados de riesgo. Debe de contemplarse sistemáticamente si existen en los familiares de primer grado de cualquier paciente afectado por la enfermedad antes de los 55 años los varones y los 65 años las mujeres (R. R. Williams et al., 2001)

Los hijos/as de padres con cardiopatía isquémica, especialmente si esta ha sido prematura (padres antes de los 65 años, madres antes de los 55 años) o con hipertensión arterial tienen mayor probabilidad de desarrollarla. (Perk et al., 2012b)

Esta recomendación no se aplica adecuadamente. En el sistema SCORE, la historia familiar se contabiliza de modo bastante rudimentario y probablemente esté subestimada

Existen formas minoritarias de colesterol muy elevado (por encima de los 350 mg/dl) llamadas hipercolesterolemia familiar, que son debidas a trastornos hereditarios y que conllevan un riesgo muy elevado, incluso antes de la menopausia. En éstos casos son precisos tratamientos médicos agresivos con hipolipemiantes. (García-Ríos, 2010)

Estrés y otros factores de riesgo.

Las pruebas científicas sobre el papel del estrés en la patología cardiovascular tienen menos consistencia debido a la dificultad de medir el estrés de forma objetiva. El estrés ocurre generalmente cuando no se es capaz de respuesta a las demandas que la sociedad y la vida imponen. Se ha demostrado de manera particular que el estrés en el trabajo, definido como alta demanda y poca capacidad de decisión (modelo demanda-

control de Karasek), está asociado a una mayor probabilidad de eventos coronarios en los hombres.

Además, como cabría esperar, existen interacciones importantes entre el estrés, la categoría profesional y el género. Sin embargo, hay menos estudios de estos aspectos en mujeres. Otros aspectos del estrés como la hostilidad, apuntan hacia a una relación distinta entre el estrés y la cardiopatía isquémica según el género. Así, la exteriorización de la hostilidad es un factor de riesgo en los hombres, mientras su supresión parecería ser un factor de riesgo en las mujeres según el estudio americano de Framingham.

Se requiere mayor profundización científica sobre las conductas y mecanismos biológicos implicados por los que el estrés causa una enfermedad cardiovascular, es decir, si lo hace a través de los factores de riesgo arriba descritos (por ejemplo, el tabaco) o a través de otros. Las personas sometidas a estrés tienden a una alimentación desequilibrada, pueden empezar a fumar, o fumar más que otras personas que no tienen estrés. Pero el estrés podría también actuar por mecanismos independientes de los factores de riesgo conocidos. Existe una cierta evidencia de que otros factores psicosociales como los conflictos emocionales, la depresión y la ansiedad también contribuyen a un peor perfil de riesgo cardiovascular. El cuidado de éstos factores es especialmente importante en la prevención secundaria (después de un infarto o angina, para evitar otro episodio o su progresión) para conseguir un buen control de los factores de riesgo clásicos.

El stress como factor distorsionador puede estar presente en situaciones diagnósticas de la práctica clínica, así en la toma de TA en la consultas se puede llevar a obtener cifras de presión arterial inducida por una respuesta de alerta ante un médico o una enfermera, lo cual es el verdadero “efecto de bata blanca”(Mancia, 2007)

En las observaciones recogidas en las Guías de práctica clínica en el manejo de la hipertensión se reconoce la dificultad a la hora de discriminar qué pacientes, de los que presentan hipertensión en la consulta, tendrán hipertensión aislada en ella. Ante esta barrera y entre otras recomendaciones se hace especial mención en la necesidad de evaluar las cifras de TA en las consultas, mediante un protocolo que sigue los siguientes pasos: : 1) medir la PA en al menos tres visitas programadas durante 2-3

semanas; 2) realizar tres medidas separadas 1-2 minutos entre sí, en cada visita; 3) promediar todos los valores de cada visita y 4) considerar como límites de normalidad cifras promedio de PAS/PAD <140/90 mmHg, asimismo y con objeto de evitar enmascara un posible riesgo por el “síndrome de las bata blancas” hacer hincapié cuando hay hipertensión de grado 1 (leve) en las mujeres, a edades más avanzadas, en no fumadores, en la hipertensión de inicio reciente y cuando hay un número escaso de determinaciones de la presión arterial en la consulta.(Sabater-Hernández et al., 2011)

Factores Específicos de la Mujer.

Las píldoras anticonceptivas aumentan ligeramente el riesgo de infarto de miocardio en las mujeres antes de la menopausia, especialmente por encima de los 35 años de edad. Pero este riesgo aumenta de forma espectacular si la mujer es fumadora, diabética o hipertensa.

Los anticonceptivos orales más modernos con menores dosis de estrógenos y progestágenos tienen menor riesgo de enfermedad cardiovascular que los anticonceptivos de vieja generación, excepto para las mujeres que fuman o tienen hipertensión. Aunque la recomendación de no fumar es para todo el mundo, en la mujer que esté tomando la píldora debería recomendarse de forma especial.

Se cree que la baja frecuencia de la enfermedad coronaria en las mujeres debida a que los niveles endógenos de las hormonas femeninas (estrógenos) confiere una protección especial al árbol circulatorio, a través de mecanismos biológicos complejos. Así, por ejemplo, los estrógenos favorecen la vasodilatación arterial y por tanto evitan la hipertensión, y también favorecen el perfil lipídico (colesterol y otros lípidos de la sangre) elevando el colesterol HDL. Esta ventaja va desapareciendo paulatinamente después de la menopausia al disminuir el nivel de estrógenos, y el riesgo cardiovascular va aumentando. Si la menopausia está producida por la extirpación quirúrgica del útero y los ovarios, el riesgo de infarto aumenta en gran medida.

Si la menopausia ocurre de forma natural, el aumento del riesgo es más moderado y progresivo.

En el año 2002, una fase del ensayo clínico *Women's Health Initiative* (WHI, Iniciativa para la Salud de las Mujeres) demostró que las mujeres pos menopáusicas sanas, con útero, que tomaban el tratamiento hormonal combinado de estrógeno y progestágeno no estaban protegidas contra las enfermedades del corazón (Padró Suárez, 2011).

La (AHA) estaba esperando los resultados de este ensayo clínico antes de dar sus recomendaciones sobre la (TRH) para estas mujeres. Este ensayo clínico se suspendió porque el tratamiento combinado de estrógeno y progestágeno demostró aumentar el riesgo de cáncer de mama, ataque cerebral y enfermedad cardiovascular. Por consiguiente, los investigadores del estudio recomendaron que no se iniciara ni continuara ese tratamiento combinado de estrógeno y progestágeno exclusivamente para prevenir las enfermedades del corazón en estas mujeres.(Costa, 2010)

La presencia de esta enfermedad confiere un riesgo cardiovascular elevado al ir asociado a la obesidad y a la resistencia a la insulina y diabetes

2.4. Manifestaciones y consideraciones diferenciales entre mujeres y hombres.

Ciertos problemas de salud aparecen como únicos en la mujer, otros son más frecuentes e incluso de forma desproporcionado como ocurre con el cáncer de mama, la artritis reumatoide o la osteoporosis. A pesar de todo no debemos olvidar que las enfermedades cardiovasculares continúan siendo la primera causa de muerte en la mujer. No obstante, las características propias de esta patología en la mujer ha sido menos estudiada que en los hombres, así por ejemplo es conocido que en los grandes ensayos clínicos de IC la población estudiada de mujeres representa aproximadamente un 20% del total de la población total, presentándose en la mujer aproximadamente un 50% de los ingresos hospitalarios por IC en una población no seleccionada.(Manuel F. Jiménez-Navarro & Anguita-Sánchez, 2008b)

Entre los factores diferenciales propios de las mujeres aparecen un alto porcentaje derivado de los factores hormonales y gestacionales, que hacen que la prevalencia e incidencia de padecer eventos cardiovasculares tengan características propias y diferenciadas a los hombres. También los factores que componen el llamado síndrome metabólico en las mujeres se manifiesta de forma diferencial dependiendo de la etapa vital y edad reproductiva.(Soca et al., 2012)

Se denomina síndrome metabólico al conjunto de alteraciones metabólicas constituido por la obesidad de distribución central, la disminución de las concentraciones del colesterol unido a las lipoproteínas de alta densidad (cHDL), la elevación de las concentraciones de triglicéridos, el aumento de la presión arterial (PA) y la hiperglucemia (Pineda, 2013)

Según el estudio CLYDIA.(Gámiz et al., 2007a) estudio epidemiológico en pacientes con enfermedad cardiovascular, promovido por el Grupo Corazón y Diabetes, integrado en la Sección de HTA, para conocer la prevalencia de Síndrome Metabólico criterios del ATP-III, en población con enfermedad cardiovascular establecida, la prevalencia de síndrome metabólico fue significativamente mucho más elevada ($p < 0.0001$) en las mujeres.(Gámiz et al., 2007b)

El riesgo relativo para sufrir un ictus es de 1,8 para los varones diabéticos y de 3 para las mujeres, siendo máximo en la quinta y sexta décadas de la vida (Chobanian et al., 2003).

La prevalencia de la Diabetes Mellitus es similar en hombres y mujeres de una edad mediana. Sin embargo, el riesgo de desarrollar Cardiopatía Isquémica, o específicamente un IAM, es mucho mayor en las mujeres diabéticas respecto a los hombres diabéticos, y el pronóstico es peor que en los hombres.(Rohlf et al., 2004).

Los valores bajos de colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad (cHDL) son predictores de riesgo de enfermedad coronaria en las mujeres de forma más importante que el hombre, al igual que con los niveles altos de triglicéridos, especialmente en edades superiores de 65 años.(Association, 2005)

Una de estas complicaciones del embarazo que aumentan aun más el riesgo de padecer un IAM, son los Síndromes Materno-Placentarios (SMP): Preeclampsia, eclampsia, HTA gestacional, Desprendimiento e infarto placentario).(August, 2008)

Pero además de aumentar el riesgo de padecer un IAM durante el embarazo, los SMP han demostrado una estrecha vinculación con el posterior desarrollo de ECV, fundamental hipertensión arterial HTA y accidentes vasculocerebrales (AVC). Si además existen FRV en la mujer que desarrolla el SMP ocurre un fenómeno aditivo

adicional. Si hay complicaciones fetales (escaso crecimiento fetal o muerte fetal intrauterina), el riesgo de ECV será mayor en el futuro. (de la Sociedad Europea de Cardiología, 2011)

El estudio Clarity-TIMI 28,(Bhatt et al., 2006) donde tras realizar un estudio del efecto de las heparinas de bajo peso molecular en personas con infarto y elevación de ST la aplicación resulta favorable para hombres y mujeres, curiosamente las mujeres incluidas en el estudio son una por cada cuatro hombres.

Esto se refleja en los resultados obtenidos tras 20 años de esfuerzos investigadores en el área cardiovascular, fundamentalmente en el estudio de la cardiopatía isquémica con resultados muy alentadores, detectándose, con diferentes estrategias, descensos significativos de la morbimortalidad por esta causa, pero los espectaculares logros conseguidos no se han plasmado en un descenso significativo de la mortalidad en mujeres cuando se compara con el obtenido en hombres con el mismo problema. Es precisamente en los aspectos relacionados con la Cardiopatía Isquémica en donde existe más información de las diferencias de género. Se han demostrado de forma repetida en estudios sobre prevalencia de factores de riesgo cardiovascular.(López Martínez, 2012.)

Aunque se ha intensificado en los últimos años, con apoyo institucional en Estados Unidos y Europa estudios y programas cuyos objetivos se centran en optimizar la evaluación clínica y los test diagnósticos de enfermedad coronaria; investigar los mecanismos de isquemia miocárdica en ausencia de estenosis coronarias y evaluar la influencia de las hormonas en la clínica y la respuesta a las pruebas diagnósticas aún hoy muchas mujeres desconocen en gran medida el riesgo real que para ella suponen las ECV (Anguita et al., 2008b).

Este no aparece como parte de los programas desarrollados en el campo asistencial de las consultas de Atención Primaria ni Atención Especializada, no llevándose las medidas preventivas oportunas.

Las manifestaciones clínicas de las ECV pueden ser diferentes de las observadas en los hombres, las mujeres tienen cuadros clínicos distintos, lo que les lleva a una menor atención y accesibilidad en los procesos cardiovasculares. Algunas mujeres pueden presentar en lugar de dolor, síntomas parecidos a una indigestión o dolor en la

mandíbula. El dolor de la angina cede al ceder el esfuerzo y no suele durar más de 10 minutos (Vázquez García et al., 2007).

En cambio el dolor del infarto es más fuerte y de larga duración y no necesariamente se relaciona con el esfuerzo físico.(Blümel, 2001)

Los signos y síntomas del infarto agudo de miocardio en las mujeres pueden ser diferentes de los que presentan los hombres. Mientras que en el hombre el dolor acostumbra a ser en la parte anterior del tórax, y suele acompañarse de sudoración, las mujeres pueden en su lugar, sentir ardor en la región superior del abdomen o presentar dolor en el brazo izquierdo, espalda, mandíbula y cuello y pueden tener mareo, malestar estomacal y sudoración.(Millán, Díaz, & others, 2010)

Al no sentir el típico dolor en la mitad izquierda del pecho, muchas mujeres podrían pasar por alto los síntomas que indican que están sufriendo un ataque al corazón.

Un informe del Ministerio de Sanidad y Consumo en el año 2006 resalta que la letalidad de los pacientes con IAM es mayor en las mujeres que en los hombres con independencia de la edad según hallazgos de investigaciones diversas.

En cuanto a la presentación clínica, la cardiopatía isquémica se presenta sobre todo como angina de pecho en las mujeres, mientras que lo hace en forma de IAM o muerte súbita en los varones.

En el año 2006 se realizó un análisis de la epidemiología de las ECV en la mujer demostrando que la mortalidad a 28 días ajustada por edad tras un primer IAM es un 20% mayor en las mujeres, en especial en los países que como España tienen una baja incidencia de cardiopatía isquémica (Marrugat, et al., 2006). También en nuestro país, la mortalidad es mayor en las mujeres hospitalizadas por un primer IAM, no así, en el resto de formas de presentación de la cardiopatía isquémica. Los autores de esta publicación, detectan que las mujeres hospitalizadas por IAM son mayores, unos 10 años más que los hombres, llegan al hospital una hora más tarde, presentan mayor comorbilidad más y desarrollan cuadros clínicos más graves, y continúan teniendo mayor riesgo de muerte a los 28 días. También se ha observado una intensidad de tratamiento menor en las mujeres que en los hombres. Por ejemplo, se ha demostrado que al ingresar en urgencias por un dolor precordial, se les realizan menos electrocardiogramas y determinaciones de enzimas, ambos necesarios para el

diagnóstico de infarto, se las conecta con menor frecuencia a un monitor cardíaco, y el cardiólogo es llamado menos frecuentemente a consulta (Bertomeu, 2008).

En las mujeres se realizan menos estudios invasivos, suelen estar menos diagnosticadas y reciben menos tratamiento la angina atípica. Por tanto, la cardiopatía isquémica en la mujer parece tener características específicas, todavía no bien conocidas (Herás 2007).

2.4.1. Estrategias preventivas con enfoque de género.

Aunque el cribado de la población para detectar precozmente la existencia de factores de riesgo vascular, no es aceptado de una forma unánime por todas las Sociedades Científicas, este método de una forma proactiva se hace necesario en el abordaje de los procesos cardiovasculares en mujeres.

Para ello se hace necesario adecuar mecanismos de Cálculo del Riesgo Vascular que prioricen y enfatizen aquellos aspectos diferenciadores que aparecen en la mujer.

Investigadores de Framingham ya en 1966 definen la edad, HTA, tabaco, Diabetes e hiperlipemia como determinantes mayores de edad coronaria, siendo estos posteriormente incluidos en los Scores de Cálculo de Riesgo Vascular.

El modelo Score preconizado por la mayoría de las sociedades científicas europeas para el cálculo del riesgo vascular, limita la tabla por una edad máxima de 65 años, por lo quedan fuera de ella la mayoría de mujeres, las cuales tendrán problemas años después (aproximadamente 10 años más tarde que los hombres).

La opción más “adecuada” que queda es considerar a todas las mujeres de muy alto riesgo a partir de esa edad. Por otro lado no incluye como factor de cálculo a la Diabetes Mellitus, considerando que las personas que tienen DM son directamente de alto riesgo lo que no se atiene a la realidad (ya que como se ha reseñado previamente el diferente significado que tiene la DM en el hombre y en la mujer).

Tampoco incluye el factor obesidad, tan importante en la mujer y sobre todo en la mujer menopáusica.

En este sentido se han llevado a cabo algunas investigaciones, para desarrollar scores específicos para la mujer. Una de estas investigaciones ha dado como resultado el Reynolds Risk Score, introduciendo 35 FRV (clásicos y emergentes).

Este sistema clasificador del riesgo demuestra que el 40-50% de las mujeres clasificadas mediante Framingham score como de riesgo intermedio, pasaban a ser de riesgo bajo o alto de acuerdo al nuevo score con variables emergentes actualizadas.

Todo esto hace pensar que hay que modificar las tablas de cálculo para la mujer, incorporando FRV más importantes, ampliándolas a grupos de edad más avanzada, necesitando conocer las limitaciones de los scores actuales, profundizando en aquellas variables específicas en el riesgo vascular de la mujer (Embarazo, Síndrome Metabólico, menopausia, Terapia Hormonal sustitutiva, entre otros)

Todos los aspectos antes expuestos han hecho que se desarrollen Guías de prevención específicas. Las primeras se publicaron en 1999 por la AHA más 12 Sociedades Científicas y las últimas son un update publicado en 2007 donde se actualizan algunos conceptos de 2004.

Uno de los trabajos más notables realizados por la American Heart Association para la prevención de enfermedad cardiovascular en mujeres, en este sentido ha consistido en la revisión de los ensayos existentes, para la elaboración de sus Guías publicadas 19. De hecho ha supuesto un importante paso adelante en la visibilización de las mujeres, el hecho que la American Heart Association publique unas guías específicas para mujeres, para su elaboración, en los ensayos analizados, la contribución de las mujeres aumentó desde el 18% en 1970 a un 34% en 2006.

Esto viene a demostrarnos que si bien, la colaboración de mujeres en ensayos clínicos ha aumentado, no es representativa de la población susceptible de padecer enfermedades cardiovasculares.

Las Guías de Prevención de Enfermedades Cardiovasculares en las mujeres basadas en la evidencia científica, constituyen un esfuerzo en abarcar un amplio rango de Riesgo Cardiovascular, así como para intentar identificar las ECV de la mujer en el estadio más precoz posible, estableciendo distinción entre prevención primaria y secundaria.

Se hacen especial hincapié en la necesidad de insistir en las recomendaciones sobre estilos de vida saludable y recomendaciones extensibles a las mujeres sin factores de riesgo vascular. (Riesgo optimo).

Se da la mayor prioridad de intervenciones a partir del riesgo objetivo calculado.

CAPÍTULO 3. MUJERES, CONOCIMIENTO Y PRACTICA EN CUIDADOS ENFERMERA

3.1. Del cuidado Naturalizado al cuidado Profesionalizado.

La práctica de cuidar desde los albores de los tiempos, se sitúa en la necesidad de conservación de la especie. El cuidado representa una actividad clave dentro del funcionamiento y desarrollo de toda sociedad, puesto que supone el mantenimiento de la vida de las personas consideradas “más débiles”.(Carrasco, 2001)

En todas las culturas, se tiene asignados a colectivos encargados de “velar” (en el más amplio de los sentidos) por éstas personas. Hay que tener en cuenta que el extenso espectro de cuidar, se encuentra la atención dispensada a menores dentro del núcleo familiar, que tiene una importancia vital, ya que supone la transmisión y reproducción de los valores y costumbres que contribuyen a la reproducción social.

La alimentación y las prácticas de conservación han sido inherentes a la mujer. A lo largo de la historia hemos podido comprobar cómo a la mujer se la ha asociado siempre a su rol reproductor. El cuidado se configura en la asignación social del rol de “mujer”.

Los imperativos biológicos hacen que las mujeres al asumir el rol de madre, estén más cerca de la “naturaleza” lo que conlleva el papel de cuidadora intuitiva, que le proporcione un bagaje de conocimientos sobre el cuidado, exclusivo y excluyente. (Conesa, 1995)

El varón, a lo largo del tiempo, queda al margen de la tarea de cuidar a los hijos y a los progenitores: El hecho de cuidar a los niños, en la civilización occidental, siempre ha constituido un trabajo asignado a las mujeres (Vicente & Delgado, 2009a)

Podríamos decir que las expectativas y valores relacionados con los varones y con las mujeres se asocian al hecho claro de ser considerados personas física y socialmente desiguales y no tan sólo diferentes. Desde esta categoría de análisis podemos observar como la profesión de enfermera, que está ligada a los cuidados del individuo, familia y comunidad, puede estar asociada a condicionantes culturales de su rol de cuidadora, íntimamente ligados a la configuración de un colectivo mayoritariamente feminizado; Este rol ha sido potenciado y transmitido asociando la imagen de la enfermera a una imagen femenina y maternal.

Según Florence Nightingale las enfermeras debían ser “*maternales, atentas y compasivas*”, rasgos que se asociaban a la feminidad (Cfr. Choen, 1988: 16).

El origen de los cuidados está situado primariamente en el hecho de procrear y de manera secundaria en el de mantener y proteger la especie humana. Históricamente el cuidado ha sido un trabajo invisible, no considerado ni social ni económicamente ya que, al ser catalogado como parte de la propia “naturaleza” de las mujeres, no tenía ningún valor social. La invisibilidad laboral de las mujeres, en muchos aspectos, todavía perdura y son varios los autores que hacen una analogía entre lo que tienen de “natural”, y por tanto, exento de valor, los cuidados domésticos, y lo que tienen de natural las funciones propias de enfermería cuyo rol central, son los cuidados de los pacientes.(Vicente & Delgado, 2009b)

El trabajo central de la enfermera es “el cuidar”, cuidar encarna situar al cuerpo en las mejores condiciones, también conlleva ayudar o sustituir a la persona para que recupere la independencia perdida a causa de una alteración en la salud, o en un determinado ciclo vital (infancia, vejez), y que la persona no puede superar por falta de fuerza, voluntad o conocimientos. Por tanto, cuidar es ayudar, sustituir, convencer y enseñar a superar la enfermedad o aprender a vivir con ella lo mejor posible.(Henderson, 1994)

3.2. Trayectoria del conocimiento y la practica Enfermera: De lo domestico a lo profesional

El análisis de la práctica enfermera en la Historia, por lo general, comprende diferentes etapas delimitadas de forma relativamente sencilla: Una primera etapa domestica, una segunda etapa vocacional, otra técnica y por ultimo una profesional. (Siles, 2000) Sin embargo, por mucho que alguna investigación pudiera haber en la fase vocacional, y sobre todo en la técnica, el reconocimiento tan sólo puede llegar con la etapa profesional (García-García & Gozalbes Cravioto, 2012).

Para Colliere, los hombres desde el inicio de los tiempos, se han preocupado de asegurar la vida y la perpetuación del grupo. Para ello organizaron tarea para dar cobertura a una serie de necesidades: Alimentación, protección de intemperies, defensa del territorio y salvaguarda de los recursos y enfermedades, (Colliere, 1986)

Es en el Imperio Romano, que logro rescatar las fuentes de la Medicina Helénica donde surge, otra subcultura sanitaria cuyo origen es la religión cristiana. (Laín Entralgo, 1996).

En el Siglo IV año 323 Constantino autoriza oficialmente el cristianismo con el Edicto de Milán, esto hizo que el cristianismo se extendiera rápidamente por toda Europa.

El concepto de un Dios que ama a toda la humanidad se convirtió en un ejemplo a seguir por todos, el pensar en los demás y el sacrificio por el prójimo va a influir de forma muy importante en la filosofía y en la forma de vida de la sociedad. Se iniciaba el proyecto de la profesión enfermera.

Desde este aspecto es el Prof. Laín Entralgo quien al estudiar la repercusión que tuvo la doctrina cristiana en la medicina de esos siglos, nos da también las claves para el estudio de la enfermería. La plasmación de estas fundamentales novedades que introduce el Cristianismo en relación al mundo de los enfermos tuvo al menos las siguientes consecuencias:

- La consideración del sentimiento de ayuda al enfermo como un deber religioso y por tanto la creación de instituciones dedicadas a este fin.
- La condición igualitaria del tratamiento: No hay diferencia entre griegos, bárbaros, hombres libres y esclavos, pobres y ricos. Todos son atendidos sin que exista discriminación, como ocurría en el mundo pagano.
- La incorporación metódica del consuelo. En cierto sentido “técnico” una especie de psicoterapia en la acción del médico y del cuidador.
- La asistencia gratuita. Sólo por caridad al enfermo.
- La valoración moral y terapéutica de la convivencia del dolor. El dolor y sufrimiento eran sobrellevados pacientemente.

El amor al semejante centra la atención de toda una sociedad y tiene unas repercusiones importantes para la Enfermería. Los grupos de personas dedicadas al cuidado lo atestiguan: La Comunidad Cristiana, las Vírgenes, las Viudas, las Matronas Romanas... grupos determinados que dedican su vida a la atención a los enfermos y necesitados, primero en sus domicilios y después en los Hospitales (Donahue, 1989).

Jacob Burckhardt estudiando esta etapa nos habla de que ya en Constantinopla y Alejandría existía un grupo numeroso, «*de más de mil y quinientos*» respectivamente,

de servidores, el de los llamados Parabolanos o fossores, enfermeros y enterradores y Dodd que estudia los problemas sociales y económicos de esta época nos confirma estos datos (Ventosa, 2000). Sobre lo que hacían o en qué consistía su trabajo no hemos encontrado datos, pero sí hay constancia de la ayuda que prestaban a los enfermos tanto en sus domicilios como en las instituciones que a partir del Emperador Constantino y Juliano el Apostata se fueron creando.

Durante la Edad Media La cultura se confina y conserva en los monasterios. Estos pasan a convertirse en centros no sólo religiosos, sino culturales y de poder, pues los monjes son tenidos por los Emperadores y Reyes como consultores y como médicos (Hernández Martín, 1996). Es en los primeros monasterios, donde se empieza a regular la enfermería, que inicialmente se centra en el cuidado a los propios monjes; después se abre a la sociedad. Las reglas de los monjes establecen ya por escrito los principios de la enfermería y fundamentan la ayuda al enfermo.

Es en la segunda mitad de la Edad Media cuando la enfermería alcanza un relieve y reconocimiento social más amplio. La Iglesia sale de los monasterios para cristianizar Europa a través de las Ordenes Mendicantes. Una de ellas fundada por el español, Domingo de Guzmán se diversifica y da cabida no sólo a religiosos, sino que incorpora a laicos en la denominada Orden Tercera doctrinales, que se abren a las necesidades sociales, sobre todo a la atención de los enfermos en sus propios domicilios.

Estas acciones tienen un reconocimiento social, al atender a las necesidades de la población, sobre todo en momentos de enfermedad y en las grandes pestes.

El legado escrito de la enfermería que se inicia en las Reglas Monásticas, se ve ampliado al intentar fundamentar todo ese quehacer con los enfermos. Así, se recopila y aparece ya en 1269 en el libro de Humberto de Romans DE OFFICIIIS ORDINIS PRAEDICATORUM, transcrito posteriormente al latín en Roma (1889).

El libro, en su capítulo 27, «acerca del oficio del enfermero» empieza por definir quién es y lo expresa así: *«El enfermero es el que tiene el cuidado general de los enfermos y de la enfermería»*. Define al profesional y su campo de acción; dice, además de las cualidades que debe poseer, su competencia en cuanto al oficio, en cuanto al cuidado del enfermo y de la enfermería; acerca de los cuidados y conocimientos que debe tener sobre los remedios terapéuticos y de la relación y trato con los enfermos;

establece una atención personalizada y una jerarquización del oficio enfermero, hablando de un enfermero que lleva la responsabilidad de la enfermería y otro al que se le asignan enfermos en concreto (Romans, 1889). Sorprende que en esta etapa se describa con tanta amplitud a esta figura como «experto»: No le limita a realizar algo rutinario, sino que contempla a la persona de forma individual.

Los Reyes Católicos impusieron en el 1500 una normativa mediante la cual todos los que aspiraran a ejercer de barberos deberían ser examinados por un barbero mayor que perteneciera al protobarberato.

El progreso de la enfermería en España se puede afirmar que se gesta entre 1550-1650, donde se dio la confluencia de hechos de gran trascendencia para la profesión, que marcaron el devenir de la misma:

Constitución y expansión de órdenes y congregaciones españolas dedicadas exclusivamente a la prestación de cuidados: Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, Congregación de los Enfermeros Obregonos y la Orden Belemnita.

Composición de manuales escritos por y para enfermeros. (Martín, del Gallego Lastra, González, & Ruiz, 1997)

Desarrollo de las funciones básicas en enfermería

Estos tres eventos tiene la suficiente relevancia como para considerar a este período el punto de transición de la Enfermería medieval a la moderna.

Es a finales de nuestro Siglo de Oro, en 1617, cuando se publica en España el primer manual sobre cuidados de enfermería escrito por un Enfermero para enfermeros.

Son las primeras aproximaciones a todo un tratado de Enfermería bajo el título “Instrucción para Enfermeros...” (DEL CUIDADO & LOS ORIGENES, 2011) en el que se describen no sólo las técnicas para aplicar los remedios que los médicos ordenan, sino que es un compendio del saber de la época sobre cuidados y remedios.

En él se describen: Técnicas y procedimientos terapéuticos realizados por enfermeros; prestación de cuidados de enfermería en determinadas situaciones de urgencia; Preparación, indicación y administración de distintas formas medicamentosas; Conceptos de anatomía. Descripción de órganos y regiones anatómicas; Consejos y

orientaciones dietéticas; Priorización en los tratamientos prescritos por el médico; Terapéutica y Enfermería; Tareas y funciones del enfermero.

El libro de Directorio de Enfermeros de Simón López de 1650, del que se ha logrado recuperar recientemente su manuscrito continúa en esta misma línea y que como el autor indica «...es una obra realizada con el objetivo de formar e instruir tanto a los que se inician en este oficio de enfermeros, los principiantes o aprendices, como a los que se encuentran ejerciendo ya la profesión» (García Martínez, 1997).

Este manual, al igual que el anterior, constituyen los primeros pasos de delimitar el campo de la enfermería y con ello la definición de la profesión, estableciendo la relación de los enfermeros con otros profesionales como médicos, boticarios, cirujanos y los marcos de actuación con respecto a los mismos. Los dos textos representan un paso importante en el desarrollo de la enfermería moderna al señalar las funciones del profesional, indicando ya aquí cuáles eran las funciones propias del enfermero y cuáles las dependientes del médico. Esta línea de formación de los aprendices se continúa a partir de esta época en todas las órdenes dedicadas al cuidado, hasta bien entrado el siglo XIX.

En La Real Cédula de 6 de mayo de 1804 podemos encontrar referencias en cuanto a los exámenes de **Sangradores** y los requisitos que debían de cumplir para llevar a cabo las funciones de sacar muelas y dientes así como de sangrar sin supervisión de Cirujano o Médico en los casos violentos o de extrema necesidad.

Para las Matronas esta norma tiene efecto a la hora de regular también el acceso a los exámenes ligadas sus funciones al Área reproductiva debían de rendir cuenta de las Artes de obstetricia, y poder ejecutar el agua de socorro a los recién nacidos y cómo y cuándo hacerlo de forma independiente.

Entre los requisitos para poder acceder al examen de Matrona Aparece también las condiciones de subordinación respecto a los hombres que tenían que cumplir. Entre otras debían ser mujeres viudas o casadas, justificando dicha condición, la licencia por escrito de su marido, fe de Bautismo y de una vida correcta según los mandatos de la Iglesia expedida por el párroco.

La posición de la mujer históricamente ha quedado relegada a un segundo plano como madre, esposa, piadosa y ejemplar en el hogar. Destacando principalmente sus valores

morales de abnegación, sacrificio, bondad, rectitud, recato. Valores sobre los que se construye la identidad de la matrona en el Siglo XIX.

Los conocimientos van asociados a la condición de mujer: relacionados con anatomía y fisiología de la mujer, del embarazo y del parto. Estaba prohibida la realización de cirugía y la prescripción de medicamentos, ante cualquier situación de dificultad en el parto debían avisar rápidamente al médico.

La Ley de Instrucción Pública de 1857, del ministro Moyano, pretendía la definitiva regulación de las profesiones subalternas que ejercían la cirugía menor y la asistencia a los partos, no así de las enfermeras y enfermeros a los que ignoró. Es en 1857 cuando a través de La Ley de Instrucción Pública se regula, todos los estudios, entre ellos los de Practicantes y Matronas.(Castelo Delgado, Curiel Blanco, Hernández Martín, & Martínez Carreño, 2008)

La Ley Moyano, pues, estableció una clara diferencia entre cirujano y practicante, y consideró al nuevo título de Practicante como profesión auxiliar de la Medicina y Cirugía. Este título habilitaba, entre otras funciones, para administrar inyecciones, vacunaciones, vendajes, emisiones sanguíneas, y para la cirugía menor o subalterna, pues los practicantes realizaban pequeñas operaciones, ayudaban al médico en las grandes cirugías, realizaba las curas de los operados y la aplicación de remedios. Aunque con esta ley los practicantes perdieron la competencia del "arte del dentista", desde el último cuarto del siglo XIX ejercieron la función de asistencia al parto.(Camaño Puig, 2008)

Esta situación es compartida con el resto de los países de Europa católicos. El resto de países del continente Europeo tras la expulsión de las órdenes religiosas católicas, deja la asistencia de los enfermos en manos de personal con menor cualificación. En esta situación Florence Nightingale, formada en la Europa continental y en instituciones religiosas -Hijas de la Caridad y Diaconisas de Kaisserwert- (Hernández Martín, 1996), tras pasa el modelo educativo en el que ella se formó, a una Inglaterra secularizada en materia sanitaria.

De la etapa vocacional se pasa a la técnica, caracterizada en España por la formación en el siglo XIX de los denominados Practicantes (Ley de Instrucción Pública de Claudio

Moyano de 1857), se regula, todos los estudios, entre ellos los de Practicantes y Matrona.

Este modelo atraviesa el Océano y se traslada a los Estados Unidos de Norte América.

En España surge el Movimiento Reformista, que centrado en la figura de Concepción Arenal promueve la reforma de los Hospitales y en ella la reforma de la enfermería, centrada en la asistencia, el cuidado, la dimensión práctica de la profesión.

Trabaja por el establecimiento de una enfermería laica con una formación que irá cristalizando con el paso del tiempo (Siles González, 1996: 227-240).

En esta etapa que también deriva de los planteamientos de Florence Nightingale en el año 1859, cuando afirmaba: *"Toda mujer, o al menos casi toda mujer, ha tenido a su cargo en algún momento de su vida la salud personal de alguien, sea niño o un inválido, en otras palabras, cada mujer es una enfermera"*. Elementos conceptuales que suponen la feminización de la profesión, en cuanto que los valores de cuidados se identifican con la mujer.(Weil, 2006.)

En el pensamiento de Nightingale confluyen la propia ideología inherente a una dama de la alta sociedad en la Inglaterra victoriana y su profundo sentir religioso (que muchas veces se ignora en relación con su pensamiento), (Young, 2011) así como el fuerte influjo de la enfermería vocacional femenina de la época, la representada por las Hermanas de la Caridad de San Vicente de Paul. Tal vez es por esta razón, que identificaba la actuación médica con "los hombres" y la de enfermería con "las mujeres", más allá de que intentara fomentar las capacidades técnicas, e incluso independizar (hacer autónomas) sus actuaciones de las de los médicos. Nightingale, en su paradigma "técnico", apuntaba a la independencia profesional de la mujer enfermera: *"toda la reforma de la enfermería consiste en lo siguiente: retirar el poder sobre las enfermeras de las manos de los hombres y ponerlos en manos de una mujer capacitada que esté al mando y se haga responsable de todo lo que se lleva a cabo"*.(Narváez-Traverso, et al., 2010)

Entre los años 1860-1870, estando en Inglaterra Federico Rubio y Galí, eminente cirujano, y siendo testigo del acontecimiento de la creación de la Escuela de F. Nightingale, a su regreso fundará, en 1896, en el Instituto Terapéutico en Madrid, la

Primera Escuela de Enfermería en España (Hernández Martín y Pinar García, 1994:55-57). La primera escuela se denominó " Cuerpo de Enfermeras de Santa Isabel de Hungría". Su esquema de formación era biologicista y técnica

Fundada por el Dr. Federico Rubio y Galí cuyo pensamiento, que marco la educación y enseñanzas de las enfermeras está recogido en su libro —Cartas del Dr. Rubio y Galí a las curadoras del Instituto de Terapéutica operatoria (1916) 121. En esta obra el Dr. Rubio expone que es necesario formar a también enfermeras laicas, dado que las religiosas no pueden hacerse cargo de todas las situaciones de los enfermos.

En cuanto a su formación, Federico Rubio preconizaba valores como la humildad, paciencia y respetabilidad, así como todas las características ligadas a los roles de género que se esperaba de las mujeres *“La mujer enfermera debía formar una familia tanto dentro del hospital como fuera, ya que la mujer era la otra mitad. Ser buena madre de familia, consagrando su vida a los demás y sintiendo paz interior”*. (Rubio, 1916)(Galdós, 1916)

Esta Escuela se funda con el propósito de formar a enfermeras diplomadas que puedan prestar sus servicios a los enfermos, aprendiendo lo que corresponda al arte de atender y cuidar de modo artístico y científico, cuyas señas de identidad son el «bienestar para el paciente y el bien hacer de las Alumnas» (Hernández Martín y Pinar García, 1997:42- 43).

Este será considerado como un paso importante para que después, en 1915, a instancia de la Congregación de las Siervas de María, se apruebe «oficialmente» el temario para la enseñanza de la profesión de enfermería (RO 7 Mayo 1915).

3.3. Enfermería: Cien Años de Evolución de una titulación.

En España la primera normativa legal que impulsó el proceso de profesionalización de la Enfermería en 1915, con la expedición del título oficial de enfermera por el Ministerio de Instrucción Pública. Se aprueba el primer plan de estudios de carácter nacional y hasta 1936, la legislación va avanzando para dotar al país de una estructura organizativa que resolviera los problemas de salud de los españoles.

La legalización de la enfermería profesional se realiza a través de la Real Orden del 7 de

mayo de 1915 (R.O,1915), que establece el plan de estudios para la instrucción Enfermera, contemplándose esta profesión junto con los títulos de Practicante y Matrona como profesiones sanitarias auxiliares con todos los requisitos formales. Los contenidos de estos programas formativos se detallan en la tabla nº 20, en la que se realiza una comparación entre este plan de estudios con el de de Practicantes aprobado en 1902 y con el programa formativo de la escuela de enfermeras de la Cruz roja de 1917. En este año se inaugura el primer curso oficial de esta escuela. El cuerpo de damas de la Cruz Roja queda constituido en el año 1917, mediante el Real Decreto de 28 de febrero

En la década de 1920 la Escuela de la Cruz Roja, la Escuela Nacional de Sanidad (1925) y la Escuela de Puericultura (1923), avanzan en el proceso formativo de las Enfermeras, expandiendo su proceso formativo hacia el área temática de la salud pública. Hasta ese momento, la institucionalización de la Enfermería en nuestro país estaba en una fase muy precoz, por lo que el ámbito de la salud pública constituyó el contexto sanitario donde germinó como profesión. (Mestre & Pérez, 1999)

La Escuela Nacional de Sanidad anuncia su colaboración con la Fundación Rockefeller en 1931. La Fundación se comprometía a sufragar los costes en la construcción de la futura Escuela de Visitadoras y a dar becas para una formación de postgrado en Enfermería de Salud Pública a las futuras docentes de esta escuela. Así, como paso previo, la Fundación Rockefeller realizó en 1931 un análisis de la situación de la Enfermería en España.

Entre 1931 y 1936 se desplazaron a Estados Unidos un total de 14 Enfermeras. Aunque la beca inicial era de un año, la estancia se prorrogó a dos años condicionada por la deficiente formación y por la dificultad idiomática.

El primer curso de Enfermeras Visitadoras, inició su andadura en Febrero de 1933, tenía una duración de 3 meses, con una parte teórica y otra práctica. Las enseñanzas impartidas contenían entre otras las siguientes temáticas: Higiene general; Higiene del trabajo; Higiene escolar; Higiene de la alimentación; Estadística sanitaria y Demografía; Medicina Social; Fichas epidemiológicas; Propaganda; Ficha y hoja clínica; Ficheros y archivos; Administración y legislación sanitaria. (J. S. González, 1999).

Este nuevo marco permitió que las visitadoras participaran activamente en las campañas sanitarias (lucha antituberculosa, antivenérea, anti tracomatosa, higiene infantil, etc.).

Se encargaban de estudiar las condiciones sociales y sanitarias de los individuos y de las familias, de conocer el estado de sus viviendas, los hábitos y características de su alimentación. Recopilada la información, enseñaban a la población para que obtuvieran el mayor provecho higiénico de sus condiciones de vida y, coordinando y enlazando entre las familias y las instituciones sanitarias.(Galiana et al., 2011).

Los practicantes mediante la reforma sanitaria de la Segunda República, pasaron a integrarse en el nuevo organigrama sanitario, al constituirse en 1935 el Cuerpo de Practicantes de Asistencia Pública Domiciliaria. Las funciones que tenían asignadas, entre otras, las funciones de asistencia auxiliar médico-quirúrgica gratuita de las familias pobres, las prácticas auxiliares profilácticas, sanitarias, bacteriológicas y epidemiológicas dispuestas por los médicos del cuerpo, y la asistencia a partos normales en aquellos partidos en que no hubiera matrona. Debían auxiliar a los médicos tocólogos en las intervenciones quirúrgicas. Su proceso formativo dependía de las facultades de medicina, tenía una duración de dos años y entre los contenidos figuraban los relativos a anatomía y fisiología elemental, antisepsia, asepsia, apósitos y vendajes, y cirugía menor.(Ocaña & Navarro, 2011).

El periodo de la Guerra Civil Española (1936-1939) y la Instauración del régimen liderado por el General Franco, supuso una época compulsiva en la consolidación de las enseñanzas propias de cuidado. Durante un periodo posterior al fin de la contienda, llegaron a convivir diversas formas profesionalizadas del cuidado en la diversidad de administraciones. Así podemos observar como coinciden en el ejercicio de la Enfermería: La Escuela Nacional de Instructoras Sanitarias; Enfermeras de Higiene Escolar y Divulgadoras Rurales; Enfermeras del Gran Hospital y Auxilio Social (dependientes de la Dirección General de Beneficencia).

Aparece en enero de 1942 de una titulación paralela a la de las Instructoras Sanitarias, creada al margen de la propia escuela y de los organismos oficiales, pero con contenidos similares; esta titulación era la de Cuerpo de Enfermeras de Falange Española Tradicionalista (f.e.t.) y de las J.O.N.S.(Pimentel, 2014)

En España, durante este periodo perduran las ocupaciones sanitarias destinadas a la administración de cuidados, con un sistema de género basado en las ideas del siglo XIX sobre las diferencias innatas entre hombres y mujeres (González, 2006).

Los practicantes y las enfermeras, además de las matronas, conservan de alguna manera la orientación de actividad de mujeres para mujeres, a pesar de admitir que los practicantes también pueden atender los partos. Estas ocupaciones estaban bajo la jurisdicción médica, tanto en lo referente a la enseñanza como a la prueba de competencia o suficiencia.

Los practicantes eran formados en las propias facultades de Medicina y las matronas/enfermeras lo eran en escuelas hospitalarias, generalmente propiedad de órdenes religiosas, y con muy diferentes contenidos docentes. Los de los practicantes estaban orientados más hacia técnicas concretas de cirugía menor, curas y vacunaciones y los de las enfermeras orientadas más a los cuidados según las diferentes sintomatologías. (Osses-Paredes, et al., 2010)

En consecuencia, las enfermeras, mujeres, ejercían su ocupación en el ámbito hospitalario, mientras que los practicantes, hombres, lo hacían por lo general en la asistencia auxiliar médico-quirúrgica domiciliaria y/o en consultas privadas, con especial presencia en el mundo rural donde apenas había médicos. (Bernabeu-Mestre, et al., 2013)

Aprobada la Ley de Bases de la Sanidad de 1944 que culminaría en la creación del Instituto Nacional de Previsión de la Seguridad Social, paralelamente se instituyeron los Colegios Oficiales de Auxiliares Sanitarios: practicantes, matronas y enfermeras y su Consejo General, siendo aprobados sus estatutos en 1945.

Los avances de la medicina y el desarrollo hospitalario, junto a la creación del Instituto Nacional de Previsión de la seguridad Social harán necesaria la aparición de un personal más técnico que responda a las necesidades sanitarias del momento.

Es en el año 1953 que se realiza esta la unificación de estas tres carreras que existen en España: practicantes, matronas y enfermeras y se establece el plan de formación y la creación de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios (A.T.S.) que formarán a las enfermeras en orden a la demanda sanitaria y social (RD 4 Diciembre 1953).

Las primeras disposiciones legales que regulan las funciones de esta nueva profesión surgen en 1956 (Decreto 26 Julio 1956), completándose en 1960 (Decreto 17 Diciembre 1960) con la regulación del ejercicio profesional del ayudante técnico sanitario, practicante, matrona y enfermera. Esta legislación limitan las funciones del profesional de enfermería que le sitúan en un papel de subordinación: “auxiliar del médico”, y práctica técnica.

Las Competencias profesionales que tenían tanto Ayudantes Técnicos sanitarios, Enfermeras y Matronas, según el **Decreto 2319/60 de 17 de Noviembre (Decreto, 17Noviembre 1960)** consistían en:

1. *Aplicar medicamentos, inyecciones o vacunas y tratamientos curativos.*
2. *Auxiliar al personal médico en intervenciones de cirugía general y de las distintas especialidades.*
3. *Practicar curas a operados.*
4. *Prestar asistencia inmediata en casos urgentes hasta la llegada del médico o titular de superior categoría, a quien habían de llamar perentoriamente.*
5. *Asistir a partos normales cuando en la localidad no existían titulares especialmente capacitados para ello.*
6. *Los practicantes tendrán las mismas funciones que los ATS.*
7. *Las matronas están autorizadas para asistir partos puerperios normales no distócicos y aplicar tratamientos ordenados por el médico.*
8. *Las enfermeras tendrán las mismas funciones que los ATS, excepto en la atención a partos. Se les prohíbe establecer igualatorios y disponer de locales para el ejercicio.*

En 1970 las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios pasan a ser reconocidas como escuelas universitarias o Centros de Formación profesional, siendo posteriormente recogido en el Real decreto 2293/73, (Decreto, 17 Agosto 1973)) lo que supuso, un gran avance y abrir la puerta de los estudios de Enfermería a un posterior reconocimiento como disciplina universitaria.

Es a partir de 1957 cuando se regulan las especialidades de enfermería que se atenderán hasta 1987 (RD 3 de Julio de 1987), año en el que se establecen las especialidades de Diplomados en Enfermería: Enfermería Pediátrica, de Salud Mental, de Salud comunitaria, de Cuidados Especiales, Geriátrica, Gerencia y Administración

de Enfermería y Obstétrico-Ginecológica (Matrona), de las cuales solamente esta última es desarrollada en 1992.(Alcon, 1986)

Son dos hitos en el avance de la enfermería en España la regulación legal de las Direcciones de Enfermería, que permiten a la profesión autorregular su ejercicio, y las Consultas de Enfermería, que favorecen una relación con el paciente más directa y autónoma, lo que con el tiempo y el desarrollo de nuestras competencias independientes, propiciará el reconocimiento por parte de la sociedad de nuestra contribución específica a la salud desde el cuidado.

En 1976 ante la presión de profesionales y colegios profesionales se crea una comisión interministerial con el objetivo de revisar y modificar los estatutos de los ATS. En dicha comisión participan representantes del Ministerio de Sanidad y del Ministerio de Educación, de colegios profesionales y representantes sindicales, además de dos médicos y dos enfermeras, con carácter de staff. Se estudiaron y debatieron las competencias de los diversos profesionales sanitarios, los niveles educativos para cada grupo profesional, además de los centros de formación.(Germán Bes, 2014)

Las reivindicaciones de ATS y estudiantes no cesan, sino que van en aumento exigiendo la integración de los estudios dentro de la formación superior. En 1977, en julio se publica El Real decreto 2128/77 donde se contempla la integración en la Universidad de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios como escuelas Universitarias.

Este Real Decreto, en su artículo primero establece que las escuelas de ATS dependientes de otros departamentos ministeriales o del instituto nacional de previsión, pasaran a convertirse en Escuelas Universitarias, previa solicitud al rectorado de la Universidad a la que deban quedar adscritas. En el artículo dos se recoge que estas Escuelas adscritas pasarían a llamarse Escuelas Universitarias de Enfermería y la duración de los estudios sería de tres años.

El primer curso de enfermería como estudio universitario se realiza en el curso académico 1977-1978 conforme al régimen de la Ley General de Educación. (Artículo quinto, dos).

Los planes de estudios deberían estar elaborados por la propia Universidad de acuerdo con la Ley general de Educación de 1970. Para el acceso a los estudios todos

los estudiantes deberían de haber superado el curso de orientación Universitarios o estar habilitado para el acceso a la Universidad, siempre y cuando cumplieran los requisitos precisos según la legislación docente y el título que se recibiría al superar los estudios sería el de Diplomado Universitario en Enfermería.

La distribución de las enseñanzas por áreas de conocimiento comprendía:

- 1- Ciencias básicas.
- 2.- Ciencias médicas
- 3.- Ciencias de la enfermería
- 4.- Ciencias de la conducta
- 5.- Salud pública.

En la Teoría: No se podía pasar del nº de 16 asignaturas entre las obligatorias; Se podrán proponer hasta cuatro optativas entre las cuales debe aparecer obligatoriamente Ética Profesional; En total no sobrepasarán las 20 asignaturas; Se incluirá una descripción de los contenidos de las asignaturas. En las Prácticas: el 50% del tiempo queda asignado a las prácticas; La enseñanza teórica, práctica, conocimientos técnicos y adiestramiento clínico, deben estar integrados y coordinados. (RD, julio 1977)

El Título Universitario oficial Diplomado en Enfermería y las directrices generales propias de los planes de estudios para la obtención de este se recogen en El Real Decreto 1466/1990142, de 26 de octubre de 1990. (RD, Octubre1990). Este decreto hace referencia a los conocimientos, capacidades y experiencia clínica que se debían conseguir a través de los estudios de Diplomado de Enfermería.

A los ATS se les da la oportunidad de adaptar su título al de Diplomado en Enfermería mediante un Curso de Nivelación que queda regulado por el Real Decreto111/1980143 de 11 de enero y por la Orden de 15 de julio de 1980 (R. D., Julio 1980). La planificación de este curso fue encomendada por el Ministerio de Educación a la Universidad de Educación a Distantica (UNED).

Entre las primordiales innovaciones que contemplaba la incorporación al Área universitaria se encontraba la posibilidad de los ATS de poder impartir docencia, como encargados de curso y el cambio en los planes de estudio.(Rodríguez, 2003) Por otra parte pese al avance que supuso, no se puede conseguir el pleno desarrollo de la

carrera docente de los Profesores Enfermeros ya que, al tratarse de una Titulación de primer ciclo no era posible aspirar desde su propia disciplina a ser Doctores en la misma. Es por ello por lo que, ser director de departamento de investigación y Catedrático de Escuela Universitaria quedan fuera del alcance de los DUE por no poseer Título de Doctor. Esta constante se repite en la adscripción a determinados cargos de Gestión hospitalaria o del nivel primario de Salud, que quedan restringidos a Licenciados.

Las disciplinas propias de la enfermería alcanzan importancia en el currículum, con un área de conocimientos propios enfermeros. Comienza a impartirse Enfermería Fundamental en primer curso, así como la metodología y los cuidados enfermeros propios de cada área. Se estudian Ciencias de la Conducta y Salud Pública, conjuntamente con las Ciencias Básicas y Médicas. (Caviedes López & others, 2012)

Los Estudios de grado de Enfermería, circunscritos a esta nueva visión y organización del conocimiento, han tenido que adaptar sus planes de estudios, de acuerdo con lo establecido por la normativa actual.

Para el diseño de los Títulos de Grado en Enfermería se ha tenido en cuenta el proyecto Tuning, el RD 1393/2007 y su modificación el RD 861/2011, el Libro Blanco de Enfermería y la Orden ministerial CIN 2134/2008. Que determinan el perfil profesional y el marco institucional generado con la normativa general que regula los estudios universitarios a nivel nacional (RD1393/2007 y el RD 861/2010).

Este decreto especifica las ramas del conocimiento a las cuales se deben de adscribir las nuevas titulaciones:

- a) Artes y Humanidades
- b) Ciencias.
- c) Ciencias de la Salud.
- d) Ciencias Sociales y Jurídicas.
- e) Ingeniería y Arquitectura.

El grado de Enfermería se encuentra adscrito a la rama de Ciencias de la Salud.

CAPÍTULO 4. CONOCIMIENTO DE RIESGOS CARDIOVASCULARES DIFERENCIALES EN LAS MUJERES EN NUEVO MARCO DE ENSEÑANZA GRADO ENFERMERÍA

4.1 Espacio Europeo de Educación

El 19 de junio de 1999, se consolida la construcción del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), con la Declaración de Bolonia, firmada por Ministros con competencias en Educación Superior de 29 países europeos y que da su nombre al Proceso de Bolonia.

Con el objetivo de convertir a Europa en “la economía más competitiva y dinámica del mundo, basada en el conocimiento”. En el año 2000, la asamblea de los jefes de los gobiernos de los quince países que formaban en aquellos momentos la Unión Europea, acordaron cooperar y tomar medidas conjuntas para invertir en la investigación, el desarrollo y, eventualmente, para crear un “espacio europeo de investigación” en el 2010.(Teichler, 2006).

Como iniciativas previas a la Reunión de Bolonia en el ámbito regional europeo, encontramos: la “Magna Charta Universitatum” firmada por los Rectores de las Universidades europeas el día 18 de septiembre de 1988, y en segundo lugar a la “Declaración de la Sorbona” (1998), declaración ministerial (“Declaración conjunta para la armonización del diseño del Sistema de Educación Superior Europeo”), que constituye la primera iniciativa de creación de una zona europea dedicada a la educación superior, trascendiendo el carácter exclusivamente económico de la construcción europea y en aras de una “Europa de conocimientos”, en la cual se pudieran consolidar y desarrollar las dimensiones intelectuales sociales y culturales.(Van der Wende, 2007).

El grupo de Seguimiento de Bolonia (BFUG) formado por 46 países miembros del proceso de Bolonia, La Comisión Europea y otras organizaciones, tienen como misión realizar los trabajos de seguimiento y preparación de las cumbres ministeriales. Cada dos años se celebra una Cumbre Ministerial que tras un balance de los progresos realizados crea los objetivos de las siguientes cumbres. En esta línea se han celebrado

las Cumbres Ministeriales de Bolonia 1999, Praga 2001, Berlín 2003, Bergen 2005, Londres 2007 y la última se celebró en Lovaina/Lovaina-la Nueva en 2009. (Consejo CE, 2009)

La construcción del Espacio Europeo de Educación Superior conocido como Proceso de Bolonia, constituye un entorno socioeducativo novedoso, en la construcción del conocimiento y aprendizaje en las enseñanzas superiores. Esto supone un reto para las universidades incitándolas a promover un conjunto de medidas innovadoras para su adaptación y adecuación a una construcción social, la llamada Sociedad del Conocimiento. Estas medidas se encuentran orientadas en varios sentidos direcciones: en las metodologías docentes, en la estructura de las enseñanzas, en la garantía de los procesos de aprendizaje o en la calidad y, en potenciar la movilidad de estudiantes y profesores.(Suárez, 2006).

Este nuevo modelo de Enseñanza Superior tiene como bases estructurales en la generación del conocimiento en: Un reconocimiento del sistema de titulaciones, Un Aprendizaje Centrado en el Estudiante, un Sistema de Créditos ECTS con tres ciclos formativos (Grado, Máster y Doctorado) el Suplemento Europeo al Título, el Establecimiento de sistemas de calidad y la Formación Basada en Competencias.(Redondo & Sánchez, 2007).

El reconocimiento del sistema de titulaciones tiene como objeto poder facilitar y abrir las posibilidades de empleo a los titulados, mediante un sistema de títulos académicos comparables y sencillos cuya medida inicial es el suplemento al título.

4.1.1. Aprendizaje centrado en el estudiante

Este cambio en el paradigma de aprendizaje conlleva un cambio de profesores y estudiantes. El rol de los estudiantes pasa a ser más activo y menos dependiente de lo que venía siendo, situándose en el centro de la formación; mientras que el profesor asume el rol de orientador y dinamizador del más que de menor transmisor de conocimientos.(Arias-Gundín, Fidalgo, & Nicasio García, 2008)

Ya el centro de la actividad pasa a ser lo que el alumno aprende, no lo que el profesor enseña. El conocimiento es construido de forma activa e independiente por los alumnos, siendo el eje de referencia el propio proceso de aprendizaje.

El proyecto de los planes de estudio y las programaciones docentes obedece a una búsqueda de conocimiento de forma activa por el docente, orientado por el docente. En esta búsqueda del conocimiento, el estudiante es quien marca su propio ritmo de estudio. Esto implica un esfuerzo del estudiante para reorientar el aprendizaje de forma diferente a la tradicional, siendo tan importante lo que se aprende, cómo la forma de aprenderlo. (Delgado García et al., 2005)

En este proceso el estudiante debe participar de forma más activa en el aula, especialmente si está lo suficientemente tutorizado por el profesor. De esta manera, aumenta la motivación del estudiante y se contribuye a generar conciencia de pertenencia a un colectivo. Además, el estudiante está en condiciones de compartir información y conocimiento con el resto de compañeros. (Delgado García, Borge Bravo, García Albero, Oliver Cuello, & Salomón Sancho, 2005) De forma que se fomenta asimismo, el trabajo en equipo o cooperativo y aumenta la interacción entre todos los miembros de la comunidad virtual universitaria: de los profesores con los estudiantes, de los estudiantes entre sí, de los profesores entre sí, e incluso con la propia institución universitaria. Por último, reseñar que el estudiante no sólo debe ser capaz de asimilar contenidos, sino que deberá de desarrollar una serie de capacidades durante su formación universitaria, que con posterioridad serán de gran importancia en su actividad profesional. (Santamaría, 2011)

Para poder evaluar la consecución de los objetivos por parte del alumnado, especificados previamente en términos de resultados de aprendizaje y de competencias adquiridas, se aplica como medida El crédito europeo (ECTS). (De Bolonia, 1.999).

El sistema de créditos europeos como sistema común de evaluación persigue:

Garantiza el reconocimiento de los estudios que se realicen fuera del propio país en el Espacio Europeo; facilita el acceso a cursos regulares en otros países a lo largo de la carrera; proporciona la accesibilidad de estudios posteriores, externos a la Institución

de origen, en cualquier etapa de la vida; facilita el acceso a puestos de trabajo en Europa.

Para obtener un grado o título el estudiante ha tenido que completar 240 créditos, acumulables o transferibles entre Universidades Europeas, en un periodo de 4 años, a tiempo completo, o más si es a tiempo parcial, lo que constituye un cambio de estructuras y de metodología en las distintas fases del programa.

Así el crédito europeo se constituye como unidad de valoración del volumen de trabajo total del estudiante, que se expresa en horas, requisito para la superación de la asignatura, para el correcto aprovechamiento de las competencias y la adquisición de las competencias fijadas con anterioridad.

Para fomentar la comparación en los estudios y fomentar la movilidad de los estudiantes y titulados. El Real Decreto 1125/2003, de 5 de septiembre (G. d España, 2003) recoge que los programas de movilidad de estudiantes (Sócrates/Erasmus), deben de contemplar un sistema adecuado de equivalencias y reconocimiento de estudios y que originaron el Sistema Europeo de Transferencia de Créditos (ECTS).

En esta nueva línea en el diseño curricular surge por parte del profesorado, de la aplicación de nuevos materiales docentes, como es la utilización de Guías docentes, portafolios TICs en desempeño del rol profesional. El papel del profesor, pasa a ser el de proveedor de criterios, al alumnado, para que pueda buscar y encontrar la información y transformarla en conocimiento. (M. G. Amaya, Vallejo, & Jaureguialde, 2003)

Implica ofrecer al estudiante una atención más personalizada. A la vez debe de implicarse como evaluador del proceso de aprendizaje, desde un inicio con la planificación de actividades evaluables que posibiliten el aprovechamiento de los contenidos y la adquisición y desarrollo de competencias.

Para La Unión Europea (Europa, 2006) la definición de competencias lleva implícito el poder combinar conocimientos, capacidades y actitudes adecuadas ante un contexto determinado, así como considera que las competencias claves son todas aquellas que las personas necesitan para su desarrollo y realización personal, para la ciudadanía activa, la inclusión social y el empleo.

Otra definición de competencias en el ámbito del conocimiento es la recogida en ANECA, 2004 (de Grado, s. f.-a) Que define las competencias como el conjunto de conocimientos, habilidades y destrezas que incorporadas en un programa formativo facultan al alumno para desarrollar las labores profesionales recogidas *“en el perfil de egreso del programa”*

El Proyecto Tuning Educational Structures in Europe (2003) define las competencias como *“Una combinación dinámica de atributos, en relación a conocimientos, habilidades, actitudes y responsabilidades, que describen los resultados del aprendizaje de un programa educativo o lo que los alumnos son capaces de demostrar al final de un proceso educativo”*.(J. González, Wagenaar, & others, 2003).

Desde una perspectiva de la formación basada en las competencias profesionales El Proyecto Tuning 29, clasifica las competencias en dos grupos: Genéricas y específicas (Kennedy, 2006)

a) Las competencias denominadas como genéricas o transversales se agrupan en categorías instrumentales, personales y sistémicas. Todas hacen referencia a la formación de cualquier alumno universitario en sentido genérico. Debiendo ser adquiridas por los universitarios independientemente de los estudios que cursen.

Estas competencias generales se pueden clasificar en instrumentales, personales y sistémicas.(Pedro & José, 2009)

Las competencias Instrumentales dan respuesta a funciones instrumentales como son: las habilidades cognitivas, capacidades metodológicas, destrezas tecnológicas y lingüísticas.

Las Competencias Interpersonales son las referidas a capacidades individuales tales como habilidades sociales (interacción y cooperación social).

Las Competencias Sistémicas son las capacidades y habilidades referidas a sistemas globales: combinación de comprensión, sensibilidad y conocimientos; es necesario adquirir con anterioridad competencias instrumentales e interpersonales. El Proyecto Tuning recoge 30 competencias.

b) Las específicas se encuentran relacionadas con disciplinas concretas, con un área o titulación, orientadas a la obtención de un perfil específico del graduado. Esta cercanas

a aspectos formativos, áreas de conocimiento o agrupaciones de materias, y suelen tener una proyección longitudinal en la titulación.

El nuevo marco europeo de educación insta a cada uno de los miembros que han participado en el proyecto a realizar una adaptación de los macro acuerdos a los contextos educativos donde ha de implantarse.

Estas adaptaciones están condicionadas por los cambios en la ordenación de las enseñanzas universitarias y la adecuación de las titulaciones a los perfiles profesionales, mediante la identificación y adjudicación de las competencias necesarias para poder llevar a cabo el desempeño profesional en el mercado laboral de los escenarios específicos de cada país, región, Universidad.

Los títulos emitidos en el nuevo Espacio Europeo Enseñanza Superior, estarán determinados por los distintos niveles del contexto que configuran el perfil profesional: Espacio Europeo de Enseñanza Superior, el sistema educativo del país, la universidad y facultad de referencia y, por último, la titulación correspondiente al perfil.

En España El R.D. 1393/2007 establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales, de manera general para todas las titulaciones universitarias, en relación a la adquisición de competencias contempla que todos aquellos estudios encaminados a la obtención de un título deberán de tener como eje de sus objetivos la adquisición de competencias por parte de los alumnos, sin excluir, el tradicional enfoque basado en contenidos y horas lectivas , recoge así mismo *“Se debe hacer énfasis en los métodos de aprendizaje de dichas competencias así como en los procedimientos para evaluar su adquisición”*.

Propone los créditos Europeos ECTS, como unidad de medida del trabajo realizado por el estudiante, para conseguir los objetivos del Plan de Estudios, mediante el aprendizaje. *“...Estos planes de estudios deberán, en todo caso, diseñarse de forma que permitan obtener las competencias necesarias para ejercer esa profesión”*.

Posteriormente se dictan: El Real Decreto, de 2 de julio, por el que se modifica el 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales, y el Real Decreto 99/2011, de 28 de enero, por el que se regulan las enseñanzas oficiales de doctorado, establecen el marco normativo para la ordenación y verificación de enseñanzas oficiales.

La ley establece que podrán realizar la evaluación de los planes de estudios la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA) y los órganos de evaluación que la Ley de las Comunidades Autónomas determinen y que cumplan con los criterios y estándares de calidad establecidos en el Espacio Europeo de Educación Superior mediante la superación de una evaluación externa que les permita ser miembros de pleno derecho de la Asociación Europea para el Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (*European Association for Quality Assurance in Higher Education* , ENQA) y estar inscritas en el Registro Europeo de Agencias de Calidad (EQAR). Todo ello de acuerdo con los protocolos de evaluación necesarios para la verificación y acreditación, que se han establecido conjuntamente, de acuerdo con estándares internacionales de calidad y conforme a lo dispuesto en los Reales Decretos anteriormente mencionados.

Las universidades deben presentar un proyecto de título a **verificación** por parte del Consejo de Universidades y a autorización por parte de la Comunidad Autónoma.

4.1.1. Protocolo de evaluación para la verificación de títulos universitarios.

Con el fin de conseguir el mayor consenso posible, el protocolo de evaluación para la verificación de títulos Universitarios se ha elaborado en el seno de la Red Española de Agencias de Calidad Universitaria (REACU) donde se encuentran las agencias designadas por la administración para tal fin. Cada agencia lo aplicará a la hora de valorar las propuestas de títulos de Grado y Máster sobre las que deba emitir el correspondiente informe de evaluación previo a la verificación por parte del Consejo de Universidades.

La estructura de este protocolo de evaluación viene motivada por la forma en la que las universidades deben remitir la información relativa a cada propuesta de título que someten al proceso de verificación y que se puede encontrar en el Anexo I del Real Decreto 861/2010 antes mencionado. Además de incluir cuestiones de orden general, el protocolo de evaluación se basa en diez criterios para cada uno de los cuales se incluye un conjunto de directrices para seguir en el proceso de evaluación.

CRITERIOS Y DIRECTRICES

El título debe garantizar el respeto y promoción de los derechos humanos fundamentales y de igualdad, así como fomentar los valores democráticos y una cultura de paz.

Criterio I: Descripción del título El título incluye una descripción adecuada y coherente con su nivel o efectos académicos, de manera que no induzca a confusión sobre su contenido, alcance y, en su caso, efectos profesionales.

Criterio II: Justificación del título El título debe ser relevante, adecuado a las experiencias formativas o investigadoras, coherente con el ámbito académico al que hace referencia y/o acorde con estudios similares existentes.

Criterio III: Competencias Las competencias a adquirir por los estudiantes deben ser evaluables y estar de acuerdo con las exigibles para otorgar el título y con las cualificaciones establecidas en el Espacio Europeo de Educación Superior.

Criterio IV: Acceso y admisión de estudiantes El título debe disponer de unos sistemas accesibles que regulen e informen claramente a los estudiantes sobre las diferentes vías de acceso, admisión y orientación al inicio de sus estudios.

Criterio V: Planificación de las enseñanzas El plan de estudios debe constituir una propuesta coherente de formación diseñada de forma coordinada y tomando en consideración la dedicación de los estudiantes en un periodo temporal determinado.

Criterio VI: Recursos humanos El profesorado y los recursos humanos de apoyo al título deben ser adecuados para asegurar la adquisición de las competencias previstas en el plan de estudios.

Criterio VII: Recursos materiales y servicios Los recursos materiales y servicios necesarios para el desarrollo de las actividades previstas en el plan de estudios deben ser adecuados para asegurar la adquisición de las competencias.

Criterio VIII: Resultados previstos El título debe incluir una previsión de resultados y un procedimiento general para la valoración de los resultados del aprendizaje de los estudiantes.

Criterio IX: Sistema de garantía de la calidad El título debe incluir un Sistema de Garantía Interna de la Calidad (SGIC) que asegure el control, la revisión y mejora continua del mismo.

Criterio X: Calendario de implantación El proceso de implantación del título debe estar planificado en el tiempo y contemplar un mecanismo para acomodar, en su caso, a los estudiantes procedentes de planes de estudio ya existentes.

4.2. Formación titulación Grado de Enfermería regulada por Orden CIN2134/2008

La formación de la titulación de Grado de Enfermería queda regulada por el Ministerio por la Orden CIN 2134/2008 de 3 de julio, por la cual se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que facultan el ejercicio de la profesión de Enfermera.

En esta Orden se recoge:

“La legislación vigente conforma la profesión de Enfermero como profesión regulada cuyo ejercicio, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 12.9 del Real Decreto 1393/2007, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales, requiere de la posesión del correspondiente título oficial de Grado, obtenido conforme a las condiciones establecidas por el Gobierno en el Acuerdo de Consejo de Ministros de 8 de febrero de 2008, publicado en el Boletín Oficial del Estado de 27 de febrero de 2008. Dicho Acuerdo, en su apartado cuarto, encomienda al Ministro de Educación y Ciencia el establecimiento de los requisitos respecto a objetivos del título y planificación de las enseñanzas, de conformidad con lo previsto en la disposición adicional novena del citado Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, relativa a la verificación del cumplimiento de las condiciones para los títulos que habilitan para el ejercicio de profesiones reguladas.

El ministerio de Ciencia e Innovación establece los requisitos a los que se ha de adecuar los planes de estudios para la obtención del título de Grado, que habiliten para ejercer la profesión de Enfermero, y que las Universidades han de proporcionar al Consejo de Universidades para su verificación. Tras la consulta a los Colegios profesionales y al Departamento de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud Dispone:

“Artículo único. Requisitos de los planes de estudios conducentes a la obtención de los títulos de Grado que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero. Los planes de estudios conducentes a la obtención de los títulos de Grado que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero, deberán cumplir, además de lo previsto en el Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales, los requisitos respecto a los apartados del Anexo I del mencionado Real Decreto que se señalan en el Anexo a la presente Orden. Disposición final primera. Habilitación de aplicación y desarrollo. Se autoriza a la Dirección General de Universidades para dictar las resoluciones necesarias para la aplicación y el desarrollo de la presente Orden. Disposición final segunda. Entrada en vigor. La presente Orden entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial del Estado. Madrid, 3 de julio de 2008”

Establecimiento de requisitos respecto a determinados apartados del anexo I del Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales, relativo a la memoria para la solicitud de verificación de títulos oficiales

En el apartado 1 del Anexo queda recogida la “denominación” de los títulos a las que se adecuarán los planes de estudio, que habilitarán para el ejercicio de la profesión.

Asimismo

1. La denominación de los títulos universitarios oficiales a los que se refiere el apartado anterior, deberá facilitar la identificación de la profesión para cuyo ejercicio habilita y, en ningún caso, podrá conducir a error o confusión sobre sus efectos profesionales.

2. No podrá ser objeto de verificación por parte del Consejo de Universidades ningún plan de estudios correspondiente a un título universitario oficial cuya denominación incluya la referencia expresa a la profesión de Enfermero sin que dicho título cumpla las condiciones establecidas en el referido Acuerdo y en la presente Orden.

3. Ningún título podrá utilizar la denominación de Graduado o Graduada en Enfermería sin cumplir las condiciones establecidas en dicho Acuerdo y en la presente Orden.

En el Apartado tres se recogen las competencias que los estudiantes deben de obtener:

1. Ser capaz, en el ámbito de la enfermería, de prestar una atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud de las personas que atienden, de acuerdo con el estado de desarrollo de los conocimientos científicos de cada momento y con los niveles de calidad y seguridad que se establecen en las normas legales y deontológicas aplicables.

2. Planificar y prestar cuidados de enfermería dirigidos a las personas, familia o grupos, orientados a los resultados en salud evaluando su impacto, a través de guías de práctica clínica y asistencial, que describen los procesos por los cuales se diagnostica, trata o cuida un problema de salud.

3. Conocer y aplicar los fundamentos y principios teóricos y metodológicos de la enfermería.

4. Comprender el comportamiento interactivo de la persona en función del género, grupo o comunidad, dentro de su contexto social y multicultural.

5. Diseñar sistemas de cuidados dirigidos a las personas, familia o grupos, evaluando su impacto y estableciendo las modificaciones oportunas.

6. Basar las intervenciones de la enfermería en la evidencia científica y en los medios disponibles.

7. Comprender sin prejuicios a las personas, considerando sus aspectos físicos, psicológicos y sociales, como individuos autónomos e independientes, asegurando el

respeto a sus opiniones, creencias y valores, garantizando el derecho a la intimidad, a través de la confidencialidad y el secreto profesional

8. formación, autonomía y el consentimiento informado en la toma de decisiones de las personas atendidas, acorde con la forma en que viven su proceso de salud – enfermedad.

9. Fomentar estilos de vida saludables, el autocuidado, apoyando el mantenimiento de conductas preventivas y terapéuticas.

10. Proteger la salud y el bienestar de las personas, familia o grupos atendidos, garantizando su seguridad.

11. Establecer una comunicación eficaz con pacientes, familia, grupos sociales y compañeros y fomentar la educación para la salud.

12. Conocer el código ético y deontológico de la enfermería española, comprendiendo las implicaciones éticas de la salud en un contexto mundial en transformación.

13. Conocer los principios de financiación sanitaria y sociosanitaria y utilizar adecuadamente los recursos disponibles.

14. Establecer mecanismos de evaluación, considerando los aspectos científico–técnicos y los de calidad.

15. Trabajar con el equipo de profesionales como unidad básica en la que se estructuran de forma uní o multidisciplinar e interdisciplinar los profesionales y demás personal de las organizaciones asistenciales.

16. Conocer los sistemas de información sanitaria.

17. Realizar los cuidados de enfermería basándose en la atención integral de salud, que supone la cooperación multiprofesional, la integración de los procesos y la continuidad asistencial.

18. Conocer las estrategias para adoptar medidas de confortabilidad y atención de síntomas, dirigidas al paciente y familia, en la aplicación de cuidados paliativos que contribuyan a aliviar la situación de enfermos avanzados y terminales.

En el apartado cinco se recogen la duración, el número de créditos y los módulos que los componen:

Los títulos a que se refiere el presente acuerdo son enseñanzas universitarias oficiales de Grado, y sus planes de estudios tendrán una duración de 240 créditos europeos a los que se refiere el artículo 5 del mencionado Real Decreto 1393/ 2007, de 29 de octubre. El plan de estudios deberá incluir como mínimo, los siguientes módulos

Modulo De formación básica común

Nº de créditos europeos 60

Competencias que deben adquirirse

Conocer e identificar la estructura y función del cuerpo humano. Comprender las bases moleculares y fisiológicas de las células y los tejidos.

Conocer el uso y la indicación de productos sanitarios vinculados a los cuidados de enfermería. Conocer los diferentes grupos de fármacos, los principios de su autorización, uso e indicación, y los mecanismos de acción de los mismos. Utilización de los medicamentos, evaluando los beneficios esperados y los riesgos asociados y/o efectos derivados de su administración y consumo.

Conocer y valorar las necesidades nutricionales de las personas sanas y con problemas de salud a lo largo del ciclo vital, para promover y reforzar pautas de conducta alimentaria saludable. Identificar los nutrientes y los alimentos en que se encuentran. Identificar los problemas nutricionales de mayor prevalencia y seleccionar las recomendaciones dietéticas adecuadas.

Aplicar las tecnologías y sistemas de información y comunicación de los cuidados de salud.

Conocer los procesos fisiopatológicos y sus manifestaciones y los factores de riesgo que determinan los estados de salud y enfermedad en las diferentes etapas del ciclo vital.

Identificar las respuestas psicosociales de las personas ante las diferentes situaciones de salud (en particular, la enfermedad y el sufrimiento), seleccionando las acciones adecuadas para proporcionar ayuda en las mismas.

Establecer una relación empática y respetuosa con el paciente y familia, acorde con la situación de la persona, problema de salud y etapa de desarrollo.

Utilizar estrategias y habilidades que permitan una comunicación efectiva con pacientes, familias y grupos sociales, así como la expresión de sus preocupaciones e intereses.

Reconocer las situaciones de riesgo vital y saber ejecutar maniobras de soporte vital básico y avanzado.

Conocer e identificar los problemas psicológicos y físicos derivados de la violencia de género para capacitar al estudiante en la prevención, la detección precoz, la asistencia, y la rehabilitación de las víctimas de esta forma de violencia

Modulo De Ciencias de la Enfermería

Nº de Créditos Europeos 60

Identificar, integrar y relacionar el concepto de salud y los cuidados, desde una perspectiva histórica, para comprender la evolución del cuidado de enfermería.

Comprender desde una perspectiva ontológica y epistemológica, la evolución de los conceptos centrales que configuran la disciplina de enfermería, así como los modelos teóricos más relevantes, aplicando la metodología científica en el proceso de cuidar y desarrollando los planes de cuidados correspondientes.

Aplicar el proceso de enfermería para proporcionar y garantizar el bienestar la calidad y seguridad a las personas atendidas.

Conocer y aplicar los principios que sustentan los cuidados integrales de enfermería.

Dirigir, evaluar y prestar los cuidados integrales de enfermería, al individuo, la familia y la comunidad.

Capacidad para describir los fundamentos del nivel primario de salud y las actividades a desarrollar para proporcionar un cuidado integral de enfermería al individuo, la familia y la comunidad.

Comprender la función y actividades y actitud cooperativa que el profesional ha de desarrollar en un equipo de Atención Primaria de Salud. Promover la participación de las personas, familia y grupos en su proceso de salud-enfermedad.

Identificar los factores relacionados con la salud y los problemas del entorno, para atender a las personas en situaciones de salud y enfermedad como integrantes de una comunidad. Identificar y analizar la influencia de factores internos y externos en el nivel de salud de individuos y grupos.

Aplicar los métodos y procedimientos necesarios en su ámbito para identificar los problemas de salud más relevantes en una comunidad. Analizar los datos estadísticos referidos a estudios poblacionales, identificando las posibles causas de problemas de salud.

Educar, facilitar y apoyar la salud y el bienestar de los miembros de la comunidad, cuyas vidas están afectadas por problemas de salud, riesgo, sufrimiento, enfermedad, incapacidad o muerte.

Conocer las alteraciones de salud del adulto, identificando las manifestaciones que aparecen en sus distintas fases. Identificar las necesidades de cuidado derivadas de los problemas de salud.

Analizar los datos recogidos en la valoración, priorizar los problemas del paciente adulto, establecer y ejecutar el plan de cuidados y realizar su evaluación.

Realizar las técnicas y procedimientos de cuidados de enfermería, estableciendo una relación terapéutica con los enfermos y familiares.

Seleccionar las intervenciones encaminadas a tratar o prevenir los problemas derivados de las desviaciones de salud.

Tener una actitud cooperativa con los diferentes miembros del equipo. Identificar las características de las mujeres en las diferentes etapas del ciclo reproductivo y en el climaterio y en las alteraciones que se pueden presentar proporcionando los cuidados necesarios en cada etapa.

Aplicar cuidados generales durante el proceso de maternidad para facilitar la adaptación de las mujeres y los neonatos a las nuevas demandas y prevenir complicaciones.

Conocer los aspectos específicos de los cuidados del neonato.

Identificar las características de las diferentes etapas de la infancia y adolescencia y los factores que condicionan el patrón normal de crecimiento y desarrollo.

Conocer los problemas de salud más frecuentes en la infancia e identificar sus manifestaciones.

Analizar los datos de valoración del niño, identificando los problemas de enfermería y las complicaciones que pueden presentarse.

Aplicar las técnicas que integran el cuidado de enfermería, estableciendo una relación terapéutica con los niños y sus cuidadores.

Seleccionar las intervenciones dirigidas al niño sano y al enfermo, así como las derivadas de los métodos de diagnóstico y tratamiento.

Ser capaz de proporcionar educación para la salud a los padres o cuidadores primarios.

Comprender los cambios asociados al proceso de envejecer y su repercusión en la salud. Identificar las modificaciones estructurales, funcionales, psicológicas y de formas de vida asociadas al proceso de envejecer.

Conocer los problemas de salud más frecuentes en las personas mayores. Seleccionar las intervenciones cuidadoras dirigidas a tratar o a prevenir los problemas de salud y su adaptación a la vida diaria mediante recursos de proximidad y apoyo a la persona anciana.

Conocer el Sistema Sanitario Español. Identificar las características de la función directiva de los servicios de enfermería y la gestión de cuidados.

Conocer y ser capaz de aplicar las técnicas de dirección de grupos.

Conocer la legislación aplicable y el código ético y deontológico de la enfermería española, inspirado en el código europeo de ética y deontología de enfermería.

Prestar cuidados, garantizando el derecho a la dignidad, privacidad, intimidad, confidencialidad y capacidad de decisión del paciente y familia. Individualizar el cuidado considerando la edad, el género, las diferencias culturales, el grupo étnico, las creencias y valores.

Conocer los problemas de salud mental más relevantes en las diferentes etapas del ciclo vital, proporcionando cuidados integrales y eficaces, en el ámbito de la enfermería.

Conocer los cuidados paliativos y control del dolor para prestar cuidados que alivien la situación de los enfermos avanzados y terminales

Prácticas Tuteladas y Trabajo Fin de Grado

90 Prácticas preprofesionales, en forma de rotatorio clínico independiente y con una evaluación final de competencias, en los Centros de Salud, Hospitales y otros centros asistenciales que permitan incorporar los valores profesionales, competencias de comunicación asistencial, razonamiento clínico, gestión clínica y juicio crítico, integrando en la práctica profesional los conocimientos, habilidades y actitudes de la Enfermería, basados en principios y valores, asociados a las competencias descritas en los objetivos generales y en las materias que conforman el Título.

Trabajo fin de grado: Materia transversal cuyo trabajo se realizará asociado a distintas materias.

Las competencias recogidas en el Verifica de los Estudios de grado se retrotraen de los tres marcos que a continuación se detallan:

4.2.2. Competencias del Proyecto Tuning en el Grado en Enfermería

Competencias Transversales

a) Competencias instrumentales:

Capacidad de análisis y síntesis; Capacidad de organizar y planificar; Conocimientos generales básicos; Conocimientos básicos de la profesión; Comunicación oral y escrita en la propia lengua; Conocimiento de una segunda lengua; Habilidades básicas de manejo del ordenador; Habilidades de gestión de la información (habilidad para buscar y analizar información proveniente de fuentes diversas); Resolución de problemas; Toma de decisiones Actividades.

b) Competencias interpersonales

Capacidad crítica y autocrítica; Trabajo en equipo; Habilidades interpersonales; Capacidad de trabajar en un equipo interdisciplinar; Capacidad para comunicarse con expertos de otras áreas

Apreciación de la diversidad y multiculturalidad; Habilidad de trabajar en un contexto internacional; Compromiso ético

c) Competencias sistémicas

Capacidad de aplicar los conocimientos en la práctica; Habilidades de investigación; Capacidad de aprender; Capacidad para adaptarse a nuevas situaciones; Capacidad para generar nuevas ideas (creatividad); Liderazgo; Conocimiento de culturas y costumbres de otros países; Habilidad para trabajar de forma autónoma; Diseño y gestión de proyectos; Iniciativa y espíritu emprendedor; Preocupación por la calidad; Motivación de logro.

4.2.3. Competencias del RD: 1393/2007 en el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales.

El Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales determinando, entre otras cosas, las normas para el diseño de los títulos de Grado.

En definitiva, se dispuso que los planes de estudio de las titulaciones de Grado debieran tener 240 créditos. En estos créditos se incluía toda la formación teórica y práctica que el estudiante tenía que adquirir. El Real Decreto 99/2011, de 28 de enero, por el que se regulan las enseñanzas oficiales de doctorado establecía que con carácter general, para el acceso a un programa oficial de doctorado era necesario estar en posesión de los títulos universitarios oficiales españoles de Grado, o equivalente, y de Máster. (GOBIERNO, 2007)

Competencias genéricas R.D. 1393/20071

- 1. Que los estudiantes hayan demostrado poseer y comprender conocimientos en un área de estudio que parte de la base de la educación secundaria general, y se suele encontrar a un nivel que, si bien se apoya en libros de texto avanzados, incluye también algunos aspectos que implican conocimientos procedentes de la vanguardia de su campo de estudio.*
- 2. Que los estudiantes sepan aplicar sus conocimientos a su trabajo o vocación de una forma profesional y posean las competencias que suelen demostrarse por medio de la elaboración y defensa de argumentos y la resolución de problemas dentro de su área de estudio.*
- 3. Que los estudiantes tengan la capacidad de reunir e interpretar datos relevantes (normalmente dentro de su área de estudio) para emitir juicios que incluyan una reflexión sobre temas relevantes de índole social, científica o ética.*
- 4. Que los estudiantes puedan transmitir información, ideas, problemas y soluciones a un público tanto especializado como no especializado.*
- 5. Que los estudiantes hayan desarrollado aquellas habilidades de aprendizaje necesarias para emprender estudios posteriores con un alto grado de autonomía*

4.2.4 Competencias del Libro Blanco de Enfermería

El Libro Blanco de Enfermería es el producto del trabajo llevado a cabo por un grupo de universidades, apoyada por la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA). (De Grado, 2005.-b)

El Resultado de los diferentes “Libros Blancos” confeccionados son proyectos de reflexión y configuración de las nuevas titulaciones, sin carácter vinculante.

En el Libro Blanco de Enfermería la competencia queda definida como “*Aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las buenas prácticas de su profesión para resolver las situaciones que se le plantean*”. Esta definición de competencia proviene de la Ley de cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud y clasifica las competencias correspondientes al título de Grado de Enfermería en: Treinta Competencias Genéricas transversales escogidas del proyecto Tuning (mencionados en el párrafo anterior), estableciendo posteriormente seis grupos de competencias específicas para Enfermería 36

GRUPO I: Competencias asociadas con valores profesionales y el papel de la Enfermera

- 1. Capacidad para trabajar en un contexto profesional, ético y de códigos reguladores y legales, reconociendo y respondiendo a dilemas y temas éticos morales en la práctica diaria.*
- 2. Capacidad para trabajar de una manera holística, tolerante, sin enjuiciamientos, cuidadosa y sensible, asegurando que los derechos, creencias y deseos de los diferentes individuos o grupos no se vean comprometidos.*
- 3. Capacidad para Educar, facilitar, apoyar y animar la salud, el bienestar y el confort de las poblaciones, comunidades, grupos e individuos cuyas vidas están afectadas por la mala salud, sufrimiento, enfermedad, incapacidad o la muerte.*
- 4. Capacidad para reconocer los diversos roles, responsabilidades y funciones de una enfermera.*
- 5. Capacidad para ajustar su papel con el objeto de responder efectivamente a las necesidades de la población o los pacientes. Cuando sea necesario y apropiado, ser capaz de desafiar los sistemas vigentes para cubrir las necesidades de la población y los pacientes.*
- 6. Capacidad para aceptar la responsabilidad de su propio aprendizaje y desarrollo profesional, utilizando la evaluación como el medio para reflejar y mejorar su actuación y aumentar la calidad de los servicios prestados*

GRUPO II: Competencias asociadas con la práctica enfermera y la toma de decisiones clínicas

1. Capacidad para emprender valoraciones exhaustivas y sistemáticas utilizando las herramientas y marcos adecuados para el paciente, teniendo en cuenta los factores físicos, sociales, culturales, psicológicos, espirituales y ambientales relevantes.
2. Capacidad para reconocer e interpretar signos normales o cambiantes de salud-mala salud, sufrimiento, incapacidad de la persona (valoración y diagnóstico).
3. Capacidad para responder a las necesidades del paciente planificando, prestando servicios y evaluando los programas individualizados más apropiados de atención junto al paciente, sus cuidadores y familias y otros trabajadores sanitarios o sociales
4. Capacidad para cuestionar, evaluar, interpretar y sintetizar críticamente un abanico de información y fuentes de datos que faciliten la elección del paciente.
5. Capacidad de hacer valer los juicios clínicos para asegurar que se alcanzan los estándares de calidad y que la práctica está basada en la evidencia

GRUPO III: Competencias para utilizar adecuadamente un abanico de habilidades, intervenciones y actividades para proporcionar cuidados óptimos

1. Capacidad para mantener la dignidad, privacidad y confidencialidad del paciente (utilizando las habilidades...).
2. Capacidad para poner en práctica principios de salud y seguridad, incluidos la movilización y manejo del paciente, control de infecciones, primeros auxilios básicos y procedimientos de emergencia (utilizando las habilidades...).
3. Capacidad para administrar con seguridad fármacos y otras terapias (utilizando las habilidades).
4. Capacidad para considerar los cuidados emocionales, físicos y personales, incluyendo satisfacer las necesidades de confort, nutrición e higiene personal y permitir el mantenimiento de las actividades cotidianas (utilizando las habilidades...).

5. *Capacidad para responder a las necesidades personales durante el ciclo vital y las experiencias de salud o enfermedad. Por ej., dolor, elecciones vitales, invalidez o en el proceso de muerte inminente (utilizando las habilidades...).*

6. *Capacidad para informar, educar y supervisar a pacientes y cuidadores y sus familias (utilizando las habilidades...)*

GRUPO IV: Conocimiento y competencias cognitivas

1. *Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar teorías de enfermería y práctica enfermera.*

2. *Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar ciencias básicas y de la vida.*

3. *Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar ciencias sociales, del comportamiento y de la salud.*

4. *Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar ética, legislación y humanidades.*

5. *Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar tecnología e informática a los cuidados de salud.*

6. *Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar política nacional e internacional.*

7. *Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar resolución de problemas y toma de decisiones.*

8. *Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar principios de investigación e información.*

GRUPO V: Competencias interpersonales y de comunicación (incluidas las tecnologías para la comunicación).

1. *Capacidad para una comunicación efectiva (incluyendo el uso de tecnologías): con pacientes, familias y grupos sociales, incluidos aquellos con dificultades de comunicación.*

2. *Capacidad para permitir que los pacientes y sus cuidadores expresen sus preocupaciones e intereses, y que puedan responder adecuadamente. Por ej., emocional, social, psicológica, espiritual o físicamente.*

3. *Capacidad para representar adecuadamente la perspectiva del paciente y actuar para evitar abusos.*
4. *Capacidad para usar adecuadamente las habilidades de consejo (técnicas de comunicación para promover el bienestar del paciente).*
5. *Capacidad para identificar y tratar comportamientos desafiantes.*
6. *Capacidad para reconocer la ansiedad, el estrés y la depresión.*
7. *Capacidad para dar apoyo emocional e identificar cuándo son necesarios el consejo de un especialista u otras intervenciones.*
8. *Capacidad para informar, registrar, documentar y derivar cuidados utilizando tecnologías adecuadas.*

GRUPO VI: Competencias de liderazgo, gestión y trabajo en equipo

1. *Capacidad para darse cuenta que el bienestar del paciente se alcanza a través de la combinación de recursos y acciones de los miembros del equipo socio-sanitario de cuidados.*
2. *Capacidad para dirigir y coordinar un equipo, delegando cuidados adecuadamente.*
3. *Capacidad para trabajar y comunicarse en colaboración y de forma efectiva con todo el personal de apoyo para priorizar y gestionar el tiempo eficientemente mientras se alcanzan los estándares de calidad.*
4. *Capacidad para valorar el riesgo y promocionar activamente el bienestar y seguridad de toda la gente del entorno de trabajo (incluida/os ella/os misma/os).*
5. *Utiliza críticamente las herramientas de evaluación y auditoria del cuidado según los estándares de calidad relevantes.*
6. *Dentro del contexto clínico, capacidad para educar, facilitar, supervisar y apoyar a los estudiantes de cuidados de salud y trabajadores sociosanitarios.*
7. *Es consciente de los principios de financiación de cuidados socio-sanitarios y usa los recursos eficientemente.*

La adecuación de los estudios de Grado Enfermería a las competencias profesionales que los alumnos deben de adquirir según el perfil profesional han originado la elaboración del Plan de Estudio recogido en el Verifica, por cada Universidad en

consonancia con las directrices de Espacio Europeo, Estado, Comunidad Autónoma y Universidad.

4.3. Marco socioeducativo. Titulación Grado Enfermería en la Facultad de Ciencias De la Salud de la Universidad de Málaga.

4.3.1 Universidad de Málaga.

La Universidad de Málaga se ha incorporado al nuevo marco educativo que supone el Espacio Europeo de Educación Superior adaptándose a este, dentro del Concierto de las Universidades Andaluzas y Universidades Europeas.

En 1968, empieza a gestarse el proyecto como fruto del movimiento ciudadano y la creación de la “Asociación de Amigos de la Universidad de Málaga”. Empeñada con el fin de conseguir que la provincia tuviera su universidad, lo que logró motivar y movilizar a la sociedad malagueña sobre su importancia hasta su fundación.

Desde la creación del Colegio Universitario de Málaga en 1971, y la agrupación de las ya existentes Escuela de Ingenieros Técnicos, Escuela Normal, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales (dependiente entonces de la Universidad de Granada) hasta el 18 de agosto de 1972, mediante Real Decreto 2566/1972, firmado el 18 de agosto y publicado en el Boletín Oficial del Estado nº 235 de 30 de septiembre, en el que se aprueba la Universidad de Málaga no ceso en un certero avance hasta su consolidación.

La Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales y la Facultad de Medicina serían las primeras en formar parte de la universidad global que es hoy la Universidad de Málaga. En el curso 1990/91 se integra en la Universidad, creándose la Escuela Universitaria de Enfermería (E.U.E) y Fisioterapia de la Universidad de Málaga.

La Universidad de Málaga promueve diversas estrategias para convertirse en referente de innovación y desarrollo científico en del sur de España. Establece diversos marcos de cooperación con el Parque Tecnológico de Andalucía, multiplica sus proyectos de investigación de carácter nacional e internacional y en 2007 entra en la Red Española de Supercomputación.



El esfuerzo académico, científico, investigador, alumnos, profesores y personal de administración, llevaría a la Universidad de Málaga (junto a la Universidad de Sevilla), a ser reconocida en 2010 como Campus de Excelencia Internacional, bajo la marca Andalucía Tech.

En la actualidad, 40 años después, cuenta con más de 35.000 estudiantes, 58 títulos de Grado, 53 títulos de Máster, 278 grupos de investigación y 45 patentes registradas en 2011.

La Universidad de Málaga, en conjunto con las Universidades Andaluzas proyectó sus políticas de Convergencia Europea, a través de la Junta de Andalucía. En su Plan Estratégico 2005/2008 donde se apuesta firmemente por el proceso de convergencia de la institución con el Espacio Europeo de Educación Superior. Entre otras se pueden resaltar líneas estratégicas en Enseñanza-aprendizaje: hacia el Espacio Europeo de Educación Superior y Gestión y Servicios de la Comunidad Universitaria: hacia la modernización del Servicio Público y la Universidad al servicio de la Comunidad.

Un claro ejemplo de Fruto de todo lo inicialmente mencionado fue el implantar en el curso académico 2005-2006, el proceso de pilotaje de implantación del Sistema Europeo de Transferencias de Créditos (ECTS) en las titulaciones de Enfermería y Fisioterapia y en el siguiente curso 2006-2007 en las de Podología y Terapia Ocupacional, en la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud

Como centros adscritos a la Universidad, para cursar los Estudios de grado Enfermería también se encuentran Centro de Enfermería Virgen de la Paz (Ronda) y Centro de Enfermería Diputación Provincial.

En ambos centros se ha efectuado la implantación del Sistema Europeo de Transferencias de Créditos (ECTS) en las titulaciones de Enfermería.

En la Universidad de Málaga, durante el curso 2007-2008 se realizó el pilotaje de implantación del Sistema Europeo de Transferencias de Créditos (ETCS) en un total de

27 titulaciones, llevada a cabo en doce centros; así como la realización de 32 guías docentes de titulaciones adaptadas al crédito ECTS.

Incorporada de pleno en el nuevo Espacio Europeo de Enseñanzas por la Innovación, dinamismo e internacionalización como principios históricos en su apuesta reforzar su servicio por el conocimiento, por la sociedad y por el futuro.

4.3.2. Facultad de Ciencias de la Salud y Escuela Enfermería de la Diputación de Málaga. Grado Enfermería.

La Facultad de Ciencias de la Salud forma parte de la Universidad de Málaga, si realizamos un breve recorrido histórico encontramos tres etapas en Málaga desde su fundación hasta lo que hoy es.

Emergió como Escuela de A.T.S. (Ayudante Técnico Sanitario) en el curso 1972/73. En España existían 169 Escuelas con esta designación, dependiendo más, de la mitad del Instituto Nacional de Previsión; El resto pertenecían a Facultades de Medicina, Diputaciones Provinciales, Ayuntamientos y/o Entidades Privadas (Blasco Santamaría, 1989).

Con posterioridad durante el curso 1978/79, al pasar a ser los estudios de Enfermería estudios Universitarios, se convierte en Escuela Universitaria de Enfermería “Carlos Haya”, adscrita a la Universidad de Málaga y con dependencia patrimonial del Insalud en un principio y, posteriormente con la creación de la Comunidad Autónoma Andaluza, del Servicio Andaluz de Salud (S.A.S.)

Es en el curso académico de 1990/91 cuando se integra en la Universidad, creándose la Escuela Universitaria de Enfermería (E.U.E) y Fisioterapia de la Universidad de Málaga. En el curso 1992/93 la Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia pasa a denominarse Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de la Universidad de Málaga. En el curso 2005/2006 comenzó la Titulación de Diplomado Universitario en Podología, y en el curso siguiente (2006/2007) la primera Diplomatura en Terapia Ocupacional de Andalucía

En el curso 2009-2010 pasó a denominarse Facultad de Enfermería, Fisioterapia, Podología y Terapia ocupacional, al impartirse en ella las titulaciones de Grado, para adaptarse al Espacio Europeo de Enseñanzas Superiores y haciéndolo un año antes de que finalice el plazo para dicha adaptación.

En la actualidad se denomina Facultad de Ciencias de la Salud, agrupando las titulaciones de Grado Enfermería, Fisioterapia, Podología y Terapia ocupacional.

Como centro Adscrito la Escuela de Enfermería de la Diputación de Málaga ha venido impartiendo hasta el curso 2014-2015 las enseñanzas correspondientes a la titulación de Grado Enfermería

Vinculada estrechamente al Hospital Civil Provincial, dependiente de la Diputación, se ha venido formando personal sanitario desde el S. XIX.

Los orígenes de esta Escuela según el Archivo Histórico de La Diputación, se remontan a 1931, siendo originariamente Escuela de Matronas, promovida por el Dr. Gálvez Ginachero, que fue Jefe de Obstetricia de este Hospital, en su inicio formaba a seis alumnas.

En el año 1948 se inaugura la Residencia para Alumnas de la Escuela de Enfermeras con una capacidad de 40 plazas, de las cuales 10 eran destinadas a la titulación de Matronas.

En la década de los años 50 con los nuevos planes de Estudio se lleva a cabo la unificación de las diversas titulaciones existentes y aparece la denominación de Ayudante Técnico Sanitario A.T.S., lo que produce un cambio en el nombre de la Escuela que en el curso 1953-1954 recibe el nombre de Escuela de ATS Femenino del Hospital Civil S. Juan de Dios de la Excm. Diputación de Málaga (BOE 22/6 1954) dependiente de la Universidad de Granada hasta 1972 que pasaría a serlo de la de Málaga.

En 1959 se aprobó la creación de la Escuela de ATS Masculino del Hospital Provincial, cursándose también en esta escuela la especialidad de Matrona hasta 1987 y desde 1996 hasta 1994, la especialidad de Fisioterapia.

Tras la inclusión de los estudios de enfermería en la Universidad como Diplomados

Universitarios Enfermería adopta el nombre de Escuela Universitaria de Enfermería en 1978 que ha mantenido hasta su clausura en el curso 2014-2015 (R.D. 27/10).

Las sucesivas modificaciones del Plan de estudios la llevo a un cambio docente en su adaptación al Espacio Europeo de Educación Superior, pasando a impartir en el curso 2009-2010 el Título de Grado de Enfermería. (Resolución de la UMA de fecha 6 de julio de 2.009) hasta junio de 2015.

El perfil profesional al que da respuesta el Título de Graduado/a en Enfermería obedece a las normativas y documentos legales existentes en los Estatutos de la Organización Colegial de la Enfermería de España como la Ley de Ordenación de las profesiones sanitarias y la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que tiene como objetivo “garantizar las competencias de la práctica enfermera donde se explicitan las funciones de dirigir, evaluar y prestar los cuidados de enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la prevención de enfermedades y discapacidades”. BOE/ 280 de 22 de noviembre, sobre la Ley 44/2003 de Ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS).

Como Objetivo *“Se pretende que el título de grado de enfermería, forme enfermeras generalistas con preparación científica y humana y capacitación suficientes para valorar, identificar, actuar y evaluar las necesidades de salud y de cuidados de las personas sanas o enfermas, de las familias y la comunidad. Los fenómenos que conciernen particularmente a las enfermeras son las respuestas a problemas de salud reales o potenciales de las personas, familias o grupos.*

Estas respuestas humanas abarcan de forma genérica, desde las necesidades de salud, hasta la recuperación de la enfermedad. Así pues, la función de la enfermera al cuidar de las personas sanas o enfermas es la de evaluar sus respuestas a su estado de salud y

de ayudarlas a la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a su restablecimiento o a una muerte digna, ayudándoles si es posible, a recuperar lo más pronto posible su independencia.

Dentro del entorno del sistema de salud, la enfermera comparte con otros profesionales

sanitarios las funciones de planificación, organización, dirección y evaluación para garantizar un sistema de salud adecuado para el desarrollo de las potencialidades de las personas en distintas situaciones de su vida cotidiana, la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y los cuidados de las personas enfermas o incapacitadas.”

Al desarrollarse nuestro estudio de investigación en ambos ámbitos de enseñanza los dos regidos por la misma Universidad, son comunes los datos recogidos en el Verifica (Anexo 1) referidos a:

Denominación específica del título: Graduado o Graduada en Enfermería por la Universidad de Málaga.

El Título que se propone consta de 240 ECTS que se distribuyen:

- 60 ECTS de Formación Básica, de los que 42 están vinculados con las materias de rama de Ciencias de la Salud (dando cumplimiento al artículo 12, punto 5 del capítulo III del RD. 1393/2007. BOE 260 de 30 de octubre de 2007).

6 a idioma moderno (rama de Arte y Humanidades) y 12 a una materia considerada de formación básica y transversal para la formación del estudiante, para dar cumplimiento a las competencias de la Orden Ministerial(Orden, 2008) CIN/2134/2008 de 3 de julio; BOE 174 de 19 de julio de 2008.

Estas materias tienen como mínimo 6 ECTS cada una y se ofertan en la primera mitad del plan de estudios.

- 60 ECTS de Ciencias de la Enfermería.
- 84 ECTS Prácticas Tuteladas o Externas.
- 24 ECTS Materias Propias de la Universidad de Málaga.
- 6 ECTS Trabajo Fin de Grado.
- 6 ECTS de Optatividad

El plan de estudios del título de Grado se estructura en cinco módulos y cada uno está formado por materias (Tabla 2):

Primer módulo: Formación Básica con 60 ECTS y las siguientes materias:

Estructura y función del ser humano	24	Formación Básica
Bioquímica, Nutrición y Farmacología.	12	Formación Básica
Transculturalidad, Género y Salud Sexual.	12	Formación Básica
Análisis de datos estadísticos, TICs en cuidados de salud	6	Formación Básica
Inglés aplicado a Enfermería (English applied to Nursing)	6	Formación Básica

Tabla 2: Materias Primer Modulo Formación Básica de Grado Enfermería

Segundo módulo: Ciencias de la Enfermería con 60 ECTS y las siguientes materias (Tabla, 3)

Bases teóricas y metodológicas de la enfermería	12	obligatoria
Enfermería familiar y comunitaria	6	obligatoria
Ética, Legislación y Administración Sanitaria	6	obligatoria
Enfermería del adulto	18	obligatoria
Enfermería de la infancia y adolescencia	6	obligatoria
Enfermería de salud mental y psiquiátrica	6	obligatoria
Enfermería Gerontogeriatrica	6	obligatoria

Tabla 3: Materias Segundo Modulo Ciencias de la Enfermería

Tercer módulo: Propias de la Universidad de Málaga con 24 ECTS y las siguientes materias (Tabla, 4)

Cuidados críticos y paciente frágil	6	obligatoria
Práctica de los cuidados basada en la evidencia	6	obligatoria
Seguridad Clínica	6	obligatoria
Salud Escolar	6	obligatoria

Tabla 4: Materias Tercer Módulo Propias de la Universidad de Málaga.

Cuarto módulo: Prácticas Tuteladas y trabajo Fin de Grado con 90 ECTS y las siguientes

Materias: (Tabla, 5)

Prácticum	84	obligatoria
Trabajo fin de Grado	6	obligatoria

Tabla 5: Materias Cuarto Módulo Practicas Tuteladas y Trabajo Fin de Grado.

Quinto módulo: Optatividad con 6 ECTS a determinar por el/la estudiante. (Tabla, 6)

Asignatura	6	optativa
Actividades de representación, participativas, solidarias y de cooperación	6	optativa

Tabla 6: Materias Quinto Módulo a elegir por estudiante.

La **organización temporal** comprende 4 cursos con una estructura de ocho semestres.

(Tablas, 7, 8, 9 y 10)

Primer curso:

Asignatura	1º semestre	2º semestre	ECTS
Anatomía	6		6
Fisiología	6	6	6
Fisiopatología		6	6
Ciencias psicosociales aplicadas a Enfermería			6
Análisis de datos estadísticos, TICs en cuidados de salud		6	6
Ingles aplicado a Enfermería (English applied to Nursing)		6	6
Dietética y Nutrición	6		6
Marco teórico y disciplinar de Enfermería	6		6
Metodología y cuidados enfermeros		6	6
Enfermería familiar y comunitaria	6		6
Total	30	30	60

Tabla 7: Distribución Asignaturas y Créditos de Primer Curso Grado Enfermería UMA.

Segundo Curso

Asignatura	3º semestre	4º semestre	ECTS
Cuidados transculturales		6	6
Farmacología	6		6
Género y salud sexual	6		6
Ética/Legislación y Administración sanitaria	6		6
Enfermería del Adulto I	6		6
Enfermería del Adulto II		6	6
Seguridad Clínica	6		6
Salud Escolar		6	6
Prácticum I		12	12
Total	30	30	60

Tabla 8: Distribución Asignaturas y Créditos de Segundo Curso de Grado Enfermería UMA.

Tercer curso

Asignatura	5º semestre	6º semestre	ECTS
Enfermería del Adulto III	6		6
Enfermería de la infancia y la adolescencia	6		6
Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica	3	3	6
Enfermería Gerontogeriatrica		6	6
Optativa		6	6
Prácticum II	15		15
Prácticum III		15	15
Total	30	30	60

Tabla 9: Distribución de Asignaturas y Créditos de Tercer Curso Grado Enfermería UMA.

Cuarto Curso

Asignatura	7º semestre	8º semestre	ECTS
Cuidados Críticos y paciente frágil	6		6
Práctica de los cuidados basada en la evidencia		6	6
Prácticum IV	12		12
Prácticum V	12		12
Prácticum VI		9	9
Prácticum VII		9	9
Trabajo fin de Grado		6	6
Total	30	30	60

Tabla 10: Distribución Asignaturas y Créditos de Cuarto Curso Grado de Enfermería UMA.

El cambio de configuración en el plan general de estudio ha llevado a la incorporación y reestructuración de asignaturas que no se contemplaba en el antiguo Plan de estudios de la Diplomatura de Enfermería.

Las asignaturas de Cuidados Transculturales; Practica Enfermera Basada en la Evidencia; Cuidados Crítico y Paciente Frágil; El Trabajo Fin de Grado; Practicum V, VI VII; Género y Salud sexual; Se han incorporado al nuevo Marco de Enseñanza para cumplir las expectativas que se esperan en los nuevos profesionales.

En la Tabla 11 se puede observar las asignaturas del antiguo y nuevo Plan de Estudios.

Titulo de grado	Plan antiguo
Anatomía	Estructura y función del cuerpo humano
Fisiología	
Fisiopatología	Enfermería Médico-Quirúrgica I
Ciencias psicosociales aplicadas a Enfermería	Enfermería Médico-Quirúrgica II
Análisis de datos estadísticos y TIC	Ciencias psicosociales aplicadas
Inglés aplicado a Enfermería	Metodología en ciencias sociales aplicadas a Enfermería
Dietética y nutrición	Inglés aplicado a la enfermería
Marco teórico y disciplinar de la Enfermería.	Nutrición y dietética
	Fundamentos de Enfermería
Metodología y Cuidados Enfermeros	Historia de la Enfermería
	Técnicas de valoración en enfermería
Enfermería Familiar y Comunitaria	Fundamentos de Enfermería
	Enfermería de salud comunitaria I
Farmacología	Enfermería de salud comunitaria II
Género y Salud Sexual	Farmacología clínica
Ética, legislación y administración sanitaria	Fundamentos de sexología en los cuidados de Enfermería
	Legislación y ética profesional
	Administración de los servicios de enfermería
	Técnicas de valoración en Enfermería

Enfermería del Adulto I	Procedimientos de soporte a los cuidados de Enfermería
Enfermería del Adulto II	Enfermería Médico-Quirúrgica I
Seguridad Clínica	Técnicas de Enfermería en el control de las infecciones nosocomiales
Salud Escolar	Enfermería de salud comunitaria III
	Técnicas de promoción de salud en Enfermería
Enfermería gerontogerátrica	Enfermería geriátrica
Enfermería del Adulto III	Enfermería Médico-Quirúrgica II
Enfermería de la infancia y la adolescencia	Enfermería materno-infantil II
Enfermería de salud mental y psiquiátrica	Enfermería materno-infantil I
	Enfermería de salud mental y psiquiátrica
Practicum I	Cuidados de enfermería y relaciones interpersonales
	Fundamentos de Enfermería
Practicum II	Enfermería de salud comunitaria I
	Enfermería de salud comunitaria II
Practicum III	Enfermería Médico-Quirúrgica I
	Enfermería de salud comunitaria III
Practicum IV	Enfermería Médico-Quirúrgica II
	Enfermería geriátrica
Practicum V	Enfermería materno-infantil I
Practicum VI	Enfermería materno-infantil II
Practicum VII	
Cuidados Transculturales	
Práctica Enfermera Basada en la Evidencia	
Cuidados Críticos y paciente frágil	
Trabajo fin de grado	

Tabla 11: Adecuación de Asignaturas al Nuevo Plan de Estudios Grado Enfermería.

Las competencias Básicas, Generales, Transversales y Específicas de ambos Planes de Estudios son comunes y se ajustan a la Normativa y Marco académico especificado en párrafos anteriores.

Competencias Básicas

Las competencias Básicas de la titulación son las establecidas por Real Decreto 99/2011, de 28 de enero, por el que se regulan las enseñanzas oficiales de doctorado, donde se establece el marco normativo para la ordenación y verificación de enseñanzas oficiales. (Gobierno de España, 2011) (Anexo2)

Competencias Generales

Que corresponden a:

- Incorporar el autoaprendizaje para continuar progresando, como instrumento de desarrollo, innovación y responsabilidad profesional a través de la formación continuada.
- Contribuir al conocimiento y desarrollo de los derechos humanos, los principios democráticos, los principios de igualdad entre mujeres y hombres, de solidaridad, de protección medio ambiental, de accesibilidad universal y diseño para todos y de fomento de la cultura de la paz.
- Tener la capacidad de reunir e interpretar datos relevantes en el ámbito de la Enfermería para emitir juicios que incluyan una reflexión sobre temas de índole social, científica o ética y transmitir información, ideas, problemas y soluciones a un público tanto especializado como no especializado.

Competencias Transversales

Las competencias transversales corresponden a las treinta Competencias Genéricas transversales escogidas del proyecto Tuning, mencionadas con anterioridad. (Anexo 2)

Competencias Específicas

Corresponden a las competencias recogidas en Libro Blanco de Enfermería apoyada por la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA). (Anexo 3)
La construcción de los estudios de Grado Enfermería para dar respuesta a las competencias de los perfiles profesionales que la sociedad demanda, ha supuesto la incorporación de asignaturas que con carácter transversal infieren una visión holística

y focalizada hacia los valores de equidad e igualdad en los contextos sociales donde prestaran sus conocimientos adquiridos las nuevas promociones de Enfermeras.

La Asignatura de Género y Salud Sexual, Transculturalidad, Adulto I, II III entre otras suponen un paso cualitativo hacia una estructura social donde se pueda conjugar las enseñanzas de alteraciones en el proceso salud enfermedad de las personas y la aplicación de la categoría Género para avanzar a situaciones optimas en la aplicación del cuidado profesionalizado.

Entre las competencias que se evalúan y deben desarrollar a través del itinerario marcado y que justifican nuestro estudio de investigación nos encontramos con:

Competencias Básicas y generales

CG2 - Contribuir al conocimiento y desarrollo de los derechos humanos, los principios democráticos, los principios de igualdad entre mujeres y hombres, de solidaridad, de protección medio ambiental, de accesibilidad universal y diseño para todos y de fomento de la cultura de la paz.

CG3 - Tener la capacidad de reunir e interpretar datos relevantes en el ámbito de la Enfermería para emitir juicios que incluyan una reflexión sobre temas de índole social, científica o ética y transmitir información, ideas, problemas y soluciones a un público tanto especializado como no especializado.

CB1 - Que los estudiantes hayan demostrado poseer y comprender conocimientos en un área de estudio que parte de la base de la educación secundaria general, y se suele encontrar a un nivel que, si bien se apoya en libros de texto avanzados, incluye también algunos aspectos que implican conocimientos procedentes de la vanguardia de su campo de estudio

CB2 - Que los estudiantes sepan aplicar sus conocimientos a su trabajo o vocación de una forma profesional y posean las competencias que suelen demostrarse por medio de la elaboración y defensa de argumentos y la resolución de problemas dentro de su área de estudio

TRANSVERSALES

- CT1.3 - Capacidad de aprender.
- CT1.5 - Capacidad de crítica y autocrítica.
- CT1.7 - Capacidad de análisis y síntesis.
- CT1.8 - Capacidad para generar nuevas ideas (creatividad).
- CT1.15 - Compromiso ético.
- CT1.16 - Resolución de problemas.
- CT1.17 - Preocupación por la calidad.
- CT1.28 - Conocimientos generales básicos sobre el área de estudio.

COMPETENCIAS ESPECÍFICAS:

- CE2.19 - Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar ciencias básicas y de la vida.
- CE2.20 - Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar ciencias sociales, del comportamiento y de la salud.
- CEOM3.17 - Conocer y relacionar género como un determinante de la salud.
- CEOM3.18 - Conocer y relacionar la influencia de la categoría de género en el proceso salud enfermedad.
- CEOM3.19 - Conocer e identificar los diferentes contextos culturales relacionados con los cuidados de salud.



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

III.SEGUNDA PARTE MARCO EMPIRICO

CAPÍTULO 5. JUSTIFICACIÓN

Los avances tecnológicos y científicos en el campo de la salud, han hecho posible que determinadas enfermedades y padecimientos, en la sociedad occidental, sobre todo las infecciosas y carenciales, hayan dejado de ser un importante problema de la Salud. En los primeros años del siglo XX, las condiciones higiénicas adecuadas, la riqueza y el bienestar material resguardaban a las clases socioeconómicas altas de las principales causas de muerte relacionadas con las infecciones (Rodríguez-Urbano, 2008). No ocurre lo mismo en entornos más desfavorecidos o infra desarrollados donde continúan teniendo, pese a la globalización, una importante área de influencia.

Las demandas sociales hacen que muchas personas establezcan un ritmo de vida precipitada, mediatizados por su entorno y los requerimientos que se les exige en los lugares de trabajo, comunidad y hogar. El equilibrio corporal y emocional se encuentra en precario, fruto de una inadecuada alimentación, nula actividad física y estrés lo que ocasiona alteraciones funcionales, psíquicas y emocionales en las personas. Entre los sistemas más afectados se encuentra el sistema cardiovascular manifestándose con la aparición, de diversos tipos de enfermedades como: Hipertensión, Cardiopatías isquémicas, Accidentes cerebros vasculares, Insuficiencias cardíacas.

En los países desarrollados las Enfermedades Cardiovasculares (ECV) constituyen la causa de muerte más frecuente entre las mujeres (OMS, 2012). De forma que es evidente la falsedad absoluta de la aseveración de que las ECV son un problema fundamentalmente masculino. Sin embargo la gran mayoría de las mujeres y gran parte del colectivo de profesionales que trabajan en el campo de la salud continúan con la concepción del padecimiento/enfermedad construida con sesgo de género.

Históricamente, gran parte de los estudios epidemiológicos han tenido como centro de este a una población casi exclusivamente masculina, estableciendo el patrón de estudio en un hombre de etnia blanca, con complexión fuerte, con una media de 35 años. Todas las generalidades realizadas a partir de este patrón han servido para enmascarar las desigualdades en salud.

Las desigualdades de género no suelen actuar de forma independiente, sino que suelen interactuar asociadas con otros factores, tales como nivel socioeconómico, cultural, religión etnia, hacen que todos los hombres y mujeres de una determinada sociedad experimenten las desigualdades de salud de la misma manera. (Gender and Health Group-

Liverpool School of Tropical Medicine, 1998)

Hasta hace unos 15 años no existían estadísticas diferenciadas según el sexo en cuanto a mortalidad y morbilidad lo que ha constituido un importante sesgo de género. Esta carencia de análisis, ha motivado que muchos de los planes de acción, intervenciones y previsiones, se basaran más en las enfermedades prevalentes en el sexo masculino, incluso en las primeras conclusiones de Alma Ata. (Alma Ata)

La salud de las mujeres con frecuencia ha quedado relacionada con la salud reproductiva, que aunque importante, solo suponen una parte de la complejidad de todos los elementos que influyen en su salud.

El cuidado es una entidad compleja, pues aunque aparente una evidente unidad, coexisten múltiples factores, siendo la asociación de estos lo que cohesiona la acción cuidadora.

Si bien el cuidado personal, como el acto de cuidar ha constituido un acto de vida cuya existencia está ligada al ser humano desde la aparición de este, el cuidado como practica universal es el pilar que sustenta el servicio enfermero.

Enmarcar el cuidado profesional, en los contextos sociales que lo originan y perpetúan, supone acatar que la profesión enfermera, como disciplina de servicios, está anclada fuertemente en la comunidad donde se desarrolla. Desde esta perspectiva la variación de los valores de atención percibida del grupo humano al que pertenece y los recursos de los que dispongan condicionaran las funciones e intervenciones del cuidado enfermera profesionalizado de dicha comunidad.

Los estudios universitarios se encuentran inmersos en un momento de cambio trascendental para la evolución y adecuación de las profesiones relacionadas con el proceso salud/enfermedad/atención. La inclusión en el Espacio Europeo de Educación Superior, proporciona una mejora substancial y cualitativa en la disciplina Enfermera (Burjalés y col, 2005) equiparándola al resto de titulaciones universitarias y

permitiendo la adecuación de los contenidos a las nuevas expectativas y necesidades de la sociedad en la que cohabita. La incorporación de nuevas asignaturas como Género y Salud que con carácter transversal, puede aportar elementos de análisis en los diferentes procesos donde se ve afectado el continuum salud –enfermedad.

La prevención primaria de Enfermedades Cardiovasculares tiene como objetivo fundamental reducir la incidencia de Enfermedades cardiovasculares, con el fin de disminuir la mortalidad y la discapacidad. Esto puede conseguirse actuando decididamente sobre los factores de riesgo (FR) cardiovascular, especialmente en los pacientes en riesgo alto, y mediante la promoción de estilos de vida cardiosaludables en la población con bajo y moderado riesgo.

La Enfermería como disciplina Holística y promotora de la salud en la comunidad, debe de interactuar en los colectivos de riesgo, es por ello que necesita conocer dimensiones tanto de salud comunitaria como de inequidad y desigualdad originadas por raza, etnia, clase o Género, que producen situaciones injustas e inevitables, a la hora de establecer objetivos e intervenciones en los contextos sociales donde debe ejercer.

Tras finalizar los estudios de Enfermería, los nuevos profesionales se encuentran en escenarios laborales donde se esperan de ellos rapidez y resolución como respuestas a las situaciones y realidades de los diversos contextos sociales sanitarios.

Es por ello que nos planteamos conocer cuál es el nivel de conocimientos sobre factores diferenciales de riesgos cardiovasculares desde una perspectiva de Género, en los Estudiantes de Enfermería, tras la adaptación al nuevo Espacio Europeo de Enseñanza superior y la incorporación de asignaturas como Género y Salud Sexual que infieren con carácter transversal en las diversas áreas de conocimientos. Este estudio pretende obtener información y tras un posterior análisis detectar las dimensiones donde intervenir para conseguir una mayor calidad de enseñanza

CAPÍTULO 6. OBJETIVOS

6.1 Objetivo Principal

Analizar el nivel de conocimiento de los estudiantes de Grado de Enfermería de la UMA, sobre los Factores de Riesgos Cardiovasculares en mujeres y su relación con las características sociodemográficas, desde una perspectiva de género.

6.2. Objetivos Secundarios

1-Describir las Dimensiones de los Factores de Riesgos Cardiovasculares según nivel de conocimientos.

2 -Identificar las Dimensiones de los Factores de Riesgos Cardiovasculares, según nivel conocimiento y Género

3.-Identificar las Dimensiones de los Factores Riesgos Cardiovasculares, según nivel de conocimiento y curso.

CAPÍTULO 7. MATERIAL Y MÉTODO.

7.1. Diseño

Estudio de Investigación de tipo observacional, descriptivo, analítico y transversal.

Utilizamos la encuesta como procedimiento de recogida de información, sirviéndonos de un cuestionario, on- line como técnica para dicho procedimiento.

Esta investigación al ser de naturaleza descriptiva y analítica, se fundamenta en la obtención de información, con el objeto de definir los conocimientos adquiridos por los estudiantes de Grado Enfermería.

La transversalidad de nuestra investigación viene dada por el Curso Académico 2013-2014.

7.2. Procedimiento

Este estudio se lleva a cabo en dos etapas:

PRIMERA ETAPA

a) Revisión bibliográfica

En esta primera Etapa se realizó una revisión bibliográfica, sistemática para la búsqueda de herramientas con las que medir nuestras variables de estudio.

Tras una exhaustiva búsqueda bibliográfica en MEDLINE, EMBASE, COCRANE no se encontró ninguna evidencia sobre las variables necesarias para este estudio.

Los términos Meshs de la búsqueda fueron: Risk factor/ Sex factor/ Cardiovascular Diseases/ Stroke/ Delivery of Health Care/ Epidemiologic Factors/ Gender (MESHs) y Concept/ measurement/ instruments/ tools/ questionnaires/ method / (MESHs).

Ante la ausencia de un cuestionario en la literatura científica para ser utilizado en nuestro estudio, nos planteamos elaborar un instrumento cuyos ítems tengan la capacidad de representar adecuadamente el constructo que pretendemos medir.

De las diferentes estrategias que la teoría de la investigación propone para lograr evidencias con capacidad de representar adecuadamente el constructo de la herramienta a elaborar, se optó en una primera fase por una Fundamentación Teórica realizada por la investigadora y la posterior consulta realizada a un comité de expertos.

En la primera etapa para conseguir una Fundamentación Teórica, hemos realizado una investigación documental, el marco teórico y la búsqueda de fuentes para elaborar cada uno de los ítems a construir en el cuestionario. Estos posteriormente han sido sometidos a la evaluación de un comité de expertos.

b) Comité de Expertos

Para Linstone y Turoff (citados por Landeta) es un “método de estructuración de un proceso de comunicación grupal que es efectivo a la hora de permitir a un grupo de individuos, como un todo, tratar un problema complejo”. Con ello se pretende obtener el grado de consenso o acuerdo de los especialistas sobre el problema planteado, utilizando los resultados de investigaciones anteriores, la decisión a un solo profesional.

Entre los diferentes procedimientos que podemos utilizar para la consulta a expertos hemos optado por seguir una metodología Delphi (Linstone, Turoff, & others, 1975). Como método de investigación busca acercarse al consenso de un grupo de expertos para el análisis y reflexión de un problema definido.

Entre las características propuestas por Dalkey para considerar al método Delphi, como una técnica especial con aplicaciones propias se encuentran:

1. Proceso interactivo.

Los expertos que participan en el proceso deben emitir su opinión o respuestas en más de una ocasión, mediante más de una ronda, lo que lleva a estabilizar las opiniones. Esto contribuye a reflexionar o reconsiderar la opinión de cada uno de los expertos, a la luz de los planteamientos propios o de otros.

2. Anonimato.

Los componentes del grupo no conocen a quién corresponde, una respuesta en particular. Con ello se trata de evitar influencias negativas de los miembros más dominantes del grupo o la inhibición de algún participante. El control de la comunicación está en manos del coordinador y no se establece una participación directa, entre los expertos involucrados.

3. Realimentación o feedback controlado.

Previo a la realización de cada ronda, el coordinador transmite la posición de los expertos como conjunto frente al problema o situación que se analiza. Así mismo subrayando las aportaciones significativas, las posturas discrepantes o información adicional solicitada por algún experto. De esta manera, la retroalimentación a través del análisis del conductor del proceso permite el tránsito de información entre los expertos y facilita establecer un lenguaje común.

4. Respuesta estadística del grupo.

En caso de que al grupo se le haya solicitado una estimación numérica, se maneja la mediana de las respuestas individuales. Con ello, se consigue la inclusión de las respuestas individuales en el resultado final del grupo.

En nuestro caso se procedió en primer lugar a la selección de personas expertas en disciplinas que componen nuestro estudio de investigación, con independencia de sus títulos, su función o su nivel jerárquico, la elección se realizó por las competencias sobre el tema consultado. (Valera, 2012).

En la selección de los miembros de panel de expertos hemos intentado conseguir un perfil común y así desarrollar un grupo de panelistas homogéneo para lograr un acuerdo de las dimensiones y de las características definitorias indicativas de los ítems. (Berra, 1996). Para ello en las personas elegidas hemos buscado el siguiente perfil:

- Prestigio, reconocimiento científico y a ser posible representatividad.
- Disponibilidad para la lectura crítica de la bibliografía que se les envía respecto al tema de estudio.
- Amplitud de conocimientos e interés en el tema.
- Actitud y aptitud científica (basar sus decisiones en equilibrio entre los hechos y los datos).

El resultado de esta selección lo constituyó un grupo formado por:

Dos Facultativos Especialista de Cardiología del Hospital Virgen de la Victoria.

Tres Enfermeras Expertas en la Unidad de Cardiología del Hospital Virgen de la Victoria.

Un Profesor de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Málaga.

Una profesora y un profesor de la Escuela Universitaria de Diputación de la Universidad de Málaga.

Una Profesora y un Profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad de Málaga.

A todos ellos se les invito a participar para establecer la validez del contenido de forma personalizada, e individualmente, sin conocer ninguno de ellos al resto de los participantes del grupo; explicando el motivo y objetivo de la consulta.

Así mismo se les informo del método de comunicación a seguir mediante correo electrónico, cronograma de ejecución y rondas de evaluación y retro alimentación. Aceptando todos formar parte del grupo. (Anexo 4)

Como resultado de nuestra búsqueda se construyeron 4 dimensiones con atributos capaces de recoger los indicadores de riesgo a medir.

c) Proceso de validación del constructo del cuestionario

En el proceso de validación del cuestionario por el comité de expertos con el método Delphi, utilizamos tres rondas.

En la primera Ronda realizada al grupo, a cada cuestionario les acompañaba un breve resumen de proyecto de investigación y las instrucciones para su cumplimentación. (Tablas 12-13)

En ellas se les advierte de cada una de las secciones del cuestionario y de las dimensiones que representan.

Se le adjunto una tabla con las variables sociodemograficas y las dimensiones del estudio propuestas a fin de categorizar la aceptación e inclusión de estas en el cuestionario.

Para evaluar se les proporciono una escala con las siguientes puntuaciones:

1. No pertenece al Objeto de estudio.
- 2 Pertenece muy poco Objeto de estudio.
- 3 Probablemente si pertenece al Objeto de estudio.
- 4 Si pertenece al Objeto de estudio.
- 5 Pertenece Plenamente al objeto de estudio

Variables Sociodemograficas	Ítems	Puntuación
Sexo		
Edad		
Nivel de Estudios		
Centro de Estudios		
Antecedentes familiares		
	Obesidad	
	Enfermedad Cardiaca	
	Diabetes Mellitus	
	Hipertensión	
	Enfermedades Oncológicas	
	Enfermedades Degenerativas	
Tabaquismo Activo		

Tabla 12: Tabla Inicial de variables sociodemograficas remitida a Panel de Expertos.

Una vez realizada su cumplimentación, esta ronda finalizó con el envío de las respuestas al equipo investigador.

Dimensiones	Puntuación
Epidemiologia	
Factores de Riesgo enfermedades crónicas	
Factores de Riesgo propios de Mujeres	
Factores de Riesgo asociados a medicación	
Factores de Riesgo Estilos y Hábitos de Vida	

Tabla 13: Tabla inicial de Dimensiones remitida al Panel de Expertos.

En una segunda ronda, a cada característica puntuada por los expertos, el equipo investigador le asigna un peso específico a cada uno de los valores asignados de la siguiente forma: 1 = 0; 2 = 0,25; 3 = 0,50; 4 = 0,75 y 5 = 1

Para lograr que el valor máximo que se pueda alcanzar sea uno, se sumaron los pesos asignados por cada experto. Descartando las características puntuadas con pesos inferiores a 0,50

Dimensiones e Ítems del Estudio	Puntuación
Dimensión Epidemiográfica	
Causa Mortalidad Mundial mas prevalente en mujeres	
Causa Mortalidad Unión Europea mas prevalente en mujeres	
Causa Mortalidad Española mas prevalente en mujeres	
Causa Mortalidad Comunidad Andaluza mas prevalente en mujeres	
Causa Mortalidad Países Occidentales mas prevalente en mujeres	
Porcentaje inclusión de mujeres en estudios y ensayos Clínicos	
Protocolos Inclusión Mujeres en Estudios y ensayos Clínicos	
Cifras de hipertensión y metodología medición HTA	
Dimensión Factores Riesgos Propios Mujeres	
Prevalencia Factores de Riesgo Cardiovasculares en la Menopausia	
Prevalencia Factores de Riesgo Cardiovasculares pre- Menopausia	
Valor pronóstico de los síndromes maternos placentarios como indicador de RCV en mujeres	
Valor pronóstico de la Hipertensión y eclampsia gestacional como indicador de RCV en mujeres	
Diabetes Mellitus en mujeres como factor de riesgo coronario mayor que en hombres	
Diabetes Mellitus com factor predictor en mujeres de eventos coronarios	
Edad factores altos de triglicéridos, bajos de colesterol y lipoproteínas de baja densidad factores de mayor riesgo en mujeres	
Síndrome metabólico como predictor de riesgo distintivo en mujeres	
Edad más tardía en mujeres que en hombres de padecer Cardiopatía Isquémica	
Dimensión Estilos y Hábitos de vida	
El sedentarismo en las mujeres es estadísticamente mayor que en los hombres	
El sedentarismo en las mujeres es mayor que en el hombre independientemente del nivel cultural y poder adquisitivo	
La Obesidad en España afecta en mayor medida a las mujeres de clase social baja.	
La Obesidad en mujeres es mas prevalente en situaciones de inequidad económica	
El tabaquismo en las mujeres se focaliza en los grupos con menor nivel cultural y adquisitivo	
La tasa de abandono del tabaquismo en Andalucía es mayor en los hombres que en las mujeres.	

Tabla 14: Dimensiones e Ítems del Estudio remitida a Panel de Expertos en segunda ronda.

Con las dimensiones depuradas y categorizadas se les volvió a pasar un nuevo cuestionario donde quedaban recogidas las variables sociodemograficas seleccionadas y las dimensiones con peso suficiente para el estudio.

Se les pidió a si mismo que hicieran referencia a aquellos Ítems que consideraran oportuno añadir a cada dimensión, siguiendo el mismo patrón de puntuación que en la primera ronda.

En esta ronda cada una de las dimensiones seleccionadas llevaba asignadas los Ítems correspondientes. (Tablas 14)

Finalizada su cumplimentación y enviadas las respuestas por los expertos, se procedió a la Interpretación y cribado de estas. Para el análisis de las respuestas obtenidas y elaboración de la herramienta utilizamos la misma metodología que en la primera (Tablas 15-16).

Dimensiones e Ítems descartados según varemación	Puntuación
Dimensión Epidemiografica	
Causa Mortalidad Mundial mas prevalente en mujeres	0,67
Causa Mortalidad Española mas prevalente en mujeres	0,65
Causa Mortalidad Países Occidentales mas prevalente en mujeres	0,65
Protocolos Inclusión Mujeres en Estudios y ensayos Clínicos	0,5
Dimensión Factores Riesgos Propios Mujeres	
Prevalencia Factores de Riesgo Cardiovasculares pre- Menopausia	0,5
Valor pronóstico de la Hipertensión y eclampsia gestacional como indicador de RCV en mujeres	0,67
Diabetes Mellitus com factor predictor en mujeres de eventos coronarios	0,4
Síndrome metabólico como predictor de riesgo distintivo en mujeres	0,67
Dimensión Estilos y Hábitos de vida	
El sedentarismo en las mujeres es estadísticamente mayor que en los hombres	0,65
La Obesidad en mujeres es mas prevalente en situaciones de inequidad económica	0,4

Tabla 15: Dimensiones e Ítems aceptados según varemación Panel de Expertos

Dimensiones e Ítems descartados según varemación	Puntuación
Dimensión Epidemiográfica	
Causa Mortalidad Mundial mas prevalente en mujeres	0,67
Causa Mortalidad Española mas prevalente en mujeres	0,65
Causa Mortalidad Países Occidentales mas prevalente en mujeres	0,65
Protocolos Inclusión Mujeres en Estudios y ensayos Clínicos	0,5
Dimensión Factores Riesgos Propios Mujeres	
Prevalencia Factores de Riesgo Cardiovasculares pre- Menopausia	0,5
Valor pronóstico de la Hipertensión y eclampsia gestacional como indicador de RCV en mujeres	0,67
Diabetes Mellitus com factor predictor en mujeres de eventos coronarios	0,4
Síndrome metabólico como predictor de riesgo distintivo en mujeres	0,67
Dimensión Estilos y Hábitos de vida	
El sedentarismo en las mujeres es estadísticamente mayor que en los hombres	0,65
La Obesidad en mujeres es mas prevalente en situaciones de inequidad económica	0,4

Tabla 16: Dimensiones Excluidas tras varemación de Expertos

Tras pasar una tercera ronda e informar a cada uno de los participantes de los resultados obtenidos concluimos la ejecución del cuestionario definitivo.

Por último, después de la recopilación de diversas variables, análisis crítico de todas ellas y cribado de varios cuestionarios se llego al consenso del cuestionario definitivo de nuestro estudio, en base a su fiabilidad y adecuación (Figura 5).

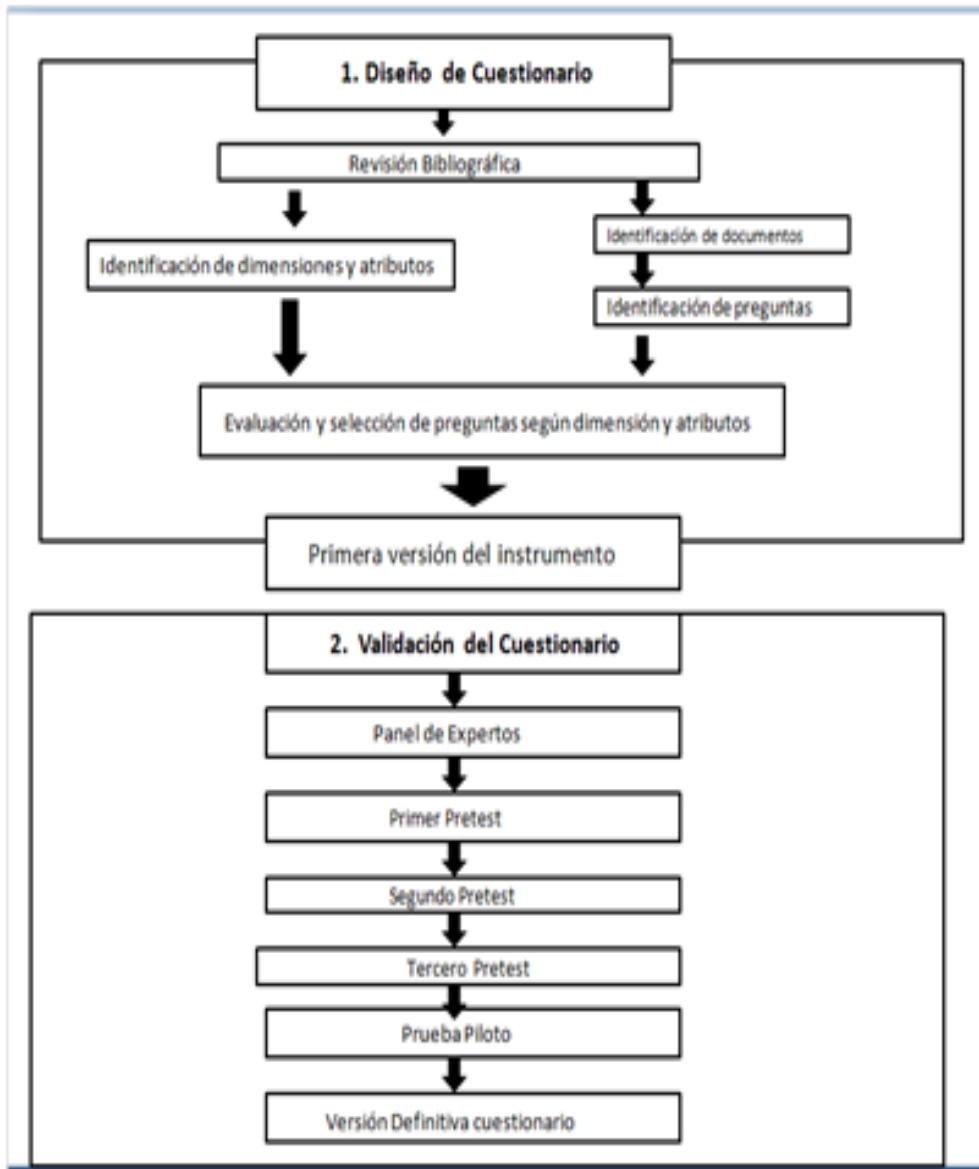


Figura 5: Esquema del proceso de desarrollo Cuestionario

El cuestionario definitivo consta de 19 preguntas (ANEXO II)

Un primer bloque con las seis primeras preguntas de carácter Sociodemografico

-Sexo

-Edad

-Nivel de estudios en Curso.

-Centro de Estudios al que pertenece.

-Antecedentes familiares

-Tabaquismo activo

Datos sociodemográficos

[] Sexo
Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

Femenino
 Masculino

[] Edad
Por favor, escriba su respuesta aquí:

[] Curso
Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

Primero
 Segundo
 Tercero
 Cuarto

[] Centro de estudios
Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Málaga
 E.U. de Enfermería de la Diputación de Málaga

[] Tienes antecedentes familiares de:
Por favor, marque las opciones que correspondan:

Enfermedades oncológicas
 Hipertensión arterial
 Obesidad
 Enfermedades cardiacas
 Diabetes

[] ¿Fuma en la actualidad?
Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

Sí
 No

Figura 6: Variables Sociodemograficas Cuestionario Definitivo

El segundo bloque consta de 13 preguntas dónde se sondea el nivel de conocimientos en los encuestados en base a los criterios de riesgo cardiovasculares de mayor importancia en las mujeres y el grado de incidencias de padecerlos.

Los ítems de conocimientos, se encuentran agrupadas en tres dimensiones: Dimensión Epidemiográfica;

Dimensión Factores de Riesgo propios de las mujeres; Dimensión Hábitos y Estilos de Vida.

Los ítems que componen cada una de las dimensiones son:

Dimensión Epidemiológica:

- Causa de mayor prevalencia de muerte en mujeres en Europa
- Causa de mayor prevalencia de muerte en mujeres en Andalucía.
- Porcentaje de inclusión y participación de mujeres en estudios y ensayos clínicos.
- Cifras y método de tomar T.A.

Dimensión Factores de Riesgo propios de las mujeres:

- Prevalencia Factores de Riesgo Cardiovasculares en la Menopausia
- Valor pronóstico de los síndromes maternos placentarios como indicador de Riesgos Cardiovasculares en mujeres.
- Edad más tardía en mujeres que en hombres de padecer Cardiopatía Isquémica
- Diabetes Mellitus en mujeres como factor de riesgo coronario mayor que en hombres
- Edad factores altos de triglicéridos, bajos de colesterol, lipoproteínas, como factores de mayor riesgo de eventos cardiovasculares en mujeres.

Dimensión de hábitos y estilos de vida

- Sedentarismo en las mujeres es mayor que en el hombre independientemente del nivel cultural y poder adquisitivo
- La Obesidad en España afecta en mayor medida a las mujeres de clase social baja.
- El tabaquismo en las mujeres se focaliza en los grupos con menor nivel cultural y adquisitivo
- La tasa de abandono del tabaquismo en Andalucía es mayor en los hombres que en las mujeres.

El cuestionario está compuesto por preguntas cerradas donde cada uno de los ítems tiene a elegir varias opciones, de las cuales tan solo una es correcta.

Solamente se puede elegir una respuesta.

Las respuestas son de carácter auto excluyente.

Cuestionario de conocimientos de salud

[] En los países europeos la mayor causa de mortalidad en la mujer es:

Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- El cáncer de mama
- El cáncer de Ovario
- Las enfermedades Cardiovasculares
- No sabe

[] En la población Andaluza el mayor dato de mortalidad en mujeres es debido a

Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- Cáncer de Mama
- Enfermedad cerebro vascular
- Alzheimer
- No sabe

[] Con cifras de Presión Arterial mayor o igual a 140/90 mmHg

Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- Se tomará la tensión en dos ocasiones continuas en el tiempo
- Se medirá la presión arterial en dos ocasiones separadas en el tiempo
- Se tomará la presión arterial en tres ocasiones separadas en el tiempo
- No sabe

[] Señale el porcentaje que cree corresponde a la inclusión de mujeres respecto a hombres en los estudios y ensayos clínicos:

Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- Existe una inclusión >50%
- Existe una inclusión del 50%
- Existe una inclusión < 50%
- No sabe

[] Los factores de riesgo Vascular en la menopausia

Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- Tiene una prevalencia menor que en mujeres no menopáusicas
- Tiene una prevalencia mayor que en mujeres no menopáusicas
- Tiene una prevalencia similar a las mujeres no menopáusicas
- No sabe

[] La cardiopatía isquémica en la mujer
Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

Ocurre a la misma edad que en el hombre

Ocurre con unos años después que el hombre

Se presenta de forma más precoz que en el hombre

No sabe

[] Los síndromes maternos -placentarios :
Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

No tienen valor pronóstico como indicadores de riesgo vascular para el futuro de las mujeres

Suponen un menor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares en un futuro

Suponen un mayor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares en el futuro

No sabe

[] En la mujer diagnosticada de Diabetes Mellitus, el riesgo de padecer una enfermedad coronaria respecto al hombre es
Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

Menor

Igual

Mayor

No sabe

[] De estos factores, Cuales le llevaría a pensar que existe un riesgo vascular en mujeres más importante que en el hombre
Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

Tener más de 65 años y valores altos de Triglicéridos

Valores bajos de colesterol unidos a lipoproteínas de baja densidad

Todo lo anterior es cierto

Ninguna es cierta

No sabe

[] En la mujer el sedentarismo es:
Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

Menor que en el hombre, en los grupos de mayor nivel cultural y poder adquisitivo

Mayor que en el hombre, en los grupos de mayor nivel cultural y poder adquisitivo

Mayor que el hombre independientemente del nivel cultural y poder adquisitivo

Igual que en el hombre independientemente del nivel cultural y del poder adquisitivo

No sabe

[] Diría Usted que la obesidad en España afecta
Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

En igual medida a hombres y mujeres indistintamente de su clase social

En mayor medida a hombres de clase social alta

En mayor medida a las mujeres de clase social baja

No sabe

[] El tabaquismo en la mujer
Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

Es independiente del poder cultural y adquisitivo

Se focaliza en los grupos con mayor nivel cultural y adquisitivo

Se focaliza en los grupos con menor nivel cultural y adquisitivo

No sabe

[] La tasa de abandono del tabaquismo en Andalucía ha sufrido un ascenso, siendo
Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

Similar en hombres y mujeres

Mayor en las mujeres que en los hombres

Mayor en los hombres que en las mujeres

No sabe

Figura 7: Variables de Conocimientos del Cuestionario Definitivo

SEGUNDA ETAPA

En la segunda fase de nuestra investigación procedimos a la recogida de la información, mediante la técnica del cuestionario, en versión digital.

Se procedió a realizar una versión digital de la encuesta, en gran medida en base a las ventajas que esta vía presentaba, preservándose, las garantías de confidencialidad, anonimato, voluntariedad así como la libertad para cesar su participación por decisión propia del participante sin comunicación al investigador. Así se garantizan el cumplimiento de los derechos de las personas que participan en nuestro estudio

Previamente se solicitó la correspondiente autorización a los Centros y entidades académicas responsables: Escuela Universitaria de Enfermería de La Excelentísima Diputación de Málaga y Facultad de Ciencias de La Salud, así como a cada alumno de dichas instituciones..

El cuestionario como instrumento de recogida de información, está diseñado para la obtención de información y la posterior cuantificación y universalización de la información obtenida. Una de las finalidades del cuestionario es conseguir comparar la información obtenida por lo que junto a la entrevista constituyen una de las técnicas de recogidas de datos más empleadas en investigación. A su vez entre las ventajas en su uso están, la accesibilidad ya que puede llegar fácilmente a un gran número de participantes, facilita el análisis de los resultados y la disminución en los costes de la investigación temporoespacialmente. (Baena, A, 2010)

Previo al envío del cuestionario se procedió a informar al alumnado de las Instituciones, mediante un correo personalizado, así como en las aulas por la responsable del estudio y profesores. Se ofreció la disponibilidad de poder resolver personalmente cualquier duda al respecto. En ambos casos se les especificaba el objetivo del estudio, el carácter confidencial y anónimo de la información.

La invitación a participar en el proyecto de investigación se realizó desde las asignaturas Practicum III y VII

En el encabezado del cuestionario se les transmitió la información necesaria para la cumplimentación del mismo así como del objetivo de este, nº de preguntas y la absoluta confidencialidad de los datos. El cuestionario finalizaba con el agradecimiento por su participación.

La contestación al cuestionario era siempre de forma individual y sin límite de tiempo, teniendo una duración estimada de 20 minutos. El espacio temporal habilitado para el cumplimiento del cuestionario fueron los meses de marzo a junio del 2014.

7.3 Población y Muestra.

7.3.1 Sujetos de estudio

En base a los objetivos del Estudio, la población objeto de este, comprende a todo el Alumnado matriculado en Grado de enfermería en las dos sedes de estudio de Málaga Capital: Facultad de Ciencias de La Salud Departamento Enfermería y Escuela Universitaria de Enfermería de La Excelentísima Diputación, que estuvieran matriculados en el curso académico 2013-2014 en Grado de Enfermería en los cursos de tercero y cuarto de Grado.

La investigación abarca a todas aquellas personas que cumpliendo criterios de inclusión, deciden participar de forma voluntaria en el estudio.

7.3.2. Características de la muestra

La muestra en las en las que se desarrolla nuestro estudio está formada por todos los estudiantes con vinculación académica a la Facultad de Ciencias de La Salud y a la Escuela Universitaria de Enfermería de La Excelentísima Diputación de Málaga.

La muestra está compuesta por todos aquellos sujetos, estudiantes de 3º y 4º de Enfermería que de forma voluntaria colaboraron en la cumplimentación de los cuestionarios (muestra aceptante).

El total de Alumnos matriculados durante el curso académico 2013-2014 en La Facultad de Ciencias de la Salud y La Escuela Universitaria de Enfermería de La Excelentísima Diputación de Málaga corresponde a 776 distribuidos en las distintas sedes. De estos 477 estaban cursando los cursos de tercero y cuarto.

Se selecciono al alumnado de estos cursos en base a la planificación académica universitaria, en las cuales los conceptos explorados, ya habían sido impartidos en las asignaturas de Género y Salud Sexual y Adultos I, II y III, con el fin de evitar el sesgo de desconocimiento por no haber recibido aún dicha materia.

Tal y como se puede apreciar en la Tabla 17, representan nuestra población de estudios de la cual saldrá la muestra, que se verá detallada posteriormente, en el capítulo de resultados.

Curso Académico	CURSO	Facultad de Ciencias Salud	Escuela Diputación
2013-2014	3º	180	81
	4º	120	96
Total		300	177

Tabla 17: Distribución total Alumnado Grado Enfermería en la Facultad de Ciencias de La Salud y Escuela Universitaria de Enfermería de la Excelentísima Diputación de Málaga

7.3.3. Criterios de inclusión y exclusión.

-Criterios de Inclusión: Alumnos matriculados en las Escuela Universitaria de Enfermería de La Excelentísima Diputación de Málaga y Facultas de Ciencias de La Salud durante el curso académico 2013-2014. En tercer y cuarto curso de Enfermería.

Consentimiento de participación voluntaria en el estudio.

-Criterios de Exclusión:

No consentimiento de participación.

7.4. Variables de Investigación.

En nuestro trabajo, al tratarse de un estudio descriptivo, las variables estudiadas no han sido manipuladas por la investigadora, si no que han sido medidas en situaciones naturales, por lo que no podemos considerarlas variables independientes.

Así pasamos a considerar como variable dependiente en nuestro estudio de investigación el conocimiento adquirido por el alumnado de Enfermería de los factores diferenciales de riesgo cardiovascular en mujeres.

Consideraremos variables independientes asignadas, a todas aquellas variables independientes en las que hemos seleccionado unos valores determinados para las mismas, lo que nos permitirá elaborar grupos de personas con estos valores a fin de establecer entre ellos comparación. Estimando el género, el curso y edad.

Variables descriptivas.

Variables Sociodemograficas	Ítems
Sexo	
Edad	
Nivel de Estudios	
Centro de Estudios	
Antecedentes familiares	
	Obesidad
	Enfermedad Cardiaca
	Diabetes Mellitus
	Hipertensión
	Enfermedades Oncológicas
Tabaquismo Activo	

Tabla 18: Variables sociodemograficas y académicas a estudio.

Variables Sociodemograficas y Académicas (Tabla, 18):

-Edad: Variable cuantitativa continúa.

-Género: Variable cualitativa nominal dicotómica (femenino/masculino)

- Curso: Variable cuantitativa Continua. (Tercero, cuarto)
- Centro de Estudio: Variable Cualitativa Dicotómica (Facultad Ciencias de la Salud/ Centro Diputación).
- Antecedentes Familiares de padecer enfermedades: Oncológicas; Hipertensión Arterial; Enfermedades Cardiacas; Diabetes; Obesidad: Variable dicotómica (Si-no en cada valor).
- Fumar: Variable dicotómica (Si-no).

Variables de Resultados:

- Conocimiento de riesgos Cardiovasculares diferenciados, con mayor grado de comorbilidad e incidencia en las mujeres. Variable Cualitativa Nominal.

7.5. Cuestionario

Como instrumento de medida hemos utilizado el cuestionario realizado para esta investigación.

El cuestionario consta de 19 preguntas (ANEXO2) de las cuales las seis primeras son de carácter Sociodemografico

- Sexo
- Edad
- Nivel de estudios en Curso.
- Centro de Estudios al que pertenece.
- Antecedentes familiares
- Tabaquismo activo

El segundo bloque consta de 13 preguntas dónde se sondea el nivel de conocimientos en los encuestados en base a los criterios de riesgo cardiovasculares de mayor importancia en las mujeres y el grado de incidencias de padecerlos.

Los ítems se encuentran agrupadas en tres dimensiones: Dimensión Epidemiografica; Dimensión Factores de Riesgo propios de las mujeres; Dimensión Hábitos y Estilos de Vida.

Los ítems que componen cada una de las dimensiones son

Dimensión Epidemiológica:

- Causa de mayor prevalencia de muerte en mujeres en Europa
- Causa de mayor prevalencia de muerte en mujeres en Andalucía.
- Porcentaje de inclusión y participación de mujeres en estudios y ensayos clínicos.
- Cifras y método de tomar T.A.

Dimensión Factores de Riesgo propios de las mujeres:

- Prevalencia Factores de Riesgo Cardiovasculares en la Menopausia
- Valor pronóstico de los síndromes maternos placentarios como indicador de Riesgos Cardiovasculares en mujeres.
- Edad más tardía en mujeres que en hombres de padecer Cardiopatía Isquémica
- Diabetes Mellitus en mujeres como factor de riesgo coronario mayor que en hombres
- Edad factores altos de triglicéridos, bajos de colesterol, lipoproteínas, como factores de mayor riesgo de eventos cardiovasculares en mujeres.

Dimensión de hábitos y estilos de vida

- Sedentarismo en las mujeres es mayor que en el hombre independientemente del nivel cultural y poder adquisitivo
- La Obesidad en España afecta en mayor medida a las mujeres de clase social baja.
- El tabaquismo en las mujeres se focaliza en los grupos con menor nivel cultural y adquisitivo
- La tasa de abandono del tabaquismo en Andalucía es mayor en los hombres que en las mujeres.

El cuestionario está compuesto por preguntas cerradas donde cada uno de los ítems tiene a elegir varias opciones, de las cuales tan solo una es correcta.

Solamente se puede elegir una respuesta.

Las respuestas son de carácter auto excluyente.

Cuestionario conocimiento sobre Riesgos diferenciales Cardiovasculares

7.6. Consideraciones Éticas

En todo proceso investigador se debe llevar a cabo una valoración de los aspectos éticos de dicho proceso. En caso de duda sobre este aspecto, una de las posibles soluciones puede ser someterlo a la opinión de un Comité de Ética.

Con el objetivo preservar los derechos de los participantes en todo estudio de investigación, se han elaborado las guías de buenas prácticas para investigadores, como modelo hemos optado por seguir el actualizado y publicado por la OMS (2006) Manuales de buenas Prácticas en Investigación (OMS). Este trabajo de investigación ha sido sometido al requerimiento del consentimiento informado por parte de los participantes y de la correspondiente autorización por parte de la Facultad y La Escuela Universitaria de Enfermería de la Excelentísima Diputación.

Con el consentimiento informado, pretendemos garantizar la participación de los sujetos estudiados, con conocimiento del proceso para el que se le está pidiendo colaboración, a la vez que garantizar la voluntariedad y libertad para cesar su participación por decisión propia del participante.

Con la autorización de ambas Instituciones: Facultad y Escuela Universitaria de la Excelentísima Diputación, nos sometimos a los requerimientos éticos determinados por las instituciones, en cuyo medio llevaremos a cabo nuestro estudio.

7. 7. Estudio Estadístico

Iniciamos este apartado haciendo constar que durante la primera fase de esta investigación tuvimos que realizar la elaboración de un cuestionario exprofeso, ya que no existía en la literatura consultada ningún cuestionario que pudiera ser aplicado en el ámbito de nuestra investigación.

Para lograr un instrumento de medida acorde con el objeto de investigación llevamos a cabo la elaboración de un cuestionario mediante una triangulación metodológica, que constaba de una Fundamentación Teórica previa por parte de la investigadora, cuyo fin era encontrar evidencias en la construcción coherente del marco teórico y los ítems para la construcción del cuestionario.

Estos posteriormente fueron sometidos en una Primera Fase a un comité de expertos, que mediante la técnica de metodología Delphi y diversas rondas de consulta dieron como resultado el cuestionario final.

En una segunda fase se realizó una prueba piloto con el alumnado, tras análisis de resultados, se procedió a un análisis estadístico de los resultados y la implantación del cuestionario definitivo.

Tras comprobar su validez, se realizó un análisis descriptivo general de las distintas variables del estudio, presentando las variables cuantitativas mediante las medidas de tendencia central (media y/o mediana) y las medidas de dispersión (desviación típica - DT-, valor mínimo y valor máximo). El resumen de la información de las variables cualitativas se presenta mediante su distribución de frecuencia absoluta y porcentaje.

Se realizó un análisis analítico para determinar la evaluación de la asociación entre variables cualitativas, la existencia de diferencias significativas en las diferentes dimensiones según género y curso, mediante prueba paramétrica test “Chi cuadrado de Pearson”. Para todo ello, hemos usado el programa informático Spss 19.00 Statistics Windows.

CAPÍTULO 8. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

8.1. Análisis descriptivo de la muestra

La población de estudio correspondía al alumnado de Facultad de Ciencias de la Salud y la Escuela de Diputación que cursaban los cursos de tercero y cuarto de Enfermería. Un total de 477 alumnos matriculados en el curso 2013-2014 con la siguiente distribución: 180 personas matriculadas en la Facultad de Ciencias de la Salud y 81 en la Escuela Universitaria de Enfermería de la Excelentísima Diputación, en tercer curso de Grado y en cuarto curso 120 personas matriculadas la Facultad de Ciencias de la Salud y 96 en la Escuela Universitaria de Enfermería de la Excelentísima Diputación (Tabla, 19).

	CURSO	Facultad de Ciencias Salud	Escuela Diputación
Curso Académico 2013-2014	3º	180	81
	4º	120	96
Total		300	177

Tabla 19: Distribución de la Población de Estudio según curso y centro

La muestra total de nuestro estudio está compuesta por 170 alumnos de tercero y cuarto curso de Enfermería, lo que corresponde a un (35,63%) de la población. La encuesta se realizó coincidiendo con las últimas etapas lectivas de curso lo que le hizo coincidir con época de exámenes finales, por lo que consideramos que la participación en el estudio, se pudo ver afectado por ello.

En esta muestra logramos conseguir los resultados que a continuación pasamos a detallar, en las variables sociodemográficas y académicas consideradas.

8.1.2. Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas de la muestra

Nuestra muestra ostenta una edad media de 23,99 años. La persona de menor edad tiene 20 años y la de mayor edad 55 años. (Tabla, 20)

Como se puede observar 132 personas esta comprendidas en la franja de edad de 20 a 25 años lo que supone (77,6 %) de la población. Datos similares al resto de las Universidades Españolas, que confirma que debido a una fuerte demanda en la titulación, el porcentaje de menores de 25 años no haya sufrido una disminución.

Edad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
20	25	14,7	14,7	14,7
21	55	32,4	32,4	47,1
22	16	9,4	9,4	56,5
23	12	7,1	7,1	63,5
24	16	9,4	9,4	72,9
25	8	4,7	4,7	77,6
26	10	5,9	5,9	83,5
27	2	1,2	1,2	84,7
28	4	2,4	2,4	87,1
29	5	2,9	2,9	90,0
30	1	,6	,6	90,6
Válidos 31	2	1,2	1,2	91,8
32	3	1,8	1,8	93,5
33	1	,6	,6	94,1
37	4	2,4	2,4	96,5
38	1	,6	,6	97,1
39	1	,6	,6	97,6
41	1	,6	,6	98,2
49	1	,6	,6	98,8
50	1	,6	,6	99,4
55	1	,6	,6	100,0
Total	170	100,0	100,0	

Tabla 20: Características de la muestra según variable edad

De esta muestra 122 (72,2%), son mujeres frente 47 (27,8%) que son hombres. En línea con la media nacional un (73,6%). Estos datos mantienen la tendencia que

tradicionalmente ha existido de feminización de la titulación, vinculada a los roles de cuidados que se asocian y esperan de las mujeres. (Tabla, 21)

Género

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Femenino	122	71,8	72,2	72,2
	Masculino	47	27,6	27,8	100,0
	Total	169	99,4	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,6		
Total		170	100,0		

Tabla 21: Características de la muestra distribución según Género

Del total de la muestra 68 personas estaban matriculadas en la Facultad de Ciencias de la Salud lo que supone el (41%) de la muestra frente a 98 personas el (59%) de la Escuela De la Excelentísima Diputación (Tabla, 22)

Centro de estudios

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Málaga	68	40,0	41,0	41,0
	E.U. de Enfermería de la Diputación de Málaga	98	57,6	59,0	100,0
	Total	166	97,6	100,0	
Perdidos	Sistema	4	2,4		
Total		170	100,0		

Tabla 22: Características de la muestra según Centro

La muestra estaba compuesta por 86 personas matriculadas en tercer curso de grado (51,2%) y por 82 personas (48,8%) matriculadas en cuarto. Como se puede observar el nivel de participación fue muy similar en ambos cursos. (Tabla, 23)

Curso

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Tercero	86	50,6	51,2	51,2
	Cuarto	82	48,2	48,8	100,0
	Total	168	98,8	100,0	
Perdidos	Sistema	2	1,2		
Total		170	100,0		

Tabla 23: Características de la muestra según curso.

Entre las características sociodemográficas a estudio intentamos sondear la adherencia al hábito Tabáquico en la muestra, dada la importancia que como factor de riesgo constituye el hecho de fumar. Los resultados obtenidos demuestran que 23 personas admiten ser fumadoras (13,9%) frente a 143 en las que no se identifican con dicho hábito (86,1%) lo que resulta significativo ante otros estudios en población universitaria donde la cifra de adherencia a dicho hábito era sensiblemente superior. (Tabla, 24)

¿Fuma en la actualidad?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	23	13,5	13,9	13,9
	No	143	84,1	86,1	100,0
	Total	166	97,6	100,0	
Perdidos	Sistema	4	2,4		
Total		170	100,0		

Tabla 24: Características de la muestra Hábito Tabáquico en los Alumnos

Entre los antecedentes familiares con más índice de prevalencia destacan Las Enfermedades de origen oncológico, con una frecuencia de 73 casos lo que supone un (42,9%) del total de la muestra. (Tabla 25)

[Enfermedades oncológicas] Tienes antecedentes familiares de:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos No	97	57,1	57,1	57,1
Sí	73	42,9	42,9	100,0
Total	170	100,0	100,0	

Tabla 25: Antecedentes familiares de Enfermedades Oncológicas

Los riesgos cardiovasculares con más índice de prevalencia entre los antecedentes familiares de la muestra son: La Hipertensión Arterial con una frecuencia de 79 casos y un porcentaje del (46,5%). (Tabla, 26) superior a los antecedentes de Enfermedades Oncológicas en un (3,6%).

[Hipertensión arterial] Tienes antecedentes familiares de:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos No	91	53,5	53,5	53,5
Sí	79	46,5	46,5	100,0
Total	170	100,0	100,0	

Tabla 26: Antecedentes familiares de Riesgo Cardiovascular Hipertensión.

En las tablas 12, 13 podemos ver como de los 170 estudiantes de nuestra muestra, 65 (38,2%) expresan tener antecedentes de riesgo cardiovascular Diabetes y 21 (12,4%) antecedentes familiares de Obesidad. (Tablas 27 y 28).

[Diabetes] Tienes antecedentes familiares de:

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	105	61,8	61,8	61,8
	Sí	65	38,2	38,2	100,0
	Total	170	100,0	100,0	

Tabla 27: Antecedentes familiares de Diabetes

[Obesidad] Tienes antecedentes familiares de:

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	149	87,6	87,6	87,6
	Sí	21	12,4	12,4	100,0
	Total	170	100,0	100,0	

Tabla 28: Antecedentes familiares de Obesidad familiar.

Por último en 64 (37,6%) casos encontramos antecedentes familiares de Haber padecido Enfermedades cardiovasculares. (Tabla 29)

[Enfermedades cardíacas] Tienes antecedentes familiares de:					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	106	62,4	62,4	62,4
	Sí	64	37,6	37,6	100,0
	Total	170	100,0	100,0	

Tabla 29: Antecedentes familiares de Enfermedades

8.2. Descripción y análisis de resultados Objetivo Principal: Analizar el nivel de conocimientos de los estudiantes de Grado de Enfermería, sobre los Factores de Riesgos Cardiovasculares en mujeres, y su relación con las características sociodemográficas, desde una perspectiva de género.

En primer lugar pasaremos a realizar un análisis del porcentaje total del número de respuestas acertadas, siguiendo a continuación analizando los porcentajes en el número de aciertos desde el mayor porcentaje obtenido en las respuestas a los ítems, al menor número de porcentaje de aciertos

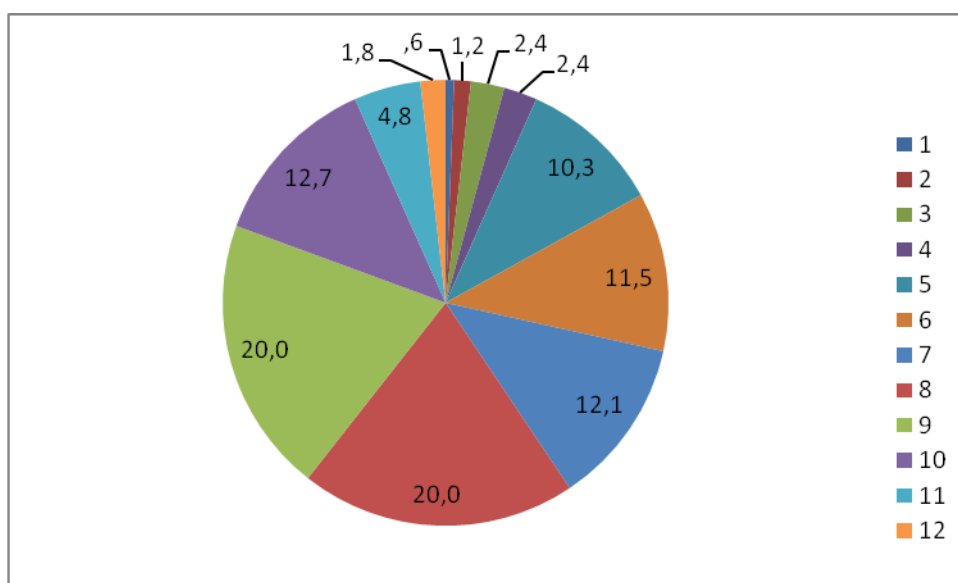


Gráfico 1: Distribución de porcentajes de respuestas correctas, según número de aciertos

El porcentaje con mayor número de aciertos 8, lo consigue acertar un 20% (33); al igual que consigue un 20% (33) tener 7 respuestas acertadas; seguido por 12,7% (21) con 9 acertadas, a continuación con 12,1% (19) con 6 respuestas y 11,5% (19) con 5, seguidas con 10,3% (17) con 4. En contraposición con 0,6 (1) con 0 respuestas acertadas, seguidas 1,2% (2) con 1 respuesta acertada, 1,8% (3) con 11, respuestas acertadas 2,4% (4) con 2 respuestas acertadas, al igual que 2,4% (4) con 3 acertadas. Y un 4,8% (8) con 10 respuesta acertada. (Gráfico, 1)

No encontramos un total de doce aciertos, ni trece aciertos en nuestros resultados.

Al realizar un análisis del porcentaje de aciertos obtenidos según género obtenemos los siguientes resultados:

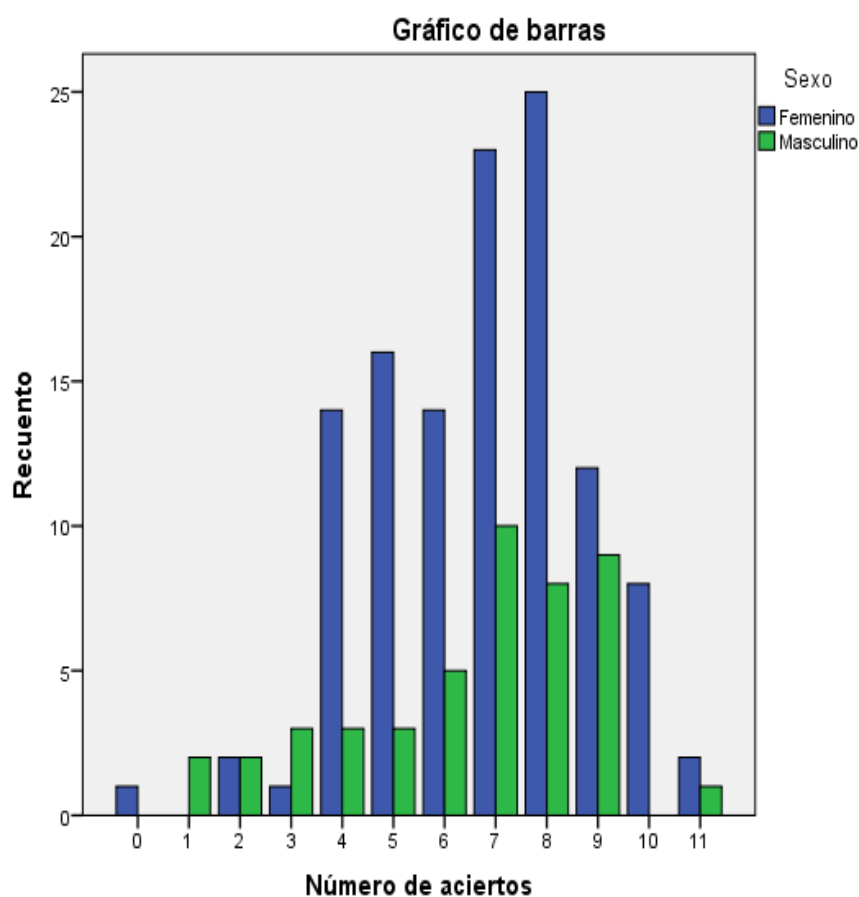


Gráfico 2: Distribución de respuestas correctas, según número de aciertos y Género

En la distribución de aciertos según Género las mujeres obtienen un 15,2% (25) con 8 respuestas acertadas; 19,5% (23) con 7 acertadas; con 13,6% (16) con 5 respuestas acertadas; seguida de 11,9% (14) con 4 respuestas acertadas; con igual porcentaje 11,9 (14) 5 respuestas acertadas; el 10,2% (12) con 9 aciertos; le siguen 6,8% (8) con 10 aciertos; con 1,7% (2) 11 aciertos al igual que 1,7% (2) con dos aciertos; por ultimo con un 0,8% (1) con tres aciertos.

En la distribución de aciertos según Género los hombres obtienen un 21,7% (10) con 7 respuestas acertadas; 19,6% (9) con 9; con 17,4% (8) con 8 respuestas acertadas;

seguido de 10,9% (5) con 6 respuestas acertadas, con igual porcentaje 6,5% (3) con 5, 4 y 3 respuestas acertadas; el 4,3% (2) con 2 aciertos; así como 4,3% (2) 1 respuesta; por ultimo le siguen 6,8% (8) con 10 aciertos, con 1,7% (2) 11 aciertos al igual que 1,7% (2) con dos aciertos; por ultimo 2,2% (1) con 11 aciertos. (Grafico, 2).

No siendo la diferencia estadísticamente significativa $p=0,062$.

8.2.1. Análisis descriptivo de todos los ítems que componen el cuestionario.

Abordamos un análisis sobre la totalidad de los ítems que componen el cuestionario de conocimiento de Factores de Riesgos Cardiovasculares en mujeres, dirigiendo nuestra atención, especialmente y en primer lugar hacia aquellos que han conseguido obtener los valores más alto de puntuación en conocimiento en contraposición a los que presentan los niveles más bajos con un análisis descriptivo con más detalles y en relación al total del cuestionario.

Si tenemos en cuenta la totalidad de los ítems que componen nuestro cuestionario podemos observar en la Tabla 30, que el ítem con una media más elevada de aciertos, corresponde a “Prevalencia de factores de Riesgo Cardiovasculares en la Menopausia” con una media de (0,84), significando que de media, es el ítems con mayor grado de conocimiento entre los alumnos. Este es seguido muy de cerca por “Causa mortalidad en La Unión Europea más prevalente en mujeres” (0,82) y a continuación “Porcentaje de inclusión de mujeres respecto a hombres en los estudios y ensayos clínicos” (0,66) ambos ítems incluidos en la dimensión epidemiológica.

El ítems con una media más baja corresponde a “Edad factores altos de triglicéridos, bajos de lipoproteínas de baja densidad factores de mayor riesgos cardiovascular en mujeres (0,2), seguido por “Cifras Hipertensión y metodología de Medición T.A.” (0,31) y “La tasa de abandono del tabaquismo en Andalucía es mayor en los hombres que en las mujeres” (0,32).

ÍTEMS	N		Media	Mediana	Desviación típica	Mínimo	Máximo
	Validos	Perdidos					
Causa mortalidad en La Unión Europea más prevalente en mujeres	163	7	0,82	1	0,389	0	1
Causa mortalidad en Comunidad Andaluza más prevalente en mujeres	164	6	0,59	1	0,494	0	1
Porcentaje de inclusión de mujeres respecto a hombres en los estudios y ensayos clínicos	164	6	0,66	1	0,474	0	1
Cifras Hipertensión y metodología de Medición T. A	167	7	0,31	0	0,465	0	1
Prevalencia de factores de Riesgo Cardiovasculares en la Menopausia	160	10	0,84	1	0,37	0	1
Valor pronostico de los síndromes maternos placentarios como indicador de RCV en mujeres	161	9	0,55	1	0,499	0	1
Diabetes Mellitus, en mujeres como factor de riesgo coronario mayor que en hombres	162	8	0,65	1	0,477	0	1
Edad factores altos de triglicéridos, bajos de lipoproteínas de baja densidad factores de mayor riesgos cardiovascular en mujeres	161	9	0,2	0	0,405	0	1
Edad mas tardía en mujeres que en hombres de padecer Cardiopatía Isquémica	163	7	0,55	1	0,499	0	1
El sedentarismo en las mujeres es mayor que en el hombre independientemente del nivel cultural y poder adquisitivo	159	11	0,33	0	0,471	0	1
La Obesidad en España afecta en mayor medida a las mujeres de clase social baja	161	9	0,6	1	0,491	0	1
El tabaquismo en las mujeres se focaliza en los grupos con menor nivel cultural y adquisitivo	161	9	0,37	0	0,485	0	1
La tasa de abandono del tabaquismo en Andalucía es mayor en los hombres que en las mujeres	163	7	0,32	0	0,468	0	1

Tabla 30: Estadísticas Descriptivas de los Ítems del cuestionario aciertos

La frecuencia y porcentaje con más alto nivel de aciertos lo ha obtenido el ítem conocimiento de mayor prevalencia de riesgos cardiovasculares en mujeres tras la menopausia con una frecuencia de 134 aciertos y un porcentaje del (84%). Encontramos un 86,8% (99) de aciertos en mujeres y un 75,6 (34) de aciertos en hombres.

8.2.2. Análisis descriptivo de la distribución de aciertos de las respuestas según prevalencia y Género

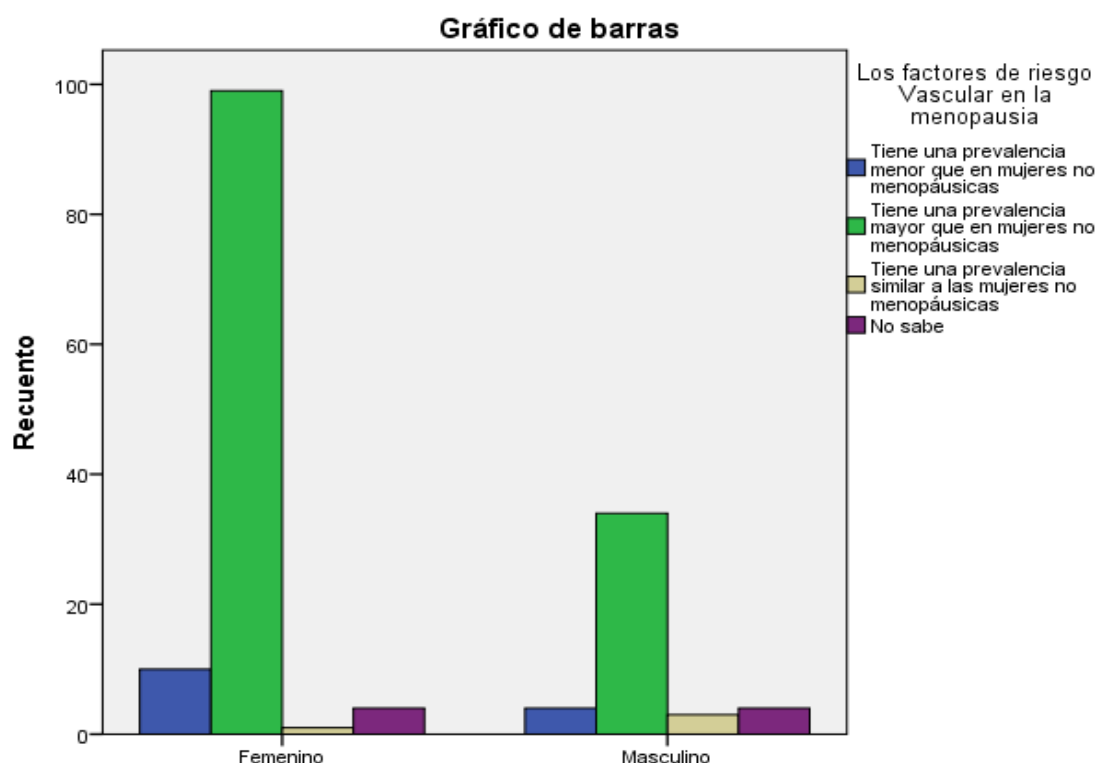


Gráfico 3: Distribución de las respuestas en el ítem "Prevalencia de factores de Riesgo Cardiovasculares en mujeres menopáusicas" según Género

En la distribución de las respuestas en el ítem "Prevalencia de factores de riesgo cardiovasculares en mujeres menopáusicas" observamos que el 84% (134), conoce la mayor prevalencia de factores de riesgo, lo que corresponde al 86,8% (99) de las mujeres y al 75,6% (34) de los hombres; Un 2,5% (4) responde que "El riesgo es similar en todas las mujeres", lo que corresponde al 0,87 (1) de las mujeres y al 8,88% (4) de los hombres; creen que "La prevalencia es menor en mujeres menopáusicas" un 8,2%

(14) lo que corresponde a 0,87% (10) de las mujeres y 8,88 (4) de los hombres; “no saben” 5% que corresponde a 3,50% (4) de las mujeres y 8,88 (4) de los hombres. (Grafico, 3)

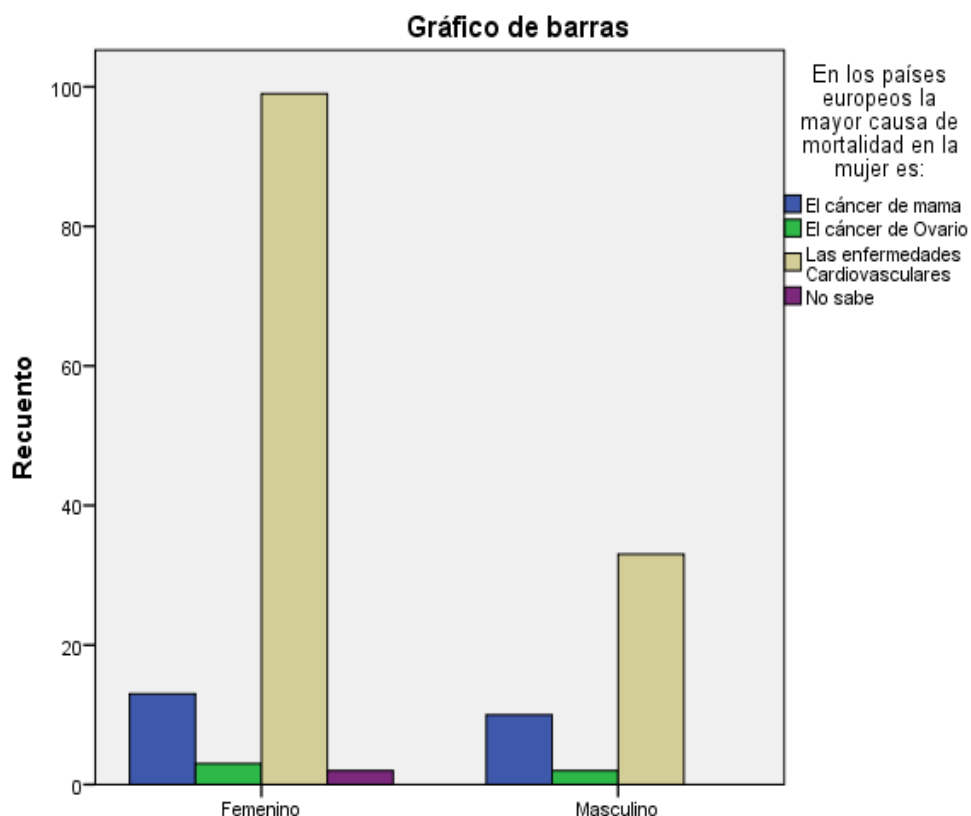


Grafico 4: Distribución de las respuestas al ítem "Mayor causa de mortalidad en las mujeres en los países europeos" según Género.

En la distribución de las respuestas en el ítem “Mayor causa de mortalidad en las mujeres en los países europeos” observamos que responde adecuadamente “las enfermedades cardiovasculares” el 82% (133) de la muestra, lo que corresponde al 84,% (99) de las mujeres y al 73,3% (33) de los hombres; Un 33,3% (4) responde que “CA de ovarios” lo que corresponde al 11,11% (13) de las mujeres y al 22,2 (10) de los hombres; creen que “Ca de Ovarios” un 6% (5) lo que corresponde a 2,56% (3) de las mujeres y 4,44 (2) de los hombres; “no saben” 1,70% (2) de las mujeres (Grafico, 4)

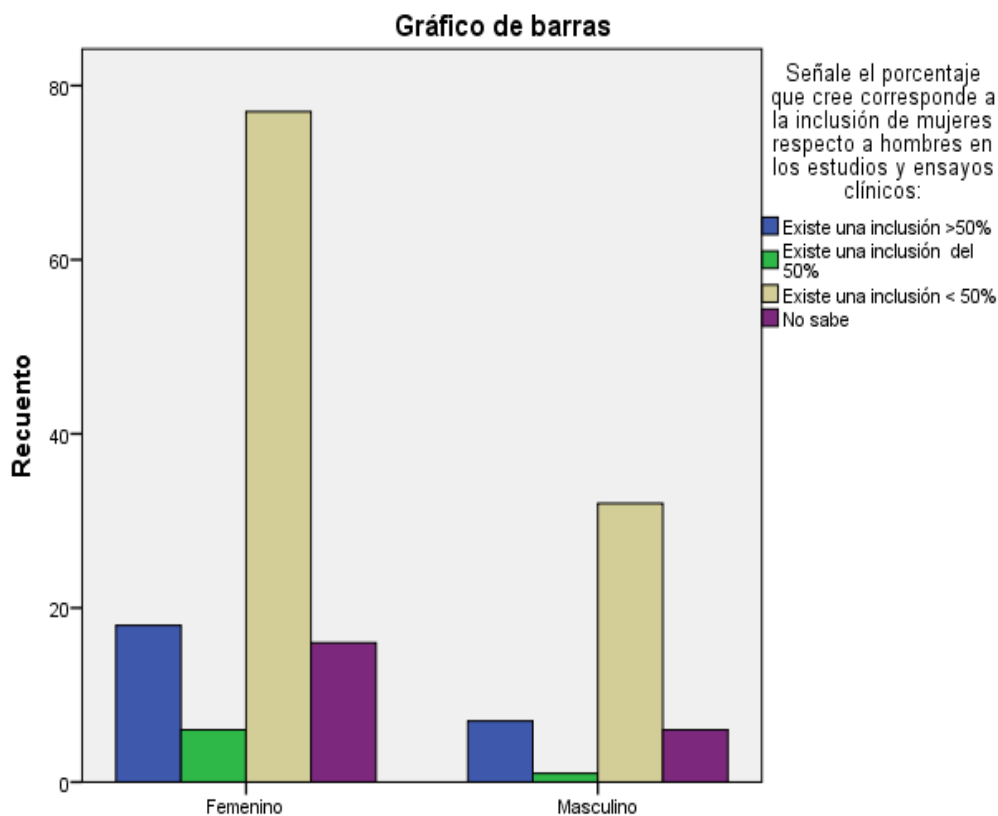


Gráfico 5: Distribución de las respuestas al ítem "Porcentaje de inclusión de mujeres respecto a hombres en los estudios y ensayos clínicos" según Género.

En la distribución de las respuestas en el ítem "Porcentaje de inclusión de mujeres respecto a hombres en los estudios y ensayos clínicos" observamos que responde adecuadamente "Existe una inclusión inferior al 50%" 66% (109) de la muestra, lo que corresponde al 65,4% (77) de las mujeres y al 69,5% (32) de los hombres; Un 15,2, (25) de la muestra, responde que "existe una inclusión superior al 50%" lo que corresponde al 15,38% (18) de las mujeres y al 15,2 (7) de los hombres; creen que "existe una inclusión del 50%" el 4,3% (7) de la muestra lo que corresponde al 5,12%(6) de las mujeres y al 2,17% (1) de los hombres y un 14% (23) de la muestra desconocen el porcentaje lo que corresponde al 14% (22) que corresponde al 13,67% (16) de las mujeres y al 13,4% (6) de los hombres

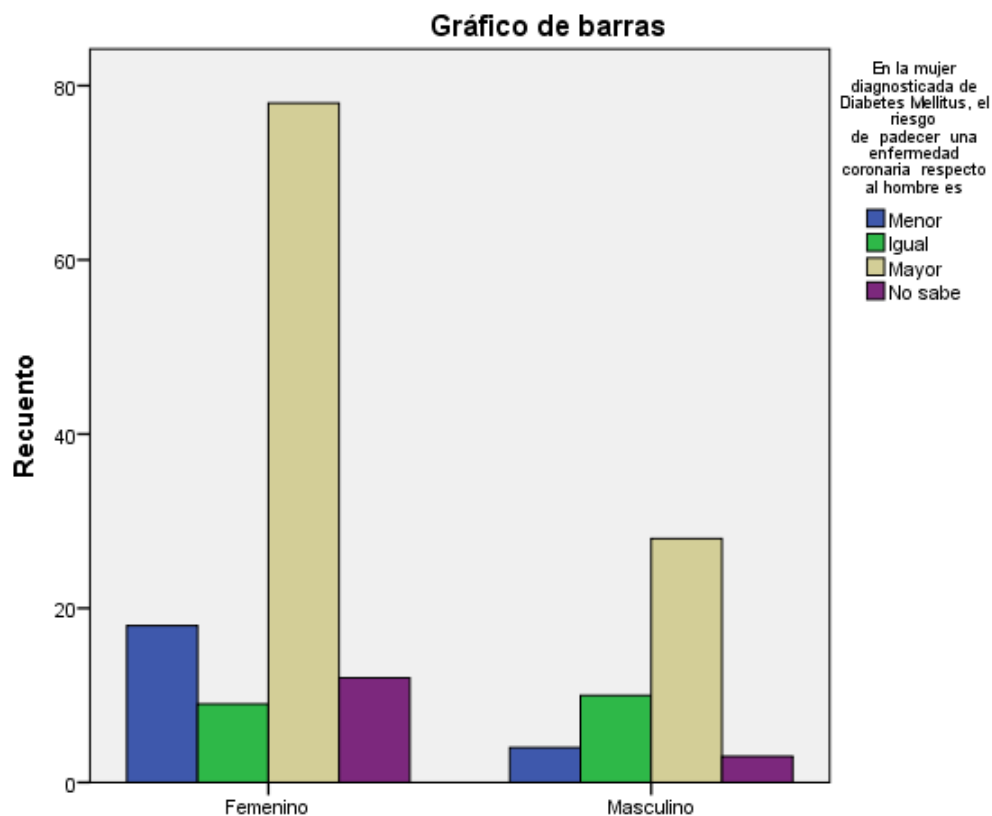


Grafico 6: Distribución de las respuestas al ítem " Riesgo de padecer enfermedad coronaria en la mujer diagnosticada con Diabetes Mellitus, respecto al hombre" según Género.

En la distribución de las respuestas en el ítem "Riesgo de padecer enfermedad coronaria en la mujer Diagnosticada con Diabetes Mellitus, respecto al hombre" podemos observar que responde que "es mayor" con una media del 65% (106) de la muestra que corresponde a 45,8% (78) de las mujeres y un 16,4%(28) de los hombres, frente a un 13.6% (22), 15,3% (18) de las mujeres y al 8,88% (4) de los hombres de la muestra que responde ser "menor". Un 16,9% (14) de la muestra 10,25% de las mujeres y un 6,66% (2) de los hombres responde con un "No sabe". (Grafico, 6)

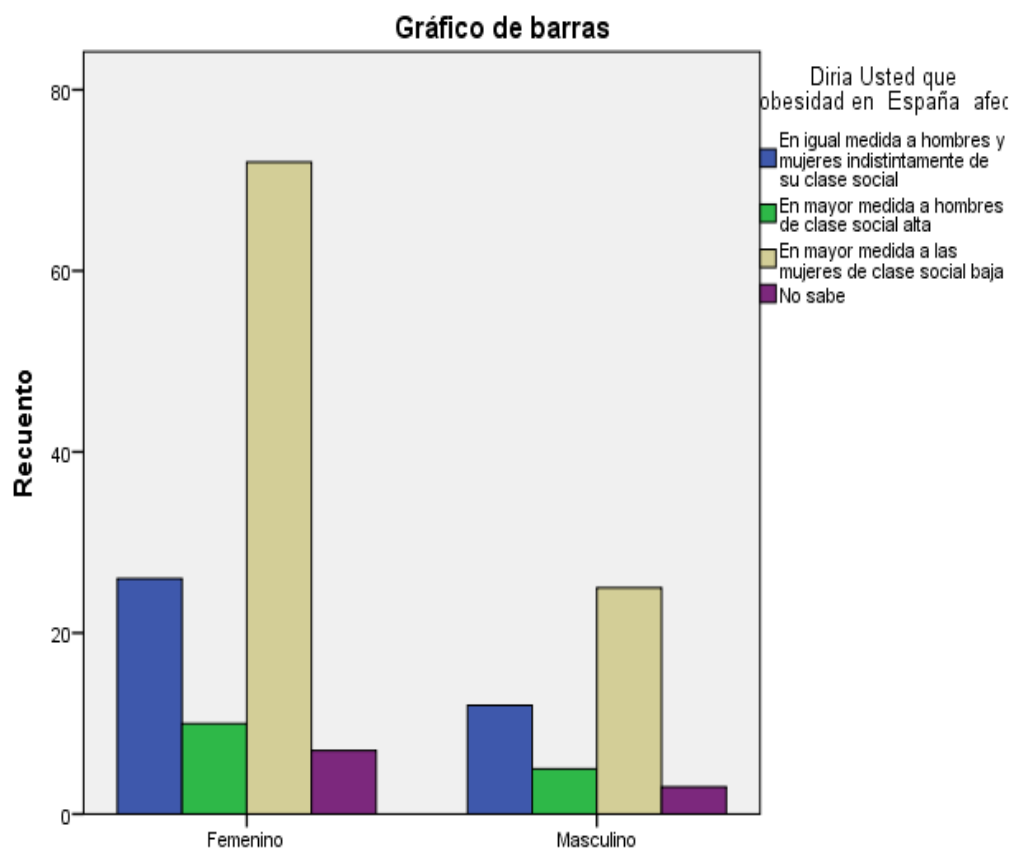


Gráfico 7: Distribución de las respuestas al ítem " Índice de prevalencia de obesidad en España según clase social y sexo", según Género.

En la distribución de la respuesta en el ítem "Índice de Prevalencia de Obesidad en España según clase social y sexo" se puede observar que la respuesta "En mayor medida a las mujeres de clase social baja" obtiene una media en nuestra muestra de 60% (97) que corresponde al 62,2% (72) de las mujeres y a 55,5%(25) de los hombres, frente a una media en nuestra muestra de 9.9% (16) que corresponden 8,6% (10) de las mujeres y 11,1% (5) de los hombres que responden "en mayor medida a hombres con clase social alta", (Gráfico, 7)

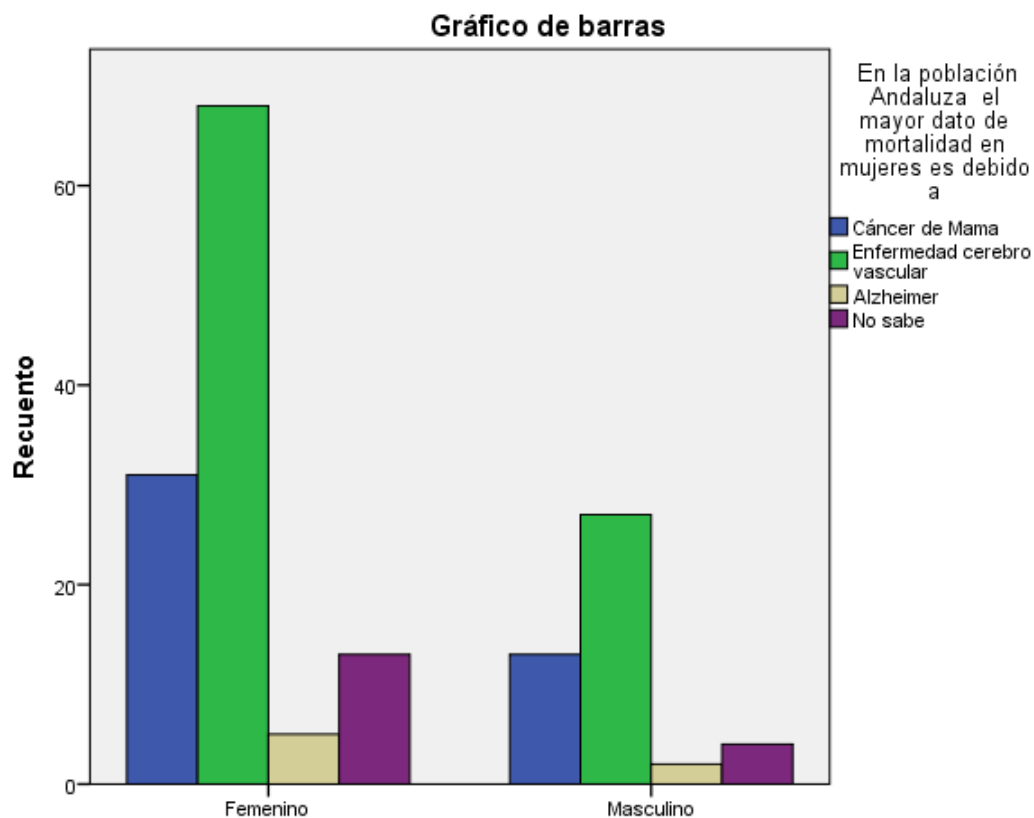


Grafico 8: Distribución de las respuestas al ítem " Mayor dato de mortalidad en mujeres en la población andaluza" según Género.

En la distribución de las respuestas en el ítem “Mayor dato de mortalidad en mujeres en la población andaluza” podemos comprobar que nuestra muestra, de media, responde “Enfermedad cerebro vascular” el 59% (96) que corresponde a 58,1% (68) de las mujeres frente a un 58,6% (27) de los hombres; con la respuesta “cáncer de Mama”, un 26.8% (44) de la muestra, que corresponde a 26,4% (31) de las mujeres y aun 28,2% (13) de los hombres; Con la respuesta “Alzheimer” obtenemos en nuestra muestra una media de respuesta con 4,3% (7) que corresponde a 4,2% (5) de las mujeres y un 4,3% (2) de los hombres. (Grafico, 8).

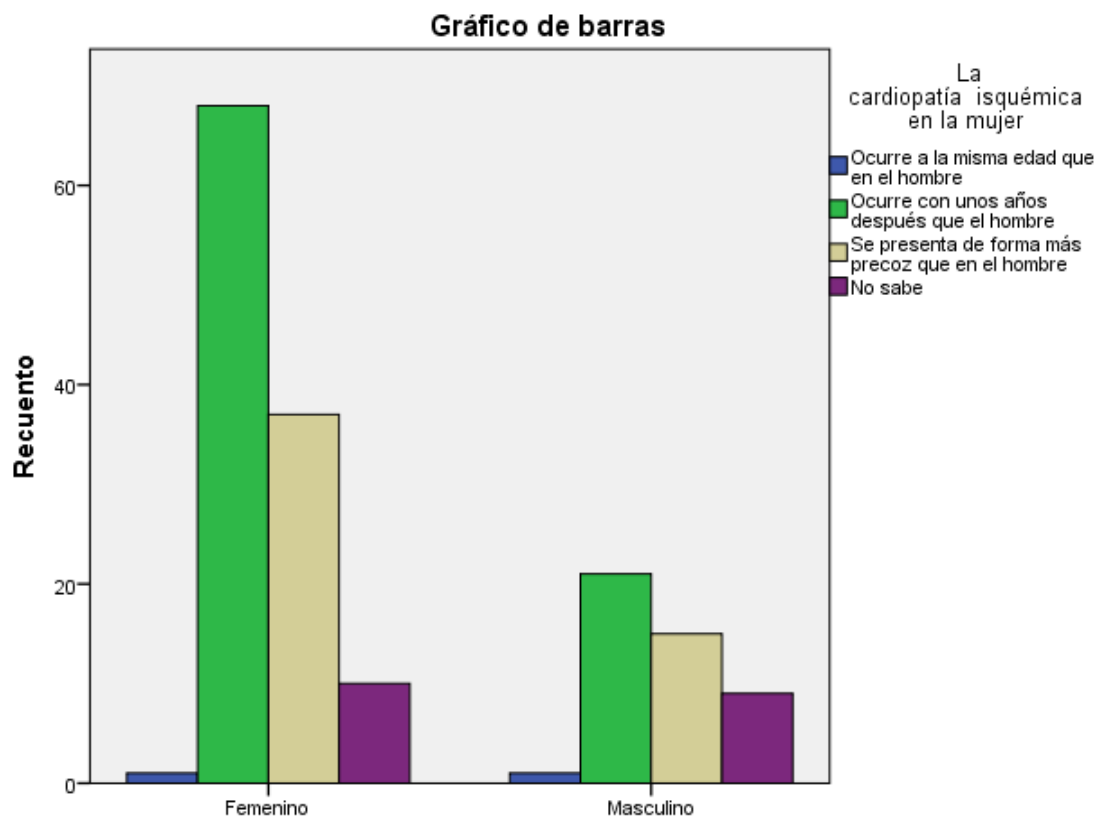


Grafico 9: Distribución de las respuestas al ítem " La cardiopatía isquémica en la mujer ocurre", según Género.

Al observar la distribución de la respuesta en el ítems “La cardiopatía isquémica en la mujer ocurre” podemos comprobar que nuestra muestra, de media, responde “Ocurre unos años después que en el hombre” el 55%, (90) de los cuales 58,1% (68) que corresponde a las mujeres y un 45,6%(21) a los hombres; frente a un 31.9% (52) de los que 31,6% (37) corresponden a las mujeres y el 15% (32) a los hombres que responden “se presenta de forma más precoz”; 1.2% (2) de nuestra muestra responde “la misma edad que en el hombre” que corresponde a 0,8% (1) de mujeres y 2,1% (1) de hombres. (Grafico, 9)

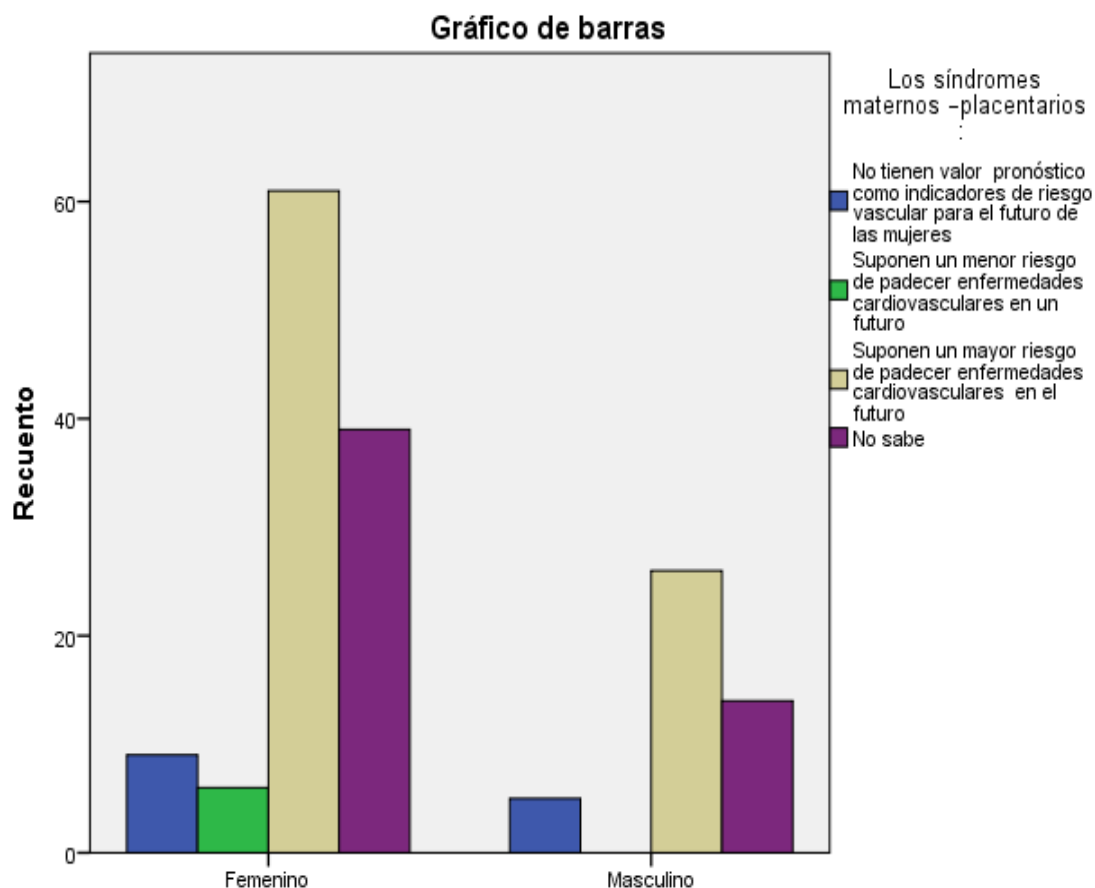


Gráfico 10: Distribución de las respuestas al ítem " Los síndromes maternos-placentarios suponen" según Género.

En la distribución de la respuesta en el ítem "Los síndromes maternos-placentarios suponen" se puede observar que la respuesta "Suponen un mayor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares en el futuro" obtiene una media en nuestra muestra de 55% (88), con un 53% (61) de las mujeres y un 57,7%(26) de los hombres frente a un 32.9% (53) que responden "No saber" de los que 33,9% (39) corresponden a las mujeres y 31,1% (14) corresponden a los hombres. (Gráfico, 10)

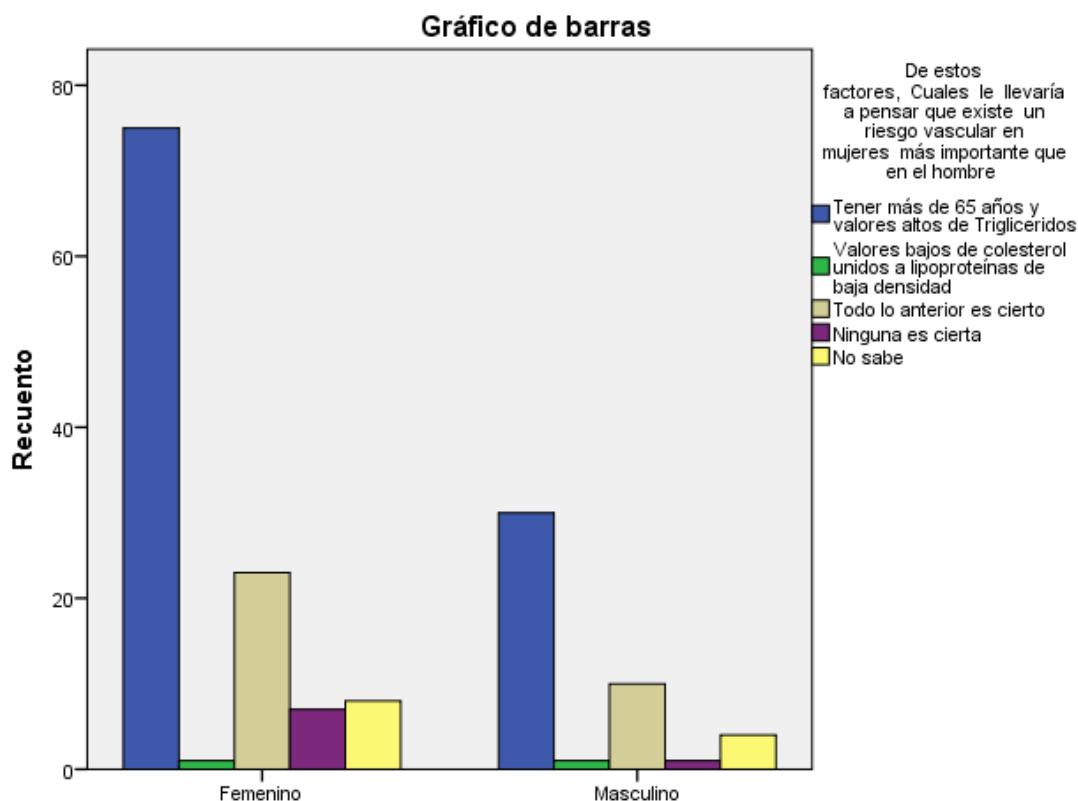


Gráfico 11: Distribución de las respuestas al ítem "Factores que llevan a pensar existe un riesgo cardiovascular más importante que en hombres" según Género.

En cuanto a la frecuencia y porcentaje con el mayor número de fallos o menor número de aciertos, observamos que corresponde al ítem "Factores, que llevan a pensar existe un riesgo vascular en mujeres más importante que en hombres" la distribución de respuesta en nuestra muestra, de media que presenta un 20%, (33), de los cuales 20,1% de las mujeres y 21,7% (10) de los hombres que responden "Todo lo anterior es cierto" como correcto frente a un 65,8% (106) de nuestra muestra que responden "tener más de 65 años y valores altos de triglicéridos" como correcta, lo que corresponde al 65,7% (71) de las mujeres y 6,5% (30) de los hombres. (Gráfico, 11).

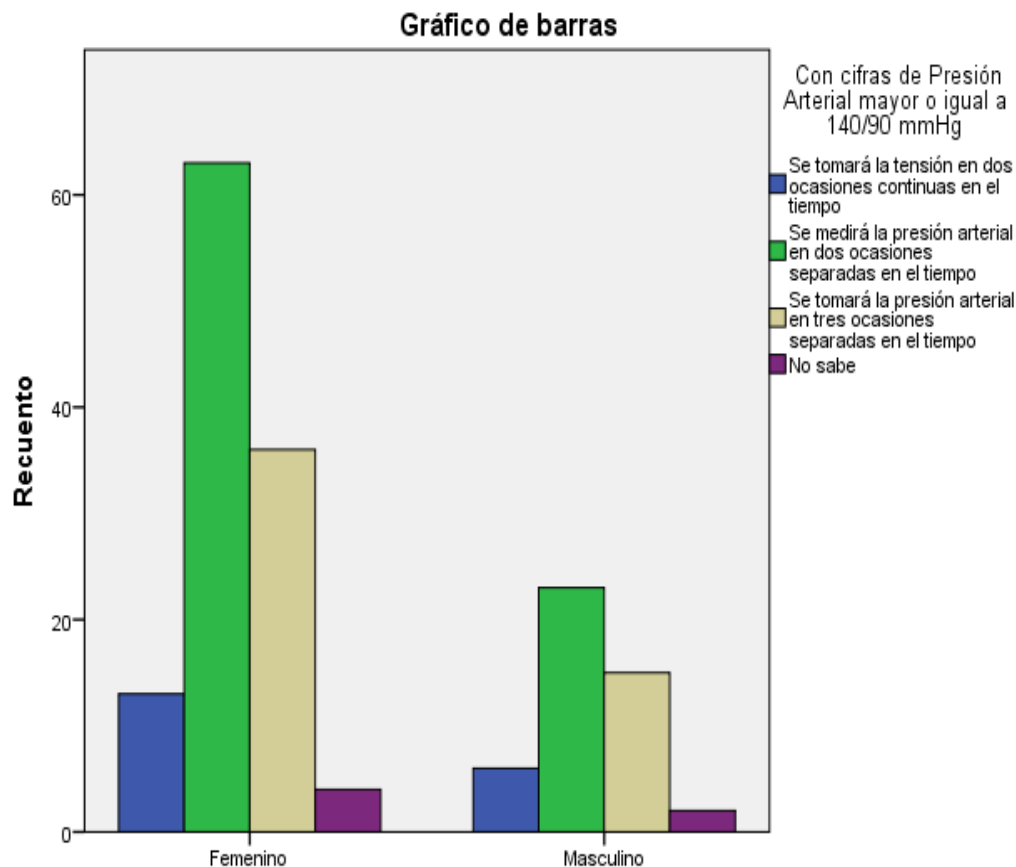


Gráfico 12: Distribución de las respuestas al ítem " Con cifras de Presión Arterial mayor o igual a 140/90 mmHg" según Género.

El segundo ítem con la frecuencia y porcentaje con menor número de aciertos, corresponde al ítem "Con cifras de Presión Arterial mayor o igual a 140/90 mmHg" la distribución de respuesta en nuestra muestra, de media presenta un 31% (51) afirmando que "Se tomara la presión arterial en tres ocasiones separadas en el tiempo" como correcto, las cuales suponen un 54% (63) de las mujeres y un 50% (23) de los hombres, frente a un 54% (87) que responden "Se medirá la presión arterial en dos ocasiones separadas en el tiempo" como respuesta correcta, siendo el 31%(36) de las mujeres y 32%(15) de los hombres.. (Gráfico 12)

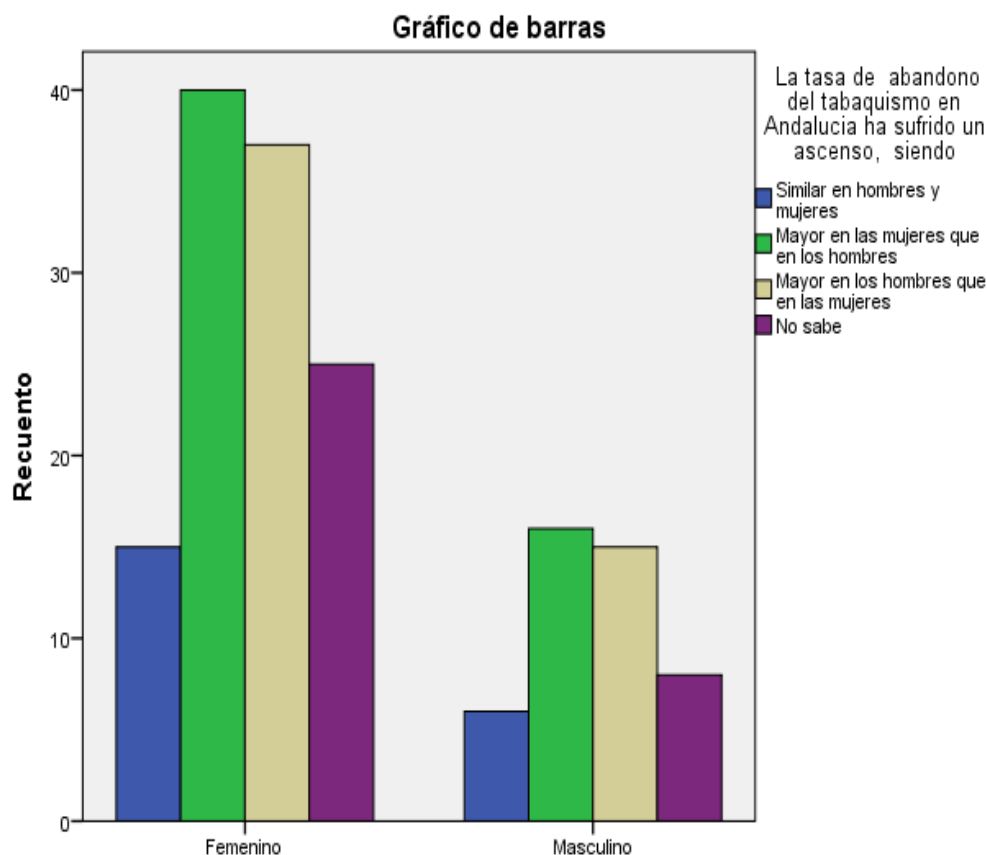


Gráfico 13: Distribución de las respuestas al ítem " La tasa de abandono de tabaquismo en Andalucía ha sufrido un ascenso, siendo", según Género.

El tercer ítem con la frecuencia y porcentaje menor en número de aciertos, corresponde al ítem "La tasa de abandono de tabaquismo en Andalucía ha sufrido un ascenso, siendo" la distribución de respuesta en nuestra muestra, de media que presenta un 32%, (52) lo que supone 31,6% (37) de las mujeres y 33,3% (15) de los hombres afirmando que " mayor en los hombres que en las mujeres" como correcto no siéndola opción correcta, frente a un 35% (56) que responden "Mayor en las mujeres que en los hombres" respuesta correcta, lo que representa un 34,1% (40) de las mujeres y un 35,5% (16) de los hombres; seguida de la respuesta "similar en hombres y mujeres" 12,9% de la muestra con un 12,8% (15) de las mujeres y un 13,3% (6) de los hombres. (Gráfico13)

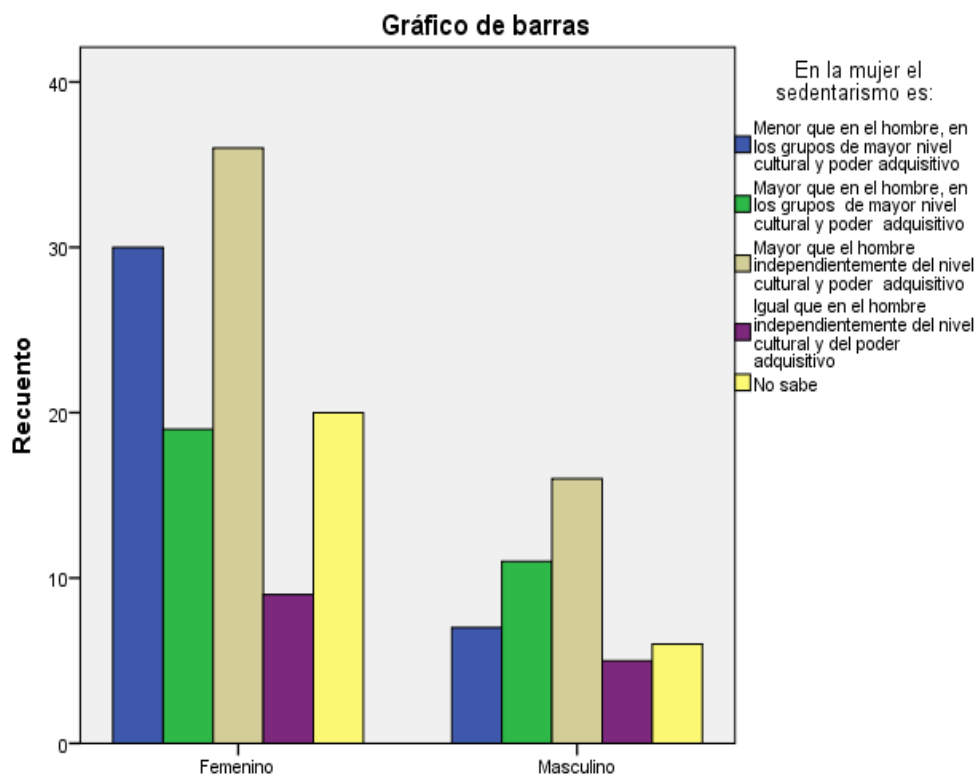


Gráfico 14: Distribución de las respuestas al ítem "Distribución de las respuestas al ítem "En la mujer el sedentarismo", según Género.

Observamos que con la misma frecuencia y puntuación que el Tercer ítems con mayor número de fallos se encuentra el ítems "En la mujer el sedentarismo" donde apreciamos una distribución de respuesta en nuestra muestra, de media que presenta un 33% (52) afirmando que " Mayor que en el hombre independientemente del nivel cultural y poder adquisitivo" lo que corresponde al 31,5%(39) de las mujeres y al 35,5%(16)de los hombres como correcto frente a un 23.3 (37) de nuestra muestra, que corresponden a un 26,3(30)de las mujeres y 15,5% (7)de los hombres, que responden " Menor que en el hombre, en los grupos de mayor nivel cultural y poder adquisitivo" como respuesta correcta, seguida de la respuesta "Mayor que en el hombre en los grupos de mayor nivel cultural y poder adquisitivo" 18.9% (30) que corresponden a un 16,6% (19) de las mujeres y 24,4% (11)de los hombres. (Gráfico 14)

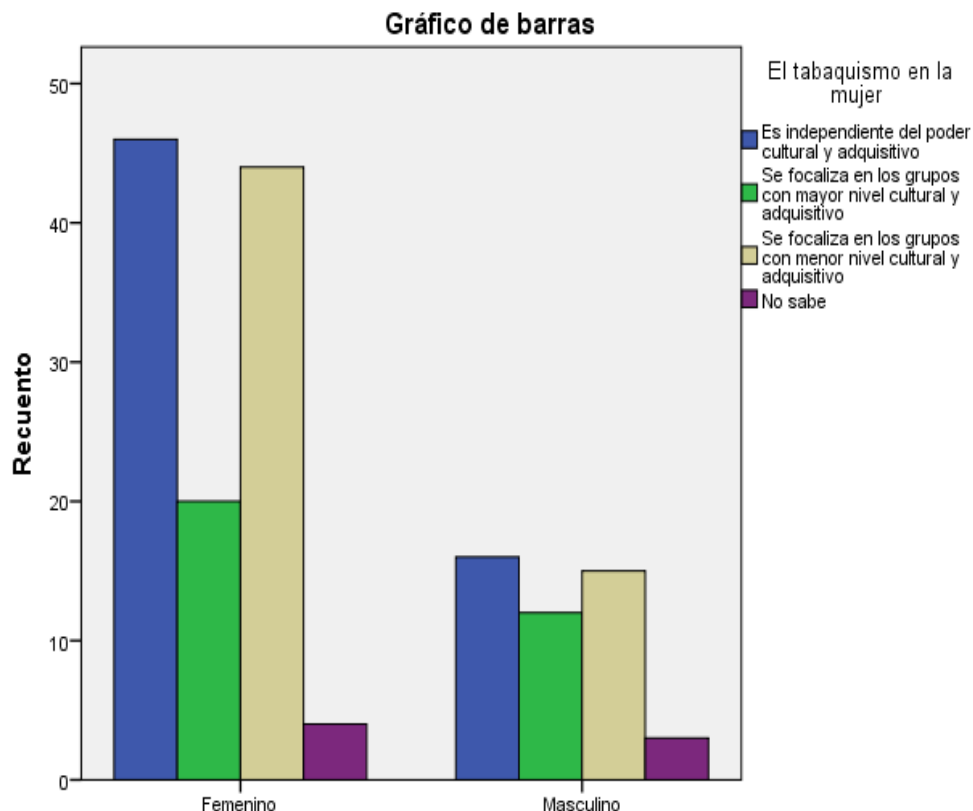


Gráfico 15: Distribución de las respuestas al ítem "El tabaquismo en la mujer".

Por último observamos como el ítem "El Tabaquismo en la mujer" obtiene una distribución de respuesta en nuestra muestra, de media que presenta un 37% (59) lo que corresponde al 38% (44) en las mujeres y 32,6% (15) en los hombres, en la respuesta correcta "Se focaliza en los grupos con menor nivel cultural y adquisitivo" frente al 38.5% (62) lo que corresponde a 40,35% (46) de las mujeres y a un 34,7% (16) de los hombres, que refiere como correcto "Es independiente del poder cultural y adquisitivo" seguido del 19.9% (32), que corresponde a 17,5% (20) de las mujeres y 26% (12) de los hombres, que eligen la respuesta "Se focaliza en los grupos con mayor nivel cultural y adquisitivo, . (Gráfico, 15)

8.3. Objetivos Secundarios:

Objetivo 1: Identificar las Dimensiones de Riesgo Cardiovasculares, con mayor nivel de conocimiento en los estudiantes de Grado Enfermería

8.3.1. Análisis descriptivo de las dimensiones que componen el cuestionario

A continuación procederemos a realizar un análisis descriptivo de los resultados obtenidos en las dimensiones que componen nuestro cuestionario donde se encuentran agrupados todos los ítems en tres dimensiones: Dimensión Epidemiografica; Dimensión Factores de riesgo, propios de las mujeres y la dimensión Estilo y Hábitos de Vida.

ÍTEMS	N		Media	Mediana	Desviación típica	Mínimo	Máximo
	Validos	Perdidos					
Porcentaje Aciertos Dimensión Epidemiografica	165	5	58,94	50	27,043	0	100
Porcentaje Aciertos Cuestionario Conocimiento Factores diferenciales RCV mujeres	164	6	54,88	60	20,856	0	100
Porcentaje Aciertos en la Dimensión Estilos y Hábitos de vida	164	6	39,79	50	25,95	0	100

Tabla 31: Medias obtenida aciertos de las diferentes Dimensiones del cuestionario.

Como podemos observar la dimensión con mayor porcentaje de aciertos corresponde a la Dimensión Epidemiografica. La media de aciertos se encuentra en el 58,94%. En contraposición encontramos que los porcentajes más bajo en aciertos lo obtiene la dimensión Estilos y Hábitos de vida donde el porcentaje medio de aciertos se encuentra en torno a 39,79%. La Dimensión Factores diferenciales de RCV en mujeres ha obtenido una media de 54,88% de aciertos. (Tabla, 31)

8.3.2. Análisis descriptivo de la Dimensión Epidemiografica.

En la Dimensión Epidemiografica podemos comprobar que con cuatro aciertos hay un 14,5%, (24); el 32,7%, (54) obtienen un total de tres aciertos, siendo el mismo porcentaje de alumnos los que han obtenido dos aciertos. Por el contrario un 6%, (10) no han acertado ninguna de las respuestas y un 13,9%, (23) con solo uno. (Grafico16)

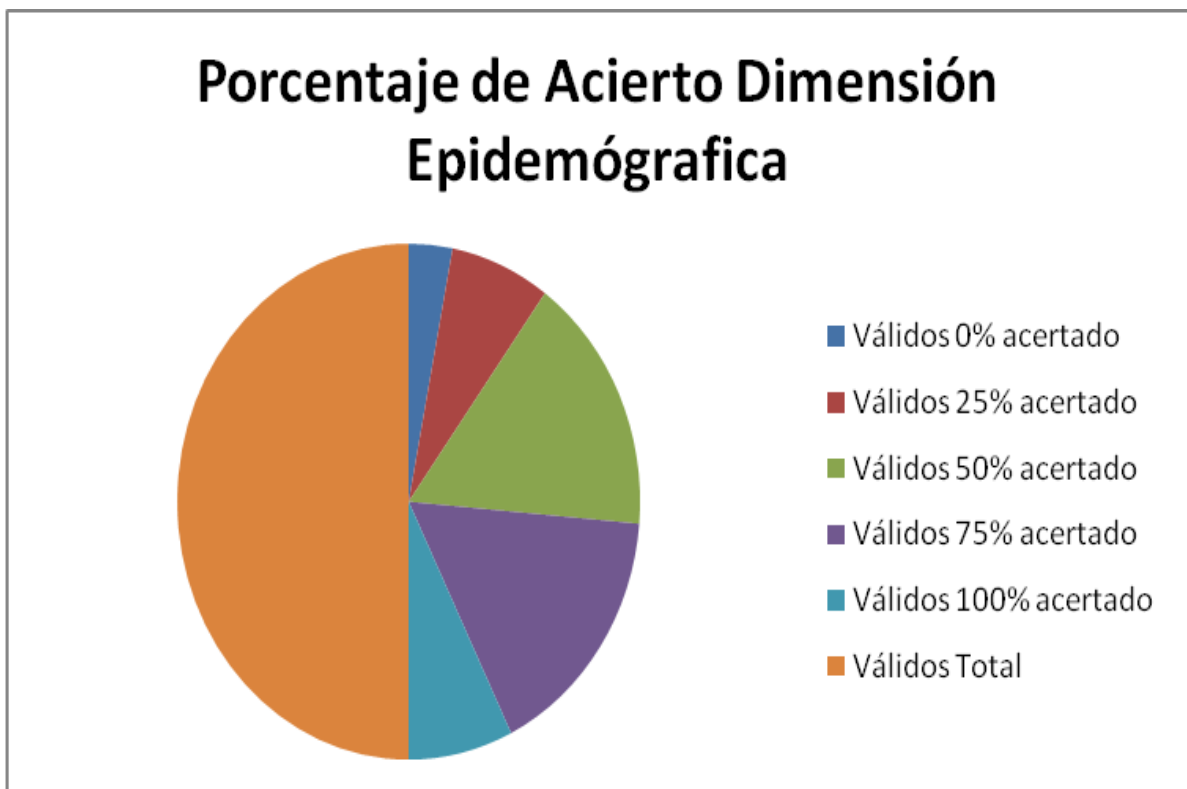


Grafico 16: Distribución Porcentajes de aciertos según respuestas Dimensión Epidemiografica.

8.3.3 Análisis descriptivo de la Dimensión Estilos y Hábitos de Vida.

En esta dimensión podemos observar que es donde se obtiene el menor porcentaje de aciertos de las tres analizadas. Con cuatro aciertos tan solo encontramos 3% (5), con tres aciertos 17,1% (28), seguidos de 31,1% (51) con dos aciertos, obteniendo el porcentaje más alto de aciertos tan solo un acierto 33,5% (55). Con ningún acierto 15,2 (25). (Grafico, 17).

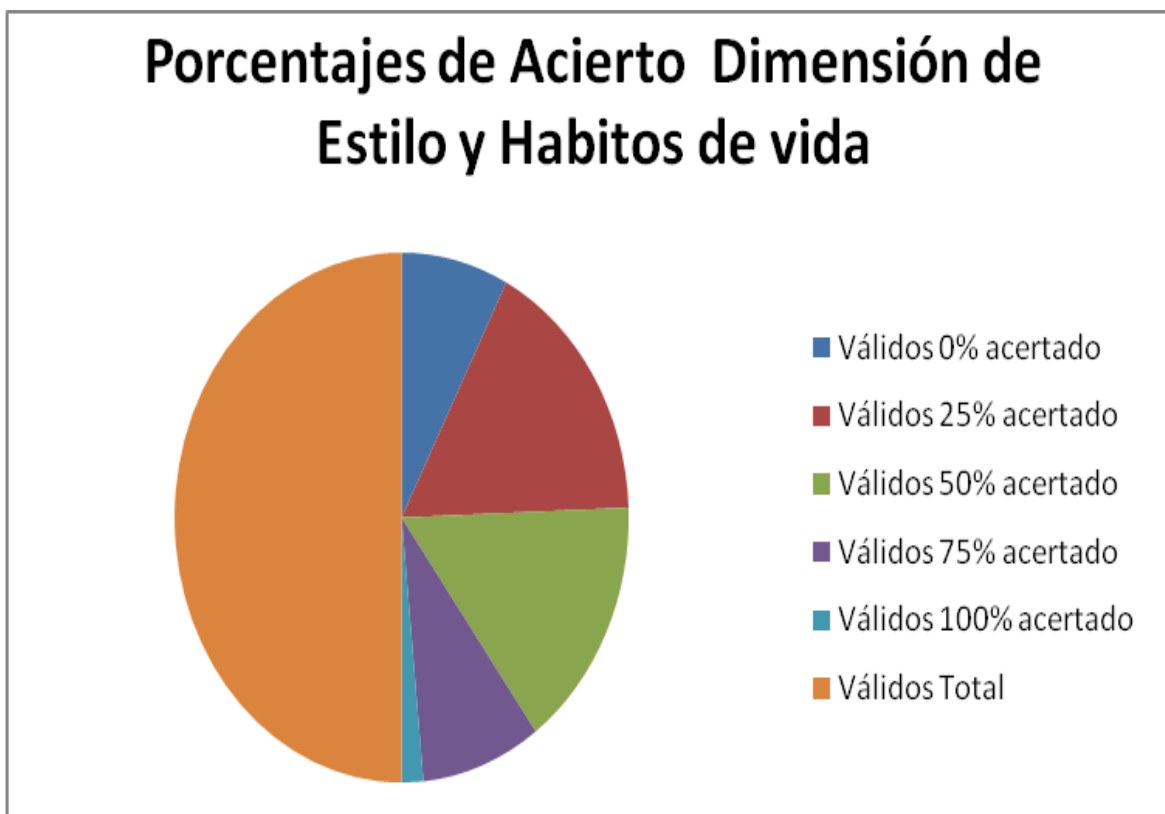


Grafico 17: Distribución porcentajes de aciertos según respuestas de la Dimensión Hábitos y Estilos de Vida

8.3.4. Análisis descriptivo de la Dimensión Factores de Riesgos propios de las mujeres.

En esta dimensión podemos comprobar como con todas las preguntas correctas se obtiene un porcentaje de 3,7% (6), seguido de un 20,7% (34) con cuatro aciertos, con un total de tres aciertos hay 33,5% (55), con dos acertadas 31,7% (52) y con un acierto 9,1% (15). El porcentaje de 1,2% (0) corresponde a cero respuesta acertada. (Grafico18)

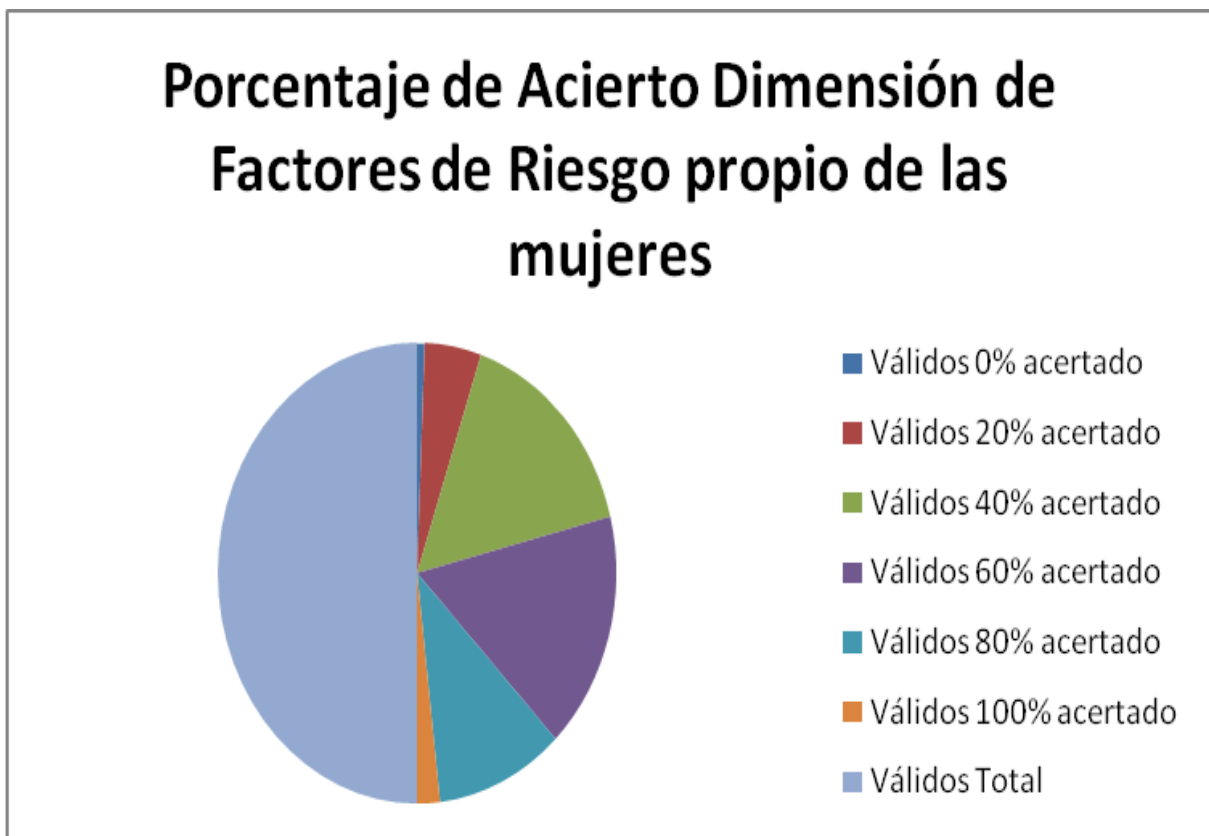


Gráfico 18: Distribución Porcentajes de aciertos respuestas en la Dimensión de Factores de Riesgos Propios de las mujeres

8.4. Objetivo nº 3: Análisis de diferencias de aciertos de las distintas dimensiones en función del Género.

Se procedió a un análisis comparativo para tratar de determinar si existían diferencias significativas en las respuestas acertadas en las distintas dimensiones en función del Género y Curso en los componentes de nuestra muestra, mediante un análisis paramétrico Chi- cuadrado.

8.4.1. Análisis de diferencias de aciertos Dimensión Epidemiografica en función Género.

En esta dimensión encontramos los siguientes porcentajes de aciertos conseguidos en las diferentes respuestas según Género.

El Porcentaje de aciertos en la respuesta “Causa mortalidad en La Unión Europea más prevalente en mujeres” según nivel de estudios corresponde a 85% (99) en mujeres y 73%(33) hombres. Siendo la diferencia estadísticamente significativa $p=0,098$

El Porcentaje de aciertos en la respuesta “Causa mortalidad en Comunidad Andaluza más prevalente en mujeres” según nivel de estudios ha sido 58% (68) en mujeres y 59%(27) hombres. No siendo la diferencia estadísticamente significativa $p=0,946$

El Porcentaje de aciertos en la respuesta “Porcentaje de inclusión de mujeres respecto a hombres en los estudios y ensayos clínicos” según nivel de estudios ha sido 66% (77) en mujeres y 70%(32) hombres: No siendo la diferencia estadísticamente significativa $p=0,647$

El Porcentaje de aciertos en la respuesta “Cifras Hipertensión y metodología de Medición T. A.” según nivel de estudios ha sido 31% (36) en mujeres y 33%(15) hombres. No siendo la diferencia estadísticamente significativa $p=0,846$

El Porcentaje total de aciertos en la dimensión Epidemiografica según Género estudios con porcentajes en la media de 60% mujeres y 59% en hombres, no constituye una diferencia estadísticamente significativa $p= 0,438$ (Grafico 20)

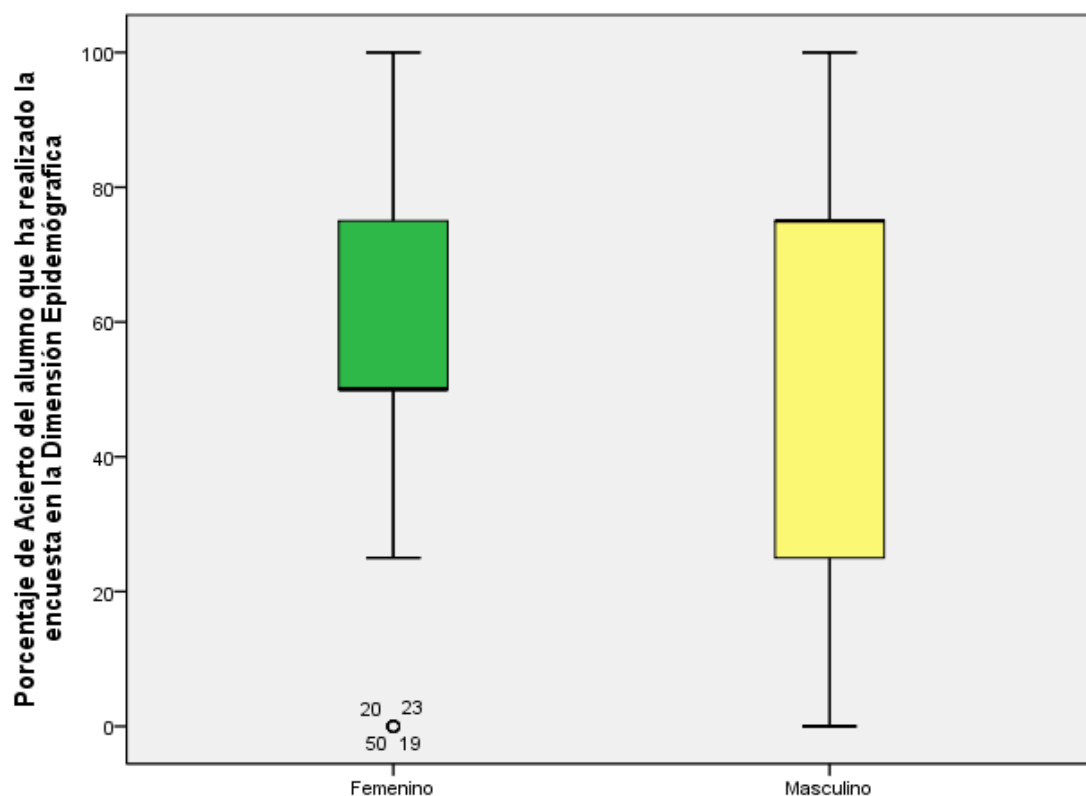


Gráfico 19: Distribución porcentaje de aciertos de Alumnos que han realizado la encuesta en la Dimensión Epidemiografica, según Género

8.4.2. Análisis de diferencias de aciertos Dimensión Factores de riesgos propios de las mujeres en función del Género.

En esta dimensión encontramos los siguientes porcentajes de aciertos conseguidos en las diferentes respuestas según Género:

El Porcentaje de aciertos en la respuesta “Prevalencia de Factores de Riesgo Cardiovasculares en la Menopausia” según Género ha sido 87% (99) en mujeres y 76%(34) hombres. Siendo la diferencia estadísticamente significativa $p=0,083$

El Porcentaje de aciertos en la respuesta “Valor pronostico de los síndromes maternos placentarios como indicador de RCV en mujeres” según Género ha sido 53% (61) en mujeres y 58% (26) hombres. No siendo la diferencia estadísticamente significativa $p=0,589$

El Porcentaje de aciertos en la respuesta “Diabetes Mellitus, en mujeres como factor de riesgo coronario mayor que en hombres” según Género ha sido 67% (78) en

mujeres y 62% (28) hombres. No siendo la diferencia estadísticamente significativa $p=0,594$

El Porcentaje de aciertos en la respuesta “Edad factores altos de triglicéridos, bajos de lipoproteínas de baja densidad factores de mayor riesgos cardiovascular en mujeres.” según Género ha sido 20% (23) en mujeres y 22% (10) hombres: No siendo la diferencia estadísticamente significativa $p=0,825$

El Porcentaje de aciertos en la respuesta “Edad más tardía en mujeres que en hombres de padecer Cardiopatía Isquémica” según Género ha sido 59% (68) en mujeres y 46%(21) hombres, no siendo la diferencia estadísticamente significativa $p=0,135$

El Porcentaje total de aciertos en la dimensión Factores de riesgos propios de las mujeres” según género con porcentajes en la media de 57% mujeres y 51% en hombres no constituye una diferencia estadísticamente significativa $p=0,136$ (Grafico 20)

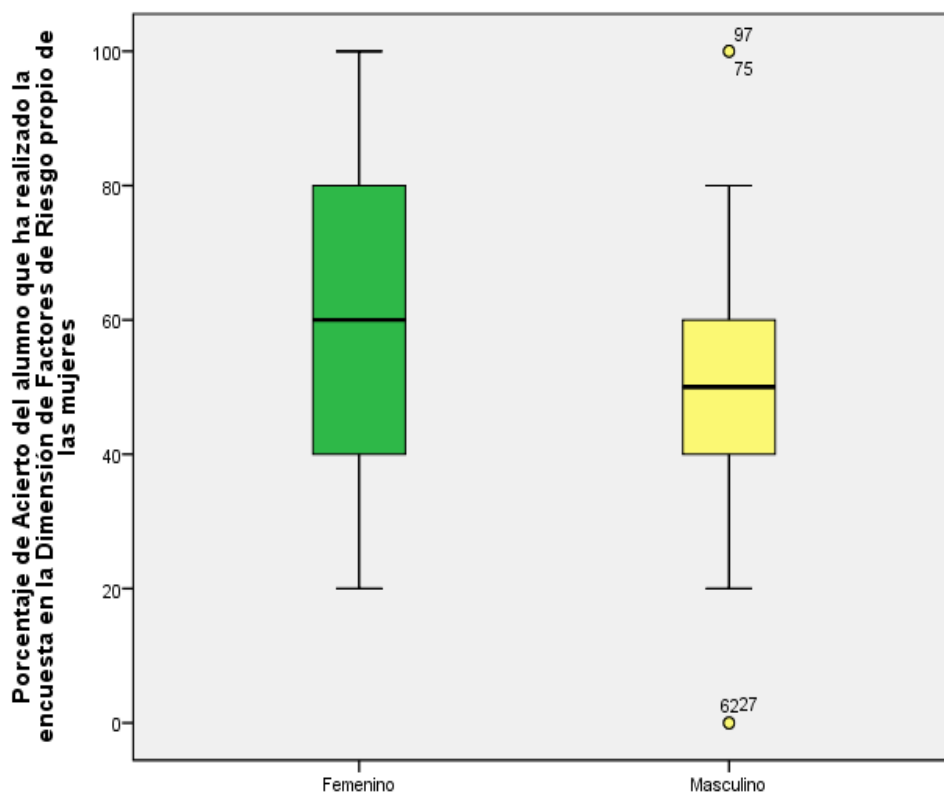


Grafico 20: Distribución de porcentajes de aciertos Dimensión Factores de Riesgos propios de las mujeres, según Género.

8.4.3. Análisis de diferencias de aciertos Dimensión de Estilos y Hábitos de vida en función del Género.

En esta dimensión encontramos los siguientes porcentajes de aciertos conseguidos en las diferentes respuestas según Género:

El Porcentaje de aciertos en la respuesta “El sedentarismo en las mujeres es mayor que en el hombre independientemente del nivel cultural y poder adquisitivo” según Género ha sido 32% (36) en mujeres y 36% (16) hombres, no siendo la diferencia estadísticamente significativa $p=0,630$

El Porcentaje de aciertos en la respuesta “La Obesidad en España afecta en mayor medida a las mujeres de clase social baja” según Género ha sido 63% (72) en mujeres y 56% (25) hombres no siendo la diferencia estadísticamente significativa $p=0,412$

El Porcentaje de aciertos en la respuesta “El tabaquismo en las mujeres se focaliza en los grupos con menor nivel cultural y adquisitivo” según Género ha sido 39% (44) en mujeres y 33%(15) hombres, no siendo la diferencia estadísticamente significativa $p=0,477$

El Porcentaje de aciertos en la respuesta “La tasa de abandono del tabaquismo en Andalucía es mayor en los hombres que en las mujeres” según Género ha sido 32% (37) en mujeres y 33%(15) hombres, no siendo la diferencia estadísticamente significativa $p=0,835$

El Porcentaje total de aciertos en la dimensión Estilos y Hábitos de vida según género con porcentajes en la media de 41% mujeres y 40% en hombres. No constituye una diferencia estadísticamente significativa $p=0,928$ (Grafico 21)

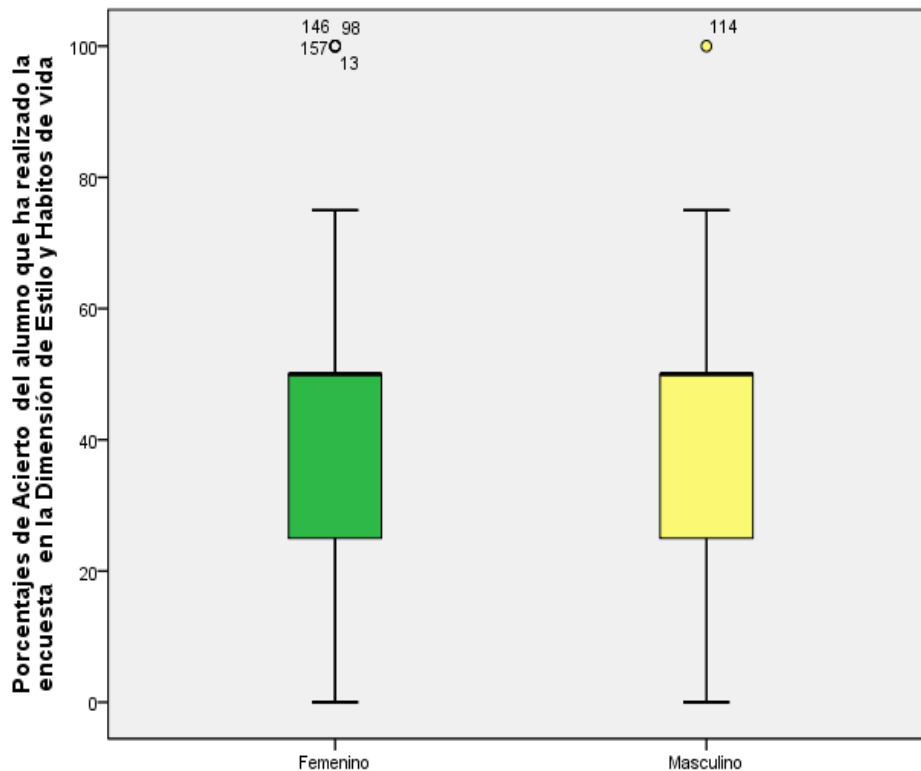


Grafico 21: Distribución de porcentajes de aciertos Dimensión Estilos y Hábitos de vida, según Género.

8.5. Objetivo nº4: Análisis de diferencias de aciertos en función del Nivel de estudios.

Tras realizar un análisis descriptivo y analítico de los porcentajes de aciertos obtenidos en las distintas dimensiones según nivel de estudios, hemos encontrado que el Porcentaje de aciertos en la respuesta “Valor pronostico de los síndromes maternos placentarios como indicador de RCV en mujeres” según nivel de estudios con 62% (49) en tercer curso y 46% (37) en cuarto curso. Tiene diferencia estadísticamente significativa $p=0,046$

CAPÍTULO 9. DISCUSIÓN

El objetivo General del estudio era Analizar el nivel de conocimiento de los estudiantes de Grado Enfermería de la UMA, sobre los Factores de riesgos Cardiovasculares en mujeres y su relación con las características sociodemograficas, desde una perspectiva de género

El conocimiento de los factores de riesgo vasculares en la mujer, en las titulaciones universitarias que abarcan el ámbito del proceso salud-enfermedad, es poco conocido ya que tras una búsqueda bibliográfica de estudios de investigación en este Área, no hemos encontrado un estudio de estas características.

Los publicados se ciñen al conocimiento de factores de riesgo cardiovasculares en general, sin abordar dimensiones propias de las mujeres y Género. Es por ello que el estudio comparativo de los resultados obtenidos ha de ser extrapolado a investigaciones realizadas en estudios similares, aunque con diferencias explicitas en cuanto al Género.

Cabe destacar que como formación universitaria de Grado no hay publicaciones en nuestro entorno al respecto, pues anteriormente la titulación era una Diplomatura Universitaria, por lo que el programa académico actual tiene marcadas diferencias con los anteriores.

En nuestro estudio el Ítem con mayor número de respuestas acertadas con el porcentaje más elevado 84% ha sido, la prevalencia de factores de riesgos vasculares en mujeres menopáusicas, y además con mayor número de aciertos en mujeres. Siendo estadísticamente significativo, según Género.

Las puntuaciones obtenidas se hallan en un nivel superior a las encontradas por Engler (1.992) en el estudio realizado a 50 alumnos de Enfermería tras finalizar su formación de grado y previo ingreso a un curso de post grado, para determinar los conocimientos que tenían sobre Factores de Riesgo cardiovasculares en School of Nursmg at the University of California, San Francisco, en las que el 59% respondía conocer dicho factor.

Estos factores eran también escrutados por Ying Wu (2011) en la Universidad de Beijing. En un estudio multicentrico y compartido por profesores de Enfermería,

Enfermeras y alumnos de Enfermería sobre conocimiento y estilos de vida en la prevención de los Riesgos Cardiovasculares, en el que 74% de los estudiantes de Enfermería conocían, la respuesta. Sin embargo los datos obtenidos entre estudiantes Universitarios por Spillman (2003) en la Universidad Miami, demuestran que solo 36,0% de las mujeres y el 18,5% de los hombres respondieron correctamente, a la pregunta de que a mayor edad en las mujeres aumenta el riesgo. En este mismo estudio solo el 8,3% de las mujeres y el 7,0% de los hombres podrían identificarlo como factor de riesgo.

Pese a constituir las enfermedades cardiovasculares la mayor causa de muerte en mujeres a nivel mundial europeo y Autonómico, encontramos que ante la pregunta de cuál es la principal causa de muerte en las mujeres en Europa, en nuestro estudio el 82%, un 84% de mujeres y 73% de hombres lo conocían e identificaban, siendo el segundo ítem con mayor número de aciertos, encontrando diferencias significativamente estadísticas según Género. Badir (2014) en el estudio realizado sobre el conocimiento de la enfermedad cardiovascular en estudiantes de Enfermería de pregrado turcos informa que solo el 20,4% de mujeres y el 14% de los hombres reconocían la enfermedad cardiovascular como causa principal de mortalidad en las mujeres, Los estudios realizados en la Universidad de Navarra a alumnos de medicina encuentra que el 86,7% de los encuestados, no conoce que la mortalidad por enfermedad cardiovascular es más frecuente entre mujeres; así como Martínez Pastor (2009)(Pastor et al., 2009) en la Universidad Católica San Antonio, de Murcia señalan que el 31,1% de los Estudiantes Universitarios respondían que la mayor causa de fallecimiento en nuestro país son las Enfermedades Cardiovasculares, 32% en los hombres frente al 30,5% en mujeres, dejando en primer lugar como causa de muerte a los accidentes. Es por ello que nuestra media se encuentra en niveles de conocimiento superior a todos los estudios consultados.

En la misma línea Spillman (2003) expone que los Universitarios del Medio Oeste al ser preguntados sobre las principales causas de muerte a nivel mundial, las mujeres percibieron que las principales causas de muerte, son las enfermedades del corazón

31,5% y los accidentes 13,7%. Los hombres percibieron que la mayoría de las muertes fueron por enfermedades del corazón 24,4%, cáncer 24,4%.

También los resultados de nuestra investigación obtienen una calificación menor si circunscribimos a nuestra comunidad la respuesta de mayor causa de mortalidad en las mujeres como el Accidente Cerebrovascular, que desciende al 59% en el nivel de conocimiento, lo que corresponde a 58,1% de las mujeres frente a un 58,6% de los hombres, muy cercano a los resultados obtenidos por Arredondo (2009) en Navarra donde los estudiantes de medicina llegan a conocer este factor en el 57%.

La baja participación de las mujeres en los estudios y ensayos clínicos, inferior al 35%, genera un sesgo en la generación del conocimiento científico al extrapolar los datos conseguidos en un colectivo mayoritario de hombres a la población femenina. Esta apreciación es reconocida por los alumnos de nuestro estudio con una puntuación de 66% de media, que corresponde al 65,4% de las mujeres y al 69,5% de los hombres. No hemos encontrado referencia en los estudios escrutados a esta dimensión, aunque en todas las guías de práctica clínica de prevención de Riesgos Cardiovasculares y recomendaciones de la Unión Europea y AHA podemos observar que supone un sesgo en la generación del conocimiento científico. Es por ello que la investigadora cree que la incorporación de la asignatura Género a los estudios de Enfermería confiere un valor añadido a la visión holística y análisis de las desigualdades en el campo de la salud, al observar la tasa de conocimiento de los estudiantes.

En la misma dimensión encontramos que los riesgos asociados a padecer una enfermedad coronaria en las mujeres diagnosticadas de Diabetes Mellitus, es mayor que en hombres, lo que conoce un 65% de los estudiantes de nuestra muestra que corresponde a 45,8% (78) de las mujeres y un 16,4%(28) de los hombres. En esta misma línea se encuentran los datos obtenidos por Arredondo (2009), no así por Spillman (2003) donde, solo una parte muy pequeña de los estudiantes eran capaces tanto en hombres como en mujeres de discriminar que la Diabetes Mellitus constituye un factor de riesgo mayor en mujeres. Si bien su estudio comprendía una miscelánea

de estudiantes universitarios a diferencia de los antes mencionados circunscritos a áreas del conocimiento en salud.

Referida a la importancia de la obesidad como factor de riesgo tanto en mujeres como en hombres, es reconocida en las investigaciones realizadas a estudiantes por Ying Wu, (2011) donde el 97% lo conoce, aunque solo el 44,6% reconoce poder dar consejos para modificar hábitos dietéticos. Así como en los estudiantes de Medicina en Navarra, donde el 88,6% de estos lo discriminan como factor de riesgo en la población (Arredondo, 2009). Sin embargo como elemento discriminador de iniquidad y desigualdad en relación a la clase social (Ortiz, 2011) vemos que es reconocido con valores medios, en nuestra muestra, 60% que corresponde al 62,2% de las mujeres y a 55,5% de los hombres.

Arredondo (2009) sondea el conocimiento de la cardiopatía isquémica con alteración más frecuente en los hombres lo que es conocido en un 60%, con diferencia significativamente estadística en mayor grado en los estudiantes de sexto curso de medicina en relación al resto. No se explora la importancia de la aparición de esta alteración en la mujer de más avanzada edad, lo que sí ha sido reconocido, por lo estudiantes de nuestra muestra, con una puntuación del 55%, de los cuales 58,1% que corresponde a las mujeres y un 45,6% de los hombres. Indistintamente en hombres como en mujeres.

Painter (2006) recoge la importancia de detectar los Síndromes maternos placentarios como riesgo de desarrollar eventos cardiovasculares tanto en las madres, como en las criaturas, aunque la prevención debe contemplar todas las facetas de la vida de ambos no hemos encontrado referencia en las investigaciones referidas a estudiantes, siendo uno de los ítems que se encuentran con un conocimiento ligeramente superior, 55% con un 53% de las mujeres y un 57,7% de los hombres: sin diferencias estadísticas entre los alumnos de nuestra muestra.

Pese a la importancia de la asociación que existe en tener factores altos de triglicéridos, bajos de colesterol, lipoproteínas Ceconi (2012) este factor unido a la edad, en las mujeres pasa a ser el más desconocido en nuestro estudio, 20%, de los

cuales 20,1% de las mujeres y 21,7% de los hombres reconocen saberlo. Lo que coincide con los hallazgos de Badir (2014) donde el 35,4% responde conocerlo, aunque referido el riesgo tanto a mujeres como a hombres. A diferencia de Ying Wu (2011) donde el 46% de los estudiantes lo conocían, y el estudio Engler (1992) donde se obtenía un 55% de conocimiento, si bien este estudio comprendía a Médicos y Enfermeros titulados.

González-López (2009) identifica varias áreas de mejora en la técnica y conocimiento de la toma de la Tensión arterial, tanto en estudiantes de enfermería como en estudiantes de medicina en la Universidad Autónoma de Madrid. Sus resultados al igual que los obtenidos en este estudio reflejan errores en la monitorización y número de mediciones de la Tensión Arterial que se debe de realizar ante una sospecha de hipertensión, cuando esta se realiza en los centros e instituciones, a fin de evitar el sesgo del síndrome conocido como de las “batas Blancas”.

Dada la importancia de poder incidir en factores de riesgos modificables en una población el conocimiento sobre Estilos y Hábitos de vida cobra especial relevancia en todas investigaciones consultadas. Ying Wu (2011) y Badir (2014) evidencian como los estudiantes en sus respectivas investigaciones y en gran medida demostraban poco conocimiento sobre la importancia de intervenir y actuar en la prevención de estos riesgos asociados al sedentarismo, obesidad y habito tabáquico, si bien referidos a espectros de población general, no al ámbito específico de inequidades asociadas al Género.

En consonancia con lo hallado en nuestro estudio, también Engler (1992) encuentra lagunas en el conocimiento de la inferencia en los factores de riesgos modificables, tanto por enfermeras como por médicos. Macfall (2009) ante los resultados obtenidos en su investigación realizada a estudiantes de enfermería sobre la importancia de la prevención primaria y secundaria de factores de riesgos cardiovasculares en correlación con los estilos y hábitos de vida de los propios estudiantes, concluye en la necesidad de aumentar el conocimiento en la enseñanza de los cambios en las modificaciones de factores de esta dimensión. Obtenemos el menor resultado de

conocimiento en los factores donde más se puede intervenir al ser posible desde la autogénesis un cambio efectivo.

Es en la dimensión Epidemiografica donde se encuentran los ítems de conocimientos en resultados de prevalencia e incidencia de factores de riesgos diferenciados en mujeres Engler (1.992), Spillman (2003) Martínez Pastor (2009), donde se obtiene un alto porcentaje de aciertos en relación a estudios similares, al igual que la Dimensión de factores Propios de las mujeres.

Por el contrario la dimensión de Estilos y hábitos de Vida de nuestro estudio, es donde se han alcanzado las puntuaciones más bajas, en la misma línea que Engler (1992 Macfall (2009), Ying Wu (2011) y Badir (2014). Siendo está la dimensión donde las intervenciones enfermeras pueden obtener mayor índice de resultados en la modificación de estos factores, Maas (2011), Peterson (2012)

Al igual que en nuestra investigación, la gran mayoría de las personas que estudian Enfermería continúan siendo mujeres Macfall (2009) Ying Wu (2011) Badir (2014), lo que está en consonancia con el acto de cuidado ligado al Género.

Cabe señalar que entre los hábitos explorados en los estudios referenciados, la habituación tabáquica alcanza niveles muy bajos, acorde con los resultados de Martínez y Barón (2011) realizado en la Universidad de Málaga sobre consumo de tabaco y otras sustancias entre los estudiantes, donde tampoco se aprecia significación estadística, en relación al Género. Por el contrario en el análisis de estudio de vida de los estudiantes universitarios relacionados con las enfermedades Cardiovasculares de la Universidad Católica San Antonio de Murcia demuestra que las mujeres fuman más que los hombres con significación estadística.

Macfall (2009) no encuentra significación estadística entre las variables y el tipo de estudiante, la edad y el sexo al igual que en nuestro estudio no se pueden asociar con las actitudes hacia la eficacia de la prevención primaria o la prioridad de la investigación de la prevención cardiovascular.

Sin embargo los resultados de Badir (2014) encuentran diferencias significativas en relación al Género en su estudio realizado en Turquía.

De todos los ítems analizados tan solo hemos encontrado diferencia estadísticamente significativa en “Valor pronostico de los síndromes maternos placentarios como indicador de RCV en mujeres” según nivel de estudios siendo mayor el conocimiento en los estudiantes de tercer curso, respecto a los de cuarto. Arredondo (2009) no encuentra diferencia significativamente estadística entre los conocimientos adquiridos sobre Riesgos cardiovasculares entre los estudiantes de primero, cuarto y sexto curso de Medicina.

Tras la incorporación de la asignatura Género y Salud Arroyo (2014) ha realizado un estudio cualitativo en estudiantes de Grado de Enfermería en la Universidad de Sevilla. Entre otras dimensiones, realiza una exploración comparativa en el ámbito de la salud y la influencia de la asignatura aplicada a este campo. En sus resultados manifiesta no encontrar diferencias en la categoría salud, tras pasar un cuestionario previo a la docencia de la signatura y posterior.

Aun siendo nuestro estudio muy específico en relación al conocimiento adquirido por los estudiantes en los factores de Riesgo Cardiovascular diferenciados en mujeres, los resultados obtienen un porcentaje de conocimiento en consonancia con los estudios Ying Wu (2011) y Badir (2014).

CAPÍTULO 10. CONCLUSIONES

En este capítulo mostramos algunas conclusiones a la que hemos llegado y su relación con los objetivos que planteamos en nuestro estudio, así como en base a los resultados obtenidos, y las repercusiones que creemos más importantes de las mismas.

Los resultados conseguidos mediante nuestro trabajo nos permiten una serie de conclusiones. Las que iremos exponiendo vinculadas con los objetivos planteados al inicio.

Nuestro objetivo principal era Analizar el nivel de conocimiento de los estudiantes de Grado Enfermería de la UMA, sobre los Factores de Riesgos Cardiovasculares en mujeres y su relación con las características sociodemograficas, desde una perspectiva de género.

Para poder llevar a cabo nuestro estudio fue necesario la creación de un cuestionario es profeso ya que es un campo donde no existen precedentes similares.

Respecto al objetivo nº 1: Analizar el nivel de conocimiento que los estudiantes de Enfermería de grado en la Universidad de Málaga tienen sobre los Factores de Riesgos Cardiovasculares en mujeres y su relación con las características sociodemograficas, desde una perspectiva de género, lo que a continuación pasaremos a desglosar según nivel de conocimientos en cada Ítem.

1.- La media de conocimiento mediante respuestas acertadas obtenida por la totalidad de de la muestra, se sitúa en una puntuación media de conocimiento. No existiendo diferencias según Género.

2-La media de conocimiento de la prevalencia de riesgos cardiovasculares en la menopausia constituye el factor de riesgo con más puntuación obtenida lo que indica un alto grado de conocimiento. Existiendo mayor número de aciertos entre las mujeres. Con significación estadística, según Género.

3- La media de conocimiento sobre la causa de mortalidad mayor, de las mujeres de la Unión Europea por Eventos Cardiovasculares obtiene una puntuación elevada lo que

indica un alto grado de conocimiento. Con mayor número de aciertos entre las mujeres. Encontrando significación estadística según Género.

4- La media de conocimiento respecto a la inclusión de mujeres en estudios y ensayos clínicos inferior al 50%, obtiene una puntuación con un nivel medio alto de conocimiento. Sin significación según Género.

5- La media de conocimiento sobre el mayor riesgo de padecer enfermedad coronaria en la mujer Diagnosticada con Diabetes Mellitus, respecto al hombre, obtiene una puntuación elevada lo que indica un alto grado de conocimiento. Sin significación según Género.

6.- La media de conocimiento obtenida, respecto a la obesidad como factor de riesgo más prevalente en mujeres de clase social baja y pocos recursos, nos indica un nivel medio alto de conocimientos. Con mayor media entre las mujeres Siendo significativo según Género.

7.- La media obtenida al reconocer la Enfermedad cerebrovascular como causa principal de muerte en la comunidad Andaluza, la sitúa en un rango medio de conocimientos. Sin diferencia según Género.

8.-Al analizar las respuestas al Ítem la cardiopatía Isquémica ocurre en la mujer unos años después que en el hombre observamos que la media obtenida en conocimiento, la emplaza a una posición media. Sin significación según Género.

9.-Los síndromes maternos placentarios como factor predictor de desarrollar una enfermedad vascular obtiene tasa media de respuesta en su conocimiento. Sin significación según Género.

10.-El Tabaquismo en las mujeres como factor de riesgo y su prevalencia mayor en mujeres, con menor nivel cultural y menor poder adquisitivo, obtiene una media baja en conocimientos. Sin significación según Género.

11.- La media de respuestas acertadas al discriminar el sedentarismo como factor de riesgo en la mujer con mayor prevalencia en las mujeres ha sido baja. Sin significación según género.

12.-La tasa de abandono del hábito tabáquico en menor medida por las mujeres ha obtenido un bajo índice de conocimiento. Sin significación según Género.

13.- La medición de la TA en tres veces separadas en el tiempo ante la sospecha de hipertensión, ha conseguido bajas tasas de conocimiento. Sin significación según Género.

14.- El factor de Riesgo con menor número de conocimientos corresponde a la asociación de edad, colesterol y lipoproteínas de baja densidad, que infieren mayor riesgo de eventos cardiovasculares a las mujeres. No teniendo significación según Género

Respecto al Objetivo Nº 2 Describir las Dimensiones de Factores de Riesgos Cardiovasculares según nivel de conocimientos de los estudiantes

15. Teniendo en cuenta el número de respuestas conocidas, el porcentaje mayor de aciertos ha correspondido a la dimensión Epidemiografica

16- Teniendo en cuenta el número de respuestas conocidas, la Dimensión de Factores propios de las mujeres obtiene una media de conocimiento, muy cercana a la obtenida a la dimisión Epidemiografica.

17- Teniendo en cuenta el número de respuestas conocidas, La dimensión donde se obtiene el menor nivel de media, ha sido la Dimensión de Hábitos y Estilos de vida. Siendo esta la dimensión desde la cual más se puede actuar desde la prevención primaria y secundaria.

Respecto al Objetivo Nº3. Identificar las Dimensiones de Factores de Riesgos Cardiovasculares, según nivel conocimiento y Género.

18-Teniendo en cuenta el Género como factor diferencial en el conocimiento de las Dimensiones a estudio, encontramos que entre los hombres y las mujeres, no existe significación estadística en el conocimiento de las dimensiones a estudio.

Respecto al Objetivo Nº 4. Identificar las Dimensiones de Factores de Riesgos cardiovasculares, según nivel de conocimiento y curso.

19- Teniendo en cuenta el nivel de estudios, como factor diferencial en el conocimiento de las Dimensiones a estudio, no se encuentra diferencia significativa entre los alumnos de tercero y cuarto curso.

CAPÍTULO 11. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

Tras exponer las conclusiones que el trabajo ha aportado, queremos pasar a mencionar las limitaciones que posee:

En primer lugar, encontramos dificultad para generalizar los resultados obtenidos a estudiantes de Grado de Enfermería de la UMA sobre Factores diferenciales de Riesgos Cardiovasculares a otras Facultades de Ciencias de la Salud. Todos los participantes de la muestra son estudiantes de tercero y cuarto de Grado de dos centros pertenecientes a la misma Facultad y Universidad.

Teniendo en cuenta que el estudio se realiza en las primeras promociones de Grado de Enfermería, adaptado al EEEs, con la incorporación de asignaturas como Género y Salud con carácter transversal, no disponemos de datos de estudios similares para poder realizar una réplica con otros resultados.

La realización del estudio cerca de los exámenes finales, creemos que pudo influir en el número reducido de la muestra.

El instrumento de medición utilizado fue confeccionado es profeso para este estudio por una comisión de expertos, mediante técnica Delphi, al no encontrar ninguno capaz de dar respuestas a los objetivos de la investigación es por ello que entre las limitaciones del instrumento podamos encontrar:

La subjetividad propia del grupo de expertos al elegir las dimensiones e ítems; lo que nos puede llevar a pensar que aun apoyados en evidencias, pueden no siempre ajustarse al contexto de estudio.

El instrumento de medición al ser, autoinformado, puede presentar limitaciones inherentes a dicha característica, entre ellas la baja tasa de respuestas.

CAPÍTULO 12. PROSPECTIVA

Ante los resultados obtenidos en nuestro estudio, una vez barajados las metas y las limitaciones de este, nos podemos plantear futuras líneas de trabajo e investigación en el campo de la generación del conocimiento y enseñanza sobre las características diferenciales de factores de riesgo desde una perspectiva de Género.

Nuestro estudio, se ha efectuado tras la incorporación de la disciplina Enfermería al Espacio Europeo de Educación Superior, lo que ha supuesto un cambio en la configuración académica, con la incorporación de nuevas asignaturas como Género y Salud, que se ve abocada a impregnar con carácter transversal las diferentes áreas del conocimiento en los estudiantes de Enfermería. Es por ello que sería significativo poder contar con resultados posteriores que nos otorguen conocer su progresión e incidencia. De ahí la idoneidad de continuar con un estudio prospectivo que nos permitiera la comparativa y análisis de la evolución en el tiempo.

Hemos realizado en nuestro estudio un análisis descriptivo con variables sociodemográficas y académicas referidas al conocimiento de Factores de Riesgo Cardiovasculares con características diferenciales en mujeres, en los estudiantes de Enfermería. Creemos al estar presente diferencias significativas determinadas por el Género en otras dimensiones del proceso salud enfermedad, estas pueden ser exploradas mediante diferentes estudios con diseños tanto cuantitativos como cualitativos en el colectivo de estudiantes de Enfermería.

Tras haber realizado un análisis descriptivo donde sondeamos el conocimiento de Factores de Riesgo Cardiovasculares, en estudiantes de Enfermería, pensamos que otra línea de investigación futura de interés consistiría en ampliar los estudios tanto de conocimiento como de actitudes en estudiantes de otras titulaciones de Ciencias de la Salud donde la categoría Género suponga un factor discriminativo y su conocimiento un valor añadido.

CAPÍTULO 13. BIBLIOGRAFÍA

- Abejón, E. G. (2010). LA ATROSCLEROSIS COMO DESENCADENANTE DE LA PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud, 7. Recuperado a partir de <http://www.uax.es/publicacion/la-aterosclerosis-como-desencadenante-de-la-patologia-cardiovascular.pdf>
- Abellán García, A., Pujol Rodríguez, R., & others. (2013). Un perfil de las personas mayores en España, 2013. Indicadores estadísticos básicos. Recuperado a partir de <http://digital.csic.es/handle/10261/101816>
- ACTUALIZACIÓN, M., VIOLENCIA, M., & MANIFESTACIÓN, M. (2006). de Sanidad y Consumo (Observatorio de la Salud de la Mujer) y. Recuperado a partir de http://195.64.186.10/va/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/presentacion_PFFPGS.pdf
- Adams, K. F., Fonarow, G. C., Emerman, C. L., LeJemtel, T. H., Costanzo, M. R., Abraham, W. T., ... others. (2005). Characteristics and outcomes of patients hospitalized for heart failure in the United States: rationale, design, and preliminary observations from the first 100,000 cases in the Acute Decompensated Heart Failure National Registry (ADHERE). *American heart journal*, 149(2), 209–216.
- Aguirre, R. (2009). Las bases invisibles del bienestar social. El trabajo no remunerado. Recuperado a partir de http://www.inmujeres.gub.uy/innovaportal/file/19682/1/10_libro_las_bases_invisibles.pdf
- Akl, E. A., Gaddam, S., Gunukula, S. K., Honeine, R., Jaoude, P. A., & Irani, J. (2010). The effects of waterpipe tobacco smoking on health outcomes: a systematic review. *International Journal of Epidemiology*, 39(3), 834–857.
- Alario, M. (2005). Estadísticas y desagregación de datos con perspectiva de género. Jornadas de El Mainstreaming de Género en la nueva agenda política.
- Alberti, K., Eckel, R. H., Grundy, S. M., Zimmet, P. Z., Cleeman, J. I., Donato, K. A., ... Smith, S. C. (2009). Harmonizing the Metabolic Syndrome A Joint Interim Statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity. *Circulation*, 120(16), 1640–1645.
- Alcón, C. D. (1986). Los cuidados y la profesión enfermera en España. Ediciones Pirámide. Recuperado a partir de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=175976>
- Alonso, J., Bueno, H., Bardají, A., García-Moll, X., Badia, X., Layola, M., & Carreño, Á. (2008a). Influencia del sexo en la mortalidad y el manejo del síndrome coronario agudo en España. *Revista española de cardiología suplementos*, 8(4), 8D–22D.

- Alonso, J., Bueno, H., Bardají, A., García-Moll, X., Badia, X., Layola, M., & Carreño, Á. (2008b). Influencia del sexo en la mortalidad y el manejo del síndrome coronario agudo en España. *Revista española de cardiología suplementos*, 8(4), 8D–22D.
- Amaya, E. T., Soca, P. E. M., Lage, L. A. C., & Lozano, Y. S. (2012). Factores de riesgo y prevención de la cardiopatía isquémica. *Correo Científico Médico*, 1000(16), 2.
- Amaya, M. G., Vallejo, J. M. B., & Jaureguialde, B. M. (2003). La construcción del Espacio Europeo de Educación Superior: entre el reto y la resistencia. *Aula abierta*, (82), 173–190.
- Amo Alfonso, M. (2008). Guía para facilitar la incorporación de la perspectiva de género en los planes integrales de salud. Recuperado a partir de <http://www.repositoriosalud.es/handle/10668/1651>
- Anguita, M., Alonso, J., Bertomeu, V., Gómez-Doblas, J. J., López-Palop, R., Pedreira, M., ... Roig, E. (2008a). Diseño general del proyecto de estudio sobre la situación de la enfermedad cardiovascular de la mujer en España. *Revista española de cardiología suplementos*, 8(4), 4D–7D.
- Anguita, M., Alonso, J., Bertomeu, V., Gómez-Doblas, J. J., López-Palop, R., Pedreira, M., ... Roig, E. (2008b). Diseño general del proyecto de estudio sobre la situación de la enfermedad cardiovascular de la mujer en España. *Revista española de cardiología suplementos*, 8(4), 4D–7D.
- Arber, S., & Khlaf, M. (2002). Introduction to 'social and economic patterning of women's health in a changing world'. *Social science & medicine*, 54(5), 643–647.
- Arellano, O. L., Escudero, J. C., & Moreno, L. D. C. (2008). Los determinantes sociales de la salud: una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales sobre la Salud, ALAMES. *Medicina Social*, 3(4), 323–335.
- Arias-Gundín, O., Fidalgo, R., & Nicasio García, J. (2008). El desarrollo de las competencias transversales en magisterio mediante el aprendizaje basado en problemas y el método de caso. *Revista Investigación Educativa*, 26(2), 431.
- Armani, C., Landini Jr, L., & Leone, A. (2009). Molecular and biochemical changes of the cardiovascular system due to smoking exposure. *Current pharmaceutical design*, 15(10), 1038–1053.
- Arós, F., Loma-Osorio, A., Bosch, X., González Aracil, J., López-Bescós, L., Marrugat, J., & others. (2001). en nombre de los investigadores del registro RISCÍ. Manejo del infarto de miocardio en España (1995-99). Datos del registro de infartos de la Sección de Cardiopatía Isquémica y Unidades Coronarias (RISCÍ) de la Sociedad Española de Cardiología. *Rev esp cardiol*, 54, 1033–40.
- Arredondo, J., Herranz, A., Saiz, R., Vázquez, I., Nuin, J. J. B., & del Burgo, C. L. (2007). Estudio sobre el conocimiento de factores de riesgo cardiovascular en estudiantes de medicina. *Revista de medicina*, 51(4), 3-8.

- Artalejo, F. R. (2004). El plan integral de cardiopatía isquémica 2004-2007. *Economía y salud: boletín informativo*, 17(50), 8-9.
- Artazcoz, L. (2002). Salud y género. *Documentación Social*, 127, 181-206.
- Association, A. H., & others. (2005). *Women and cardiovascular diseases-Statistics. Dallas: American Heart Association.*
- August, P. (2008). Preeclampsia: nuevos conceptos sobre un problema antiguo. *Medwave*, 8(05). Recuperado a partir de [http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Congresos/junio2008/1744?ver=sin diseño](http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Congresos/junio2008/1744?ver=sin_diseño)
- Badir, A., Tekkas, K., & Topcu, S. (2014). Knowledge of cardiovascular disease in Turkish undergraduate nursing students. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 1474515114540554.
- Bakhai, A., Ferrieres, J., Iniguez, A., Sartral, M., Belger, M., Schmitt, C., & Zeymer, U. (2012). Clinical outcomes, resource use, and costs at 1 year in patients with acute coronary syndrome undergoing PCI: results from the multinational APTOR registry. *Journal of interventional cardiology*, 25(1), 19-27.
- Ballesteros Arribas, J. M., Dal-Re Saavedra, M., Pérez-Farinós, N., & Villar Villalba, C. (2007a). La estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad: estrategia NAOS. *Revista española de salud pública*, 81(5), 443-449.
- Ballesteros Arribas, J. M., Dal-Re Saavedra, M., Pérez-Farinós, N., & Villar Villalba, C. (2007b). La estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad: estrategia NAOS. *Revista española de salud pública*, 81(5), 443-449.
- Barrett-Connor, E. L., Cohn, B. A., Wingard, D. L., & Edelstein, S. L. (1991). Why is diabetes mellitus a stronger risk factor for fatal ischemic heart disease in women than in men?: the Rancho Bernardo Study. *Jama*, 265(5), 627-631.
- Bataller Alonso, E. (2015). Modelización de los costes del proceso de atención sanitaria a los pacientes con insuficiencia cardiaca crónica y desarrollo de un modelo predictivo de consumos. aplicación a un área de salud de atención integral. Recuperado a partir de <https://riunet.upv.es/handle/10251/53731>
- Bedoya, S. Á. (2006). Infarto cerebral. *Neurocirugía para medicos generales*, 312.
- Beiras, A. C. (2006). Estrategia en cardiopatía isquémica del sistema nacional de salud. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Benería, L., & Roldán, M. (1992). Las encrucijadas de clase y género: Trabajo a domicilio, subcontratación y dinámica de la unidad doméstica en la ciudad de México. *Colegio de México*. Recuperado a partir de <http://www.sidalc.net/cgi->

bin/wxis.exe/?IsisScript=BIBECO.xis&method=post&formato=2&cantidad=1&expresion=mfn=001024

- Benhabib, S. (2006). *Las reivindicaciones de la cultura/The Vindication of Culture: Igualdad Y Diversidad En La Era Global/Equality and Diversity in the Global Era*. Katz Editores. Recuperado a partir de [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=-0h-_2jMEV0C&oi=fnd&pg=PA7&dq=Benhabib,+Seyla+\(2006\).++Las+reivindicaciones+de+la+cultura.+Igualdad+y+diversidad+en+la+era++global+.+Buenos+Aires:+Katz+editores&ots=GAPHhIBa9m&sig=9EvcRVWFk340c-kDIV-rA-9Du4E](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=-0h-_2jMEV0C&oi=fnd&pg=PA7&dq=Benhabib,+Seyla+(2006).++Las+reivindicaciones+de+la+cultura.+Igualdad+y+diversidad+en+la+era++global+.+Buenos+Aires:+Katz+editores&ots=GAPHhIBa9m&sig=9EvcRVWFk340c-kDIV-rA-9Du4E)
- Benlloch, I. M. (2009). *Actualización de conceptos en perspectiva de género y salud*. Recuperado a partir de http://www.msps.es/en/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/03modulo_02.pdf
- Benlloch, I. M., & Campos, A. B. (1999a). *Sistema sexo/género, identidades y construcción de la subjetividad (Vol. 31)*. Universitat de València. Recuperado a partir de <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=HrM2vAq4dwIC&oi=fnd&pg=PA9&dq=En+Psicolog%C3%ADa,+el+concepto+%E2%80%9Cg%C3%A9nero%E2%80%9D+delimita+el+proceso,+en+el+que+individuos+biol%C3%B3gicamente+diferentes+se+transforman+en+mujeres+y+hombres&ots=t1rsogPqiE&sig=NTYdDstMWFQgCpRRkyMjBfUhk20>
- Benlloch, I. M., & Campos, A. B. (1999b). *Sistema sexo/género, identidades y construcción de la subjetividad (Vol. 31)*. Universitat de València. Recuperado a partir de https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=HrM2vAq4dwIC&oi=fnd&pg=PA9&dq=sistema+sexo+genero+rubin&ots=t1rqplSvhB&sig=7mK1g5oTj_muQU_3Lz21L4VP-60
- Benowitz, N. L., Hukkanen, J., & Jacob III, P. (2009). Nicotine chemistry, metabolism, kinetics and biomarkers. En *Nicotine psychopharmacology* (pp. 29–60). Springer. Recuperado a partir de http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-540-69248-5_2
- Benowitz, N. L., Lessov-Schlaggar, C. N., Swan, G. E., & Jacob, P. (2006). Female sex and oral contraceptive use accelerate nicotine metabolism. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 79(5), 480–488.
- Bermejo González, P., & Cid González, A. (s. f.). GRUPO DE TRABAJO. Recuperado a partir de http://www.pnsd.msps.es/fr/Categoria2/publica/pdf/GyD_DocumentoMarco.pdf
- Bernabeu-Mestre, J., Carrillo-García, C., Galiana-Sánchez, M. E., García-Paramio, P., & Trescastro-López, E. M. (2013). Género y profesión en la evolución histórica de la Enfermería Comunitaria en España. *Enfermería Clínica*, 23(6), 284–289.
- Bertomeu, V., & Castillo-Castillo, J. (2008). Situación de la enfermedad cardiovascular en

- España. Del riesgo a la enfermedad. *Revista española de cardiología suplementos*, 8(5), 2E-9E.
- Bhatt, D. L., Fox, K. A., Hacke, W., Berger, P. B., Black, H. R., Boden, W. E., ... others. (2006). ESTUDIO CHARISMA. *N Engl J Med*, 354(16), 1706-17.
- Blümel, J. E., Prieto, J. C., Leal, T., Cruz, M. N., & Gallardo, L. (2001). Impacto de los factores de riesgo coronario en mujeres de edad media. *Revista médica de Chile*, 129(9), 995-1002.
- Bohan, J. S. (1993). Essentialism, constructionism, and feminist psychology. *Psychology of women quarterly*, 17(1), 5-21.
- Bonan, C., & Guzmán, V. (2007). Aportes de la teoría de género a la comprensión de las dinámicas sociales y los temas específicos de asociatividad y participación, identidad y poder. Documento de trabajo. Recuperado a partir de <http://www.cem.cl/pdf/aportes.pdf>
- Borrell, C., Rohlfs, I., Artazcoz, L., & Muntaner, C. (2004). Desigualdades en salud según la clase social en las mujeres: ¿Cómo influye el tipo de medida de la clase social? *Gaceta Sanitaria*, 18, 75-82.
- Braveman, P. (2006). Health disparities and health equity: concepts and measurement. *Annu. Rev. Public Health*, 27, 167-194.
- BREEN, N. (2002) Social Discrimination and Health: Gender, Race, and Class in the United States. En: SEN, G., GEORGE, A. & ÖSTLIN, P. (Eds.) *Engendering International Health: The Challenge of Equity*. Cambridge. Cambridge, MIT Press.
- Bueno, H., Bardají, A., Fernández-Ortiz, A., Marrugat, J., Martí, H., & Heras, M. (2005). Descripción del estado de los síndromes coronarios agudos en un registro temporal español. Estudio DESCARTES. *Rev Esp Cardiol*, 58, 242-50.
- Burjalés Martí, M. D., Ricomá Muntané, R., Maciá Soler, L., & Ballester Ferrando, D. (2005). Marco europeo, una realidad inminente: integración de los estudios de enfermería en el espacio europeo de educación superior. \copyright Presencia: revista de enfermería de salud mental, 2005, vol. 1, núm. 2. Recuperado a partir de <http://dugi-doc.udg.edu/handle/10256/9010>
- Cáceres, R. Á. (1996). El método científico en las ciencias de la salud. Ediciones Díaz de Santos. Recuperado a partir de <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=5UpGWDaP8rgC&oi=fnd&pg=PR15&dq=El+m%C3%A9todo+cient%C3%ADfico+en+las+ciencias+de+la+salud&ots=UDCdA92HSj&sig=7pnNKyEo8R1liib9L03Y2MrBnys>
- Calvente, G., & a del Mar, M. (2007). La investigación sobre cuidados informales de salud desde una perspectiva de género. Borrell, Carmen; Artazcoz, Lucía (coords.).

- Investigación en género y salud. Sociedad Española de Epidemiología, monografía, (5), 97–118.
- Calvente, M. del M. G. (2004a). El estado de la cuestión. *Diálogo Filosófico*, 59, 212–228.
- Calvente, M. del M. G. (2004b). Género y salud: un marco de análisis e intervención. Recuperado a partir de <http://philpapers.org/rec/CALGYS>
- Calvente, M. del M. G., Rodrigo, M. L. J., & Morante, E. M. (2010). Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud. Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Calvente, M. G., del Río Lozano, M., & Marcos, J. M. (2011). Desigualdades de género en el deterioro de la salud como consecuencia del cuidado informal en España. *Gaceta Sanitaria*, 25, 100–107.
- Calvente, M. R. (2010). El cuerpo humano como objeto estético. *A Parte Rei: revista de filosofía*, (72), 8.
- Camaño Puig, R. (2008). Proceso de profesionalización: evolución de la denominación de enfermería. *Híades: Revista de Historia de la Enfermería*, (10), 903–920.
- Cano, M. del C. M. (2011). El trabajo de cuidados se concibe en «femenino»: Una realidad aún latente. En III Congreso virtual sobre Historia de las Mujeres: Comunicaciones (p. 12). Asociación de Amigos del Archivo Histórico Provincial. Recuperado a partir de <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4095613.pdf>
- Carrasco, C. (2001). La sostenibilidad de la vida humana: ¿un asunto de mujeres? *Mientras tanto*, 43–70.
- Castaño-López, E., Plazaola-Castaño, J., Bolívar-Muñoz, J., & Ruiz-Pérez, I. (2006). Publicaciones sobre mujeres, salud y género en España (1990-2005). *Revista española de salud pública*, 80(6), 705–716.
- Castelo Delgado, M., Curiel Blanco, G., Hernández Martín, F., & Martínez Carreño, M. (2008). Acerca del origen de la profesión de enfermería en España: el problema de la identidad profesional. *Híades: Revista de Historia de la Enfermería*, (10), 843–853.
- Caviedes López, V., & others. (2012). El rol profesional, cambios más significativos entre el ATS y el Diplomado en Enfermería: revisión bibliográfica. Recuperado a partir de <http://bucserver01.unican.es/xmlui/handle/10902/862>
- Chan, W.-S., Ray, J., Wai, E. K., Ginsburg, S., Hannah, M. E., Corey, P. N., & Ginsberg, J. S. (2004). Risk of stroke in women exposed to low-dose oral contraceptives: a critical evaluation of the evidence. *Archives of Internal Medicine*, 164(7), 741–747.
- Chilet-Rosell, E., Ruiz-Cantero, M. T., & Horga, J. F. (2009). Women's health and gender-based clinical trials on etoricoxib: methodological gender bias. *Journal of Public Health*, 31(3), 434–445.

- Chobanian, A., Bakris, G., Black, H., Cushman, W., Green, L., Izzo, J., ... others. (2003). Séptimo Informe del Comité Nacional Conjunto en Prevención, Detección Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial. *Hipertensión*, 42(1), 1206–52.
- CHOEN, Helen (1988). La enfermería y su identidad profesional. Barcelona: Grimaldo
- Cífková, R. (2011). Can blood pressure in the first trimester predict the development of gestational hypertensive disorders? *European heart journal*, 32(24), 3067–3069.
- Colliere, M. F. (1986). Invisible care and invisible women as health care-providers. *International Journal of Nursing Studies*, 23(2), 95–112.
- Collins, P., Rosano, G., Casey, C., Daly, C., Gambacciani, M., Hadji, P., ... others. (2007). Management of cardiovascular risk in the peri-menopausal woman: a consensus statement of European cardiologists and gynaecologists. *European heart journal*, 28(16), 2028–2040.
- Colomer Revuelta, C. (2007). El sexo de los indicadores y el género de las desigualdades. *Revista Española de Salud Pública*, 81(2), 91–93.
- Conesa, J. M. H. (1995). *Historia de la enfermería: un análisis histórico de los cuidados de enfermería*. McGraw-Hill Interamericana de España. Recuperado a partir de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=210002>
- Costa, E. C., Soares, E. M. M., Lemos, T., Maranhão, T. M. O., & Azevedo, G. D. (2010). Índices de obesidad central y factores de riesgo cardiovascular em el síndrome de ovarios poliquísticos. *Arq Bras Cardiol*, 94(5), 615–20.
- Cueto, M. (2004). El valor de la salud: historia de la Organización Panamericana de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Recuperado a partir de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=426465&indexSearch=ID>
- Curtis, K. M., Mohllajee, A. P., Martins, S. L., & Peterson, H. B. (2006). Combined oral contraceptive use among women with hypertension: a systematic review. *Contraception*, 73(2), 179–188.
- D'Agostino, R. B., Vasan, R. S., Pencina, M. J., Wolf, P. A., Cobain, M., Massaro, J. M., & Kannel, W. B. (2008). General cardiovascular risk profile for use in primary care the Framingham Heart Study. *Circulation*, 117(6), 743–753.
- DAL POZ, M. R., GUPTA, N., QUAIN, E., & SOUCAT, A. L. (2009). Seguimiento y evaluación de los recursos humanos en salud: retos y oportunidades. *Manual de Seguimiento y Evaluación de Los Recursos Humanos Para la Salud*, 3.

- de Andalucía, J. (2005). Plan Integral de Tabaquismo en Andalucía 2005-2010. Consejería de Salud. Sistema Sanitario Público de Andalucía.
- De Andalucía J. (2013). Encuesta Andaluza de Salud 2011-2012. Consejería de Salud y Políticas sociales. Sistema Sanitario Público de Andalucía. Recuperado a partir de http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/EAS_2011_2012_Adultos.
- De Beauvoir, S. (1981). El segundo sexo (1949). Siglo XX, Buenos Aires. Recuperado a partir de https://www.nodo50.org/filosofem/IMG/pdf/simone-de-beauvoir_el-segundo-sexo_introduccc3b3n.pdf
- de Cardiología, S. E. (s. f.). ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN LA MUJER. ESTUDIO DE LA SITUACIÓN EN ESPAÑA. Recuperado a partir de <http://www.msssi.gob.es/gl/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/enfCardiovascMujerEspana.pdf>
- DEL CUIDADO, D. L. S. A., & LOS ORIGENES, D. L. E. (2011). MATERIAL PARA 3º EJE TEMÁTICO III. Recuperado a partir de <http://essasociologia.over-blog.com/article-material-para-3-eje-tematico-iii-73405239.html>
- de la Sociedad Europea de Cardiología, E. S. C. (2011). Guía de práctica clínica de la ESC para el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares durante el embarazo. Recuperado a partir de <http://www.consejomedicolp.org.ar/wp-content/uploads/2013/07/Guias-Prevencion-Enf-CV-en-el-Embarazo-2011.pdf>
- DECISIONES, R. Y. (2013). 66. a ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD. Recuperado a partir de http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66-REC1/A66_REC1-sp.pdf
- Decreto 2319/1960. (17-12-1960) Boletín Oficial del Estado nº 302 sobre el ejercicio profesional de Ayudantes técnicos sanitarios, Practicantes, Matronas y Enfermeras
- Decreto 2293/73 de 17 de agosto. (26-09-1973) Boletín Oficial del Estado nº231.
- Dégano, I. R., Elosua, R., & Marrugat, J. (2013). Epidemiología del síndrome coronario agudo en España: estimación del número de casos y la tendencia de 2005 a 2049. *Revista Española de Cardiología*, 66(6), 472–481.
- de Grado, L. B. del T. (s. f.). de Enfermería. ANECA.
- Delgado García, A. M., Borge Bravo, R., García Albero, J., Oliver Cuello, R., & Salomón Sancho, L. (2005). Competencias y diseño de la evaluación continua y final en el Espacio Europeo de Educación Superior. Programa de estudios y análisis. Barcelona: Ministerio de Educación y Ciencia.
- de Portillo, M. E. H. (1987). Coinsideraciones generales sobre las teorías de la evolución realizadas por JB Lamarck y Charles Darwin. *Opción*, 4(6). Recuperado a partir de

<http://www.produccioncientifica.luz.edu.ve/index.php/opcion/article/viewFile/5951/5939>

Díaz Bernal, Z., & Presno Labrador, M. C. (2013). Enfoque de género en el análisis de la situación de salud desde la perspectiva de las determinantes sociales de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 29(2), 228–233.

Dio Bleichmar, E. (1992). Del sexo al género. *Psiquiatría pública*, 4(1), 17–31.

Donahue, Mark P. (1985) *Historia de la Enfermería*. Barcelona: Doyma.

Edwards, R., & others. (2004). The problem of tobacco smoking. *Bmj*, 328(7433), 217–219.

Eichler, M. (1980). *The double standard: A feminist critique of feminist social science*. Croom Helm London. Recuperado a partir de <http://library.wur.nl/WebQuery/clc/155567>

Eichler, M. (2001). Moving forward: Measuring gender bias and more. En VV. AA. *Gender Based Analysis in Public Health Research Policy and Practice*. Documentation of the International Workshop in Berlin.

ELSON, D. (2005) *Monitoring Government Budgets for Compliance with CEDAW*. Report Highlights and Key Conclusions. UNIFEM.

Emslie, C., Hunt, K., & Macintyre, S. (1999). Problematizing gender, work and health: the relationship between gender, occupational grade, working conditions and minor morbidity in full-time bank employees. *Social science & medicine*, 48(1), 33–48.

ENGLER MM, ENGLER MB, DAVIDSON DM & MASACRE RE (1992) *Diario de avanzada Nursmg* 17,1220-1225

en Mujer, R. de C. (2007). La inequidad de género en la salud: desigual, injusta, ineficaz e ineficiente. Por qué existe y cómo podemos cambiarla. Informe final a la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS. Recuperado a partir de http://www.artemisnoticias.com.ar/images/FotosNotas/La_inequidad_de_genero_en_lasalud_desigual_injusta_ineficaz_e_ineficiente%5B1%5D.doc

en Salud, O. M. (2012.). *Estadísticas sanitarias 2012 OMS*.

en Salud, O. M. *Estadísticas sanitarias 2012 OMS*. Recuperado a partir de [OMS+ESTADISTICAS+MUNDIALES+SANITARIAS+2012&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/es/)

ESC, G. (2008). Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008: the Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2008 of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J*, 29, 2388–2442.

España, G. d. (2003). REAL DECRETO 1125/2003, de 5 de septiembre por el que se establece el sistema europeo de créditos y el sistema de calificaciones en las

- titulaciones universitarias de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional. BOE del 18 de septiembre de 2003.
- Espondaburu, O. R., Fara Hunt, V. A., & Ocampo, L. I. (2004). El proceso aterogénico y su desarrollo en las enfermedades autoinmunes. *Acta bioquímica clínica latinoamericana*, 38(2), 181–192.
- Esteban, M. L. (2006). El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. *Salud colectiva*, 2(1), 9–20.
- Estévez-López, F., Tercedor, P., & Delgado-Fernández, M. (2012). Recomendaciones de actividad física para adultos sanos. Revisión y situación actual. *J Sport Health Res*, 4(3), 233–244.
- Europea, U. (2006). Recomendación del Parlamento Europeo y del Consejo sobre las competencias clave para el aprendizaje permanente. Fuente: <http://eur-lex.europa.eu>.
- Europe, W. H. O. (2001). Mainstreaming gender equity in health: Madrid Statement. WHO Europe, Copenhagen.
- FAZIO, I. (2004) The family, honour and gender in Sicily: models and new research. *Modern Italy*.
- Fernández-de-Bobadilla, J., & López-de-Sá, E. (2013). Carga económica y social de la enfermedad coronaria. *Revista española de cardiología suplementos*, 13, 42–47.
- Fernández-Ortiz, A. (2009a). Qué es el infarto agudo de miocardio. En Libro de la salud cardiovascular del Hospital Clínico San Carlos y la Fundación BBVA (pp. 259–268). Fundación BBVA. Recuperado a partir de http://www.fbbva.es/TLFU/microsites/salud_cardio/mult/fbbva_libroCorazon_ca_p28.pdf
- Fernández-Ortiz, A. (2009b). Qué es la arteriosclerosis coronaria. En Libro de la salud cardiovascular del Hospital Clínico San Carlos y la Fundación BBVA (pp. 241–248). Fundación BBVA. Recuperado a partir de http://www.fbbva.es/TLFU/microsites/salud_cardio/mult/fbbva_libroCorazon_ca_p26.pdf
- Food, Administration, D., Food, Administration, D., & others. (1993). Guideline for the study and evaluation of gender differences in the clinical evaluation of drugs. *Federal register*, 58(139), 39406–39416.
- Franklin, S. S., Gustin, W., Wong, N. D., Larson, M. G., Weber, M. A., Kannel, W. B., & Levy, D. (1997). Hemodynamic patterns of age-related changes in blood pressure The Framingham Heart Study. *Circulation*, 96(1), 308–315.

- FRY, P. S. (2001) Predictors of Health-Related Quality of Life Perspectives, Self-Esteem, and Life Satisfaction of Older Adults Following Spousal Loss. An 18-Month Follow-up Study of Widows and Widowers. *The Gerontologist*, 41, 787-798.
- Gabriel, R., Alonso, M., Segura, A., Tormo, M. J., Artigao, L. M., Banegas, J. R., ... others. (2008). Prevalencia, distribución y variabilidad geográfica de los principales factores de riesgo cardiovascular en España. Análisis agrupado de datos individuales de estudios epidemiológicos poblacionales: estudio ERICE. *Revista Española de Cardiología*, 61(10), 1030-1040.
- Galarza, M. L. E. (2003). El género como categoría analítica: Revisiones y aplicaciones a la salud. *Cuadernos de Psiquiatría comunitaria*, 3(1), 22-39.
- Galiana Sánchez, M. E., Bernabeu Mestre, J., & others. (2011). Género y desarrollo profesional: las enfermeras de salud pública en la España del periodo de entreguerras, 1925-1939. Recuperado a partir de <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/25502>
- Gámiz, J. L. P., Donlo, I. C., González, V. B., Gimilio, J. F. A., Juanatey, J. R. G., Ezquerro, E. A., ... others. (2007a). Prevalencia del síndrome metabólico en pacientes con enfermedad cardiovascular en España: estudio CLYDIA. *Medicina clínica*, 128(11), 407-413.
- Gámiz, J. L. P., Donlo, I. C., González, V. B., Gimilio, J. F. A., Juanatey, J. R. G., Ezquerro, E. A., ... others. (2007b). Prevalencia del síndrome metabólico en pacientes con enfermedad cardiovascular en España: estudio CLYDIA. *Medicina clínica*, 128(11), 407-413.
- García Calvente, M. del C., del Río Lozano, M., Maroto Navarro, G., & Mateo Rodríguez, I. (2008). Desigualdades de género en salud. Las desigualdades sociales en salud. Andalucía: Escuela Andaluza de Salud Pública, Junta de Andalucía, Consejería de salud.
- García-García, I., & Gozalbes Cravioto, E. (2012). Investigación en Enfermería y en Historia de la Enfermería en España. *Index de Enfermería*, 21(1-2), 100-104.
- García, G. A., & Sueiras, J. C. (2011). La perspectiva de género en los gastos en infraestructuras públicas: los equipamientos educativos y deportivos en el FEIL-2009. *Presupuesto y Gasto público*, 64, 155-178.
- García, J. M., Leiro, M. G. C., & Beiras, A. C. (2006). Insuficiencia cardiaca en España. Epidemiología e importancia del grado de adecuación a las guías de práctica clínica. *Revista Española de Cardiología Suplementos*, 6(6), 2F-8F.
- GARCIA-MORENO, C., JANSEN, H., ELLSBERG, M., HEISE, L., WATTS, C. H. & ON BEHALF OF THE WHO MULTI-COUNTRY STUDY ON WOMEN'S HEALTH AND DOMESTIC VIOLENCE AGAINST WOMEN STUDY TEAM (2006a) Prevalence of intimate

partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*, 368, 1260-1269.

GARCIA-MORENO, C., JANSEN, H. A., ELLSBERG, M., HEISE, L. & WATTS, C. H. (2006b) Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*, 368, 1260-9.

García-Ríos, A. (2010). Efecto de variantes polimórficas en los genes ABCG5/ABCG8 sobre las concentraciones plasmáticas de colesterol DHL en pacientes con hipercolesterolemia familiar heterocigota. Universidad de Córdoba, Servicio de Publicaciones. Recuperado a partir de <http://helvia.uco.es/xmlui/handle/10396/2752>

Garrido, R. M. U. (2011). Determinantes de salud y utilización de servicios sanitarios: un análisis de desigualdad desde la perspectiva de género. *Presupuesto y gasto público*, 64, 117-130.

Gavira, L., & Carmona, G. (2012). Resultados y calidad del sistema sanitario público de Andalucía. *Sevilla: Junta de Andalucía, Edición.*

Geloneze, B., Repetto, E. M., Geloneze, S. R., Tambascia, M. A., & Ermetice, M. N. (2006). The threshold value for insulin resistance (HOMA-IR) in an admixed population. *Diabetes research and clinical practice*, 72(2), 219-220.

Gender and Health Group, Liverpool School of Tropical Medicine and Department for International development. (1998). Guidelines for the Analysis of Gender and Health. Liverpool: Liverpool School of Tropical Medicine. Recuperado a partir de <http://www.lstmed.ac.uk/sites/default/files/pictures/Guidelines%20for%20the%20Analysis%20of%20Gender%20and%20Health.pdf>

GEORGE, A. (2007a) Human Resources for Health: a gender analysis. Documento encargado por la Women and Gender Equity Knowledge Network.

GEORGE, A. (2007b) The outrageous as ordinary: primary health care workers' Perspectives on accountability in Koppal district, Karnataka State, India. Institute of Development Studies. Brighton Sussex University.

Germán Bes, C. (2014). La revolución de las batas blancas: la enfermería española de 1976 a 1978. Universidad de Zaragoza. Recuperado a partir de <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=HiuhAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA9&dq=reuni%C3%B3n+ministerial+1976+ats&ots=DsmJnWBnkn&sig=ud7aig6Wqzln6hmX3RSMLd7Jls4>

GERONIMUS, A. T. (1992) The weathering hypothesis and the health of African-American women and infants: evidence and speculations. *Ethn Dis*, 2, 207-21.

- GERONIMUS, A. & THOMPSON, J. P. (2004) To denigrate, ignore, or disrupt: racial inequality in health and the impact of a policy-induced breakdown of African American communities. *Du Bois Rev*, 1, 247-279.
- Gil-Guillén, V., Orozco-Beltrán, D., Maiques-Galán, A., Aznar-Vicente, J., Navarro, J., Cea-Calvo, L., ... Merino-Sánchez, J. (2007). Concordancia de las escalas REGICOR y SCORE para la identificación del riesgo cardiovascular alto en la población española. *Revista española de cardiología*, 60(10), 1042-1050.
- Go, A. S., Mozaffarian, D., Roger, V. L., Benjamin, E. J., Berry, J. D., Borden, W. B., ... others. (2013). Heart disease and stroke statistics-2013 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*, 127(1), e6.
- Gómez, E. G. (2002). Equidad, género y salud: retos para la acción1. *Rev Panam Salud Pública*, 11(5/6), 455-461.
- Gómez, P. (2010). Lo normal puesto en escena. Apuntes antropológicos sobre el teatro y la discapacidad intelectual. Recuperado a partir de http://www.ugr.es/~pwlac/G26_06Richard_Pfeilstetter.html
- Gómez, T. O. (2006). Medicina, historia y género: 130 años de investigación feminista. KRK Ediciones. Recuperado a partir de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=267230>
- González C. (2006) Las cuidadoras. Historia de las practicantas, matronas y enfermeras (1857-1936), Almería: Instituto de estudios Almerienses.
- González, J. S. (1999). Historia de la enfermería comunitaria en España. Un enfoque social, político, científico e ideológico de la evolución de los cuidados comunitarios. *Index de Enfermería [Index Enferm]*, 24(25), 25-31.
- González, J., Wagenaar, R., & others. (2003). Tuning educational structures in Europe. University of Deusto Final report. Phase one. Bilbao. Recuperado a partir de http://eua.be/eua/jsp/en/upload/TUNING_Announcement_Closing_Conference.1084282515011.pdf
- Graham, I., Atar, D., Borch-Johnsen, K., Boysen, G., Burell, G., Cifkova, R., ... others. (2007). European Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation (EACPR); Council on Cardiovascular Nursing; European Association for Study of Diabetes (EASD); International Diabetes Federation Europe (IDF-Europe); European Stroke Initiative (EUSI); Society of Behavioural Medicine (ISBM); European Society of Hypertension (ESH); WONCA Europe (European Society of General Practice/Family Medicine); European Heart Network (EHN); European Atherosclerosis Society (EAS). European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: full text. Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*, 14(Suppl 2), S1-S113.

- Graham, I., Atar, D., Borch-Johnsen, K., Boysen, G., Burell, G., Cifkova, R., ... others. (2007). Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, 14(2 suppl), E1–E40.
- Grau, M., Elosua, R., de Leon, A. C., Guembe, M. J., Baena-Díez, J. M., Alonso, T. V., ... others. (2011). Factores de riesgo cardiovascular en España en la primera década del siglo xxi: análisis agrupado con datos individuales de 11 estudios de base poblacional, estudio DARIOS. *Revista Española de Cardiología*, 64(4), 295–304.
- Greenland, P., Knoll, M. D., Stamler, J., Neaton, J. D., Dyer, A. R., Garside, D. B., & Wilson, P. W. (2003). Major risk factors as antecedents of fatal and nonfatal coronary heart disease events. *Jama*, 290(7), 891–897.
- Group, D. S., & others. (2003). Age-and Sex-Specific Prevalences of Diabetes and Impaired Glucose Regulation in 13 European Cohorts¹. *Diabetes Care*, 26(1), 61–69.
- Hamm, C. W., Bassand, J.-P., Agewall, S., Bax, J., Boersma, E., Bueno, H., ... others. (2012a). Guía de práctica clínica de la ESC para el manejo del síndrome coronario agudo en pacientes sin elevación persistente del segmento ST. *Revista Española de Cardiología*, 65(2), 173–e1.
- Hamm, C. W., Bassand, J.-P., Agewall, S., Bax, J., Boersma, E., Bueno, H., ... others. (2012b). Guía de práctica clínica de la ESC para el manejo del síndrome coronario agudo en pacientes sin elevación persistente del segmento ST. *Revista Española de Cardiología*, 65(2), 173–e1.
- Harding, S. (1998). ¿Existe un método feminista? Debates em torno a uma metodologia feminista, México, DF: UNAM, 09–34.
- Henderson, V. A. (1994). La naturaleza de la enfermería: una definición y sus repercusiones en la práctica, la investigación y la educación: reflexiones 25 años después. Recuperado a partir de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=140339>
- Heras, M., Marrugat, J., Arós, F., Bosch, X., Enero, J., Suárez, M. A., ... others. (2006). Reducción de la mortalidad por infarto agudo de miocardio en un período de 5 años. *Revista española de cardiología*, 59(3), 200–208.
- Hernández, E., Hernández, J. E., Montero, J. M. S. R., & others. (2010). Factores de riesgo en la cardiopatía isquémica (Vol. 5). Librería-Editorial Dykinson. Recuperado a partir de: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=SiNvrmSbXDwC&oi=fnd&pg=PA9&dq=La+Cardiopat%C3%ADA+Isqu%C3%A9mica+se+desglosa+en+tres+categor%C3%ADas+cl%C3%A1sicas:+Infarto+Agudo+de+Miocardio,+Angina+Inestable+y+Cardiopat%C3%ADA+Cr%C3%B3nica&ots=hQXMI7Ag7Y&sig=clrr7I9xJBT2b4GYhbvaTVNCeas>



- Hernández Martín F (1996). Historia de la Enfermería en España. (Desde la Antigüedad hasta nuestros días). Madrid, Síntesis
- Hernández Martín F., Pinar García (1997) La Enfermería en la Historia un análisis desde la perspectiva Profesional. Madrid
- Hernández Muñoz, T. (2010). Acciones sobre los determinantes sociales de la salud en Venezuela. *Revista Cubana de Salud Pública*, 36(4), 366–371.
- HERZ, B. & SPERLING, D. (2004) What works in girl's education: evidence and policies from the developing world. New York, Council on Foreign Relations
- Hippisley-Cox, J., Coupland, C., Vinogradova, Y., Robson, J., May, M., Brindle, P., & others. (2007). Derivation and validation of QRISK, a new cardiovascular disease risk score for the United Kingdom: prospective open cohort study. *Bmj*, 335(7611), 136.
- HUDSON, V. M. & DEN BOER, A. M. (2004) Bare Branches: The Security Implications of Asia's Surplus Male Population. The MIT Press
- Huenchuan, S. (2009). II. Envejecimiento, familias y sistemas de cuidados en América Latina. *Envejecimiento y sistemas de cuidados: ¿oportunidad o crisis?*, 11.
- Hu, G., Jousilahti, P., Qiao, Q., Peltonen, M., Kato, S., & Tuomilehto, J. (2005). The gender-specific impact of diabetes and myocardial infarction at baseline and during follow-up on mortality from all causes and coronary heart disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 45(9), 1413–1418.
- Huisman, M., Kunst, A. E., & Mackenbach, J. P. (2005a). Inequalities in the prevalence of smoking in the European Union: comparing education and income. *Preventive medicine*, 40(6), 756–764.
- Huisman, M., Kunst, A. E., & Mackenbach, J. P. (2005b). Inequalities in the prevalence of smoking in the European Union: comparing education and income. *Preventive medicine*, 40(6), 756–764.
- Huxley, R., Barzi, F., Woodward, M., & others. (2006). Excess risk of fatal coronary heart disease associated with diabetes in men and women: meta-analysis of 37 prospective cohort studies. *Bmj*, 332(7533), 73–78.
- Im, E.-O. (2000). A feminist critique of research on women's work and health. *Health care for women international*, 21(2), 105–119.
- Inhorn, M. C., & Whittle, K. L. (2001). Feminism meets the «new» epidemiologies: toward an appraisal of antifeminist biases in epidemiological research on women's health. *Social Science & Medicine*, 53(5), 553–567.
- Instituto Nacional de Estadística (0209) Recuperado a partir de:
<http://www.ine.es/revistas/cifraine/0209.pdf#page=1&zoom=auto,-192,800>

- Instituto Nacional de Estadística (2011). INE base Salud. Estadísticas de Indicadores Hospitalarios. Recuperado a partir de:
<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft15/p415&file=inebase&L=0>
- Instituto Nacional de Estadística (2013). INE base Salud. Encuesta Nacional de Salud (2011-2012). Recuperado a partir de:
<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p419/a2011/p02/&file=pcaxis>
- IYER, A., SEN, G. & GEORGE, A. (2007a) The dynamics of gender and class in access to health care: Evidence from rural Karnataka, India. *Int J Health Serv*, 37,537-54
- Jago, C., Blanco, A., & de Salamanca, C. E. (1998). La mujer en los discursos de género: textos y contextos en el siglo XIX (Vol. 121). Icaria Editorial. Recuperado a partir de https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=4_pnNmcvk8AC&oi=fnd&pg=PA13&dq=+La+mujer+en+los+discursos+de+g%C3%A9nero:+textos+y+contextos+en+el+siglo+XIX&ots=t9jVStqEcp&sig=8EdtnE1lEtinRF3D8hHwDmpHuas
- Jefatura del Estado (1990). Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre de 1990, de Ordenación General del Sistema Educativo. Recuperado a partir de: http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?id=BOE-A-1990-24172
- Jiménez-Navarro, M. F., & Anguita-Sánchez, M. (2008a). Insuficiencia cardiaca en la mujer. Diferencias de sexo en España. *Revista española de cardiología suplementos*, 8(4), 23D-29D.
- Jiménez-Navarro, M. F., & Anguita-Sánchez, M. (2008b). Insuficiencia cardiaca en la mujer. Diferencias de sexo en España. *Revista española de cardiología suplementos*, 8(4), 23D-29D.
- Jiménez-Navarro, M. F., García, A. M., García-Pinilla, J. M., Hernández, G. G., Gómez-Doblas, J. J., & Galván, E. D. T. (2006). Evolución de las hospitalizaciones por insuficiencia cardiaca en Andalucía en la última década. *Revista clínica española*, 206(10), 474-476.
- Jiménez Rodrigo, M. L. (2011). Mujeres, abandono de consumo de tabaco y barreras de género. Recuperado a partir de <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/25493>
- Joffe, M., & Mindell, J. (2005). Health impact assessment. *Occupational and environmental medicine*, 62(12), 907-912.
- Kearney, P. M., Whelton, M., Reynolds, K., Muntner, P., Whelton, P. K., & He, J. (s. f.). Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet [Internet]*. 2005 [cited 2011 Nov 22]; 365 (9455): 217-23.
- Kennedy, D. (2006). Writing and using learning outcomes: a practical guide. University College Cork. Recuperado a partir de <http://cora.ucc.ie/handle/10468/1613>

- Klumb, P. L., & Lampert, T. (2004). Women, work, and well-being 1950–2000:: a review and methodological critique. *Social Science & Medicine*, 58(6), 1007–1024.
- Krieger, N. (2001). Teorías para la epidemiología social en el siglo XXI: una perspectiva ecosocial. *International Journal of Epidemiology*, 30, 668–677.
- Krieger, N. (2002). Glosario de epidemiología social. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(5-6), 480–490.
- Lagarde, M. (1996). Identidad de género y derechos humanos. La construcción de las humanas. Guzmán Stein, Laura y Silvia Pacheco (comps.) *Estudios básicos de derechos humanos IV*. Instituto Interamericano de Derechos Humanos, San José, Costa Rica. Recuperado a partir de http://catedradh.unesco.unam.mx/BibliotecaCEDAW/menu_superior/Doc_basicos/5_biblioteca_virtual/3_d_h_mujeres/24.pdf
- Laguna Goya, N. (2013). El género en los informes de evaluación de medicamentos para el registro en la Unión Europea. Recuperado a partir de <http://eprints.ucm.es/18004/1/T34190.pdf>
- Laguna Goya, N., & Andrés Rodríguez-Trelles, F. de. (2008). Participación de las mujeres en los ensayos clínicos según los informes de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios: 2007. *Revista Española de Salud Pública*, 82(3), 343–350.
- Laín Entralgo, P. (1996). Tres reflexiones éticas. *Isegoría*, (13), 99–117.
- Lamas, M. (1994). Cuerpo: diferencia sexual y género. *Debate feminista*, 3–31.
- Laribi, S., Aouba, A., Nikolaou, M., Lassus, J., Cohen-Solal, A., Plaisance, P., ... others. (2012). Trends in death attributed to heart failure over the past two decades in Europe. *European journal of heart failure*, 14(3), 234–239.
- Laurila, P., & Young, K. (2001). Gender in research. *Gender Impact Assessment of the Specific Programmes of the Fifth*.
- Lawes, C. M., Vander Hoorn, S., Law, M. R., Elliott, P., MacMahon, S., & Rodgers, A. (2006). Blood pressure and the global burden of disease 2000. Part 1: estimates of blood pressure levels. *Journal of hypertension*, 24(3), 413–422.
- Lee, E. S., Oh, M.-J., Jung, J. W., Lim, J.-E., Seol, H.-J., Lee, K.-J., & Kim, H.-J. (2007). The levels of circulating vascular endothelial growth factor and soluble Flt-1 in pregnancies complicated by preeclampsia. *Journal of Korean medical science*, 22(1), 94–98.
- Linstone, H. A., Turoff, M., & others. (1975). *The Delphi method: Techniques and applications* (Vol. 29). Addison-Wesley Reading, MA. Recuperado a partir de <https://www.ncjrs.gov/App/Publications/abstract.aspx?ID=256068>
- Lloyd-Jones, D., Adams, R. J., Brown, T. M., Carnethon, M., Dai, S., De Simone, G., ... others. (2010). Heart disease and stroke statistics—2010 update A report from the American Heart Association. *Circulation*, 121(7), e46–e215.

- Lobos, J. M., Royo-Bordonada, M. Á., Brotons, C., Álvarez-Sala, L., Armario, P., Maiques, A., ... others. (2009). Guía europea de prevención cardiovascular en la práctica clínica. Adaptación española del CEIPC 2008. *Revista clinica espanola*, 209(6), 279–302.
- López Martínez, T., Prieto García, E., & de Dios del Valle, R. (s. f.). MUJERES Y HOMBRES FRENTE AL SÍNDROME CORONARIO AGUDO. Recuperado a partir de http://enfermeriaencardiologia.com/revista/57_03.pdf
- LORBER, J. (1997) *Gender and the Social Construction of Illness*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Lorber, J., & Moore, L. J. (2002). *Gender and the social construction of illness* (Vol. 4). Rowman Altamira. Recuperado a partir de https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=Be85M4g_4XMC&oi=fnd&pg=PR11&dq=lorber&ots=dOIoY05vIs&sig=vjQ1ROIn8u_1ooK-_sxtS3b9Mf8
- Lousado, D., Martí Vilar, M., & Martí Noguera, J. J. (2014). Educación y género: dos ejes de la ciudadanía. *Postconvencionales*, 2014, num. 7-8, p. 3-18. Recuperado a partir de <http://roderic.uv.es/handle/10550/37543>
- Luque Ramírez, M., & others. (2008). Síndrome del ovario poliquístico y factores de riesgo cardiovascular asociados. Modificación de los mismos tras el tratamiento con un sensibilizador de insulina, la metformina, o una combinación de etinilestradiol más acetato de ciproterona (Diane35 Diario) e influencia de la presencia de obesidad. Recuperado a partir de <http://dspace.uah.es/dspace/handle/10017/2145>
- McFALL, M. A. R. S. H. A., Nonneman, R., Rogers, L. Q., & Mukerji, V. (2009). Health care student attitudes toward the prevention of cardiovascular disease. *Nursing education perspectives*, 30(5), 285-289.
- Madrigal, J. C., & Correa, S. M. L. (2009). Resistencia a la insulina sin síndrome metabólico: ¿cuáles son sus implicaciones cardiometabólicas? *Medicina Interna de México*, 25(4). Recuperado a partir de http://www.cmim.org/boletin/pdf2009/MedIntContenido04_03.pdf
- Macintyre, S., Hunt, K., & Sweeting, H. (1996). Gender differences in health: are things really as simple as they seem? *Social science & medicine*, 42(4), 617–624.
- Mancia, E. al P. G. (2007). ¡ Nueva Guía Europea de HTA en español! *Journal of hypertension*, 25, 1105–1187.
- Mant, J., Al-Mohammad, A., Swain, S., & Laramée, P. (2011). Management of chronic heart failure in adults: synopsis of the National Institute For Health and Clinical Excellence guideline. *Annals of internal medicine*, 155(4), 252–259.
- Manuel, D. G., Lim, J., Tanuseputro, P., Anderson, G. M., Alter, D. A., Laupacis, A., & Mustard, C. A. (2006). Preventive medicine: Revisiting Rose: strategies for reducing coronary heart disease. *BMJ: British Medical Journal*, 332(7542), 659.

- Marrugat, J., d'Agostino, R., Sullivan, L., Elosua, R., Wilson, P., Ordovas, J., ... others. (2003). An adaptation of the Framingham coronary heart disease risk function to European Mediterranean areas. *Journal of epidemiology and community health*, 57(8), 634–638.
- Marrugat, J., Sala, J., & Aboal, J. (2006). Epidemiology of cardiovascular disease in women. *Revista Española de Cardiología (English Edition)*, 59(3), 264–274.
- Martínez, C. D., Moreno, S. D., Bedia, R. C., Martín, T. T., Cáceres, C. R., Barahona, M. T. M., ... others. (2013). *Sociología y género*. Tecnos.
- Martín-Montañez, E., Barón-López, F. J., Lamia, L. R., Molina, J. P., Páez, J. M., & Amaya, I. S. (2011). Consumo de alcohol, tabaco, cannabis y otras sustancias psicoactivas en estudiantes de la Universidad de Málaga. *Trastornos adictivos*, 13(4), 160-166.
- Martín, F. H., del Gallego Lastra, R., González, S. A., & Ruiz, J. M. G. (1997). La enfermería en la historia: un análisis desde la perspectiva profesional. *Cultura de los cuidados: Revista de enfermería y humanidades*, (2), 21–35.
- Martín-Vegue, A. R., Vázquez-Barquero, J. L., & Castanedo, S. H. (2002). CIE-10 (I): Introducción, historia y estructura general. *Papeles Médicos*, 11(1), 24–35.
- Mazón-Ramos, P. (2012). Riesgo cardiovascular en el siglo XXI. Cómo detectarlo en prevención primaria. Cómo controlarlo en prevención secundaria. *Revista Española de Cardiología*, 65, 3–9.
- McMurray, J. J., Adamopoulos, S., Anker, S. D., Auricchio, A., Böhm, M., Dickstein, K., ... others. (2012). Guía de práctica clínica de la ESC sobre diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica 2012: Grupo de Trabajo de Diagnóstico y Tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca Aguda y Crónica 2012 de la Sociedad Europea de Cardiología. Elaborada en colaboración con la Asociación de Insuficiencia Cardíaca (ICA) de la ESC. *Revista Española de Cardiología*, 65(10), 938–e1.
- Mejía-Lancheros, C., Estruch, R., Martínez-González, M. A., Salas-Salvadó, J., Corella, D., Gómez-Gracia, E., ... others. (2013). Nivel socioeconómico y desigualdades de salud en la prevención cardiovascular de la población española de edad avanzada. *Revista Española de Cardiología*, 66(10), 803–811.
- Menéndez, E. (1992). Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. Campos Navarro R, comp. *La antropología médica en México*. México: Instituto Mora/Universidad Autónoma Metropolitana, 97–114.
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciênc Saúde Coletiva*, 8(1), 185–207.

- Menendez, E. L. (2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud colectiva*, 1(1), 9-32.
- Mestre, J. B., & Pérez, E. G. (1999). Historia de la enfermería de salud pública en España. Universidad de Alicante. Recuperado a partir de <http://publicaciones.ua.es/filespubli/pdf/LD84790851348542019.pdf>
- Millán, E. M., Díaz, L. P., & others. (2010). Experiencia del dolor torácico en la mujer con infarto del miocardio. *Avances en Enfermería*, 27(2), 33-42.
- Ministerio de Educación y Ciencia. (1972). Decreto 2566/1972, de 18 de agosto, por el que se crean las Universidades de Córdoba, Málaga y Santander. Recuperado a partir de: www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1972-1400
- Ministerio de Educación y Ciencia. (1977). Real Decreto 2128/1977, de 23 de julio. Recuperado a partir de: <http://www.boe.es/boe/dias/1977/08/22/>
- Ministerio de Educación y Ciencia. (2005). Real Decreto 55/2005, de 21 de enero, por el que se establece la estructura de las enseñanzas universitarias y se regulan los estudios universitarios oficiales de Grado. Recuperado a partir de: <http://www.boe.es/boe/dias/2005/01/25/index.php>
- Ministerio de Educación y Ciencia. (2006). Real Decreto 806/2006, de 30 de junio, por el que se establece el calendario de aplicación de la nueva ordenación del sistema educativo, establecida por la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. Recuperado a partir de: www.boe.es/boe/dias/2006/07/14/pdfs/A26488-26494.pdf
- Ministerio de Educación. (2010). Real Decreto 860/2010, de 2 de julio, por el que se modifica el Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. Recuperado a partir de: <http://www.boe.es/boe/dias/2010/07/03/pdfs/BOE-A-2010-10542.pdf>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014) CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES 10.^a REVISIÓN, MODIFICACIÓN CLÍNICA. EDICIÓN ESPAÑOLA. Recuperado a partir de https://eciemaps.mspsi.es/ecieMaps/browser/index_10_mc.html
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012) Sistema Nacional de Salud. España [monografía en Internet]. Madrid; 2012. Disponible en: www.msssi.gob.es
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015). Informe anual del Sistema Nacional de Salud, 2012 Disponible en www.msssi.gob.es
- Miqueo, C. (2001). Perspectivas de género en salud: fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas. Minerva Ediciones, SA.
- Moiso, A., & Barragán, H. L. (2007). Determinantes de la salud. *Fundamentos de la salud pública*, 161-189.

- MONASH, R. & BUERMA, J. T. (2004) Orphanhood and childcare patterns in sub-Saharan Africa: an analysis of national surveys from 40 countries. *AIDS*, 18, S55-S65
- Moore, H. L. (1988). *Feminism and anthropology*. U of Minnesota Press.
- Moreno-Altamirano, A., López-Moreno, S., & Corcho-Berdugo, A. (2000). Principales medidas en epidemiología. *salud pública de méxico*, 42(4), 337-348.
- Moreno González, M. I. (2010). Circunferencia de cintura: una medición importante y útil del riesgo cardiometabólico. *Revista chilena de cardiología*, 29(1), 85-87.
- Moreno, J. M. M. (2013). La pandemia de enfermedades crónicas no transmisibles: retos de la Salud Pública y nuevos paradigmas en el siglo XXI. *Anales (Reial Acadèmia de Medicina de la Comunitat Valenciana)*, (14), 3-101.
- Mosca, L., Banka, C. L., Benjamin, E. J., Berra, K., Bushnell, C., Dolor, R. J., ... others. (2007). Evidence-based guidelines for cardiovascular disease prevention in women: 2007 update. *Journal of the American College of Cardiology*, 49(11), 1230-1250.
- Moser, M. (2001). Working group report on high blood pressure in pregnancy. *The Journal of Clinical Hypertension*, 3(2), 75-88.
- Moynihan, C. (1998). Theories in health care and research: theories of masculinity. *BMJ: British Medical Journal*, 317(7165), 1072.
- Mucha, L., Stephenson, J., Morandi, N., & Dirani, R. (2006). Meta-analysis of disease risk associated with smoking, by gender and intensity of smoking. *Gender medicine*, 3(4), 279-291.
- Muñoz de Rodríguez, L., & Vásquez, M. L. (2007). Mirando el cuidado cultural desde la óptica de Leininger. *Colombia Médica*, 38(4), 98-104.
- Nanda, I. (2013). *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2012-2014. 9 o ed.* Barcelona: Elsevier España.
- Narotzky, S. (1995). *Mujer, mujeres, género: una aproximación crítica al estudio de las mujeres en las Ciencias Sociales (Vol. 14)*. Editorial CSIC-CSIC Press. Recuperado a partir de https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=evXx6GYJ2zYC&oi=fnd&pg=PA7&q=es+un+constructo+biol%C3%B3gico,+que+hay+que+enmarcar+en+un+contexto+cultural+e+hist%C3%B3rico+concreto+en+la+Cultura+Occidental,+que+clasifica+a+los+seres+humanos+en+dos+grupos:+hombres+y+mujeres.&ots=pgfEB_P1jQ&sig=f05ssFUVVXqUfYwyGoFp4HwBJ9A
- Narváez-Traverso, A., Martínez-Galiano, J. M., & Pérez-Martín, B. (2010). Revisitando a Florence Nightingale desde una perspectiva de género. *Index de Enfermería*, 19(4), 299-302.
- National Institute on Drug Abuse. (2002). Recuperado a partir de:

- <https://www.drugabuse.gov/related-topics/trends-statistics>
- National Institute on Drug Abuse (2006). Recuperado a partir de:
- <https://www.drugabuse.gov/national-survey-drug-use-health>
- Nerín de la Puerta, I., & Jané Checa, M. (2007). *Libro blanco sobre mujeres y tabaco: abordaje con una perspectiva de género*. [Madrid: Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Nerín, I., & Jané, M. (2010). Políticas de género de ámbito global en el control y la prevención del tabaquismo. *salud pública de méxico*, 52, S304–S314.
- Obregón Gutiérrez, N., & Goberna Tricas, J. (2012). Desigualdades en el acceso a los programas preventivos en salud sexual y reproductiva. *Matronas Profesión*, 2012, vol. 13, num. 3-4, p. 83-89. Recuperado a partir de <http://dposit.ub.edu/dspace/handle/2445/33403>
- Ocaña, E. R., & Navarro, F. M. (2011). Salud pública en España. De la Edad Media al siglo XXI. Recuperado a partir de <http://www.citeulike.org/group/13021/article/9946401>
- Ocaña-Riola, R., Mayoral-Cortés, J. M., Fernández-Ajuria, A., Sánchez-Cantalejo, C., Martín-Olmedo, P., & Blanco-Reina, E. (2015). Efectos de la edad, el periodo de defunción y la cohorte de nacimiento en la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón en el sur de España. *Revista Española de Cardiología*, 68(5), 373–381.
- Orchard, T. J. (1996). The impact of gender and general risk factors on the occurrence of atherosclerotic vascular disease in non-insulin-dependent diabetes mellitus. *Annals of medicine*, 28(4), 323–333.
- Orden de 4 de Agosto de 1953. Boletín Oficial del Estado nº 244. (01-09-1953). Boletín Oficial del Estado nº 244. Por la que se dictan las normas para la nueva organización de los estudios de enfermería.
- Orden de 4 de julio de 1955. Boletín Oficial del estado nº 214. (02-08-1955).
- Orden de 31 de octubre de 1977. Boletín Oficial del Estado nº 283. (26-11-1977)
- ORDEN de 15 de julio de 1980 (1980) BOE nº 176. (23-07-1980) por la que se establece un curso de nivelación de conocimientos a efectos de la convalidación académica del título de Ayudante Técnico Sanitario por el de Diplomado en Enfermería.
- Orden, C. I. N. (2008). 2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero. *BOE*, 174, 19.
- Organization, W. H., & others. (1948). World health organization constitution. Basic documents, 1.

- Organization, W. H., & others. (2008). Prevención de las enfermedades cardiovasculares: guía de bolsillo para la estimación y el manejo del riesgo cardiovascular. Recuperado a partir de <http://apps.who.int/iris/handle/10665/43847>
- Organization, W. H., & others. (2013). Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. Geneva; 2003. WHO Technical report series, 916, 23–5.
- Ortego, G. G., Esteve, I. C., Gatus, J. R., Santiago, L. G., Lacruz, C. M., & Soler, P. S. (2011). Pacientes con el diagnóstico de insuficiencia cardiaca en Atención Primaria: envejecimiento, comorbilidad y polifarmacia. *Atención primaria*, 43(2), 61–67.
- Ortiz Gómez, T. (2001). El género, organizador de profesiones sanitarias. Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas. Consuelo.
- Ortiz-Gómez, T., Birriel-Salcedo, J., & Ortega del Olmo, R. (2004). Género, profesiones sanitarias y salud pública. *Gaceta sanitaria*, 18, 189–194.
- Ortiz-Ortega, A. (2009). Poder, mujeres y liderazgo: guía incluyente en un contexto global. Monterrey, México, Instituto Estatal de las Mujeres de Nuevo León. Recuperado a partir de <http://www.colegiodrriodelalozza.edu.mx/pedagogia/septimo/relaciones%20humanas%20y%20liderazgo/17331640-Poder-mujeres-y-liderazgo-guia-incluyente-en-un-contexto-global.pdf>
- Osses-Paredes, C., Valenzuela Suazo, S., & Sanhueza Alvarado, O. (2010). Hombres en la enfermería profesional. *Enfermería Global*, (18), 0–0.
- Östlin, P. (2005). Incorporar la perspectiva de género en la equidad en la salud: un análisis de la investigación y las políticas. Pan American Health Org. Recuperado a partir de https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=LZRvaS-nhW0C&oi=fnd&pg=PR4&dq=Incorporar+la+perspectiva+de+g%C3%A9nero+en+la+equidad+en+salud:+un+an%C3%A1lisis+de+la+investigaci%C3%B3n+y+las+pol%C3%ADticas&ots=_RxB6CZz-P&sig=QyehKI-h_2VO7mjA4E9LsrZjmw
- Ostlin, P., George, A., & Sen, G. (2002). Género, salud y equidad: las intersecciones. Desafío a la falta de equidad en la salud, de la ética a la acción. Género, salud y equidad: las intersecciones. Desafío a la falta de equidad en la salud, de la ética a la acción.
- Otero-Raviña, F., Grigorian-Shamagian, L., Fransi-Galiana, L., Názara-Otero, C., Fernández-Villaverde, J. M., del Álamo-Alonso, A., ... others. (2007). Estudio gallego de insuficiencia cardiaca en atención primaria (estudio GALICAP). *Revista española de cardiología*, 60(4), 373–383.
- Owan, T. E., Hodge, D. O., Herges, R. M., Jacobsen, S. J., Roger, V. L., & Redfield, M. M. (2006). Trends in prevalence and outcome of heart failure with preserved ejection fraction. *New England Journal of Medicine*, 355(3), 251–259.

- Padró Suárez, L., & Pelegrín Martínez, A. Á. (2011). Perimenopausia y riesgo cardiovascular. *Medisan*, 15(10), 1485–1492.
- Palomino Moral, P. A., Grande Gascón, M. L., & Linares Abad, M. (2014). La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Revista Internacional de Sociología*, 72(Extra_1), 45–70.
- Paradisi, G., Mattoli, M. V., Tomei, C., Zuppi, C., Lulli, P., Quagliozi, L., & Caruso, A. (2011). Cardiovascular risk factors in healthy women with previous small for gestational age infants. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 37(10), 1397–1404.
- para el Tratamiento, G. de T. (2007). de la Hipertensión Arterial de la Sociedad Europea de Hipertensión (ESH) y de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC). Guías de práctica clínica para el tratamiento de la hipertensión arterial. *Rev Esp Cardiol*, 60(968), e1–e94.
- Pardue, M.-L., Wizemann, T. M., & others. (2001). Exploring the Biological Contributions to Human Health:: Does Sex Matter? National Academies Press. Recuperado a partir de https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=KDicAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT19&dq=Wizemann,+2001&ots=SUjfuV-eYg&sig=yc_zjKZUos7QOusPOBLGIOjOjvU
- Pastor, A. M., Galindo, S. B., Hernández, M. L., Navarro, A. M., Bernal, C. C., & Alemán, J. A. (2010). Influencia del género en los estilos de vida que se asocian a enfermedades vasculares en Universitarios. *Hipertensión y riesgo vascular*, 27(4), 138-145.
- Pedro, G.-S., & José, M. (2009). El concepto de competencias y su adopción en el contexto universitario. Recuperado a partir de <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/13540>
- Pencina, M. J., D'Agostino, R. B., Larson, M. G., Massaro, J. M., & Vasan, R. S. (2009). Predicting the 30-year risk of cardiovascular disease The Framingham Heart Study. *Circulation*, 119(24), 3078–3084.
- Pérez, A. B. (2008). Ejercicio, piedra angular de la prevención cardiovascular. *Revista Española de Cardiología*, 61(5), 514–528.
- Pérez, V. A. F., & Fiol, E. B. (2005). Introduciendo la perspectiva de género en la investigación psicológica sobre violencia de género. *Anales de psicología*, 21(1), 1–10.
- Perk, J., De Backer, G., Gohlke, H., Graham, I., Reiner, Ž., Verschuren, M., ... others. (2012a). European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). *European heart journal*, 33(13), 1635–1701.

- Perk, J., De Backer, G., Gohlke, H., Graham, I., Reiner, Ž., Verschuren, M., ... others. (2012b). European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). *European heart journal*, 33(13), 1635–1701.
- Peters, S. A., Huxley, R. R., & Woodward, M. (2014). Diabetes as a risk factor for stroke in women compared with men: a systematic review and meta-analysis of 64 cohorts, including 775 385 individuals and 12 539 strokes. *The Lancet*, 383(9933), 1973–1980.
- Pichot, P., Aliño, J. J. L.-I., & Miyar, M. V. (1995). *DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Editorial Masson, SA Primera Edición. México. Año. Recuperado a partir de http://data.edras.cl/resources-files-repository/dsm-iv_castellano-completo.pdf
- Piédrola Gil, G., & others. (2001). *Medicina Preventiva y Salud Pública*. Ed. Masson, Barcelona.
- Pimentel, A. M. (2014). Historia de la Enfermería del Trabajo en el S. XIX y 1a mitad del S. XX. *Revista Enfermería del Trabajo*, 4(1), 14–19.
- Pineda, C. A. (2013). Síndrome metabólico: definición, historia, criterios. Recuperado a partir de <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/handle/10893/4753>
- Pizurki, H., Mejia, A., Butter, I., Ewart, L., & others. (1988). Función de las mujeres en la asistencia sanitaria. OMS. Recuperado a partir de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=REPIDISCA&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=104521&indexSearch=ID>
- Pombo, M. G. (2012). La inclusión de la perspectiva de género en el campo de la salud: disputas por la (des) politización del género. *Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales*, (66), 6–11.
- Porta, M. S., Greenland, S., Hernán, M., dos Santos Silva, I., & Last, J. M. (2014). *A dictionary of epidemiology*. Oxford University Press. Recuperado a partir de https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=4kZmAwwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=A+Dictionary+of+Epidemiology.+4.a+ed.+New+York:+Oxford+University+Press%3B+2001&ots=xBlS7dFB0f&sig=yx_AyzF7ZTcslBtG9H00TbRECB8
- Rahman, M. M., & Laher, I. (2007). Structural and functional alteration of blood vessels caused by cigarette smoking: an overview of molecular mechanisms. *Current vascular pharmacology*, 5(4), 276–292.
- Razavi, S., & Miller, C. (1995). *From WID to GAD: Conceptual shifts in the women and development discourse (Vol. 1)*. United Nations Research Institute for Social Development Geneva. Recuperado a partir de [http://unrisd.org/unrisd/website/document.nsf/ab82a6805797760f80256b4f005da1ab/d9c3fca78d3db32e80256b67005b6ab5/\\$FILE/opb1.pdf](http://unrisd.org/unrisd/website/document.nsf/ab82a6805797760f80256b4f005da1ab/d9c3fca78d3db32e80256b67005b6ab5/$FILE/opb1.pdf)

- Real Orden del 7 de mayo de 1915. Gaceta de Madrid nº 141 (21-05-1915). Real Orden del 7 de mayo, por la que se aprueba el programa de los conocimientos que son necesarios para habilitar de enfermeras a las que los soliciten, pertenecientes o no a Comunidades religiosas
- Real decreto de 28 de febrero de 1917. (1917)Gaceta de Madrid nº 60 . Real decreto de 28 de febrero por el que se aprueban las instrucciones generales para la organización y constitución del Cuerpo de Damas enfermeras de la Asociación de la Cruz Roja Española, y el programa anexo para la enseñanza de dichas Damas enfermeras.
- Real Decreto1466/1960, de 26 de Octubre. (1960). Boletín Oficial del Estado nº:278. Por el que se establece el Título Universitario Oficial de Diplomado en Enfermería y las directrices generales propias de los planes de estudios conducentes a la obtención de aquel.
- Real Decreto 2128/77 de 23 de julio. (1977) Boletín Oficial del Estado nº 200. Real decreto 2128/77 sobre integración en la Universidad de las de las Escuelas de Ayudantes Técnicos sanitarios como Escuelas Universitarias de enfermería en la Universidad. Madrid
- Real Decreto 111/1980 de 23de Enero. (1980) BOE nº 20. Sobre homologación del título de ATS con el de Diplomado en Enfermería. Real Decreto 111/1980.
- Real Decreto 1497/1987 (87)BOE nº 298, por el que se establecen directrices generales comunes de los planes de estudio de los títulos universitarios de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional
- Redondo, R. F., & Sánchez, J. N. G. (2007). Las directrices del Espacio Europeo de Educación Superior en el marco legislativo del sistema universitario español. *Aula abierta*, 35(1), 35–48.
- Reiner, Z., Catapano, A. L., De Backer, G., Graham, I., Taskinen, M. R., Wiklund, O., ... others. (2011). ESC Committee for Practice Guidelines (CPG) 2008-2010 and 2010-2012 Committees. ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: the Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS). *Eur Heart J*, 32(14), 1769–1818.
- Roca, G. R., Alonso, V. B., Costa, J. A., Caro, J. L., Moreno, F. A., Cervantes, C. E., ... others. (2007). Características clínicas de los pacientes diagnosticados de insuficiencia cardiaca crónica asistidos en Atención Primaria. Estudio CARDIOPRES. *Revista Clínica Española*, 207(7), 337–340.
- Rocabado Urquieta, E. J., Rocha Soria, M. I., Rivera Rojas, C. M., & Morales Clavijo, M. (2007). Síndrome metabólico en la menopausia. *Revista médica (Cochabamba)*, 18, 85.
- Rodríguez-Artalejo, F., Banegas, J. R. B., & Guallar-Castillón, P. (2004). Epidemiología de la insuficiencia cardíaca. *Revista española de cardiología*, 57(2), 163–170.

- Rodríguez, F. H. (2003). Nota sobre la Historia de la Enfermería en España (1977-2002). Lull: Revista de la Sociedad Española de Historia de las Ciencias y de las Técnicas, 26(55), 157-175.
- RODRÍGUEZ-SANZ, M. et al. (2006). Informe salud y género 2005. Observatorio de Salud de la mujer. Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado a partir de: http://www.pnsd.msps.es/fr/Categoria2/publica/pdf/GyD_DocumentoMarco.pdf
- Rohlfs, I., García, M. del M., Gavaldà, L., Medrano, M. J., Juvinyà, D., Baltasar, A., ... Muñoz, D. (2004). Género y cardiopatía isquémica. *Gaceta Sanitaria*, 18, 55-64.
- Romans, H (1889) Libri de Officciis de Orden praedicatorum. Roma
- Rose, G. (2001). Sick individuals and sick populations. *International journal of epidemiology*, 30(3), 427-432.
- Rubin, G. (1986). El tráfico de mujeres: notas sobre la« economía política» del sexo. *Nueva Antropología. Revista de Ciencias Sociales*, (30), 95-145.
- Rubio, M. A., Salas-Salvadó, J., Barbany, M., Moreno, B., Aranceta, J., Bellido, D., ... others. (2007). Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Rev Esp Obes*, 5(3), 135-75.
- Rubio y Galí F. (1916) Cartas del Dr. Rubio y Galí a las curadoras del Instituto de Terapéutica operatoria. Madrid: Imprenta del Asilo de Huérfanos
- Ruiz-Cantero, M. T., & Verdú-Delgado, M. (2004). Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. *Gaceta Sanitaria*, 18, 118-125.
- Ruiz, J. S. (2012). Modelos europeos: Proqram y Score: Control global del riesgo cardiometabólico. Ediciones Díaz de Santos. Recuperado a partir de <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=Fejv0z7oU0C&oi=fnd&pg=PA863&dq=El+sistema+SCORE+predice+solo+la+probabilidad+de+que+se+produzcan+episodes+cardiovasculares+mortales,+a+diferencia+de+las+escalas+de+evaluaci%C3%B3n+del+riesgo+basadas+en+las+ecuaciones+de+Framingham&ots=3BNkDkSYw4&sig=A8xho3DEigZzVgxtKgtLPb805Ls>
- SAAVEDRA, P., DE MIGUEL, E., CASTRO, R., BONET DE LA, M., SOSA, M., & others. (2010). Morbilidad en mujeres postmenopáusicas pobres. *Revista médica de Chile*, 138(2), 188-195.
- Sabater-Hernández, D., De la Sierra, A., Bellver-Monzó, O., Divisón, J. A., Gorostidi, M., Perseguer-Torregosa, Z., ... Tous, S. (2011). Guía de actuación para el farmacéutico comunitario en pacientes con hipertensión arterial y riesgo cardiovascular. Documento de consenso (versión resumida). *Hipertensión y riesgo vascular*, 28(5), 169-181.

- Salas-Salvadó, J., Rubio, M. A., Barbany, M., Moreno, B., & de la SEEDO, G. C. (2007). Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Medicina clínica*, 128(5), 184–196.
- Salud, O. P. de la. (2002). *La salud en las Américas* (Vol. 2). Pan American Health Org. Recuperado a partir de https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=TBeDH_JzAv0C&oi=fnd&pg=PA2&dq=Organizaci%C3%B3n+Panamericana+de+la+Salud+1998&ots=YzC-pivyNW&sig=CdbsF91BVQ0_ozqME_nXfgmXexc
- Sánchez, M. A., Leiro, M. G. C., de Teresa Galván, E., Navarro, M. J., Alonso-Pulpón, L., García, J. M., & others. (2008). Prevalencia de la insuficiencia cardiaca en la población general española mayor de 45 años. Estudio PRICE. *Revista Española de Cardiología*, 61(10), 1041–1049.
- Sánchez, M. A., & others. (2004). Características clínicas, tratamiento y morbimortalidad a corto plazo de pacientes con insuficiencia cardiaca controlados en consultas específicas de insuficiencia cardiaca. Resultados del registro BADAPIC. *Revista española de cardiología*, 57(12), 1159–1169.
- Sánchez Martín, E. (2013). Responsabilidad social corporativa e igualdad de oportunidades: evaluación del plan de igualdad de la UPCT. Recuperado a partir de <http://repositorio.bib.upct.es:8080/jspui/handle/10317/3645>
- Sancho Cantus, D., Romero Sánchez, J. M., Pastor Montero, S., Martínez Sabater, A., & Belén, S. E. (2010). Atención integral a la mujer con cardiopatía isquémica tras el alta hospitalaria. *Biblioteca Lascasas [Bibl Lascasas]*, 2010, vol. 10, num. 6 (2). Recuperado a partir de <http://roderic.uv.es/handle/10550/34609>
- Santamaría, J. S. (2011). Evaluación de los aprendizajes universitarios: una comparación sobre sus posibilidades y limitaciones en el Espacio Europeo de Educación Superior. *Revista de Formación e Innovación Educativa Universitaria*. Vol, 4(1), 40–54.
- Savard, L. A., Thompson, D. R., Clark, A. M., & others. (2011). A meta-review of evidence on heart failure disease management programs: the challenges of describing and synthesizing evidence on complex interventions. *Trials*, 12(1), 194.
- Sayago-Silva, I., García-López, F., & Segovia-Cubero, J. (2013a). Epidemiología de la insuficiencia cardiaca en España en los últimos 20 años. *Revista Española de Cardiología*, 66(8), 649–656.
- Sayago-Silva, I., García-López, F., & Segovia-Cubero, J. (2013b). Epidemiología de la insuficiencia cardiaca en España en los últimos 20 años. *Revista Española de Cardiología*, 66(8), 649–656.

- Scott, J. (2012). Género: una categoría útil de análisis histórica. Recuperado a partir de http://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/1210/scott_gender2.pdf?sequence=1
- Secker-Walker, R. H., Gnich, W., Platt, S., & Lancaster, T. (2002). Community interventions for reducing smoking among adults. *Cochrane Database Syst Rev*, 3(5). Recuperado a partir de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001745/epdf/standar>
- SEN, G., GEORGE, A. & ÖSTLIN, P. (2002) Engendering Health Equity: A review of research and policy. En: SEN, G., GEORGE, A. & ÖSTLIN, P. (Eds.) Engendering International Health - the challenge of Equity. Cambridge, MIT Press.
- Sen, G., George, A., & Östlin, P. (2006.). género salud equidad. Recuperado a partir de <http://si.easp.es/semanasaludmujeres/wp-content/uploads/2015/05/Incorporar-la-perspectiva-de-g--nero-en-la-equidad-en-salud1.pdf>
- SEN, G., IYER, A. & GEORGE, A. (2007b) Systematic hierarchies and systemic failures: Gender and health inequities in Koppal District. *Economic and Political Weekly*, XLII, 682-690
- Sen, G., & Östlin, P. (2008). Gender inequity in health: why it exists and how we can change it. Recuperado a partir de <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17441690801900795>
- Siang, S. (2000). The mismeasure of woman: women and clinical trials. *Magazine HMS Beagle*, 83.
- SIBAI, A. M., SEN, K., BAYDOUN, M. & SAXENA, P. (2004) Population ageing in Lebanon: current status, future prospects and implications for policy. *Bull World Health Organ*, 82, 219-25.
- Siles González J.(1996) Pasado, presente y futuro de la Enfermería en España. Perspectiva histórica y epistemológica. Alicante, CECOVA
- Spillman, S. D. (2003). University students knowledge of cardiovascular diseases risk factors. *J Med Sci*, 3, 263-273.
- Soca, P. E. M., Pérez, I. P., Escofet, S. N., Torres, W. C., Pena, A. N., & De León, D. P. (2012). Ensayo clínico aleatorio: papel de la dieta y ejercicios físicos en mujeres con síndrome metabólico. *Atención Primaria*, 44(7), 387-393.
- Sorli Guerola, J. V. (2008). Obesidad y alteraciones metabólicas: Factores genéticos y ambientales en población mediterránea española. Recuperado a partir de <http://roderic.uv.es/handle/10550/15590>

- Stevens, V. J., Obarzanek, E., Cook, N. R., Lee, I.-M., Appel, L. J., West, D. S., ... others. (2001). Long-term weight loss and changes in blood pressure: results of the Trials of Hypertension Prevention, phase II. *Annals of Internal medicine*, 134(1), 1-11.
- Stewart, S., MacIntyre, K., Capewell, S., & McMurray, J. J. V. (2003). Heart failure and the aging population: an increasing burden in the 21st century? *Heart*, 89(1), 49-53.
- Stolcke, V. (1992). ¿ Es el sexo para el género como la raza para la etnicidad? Mientras tanto, 87-111.
- Suárez, J. A. G. (2006). Qué es el Espacio Europeo de Educación Superior? El reto de Bolonia. Preguntas y respuestas. Edicions Universitat Barcelona. Recuperado a partir de <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=AmvIPzX-PVQC&oi=fnd&pg=PA7&dq=tesis+espacio+europeo+educaci%C3%B3n&ots=GxnrTaLOI1&sig=N7PX8wNUXstoFKZCFulwmEz7W0s>
- Suárez Ramos, A., Barrera Becerra, C., Calero Fernández, M., Fernández de la Mota, E., & Sanz Amores, R. (2007). Guía de integración de la dimensión de género en los procesos asistenciales integrados [Recurso electrónico]: documentos de apoyo. Recuperado a partir de <http://www.repositoriosalud.es/handle/10668/672>
- TECNICO, D. (2010). HACIA LA CIE10. DOCUMENTO TECNICO. Recuperado a partir de http://www.msssi.gob.es/eu/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10/2010_HaciaCIE10.pdf
- Teichler, U. (2006). El Espacio Europeo de Educación Superior: visiones y realidades de un proceso deseable de convergencia. *Revista española de educación comparada*, (12), 37-80.
- Tendera, M. (2004). The epidemiology of heart failure. *Journal of Renin-Angiotensin-Aldosterone System*, 5(1 suppl), S2-S6.
- Thielmann, K., & Illnait Ferrer, J. (2012). La crisis y la salud. ¿ La salud en crisis? *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(2), 278-285.
- Thorson, A., & Johansson, E. (2004). Equality or equity in health care access: a qualitative study of doctors' explanations to a longer doctor's delay among female TB patients in Vietnam. *Health policy*, 68(1), 37-46.
- Tobón González, E., & Torres Herrera, A. (2014). El papel de la ideología en la sustentación y legitimación de la violencia basada en género, manifiesta en el discurso de mujeres violentadas por sus parejas de la ciudad de Pereira. Recuperado a partir de <http://ribuc.ucp.edu.co:8080/jspui/handle/10785/2249>
- Unión Europea (2009) Parlamento Europeo Salud Publica recuperado en: http://www.europarl.europa.eu/atyourservice/es/displayFtu.html?ftuId=FTU_5.5.3.html
- UNITED NATIONS (1995) Report of the Fourth World Conference on Women. Beijing, China, 1995. A/CONF.177/20 17. October 1995, United Nations


- Urbanos, R., & Blanco, A. (2003). Impacto del envejecimiento en el gasto público sanitario y sociosanitario para el período 2000-2050. Documento de Trabajo del Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid: Ministerio de Trabajo.
- Valls-Llobet, C. (2014a). Mujeres, salud y poder. Ediciones Cátedra.
- Valls-Llobet, C. (2014b). Mujeres, salud y poder. Ediciones Cátedra.
- VALLS-LLOBET, C. (2015). 1. Sesgos de género en medio ambiente y salud. ECOLOGÍA Y GÉNERO EN DIÁLOGO INTERDISCIPLINAR, 21.
- Van der Wende, M. (2007). Internationalization of higher education in the OECD countries: Challenges and opportunities for the coming decade. *Journal of Studies in International Education*, 11(3-4), 274–289.
- van Wijk, C. M. G., Kolk, A. M., van den Bosch, W. J., & van den Hoogen, H. J. (1995). Male and female health problems in general practice: the differential impact of social position and social roles. *Social science & medicine*, 40(5), 597–611.
- Vázquez García, R., Alfageme Michavila, I., Barrera Becerra, C., Calderón Sandubete, E., del Pino de la Fuente, M., Gallego García de Vinuesa, P., ... others. (2007). Síndrome coronario agudo sin elevación de ST (SCASEST): angina inestable e infarto sin elevación de ST (AI/IAMNST): proceso asistencial integrado. Recuperado a partir de <http://www.repositoriosalud.es/handle/10668/1680>
- Velasco, S. (2002). Relaciones de género y subjetividad. Método para programas de prevención. Madrid: Instituto de la mujer.
- Ventosa, F. (2000) Barbero-sangrador-flebotomiano. *Híades. Revista de Historia de la enfermería*. 7: 209-217
- Vicente, M. C., & Delgado, Á. A. (2009a). Influencia de la feminización de la enfermería en su desarrollo profesional. *RAE*, 9(9), 119–136.
- Vicente, M. C., & Delgado, Á. A. (2009b). Influencia de la feminización de la enfermería en su desarrollo profesional. *RAE*, 9(9), 119–136.
- Wannamethee, S. G., Papacosta, O., Lawlor, D. A., Whincup, P. H., Lowe, G. D., Ebrahim, S., & Sattar, N. (2012). Do women exhibit greater differences in established and novel risk factors between diabetes and non-diabetes than men? The British Regional Heart Study and British Women's Heart Health Study. *Diabetologia*, 55(1), 80–87.
- Weil, S. (s. f.). Florence Nightingale. Recuperado a partir de <http://wdb.ugr.es/~encastro/wp-content/uploads/MUJERES-MATEMATICAS-DE-OCCIDENTE-DEL-SIGLO-XX.doc>
- WHO (1998) Report on Technical Consultation on Safe Motherhood. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2004) Beyond the numbers. Geneva, World Health Organization.

- WILDSMITH, E. M. (2002) Testing the weathering hypothesis among Mexican-origin women. *Ethn Dis*, 12, 470-9.
- Williams, B., Poulter, N. R., Brown, M. J., Davis, M., McInnes, G. T., Potter, J. F., ... others. (2004). British Hypertension Society guidelines for hypertension management 2004 (BHS-IV): summary. *BMJ: British Medical Journal*, 328(7440), 634.
- Williams, R. R., Hunt, S. C., Heiss, G., Province, M. A., Bensen, J. T., Higgins, M., ... Hopkins, P. N. (2001). Usefulness of cardiovascular family history data for population-based preventive medicine and medical research (the Health Family Tree Study and the NHLBI Family Heart Study). *The American journal of cardiology*, 87(2), 129-135.
- Wolf-Maier, K., Cooper, R. S., Banegas, J. R., Giampaoli, S., Hense, H.-W., Joffres, M., ... others. (2003). Hypertension prevalence and blood pressure levels in 6 European countries, Canada, and the United States. *Jama*, 289(18), 2363-2369.
- Wolf-Maier, K., Cooper, R. S., Kramer, H., Banegas, J. R., Giampaoli, S., Joffres, M. R., ... Thamm, M. (2004). Hypertension treatment and control in five European countries, Canada, and the United States. *Hypertension*, 43(1), 10-17.
- Wu, Y., Deng, Y., & Zhang, Y. (2011). Knowledge, attitudes, and behaviors of nursing professionals and students in Beijing toward cardiovascular disease risk reduction. *Research in nursing & health*, 34(3), 228-240.
- Yordi, I. (2003). La política de la OMS en materia de género. *Quark: Ciencia, medicina, comunicación y cultura*, (27), 5.
- Young, P., Hortis De Smith, V., Chambi, M. C., & Finn, B. C. (2011). Florence Nightingale (1820-1910), a 101 años de su fallecimiento. *Revista médica de Chile*, 139(6), 807-813.
- YOUNT, K. M., AGREE, E. M. & REBELLON, C. (2004) Gender and use of health care among older adults in Egypt and Tunisia. *Soc Sci Med*, 59, 2479-97.
- YOUNT, K. M. & AGREE, E. M. (2005) Differences in disability among older women and men in Egypt and Tunisia. *Demography*, 42, 169-87.

14. ANEXOS

ANEXO 1

Identificador: 2901160




IMPRESO SOLICITUD PARA VERIFICACIÓN DE TÍTULOS OFICIALES
1. DATOS DE LA UNIVERSIDAD, CENTRO Y TÍTULO QUE PRESENTA LA SOLICITUD
 De conformidad con el Real Decreto 1365/2007, por el que se establece la ordenación de las Enseñanzas Universitarias Oficiales

UNIVERSIDAD SOLICITANTE	CENTRO	CÓDIGO CENTRO	
Universidad de Málaga	Centro de Enfermería Virgen de la Paz (Ronda)	29011424	
	Centro de Enfermería Diputación Provincial	29009417	
	Facultad de Ciencias de la Salud	29009429	
NIVEL	DENOMINACIÓN CORTA		
Grado	Enfermería		
DENOMINACIÓN ESPECÍFICA			
Graduado o Graduada en Enfermería por la Universidad de Málaga			
RAMA DE CONOCIMIENTO	CONJUNTO		
Ciencias de la Salud	No		
HABILITA PARA EL EJERCICIO DE PROFESIONES REGULADAS	NORMA HABILITACIÓN		
Si	Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, BOE de 19 julio de 2008		
SOLICITANTE			
NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO		
María Jose Blanca Mena	VICERRECTORA DE ORDENACIÓN ACADÉMICA Y PROFESORADO		
Tipo Documento	Número Documento		
NIF	25084614D		
REPRESENTANTE LEGAL			
NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO		
María Jose Blanca Mena	VICERRECTORA DE ORDENACIÓN ACADÉMICA Y PROFESORADO		
Tipo Documento	Número Documento		
NIF	25084614D		
RESPONSABLE DEL TÍTULO			
NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO		
María Teresa Labajos Manzaneres	DECANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.		
Tipo Documento	Número Documento		
NIF	25059731N		
2. DIRECCIÓN A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN			
A los efectos de la práctica de la NOTIFICACIÓN de todos los procedimientos relativos a la presente solicitud, las comunicaciones se dirigirá a la dirección que figura en el presente apartado.			
DOMICILIO	CÓDIGO POSTAL	MUNICIPIO	TELÉFONO
C/ El Ejido s/n. PABELLÓN DE GOBIERNO DE LA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA	29071	Málaga	952131038
E-MAIL	PROVINCIA	FAX	
hazmen@uma.es	Málaga	952132694	


1 / 123

cmy: 1021190005.004 77 030 7616307

ANEXO 2

		Identificador : 2501160
2. JUSTIFICACIÓN, ADECUACIÓN DE LA PROPUESTA Y PROCEDIMIENTOS		
Ver Apartado 2: Anexo 1.		
3. COMPETENCIAS		
3.1 COMPETENCIAS BÁSICAS Y GENERALES		
BÁSICAS		
CB1 -	Que los estudiantes hayan demostrado poseer y comprender conocimientos en un área de estudio que parte de la base de la educación secundaria general, y se suele encontrar a un nivel que, si bien se apoya en libros de texto avanzados, incluye también algunos aspectos que implican conocimientos procedentes de la vanguardia de su campo de estudio	
CB2 -	Que los estudiantes sepan aplicar sus conocimientos a su trabajo o vocación de una forma profesional y posean las competencias que suelen demostrarse por medio de la elaboración y defensa de argumentos y la resolución de problemas dentro de su área de estudio	
CB3 -	Que los estudiantes tengan la capacidad de reunir e interpretar datos relevantes (normalmente dentro de su área de estudio) para emitir juicios que incluyan una reflexión sobre temas relevantes de índole social, científica o ética	
CB4 -	Que los estudiantes puedan transmitir información, ideas, problemas y soluciones a un público tanto especializado como no especializado	
CB5 -	Que los estudiantes hayan desarrollado aquellas habilidades de aprendizaje necesarias para emprender estudios posteriores con un alto grado de autonomía	
GENERALES		
CG1 -	Incorporar el autoaprendizaje para continuar progresando, como instrumento de desarrollo, innovación y responsabilidad profesional a través de la formación continuada.	
CG2 -	Contribuir al conocimiento y desarrollo de los derechos humanos, los principios democráticos, los principios de igualdad entre mujeres y hombres, de solidaridad, de protección medio ambiental, de accesibilidad universal y diseño para todos y de fomento de la cultura de la paz.	
CG3 -	Tener la capacidad de reunir e interpretar datos relevantes en el ámbito de la Enfermería para emitir juicios que incluyan una reflexión sobre temas de índole social, científica o ética y transmitir información, ideas, problemas y soluciones a un público tanto especializado como no especializado.	
3.2 COMPETENCIAS TRANSVERSALES		
CT1.1 -	Capacidad de aplicar los conocimientos en la práctica.	
CT1.2 -	Capacidad para trabajar en un equipo interdisciplinar.	
CT1.3 -	Capacidad de aprender.	
CT1.4 -	Capacidad para adaptarse a nuevas situaciones.	
CT1.5 -	Capacidad de crítica y autocrítica.	
CT1.6 -	Capacidad para comunicarse con personas no expertas en la materia.	
CT1.7 -	Capacidad de análisis y síntesis.	
CT1.8 -	Capacidad para generar nuevas ideas (creatividad).	
CT1.9 -	Planificación y gestión del tiempo.	
CT1.10 -	Comunicación oral y escrita en la lengua materna.	
CT1.11 -	Diseño y gestión de proyectos.	
CT1.12 -	Liderazgo.	
CT1.13 -	Trabajo en equipo.	
CT1.14 -	Motivación.	
CT1.15 -	Compromiso ético.	
CT1.16 -	Resolución de problemas.	
CT1.17 -	Preocupación por la calidad.	
CT1.18 -	Toma de decisiones.	
CT1.19 -	Apreciación de la diversidad y la multiculturalidad.	
CT1.20 -	Iniciativa y espíritu emprendedor.	
CT1.21 -	Habilidades interpersonales.	

ANEXO 3

		Identificador : 2501160
CT1.22 - Habilidades de investigación.		
CT1.23 - Habilidades básicas de manejo de ordenadores.		
CT1.24 - Habilidad para trabajar en un contexto internacional.		
CT1.25 - Habilidad para trabajar de manera autónoma.		
CT1.26 - Habilidades de gestión de la información (habilidad para buscar y analizar información proveniente de diversas fuentes).		
CT1.27 - Conocimientos básicos de la profesión.		
CT1.28 - Conocimientos generales básicos sobre el área de estudio.		
CT1.29 - Conocimiento de culturas y costumbres de otras culturas.		
CT1.30 - Conocimiento de una segunda lengua.		
3.3 COMPETENCIAS ESPECÍFICAS		
CE2.1 - Capacidad para trabajar en un contexto profesional, ético y de códigos reguladores y legales, reconociendo y respondiendo a dilemas y temas éticos o morales en la práctica diaria.		
CE2.2 - Capacidad para trabajar de una manera holística, tolerante, sin enjuiciamientos, cuidadosa y sensible, asegurando que los derechos, creencias y deseos de los diferentes individuos o grupos no se vean comprometidos.		
CE2.3 - Capacidad para Educar, facilitar, apoyar y animar la salud, el bienestar y el confort de las poblaciones, comunidades, grupos e individuos cuyas vidas están afectadas por la mala salud, sufrimiento, enfermedad, incapacidad o la muerte.		
CE2.4 - Capacidad para reconocer los diversos roles, responsabilidades y funciones de una enfermera.		
CE2.5 - Capacidad para ajustar su papel con el objeto de responder efectivamente a las necesidades de la población o los pacientes. Cuando sea necesario y apropiado, ser capaz de desafiar los sistemas vigentes para cubrir las necesidades de la población y los pacientes.		
CE2.6 - Capacidad para aceptar la responsabilidad de su propio aprendizaje y desarrollo profesional, utilizando la evaluación como el medio para reflexionar y mejorar su actuación y aumentar la calidad de los servicios prestados.		
CE2.7 - Capacidad para emprender valoraciones exhaustivas y sistemáticas utilizando las herramientas y marcos adecuados para el paciente, teniendo en cuenta los factores físicos, sociales, culturales, psicológicos, espirituales y ambientales relevantes.		
CE2.8 - Capacidad para reconocer e interpretar signos normales o cambiantes de salud-mala salud, sufrimiento, incapacidad de la persona (valoración y diagnóstico).		
CE2.9 - Capacidad para responder a las necesidades del paciente planificando, prestando servicios y evaluando los programas individualizados más apropiados de atención junto al paciente, sus cuidadores y familias y otros trabajadores sanitarios o sociales.		
CE2.10 - Capacidad para cuestionar, evaluar, interpretar y sintetizar críticamente un abanico de información y fuentes de datos que faciliten la elección del paciente.		
CE2.11 - Capacidad de hacer valer los juicios clínicos para asegurar que se alcanzan los estándares de calidad y que la práctica está basada en la evidencia.		
CE2.12 - Capacidad para mantener la dignidad, privacidad y confidencialidad del paciente (utilizando las habilidades...).		
CE2.13 - Capacidad para poner en práctica principios de salud y seguridad, incluidos la movilización y manejo del paciente, control de infecciones, primeros auxilios básicos y procedimientos de emergencia (utilizando las habilidades...).		
CE2.14 - Capacidad para administrar con seguridad fármacos y otras terapias (utilizando las habilidades...).		
CE2.15 - Capacidad para considerar los cuidados emocionales, físicos y personales, incluyendo satisfacer las necesidades de confort, nutrición e higiene personal y permitir el mantenimiento de las actividades cotidianas (utilizando las habilidades...).		
CE2.16 - Capacidad para responder a las necesidades personales durante el ciclo vital y las experiencias de salud o enfermedad. Por ej, dolor, elecciones vitales, invalidez o en el proceso de muerte inminente (utilizando las habilidades...).		
CE2.17 - Capacidad para informar, educar y supervisar a pacientes y cuidadores y sus familias (utilizando las habilidades...).		
CE2.18 - Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar teorías de enfermería y práctica enfermera.		
CE2.19 - Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar ciencias básicas y de la vida.		
CE2.20 - Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar ciencias sociales, del comportamiento y de la salud.		
CE2.21 - Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar ética, legislación y humanidades.		
CE2.22 - Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar tecnología e informática a los cuidados de salud.		
CE2.23 - Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar política nacional e internacional.		



Identificador : 2501160

CE2.24 - Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar resolución de problemas y toma de decisiones.
CE2.25 - Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar principios de investigación e información.
CE2.26 - Capacidad para una comunicación efectiva (incluyendo el uso de tecnologías): con pacientes, familias y grupos sociales, incluidos aquellos con dificultades de comunicación.
CE2.27 - Capacidad para permitir que los pacientes y sus cuidadores expresen sus preocupaciones e intereses, y que puedan responder adecuadamente. Por ej. emocional, social, psicológica, espiritual o físicamente.
CE2.28 - Capacidad para representar adecuadamente la perspectiva del paciente y actuar para evitar abusos.
CE2.29 - Capacidad para usar adecuadamente las habilidades de consejo (técnicas de comunicación para promover el bienestar del paciente).
CE2.30 - Capacidad para identificar y tratar comportamientos desafiantes.
CE2.31 - Capacidad para reconocer la ansiedad, el estrés y la depresión.
CE2.32 - Capacidad para dar apoyo emocional e identificar cuándo son necesarios el consejo de un especialista u otras intervenciones.
CE2.33 - Capacidad para informar, registrar, documentar y derivar cuidados utilizando tecnologías adecuadas.
CE2.34 - Capacidad para darse cuenta que el bienestar del paciente se alcanza a través de la combinación de recursos y acciones de los miembros del equipo socio-sanitario de cuidados.
CE2.35 - Capacidad para dirigir y coordinar un equipo, delegando cuidados adecuadamente.
CE2.36 - Capacidad para trabajar y comunicarse en colaboración y de forma efectiva con todo el personal de apoyo para priorizar y gestionar el tiempo eficientemente mientras se alcanzan los estándares de calidad.
CE2.37 - Capacidad para valorar el riesgo y promocionar activamente el bienestar y seguridad de toda la gente del entorno de trabajo (incluida/os ella/os misma/os).
CE2.38 - Utilizar críticamente las herramientas de evaluación y auditoría del cuidado según los estándares de calidad relevantes.
CE2.39 - Capacidad para educar, facilitar, supervisar y apoyar a los estudiantes de cuidados de salud y trabajadores socio-sanitarios, dentro del contexto clínico.
CE2.40 - Ser consciente de los principios de financiación de cuidados sociosanitarios y usar los recursos eficientemente.
CEOM3.1 - Conocer e identificar la estructura y función del cuerpo humano.
CEOM3.2 - Comprender las bases moleculares y fisiológicas de las células y los tejidos.
CEOM3.3 - Conocer los procesos fisiopatológicos y sus manifestaciones y los factores de riesgo que determinan los estados de salud y enfermedad en las diferentes etapas del ciclo vital.
CEOM3.4 - Reconocer las situaciones de riesgo vital y saber ejecutar maniobras de soporte vital básico y avanzado.
CEOM3.5 - Aplicar las tecnologías y sistemas de información y comunicación de los cuidados de salud.
CEOM3.6 - Analizar los datos estadísticos referidos a estudios poblacionales, identificando las posibles causas de problemas de salud.
CEOM3.7 - Identificar las respuestas psicosociales de las personas ante las diferentes situaciones de salud (en particular, la enfermedad y el sufrimiento), seleccionando las acciones adecuadas para proporcionar ayuda en las mismas.
CEOM3.8 - Establecer una relación empática y respetuosa con el paciente y familia, acorde con la situación de la persona, problema de salud y etapa de desarrollo.
CEOM3.9 - Utilizar estrategias y habilidades que permitan una comunicación efectiva con pacientes, familias y grupos sociales, así como la expresión de sus preocupaciones e intereses.
CEOM3.10 - Conocer el uso y la indicación de productos sanitarios vinculados a los cuidados de enfermería.
CEOM3.11 - Conocer los diferentes grupos de fármacos, los principios de su autorización, uso e indicación, y los mecanismos de acción de los mismos.
CEOM3.12 - Utilización de los medicamentos, evaluando los beneficios esperados y los riesgos asociados y/o efectos derivados de su administración y consumo.
CEOM3.13 - Conocer y valorar las necesidades nutricionales de las personas sanas y con problemas de salud a lo largo del ciclo vital, para promover y reforzar pautas de conducta alimentaria saludable.
CEOM3.14 - Identificar los nutrientes y los alimentos en que se encuentran.
CEOM3.15 - Identificar los problemas nutricionales de mayor prevalencia y seleccionar las recomendaciones dietéticas adecuadas.

8 / 123

civ-125219506540477109708357



Identificador : 2501160

CEOMB.16 - Conocer e identificar los problemas psicológicos y físicos derivados de la violencia de género para capacitar al estudiante en la prevención, la detección precoz, la asistencia, y la rehabilitación de las víctimas de esta forma de violencia.
CEOMB.17 - Conocer y relacionar género como un determinante de la salud.
CEOMB.18 - Conocer y relacionar la influencia de la categoría de género en el proceso salud enfermedad.
CEOMB.19 - Conocer e identificar los diferentes contextos culturales relacionados con los cuidados de salud.
CEOMB.20 - Identificar, integrar y relacionar el concepto de salud y los cuidados, desde una perspectiva histórica, para comprender la evolución del cuidado de enfermería.
CEOMB.21 - Comprender desde una perspectiva ontológica y epistemológica, la evolución de los conceptos centrales que configuran la disciplina de enfermería, así como los modelos teóricos más relevantes, aplicando la metodología científica en el proceso de cuidar y desarrollando los planes de cuidados correspondientes.
CEOMB.22 - Aplicar el proceso de enfermería para proporcionar y garantizar el bienestar la calidad y seguridad a las personas atendidas.
CEOMB.23 - Conocer y aplicar los principios que sustentan los cuidados integrales de enfermería.
CEOMB.24 - Dirigir, evaluar y prestar los cuidados integrales de enfermería, al individuo, la familia y la comunidad.
CEOMB.25 - Capacidad para describir los fundamentos del nivel primario de salud y las actividades a desarrollar para proporcionar un cuidado integral de enfermería al individuo, la familia y la comunidad.
CEOMB.26 - Comprender la función y actividades y actitud cooperativa que el profesional ha de desarrollar en un equipo de Atención Primaria de Salud.
CEOMB.27 - Promover la participación de las personas, familia y grupos en su proceso de salud-enfermedad.
CEOMB.28 - Identificar los factores relacionados con la salud y los problemas del entorno, para atender a las personas en situaciones de salud y enfermedad como integrantes de una comunidad.
CEOMB.29 - Identificar y analizar la influencia de factores internos y externos en el nivel de salud de individuos y grupos.
CEOMB.30 - Aplicar los métodos y procedimientos necesarios en su ámbito para identificar los problemas de salud más relevantes en una comunidad.
CEOMB.31 - Educar, facilitar y apoyar la salud y el bienestar de los miembros de la comunidad, cuyas vidas están afectadas por problemas de salud, riesgo, sufrimiento, enfermedad, incapacidad o muerte.
CEOMB.32 - Conocer las alteraciones de salud del adulto, identificando las manifestaciones que aparecen en sus distintas fases.
CEOMB.33 - Identificar las necesidades de cuidado derivadas de los problemas de salud.
CEOMB.34 - Analizar los datos recogidos en la valoración, priorizar los problemas del paciente adulto, establecer y ejecutar el plan de cuidados y realizar su evaluación.
CEOMB.35 - Realizar las técnicas y procedimientos de cuidados de enfermería, estableciendo una relación terapéutica con los enfermos y familiares.
CEOMB.36 - Seleccionar las intervenciones encaminadas a tratar o prevenir los problemas derivados de las desviaciones de salud.
CEOMB.37 - Tener una actitud cooperativa con los diferentes miembros del equipo.
CEOMB.38 - Conocer los cuidados paliativos y control del dolor para prestar cuidados que alivien la situación de los enfermos avanzados y terminales.
CEOMB.39 - Identificar las características de las mujeres en las diferentes etapas del ciclo reproductivo y en el climaterio y en las alteraciones que se puedan presentar proporcionando los cuidados necesarios en cada etapa.
CEOMB.40 - Aplicar cuidados generales durante el proceso de maternidad para facilitar la adaptación de las mujeres y los neonatos a las nuevas demandas y prevenir complicaciones.
CEOMB.41 - Conocer los aspectos específicos de los cuidados del neonato.
CEOMB.42 - Identificar las características de las diferentes etapas de la infancia y adolescencia y los factores que condicionan el patrón normal de crecimiento y desarrollo.
CEOMB.43 - Conocer los problemas de salud más frecuentes en la infancia e identificar sus manifestaciones.
CEOMB.44 - Analizar los datos de valoración del niño, identificando los problemas de enfermería y las complicaciones que pueden presentarse.
CEOMB.45 - Aplicar las técnicas que integran el cuidado de enfermería, estableciendo una relación terapéutica con los niños y sus cuidadores.



GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTE

Identificador: 2501160

CEOM3.46 - Seleccionar las intervenciones dirigidas al niño sano y al enfermo, así como las derivadas de los métodos de diagnóstico y tratamiento.
CEOM3.47 - Ser capaz de proporcionar educación para la salud a los padres o cuidadores primarios.
CEOM3.48 - Comprender los cambios asociados al proceso de envejecer y su repercusión en la salud. Identificar las modificaciones estructurales, funcionales, psicológicas y de formas de vida asociadas al proceso de envejecer.
CEOM3.49 - Conocer los problemas de salud más frecuentes en las personas mayores.
CEOM3.50 - Seleccionar las intervenciones cuidadoras dirigidas a tratar o a prevenir los problemas de salud y su adaptación a la vida diaria mediante recursos de proximidad y apoyo a la persona anciana.
CEOM3.51 - Conocer los problemas de salud mental más relevantes en las diferentes etapas del ciclo vital, proporcionando cuidados integrales y eficaces, en el ámbito de la enfermería.
CEOM3.52 - Conocer el Sistema Sanitario Español.
CEOM3.53 - Identificar las características de la función directiva de los servicios de enfermería y la gestión de cuidados.
CEOM3.54 - Conocer y ser capaz de aplicar las técnicas de dirección de grupos.
CEOM3.55 - Conocer la legislación aplicable y el código ético y deontológico de la enfermería española, inspirado en el código europeo de ética y deontología de enfermería.
CEOM3.56 - Prestar cuidados, garantizando el derecho a la dignidad, privacidad, intimidad, confidencialidad y capacidad de decisión del paciente y familia.
CEOM3.57 - Individualizar el cuidado considerando la edad, el género, las diferencias culturales, el grupo étnico, las creencias y valores.
CEOM3.58 - Integrar en la práctica preprofesional las competencias de conocimientos, habilidades y actitudes descritas en las materias que conforman el título.
CEOM3.59 - Presentar y defender ante el Tribunal universitario un Proyecto Fin de Grado a través de un ejercicio de integración de los contenidos formativos recibidos y las competencias adquiridas.
CEOM3.60 - Conocer y comprender la lengua inglesa oral y escrita, en temas relacionados con Ciencias de la Salud, particularmente con las ciencias enfermeras.
CEOM3.61 - Saber resumir y traducir textos del inglés al español y viceversa, en temas relacionados con Ciencias de la Salud, particularmente con las ciencias enfermeras.
CEOM3.62 - Ser capaz de mantener una adecuada comunicación en lengua inglesa con pacientes/usuarios.
CEOM3.63 - Conocer, valorar y saber utilizar las fuentes de información socio-sanitaria.
CEOM3.64 - Conocer y aplicar las tecnologías de la información y las comunicaciones (TICs) en el cuidado enfermero.
CEOM3.65 - Tener información de los recursos públicos destinados a la formación y gestión de empresas.
CECTE4.1 - Comprender la importancia de la sexualidad en el proceso de salud y enfermedad.
CECTE4.2 - Integrar los cuidados sexuales como parte de los cuidados tanto a las personas sanas como enfermas, en las diferentes circunstancias y momentos de la vida.
CECTE4.3 - Ser capaz de valorar, planificar, prestar y evaluar cuidados para la promoción de la salud sexual y para la prevención de problemas sexuales.
CECTE4.4 - Ser capaz de proporcionar cuidados ante posibles dificultades sexuales y detección y derivación precoz de los trastornos sexuales que lo requieran.
CECTE4.5 - Proteger la salud y el bienestar de las personas, familia o grupos atendidos, garantizando su seguridad, incluyendo a la propia enfermera.
CECTE4.6 - Conocer los efectos no deseados secundarios a la atención sanitaria y saber que representan una causa de elevada morbilidad y mortalidad, así como, el elevado impacto económico y social de los mismos.
CECTE4.7 - Comprender las estrategias adoptadas por diversos organismos internacionales (UE, OMS OCDE, etc.) y nacionales (MSC, SAS, Sociedades Científicas, etc.) para abordar la ocurrencia de eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria.
CECTE4.8 - Promover y desarrollar la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales en cualquier nivel de atención sanitaria.
CECTE4.9 - Conocer y diseñar sistemas para la comunicación de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente.
CECTE4.10 - Reconocer los riesgos que conlleva el desempeño profesional.





Identificador : 2501160

CECTE4.11 - Conocer las conductas de los escolares sobre actividad física, ergonomía, higiene, salud buco-dental, alimentación, relaciones personales (acoso escolar), sexualidad, tiempo libre, seguridad vial, consumo de medicamentos y consumo de sustancias tóxicas.
CECTE4.12 - Diseñar campañas de sensibilización dirigidas a los escolares, para que integren comportamientos saludables con relación a actividad física, ergonomía, higiene, salud buco-dental, alimentación, relaciones personales (acoso escolar), sexualidad, tiempo libre, seguridad vial, consumo de medicamentos y consumo de sustancias tóxicas.
CECTE4.13 - Identificar ambientes y estilos de vida saludables en los centros educativos.
CECTE4.14 - Formar a los escolares en materia de prevención y actuación ante accidentes menores que se presentan en la vida cotidiana.
CECTE4.15 - Establecer relaciones con los centros escolares para desarrollar actividades conjuntas de educación para la salud, para facilitar el fomento del entorno escolar saludable.
CECTE4.16 - Identificar áreas de variabilidad de la práctica clínica y de la toma de decisiones en materia de cuidados y las implicaciones que tiene en la prestación de servicios de salud.
CECTE4.17 - Diseñar preguntas de búsqueda sobre áreas de incertidumbre en la práctica clínica y en el diseño de servicios de cuidados para la atención a grupos de población concretos.
CECTE4.18 - Conocer y manejar fuentes de información basada en la evidencia, en particular, los instrumentos pre-evaluados.
CECTE4.19 - Elaborar una revisión a partir de información con la mejor evidencia disponible sobre un área clínica o de prestación de servicios de salud.
CECTE4.20 - Identificar a los pacientes considerados como frágiles.
CECTE4.21 - Valorar las necesidades del paciente frágil.
CECTE4.22 - Planificar los cuidados específicos a su situación de fragilidad.
CEM1Op1 - Saber aplicar los conocimientos de la educación para el desarrollo en un proyecto concreto
CEM1Op2 - Saber comprender e interpretar el desarrollo sostenible en el eje norte-sur
CEM1Op3 - Saber ser y valorar, el desarrollo de actitudes y valores de sostenibilidad donde resulta imprescindible
CEM1Op4 - Capacidad para integrar las diferentes dimensiones ambientales (social, cultural, económica, política, demográfica, estética, física, biológica) en la toma de decisiones profesionales en un mundo globalizado
CEM1Op5 - Capacidad de situarse ante los dilemas ético-sostenibles y razonar y justificar sus posibles soluciones
CEM1Op6 - Capacidad para aplicar transversalmente las acciones relacionadas con la educación para el desarrollo derivadas de la toma de decisiones profesionales
CEM1Op7 - Adquisición del sentido de responsabilidad hacia las consecuencias de las propias decisiones y acciones en un mundo globalizado
CEM2Op1 - Demostrar un conocimiento adecuado de los antecedentes profesionales, legales, éticos y morales de la profesión enfermera hasta la actualidad
CEM2Op2 - Conocer las bases históricas que le capacitan para comprender a la enfermería como actividad científica, y el papel de la enfermera del siglo XXI
CEM2Op3 - Identificar los fundamentos teóricos y la utilidad de distintas técnicas y métodos de las ciencias sociales de la salud
CEM2Op4 - Aplicar el concepto de salud y enfermedad desde los diferentes factores que influyen en la salud y la enfermedad en contextos, grupos completos y según sexo y género
CEM2Op5 - Conocer el concepto de enfermedad social
CEM2Op6 - Comprender los elementos estructurales de la sociedad de las instituciones sociales, grupos y organizaciones en nuestro medio y en los diversos ámbitos culturales y multiculturales que la integran
CEM2Op7 - Identificar las estructuras de poder y del conflicto que se deriva de las mismas y sus consecuencias en el estado de salud, de dolencias y de enfermedades
CEM3Op1 - Trabajar en equipo
CEM3Op2 - Analizar críticamente y sintetizar
CEM3Op3 - Comunicarse empáticamente y desarrollar habilidades interpersonales
CEM3Op4 - Poner de manifiesto valores éticos y deontológicos
CEM3Op5 - Integrar los conocimientos adquiridos en esta área con los adquiridos en otras materias

11 / 123

csw:125219306540477109708357

		Identificador : 2501160
CEM3Op6 - Responder a las necesidades del paciente planificando, prestando servicios y evaluando los programas individualizados más apropiados de atención junto al paciente, sus cuidadores y familias y otros trabajadores sanitarios o sociales		
CEM3Op7 - Capacidad para cuestionar, evaluar, interpretar y sintetizar críticamente un abanico de información y fuentes de datos que faciliten la elección del paciente		
CEM3Op8 - Capacidad de hacer valer los juicios clínicos para asegurar que se alcanzan los estándares de calidad y que la práctica está basada en la evidencia		
CEM3Op9 - Aplicar resolución de problemas y toma de decisiones ante los fenómenos adictivos		
CEM3Op10 - Informar sobre los recursos sociosanitarios existentes y su disponibilidad		
CEM3Op11 - Manejar eficazmente la comunicación (incluyendo el uso de tecnologías) sobre las adicciones con pacientes, familias y grupos sociales		
CEM4Op1 - Conocer los aspectos conceptuales que le permitan comprender la lógica de un proceso de investigación y referir estos conocimientos al campo de la Enfermería. Así deberá conocer la correspondencia entre el nivel conceptual, metodológico y analítico de un proceso de investigación científica. Sabiendo, además, apoyarse en fuentes documentales		
CEM4Op2 - Comprender las características y las perspectivas de una investigación cualitativa; sus ventajas e inconvenientes		
CEM4Op3 - Seleccionar métodos de muestreo y técnicas de recogida de datos pertinentes para la investigación en Ciencias Sociales y de la Salud		
CEM4Op4 - Identificar la importancia de la existencia de sesgos y su relación con la validez en el contexto de la investigación y su repercusión en la calidad de los resultados de la investigación		
CEM4Op5 - Integrar en la práctica al menos algunas de las técnicas cualitativas más básicas que puedan ser de utilidad en el campo de la Enfermería		
CEM5Op1 - Conocer el perfil y las características que rodean a las cuidadoras		
CEM5Op2 - Conocer los sistemas de cuidados y sus recursos		
CEM5Op3 - Identificar las necesidades de cuidados y autocuidados		
CEM5Op4 - Realizar un plan de cuidados para una persona cuidadora		
4. ACCESO Y ADMISIÓN DE ESTUDIANTES		

ANEXO 4

Cronograma

<u>Cronograma</u> <u>Cuestionario</u>	Septiembre 2013	Octubre 2013	Noviembre 2013	Diciembre 2013	Enero Febrero 2014	Marzo 2014	Abril 2014	Mayo 2014	Junio 2014
Elaboración grupo Profesionales Panel de Expertos									
Envío primera Ronda de cuestionario para Cribado de Ítems y Dimensiones consulta panel de expertos									
Obtención de resultados de la primera ronda y Elaboración nuevo cuestionarios con Ítems y dimensiones									
Envío Segunda ronda cuestionarios a panel de Expertos con Ítems y Dimensiones									
Recogida información y elaboración nuevo cuestionario tras segunda ronda a panel de Expertos									
Realización tercera ronda cuestionario al panel de Expertos									
Elaboración cuestionario Definitivo									
Pilotaje cuestionario									
Recogida Información con En Cuestionario Definitivo a Estudiantes									

Anexo 5

Cuestionario Definitivo

Cuestionario Definitivo Estudio

Datos sociodemográficos

[] Sexo
Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

Femenino
 Masculino

[] Edad
Por favor, escriba su respuesta aquí:

[] Curso
Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

Primero
 Segundo
 Tercero
 Cuarto

[] Centro de estudios
Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Málaga
 E.U. de Enfermería de la Diputación de Málaga

[] Tienen antecedentes familiares de:
Por favor, marque las opciones que correspondan:

Enfermedades oncológicas
 Hipertensión arterial
 Obesidad
 Enfermedades cardíacas
 Diabetes

[] ¿Fuma en la actualidad?
Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

Sí
 No

cuestionario de conocimientos de salud

1) ¿En los países europeos la mayor causa de mortalidad es la mujer en?
 Ha de seleccionar sólo una de las siguientes opciones

- El cáncer de mama
- El cáncer de pulmón
- Las enfermedades cardiovasculares
- No sabe

2) En la población Andaluza, el mayor dato de mortalidad se encuentra en:
 Ha de seleccionar sólo una de las siguientes opciones

- Cáncer de pulmón
- Enfermedades cardiovasculares
- Accidentes
- No sabe

3) ¿En el caso de España, la mortalidad por cáncer es:
 Ha de seleccionar sólo una de las siguientes opciones

- Menor que en otros países europeos de Europa
- De media, por ser similar a los países europeos de Europa
- Mayor que en otros países europeos de Europa
- No sabe

4) ¿Cuál es el porcentaje que más corresponde a la incidencia de cáncer respecto a fumadores en los estudios y seguimientos?
 Ha de seleccionar sólo una de las siguientes opciones

- Entre un 10% y un 15%
- Entre un 15% y un 20%
- Entre un 20% y un 25%
- No sabe

5) ¿Las causas de cáncer de pulmón en la mujer son:
 Ha de seleccionar sólo una de las siguientes opciones

- Tienen las mismas causas que en hombres y mujeres
- Tienen las mismas causas que en hombres y mujeres
- Tienen las mismas causas que en hombres y mujeres
- No sabe

6) ¿La radiación ionizante es la causa:
 Ha de seleccionar sólo una de las siguientes opciones

- Es la causa principal que se ve en Europa
- Es la causa principal que se ve en Europa
- Es la causa principal que se ve en Europa
- No sabe

7) ¿En el estudio de los factores de riesgo de cáncer de pulmón:
 Ha de seleccionar sólo una de las siguientes opciones

- Se han observado que los factores de riesgo de cáncer de pulmón son similares en hombres y mujeres
- Se han observado que los factores de riesgo de cáncer de pulmón son similares en hombres y mujeres
- Se han observado que los factores de riesgo de cáncer de pulmón son similares en hombres y mujeres
- No sabe

14.1 En la mujer diagnosticada de Diabetes Mellitus, el riesgo de padecer una enfermedad coronaria respecto al hombre es

Por favor selecciona una de las siguientes opciones:

Igual

Igual

Mayor

Menor

No sabe

14.2 En estas bacterias, *Streptococcus pneumoniae* es un riesgo esencial de infección más importante que en el hombre

Por favor selecciona una de las siguientes opciones:

Tiene más de 65 años y valores altos de Tg/Lípido

Valores altos de colesterol LDL y lipoproteína de baja densidad

Todos los anteriores

Ninguno de ellos

No sabe

14.3 En la mujer el estereotipo es

Por favor selecciona una de las siguientes opciones:

Mayor que en el hombre, en los grupos de mayor nivel cultural y poder adquisitivo

Mayor que en el hombre, en los grupos de menor nivel cultural y poder adquisitivo

Mayor que en el hombre independientemente del nivel cultural y poder adquisitivo

Igual que en el hombre independientemente del nivel cultural y del poder adquisitivo

No sabe

14.4 El nivel de igualdad en el estereotipo es

Por favor selecciona una de las siguientes opciones:

Es igual hombre a hombre y mujer independientemente de su clase social

Es mayor hombre a hombre de clase social alta

Es mayor hombre a los mujeres de clase social alta

No sabe

14.5 La independencia en la mujer

Por favor selecciona una de las siguientes opciones:

Es independiente del poder cultural y adquisitivo

Es mayor en los grupos con mayor nivel cultural y adquisitivo

Es mayor en los grupos con menor nivel cultural y adquisitivo

No sabe

14.6 La tasa de abandono del tabaquismo en fumadores ha sufrido un aumento, siendo

Por favor selecciona una de las siguientes opciones:

Similar en hombres y mujeres

Mayor en las mujeres que en los hombres

Mayor en los hombres que en las mujeres

No sabe

