

Datos de Salud Poblacionales de Sant Cugat del Vallés. Análisis descriptivo de hábitos de salud.

Maria Araguz Ciria

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquest document i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a RECERCAT (framing)

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de este documento y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y título. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a RECERCAT (framing).



Universitat
Internacional
de Catalunya

Facultad
de Medicina y
Ciencias de La Salud

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Datos de Salud Poblacionales de Sant Cugat del Vallés

Análisis descriptivo de hábitos de salud

Grado en Enfermería

Autor: Maria ARAGUZ CIRIA

Tutor: Maria del Pilar FUSTER LINARES

Fecha de presentación: 24/05/2016

**“Prohibida la reproducción total o parcial de este texto por medio de imprenta,
fotocopia, microfilm u otros, sin permiso previo expreso de la Universidad
Internacional de Catalunya”**

*A mi familia, pareja y amigos,
por acompañarme durante todo este camino.*

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradecer a mi tutora, Pilar Fuster, por su disponibilidad, por haberme ayudado en todo momento y por sus consejos y apoyo brindado durante la realización de éste trabajo.

En segundo lugar, agradecer a mis abuelos, padres y hermana, por haberme inculcado el arte de cuidar a los demás, como ellos han hecho siempre conmigo.

En tercer lugar, agradecer a mis padres por haberme dado la oportunidad de estudiar ésta carrera y por el apoyo que me han dado durante todos estos años.

Y por último, y no por ello menos importante, agradecer a la Universidad Internacional de Catalunya y a los profesionales que he encontrado en ella por haberme formado durante todos estos años y a los compañeros y amigos que me llevo.

RESUMEN

Introducción: La creciente concienciación de la población acerca de los hábitos de vida saludables y las conductas de riesgo modificables, ha propiciado un incremento en la esperanza de vida y por consiguiente, al envejecimiento de la población. Ésta situación conlleva, por tanto, a un aumento en la incidencia de padecer una o más enfermedades crónicas y a su vez, al uso de medicación de manera habitual.

Objetivo: Determinar los hábitos de salud de la población de Sant Cugat del Vallés y conocer la opinión que tienen acerca de la Enfermería.

Diseño: Trabajo de Investigación con resultados.

Metodología: Análisis cuantitativo y cualitativo descriptivo realizado mediante el programa estadístico informático *SPSS* con los datos recogidos durante el Día Internacional de la Enfermería de los años 2012-2013 y 2014-2015 en Sant Cugat del Vallés.

Resultados: Se analizaron 1486 de los 1500 cuestionarios realizados a las personas que participaron en el estudio, de los cuales un 64% eran mujeres y un 36% hombres. Se observó que el 20% de los participantes son fumadores, el 46% se medica de forma habitual y el 73,5% realiza actividad física de manera habitual.

En cuanto al análisis cualitativo, las opiniones acerca de la figura de la enfermera por parte de la población de Sant Cugat del Vallés, fueron muy buenas.

Conclusiones: Los datos obtenidos han reflejado que el porcentaje de hábito tabáquico de la población es menor que el de Cataluña y España y que hay un mayor porcentaje de población que realiza actividad física de manera regular que el porcentaje de la población general de Cataluña y España.

Se ha concluido que, en general, la población de Sant Cugat del Vallés tiene unos hábitos de vida saludables y una buena opinión acerca de la enfermería.

Palabras clave: Hábitos de salud pública, calidad de vida, morbilidad, estilos de vida, tabaco, dieta, medicación, actividad física, alimentación ecológica

ABSTRACT

Introduction: The growing public awareness about healthy lifestyles and modifiable risk behaviors has led to an increase in life expectancy and therefore, the aging of the population. This situation leads to an increase in the incidence of having one or more chronic diseases and therefore, the regular use of medication.

Objectives: To determine the health habits of Sant Cugat del Vallés population and to know the opinion they have about nurses.

Design: Research project with results.

Methodology: Quantitative and qualitative descriptive analysis using SPSS program with data collected during the International Nursing Day the years 2012-2013 and 2014-2015 in Sant Cugat del Vallés.

Results: 1486 of 1500 questionnaires realized to the people who participate in the study were analyzed. The 64% of the participants were women and the other 36% were men. It was observed that 20% of the participants were smokers, 46% take medication regularly and 73, 5% performed physical activity habitually.

Conclusions: The results obtained reflected that the percentage of smoking population of study is less than in Catalonia or Spain and there is a greater percentage of people that makes physical activity regularly than the percentage of the general population of Catalonia and Spain.

It was concluded that, in general, the population of Sant Cugat del Vallés has a healthy lifestyle and that the population has a great opinion about nurses.

Keywords: Public health habits, lifestyle behaviours, multimorbidity, HRQoL, tobacco, diet, medication, physical activity, organic food

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	I
RESUMEN.....	II
ABSTRACT.....	III
LISTA DE TABLAS.....	IV
LISTA DE GRÁFICOS.....	V
ABREVIACIONES.....	VI
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	3
2.1 Salud, hábitos saludables y conductas de riesgo a evitar.....	4
2.2 Hábitos de salud nacionales y poblacionales en cifras.....	6
2.3 Visión social de la enfermería.....	9
3. MARCO TEÓRICO.....	10
4. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.....	12
4.1 Contexto local.....	13
5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN, OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	14
6. METODOLOGÍA.....	15
6.1 Diseño del estudio.....	15
6.2 Selección de la muestra.....	15
6.3 Selección y definición de variables.....	15
6.4 Recogida de datos.....	16
6.5 Consideraciones éticas.....	17
7. RESULTADOS.....	18
7.1 Datos sociodemográficos.....	18
7.2 Hábito tabáquico.....	19
7.3 Dieta.....	21

7.4 Alimentos ecológicos.....	21
7.5 Medicación.....	22
7.6 Actividad física	24
7.7 Análisis de contenido.....	26
8. DISCUSIÓN.....	27
9. CONCLUSIONES.....	28
10. LIMITACIONES.....	30
11. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA	31
12. REFLEXIÓN PERSONAL	32
13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	VII
14. ANEXOS.....	X
ANEXO 1. Estrategia de búsqueda.....	X
ANEXO 2. Localización de las carpas	XI
ANEXO 3. Cuestionario estandarizado y cesión de datos.....	XIV
ANEXO 4. Tabla comparativa Medicación y Edad	XV
ANEXO 5. Mapa conceptual. Puntos importantes a considerar del trabajo.....	XVII
ANEXO 6. Cronograma	XIX

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Consumo de tabaco en Cataluña según sexo

Tabla 2. Nivel de sedentarismo en Cataluña

Tabla 3. Nivel de actividad física semanal realizada en Cataluña

Tabla 4. Dieta o régimen especial según sexo en Cataluña

Tabla 5. Motivo de la dieta o régimen especial según sexo

Tabla 6. Nivel de instrucción de la población de Sant Cugat del Vallés

Tabla 7. Muestra total repartida en grupo de edad y sexo

Tabla 8. Consumo de tabaco en Sant Cugat del Vallés, Cataluña y España

Tabla 9. Fumadores en relación al sexo en Sant Cugat del Vallés, Cataluña y España

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Sexo y estado civil de la muestra de población

Gráfico 2. Hábito tabáquico en la población de estudio

Gráfico 3. Relación entre el sexo y el hábito tabáquico

Gráfico 4. Relación entre la edad y el hábito tabáquico

Gráfico 5. Dieta de la población de estudio

Gráfico 6. Compra de alimentos ecológicos en la población estudiada

Gráfico 7. Uso de medicación en la población de estudio

Gráfico 8. Relación entre el sexo y la toma de medicación

Gráfico 9 Relación entre la edad y el uso de medicación

Gráfico 10. Tipo de medicación

Gráfico 11. Realización de actividad física entre la población de estudio

Gráfico 12. Relación entre el sexo y la actividad física

Gráfico 13. Relación entre la edad y la actividad física

Gráfico 14. Tipo de actividad física que realiza la población de estudio

ABREVIACIONES

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

FESP: Funciones Esenciales de la Salud Pública

INE: Instituto Nacional de Estadística

HC: Hidratos de Carbono

OMS: Organización Mundial de la Salud

ENSE: Encuesta Nacional de Salud

SSE: Sistema Sanitario Español

TEDA: Teoría de enfermería del déficit de autocuidado

1. INTRODUCCIÓN

En la sociedad actual, gracias a los avances médicos, tecnológicos y a la mejora de los sistemas de registro de salud, ha habido un aumento de la esperanza de vida de la población, y su consiguiente envejecimiento. Todo esto unido, por tanto, a un aumento de la incidencia de padecer una o bien más enfermedades crónicas (multimorbilidad) [1].

Se estima que más del 95% de pacientes mayores de 65 años, en los países occidentales, tenga diagnósticos coexistentes de 2 o más enfermedades en algún momento de su vida [1].

Diferentes estudios han demostrado que éste aumento de la multimorbilidad, a su vez, causará un aumento de la discapacidad y deterioro funcional así como, una disminución de la calidad de vida de los ancianos y un incremento del uso de servicios sanitarios [1,2].

Algunos datos que corroboran éste incremento de la población anciana y por consiguiente, el incremento de la necesidad de uso de servicios sanitarios, serían los encontrados en el Instituto Nacional de Estadística (INE), dónde se puede observar que en los últimos datos obtenidos, del año 2013, la edad de esperanza de vida al nacer de las mujeres es de 85,6 años, mientras que la de los hombres es de 80 años [3].

Podemos observar también cómo, en 1993, dos décadas antes de éstos resultados, la esperanza de vida al nacimiento era de 81,2 años en las mujeres y de 74,1 años en los hombres [3].

Así pues, aunque la esperanza de vida de las mujeres siga siendo mayor que la de los hombres, ha habido un mayor incremento en la esperanza de vida de los hombres.

Después de la Declaración de Alma-Ata en 1978, hubo un cambio en la concepción de la salud pública. Dicho cambio, supuso una transición de una visión en la que los profesionales sanitarios eran los que decidían qué era lo mejor para la población a otra en la que es la población quien define sus prioridades y preferencias sobre la salud en su comunidad. Es decir, se pasa de una perspectiva técnica (por parte de los profesionales)

al concepto de participación comunitaria en la toma de decisiones (profesionales y ciudadanos) [4].

Gracias a esto, hay una creciente concienciación de la población acerca de los hábitos de vida saludables y las conductas de riesgo modificables y es por ello, que ha habido un incremento de la esperanza de vida en los últimos años; la población conoce la importancia de seguir los hábitos beneficiosos para la salud, de dejar de lado aquellos hábitos no saludables y de modificar las conductas de riesgo modificables.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el año 1999 explicitó 11 funciones esenciales de la salud pública (FESP).

Éstas FESP describen el espectro de competencias y acciones necesarias por parte de los sistemas de salud para alcanzar el objetivo central de la salud pública, que es el mejorar la salud de las poblaciones [5].

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2000, recomendó impulsar el desarrollo conceptual de las FESP y se decidió realizar un estudio internacional con la técnica Delphi, dirigido a redefinir el concepto de las FESP y obtener consenso internacional sobre las características centrales de éstas funciones [6].

El resultado final fueron nueve FESP:

1. Prevención, vigilancia y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles.
2. Monitoreo de la situación de salud.
3. Promoción de la salud.
4. Salud ocupacional.
5. Protección del ambiente.
6. Legislación y regulación en salud pública.
7. Gestión en salud pública.
8. Servicios específicos de salud pública.
9. Atención de salud para grupos vulnerables y poblacionales de alto riesgo.

2. REVISIÓN DE LA LITERATURA

Para llevar a cabo una revisión de la literatura en base a los conceptos presentados en la introducción, se decidió usar Pubmed y Scopus como bases de datos de información científica y de artículos de investigación.

Como estrategia de búsqueda se han combinado palabras clave, tanto en inglés como en español, mediante los operadores booleanos “AND”, “OR” y “NOT”.

Las palabras clave buscadas son:

- *Public health habits* / Hábitos de salud pública
- *Lifestyle behaviours* / Estilos de vida
- *Multimorbidity* / Multimorbilidad
- *HRQoL* / Calidad de vida
- *Gender* / Sexo
- *Marital status* / Estado civil
- *Age* / Edad

Posteriormente se han seleccionado los artículos por título y posterior lectura del resumen y texto completo con el fin de comprobar si se cumplían los criterios de inclusión/exclusión.

Los criterios de inclusión de ésta revisión de la literatura fueron:

- Artículos relacionados con el tema de estudio.
- Artículos publicados en inglés y español.
- Límite temporal de 5 años (desde 2010).
- Disponibilidad del artículo en texto completo.

Los criterios de exclusión de ésta revisión de la literatura fueron:

- Artículos que no traten sobre el tema de estudio.
- Artículos publicados en otros idiomas.
- Artículos anteriores al año 2010.
- No disponibilidad del artículo en texto completo.

En base a estos criterios y siguiendo la estrategia planteada, se obtuvieron finalmente 39 artículos referentes a los hábitos de salud poblacionales y 16 referentes a la calidad de

vida, de los cuales, tras la posterior lectura del “*abstract*” se seleccionaron un total de 9 artículos. (Anexo 1)

2.1 Salud, hábitos saludables y conductas de riesgo a evitar

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como “*un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*” por lo que, el concepto de salud, va más allá de la existencia o no de una u otra enfermedad [7].

En consecuencia, más que de una vida sana, hay que hablar de un estilo de vida saludable, del que forman parte la alimentación, el ejercicio físico, la prevención de la salud, el trabajo, la relación con el medio ambiente y la actividad social [8].

Desde ésta perspectiva, se puede determinar que los hábitos de vida necesarios para llevar una vida saludable son:

Mantener una dieta equilibrada: La dieta equilibrada es aquella que se basa en la inclusión de todos los alimentos que se pueden encontrar en la pirámide nutricional, pero en las proporciones adecuadas y en la cantidad suficiente con el fin de mantener las necesidades nutricionales del organismo en función del consumo energético que éste realiza con la actividad diaria. El valor energético diario de la dieta debe ser de 30-40 kilocalorías por kilo de peso. Los hidratos de carbono (HC) deben ocupar un 50-55% de los nutrientes, con no más de un 10% de azúcares simples.

Las grasas han de ser un 30% del valor energético total repartiéndose en un 15-20% de grasas monoinsaturadas, un 5% de poliinsaturadas y no más de un 7-8% de saturadas.

Las proteínas consumidas no deben superar el 10% de la dieta. Finalmente, se debe aportar al organismo unos 20-25 gramos de fibra vegetal.

En los últimos años, el consumo de productos ecológicos ha aumentado, pasando del 26,1% en el año 2011 hasta alcanzar el 29,3% de la población española consumidora de productos ecológicos a finales del 2014.

Distribuyendo por zonas de consumidores ecológicos, la zona sur de España es la más consumidora de alimentación ecológica (25%), seguida de la zona noreste (Cataluña y Aragón) con un 22% [9].

Hábitos tóxicos como el tabaco, el alcohol y las drogas inciden de forma muy negativa sobre la salud. La única tolerancia se refiere exclusivamente al vino o a la cerveza (de los que incluso se recomienda el consumo de una copa diaria).

Ejercicio físico: Las recomendaciones generales determinan unos 30 minutos diarios de actividad física (siendo suficiente caminar a paso rápido). Ello permite quemar las calorías sobrantes y fortalecer músculos y huesos, controlar la tensión arterial, el colesterol, los niveles de glucosa en sangre, eliminar el estrés (adquiriendo un estado de relajación), dormir mejor, evitar cambios de humor, mejorar la autoestima y el estado de satisfacción personal.

El ejercicio físico también puede ser un buen medio para desarrollar una saludable actividad social cuando se hace en compañía.

Higiene: Una higiene adecuada, y no sólo refiriéndose al aseo y limpieza del cuerpo, sino también al ámbito doméstico, evitará muchos problemas de salud.

Productos tóxicos: Son muchos los productos a los que, de manera puntual o continua, está expuesto el organismo y ello, puede resultar un serio riesgo para la salud.

La contaminación ambiental de las ciudades se está considerando como uno de los factores de riesgo más importantes para la salud.

Equilibrio mental: Estado de bienestar emocional y psíquico (y no solo la ausencia de enfermedades mentales) necesario para mantener y desarrollar las capacidades cognitivas, las relaciones sociales y el afrontamiento de los retos personales y profesionales de la vida diaria.

El estrés, el cansancio, la irascibilidad y la ansiedad, entre otros, son signos que nos indican que el estado mental no es del todo saludable.

Actividad social: Las relaciones sociales son un aspecto fundamental para la salud del ser humano y, en consecuencia, para un envejecimiento saludable.

El aislamiento social puede llevar a un deterioro gradual e irreversible de las capacidades físicas y mentales e incluso a la incapacidad física y la demencia.

Según la OMS, las conductas de riesgo son *“la forma específica de conducta de la cual se conoce su relación con una susceptibilidad incrementada para una enfermedad*

específica o para un estado de salud deficiente” [10]. Dentro de las conductas de riesgo a evitar con el fin de evadir el padecimiento de enfermedades destacan, entre otras, la alimentación inadecuada, el consumo de tabaco, alcohol y drogas, la falta de higiene, la automedicación, el sedentarismo y las prácticas sexuales de riesgo [11 - 14].

2.2 Hábitos de salud nacionales y poblacionales en cifras

Según la última Encuesta Nacional de Salud (ENSE) publicada en marzo del 2013 por el INE, el 75,3% de la población percibe su estado de salud como bueno o muy bueno.

Observando datos de los hábitos de salud poblacionales, se aprecia que:

- En los últimos años ha habido un aumento de las patologías crónicas como la hipertensión arterial, el colesterol elevado, la obesidad y la diabetes. Desde el año 1993, la hipertensión ha pasado del 11,2% al 18,5%, la diabetes del 4,1% al 7,0% y el colesterol elevado del 8,2% al 16,4% [15].
- El 24,0% de la población de España afirma que fuma a diario, el 3,1% es fumador ocasional, el 19,6% se declara exfumador y el 53,5% nunca ha fumado. Por sexo, el porcentaje de fumadores es del 27,9% en hombres y del 20,2% en mujeres [15].
- En Cataluña, el 22,97% de la población afirma que es fumadora habitual, el 2,31% es fumadora ocasional, el 20,12% se declara exfumadora y el 54,6% dice no haber fumado nunca. El sexo masculino es más fumador que el sexo femenino, habiendo un 28,68% de hombres fumadores habituales a diferencia del 17,58% de mujeres.

(Tabla 1)

Tabla 1. *Consumo de tabaco en Cataluña*

	Fumador diario*	Fumador ocasional*	Exfumador*	Nunca ha fumado*
Ambos sexos	22,97	2,31	20,12	54,60
Hombres	28,68	2,73	26,54	42,04
Mujeres	17,58	1,92	14,06	66,44

*Unidades en porcentajes

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. *Elaboración propia.*

- El 17% de población adulta padece obesidad y el 37% presenta sobrepeso. La obesidad ha aumentado del 7,4% al 17,0% en los últimos 25 años [15].

Desde la primera Encuesta Nacional de Salud en 1987, la obesidad sigue una línea ascendente en ambos sexos, más marcada en hombres que en mujeres.

- El 41,3% de la población española de 15 a 69 años, se declara sedentaria (no realiza actividad física alguna en su tiempo libre) [15].

Cifras que no varían en la comunidad autónoma de Cataluña, donde el 41,69% de la población se declara sedentaria; el 36,99% de los hombres y el 46,21% de las mujeres. (Tabla 2)

Tabla 2. Nivel de sedentarismo en Cataluña

	Vida sedentaria*	Vida no sedentaria*
Ambos sexos	41,69	58,31
Hombres	36,99	63,01
Mujeres	46,21	53,79

*Unidades en porcentajes

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. *Elaboración propia.*

- Teniendo en cuenta el nivel de actividad física, podemos distinguir entre actividad física intensa, moderada, ligera o ausencia de actividad.
- El 30,26% de la población masculina de Cataluña dice realizar actividad física intensa durante la semana, mientras que sólo lo afirma el 13,53% de población femenina. Así pues, las mujeres tienden a realizar más actividad física moderada o ligera que los hombres. (Tabla 3)

Tabla 3. Nivel de actividad física semanal realizada en Cataluña

	Actividad física intensa*	Actividad física moderada*	Actividad física ligera*	No realiza ninguna actividad*
Ambos sexos	21,88	18,06	34,74	25,32
Hombres	30,26	16,06	30,15	23,54
Mujeres	13,53	20,06	39,32	27,11

*Unidades en porcentajes

La mayoría de los medicamentos consumidos han sido recetados por un médico (los antibióticos, tranquilizantes, antiasmáticos y antialérgicos en más de un 95% de los casos). Los fármacos para bajar el colesterol, los antihipertensivos y los antidepresivos, entre otros, son recetados por un médico en el 99,5% de los casos [15].

- El 89% de la población de Cataluña dice no seguir ninguna dieta. (Tabla 4)
Los principales motivos de la población para seguir una dieta son para perder peso o mantenerse en su peso o bien, por enfermedades o problemas de salud. Cabe destacar que el sexo femenino hace régimen en mayor medida para perder peso o mantenerlo que para enfermedades o problemas de salud. (Tabla 5)

Tabla 4. *Dieta o régimen especial según sexo en Cataluña*

	Sí*	No*
Ambos sexos	11,35	88,65
Hombres	9,60	90,40
Mujeres	13,04	86,96

*Unidades en porcentajes

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. *Elaboración propia.*

Tabla 5. *Motivo de la dieta o régimen especial según sexo*

	Perder/Mantener peso*	Vivir saludablemente *	Enfermedad/ Problema salud*	Otra razón*
Ambos sexos	34,48	12,89	45,25	3,38
Hombres	28,2	14,65	52,95	4,2
Mujeres	45,77	11,63	39,8	2,8

*Unidades en porcentajes

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. *Elaboración propia.*

2.3 Visión social de la enfermería

Se ha creído oportuno, con el fin poder hablar posteriormente de la visión social de la enfermería, observar la evolución de los modelos enfermeros, desde Virginia Henderson hasta la actualidad.

Según Virginia Henderson, madre de la enfermería moderna y creadora del primer modelo conceptual de enfermería de mediados del siglo XX: *" La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible"* [16].

Para Virginia Henderson, el individuo sano o enfermo era un todo completo, que presentaba catorce necesidades fundamentales y el rol de la enfermera consistía en ayudarle a recuperar su independencia lo antes posible.

Desde esa visión de la enfermería de Virginia Henderson, los propios modelos han evolucionado hasta llegar a la visión actual de la enfermería.

Hoy en día, se define a la enfermera como una persona hábil a cargo de múltiples funciones complejas: cuida al paciente y se preocupa por él, participa en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, lo protege de factores riesgo, coopera con diversos profesionales del equipo de salud y actúa, muchas veces, como defensor del paciente [17].

Hay estudios que han demostrado que la población todavía sigue viendo a la enfermería como una profesión con tareas derivadas, sin autonomía y muy técnica.

La sociedad no es consciente de los numerosos roles que desempeña la Enfermería en el Sistema de Salud actual, tiene identificada la dimensión técnica de la profesión, pero desconoce la dimensión cuidadora; además de existir un escaso reconocimiento de la profesión por parte de los ciudadanos y de la Administración [17,18].

Si focalizamos, dentro de los modelos enfermeros, aquellos que hablan sobre el autocuidado de las personas, encontramos que el modelo de Dorothea Orem es el más adecuado ya que presenta su *"Teoría de enfermería del déficit de autocuidado"* (TEDA) como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas: la teoría de autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas; la

teoría de déficit de autocuidado, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente, y la teoría de sistemas de enfermería, que describe y explica las relaciones que hay que mantener [19].

3. MARCO TEÓRICO

Tal cómo se ha dicho en la revisión de la literatura, cómo marco teórico hemos creído apropiado hablar de la teoría de enfermería del déficit de autocuidado de Dorothea Orem y para ello, se debe hablar de los principales conceptos que abarca dicha teoría.

Según Dorothea Orem, la teoría del autocuidado tiene como supuesto principal que “*el autocuidado no es innato*”, sino que es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia su entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento [20].

Orem (1991), describe a la persona como un todo integral dinámico que funciona biológicamente, simbólicamente y socialmente, con la facultad de utilizar las ideas, las palabras para pensar y reflexionar sobre su propio estado de salud y guiar sus esfuerzos a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado y el cuidado dependiente y posee las capacidades, las actitudes y el poder de comprometerse y de llevar a cabo autocuidados asociados a procesos de crecimiento y de desarrollo humano [21].

Así mismo, Orem (1971) relaciona las actividades de autocuidado con los requisitos de autocuidado, categorizados como: [20]

Requisitos de autocuidado universal: Comunes a todos los individuos.

Incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.

Requisitos de autocuidado del desarrollo: Se basan en promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración y prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar sus efectos en los distintos momentos del desarrollo del ser humano.

Requisitos de autocuidado de desviación de la salud: Surgen o están vinculados a los estados de salud.

Se incluyen situaciones con cambios evidentes en la estructura humana, cambios en el funcionamiento fisiológico y cambios comportamentales y hábitos de vida.

Cuando la capacidad de la persona no es adecuada para afrontar la demanda, surge el déficit de autocuidado. La teoría del déficit de autocuidado es aquella que explica cuándo se necesita la enfermería.

De lo anterior, surge la teoría de los Sistemas de enfermería, refiriéndose a *“la secuencia de acciones prácticas deliberadas que llevan a cabo las enfermeras con el propósito de ayudar a la persona a adoptar una actitud responsable frente a sus autocuidados”* [21].

Los sistemas de enfermería que se proponen son: [22]

- Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera supe al individuo en sus actividades de autocuidados.
- Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona aquellas actividades de autocuidado que el paciente no puede realizar, por limitaciones del estado de salud u otras causas y la persona realizan las actividades de autocuidado que están al alcance de sus capacidades.
- Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado.

Para Orem, el objetivo de la enfermería radica en: *"Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad"*. Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando el déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo [21].

Los pasos a seguir para aplicar el modelo de Dorothea Orem son: [22]

- Examinar los factores, los problemas de salud y los déficits de autocuidado.
- Realizar la recogida de datos acerca de los problemas y la valoración del conocimiento, habilidades, motivación y orientación del cliente.

- Analizar los datos para descubrir cualquier déficit de autocuidado, lo cual supondrá la base para el proceso de intervención de enfermería.
- Diseñar y planificar la forma de capacitar y animar al cliente para que participe activamente en las decisiones del autocuidado de su salud.
- Poner el sistema de enfermería en acción y asumir un papel de cuidador u orientador, contando con la participación del cliente.

4. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

El equilibrio del Sistema Sanitario Español (SSE) debería gestionar activamente la demanda de servicios sanitarios, pues el gasto sanitario crece de forma descontrolada ante el envejecimiento de la población y el aumento de los factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas [23].

La importancia de conocer cómo es nuestra población, sus hábitos higiénico-dietéticos, su estilo de vida, sus enfermedades crónicas y la medicación que toman, nos permitirá conocer cuanta necesidad habrá en la demanda de los servicios sanitarios, tanto a nivel primario como especializado, por parte de ésta.

A su vez, también sería interesante conocer la visión social que tiene la población sobre la enfermería entre la población.

Por ello, se ha desarrollado un proyecto de investigación con resultados sobre los datos de salud poblacionales de la ciudad de Sant Cugat del Vallés, dónde se estudian diversas variables cómo la medicación que toma la población, el ejercicio físico que practican, la dieta que siguen y su relación con datos sociodemográficos (edad, sexo y estado civil).

En éste proyecto también se estudiarán datos cualitativos, preguntando a la población sobre la opinión que tienen del rol enfermero con el fin de conocer la visión social de la enfermería entre la población.

4.1 Contexto local

Si nos fijamos en el contexto de Sant Cugat del Vallés son bastantes aspectos los que nos hacen pensar que nos encontramos ante una ciudad de alto estatus cultural y económico.

Según datos del INE, la población de Sant Cugat del Vallés, es una población con un alto nivel de instrucción, puesto que un 46,35% de la población tiene enseñanza universitaria (a diferencia del 20% de Cataluña). (Tabla 6)

Tabla 6. Nivel de instrucción de la población de Sant Cugat del Vallés

	Sin titulación*	Primer grado*	Segundo grado*	Enseñanza Universitaria*
Sant Cugat del Vallés	4	5,65	44	46,35
Vallés Occidental	10,6	12	57,2	20,2
Cataluña	10	13,6	56,2	20,4

*Unidades en porcentajes

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. *Elaboración propia.*

Éste mayor nivel de instrucción y mayor nivel de enseñanza universitaria, junto con el hecho de que la población tiene gran cantidad de facultades de la salud a su alrededor y hospitales de referencia, puede suponer un mayor conocimiento e implicación por parte de los habitantes en su propia salud.

5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN, OBJETIVOS E HIPÓTESIS

A continuación, expongo las hipótesis y objetivos del estudio en la fase cuantitativa y la pregunta de investigación y los objetivos de la fase cualitativa del estudio realizado.

Fase cuantitativa del estudio:

La hipótesis planteada para la fase cuantitativa del estudio es:

- La población de Sant Cugat del Vallés tiene unos buenos hábitos de salud, el hábito tabáquico es inferior a la media de la población de Cataluña y realiza actividad física de manera regular.

El objetivo principal de la fase cuantitativa del estudio es conocer los hábitos de salud de la población de Sant Cugat del Vallés.

Los objetivos secundarios del estudio son: conocer el hábito tabáquico de la población de Sant Cugat del Vallés, la dieta que siguen, la compra de alimentación ecológica, el uso de medicación y la realización de actividad física.

Fase cualitativa del estudio:

La pregunta de investigación del estudio en la fase cualitativa es:

- ¿Cuál es la opinión de la población acerca del rol enfermero?

El objetivo principal de la fase cualitativa del estudio es conocer la opinión de los usuarios sobre el rol de la enfermería.

6. METODOLOGÍA

6.1 Diseño del estudio

Para alcanzar los objetivos propuestos y confirmar o descartar las hipótesis planteadas, se ha llevado a cabo un estudio descriptivo (con datos cualitativos y cuantitativos) para analizar los hábitos de salud de la población de estudio en relación a los datos sociodemográficos y conocer la opinión de los usuarios sobre el rol enfermero.

6.2 Selección de la muestra

Nuestra población de estudio, ha sido aquella que se acercó de manera voluntaria a las distintas carpas situadas en 6/7 localizaciones de tránsito peatonal del centro de Sant Cugat del Vallés durante el Día Internacional de la Enfermería los años 2013 y 2014. (Anexo 2)

6.3 Selección y definición de variables

Para la elaboración de éste proyecto de investigación y su posterior estudio, se han definido distintas variables. Éstas son:

Variables cuantitativas

Dependientes:

- Consumo de tabaco: Se preguntó a los participantes su hábito tabáquico.
 - Fumador / No fumador
- Dieta: Se preguntó a los participantes en el estudio qué tipo de dieta realizaban.
 - Baja en grasas / Sin sal / Diabética / Baja en calorías / Equilibrada
- Ejercicio: Se preguntó a la población de Sant Cugat del Vallés que participó en el estudio si realizaban ejercicio o no lo hacían y en caso de ser afirmativo, el tipo de actividad física.
 - Sí / No
 - Andar / Correr / Nadar / Gimnasio / Bicicleta / Baile / ...

- Medicación: Se preguntó a los participantes si tomaban alguna medicación de manera crónica y en caso de ser afirmativo, se preguntó para qué la tomaban.
 - Sí / No
 - Colesterol / Corazón / Tensión arterial / Diabetes

Independientes:

- Edad: Se obtuvo preguntando al participante.
- Sexo: Hombre / Mujer
- Estado civil: Soltero / Casado / Separado / Viudo

Variables cualitativas

- Se preguntó a los participantes del estudio, la opinión que tienen acerca del rol de la enfermería.

6.4 Recogida de datos

La recogida de datos la realizaron un total de 80 alumnos de entre primero y cuarto curso junto con 12 tutores clínicos el mismo Día Internacional de la Enfermería de los cursos académicos 2012/13 y 2013/14.

Ésta jornada se llevó a cabo durante el periodo de prácticas de los alumnos de 1º y algunos alumnos de 2º, 3er y 4º curso, participaron de forma voluntaria.

Se recogieron datos mediante un cuestionario estandarizado que incluía un consentimiento de cesión de datos del ciudadano con el fin de poder emplearlos para su posterior análisis y estudio. (Anexo 3)

Durante la jornada llevada a cabo entre las 8h y las 19:30h, se informó a la población sobre la Jornada y se ofreció la toma de la tensión arterial y un control de glicemia en sangre y se cumplimentó una tarjeta individual para cada ciudadano con consejos de salud.

Además, se realizó una pequeña entrevista informal para recoger los datos cualitativos conjuntamente con hábitos de salud.

6.5 Consideraciones éticas

Se ha evitado el plagio en la redacción de éste trabajo y se han añadido referencias bibliográficas para nombrar lo dicho por otros autores, otros artículos o bien, páginas web.

Éste proyecto se ajusta a la normativa de investigación vigente de UIC Barcelona y ha sido consultado y aprobado por el comité de ética de la misma Universidad.

Los participantes en el estudio participaron de manera anónima y voluntaria, dando un consentimiento escrito con su firma con el fin de poder usar sus datos para formar parte de éste estudio de investigación con resultados.

Aquellos participantes menores de edad tuvieron un consentimiento escrito firmado por sus padres/tutores legales.

Para asegurar el anonimato y la confidencialidad de los datos de los participantes, se les identificó de manera numérica según su orden de llegada a la carpa sin recoger datos personales de identificación.

7. RESULTADOS

Después de la recogida de datos de los años 2013 y 2014, se abocaron todos los datos en una parrilla de Microsoft *Excel* y se analizaron estadísticamente, de manera descriptiva, mediante el programa estadístico informático *SPSS Statistics*.

Con el programa informático *SPSS* se han analizado las variables dependientes del estudio (hábito tabáquico, dieta, medicación, actividad física y el uso de alimentación ecológica) y se han relacionado junto a las variables independientes.

También se debe tener en cuenta que, si el porcentaje de participantes que no contestó a alguna pregunta es inferior al 1% no se ha incluido en los gráficos, por ser un dato poco representativo.

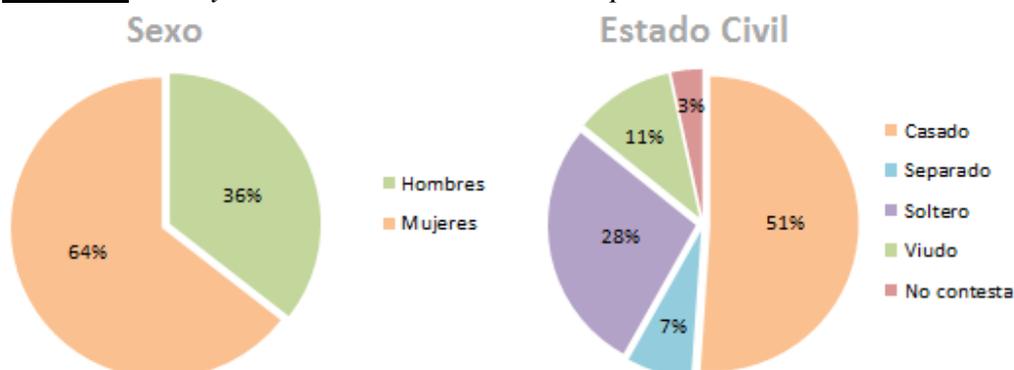
7.1 Datos sociodemográficos

Con el fin de tener una visión general de la población de estudio, se ha decidido analizar las variables independientes del estudio: edad, estado civil y sexo.

Tras eliminar un total de 14 participantes por datos incompletos en estas variables, se obtuvo una muestra total de 1486 participantes, de los cuáles 528 (36%) eran hombres y 958 (65 %) eran mujeres. (Gráfico 1)

También se tuvo en cuenta el estado civil de los participantes, habiendo una mayoría de población de estudio casada (51%) frente al 28% de población que está soltera, el 11% viuda, el 7% separada y el 3% que no respondió a la pregunta. (Gráfico 1)

Gráfico 1. *Sexo y estado civil de la muestra de población*



Se dividió la muestra en un total de 5 grupos de edad con el fin de hacer un análisis más exhaustivo sobre los datos de salud de la población de Sant Cugat del Vallés, pudiendo clasificar así la cantidad de muestra de cada grupo de edad en relación al sexo. (Tabla 7)

Tabla 7. Muestra total repartida en grupo de edad y sexo

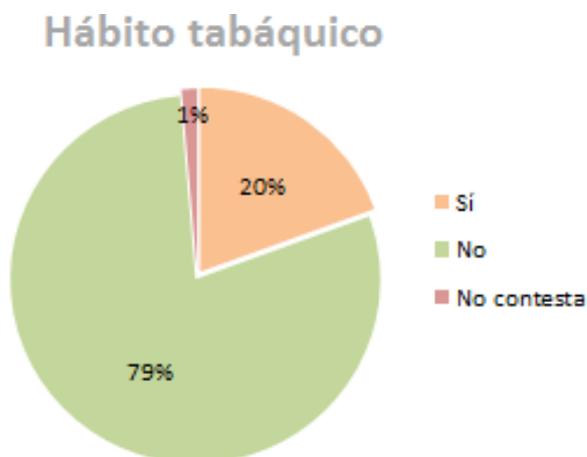
	Hombres	Mujeres	Total
0 – 14 años	14	20	34
15 – 24 años	56	104	160
25 – 40 años	69	136	205
41 – 65 años	188	415	603
> 65 años	201	283	484

La edad mínima de los participantes fue de 6 años y la edad máxima recogida fue de 96 años. La media de edad de los participantes fue de 53,75 años.

7.2 Hábito tabáquico

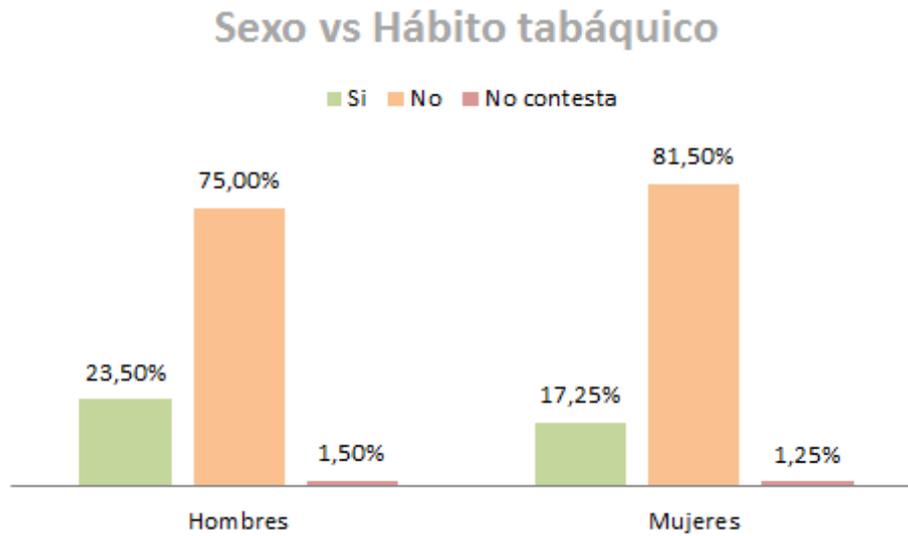
Se quiso determinar el hábito tabáquico entre la población de Sant Cugat del Vallés y se determinó que la mayoría de la población de estudio (79%) contestó no consumir tabaco de manera habitual mientras el 20% manifestó tener un hábito tabáquico y el 1% restante no contestó a la pregunta. (Gráfico 2)

Gráfico 2. Hábito tabáquico en la población de estudio



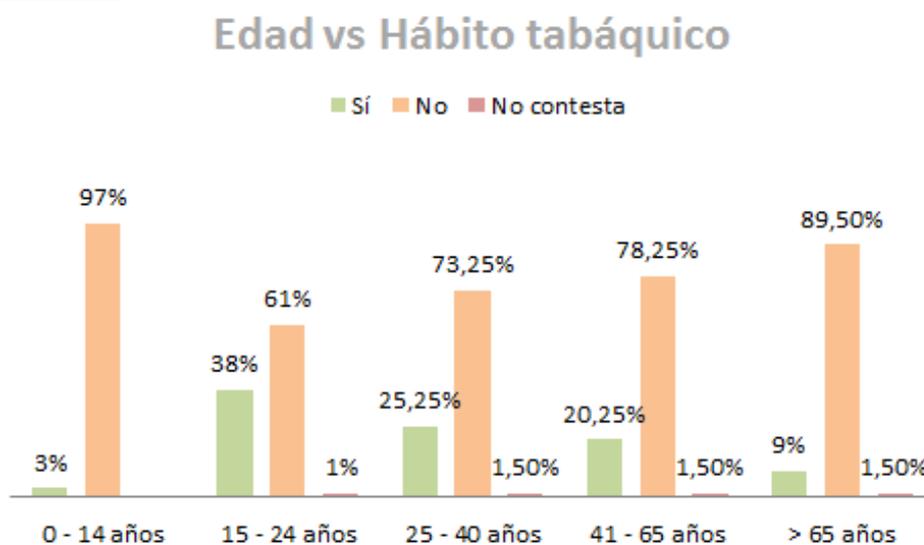
A continuación, se recogen los datos comparativos entre el hábito tabáquico y el sexo y se puede apreciar que hay un mayor porcentaje de hombres fumadores (23,50%) en relación al 17,25% de las mujeres que fuman. (Gráfico 3)

Gráfico 3. Relación entre el sexo y el hábito tabáquico



Si indagamos más y analizamos el porcentaje de fumadores según el grupo de edad, nos cercioramos de que hay un pico máximo de consumo tabáquico (38%) en los jóvenes de 15 a 24 años y que, a medida que avanza la edad, el hábito tabáquico va en declive llegando pues al 9% de mayores de 65 años con hábito tabáquico. (Gráfico 4)

Gráfico 4. Relación entre la edad y el hábito tabáquico

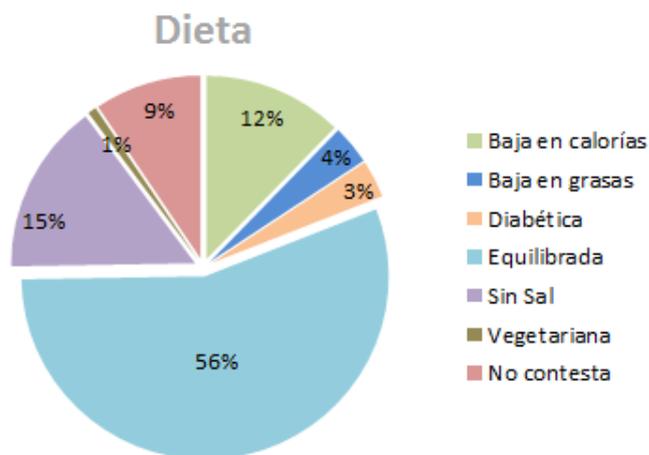


7.3 Dieta

En cuanto a la dieta, se quiso determinar el tipo de dieta que tenía la población de Sant Cugat del Vallés y tras el análisis de los datos, se concluyó que la mayoría de la población (un 53%) dice seguir una dieta equilibrada, seguido del 16% que dice seguir una dieta baja en calorías y el 15% sin sal.

Se obtuvieron otros tipos de dieta como baja en calorías (12%), baja en grasas (3%), diabética (3%) y vegetariana (1%). (Gráfico 5)

Gráfico 5. *Dieta de la población de estudio*

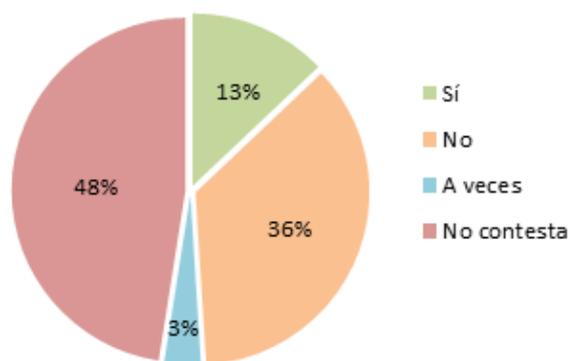


7.4 Alimentos ecológicos

En cuanto a la pregunta que se realizó a la población de estudio sobre si compraban alimentos ecológicos, el 48% no respondió a la pregunta, el 36% dijo no hacerlo y el 3% dijo hacerlo a veces. Tan solo el 13% afirmó comprar alimentación ecológica de manera habitual. (Gráfico 6)

Gráfico 6. *Compra de alimentos ecológicos en la población estudiada*

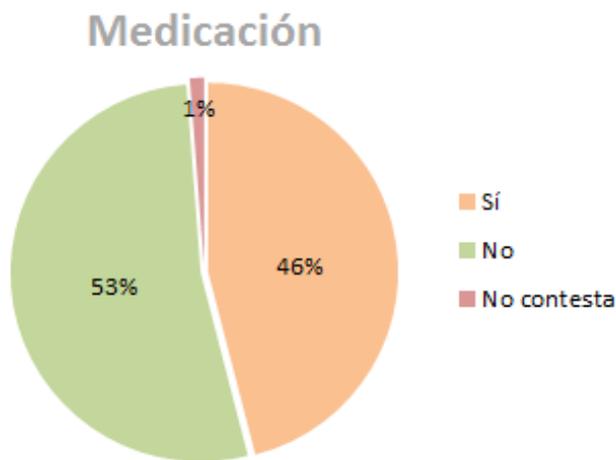
Compra de alimentación ecológica



7.5 Medicación

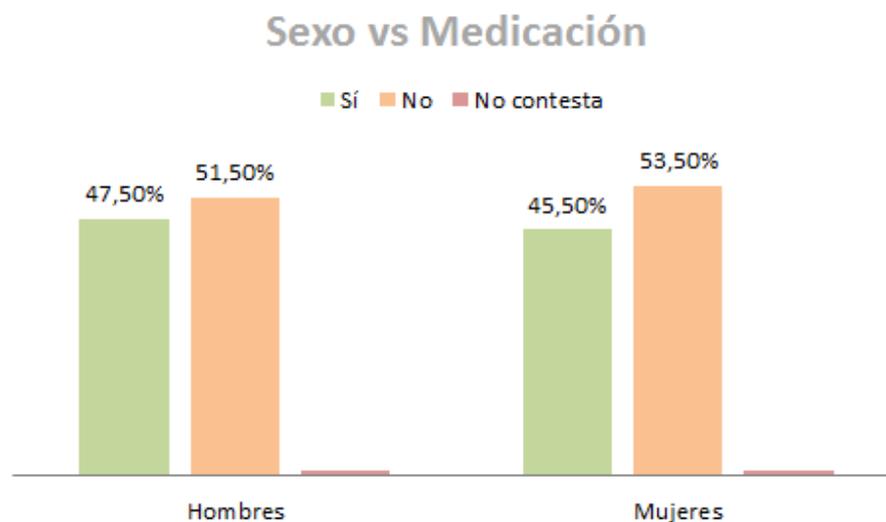
Se creyó oportuno preguntar a la población de Sant Cugat del Vallés el uso de medicación y el tipo de medicación con el fin de observar la cantidad de población polimedificada. Así pues, se observó que el 46% de la población estudiada toma medicación de forma habitual, mientras que el 53% de los participantes dice no hacerlo. El 1% de los participantes no contestó a la pregunta. (Gráfico 7)

Gráfico 7. *Uso de medicación en la población de estudio*



En cuanto al sexo, no se observaron datos estadísticamente significativos entre la población masculina y femenina de Sant Cugat del Vallés que toma medicación de forma habitual, pues hay un 47,50% de hombres que lo hace, frente al 45,50% de mujeres. (Gráfico 8)

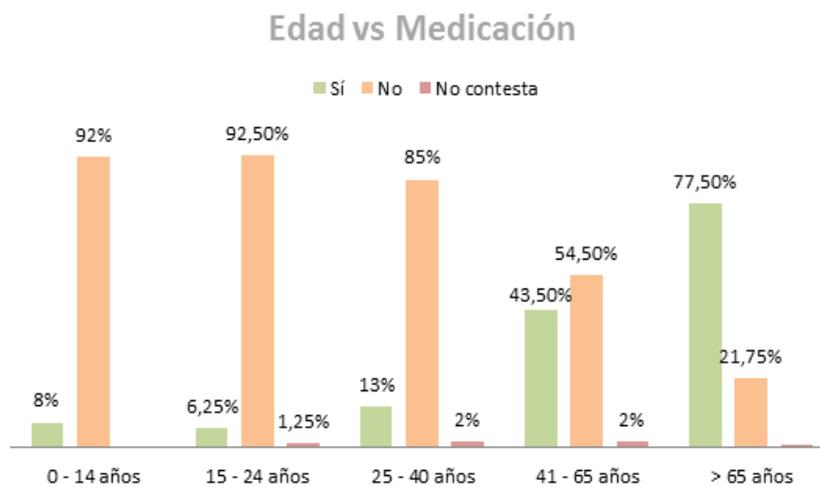
Gráfico 8. *Relación entre el sexo y la toma de medicación*



Dado que no se observaron diferencias entre la población masculina y femenina, se quiso ver en qué edad es más frecuente la toma de medicación y se pudo observar que, a medida que avanza la edad, hay un incremento en el uso de la medicación.

Así pues, se pudo determinar que a partir de los 41 años de edad, hay un 43,50% de la población que se medica habitualmente y a partir de los 65 años de edad, un 77,50%. (Gráfico 9)

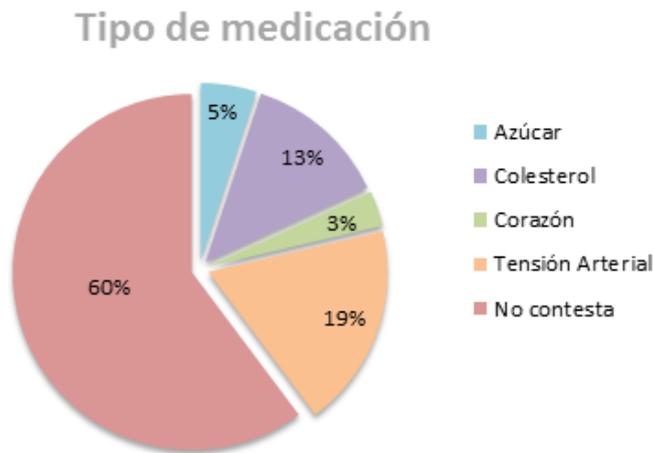
Gráfico 9. Relación entre la edad y el uso de medicación



Tras observar que entre las edades de 41 – 65 años había un incremento notorio en cuanto al uso de la medicación, se quiso indagar y analizar, en qué edad empieza a ser más frecuente el uso de la medicación y se ha observado que a partir de los 48 años de edad empieza a haber un incremento del uso de medicación. (Anexo 4)

En cuanto al tipo de medicación y, por consiguiente, al tipo de patologías de la población de Sant Cugat del Vallés, se observó que la hipertensión y el exceso de colesterol en sangre son las enfermedades crónicas de más prevalencia en la población de estudio, observándose un 19% y un 13% respectivamente, frente al 5% de participantes diabéticos y al 3% que se medica para el corazón. (Gráfico 10)

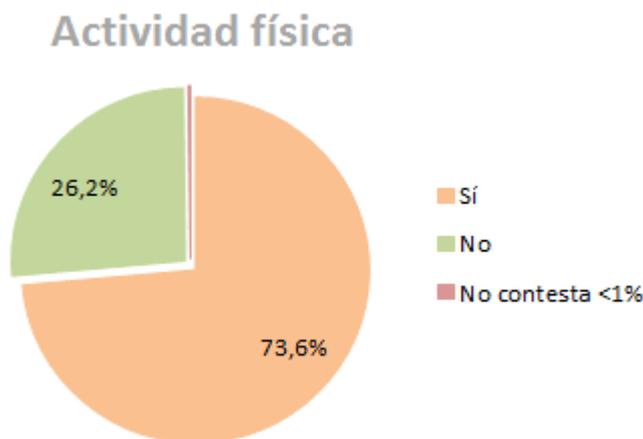
Gráfico 10. *Tipo de medicación*



7.6 Actividad física

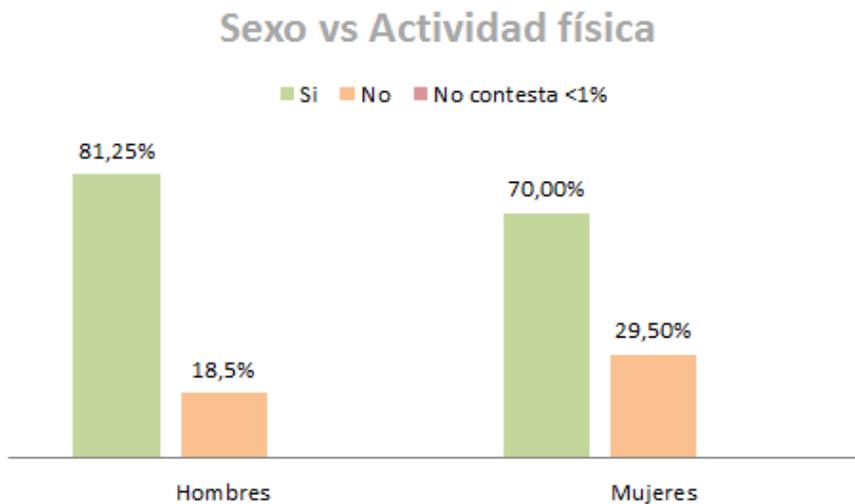
Otro hábito de salud que se quiso observar, fue la actividad física que realiza la población de Sant Cugat del Vallés, así pues se puede observar el grado de sedentarismo que tiene dicha población. Se observó que un 73,6% de la muestra dijo realizar actividad física de manera habitual, frente al 26,2% que no lo hace. El 0,2% de población no respondió a la pregunta. (Gráfico 11)

Gráfico 11. *Realización de actividad física entre la población de estudio*



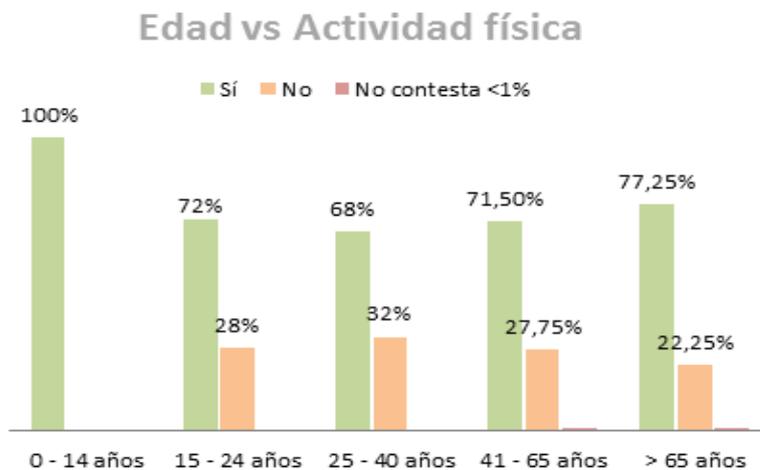
En cuanto a la distinción entre sexos, se determinó que hay un mayor porcentaje de hombres (81,25%) que de mujeres (70%) que realizan actividad física de manera habitual. (Gráfico 12)

Gráfico 12. Relación entre el sexo y la actividad física



En cuanto a la edad de la población que hace actividad física, se observó que la población menor a 14 años y los mayores de 65 años son los que realizan más actividad física de manera habitual mientras que la población de entre 25 y 40 años son los que realizan menos actividad física. (Gráfico 13)

Gráfico 13. Relación entre la edad y la actividad física



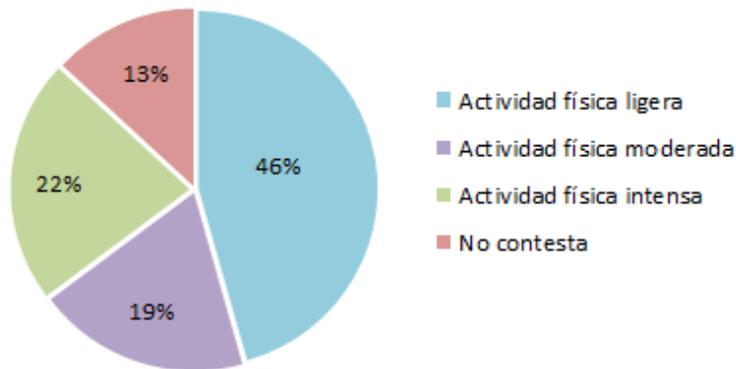
Dada a las múltiples respuestas de la población en cuanto al tipo de actividad realizada, se quiso agrupar los distintos deportes en el grado de intensidad realizada, repartiéndose así en 3 grupos distintos:

- Actividad física ligera: Caminar, yoga, tai-chi, baile.
- Actividad física moderada: Bicicleta, natación, pilates, golf.
- Actividad física intensa: Correr, gimnasio, deportes de pelota y deportes de raqueta.

El 46% de la población que respondió a la pregunta dijo realizar actividad física ligera, el 19% dijo realizar actividad física moderada y el 22% actividad física intensa. El 13% de la muestra de estudio que dijo realizar actividad física, no dijo qué tipo. (Gráfico 14)

Gráfico 14. Tipo de actividad física que realiza la población de estudio

Tipo de actividad física



7.7 Análisis de contenido

Tras haber realizado las entrevistas y posteriormente, haber analizado todos los datos obtenidos, se cree oportuno comentar algunas de las reflexiones que ha realizado la población de Sant Cugat acerca de la figura de enfermería.

Algunas de las opiniones favorables acerca de la enfermería y que reflejan lo que es nuestra profesión, son:

- *“Apoyo más a la enfermería que al médico. Es la base”.*
- *“Sois muy buenos, le consulto todo a mi enfermera”.*
- *“Es muy necesaria”.*
- *“Esta profesión es interesante y muy linda”.*
- *“Son personas imprescindibles”.*
- *“Está en contacto con el paciente y lo cuida cuando está hospitalizado”.*
- *“Atiende al paciente, más centrada en el paciente”.*
- *“Indispensable”.*
- *“Sois imprescindibles, la enfermería media entre el paciente y el médico”.*
- *“Atiende a los enfermos, seguimiento de los enfermos”.*
- *“Te da consejos de salud”.*

También, veo necesario comentar que ha habido otras opiniones acerca de la figura de enfermería que no reflejan lo que es nuestra profesión en su totalidad.

Éstas, han sido opiniones como:

- “Es la que me toma la tensión y me hace el electrocardiograma”
- “Es la persona que ayuda al médico”. (Bastantes participantes lo han comentado)
- “Vigila la salud de las personas que van a verla”.
- “Tengo una buena opinión pero le consulta todo al médico”.

8. DISCUSIÓN

En cuanto al hábito tabáquico, creo necesario enfatizar el hecho de que el grupo de edad con mayor hábito tabáquico que se ha observado es el de 15 a 24 años. Esto puede ser debido a que son edades de inclusión social y la población joven puede pensar que socialmente está bien visto. Es importante concienciar a éste grupo de población con el fin de que deshabitúe el consumo tabáquico y así conseguir que las próximas generaciones sigan en descenso.

Tras los datos obtenidos, se ha observado que hay diferencias bastante notorias, por lo que se ha hecho una tabla comparativa de los distintos porcentajes de hábito tabáquico según la población estudiada. Cabe decir que, en cuanto a la población de Cataluña y España, se ha agrupado los fumadores habituales y ocasionales en el grupo de “Fumador” y los exfumadores y los que nunca han fumado en el grupo de “No fumador”. (Tabla 8)

Tabla 8. Consumo de tabaco en Sant Cugat del Vallés, Cataluña y España

	Fumador*	No fumador*
Sant Cugat del Vallés	20	79
Cataluña	25,3	74,7
España	27,1	73,1

*Unidades en porcentajes

En la siguiente tabla, también podemos observar que en Cataluña hay un mayor porcentaje de hombres fumadores que en Sant Cugat del Vallés y España y que, a su vez, en España hay un mayor porcentaje de mujeres fumadoras que en el resto.

Tabla 9. Fumadores en relación al sexo en Sant Cugat del Vallés, Cataluña y España

	Hombres*	Mujeres*
Sant Cugat del Vallés	23,5	17,25
Cataluña	31,4	19,5
España	27,9	20,2

*Unidades en porcentajes

9. CONCLUSIONES

Con los resultados obtenidos después de analizar los datos del Día Internacional de la Enfermería de los años 2013 y 2014, se han podido extraer una serie de conclusiones.

- Se puede observar que la participación en el estudio ha sido mayor en la población mayor de 41 años y esto puede ser debido a que son los que tienen más obligaciones y suelen salir más a la calle que el resto de la población. También creo importante destacar que el también elevado número de participantes mayores de 65 años, puede ser debido a que la mayoría de ellos deben ser jubilados y pueden tener más tiempo para acercarse a colaborar con nosotros.

A su vez, también es importante comentar que los mayores de 41 años (incluyendo ambos grupos de edad estudiados) pueden tener más interés en conocer su propio estado de salud, ya que pueden acabar de ser diagnosticados de enfermedades crónicas que suelen aparecer en la edad adulta como son la hipertensión, el colesterol y la Diabetes Mellitus tipo 2.

- La prevalencia de consumo de tabaco de la población de Sant Cugat del Vallés es menor respecto a la prevalencia de consumo de tabaco en la población general de Cataluña y la de España (según datos del INE y ENSE, respectivamente).
- En cuanto a las cifras relativas al porcentaje de hombres y mujeres fumadores, se observa que, la población de Sant Cugat del Vallés tiene un menor porcentaje, tanto de hombres como de mujeres, de población con hábito tabáquico.

- Al igual que en la población de Cataluña, el principal motivo de la población de Sant Cugat del Vallés para seguir una dieta de manera habitual es por enfermedades o problemas de salud, seguido de otros motivos como el hecho de perder o mantener el peso.

Tal y como refleja la ENSE, en los últimos años ha habido un aumento de la hipertensión arterial, el colesterol y la diabetes y esto tiene relación directa con el hecho que los medicamentos más habituales entre la población de Sant Cugat del Vallés son los usados para el tratamiento de dichas enfermedades crónicas.

- Comparativamente con la población de España que consume alimentación ecológica, la población de Sant Cugat del Vallés que participó en este estudio, es menos consumidora de alimentos ecológicos.
- En cuanto a la realización de actividad física, se ha observado que hay un mayor porcentaje en la población de Sant Cugat del Vallés que hace actividad física respecto a la población general de Cataluña.
- También se ha observado que no hay diferencias en cuanto al grado de intensidad de actividad física entre la población de Sant Cugat del Vallés y la población general de Cataluña, pues en ambos casos predomina la actividad física ligera, seguida de la actividad física intensa y la actividad física moderada queda en tercer lugar.

Así pues, tras haber analizado los resultados obtenidos, se ha podido afirmar la hipótesis planteada en un inicio, pues la población de Sant Cugat del Vallés, en su mayoría, tiene unos buenos hábitos de salud, tiene menor porcentaje de hábito tabáquico y practica ejercicio de manera regular en mayor porcentaje que la población general de Cataluña.

En referencia al análisis cualitativo, en su mayoría, las opiniones de la muestra de estudio acerca de nuestra figura son favorables y reflejan, a mi parecer, lo bonito de nuestra profesión: el acompañamiento, la atención, el seguimiento y el cuidado del paciente.

10. LIMITACIONES

En el presente proyecto de investigación con resultados me han surgido distintas limitaciones, explicadas a continuación.

En primer lugar, en cuanto a la búsqueda bibliográfica me ha surgido una limitación el hecho de que muchos artículos de mi interés no estaban en texto completo y no he podido usarlos, a su vez, también me ha sido difícil seguir las normas que estipulan que debe haber 20 artículos en inglés, pues mi trabajo no es tanto de revisión de la literatura, sino de investigación y tan solo he puesto 9 artículos, entre otras fuentes fiables.

En cuanto a la recogida de datos, una posible limitación ha sido el hecho de la franja horaria en la que se ha salido a la calle, pues la población de estudio femenina ha sido mucho mayor que la masculina y los grupos de edad más representativos (con bastante diferencia en el número de participantes) han sido el grupo de edad de 41 a 65 años y los mayores de 65.

Otra de las limitaciones que he tenido durante la realización de éste trabajo de investigación, ha sido el hecho de que durante el grado no hemos hecho mucho análisis de datos y me ha supuesto un reto el hecho de aprender conceptos básicos y uso del programa estadístico informático *SPSS Statistics* con el fin de poder realizar un mejor análisis.

La mayor limitación de éste estudio ha sido el análisis de los resultados, pues las respuestas de los participantes no estaban acotadas y había múltiples respuestas para muchas de las variables de estudio, cosa que dificultó su posterior análisis. Así pues, en cuanto a la dieta y a la actividad física realizada por la población de Sant Cugat del Vallés, no se han podido hacer gráficos comparativos entre el grupo de edad y el tipo de dieta que se sigue o el tipo de actividad física más frecuente.

11. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

Teniendo en cuenta los resultados de éste proyecto y tras analizar los datos obtenidos, se ve oportuno que se tengan en cuenta las siguientes recomendaciones para estudios posteriores:

- En vez de preguntar qué medicación se toman, sería más oportuno preguntar la cantidad de pastillas que se toman al día, para poder conocer la población polimedificada (> 6 pastillas/día) que hay en Sant Cugat del Vallés.
- En cuanto a la dieta, también se ve oportuno que los participantes tan solo se refieran a un tipo de dieta y no hayan múltiples respuestas, pues esto facilitaría mucho el análisis.
- En cuanto al análisis cualitativo, recomendaría hacer una sola pregunta, pues tras analizar las respuestas, he observado que según la carpa dónde se hizo la recogida de datos, hay distinto tipo de respuestas y no me ha facilitado el posterior análisis.

La pregunta que recomiendo hacer como alternativa sería: “*¿Qué es la enfermería/la figura de la enfermera para usted?*”.

12. REFLEXIÓN PERSONAL

Durante la realización de este trabajo, he podido adquirir muchos conocimientos en cuanto al análisis de datos y he podido llegar a mi fin, que es analizar cuáles son los hábitos de salud de la población de Sant Cugat del Vallés.

Debo añadir que, el hecho de haber tenido que trabajar de manera autónoma durante tanto tiempo (pues éste trabajo empezó a adquirir su forma en Octubre del año pasado), ha supuesto que tenga que organizarme para poder tener un seguimiento por parte de mi tutora, tutoría tras tutoría. Debo decir que, en cuanto a mi propia organización y a la organización del tiempo, creo haber aprendido mucho. (Anexos 5,6)

Por último, quiero dar la importancia que tiene, el hecho de que la enfermería tiene distintos roles y algunos bastante olvidados por la sociedad (pues muchas veces solo ven la figura de enfermera en ámbito hospitalario y en el ambulatorio).

Así pues, el rol de investigación y de promoción de la salud, muchas veces quedan en segundo lugar. Durante el transcurso de éste trabajo me he ido concienciando de la importancia de éste rol, pues en éste caso, detrás de la estadística está el trabajo de la enfermería, buscando los hábitos de salud, hallando las malas conductas y tratando de modificarlas mediante su educación sanitaria.

Hace 3 años y 8 meses entré por las puertas de la Universidad Internacional de Cataluña, como una alumna ilusionada por empezar a formarse para la vocación de ser enfermera, con miedos y temores acerca de la Universidad: los exámenes, los compañeros y mi adaptación.

Mirando a la chica que entró por la Universidad y comparándola con la enfermera que dejará la Universidad éste mismo año, creo que ha habido una maduración muy grande, tanto personal como profesional y por encima de todo, un aprendizaje.

He aprendido desde modelos de enfermería, biología y metodología, hasta la fisiología, patología y los cuidados de enfermería. He podido tocar por primera vez el ámbito hospitalario, ambulatorio y los nuevos roles de la enfermería gracias a las múltiples oportunidades que me han ofrecido como centros de prácticas y en definitiva, he aprendido lo que es ser enfermera.

13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Foguet-Boreu Q, Violan C, Rodriguez-Blanco T, Roso-Llorach A, Pons-Vigues M, Pujol-Ribera E, et al. Multimorbidity Patterns in Elderly Primary Health Care Patients in a South Mediterranean European Region: A Cluster Analysis. *PLoS One* 2 de Noviembre de 2015;10(11):e0141155.
2. Schafer I, von Leitner EC, Schon G, Koller D, Hansen H, Kolonko T, et al. Multimorbidity patterns in the elderly: a new approach of disease clustering identifies complex interrelations between chronic conditions. *PLoS One* 29 de Diciembre de 2010;5(12):e15941.
3. Instituto Nacional de Estadística. Esperanza de vida [Internet]. España: INE; 2015 [Consultado el 3 de Diciembre de 2015]. Disponible en: http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout
4. Ramallé E. Enfermería. ¿Hacia dónde vamos?: Enfermería de salud pública [Internet]. II Congreso Socinorte. San Sebastián; 2010 [Consultado el 7 de Marzo de 2016]. Disponible en: http://www.socinorte.com/informa/attachments/donostia/Enfermeria%20salud%20publica_Enrique%20Ramalle.pdf
5. Organización Panamericana de la Salud. Essential Public Health Functions [Internet]. Washington D.C: OPS; 2011 [Consultado el 7 de Marzo de 2016]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&id=3175&layout=blog&Itemid=3617&lang=es
6. Muñoz F, López-Acuña D, Halverson P, Guerra de Macedo C, Hanna W, Larrieu M, et al. Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. *Rev Panam Salud Pública* 8 (1/2), 2000. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/saladesituacion/Biblio/Funciones_escencialesenSalud.pdf
7. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la OMS: principios [Internet]. España: OMS; 2016 [Consultado el 28 de Enero de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/about/mission/es/>

8. Sanitas: Hábitos de vida saludable [Internet]. España; 2016 [Consultado el 28 de Enero de 2016]. Disponible en: http://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/estilo-vida/prepro_080021.html
9. Ambientum: El consumo ecológico en datos en España [Internet]. España; 2014 [Consultado el 7 de Mayo de 2016]. Disponible en: http://www.ambientum.com/revista_medioambiental/2014-10-alimentacion-ecologica/el-consumo-ecologico-en-datos-en-espana.asp
10. Redondo P. Prevención de la enfermedad. 1ª Ed. Costa Rica: Universidad de Costa Rica; 2004 [Consultado el 28 de Enero de 2016]. Disponible en: <http://www.cendeisss.sa.cr/cursos/cuarta.pdf>
11. Santiago A. Hábitos poco saludables. [Internet] España: Netdoctor.es; 2015. [Consultado el 28 de Enero de 2016]. Disponible en: <http://www.netdoctor.es/articulo/habitos-poco-saludables>
12. Varo J, Martínez J, Martínez M. Benefits of physical activity and harms of inactivity. *Med Clin (Barc)* 2003;121(17):665-72
13. Instituto Nacional de Estadística. Cifras INE: Boletín Informativo del Instituto Nacional de Estadística. Salud y hábitos sexuales [Internet] España: INE; 2004 [Consultado el 28 de Enero de 2016]. Disponible en: http://www.ine.es/revistas/cifraine/cifine_sida0704.pdf
14. Horizon Scanning Programme Team. Trends in risk behaviours and negative outcomes amongst children and young people. 1ª Ed. Reino Unido; 2014 [Consultado el 28 de Enero de 2016]. Disponible en: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/452169/data_pack_risk_behaviours_and_negative_outcomes.pdf
15. Instituto Nacional de Estadística. Notas de prensa: Encuesta Nacional de Salud 2011-2012 [Internet] España: INE; 2013 [Consultado el 28 de Enero de 2016]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np770.pdf>
16. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén: Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN [Internet] España; 2010

[Consultado el 30 de Enero de 2016]. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf>

17. Santa Clotilde Jiménez, E; Casado del Olmo, M^aI; Fernández Araque, AM^a. Opinión de los usuarios sobre la profesión y el trabajo de los profesionales enfermeros. Biblioteca Lascasas, 2006; 2 (4). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0188.pdf>

18. Martínez M, Ruiz M, Ruzafa C, Socías J. ¿Cómo valora la sociedad el rol enfermero? [Internet] España: Revista médica electrónica; 2000 [Consultado el 30 de Enero de 2016]. Disponible en: <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/como-valora-la-sociedad-el-rol-enfermero/>

19. Marriner A, Raile M. Modelos y Teorías en Enfermería, (5^a ed.). Barcelona: Mosly; 2003.

20. Navarro Y, Castro M. Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. *Enferm. glob.* 2010, n.19, pp. 0-0. ISSN 1695-6141.

21. Vega O, Gonzalez D. Teoría del déficit de autocuidado: Interpretación desde los elementos conceptuales. *Ciencia y Cuidado.* 2007, vol.4, n.4, pp. 28-35. ISSN: 17949831. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2534034>

22. Prado L, Gonzalez M, Paz N, Romero K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Rev. Med. Electron.* 2014, vol.36, n.6, pp. 835-845. ISSN 1684-1824.

23. Vázquez P. Posibles áreas de mejora en el Sistema Sanitario Español. España: Sector Público y desigualdades territoriales; 2012. Disponible en: http://www.ivie.es/downloads/2012/01/Seminario_FBBVA_Ivie_160112_Vazquez.pdf

14. ANEXOS

ANEXO 1. Estrategia de búsqueda

Search	Add to builder	Query	Items found
#11	Add	Search Multimorbidity patterns in elderly Filters: Free full text; published in the last 5 years; English; Spanish	591
#10	Add	Search (((Lifestyle-related behaviours AND (free full text[sb] AND "last 5 years"[PDat] AND (English[lang] OR Spanish[lang])))) AND physical activity Filters: Free full text; published in the last 5 years; English; Spanish	46
#9	Add	Search Lifestyle-related behaviours Filters: Free full text; published in the last 5 years; English; Spanish	132
#8	Add	Search ((Public health habits AND free full text[sb])) AND HRQoL Filters: Free full text; published in the last 5 years; English; Spanish	16
#7	Add	Search ((((((Public health habits AND (free full text[sb] AND "last 5 years"[PDat] AND (English[lang] OR Spanish[lang])))) AND gender) AND age) AND marital status) AND (free full text[sb] AND "last 5 years"[PDat] AND (English[lang] OR Spanish[lang])))) AND HRQoL Filters: Free full text; published in the last 5 years; English; Spanish	1
#6	Add	Search (((((Public health habits AND (free full text[sb] AND "last 5 years"[PDat] AND (English[lang] OR Spanish[lang])))) AND gender) AND age) AND marital status) Filters: Free full text; published in the last 5 years; English; Spanish	39
#5	Add	Search Public health habits Filters: Free full text; published in the last 5 years; English; Spanish	5475
#4	Add	Search Public health habits Filters: Free full text; published in the last 5 years; English	5336
#3	Add	Search Public health habits Filters: Free full text; published in the last 5 years	5671
#2	Add	Search Public health habits Filters: Free full text	12691
#1	Add	Search Public health habits	47562

ANEXO 2. Localización de las carpas

CARPA 1. Plaza de la Estación de Ferrocarriles de Sant Cugat del Vallés.



CARPA 2. Mercado Sant Pere. Plaza Sant Pere – C/Major. (Sant Cugat del Vallés)



CARPA 3. C/Santiago Rusiñol con C/Francesc Moragas. (Sant Cugat del Vallés)



CARPA 4. C/Santiago Rusiñol con C/ La Torre. (Sant Cugat del Vallés)



CARPA 5. Rambla del Celler – Ayuntamiento. (Sant Cugat del Vallés)



CARPA 6. Rambla del Celler – Paseo Torre Blanca. (Sant Cugat del Vallés)



ANEXO 3. Cuestionario estandarizado y cesión de datos

Identificació:	Edat:	
Sexe: <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Dona	Exercici: <input type="checkbox"/> Sí: _____ <input type="checkbox"/> No	
Fumador: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Compra habitualment aliments ecològics?	
Dieta: <input type="checkbox"/> Sense sal <input type="checkbox"/> Diabètica <input type="checkbox"/> Baixa en greixos <input type="checkbox"/> Baixa en calories	Estat Civil: <input type="checkbox"/> Solter/a <input type="checkbox"/> Vidu/a <input type="checkbox"/> Casat/da <input type="checkbox"/> Separat/da	
Medicació: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> TA <input type="checkbox"/> Colesterol <input type="checkbox"/> Sucre <input type="checkbox"/> Cor <input type="checkbox"/> No	TA	
	Glucosa en sang	
	Última ingesta	

Autoritzo l'utilització d'aquestes dades per a ús científic

ANEXO 4. Tabla comparativa Medicación y Edad

		Edad										
		41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51
Medicación	No	10	13	10	13	14	12	18	12	16	16	10
	No contesta	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0
	Sí	2	1	3	5	3	2	6	7	13	7	9
Total		13	14	14	18	18	14	24	20	29	23	19
% de participantes que toman medicación		15%	7%	21,4%	27,7%	16,6%	14,2%	25%	35%	44,8%	30,45%	47,35%

		Edad										
		52	53	54	55	56	57	58	59	61	62	63
Medicación	No	18	19	7	12	11	11	10	16	15	16	19
	No contesta	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0
	Sí	8	14	9	9	9	5	9	14	17	19	18
Total		26	34	16	21	21	16	19	30	33	35	37
% de participantes que toman medicación		30,7%	41,15%	56,25%	42,8%	42,8%	31,25%	47,35%	46,6%	51,5%	54,2%	48,6%

		Edad										
		64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74
Medicación	No	10	14	7	11	7	7	10	3	10	4	8
	No contesta	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Sí	17	29	20	23	18	20	28	23	23	18	17
Total		28	44	27	34	25	27	38	26	33	22	25
% de participantes que toman medicación		60,7%	66%	74%	67,6%	72%	74%	73,6%	88,5%	69,6%	81,8%	68%

		Edad										
		75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85
Medicación	No	1	5	1	3	1	1	1	3	2	3	1
	No contesta	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	Sí	22	14	24	12	15	16	12	16	10	4	13
Total		23	19	25	15	16	18	13	19	12	7	15
% de participantes que toman medicación		95,7%	73,7%	96%	80%	93,75%	88,9%	92,3%	84,3%	83,3%	57%	86,7%

		Edad									
		86	87	88	89	91	92	93	95	96	Total
Medicación	No	1	2	3	1	0	2	1	1	1	784
	No contesta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	18
	Sí	5	7	8	5	2	1	5	0	0	684
Total		6	9	11	6	2	3	6	1	1	1486
% de participantes que toman medicación		83,3%	77,8%	72,7%	83,3%	100%	33,3%	83,3%	0	0	46%

ANEXO 5. Mapa conceptual. Puntos importantes a considerar del trabajo

- **Introducción del trabajo** (*¿de qué vamos a hablar?*)

* Destacar la importancia que tiene el proyecto de investigación.

- **Redacción de revisión de la literatura** (*¿qué dice la literatura de lo que yo estoy estudiando?*)

* En este apartado habrá la parte más teórica del trabajo, búsqueda bibliográfica de lo que estoy estudiando, lo que se sabe del tema para saber cómo deberá ir enfocado mi trabajo.

- **Redacción del marco teórico** (*enfoque que le vamos a dar desde el punto de vista enfermero*).

Teoría de la auto-cuidado de Dorothea Orem.

- **Justificación del proyecto de investigación** (*¿por qué es importante que se estudie?*)

- **Hipótesis** (*¿cuáles creo que van a ser los resultados obtenidos?*). Tengo como referencia lo que dicen estudios que ya han sido realizados.

* Habiendo hecho la revisión de la literatura sabré cómo deberán ser mis resultados, extraeré hipótesis de los resultados que estoy estudiando

- **Objetivos** (*¿qué quiero conseguir con investigación?*)

* Conocer los hábitos de salud de la población de Sant Cugat del Vallés y su relación con datos sociodemográficos (edad, sexo y estado civil).

- **Metodología** (*qué se ha seguido para la elaboración de la investigación, diseño, muestra, criterios de inclusión y exclusión...*)

- **Resultados** (*expresar todos los datos obtenidos en 12-13 y 13-14*)

* Será la parte más extensa de mi proyecto de investigación, expresar todos los resultados obtenidos y ver cómo los distribuyo con el fin de extraer conclusiones.

* Elaboración de gráficos y tablas.

- **Limitaciones** (*¿qué problemas he podido tener, qué es lo que me ha faltado tener en cuenta?...*) “*Mi trabajo es limitado*” → *Declaración.*

- **Implicaciones para la práctica** (*¿cómo de importante es el conocimiento de los resultados obtenidos para la práctica enfermera? ¿Qué se espera?*)

- **Conclusiones** (*extraer propias conclusiones y discusión con otros autores, estudios...*)

- **Keywords para la búsqueda bibliográfica en bases de datos:**

Lifestyle behaviours, HRQoL (health related quality of life), morbidity patterns in elderly, health habits related gender / age / marital status, public health habits...

* Uso de operadores booleanos de AND y OR para sumatorio de resultados.

* Uso de NOT para eliminar temas no relacionados con mi trabajo.

* Búsqueda general en bases de datos como Pubmed, Scopus, Cochrane...

* Búsqueda más a nivel nacional en INE (nivel español) e IDESCAT (nivel de Cataluña).

ANEXO 6. Cronograma

<u>Setiembre 2015</u>	29.09 – 1ª Tutoría grupal
<u>Octubre 2015</u>	Se realiza búsqueda bibliográfica en <i>Pubmed</i> de conceptos básicos relacionados con el tema de trabajo y objetivos principales del tema. 21.10 – 1ª Tutoría individual: Se facilitan datos del Día Internacional de Enfermería, se habla de la teoría de Dorothea Orem para incluirla en Marco Teórico.
<u>Noviembre 2015</u>	Se amplía búsqueda bibliográfica mediante <i>Scopus</i> , se busca en INE sobre datos generales de población y se empieza la elaboración de la Introducción. Realización del índice del trabajo y paginación del mismo.
<u>Diciembre 2016</u>	10.12 – 2ª Tutoría individual: Introducción correcta pero falta de información acerca de hábitos saludables y conductas de riesgo a evitar.
<u>Enero 2016</u>	Se amplía introducción, se hace revisión de la literatura, marco teórico, justificación del proyecto de investigación, hipótesis y objetivos.
<u>Febrero 2016</u>	01.02 – 3ª Tutoría individual: Se puede incluir cuál es el rol enfermero dentro de la salud pública en la introducción, se pide crear sub-apartados dentro de revisión de la literatura y revisar que la bibliografía sea fiable, corrección de hipótesis.
<u>Febrero – Marzo 2016</u>	Se hacen correcciones acordadas de los apartados y se añade información pedida. Se redacta apartado de consideraciones éticas y limitaciones del estudio.

<p><u>Marzo 2016</u></p>	<p>09.03 – 4ª Tutoría individual: Se habla de que no se introducen los temas, que las tablas quedan pequeñas y que se debe contextualizar el marco teórico y hacer referencia a cómo es la población de Sant Cugat del Vallés.</p> <p>Se realiza la evaluación continuada con la tutora.</p>
<p><u>Marzo – Abril 2016</u></p>	<p>Se hacen correcciones acordadas y se termina el apartado de metodología y se empieza a elaborar el apartado de resultados.</p> <p>Se analizan datos mediante <i>SPSS</i> y se divide por grupo de edad las respuestas obtenidas.</p> <p>Se incluye el apartado de análisis de contenido</p>
<p><u>Abril 2016</u></p>	<p>04.04 – 5ª Tutoría individual: Se comenta que deberá haber un apartado que hable de cómo se ha hecho la revisión de la literatura, se muestran tablas de resultados y se habla de limitaciones. Se acuerda cómo se van a hacer los gráficos.</p>
<p><u>Abril – Mayo 2016</u></p>	<p>Corrección y modificación de apartados comentados en la tutoría.</p> <p>Realización de gráficos y redacción de resultados y conclusiones.</p> <p>Redacción de resumen, abstract, agradecimientos y dedicatoria.</p>
<p><u>Mayo 2016</u></p>	<p>09.05 – Entrega casi definitiva del trabajo para corrección y posterior <i>feed-back</i></p> <p>10.05 – 6ª Tutoría individual: <i>Feed-back</i> de la tutora acerca del trabajo presentado.</p>
<p><u>Mayo – Junio 2016</u></p>	<p>Se hacen las correcciones tras recibir el <i>Feed-back</i> de la tutora.</p> <p>Se añade apartado de discusión.</p> <p>Realización de <i>PowerPoint</i> y guion para la defensa oral.</p>
<p><u>3 Junio 2016</u></p>	<p>Defensa oral del trabajo final de grado.</p>