



Investigación & Cuidados

Revista de la Organización Colegial
de Enfermería de la Comunidad Valenciana



3^{er}. Cuatrimestre 2012 y 1^{er}. Cuatrimestre 2013 , Vol. 11, N^o. 24-25

ARTÍCULOS ORIGINALES

- Estudio preliminar sobre Burnout en los profesionales de las emergencias prehospitalarias a través de una red social
- Visibilidad del paciente crónico: aplicación de nuevas tecnologías, telefonía e historia informatizada compartida
- Alimentación en los escolares adolescentes: una perspectiva antropológica
- Experiencia laboral con las Tecnologías de la Información y de la Comunicación: correo electrónico, facebook y whatsapp como herramientas en la comunicación intragrupo

ARTÍCULO ESPECIAL

- Trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad: Importancia de una detección precoz desde Atención Primaria

ENFERMERÍA Y SOCIEDAD

- Ultradatlón Solidario

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

AGENDA DE ENFERMERÍA

ENFERMERÍA EN LA RED

SUMARIO

EDITORIAL 3

NORMAS DE PUBLICACIÓN 5

ARTÍCULOS ORIGINALES

Estudio preliminar sobre Burnout en los profesionales de las emergencias prehospitalarias a través de una red social 6
Aguilar López, J.I.

Visibilidad del paciente crónico: aplicación de nuevas tecnologías, telefonía e historia informatizada compartida 13
Agulló García, E.
Ibarra Rizo, M.

Alimentación en los escolares adolescentes: una perspectiva antropológica 19
Rodríguez Gil, JA.

Experiencia laboral con las Tecnologías de la Información y de la Comunicación: correo electrónico, facebook y whatsapp como herramientas en la comunicación intragrupo 27
Boscá Mayans, MR
Ferrándiz Vidal, MI
Pascual Pla, FJ
Sánchez Aparisi, E
García Molina, Y

ARTÍCULO ESPECIAL

Trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad: Importancia de una detección precoz desde Atención Primaria . . . 34
Osma Santiago, R
Sorlí Guerola, JV

ENFERMERÍA Y SOCIEDAD

Ultraduathlon Solidario 42
Inés Velasco Serna

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA 44

AGENDA DE ENFERMERÍA 45

ENFERMERÍA EN LA RED 46

DIRECTOR:

José Antonio Ávila Olivares

SUBDIRECTOR:

Francisco Pareja Llorens

COMITÉ EDITORIAL

Coordinación: M^a Dolores Gil Estevan

Elena Andina Díaz

M^a Pilar Bonet Manso

Manuela Domingo Pozo

Ricardo Martín Peñalver

Francisco Javier Gómez Robles

Cesar Rico Beltrán

M^a Luisa Ruiz Miralles

María Torres Figueiras

Diego Ibáñez Gallardo

M^a Elena Ferrer Hernández

COMITÉ ASESOR

Antonio Núñez Hernández

Juan Fabra Benet

Jesús Ribes Romero

Jose A. Forcada Segarra

Miguel Romero Lorente

Isabel Casabona Martínez

Luis Garnes Fajardo

Encarna Martínez Hernández

José Verdú Soriano

Joseph Adolf Guirao Goris

Alberto Gálvez Toro

Modesta Salazar Agulló

Antonio Peña Rodríguez

Montserrat Angulo Perea

Belén Estevan Fernández

M^a del Mar Ortiz Vela

M^a Teresa Pinedo Velázquez

José Ramón Martínez Riera

Vicente Bellver Capella

COMITÉ TÉCNICO Y FINANCIERO

Juan José Tirado Darder

Belén Paya Pérez

Francisco Mulet Falcó

Antonio Verdú Rico

Felipe Serrano Gómez

Eugenia Gordo Casañ

Isabel Castelló López

Juan Caballero García

Pedro J. Homero Arnue

RELACIONES INTERNACIONALES

Ascención Marroquí Rodríguez

M^a. José Muñoz Reig

ILUSTRACIÓN

Luis Mira-Perceval Verdú

Revista incluida en el Catálogo colectivo de Publicaciones periódicas de Ciencias de la Salud

Revista incluida, con carácter exhaustivo en CUIDEN y con carácter selectivo en la base de datos Bdlc

Revista sociofundadora del Consejo Iberoamericano de Editores de Revistas de Enfermería y afines (CIBERE)

SUSCRIPCIONES

Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)
c/Xàbia, 4^a-3^a pta. 10 46010 VALENCIA

Teléfono 963298088

E-mail: cecova@cecova.org

Cuenta de ingreso de la suscripción: 2077-0482-16-3100518783

ENVÍO DE TRABAJOS

Colegio de Enfermería de Alicante

C/ Capitán Dema, 16 (Esq. Pardo Gimeno) 03007 Alicante

Tlf. 965121372 y 965123622

E-mail: cealicante@cecova.org

EDITA

Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)

TARIFA 3 NÚMEROS (1 AÑO)

Colegiados/as de la Comunidad Valenciana: Gratuito

Colegiados/as de otras provincias: 20 euros

Alumnos/as de Enfermería: Gratuito

Diseño y maquetación:
AROA Diseño y Comunicación
ISSN: 1698-4587
Dep. legal: M-22516-2004

LA DIRECCIÓN DE LA REVISTA NO SE HACE RESPONSABLE DEL CONTENIDO
DE LOS ARTÍCULOS

En este nuevo número de la revista Investigación & Cuidados, recogemos en su Editorial el papel de los Gestores de Enfermería como elemento fundamental para el funcionamiento y sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS). Unas enfermeras y enfermeros cada vez más y mejor preparadas profesionalmente, con mayores responsabilidades, tanto en los aspectos relacionados con la calidad de los cuidados y la asistencia clínica como del bienestar laboral del personal sanitario a su cargo para que la eficacia de la prestación del servicio vaya siempre acompañada de la necesaria eficiencia.

Para reflexionar sobre estas cuestiones hemos invitado a María del Remedio Yáñez Motos, presidenta de las XXIV Jornadas Nacionales de Enfermeras Gestoras/Supervisión de Enfermería,

organizadas recientemente en la ciudad de Alicante. Nadie mejor que ella para comentar, desde su punto de vista como enfermera con responsabilidad de gestión, algunos de los retos sanitarios a los que se enfrentan actualmente las enfermeras gestoras.

Yáñez Motos ejerce actualmente su labor profesional como Directora de Enfermería de Atención Primaria del Departamento de Salud de Elda (Alicante) y, además, también ocupa la Vocalía de la Comunidad Valenciana de la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (ANDE), constituida por enfermeras vinculadas o interesadas en actividades y responsabilidades de gestión sanitaria.

José Antonio Ávila Olivares
Presidente del CECOVA

El futuro de las enfermeras gestoras: la profesionalización



El lema “Compromiso, soluciones y sostenibilidad” resume los contenidos e intenciones de la vigésimo cuarta edición de las Jornadas Nacionales de Enfermeras Gestoras/Supervisión de

Enfermería, organizadas por la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (ANDE) en la ciudad de Alicante.

Con este lema hemos querido aunar la preocupación existente en el seno de la propia profesión enfermera y, por ende, del colectivo de enfermeras con responsabilidades de gestión por el futuro del Sistema Sanitario público, y queremos aportar, desde nuestro punto de vista, las propuestas de soluciones para garantizar, en el ámbito de nuestras

posibilidades, la sostenibilidad de la sanidad pública, universal y gratuita.

Creemos que defender el mantenimiento del Sistema Sanitario público es una obligación inherente a los profesionales que trabajamos en él y, desde hace años, apostamos por llevar adelante una gestión sanitaria, no solamente efectiva, sino también lo más eficiente posible. Con ese objetivo, en numerosas ocasiones, las enfermeras gestoras buscamos implementar cambios en la gestión que realizamos y que sirvan para construir un estilo directivo acorde a las características sociales de cada momento.

Por otro lado, la aportación de las enfermeras gestoras en las actuales reformas que se están produciendo o vayan a producirse en el Sistema Nacional de Salud, deben ir encaminadas a apunta-

■ Investigación & Cuidados

lar el carácter público, gratuito y universal de un sistema sanitario exitoso y envidiado en medio mundo. Solamente de este modo, convertiremos la crisis en una gran oportunidad para demostrar que las enfermeras gestoras podemos contribuir a la sostenibilidad del Sistema Sanitario, con mayor eficiencia, con gran nivel de calidad y con absoluta equidad, que es lo que creo que demanda actualmente la sociedad.

Los profesionales de Enfermería que ocupamos puestos de responsabilidad directiva, tanto en Atención Primaria como Especializada, en el sistema sanitario de la Comunidad Valenciana, apostamos decididamente por ampliar nuestra experiencia a través del desarrollo de proyectos e investigaciones científicas dentro de nuestra esfera competencial para alcanzar las mayores cotas de profesionalidad posibles.

Para ello, considero muy necesario poner medidas de incentivación desde la Administración Sanitaria así como incrementar el grado de profesionalización de los cargos directivos sanitarios. En los nombramientos de cargos de responsabilidad en el ámbito sanitario, debería tenerse muy en cuenta tanto la afinidad con la política sanitaria del momento como la preparación de los profesionales sanitarios, y las capacidades de éstos para llevar las riendas de la gestión con garantías de éxito. A mi entender, resulta completamente inaplazable articular los mecanismos necesarios para avanzar con voluntad firme en el diseño de un perfil formativo del directivo de Enfermería, y reivindicar con ahínco la profesionalización de la gestión ante la nueva coyuntura socioeconómica. Es necesario impulsar la formación académica de postgrado de las enfermeras para las funciones de liderazgo y gestión, siendo clave el apoyo y reconocimiento del esfuerzo formativo por parte de la Administración. El indudable dinamismo del colectivo enfermero, hace posible contar con unas enfermeras gestoras verdaderamente preparadas para saber responder de manera adecuada a los numerosos retos que se plantean respecto al futuro de la sanidad.

El programa científico de estas Jornadas

Nacionales de Enfermeras Gestoras/Supervisión de Enfermería, se diseñó para debatir aspectos tan importantes como la deontología del gestor enfermero, los nuevos modelos de gestión y la forma de gestionar las actuales demandas de los ciudadanos en materia de salud, el empleo de las tecnologías de la comunicación e información, la importancia creciente que cobran los pacientes expertos, y el compromiso gestor de los equipos multidisciplinares y sus herramientas incentivadoras, entre otras muchas cuestiones. En definitiva se ha querido que estas Jornadas fuesen un punto de encuentro, debate y reflexión de los responsables de la gestión enfermera en España desde su nivel micro hasta el nivel macro, en búsqueda de aportaciones a nuestro sistema sanitario y en aras de su sostenibilidad.

Muestra del grado de interrelación alcanzado son los 200 trabajos presentados: 134 comunicaciones orales, 51 comunicaciones experiencias y 83 comunicación proyectos investigación, además de 66 comunicaciones tipo póster.

M^a del Remedios Yáñez Motos
Vocal ANDE Comunidad Valenciana

La revista Investigación & Cuidados es una publicación de carácter científico abierta a todos aquellos trabajos de investigación que contribuyen al desarrollo de la Enfermería en todas sus vertientes: asistencial, docente, gestión e investigación. Investigación & Cuidados valorará para su publicación todos aquellos trabajos que dentro del campo de estudio de la Enfermería aportan contribuciones para su desarrollo como Disciplina. Se someterán todos los trabajos que se presenten a un sistema de valoración por expertos. Todos los trabajos aceptados quedan como propiedad permanente de Investigación & Cuidados y no podrán ser reproducidos en parte o totalmente sin permiso de la revista. No se aceptarán trabajos publicados en otra revista, hecho que el autor deberá declarar en la carta de presentación del artículo. El consejo editorial acusará recibo de los trabajos enviados a la revista e informará acerca de su aceptación así como se reserva el derecho de rechazar originales que no juzgue apropiados.

ESTRUCTURA DE LOS MANUSCRITOS

1. El manuscrito deberá realizarse utilizando el programa Word como procesador de texto y en Excel o PowerPoint cuando se trate de gráficos. Respecto al texto, la presentación será a espacio y medio, a un cuerpo de letra de 12 (Times New Roman) o 10 (Arial), en DIN A4, dejando los márgenes laterales, superior e inferior de 2,5 cm.
2. Las imágenes digitales, tendrán una resolución de 300 dpi, a un tamaño de 10 x 15 cm y en formato jpg. Las tablas, cuadros, gráficos o imágenes se enviarán aparte del texto, cuyo número no excederá de cinco, debiendo estar numeradas y acotadas según su orden de aparición en el texto y conteniendo título, leyenda o pie de foto.
3. El texto del manuscrito, incluida la bibliografía, deberá ajustarse a un máximo de 3.000 palabras. Se intentará restringir al máximo las abreviaturas y siglas, que se definirán cuando se mencionen por primera vez. Las páginas se numerarán consecutivamente, desde la página del título, en el ángulo superior o inferior derecho. Todos los artículos tendrán que incluir un resumen, que no superará las 250 palabras en el caso de resúmenes no estructurados, y entre tres y diez palabras clave, en castellano y en inglés. En cualquier caso, el manuscrito completo no podrá exceder de 12 páginas para originales y revisiones y 4 para cartas al director.
4. En la primera página deberá aparecer: título, autores con nombre completo y centro de trabajo, dirección para la correspondencia, e-mail y teléfono de contacto. Se admiten un máximo de 6 firmantes o un nombre de grupo de investigación.
5. La segunda página deberá contener el resumen y las palabras clave. Debe incluir un breve comentario que responda a la pregunta ¿Qué contribución tiene este trabajo a la Enfermería? en un párrafo de extensión máxima de cincuenta palabras. No más de 300 palabras. El resumen debe contener el propósito de la investigación, OBJETIVOS/HIPOTESIS procedimientos básicos, hallazgos principales y conclusiones principales. deben aparecer de 3-10 palabras clave (Se recomienda consultar los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) en: <http://decs.bus.br/E/homepagee.htm>. Para verificar las palabras clave en inglés puede consultar los Medicus Subject Headings (MeSH) del Index Medicus en

<http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.ht ml>)

6. En las páginas sucesivas aparecerá el texto:

A.- Si se trata de un artículo original:

- Introducción: propósito estudio y justificación.
- OBJETIVO/HIPOTESIS
- Material y métodos, Sujetos y métodos.
- Resultados.
- Discusión.
- Bibliografía.

B.- Si se trata de revisiones o trabajos conceptuales:

- Introducción.
- Desarrollo del tema a analizar.
- Conclusiones del análisis.
- Bibliografía empleada.

C.- Carta al director:

- Esta sección es el lugar donde los lectores de Investigación & Cuidados pueden exponer sus comentarios, preguntas o críticas acerca de los artículos publicados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Deberá cumplir los requisitos de uniformidad (estilo Vancouver) a los que se acoge la Revista.
- Las referencias bibliográficas deben ir al final del artículo según el orden de aparición de las citas en el texto.
- Las citas deben numerarse consecutivamente siguiendo el orden con el que aparecen por primera vez en el texto, en forma de superíndices escritos antes del signo de puntuación si lo hubiere.
- Si se trata de una referencia de un trabajo realizado por dos autores se nombran ambos y si son varios se pondrá el nombre del primero seguido de et al.
- En caso de abreviar nombres de las revistas se utilizará el estilo de Index Medicus e Index de Enfermería.
- Se evitará el uso de frases imprecisas como citas bibliográficas; no pueden emplearse como tales "Observaciones no publicadas" o "comunicación personal".
- Los originales aceptados pero no publicados, se incluyen en las citas bibliográficas como "en prensa" (entre paréntesis).

El manuscrito será enviado a través de correo electrónico a cealicante@cecova.org en soporte Word. Las hojas irán numeradas en el ángulo superior derecho. El consejo editorial propondrá a los autores las modificaciones que considere necesarias para la publicación del artículo original. En esos casos los autores deberán remitir el original con las modificaciones en un plazo no superior a 1 mes pues en caso contrario no se garantiza su publicación.

ESTRUCTURA PARA LOS ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

Además de las normas generales de publicación, en el caso de que el manuscrito presentado se trate de una investigación, contendrá los siguientes apartados:

- a) Resumen y palabras clave: la extensión del resumen no será superior a 250 palabras y tiene que aportar la información necesaria para poder conocer el/los objetivos del estudio, la metodología básica utilizada, los resultados más destacados y las principales conclusiones. Las palabras clave se situarán debajo del resumen, debiendo identificarse de tres a diez

términos que definan el contenido del trabajo para su inclusión en las bases de datos nacionales e internacionales.

- b) Introducción: debe definir claramente los objetivos del estudio y resumir la justificación del mismo, situándolo en el contexto de otros trabajos publicados.
- c) Material y método: se ha de especificar el diseño, la población y muestra, las variables estudiadas, el/los instrumento/s para la recogida de los datos, estrategias para garantizar la fiabilidad y la validez de los mismos, así como el plan de análisis, concretando el tratamiento estadístico. Se especificarán, asimismo, los aspectos éticos vinculados a los diferentes diseños.
- d) Resultados: iniciar con una descripción de los sujetos estudiados, posteriormente presentar la información pertinente a los objetivos del estudio. Las tablas, figuras, gráficos, etc., han de ser claras y relevantes, estando acotadas en el texto por orden de aparición. No repetir en el texto los datos expuestos en las tablas o gráficos y destacar o resumir sólo las observaciones más destacables.
- e) Discusión y conclusiones: sin repetir los datos expuestos en el apartado anterior se tendrá que explicar el significado de los resultados, las limitaciones del estudio y las implicaciones en futuras investigaciones, así como la posible generalización de los hallazgos. También se compararán los resultados con otros trabajos similares y, a modo de conclusión, se intentará dar respuesta a los objetivos del estudio.
- f) Agradecimientos: deberán dirigirse a las personas o instituciones que han contribuido sustancialmente al estudio, siempre que sea pertinente.
- g) Bibliografía: se ajustará a lo indicado en el apartado de referencias bibliográficas.

REQUISITOS ÉTICOS Y LEGALES

Para garantizar la protección de personas y animales, en los estudios que se hayan realizado con humanos, en el apartado de Método se deberá mencionar que éstos han dado su consentimiento informado y que se ha respetado su anonimato y la confidencialidad de los datos, así como que se han realizado conforme a las normas oficiales vigentes y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki (<http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/index.html>).

El envío del manuscrito ha de ir acompañado de una carta firmada por todos los autores en la que declaren que:

- Todos los autores han participado en la redacción del manuscrito y aprueban la versión final del mismo que se adjunta a esta declaración, así como el envío para su publicación.
- En el caso de contener un apartado de agradecimientos, las personas que se citan han dado su aprobación para ello.
- Se han obtenido los permisos necesarios, en su caso, para reproducir textos, tablas, figuras o fotografías de otras publicaciones, así como fotografías originales de personas.
- El manuscrito no ha sido publicado en ninguna otra revista ni enviado al mismo tiempo a otras revistas.
- Si el trabajo ha sido presentado en algún evento científico, se ha hecho constar expresamente en el manuscrito.
- Se cede a CECOVA la propiedad intelectual del trabajo, así como el derecho a la reproducción de datos o ilustraciones en otras publicaciones de la editorial.

Estudio preliminar sobre Burnout en los profesionales de las emergencias prehospitalarias a través de una red social

Autor: Aguilar López, Jesús Isidro
Estudiante de 3º de Enfermería. Universidad de Alicante

Comunicación oral presentada en las IV Jornadas Científicas de Enfermería del Departamento de Salud Elche Hospital General celebradas en Abril de 2012

jjal@alu.ua.es

Preliminary study using a social network about Burnout in prehospital emergencies staff

ABSTRACT

Though the existence of stress may initially have an adaptive function, when it continues over a sustained period of time it may lead to a pathologic condition known as burnout. The staff working in a healthcare setting, and in particular in the area of Prehospital Emergencies, may suffer various types of stressing situations which eventually are a risk for their physical and mental state. The informa-

tion necessary for this study was gathered from some demographic data and the spread through a social network of the Maslach Burnout Inventory (MBI) test. Results showed medium levels of burnout among the professionals of the sample; these results were later compared with similar studies. This initial study aimed at both, obtaining some basic information about the level of burnout of the professionals working in Alicante, and providing a starting

point for later and more thorough studies.

The information from this paper may be useful for improving the quality of life of healthcare professionals, including nursing staff, and therefore improving the quality of the care provided.

Keywords: *Burnout, Pre-hospital Emergency, Stress, MBI, Social Network*

RESUMEN

El estrés es un proceso que aunque inicialmente tiene una función adaptativa, puede llegar a desencadenarse un estado patológico conocido como Burnout. En el ámbito sanitario y en el de las Emergencias Prehospitalarias, el personal que trabaja diariamente en este servicio se ve sometido de manera continua-

da a diversos estresores que suponen un riesgo para su estado de salud físico y mental. Para ello gracias a la difusión a través de una red social, del test Maslach Burnout Inventory (MBI) junto con unos pocos datos demográficos, se obtuvieron los datos necesarios para dicho estudio, obteniendo que en la muestra recogida se observaba unos

niveles medios de burnout entre dichos profesionales. Estos datos posteriormente fueron comparados con otros estudios similares. Con este estudio preliminar se pretendió obtener una información básica del estado de burnout de estos profesionales estableciendo como ámbito la provincia de Alicante y establecer un punto de partida para estudios

mucho más profundos y exhaustivos.

La información recogida en este trabajo podría utilizarse con el fin de no solo mejorar la calidad de

vida y laboral de estos profesionales incluidos, como no, el personal de enfermería, repercutiendo ello en una mejora en la calidad asistencia

y de cuidados.

Palabras clave: *Burnout, Emergencias Prehospitalarias, Estrés, MBI, Red Social*

INTRODUCCIÓN

El estrés lo podemos definir como un proceso por el cual percibimos y respondemos a determinados acontecimientos que evaluamos como amenazantes o que constituyen un desafío. Si un suceso provoca un incremento tanto de intensidad como de duración del mismo, puede acabar desencadenando lo que se conoce como síndrome de Burnout, consistente en una respuesta inadecuada a un estrés crónico y que se caracteriza por una afectación en tres dimensiones en particular, las cuales son: el agotamiento emocional, la despersonalización y la falta de realización personal [1][2].

El burnout en el caso concreto de los profesionales sanitarios se ha visto ampliamente estudiado especialmente por el hecho de que afecta no solo a los propios profesionales sino porque de manera indirecta acaba repercutiendo en la calidad asistencial de los paciente, tal y como se establece en un estudio realizado por Cherniss en 1980[3], en el cual se indica que existen cuatro razones por la que es interesante conocer y prevenir este tipo de trastornos. Estas razones son[4]:

- Afectan a la moral y el bienestar psicológico del personal implicado.
- Afecta a la calidad de cuidados y tratamiento de los pacientes.
- Tienen una fuerte influencia en las tareas administrativas
- Es necesario prevenirlo a nivel comunitario mediante programas de servicios.

Así pues no es extraño pensar que, según datos de la Agencia Europea para la Salud que el 15.5% de los profesionales de la salud padezcan estrés laboral, siendo el 50% de todas las bajas laborales según datos de 2011 [5].

Dentro de todo el abanico de puestos de trabajo existente en la sanidad actual, existe un grupo de riesgo del que no hay demasiados estudios, en este caso

nos referimos a las personas que trabajan en las emergencias prehospitalarias, ya sean como médicos, enfermeros, técnicos u otros puestos. Estas personas están sometidas casi diariamente a una serie de estresores como son: los turnos rotatorios, las nocturnidades, la presión asistencial, la escasa posibilidad de anticipación de la demanda, tensión a la hora de tomar decisiones importantes en poco tiempo, etc.

Con este trabajo se pretendió, a modo de sondeo o estudio preliminar, determinar en qué medida afectaba este síndrome a los profesionales sanitarios que trabajan en el sistema prehospitalario de la provincia de Alicante y poder comparar dichos resultados con estudios mucho más completos realizados con anterioridad.

De esta manera se podría determinar si resultaría interesante la realización de un estudio mucho mas profundo y exhaustivo que aporte mucha más información acerca del nivel de estrés de este tipo de profesionales.

MATERIAL Y MÉTODO

Para conseguir nuestro objetivo el primer paso fue realizar una búsqueda bibliográfica de estudios en la misma línea que el nuestro. Para ello se utilizaron los principales repositorios de artículos científicos como son la Cochrane Plus, Cuiden, MedLine/Pubmed, SCIELO España, y revistas electrónicas especializadas en emergencias como la revista oficial del SEMES (Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias) denominada “Emergencias”.

En dichos sitios se realizó una búsqueda pasando como parámetros los términos “Burnout” y “Prehospitalaria”, y en algunos casos complementando dicha búsqueda con los términos “personal” y “emergencia” todas en ellas tanto en idioma castellano como en inglés.

De todos los artículos recuperados se seleccionaron solo aquellos cuya línea de investigación estuviera

delimitada al territorio español y su principal objetivo fuese el estudio del burnout en el personal de emergencias prehospitalarias de cualquiera de las diferentes comunidades autónomas. Finalmente solo 5 estudios reunían dicha condición [3] [6] [7] [8] [9].

Tras realizar la búsqueda inicial, se continuó elaborando un cuestionario online donde se recogieron datos de carácter general, como son la edad, el sexo, su categoría profesional, si su relación era profesional o voluntaria, el tiempo que llevaba trabajando, etc.

Así mismo a continuación de los datos personales se añadió el test MBI (Maslach Burnout Inventory) para determinar el nivel de Burnout de las personas que habían rellenado el test. EL MBI es un test ampliamente utilizado para determinar los niveles de burnout de una persona y que analiza precisamente los tres ámbitos o dimensiones en los que se desarrolla este trastorno. Consta de 22 preguntas con 5 posibles respuestas cada una, donde cada una de las preguntas está diseñada para analizar una de las tres dimensiones mencionadas (el agotamiento emocional, la despersonalización y la falta de realización personal). Este cuestionario se elaboró mediante la herramienta Google Docs, la cual es gratuita, fácil de usar y permite exportar los datos en formato de hoja de cálculo con el fin de que su tratamiento sea más simple. En este caso se utilizó el programa ofimático OpenOffice Calc para trabajar con dicha hoja de cálculo.

El siguiente paso era darle difusión al cuestionario, para ello se utilizó la red social Facebook. El hecho de elegir esta red social fue debido a que es la que actualmente dispone una mayor cantidad de usuarios y cuenta con grupos temáticos de diversa naturaleza. Así pues realizando una búsqueda de grupos y entidades de la provincia de Alicante que contuvieran las palabras “Emergencias” y “Alicante”, se obtuvieron un total de 12 grupos viables para la difusión. Tras solicitar bien sea el ingreso o la adhesión a dichas entidades se escribió en cada uno de ellos un mensaje explicativo del estudio y el enlace al cuestionario. Al utilizar una red social, vamos a tener las mismas ventajas que un método de difusión por vía postal, ya que cada persona en ese grupo va a recibir el mensaje, pero con el valor añadido de que los costes se reducen considerablemente, ya que no debemos hacer gasto de sobres, folios,

sellos, etc., únicamente un ordenador personal y una conexión a Internet, elementos muy comunes en la sociedad actual, y que en caso de no disponer existen diversos recursos públicos que nos dan acceso a dichos elementos.

El tiempo establecido para la recogida de los datos se situó en 3 semanas, ya que como hemos comentado antes, el objetivo no era realizar un estudio completo sino únicamente un sondeo.

RESULTADOS

Tras concluir las tres semanas, se recibieron un total de 33 respuestas de 33 profesionales con diversas categorías profesionales, obteniendo de ellos los siguientes resultados:

El 79% de los encuestados a través de los criterios de reflejaban un nivel de Burnout Medio, bien fuese a través del criterio general establecido en el MBI o bien a través de la afectación de uno de las tres dimensiones, tal y como se establece en los criterios de corrección del test. De este porcentaje de afectados el 76% correspondían a varones y fundamentalmente en edades comprendidas entre los 20 y los 29 años. El 19% de los encuestados reflejaban un nivel alto de burnout, quedando únicamente un 2% con burnout bajo.

Al analizar las diversas dimensiones que condicionan la aparición de burnout obtenemos que aquella en la que parece que hay una mayor afectación, especialmente en los casos de burnout medio-alto es la realización personal.

En cuanto al perfil de la persona, en el estudio preliminar no encontramos suficiente evidencia para determinar si la función desempeñada en las emergencias y el nivel de burnout están relacionadas, fundamentalmente porque la muestra es demasiado pequeña para determinarlo a priori.

Analizando las conclusiones de los estudios anteriormente buscados [3] [6] [7] [8] [9] se pudo comprobar que el 80% de ellos, establecían que los niveles de burnout a los que estaban sometidos los diversos profesionales de las emergencias prehospitalarias eran de un nivel MEDIO, lo cual, a priori, coincide con los resultados obtenidos por la encuesta.

CONCLUSIÓN

Tras realizar este estudio preliminar entendemos que puede existir un serio problema de burnout entre nuestros profesionales dedicados a la atención prehospitalaria, como así también lo demuestran estudios previos con muestras mucho mayores y en otras regiones del país, e internacionales [10] [11] [12] Por ello resulta interesante el que previamente se desarrolle un estudio mucho más amplio para determinar de manera más exacta dicho nivel de afectación y a partir de dichos resultados comenzar a trabajar en programas de prevención del burnout, de manera que al repercutir en el bienestar de dichos profesionales, indirectamente también estaremos mejorando la calidad asistencial que van a recibir los pacientes durante los cuidados y tratamiento de estos.

BIBLIOGRAFÍA

- Maslach, C. y Jackson, S.E. Maslach Burnout Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press. Seisdedos, N. (1997). Manual MBI, Inventario Burnout de Maslach. Madrid: TEA.
- Maslach, C. y Jackson, S.E. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, (1981), 2, 99-113.
- Beth Essex, Lisa Scott. Estrés crónico y estrategias de superación en el personal voluntario de los servicios de emergencias médicas. *Prehospital Emergency Care*. 2008;12:69-75
- Ortega, C. y López, F. (2004). El burnout o síndrome de "estar quemado" en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/ International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 137-160.
- Milczarek M., Schenider E., Rial Gonzalez E. European Risk Observatory Report. Luxemburgo. European Agency for Safety and Health at Work. 2011. ISSN: 1830-5946.
- Bernaldo de Quirós-Aragón M, Labrador-Encinas, FJ. Evaluación del estrés laboral y burnout en los servicios de urgencia extrahospitalaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2007; Vol. 7, Nº 2, pp. 323-335.
- Sánchez A, De Lucas N, García M, Sánchez C, Jiménez J, Bustinza A. Estrés laboral en el profesional de un servicio de emergencias prehospitalario. *Rev Emerg* 2001;(13):170-175.
- Bernaldo de Quirós, M. y Labrador, F.J. Estudio descriptivo del estrés laboral en los servicios de urgencia extrahospitalaria del Área 9 de Madrid. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace*, 89.
- Grau, Armand; Suner, Rosa; Garcia, María M. et. al. Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gac Sanit [online]*. 2005, vol.19, n.6, pp. 463-470. ISSN 0213-9111
- VETTOR, S. M. and KOSINSKI, F. A. (2000), Work-Stress Burnout in Emergency Medical Technicians and the Use of Early

Recollections. *Jnl of Employment Counseling*, 37: 216-228. doi: 10.1002/j.2161-1920.2000.tb01028.x

- Nirel N, Goldwag R, Feigenberg Z, Abadi D, Halpern P: Stress, work overload, burnout, and satisfaction among paramedics in Israel. *Prehospital Disast ed* 2008;23(6):537-546.
- Rosemeire Pereira Bezerra, Ruth Beresin. Burnout syndrome in nurses of prehospital rescue team. *einstein*. 2009; 7(3 Pt 1):351-6

ANEXO

CUESTIONARIO SOBRE EL ESTRÉS EN PERSONAL DE EMERGENCIAS SANITARIAS PREHOSPITALARIAS.

Lo primero de todo darte las gracias por ayudarme este trabajo. Este es un pequeño estudio sencillo para valorar como afecta el estrés a las personas que trabajáis diariamente en la atención prehospitalaria bien en unidades SVB o SAMU. Para ello he elaborado un pequeño cuestionario online con el fin de que te sea cómoda su cumplimentación y no te lleve más de 5 minutos de tu tiempo. ESTE CUESTIONARIO ES TOTALMENTE ANONIMO, no se guardarán más datos que los que solicitamos en este formulario, por lo que te solicito que seas lo más SINCERO POSIBLE a la hora de responder al mismo ya que es importante para el resultado. Muchas gracias nuevamente.

*Obligatorio

Datos Generales

Edad*:

Sexo*:

Hombre Mujer

Puesto de Trabajo*:

Médico DUE TTS/TES/Camillero
 Conductor Socorrista Otros

Tiempo que lleva trabajando en el puesto*:

Menos de 6 meses De 1 año a menos de 2 años
 De 2 años a menos de 3 años Más de 3 años

Tipo de relación laboral*:

Trabajador
 Voluntario

■ Investigación & Cuidados

¿Trabajas en la provincia de Alicante? *

- Sí No

¿Como supiste de la existencia de este cuestionario? *

- Vi un anuncio en mi muro o en un grupo de Facebook
 A través de un correo electrónico
 A través de un mensaje por Facebook de un amigo/a
 En persona
 Otros

CUESTIONARIO MBI

Seleccione la respuesta que considere más idónea a la afirmación que se le expone

1. Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado. *

- Nunca
 Alguna vez al año o menos
 Una vez al mes o menos
 Algunas veces al mes
 Una vez a la semana
 Varias veces a la semana
 Diariamente

2. Al final de la jornada me siento agotado *

- Nunca
 Alguna vez al año o menos
 Una vez al mes o menos
 Algunas veces al mes
 Una vez a la semana
 Varias veces a la semana
 Diariamente

3. Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo *

- Nunca
 Alguna vez al año o menos
 Una vez al mes o menos
 Algunas veces al mes
 Una vez a la semana
 Varias veces a la semana
 Diariamente

4. Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes *

- Nunca
 Alguna vez al año o menos
 Una vez al mes o menos
 Algunas veces al mes
 Una vez a la semana
 Varias veces a la semana
 Diariamente

5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos *

- Nunca
 Alguna vez al año o menos
 Una vez al mes o menos
 Algunas veces al mes
 Una vez a la semana
 Varias veces a la semana
 Diariamente

6. Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí *

- Nunca
 Alguna vez al año o menos
 Una vez al mes o menos
 Algunas veces al mes
 Una vez a la semana
 Varias veces a la semana
 Diariamente

7. Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes *

- Nunca
 Alguna vez al año o menos
 Una vez al mes o menos
 Algunas veces al mes
 Una vez a la semana
 Varias veces a la semana
 Diariamente

8. Me siento "quemado" por el trabajo *

- Nunca
 Alguna vez al año o menos
 Una vez al mes o menos

- Algunas veces al mes
- Una vez a la semana
- Varias veces a la semana
- Diariamente

9. Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros *

- Nunca
- Alguna vez al año o menos
- Una vez al mes o menos
- Algunas veces al mes
- Una vez a la semana
- Varias veces a la semana
- Diariamente

10. Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo *

- Nunca
- Alguna vez al año o menos
- Una vez al mes o menos
- Algunas veces al mes
- Una vez a la semana
- Varias veces a la semana
- Diariamente

11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente *

- Nunca
- Alguna vez al año o menos
- Una vez al mes o menos
- Algunas veces al mes
- Una vez a la semana
- Varias veces a la semana
- Diariamente

12. Me encuentro con mucha vitalidad *

- Nunca
- Alguna vez al año o menos
- Una vez al mes o menos
- Algunas veces al mes
- Una vez a la semana
- Varias veces a la semana
- Diariamente

13. Me siento frustrado por mi trabajo *

- Nunca
- Alguna vez al año o menos
- Una vez al mes o menos
- Algunas veces al mes
- Una vez a la semana
- Varias veces a la semana
- Diariamente

14. Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro *

- Nunca
- Alguna vez al año o menos
- Una vez al mes o menos
- Algunas veces al mes
- Una vez a la semana
- Varias veces a la semana
- Diariamente

15. Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender. *

- Nunca
- Alguna vez al año o menos
- Una vez al mes o menos
- Algunas veces al mes
- Una vez a la semana
- Varias veces a la semana
- Diariamente

16. Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés *

- Nunca
- Alguna vez al año o menos
- Una vez al mes o menos
- Algunas veces al mes
- Una vez a la semana
- Varias veces a la semana
- Diariamente

17. Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes *

- Nunca
- Alguna vez al año o menos
- Una vez al mes o menos

Investigación & Cuidados

- Algunas veces al mes
- Una vez a la semana
- Varias veces a la semana
- Diariamente

18. Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes *

- Nunca
- Alguna vez al año o menos
- Una vez al mes o menos
- Algunas veces al mes
- Una vez a la semana
- Varias veces a la semana
- Diariamente

19. He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo *

- Nunca
- Alguna vez al año o menos
- Una vez al mes o menos
- Algunas veces al mes
- Una vez a la semana
- Varias veces a la semana
- Diariamente

20. En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades *

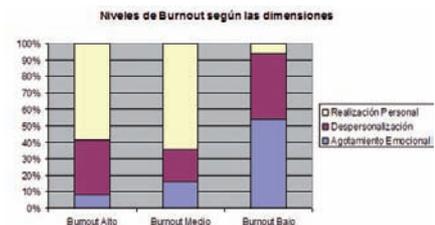
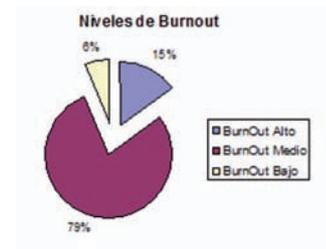
- Nunca
- Alguna vez al año o menos
- Una vez al mes o menos
- Algunas veces al mes
- Una vez a la semana
- Varias veces a la semana
- Diariamente

21. Siento que se tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo *

- Nunca
- Alguna vez al año o menos
- Una vez al mes o menos
- Algunas veces al mes
- Una vez a la semana
- Varias veces a la semana
- Diariamente

22. Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas. *

- Nunca
- Alguna vez al año o menos
- Una vez al mes o menos
- Algunas veces al mes
- Una vez a la semana
- Varias veces a la semana
- Diariamente



Cuestionario sobre el estrés en personal de emergencias sanitarias prehospitalarias.

Lo primero de todo darle las gracias por ayudarme este trabajo. Este es un pequeño estudio sencillo para valorar como afecta el estrés a las personas que trabajan diariamente en la atención prehospitalaria bien en unidades SVB o SAMU. Para ello he elaborado un pequeño cuestionario [online](#) con el fin de que te sea cómodo su cumplimentación y no te lleve más de 5 minutos de tu tiempo.

ESTE CUESTIONARIO ES TOTALMENTE ANÓNIMO, no se guardarán más datos que los que solicitamos en este formulario, por lo que te solicito que seas lo más SINCERO POSIBLE a la hora de responder al mismo ya que es importante para el resultado.

Muchas gracias nuevamente.
*Obligatorio

facebook

Buscar personas, lugares y cosas

Buenas, mi nombre es Jesús y soy un estudiante de 3º de Enfermería de la Universidad de Alicante, que está haciendo un pequeño estudio sobre la afectación del estrés en el personal sanitario del ámbito prehospitalario en la provincia de Alicante.

Por ello si alguno de vosotros realiza actividades como personal de una ambulancia, ya sea SVB o una SAMU, haciendo transporte sanitario urgente en la provincia de Alicante os pediría que si podeis, rellenais un simple cuestionario que no os llevará más de 5 minutos contestar.

El cuestionario es totalmente anonimo y lo podeis encontrar en la siguiente dirección:

<https://docs.google.com/spreadsheets/viewform?formkey=dElaQVVLcVbenYzaDBaMvV0bnF5Bg6dMQ>

Igualmente os pediría que si teneis algún conocido que trabaje en transporte sanitario urgente dentro de la provincia de Alicante le hicierais llegar este cuestionario también con el fin de recoger la mayor cantidad de datos posible...

Así pues solo me queda agradecer vuestra ayuda de antemano.

Un saludo y gracias

Cuestionario sobre el estrés en personal de emergencias sanitarias prehospitalarias.
docs.google.com

Visibilidad del paciente crónico: aplicación de nuevas tecnologías, telefonía e historia informatizada compartida

Autores: Agulló García, E.*; Ibarra Rizo, M.**.

*Centro de salud el Pla, ** Dirección Atención Primaria.

Departamento: de Elche-Hospital General

*coordenf_pla@gva.es; **mibarra193g@cv.gva.es

Chronic patient visibility: using new technologies, telephone and shared electronic health record

ABSTRACT

The cost of chronic diseases for governments is incredibly high. The changing in the patient profile and the new technologies are making possible a better management of chronic conditions. In 2011 the Elche-Hospital General Department implemented in the Outpatients Information System (OIS) the Nurse Hospital Discharge (NHD). At the same time, in the basic area number 6 a new protocol was developed in order to attract chronic patients and increase their visibility.

Objective: the purpose of the study was to compare a two months

period with and without the implementation of the protocol developed and observe if there was an increase in the visibility of chronic patients.

Methods: A descriptive retrospective study was carried out with the data gathered from the review of the NHD from June 2011 and February 2012 (with the implementation of the new protocol) in the basic area number 6 of Elche-Hospital General Department

Results: the findings showed 58 hospital discharges in June and 72 in February increasing by a 5% the rate of follow-up and 10% in new ones. Appointments: the rate of

patients referred to the case management nurse (CMN) was 32% in June and 45% in February.

Conclusions: In the Pla health centre we perceive a nurse proactive attitude, which together with the electronic medical record, the use of telephone and the implementation of this new protocol make possible to decrease the rate of non-visible patients.

Keywords: chronic disease, information technology, primary health, basic health indicators.

RESUMEN

Introducción-Justificación

Las enfermedades crónicas constituyen el mayor gasto de las administraciones. El perfil del paciente y las tecnologías han cambiado, y están haciendo posible una

mejor gestión de las enfermedades crónicas (1). En el departamento Hospital General en 2011 se comienza con el Alta Hospitalaria (AH) de enfermería en SIA (Sistema de Información Ambulatoria) y en la zona básica 6 aprovechando este

contacto se aplica un protocolo para captación oportunista para hacer visibles a los pacientes crónicos.

Objetivo

Comparar dos meses de la zona básica 6 con o sin aplicación del protocolo de captación oportunista para

■ Investigación & Cuidados

conocer si hay un aumento en la visibilidad de los pacientes crónicos.

Metodología

Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo.

Se utilizan los datos de la revisión de la H^a de AH del mes de Junio 2011 y del mes de febrero de 2012 con la implantación del protocolo, en una zona básica 6 del Departamento de Elche-Hospital General

Resultados

Nos encontramos en Junio 58

altas y en febrero 72 con sus informes de enfermería, aumentando en un 5% en seguimiento y en 10% en nuevos.

Citas: en junio se derivan a EGC (enfermera gestora comunitaria) 32% y febrero 45%, con el resto de citas no hay modificaciones considerables.

Conclusiones

En el centro de salud del Pla, se aprecia una actitud proactiva por parte de la enfermería. La H^a informatizada y el teléfono como

nuevas tecnologías junto con la actitud de los enfermeros del Pla, con la aplicación de un protocolo consiguen disminuir la bolsa de pacientes ocultos.

Bibliografía resumen

(1) Bengoa R, Nuño R. Curar y cuidar. Ed. Elsevier 2008, Cap 2, Pag 18-25

Palabras clave: enfermedad crónica, tecnología de la información, Atención Primaria, indicadores básicos de salud.

INTRODUCCIÓN-JUSTIFICACIÓN

El aumento de la longevidad tiene importantes repercusiones en los aspectos relacionados con la salud de los mayores, con relación a la población mayor en España, en el último siglo se ha producido un rápido crecimiento con respecto a otros grupos de edad. Mientras la población general se ha duplicado, la de mayores se ha multiplicado por seis. Las patologías que fundamentalmente padecen las personas mayores son actualmente de tipo crónico degenerativas; en términos de porcentaje, más del 60% de los mayores declara padecer una enfermedad crónica diagnosticada por un médico¹. De hecho, el 23% de la población española mayor de 65 años es dependiente en cuanto a las actividades de la vida cotidiana². El perfil del paciente ha cambiado, las tecnologías han cambiado y están haciendo posible una mejor gestión de las enfermedades crónicas³.

Las enfermedades crónicas constituyen el mayor gasto que tienen las administraciones en el ámbito de la atención sanitaria. Además del envejecimiento de la población se sabe que hay una serie de factores que apoyan a este aumento del gasto como son la hiperfrecuentación, paciente oculto, no adherencia a los tratamientos, no seguimiento de programas...

Pero a que nos referimos con hiperfrecuentación: el 20% de la población consume el 80% de los recur-

sos sin que necesariamente sea ésta la que más necesidades de cuidados tenga.⁴ Se ha descrito que más del 20% de las visitas en Atención Primaria son innecesarias.⁵ Recientemente se han estudiado las percepciones y expectativas de dichos pacientes tanto en lo relativo a sus índices de frecuentación, como a qué esperaban de las consultas y cómo percibían la relación con los profesionales, habiéndose puesto de relieve la necesidad que tiene estos pacientes de que su sufrimiento se vea legitimado por los profesionales que les atienden.⁶

Y por último la no adherencia, abandono de tratamientos y no seguimiento de programas. Según el análisis realizado por la OMS, en los países desarrollados la adherencia terapéutica en pacientes que padecen enfermedades crónicas es sólo el 50 % y se supone que esta deficiencia sea aún mayor en países en desarrollo, dada la escasez de recursos y las iniquidades en el acceso a la atención sanitaria.⁷

Los factores asociados a la falta de adherencia terapéutica son múltiples según la literatura sobre el tema,⁸ así como las causas del no seguimiento del tratamiento referidas por los propios pacientes y el personal de salud. Se plantean algunas cuestiones que deben ser atendidas de modo especial por los directivos y administradores del sistema de salud y son una demostración de que este es un problema para la salud pública.

En primer lugar, es importante referirse a las características de la organización de los servicios de salud. En este caso son elementos a tener en cuenta, las dificultades en el acceso a los centros asistenciales, la falta de médico en el momento que el paciente lo requiere o los cambios de médicos. El paciente tiende a desarrollar una relación de confianza y compromiso con el médico que le indicó el tratamiento que se ve afectada cuando tiene que recurrir a otro facultativo⁹.

Por el contrario, la reducción de los tiempos de espera, la planificación adecuada de las consultas de seguimiento o la atención en el propio domicilio del paciente, han demostrado tener una influencia positiva en el grado de cumplimiento. Los pacientes hospitalizados presentan tasas de cumplimiento mejores que los ambulatorios, debido a que tienen una mayor supervisión por parte del personal de salud y los familiares.¹⁰

Otro aspecto son las características de la comunicación entre los profesionales de salud y los pacientes. La comunicación entre los profesionales sanitarios y los pacientes es fundamental, los profesionales con aptitudes y actitudes negativas para informar el tratamiento, que exhiben torpeza, falta de empatía, desmotivación, contribuyen a su falta de adherencia⁹.

Captación oportunista y proactiva, nos referimos a que cuando cualquier sanitario realiza una actividad aprovecha el contacto para captar a ese paciente para intervenir sobre otro problema, bien sea solo para actividades de promoción, prevención o inclusión en programas de salud.

En diferentes comunidades dentro de España nos encontramos con diferentes programas de continuidad de cuidados pero siempre en pacientes domiciliarios o que necesitan un cuidado muy específico tras el alta hospitalaria, en cuanto a captación oportunista de crónicos o sanos siempre se refieren en actividades en consulta de demanda, pero no relacionada con el alta hospitalaria pero ¿que sucede con pacientes sin continuidad de cuidados?, estos quedan ocultos, y es una oportunidad aprovechando el contacto en SIA para valorar el ingreso o no en programa de estos clientes. Esta circunstancia no se contempla en ningún protocolo ni programa. La herramienta informática y el teléfono es muy útil para llevar a cabo esta tarea de captación oportunista que no activa.

Las nuevas tecnologías como la historia informatizada puede ser uno de los Tics (tecnología de la información y comunicación) a utilizar para ser eficientes, tanto para la comunicación entre niveles, captación oportunista de todos los implicados en la pirámide de Kaiser, adecuado seguimiento, prevención y promoción de salud.

Además hay otras líneas de trabajo como el acuerdo de La Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SemFYC) con Health Dialog España (HDE) por el que el comité científico de SemFYC que revisará, para su validación, el material informativo y los protocolos de actuación que maneja HDE, compañía especializada en servicios de apoyo a la gestión de enfermedades crónicas. HDE ofrece asesoramiento médico a pacientes crónicos a través de una plataforma telefónica atendida por enfermeras especializadas, que cuentan con protocolos de actuación específicos para cada dolencia crónica, HDE es responsable del programa de asesoría personalizada en salud Sanitas Responde, un servicio que ya cuenta con 31 profesionales sanitarios, ha gestionado cerca de 74.000 llamadas y atiende a más de 7.600 pacientes con enfermedades crónicas. Pero en este caso son los pacientes los que llaman, y tienen ya diagnósticos, es una manera de utilizar el teléfono y la herramienta informática para dar salud¹¹.

En el departamento Hospital General desde principios del 2011 se comienza con el Alta Hospitalaria (AH) de enfermería en SIA (Sistema de Información Ambulatoria) con ella se consigue la continuidad de cuidados y la comunicación entre niveles. Esto consiste en un contacto en SIA por parte de la enfermería hospitalización en donde se especifican detalles de continuidad de cuidados, la enfermera de Atención Primaria en menos de 24 h. lo revisará para realizar un contacto telefónico y seguimiento. En la zona básica 6 aprovechando este contacto se aplica un protocolo para captación oportunista, tengan continuidad de cuidados o no, revisando la historia SIA, para hacer visibles a los pacientes crónicos y sanos.

JUSTIFICACIÓN

Ante esta revisión del tema se observa que el cambio poblacional y de sus patologías produce un aumen-

■ Investigación & Cuidados

to en el gasto sanitario para adaptarnos a este cambio podemos hacer uso de las nuevas tecnologías haciendo visibles a los pacientes crónicos.

Nos planteamos comparar dos meses de la zona básica 6 con o sin aplicación del protocolo de captación oportunista para conocer si hay un aumento en la visibilidad de los pacientes crónicos.

METODOLOGÍA

Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo. Se analizan los datos recogidos referentes al AH de Enfermería, en una zona básica del Departamento de Elche-Hospital General, la zona 6.

Se utilizan los datos de la revisión de la Hª de AH del mes de Junio 2011 sin aplicación del protocolo de captación oportunista y del mes de febrero de 2012 con la implantación del protocolo. Se describe: nº de pacientes crónicos captados por enfermería de primaria, para gestión de casos o programas de salud: nuevos o en seguimiento.

El protocolo de captación oportunista consiste en:

El enfermero que abra la agenda de AH para realizar contacto deberá antes de llamar revisar:

- El alta hospitalaria:

Se analizará el AH del médico para conocer ¿por qué ingresó?, ¿qué se le hizo?, diagnósticos (puede ser un paliativo y desconocerlo), para así cuando se realice la llamada telefónica se tengan el nº máximo de datos, para evitar errores y realizar una valoración amplia e integral.

- La página de exploración, datos de constantes, en esta página se puede saber si está incluido el paciente en programa, y recordarle cita, si no tiene datos dar cita con enfermería para iniciar programa o tener primer dato de referencia. Además podemos ver si tiene analíticas, Framingham....

- En comentarios podremos saber si la EGC(enfermera gestión comunitaria) lo tiene en el radar, pero habrá que recordarle citándoselo con sobre que es un alta y antes un ingreso, si no fuese así y fuese subsidiario de caso complejo también se le derivaría siempre con sobre, la EGC ya se pondrá en contacto con el paciente.

En comentarios también puede ser que su enfermero u otros tengan alguna anotación de interés.

Tras realizar esta valoración se procederá a la llamada telefónica, y se le dará cita con su enfermero, MAP, EGC, según sea oportuno, siempre con sobre aclarando la situación.

Habrà algún caso que solo tendremos que recordarle citas. Con ello se realizará una captación oportunista y tener en el radar al máximo de crónicos y pacientes sanos o enfermos del cupo enfermero.

Habrà que recordar que existen en nuestra empresa programas por cumplir como el de dislipemias (una analítica de HDL, antes de los 35a. en varones y 45 en mujeres), cardiovascular, ISA (informe de salud del adulto), Framingham...., de esta manera podemos captar el máximo de pacientes con el mínimo esfuerzo. En consonancia con esta situación la Conselleria de Sanitat ha elaborado su nueva estrategia de atención a la cronicidad en un modelo que enfatiza la necesidad de adaptar la organización e implicar a los pacientes y ciudadanos apoyándose en soluciones innovadoras y en las nuevas tecnologías¹².

Es una herramienta idónea para tener cupos estratificados y no solo para la continuidad de cuidados. La estratificación del riesgo según la pirámide de Kaiser es lo más idóneo para actuar adecuadamente en cada escalon³.

Por último se sigue un segundo filtro (evaluación del proceso), es función de la coordinadora de enfermería registra el nº de AH diarias revisa las historias SIA, de esta manera se detectan errores y corrigen directamente con los profesionales informando e formando mejor del proceso.

RESULTADOS

En la zona 6, en el mes Junio 2011, con 58 altas con informes de enfermería sin aplicación del protocolo, para el ítem captación oportunista nos encontramos con seguimiento de programa de crónicos 40%, inicio y captación oportunista 22% y el resto solo continuidad de cuidados.

En cuanto a las citas se derivan a EGC 32% para valoración, se cita con EAP 90%, con MAP 12% y desde el hospital las EGH captan 6%.

Desde Febrero 2012 nos encontramos con 72 altas. Tras aplicar el protocolo nos encontramos con pacientes en programa de crónicos 45% que se le recuerdan

citas, otros que se incluyen en programa 32%, y el resto solo continuidad de cuidados.

En cuanto a las citas se derivan a EGC 45% para valoración, cita con EAP 83%, de MAP 13% y desde el hospital las EGH captan 5,5%.

Si comparamos los datos, en cuanto al ítem captación oportunista, al aplicar el protocolo hay un 10% más de inclusión en programa y un aumento de citas recordatorio (5%).

El ítem, tipo de cita si comparamos los datos 2011 y 2012, se aprecia cómo la aplicación del protocolo produce sobre todo en la derivación de casos complejos a EGC un aumento, algo evidente porque cuando se analizan las historias se puede cribar mejor que tipo de atención necesita cada paciente, por ello aparecen más citas también con MAP, en detrimento de las de enfermería de cupo.

CONCLUSIONES

Se aprecia aumento en la mayoría de variables tras la aplicación del protocolo, y una actitud proactiva por parte de la enfermería, aunque no podemos asegurar que sea debida a la aplicación del protocolo, para ello deberíamos ampliar la muestra y realizar inferencia estadística. Con el antes y después si podemos confirmar que la coordinación e interrelación entre los profesionales de enfermería del departamento incrementa la captación de pacientes crónicos con el uso de las nuevas tecnologías, y se disminuye la bolsa de pacientes ocultos de todas las franjas de la pirámide de Káiser.

Tras la evaluación de los datos se detectó que sin la aplicación del protocolo se atendía muy bien a los pacientes con continuidad de cuidados pero solo de ese problema no se era proactivo y no se realizaban despidos o tomas de constantes para comprobar el estado de salud real, además se comprobó que en este CS los pacientes domiciliarios muchos de ellos quedaban ocultos tras la atención concreta incluso cuando los derivará la EGC por lo que tras esto se decidió aplicar otro protocolo de PAD (protocolo de atención domiciliaria) y la formación consiguiente. La evaluación del protocolo de AH a proporcionado información suficiente mensualmente para detectar errores en la atención tanto de pacientes crónicos, dependientes o no,

como los sanos

La plataforma telefónica Sanitas público los resultados en el último congreso de la SemFYC en Alicante y realmente demostraron que el asesoramiento telefónico junto con una actitud proactiva es útil para el seguimiento de pacientes crónicos¹¹.

Y en todo esto subyace un problema que impide que es la baja adherencia a los tratamientos que en este caso es el no seguimiento de programas, no acudir a consultas, reingresos..., si modificamos la no adherencia que está vinculada a la reducción de los tiempos de espera, la planificación adecuada de las consultas de seguimiento o la atención en el propio domicilio del paciente, han demostrado tener una influencia positiva en el grado de cumplimiento y las características de la comunicación entre los profesionales de salud y los pacientes⁹. Todo esto se mejora con este protocolo puesto que tras la llamada telefónica quedan programadas las citas, sin esfuerzo ni coste para el paciente dándole la tranquilidad de que todos los niveles sanitarios están comunicados y no se va a perder en el sistema. También podremos estratificar el riesgo y ofrecer lo que necesitan los pacientes en cada momento anticipándonos al problema y generando confianza y empatía.

Habría que compararlo con otras zonas básicas de salud, con otros profesionales y con otra presión asistencial, también su permanencia en el tiempo, y así saber si se puede este pilotaje extrapolar.

En la introducción del plan de cronicidad de la Conselleria de Sanitat se dice: La política sanitaria de la Generalitat Valenciana se centra en la promoción de la salud, en la prevención de la enfermedad y en prestar una asistencia de calidad, precisa, en el lugar y tiempo adecuado y garantizando la sostenibilidad del sistema¹².

Creemos que la enfermería junto a los TICS pueden caminar juntas y así conocer la salud de su población y poder ser proactivos, de este modo cumpliremos además los objetivos de los planes de salud vigentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Navalpotro S. et al. Oferta de servicios sociosanitarios en Atención Primaria para la atención a mayores de 65 años. GERO-KOMOS 2006; 17 (4): 189-196

2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Indicadores de Salud. Tercera Evaluación en España del programa regional Europeo Salud para Todos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1995.
3. Bengoa R, Nuño R. Curar y cuidar Ed. Elsevier 2008, Cap 2, Pag 18-25
4. Martínez Riera J R. Atención primaria de salud en España. 2006. 72. Serie Cuidados Avanzados.
5. Arillo A, Vilches C, Gurpegui JR, Mayor M, Arroyo C, Estremera U. Pacientes hiperfrecuentadores y difíciles: ¿Cómo se sienten tratados por sus médicos?. An Sis San Navarra, ISSN 1137-6627, Vol. 29, Nº. 1, 2006 , pags. 47-58
6. Hodgson P, Smith P, Brown T, Dowrick C. Stories from frequent attenders: a qualitative study in primary care. Ann Fam Med 2005; 3: 318-323.
7. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Ginebra: OMS; 2004.
8. Martín Alfonso L. Aplicaciones de la Psicología en el proceso salud enfermedad. Rev Cubana Salud Pública. 2003;29(3):275-81.
9. Martín Alfonso L. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. Rev Cubana Salud Pública 2006;32(3)
10. Basterra Gabarró M. El cumplimiento terapéutico. Pharmaceutical Care. 1999;1:97-106. 11 . Europa Press . La SemFYC colaborará con Health Dialog España en mejorar la atención a los enfermos crónicos. Europa Press Planner Media[revista online] septiembre 2010.[citado 12 de diciembre 2011];1.Disponible en: server1.semfyce.es/es/.../NOTICIAS/emfyce/.../medios_28Europa.pdf
12. Conselleria de Sanitat. Plan de atención a pacientes con enfermedades crónicas de la Comunidad Valenciana 2012.Valencia: Comunidad Valenciana; Conselleria de Sanitat; 2012.

Alimentación en los escolares adolescentes: una perspectiva antropológica

Premio a la mejor comunicación presentada en las VII Jornadas de Actividad Científica de la División de Enfermería. Departamento de Salud Valencia La Fe .1 de Diciembre 2011.

Autor: Rodríguez Gil, J.A.

Diplomado de Enfermería del Hospital Universitario y Politécnico "La Fe Bulevar" de Valencia.

Adjunto del Área Clínica Onco-Hematológica.

Master Oficial de Educación en Salud Escolar. Universidad Católica de Valencia "San Vicente Mártir".

Grado en Enfermería por la Universidad Católica de Valencia "San Vicente Mártir". Facultad de Enfermería

rodriguez_josgil@gva.es

The visibility of the Alto and Medio Vinalopó Road Safety Commission

ABSTRACT

In 1974 Marc Lalonde proposed a holistic model that includes four general elements that influence health: Human Biology, Environment, Lifestyle and Health Care Systems. With this new vision of health the most important environmental variable is food. With an anthropological perspective aims to assess whether adolescents maintain an appropriate proportion of fruits and vegetables on the advice emanating from WHO and POCV (2007-10) and explain the importance of healthy eating habits with the possi-

ble reduction in risk for certain cancers.

This is a descriptive study of cross-sectional design. The target population of the study were students from three colleges that were studying CCVV 1st cycle of ESO. The size has been set at 229 students. The data have been developed using SPSS for Windows version 17.0 and Microsoft Excel version 2003.

212 surveys were achieved, 99 males and 113 females, with an age range between 12 and 15 years. Prominent among considerable evi-

dence that despite the high level of consumption of fruits, 28.8% (61 students) with 1-2 servings per day, and Vegetables / Vegetables, with 17.5% (37 students), does not satisfy one of the advice emanating from WHO and POCV, "... 5 servings a day "fruit and vegetables".

The biological peculiarities, personal, family and social can produce changes in dietary behaviors of adolescents.

Key words: *Food, Adolescence, Lifestyle, Cancer, Health Education.*

RESUMEN

En 1974 Marc Lalonde propuso un modelo holístico que recoge cuatro elementos generales que influyen sobre el estado de salud: Biología

Humana, Medio Ambiente, Estilo de Vida y Sistemas de Asistencia Sanitaria. Ante esta nueva visión de la salud la variable ambiental más importante es, la alimentación. Con

una perspectiva antropológica se pretende evaluar si los adolescentes mantienen una proporción adecuada de frutas y verduras siguiendo los consejos emanados desde la OMS y

el POCV (2007-10) y explicar la importancia de los hábitos alimentarios saludables con la posible disminución de riesgos de padecer ciertos tipos de cáncer.

Se trata de un estudio observacional descriptivo de diseño transversal. La población objeto del estudio han sido alumnos de tres colegios de la CCVV que estuvieran estudiando 1º Ciclo de ESO. El tamaño ha estado fijado en 229 estudiantes. Los datos se han des-

arrollado mediante el paquete estadístico SPSS para Windows versión 17.0 y Microsoft Excel versión 2003.

Se lograron 212 encuestas, 99 varones y 113 mujeres, con un intervalo de edad entre los 12 y 15 años. Destacar, entre los muchos datos obtenidos, que a pesar del buen nivel de consumo de frutas, un 28,8% (61 alumnos) con 1-2 raciones al día, y de verduras/hortalizas, con un 17,5% (37 alumnos), no se cumple uno de los consejos emana-

dos desde la OMS y POCV"... "5 raciones al día" de frutas y verduras".

Las peculiaridades biológicas, personales, familiares y sociales son capaces de producir cambios en los comportamientos dietéticos de los adolescentes.

Palabras Clave: Alimentación, Adolescencia, Estilo de vida, Cáncer, Educación para la salud

¿QUÉ CONTRIBUCIÓN TIENE ESTE TRABAJO A LA ENFERMERÍA?

La salud está condicionada en un 64% por factores ambientales siendo la variable externa más relevante de éstos la alimentación. La enfermería como dadora y educadora en cuidados, y a través de la educación para la salud, puede ser canalizadora de la prevención de factores y prácticas de riesgo alimentarias, incidiendo positivamente en los estilos de vida de los niños y adolescentes configurando unas prácticas de vida saludables.

1. INTRODUCCIÓN

La OMS define la salud como "un estado de total bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad" (1948). Al mismo tiempo, los conceptos de hábitos y estilo de vida empiezan a gestarse en la segunda mitad del Siglo XX, a partir del redimensionamiento del concepto de salud y, por tanto, de los determinantes de la salud. En 1974 Marc Lalonde, publicó un informe donde propuso un modelo bio-socio-económico-cultural marcando un hito en la salud pública, y aún vigente en nuestros días, en el cual explicaba los determinantes de la salud. Este nuevo marco conceptual holístico recoge cuatro elementos generales que influyen sobre el estado de salud: Biología Humana (Genética, Envejecimiento), Medio Ambiente (Contaminación Física, Química, Biológica y Sociocultural), Estilo de Vida (Conductas

de Salud) y Sistemas de Asistencia Sanitaria.

Con esta nueva visión de la salud como proceso adaptativo del hombre a su medio físico y social, podemos atrevernos a decir, que la salud está condicionada fundamentalmente por factores genéticos (25%) y ambientales (64%), siendo la variable externa más importante, de estos últimos, la alimentación.

La dieta no es sólo la ingesta de una serie de alimentos sino que se articula en un esquema más holístico dentro de lo que viene a equipararse como los "estilos de vida" de las personas. (Martín-Moreno & Vicente Molinero, 2005)¹. Defendiendo que la alimentación constituye un área importante del ser humano y el factor extrínseco más determinante en el crecimiento y desarrollo del individuo a lo largo de la infancia (Aranceta, 1997)², resulta evidente que un acercamiento tanto social como biológico supone indagar en las bases para poder contribuir a la promoción de la salud y el bienestar de los individuos, y avanzar hacia un estilo de vida saludable.

1.1 Visión antropológica social de la alimentación

La alimentación es una actividad básica de la sociedad compuesta por una función biológica vital y otra social primordial. El ser humano biológico y el ser humano social están íntimamente relacionados en el acto de comer (Sanz Porras, 2008)³. Asimismo, es un proceso que nos acompaña a lo largo de la vida, ayuda a satisfacer diariamente las necesidades nutricionales

para llevar a cabo distintas funciones, y es una de las claves para mejorar la salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas.

También, la alimentación es un concepto dinámico y cabe predecir que ésta no sea uniforme ni a lo largo del tiempo ni en las diferentes regiones, tanto rurales como industriales, reflejo de los vaivenes socio-económicos, culturales y laborales de la población. En este contexto, Raquel Chocarro (2003)⁴, en una ponencia sobre hábitos alimentarios y comparación con las distintas zonas españolas presentada en el V Congreso de Economía de Navarra subrayaba:

...España presenta diferencias en los hábitos de consumo entre las comunidades autónomas... A pesar de estas diferencias, los análisis muestran gran similitud entre todas las zonas españolas en el consumo de alimentos que componen la llamada “Dieta Mediterránea”. Esta dieta da prioridad al consumo de pescados, legumbres, frutos secos, cereales, frutas, verduras y hortalizas frescas, aceite de oliva,... (p.311).

Por otra parte, se ha ido produciendo lo que se ha denominado la industrialización del sector agroalimentario ocasionando una mayor accesibilidad, variabilidad y diversidad de los alimentos (Gracia Arnaiz, 2003)⁵. La accesibilidad provoca que los productos lleguen a todas partes, la variabilidad permite no caer en la monotonía alimentaria y la diversidad consiente un aporte adecuado de ciertos nutrientes evitando ciertas enfermedades y erradicando otras.

En esta realidad del comedor contemporáneo de las últimas décadas, la preocupación por una alimentación saludable y los consejos alimentarios, desde la infancia, adolescencia y edad adulta, sin olvidarnos de la tercera edad, son temas que aparecen cada vez con mayor frecuencia en los medios de comunicación junto con materiales informativos que se dan a la población. Un segmento diana para esta educación nutricional es la adolescencia ya que en este momento se establecen patrones de conducta individualizados marcados por el aprendizaje previo, aunque muy influidos por el ambiente (Madruga Acerote & Pedrón Giner, 2002)⁶

La adolescencia como etapa de maduración, tanto física como psicológica del ser humano, hace que se puedan producir modos de alimentarse diferentes a los convencionales y bastante alejados de los nutricional-

mente óptimos para su desarrollo (Pérez Lancho, 2007)⁷. Con todo lo mostrado podemos aseverar que la comida no es un mero acto biológico, nutricional o médico. La alimentación es un fenómeno, además, social, psicológico, económico, religioso, simbólico, cultural, en definitiva, antropológico social.

Por tanto, ¿las transformaciones sociales y la presión del grupo pueden influir en los comportamientos dietéticos en la edad adolescente? Probablemente sí. Así a través de la muestra de población a estudio, escolares en la primera fase de la adolescencia, se muestra algunos condicionamientos sociales modernos que influyen en la dificultad de mantener una alimentación sana.

1.2 Visión biológica de la alimentación

Parece evidente que desde una perspectiva antropológica social la alimentación no es sólo una actividad social sino de igual forma biológica. Aparentemente no se mantienen unos buenos hábitos alimentarios en la población, en particular durante la infancia y adolescencia, pudiéndose ver comprometida la salud individual en un futuro. Distintos estudios epidemiológicos han constatado que existe una estrecha relación entre la dieta actual y hábitos de vida inadecuados con el incremento de enfermedades actuales: cardiopatía coronaria, enfermedades cardiovasculares, diversos tipos de cáncer, diabetes, cálculos biliares, caries dental, trastornos gastrointestinales, osteoporosis, obesidad.

De todas las patologías que pueden estar de un modo u otro relacionadas con la dieta, he tenido en cuenta la enfermedad del cáncer porque es una de las enfermedades vividas socialmente con mayor dramatismo aún a pesar de los avances conseguidos en las últimas décadas. El cáncer es una enfermedad que tiene una base genética, si bien en dicha alteración, los factores medioambientales parecen desempeñar un papel importante. Los factores alimentarios (nutrientes, alimentos y procesos relacionados) pueden influenciar el proceso de carcinogénesis, actuando como iniciadores, generadores y progresores o bien como correctores del ADN dañado, siendo capaces de inhibir los procesos de formación, activación y promoción de los mismos (POCV 2007-2010)⁸.

Las estrategias de Prevención Primaria de la mayoría de programas y planes de cáncer están basadas en

ideas para promocionar una alimentación sana y hábitos de vida saludables en la ciudadanía, especialmente en los niños y jóvenes, ya que los conocimientos científicos apuntan que la mayoría de factores de riesgo se vinculan al uso del tabaco, a dietas no saludables o a agentes infecciosos. En un trabajo de Trichopoulou, Lagiou, Kuper & Trichopoulos (2000)⁹, se transcribe cómo algunas formas de cáncer, colorectal, pulmón, pecho, endometrio y próstata, etc., han sido vinculados a factores dietéticos, particularmente por el bajo consumo de frutas y vegetales, así como, por un consumo excesivo de alimentos cárnicos.

En esta línea y siguiendo los consejos relativos a la Prevención Primaria del Código Europeo Contra el Cáncer, junto con una serie de recomendaciones de la OMS (“Tener una dieta que incluya, al menos, 400 gr por día entre frutas y verduras”) para reducir el desarrollo de cáncer, la Consejería de Sanidad ha elaborado el Plan Oncológico 2007-2010, explicitando a través de siete pilares básicos los trazos de actuación respecto al cáncer en la Comunidad Valenciana. Dentro de éstos se encuentra la Prevención Primaria, contemplándose el desarrollo de hábitos de vida saludables (Tabaco y Alimentación). En esta última distingue como uno de los objetivos específicos, -sensibilizar a la población general sobre los beneficios de consumir “5 raciones al día” de frutas y verduras-, tanto en la población adulta como escolar.

Desde este contexto, elegir como muestra de estudio a los escolares puberales ha sido debido a que la adolescencia se considera un periodo vulnerable desde el punto de vista nutricional, acontecen cambios en los hábitos dietéticos y el estilo de vida, y además, los hábitos alimentarios que se aprenden pueden ser un factor determinante a la hora de configurar las prácticas que perdurarán en la edad adulta.

Por lo expuesto, ¿Se cumplen en la dieta de los escolares adolescentes buenos hábitos alimentarios? Posiblemente no. Mi segunda finalidad a través de la muestra escogida de adolescentes escolares, fue sondear el cumplimiento de algunos consejos emanados desde la OMS y objetivados en el Plan Oncológico de la Comunidad Valenciana 2007-2010 (POCV) para una dieta saludable.

2. OBJETIVOS

Teniendo presente aspectos en materia de Prevención Primaria, sin olvidarnos de los planteamientos sobre los hábitos dietéticos inadecuados en los escolares junto con las connotaciones socioculturales de la alimentación, me planteo los siguientes objetivos:

2.1 Objetivo General

Describir algunas de las continuas transformaciones sociales y los cambios de los comportamientos alimentarios de los adolescentes escolares.

2.2 Objetivos Específicos

Evaluar hábitos alimentarios en la 1º etapa de la adolescencia entre los alumnos que cursan estudios en los ámbitos escolares escogidos y si se mantiene una proporción adecuada de frutas y verduras en su dieta, siguiendo los consejos emanados desde la OMS y el POCV. Estos consejos se plasman desde la idea de considerar su consumo beneficioso para una disminución global de algunos de los factores de riesgo ligados a los procesos oncológicos.

Explicar la importancia de los hábitos alimentarios saludables y la posible disminución de riesgos de padecer ciertos tipos de cáncer

3. MATERIAL Y METODO

El presente trabajo se ha trazado como un estudio observacional descriptivo de diseño transversal, realizado sobre una muestra de escolares de diferentes colegios de la Comunidad Valenciana (CCVV), abarcando escuelas públicas y concertadas.

La población objeto del estudio han sido todos los alumnos: entre 10-13 años (preadolescentes), y 14-17 años (adolescentes), de tres colegios que estuvieran estudiando en el 1º Ciclo de Educación Secundaria Obligatoria (1º y 2ª ESO). Sin saber a priori la influencia que pudiera suponer la zona geográfica de ubicación de los colegios, he decidido que fueran de áreas distintas, a saber: Comarca de l’Horta Nord, Comarca de la Safor (Ribera Alta) y, finalmente, la Ciudad de Valencia. El tamaño de la población a estudio ha estado fijado en 229 estudiantes, consiguiéndose una muestra total de 212 alumnos que contestaron el cuestionario y con la siguiente distribución: Colegio de l’Horta Nord

(104 alumnos); Colegio de la Sabor (54 alumnos) y Colegio de la Ciudad de Valencia (54 alumnos).

A cada uno de los alumnos se le proporcionó un cuestionario que contemplaba: preguntas de carácter sociodemográfico, dietético y de actividad física. Los cuestionarios fueron entregados homogéneamente durante las clases de tutoría por los profesores responsables en el mes de marzo del 2009, con el consentimiento del Director del Centro Escolar

El cuestionario constaba de 10 preguntas (Ver ANEXOS), incluyendo ítems referentes a frecuencia habitual de consumo de cada uno de los grupos de alimentos (veces al día, a la semana, o al mes), de hábitos alimentarios (realización de comidas, de tentempiés, tipo de postre, bebida habitual), de aspectos sociales (situación familiar, nacionalidad parental, responsables extraescolares, lugar de las comidas), Índice de Masa Corporal (IMC) y actividad física. Las variables sociodemográficas usadas en el cuestionario son: sexo, edad, situación laboral de los padres y nacionalidad parental. La codificación de los alimentos ha sido en 17 conjuntos: Lácteos, Carnes, Derivados cárnicos, Pescado, Huevos, Verduras, Frutas, Pasta/Cereales, Legumbres, Snacks, Dulces, Comidas fritas, Refrescos con cafeína, Vino o cerveza, Chucherías, Aceites vegetales y Aceite de oliva.

El índice de masa corporal (IMC) se ha calculado a partir del peso y la altura obtenidos a través del cuestionario. El IMC lo he categorizado en: bajo (entre 15-18), normal (entre 18 y 25), sobrepeso (entre 25 y 30) y obeso (> 30).

El diseño del cuestionario se estableció en base a la Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana (ESCV) 2000-2001. Los datos se han desarrollado mediante el paquete estadístico SPSS para Windows versión 17.0 y Microsoft Excel versión 2003. Los espacios establecidos en el cuestionario se analizaron por sexo, edad, área geográfica y nacionalidad parental.

4. RESULTADOS

Se han logrado 212 encuestas contestadas por los alumnos de tres colegios de la CCVV, 99 varones y 113 mujeres, con un intervalo de edad entre los 12 y 15 años. 17 alumnos no respondieron el cuestionario. En la Tabla 1 se plasma la proporción por edad y sexo.

En la tabla 2 se presenta la frecuencia de consumo en relación a alimentos de origen vegetal (verduras, hortalizas y fruta) junto con el número de raciones. Con este dato nos acercamos a comprobar que a pesar del buen nivel de consumo de frutas, un 28,8% (61 alumnos), con 1-2 raciones al día, y de verduras/hortalizas, con un 17,5% (37 alumnos), no se cumple por los adolescentes encuestados uno de los consejos emanados desde la OMS y POCV, "...5 raciones al día" de frutas y verduras". Es de reseñar que la permuta de fruta y lácteos se da frecuentemente (20%), pero todavía hay adolescentes que no toman fruta (8,5%) ni verduras (10,8%) en su dieta diaria.

Existen múltiples encuestas en las que se refleja el consumo inadecuado de alimentos entre la población infantil y juvenil. Uno de los aspectos negativos es la mala distribución de los alimentos en el día, siendo el desayuno deficitario. Así advertimos como el 19,34% de los adolescentes del estudio excluyen el desayuno de su dieta diaria (Tabla. 3), ingesta necesaria al inicio del día para mantener un buen nivel físico e intelectual. La omisión del desayuno y, sobre todo, un desayuno de baja calidad está muy relacionada con una ingesta nutricional baja¹⁰.

Los resultados obtenidos respecto a la actividad laboral de la madre han sido que el 60,84% (129) trabaja fuera del hogar (Tabla 4), pero aun así, la comida del mediodía, que sigue siendo en nuestro medio el principal aporte alimentario diario, se realiza en casa. Según datos recientes del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte del curso 2006/07, en España un 13,2% del alumnado de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) es usuario del servicio complementario de comedor¹¹, no produciéndose esta circunstancia en la muestra de los colegios estudiados.

Como es bien sabido es indispensable hacer ejercicio como fin saludable. La vida sedentaria y la ausencia de práctica deportiva son factores implicados en la obesidad y a su vez ésta se asocia a una mayor morbilidad y mortalidad de otras patologías. En los resultados de este trabajo notamos todavía un número excesivo de chicos y chicas que no realiza actividad física alguna (figura 1). Se comprueba como las chicas practican menos deporte que los chicos, un 29,20% frente a un 10,10% de los chicos que no realiza ninguna acti-

vidad física, y al mismo tiempo, un 43,43% de los chicos hace entrenamiento deportivo varias veces a la semana frente a un 22,12 de las chicas.

5. DISCUSIÓN

En general, hemos visto que es cierto que cambios producidos en las sociedades modernas, como el aumento en el mercado de los alimentos industriales, el cambio en los ritmos sociales, las modificaciones en los tiempos de trabajo, la incorporación de la mujer al mundo laboral, la tecnificación, etc., han transformado profundamente las formas de comer y pensar.

Algunos de los resultados emanados de la población de estudio son reveladores de estos cambios mencionados, así, la incorporación de la mujer al ámbito laboral. Un 60,84% de la muestra (129 madres) trabajan fuera del hogar. Probablemente también haga que un 16,5% de alumnos encuestados realice la comida principal en casa de los abuelos y que el 16,51%, aunque coman en casa, se encuentren solos (Tabla 5)

No hay que desdeñar que si la mujer ha ido accediendo al mercado laboral todavía hay una población que mantiene la tradición de las labores domésticas, así aparece en la muestra que el 32,54% (69 madres) se dediquen a ser amas de casa. Incluso, la clara tendencia social a una mayor escolarización de niños y jóvenes y la posibilidad de optar al servicio de comedor, no parece producirse en la muestra, aun disponiendo de comedor escolar. Tal vez se pueda pensar que la cercanía del colegio al domicilio, la disponibilidad de cuidadores, la edad cronológica y autonomía de los alumnos, la ubicación geográfica de las escuelas o la crisis económica en la que está inmersa la sociedad actual, sean factores que condicionen el menor uso del comedor escolar, concretamente, en la muestra del estudio.

Otro resultado clave de este análisis de la alimentación en la adolescencia escolar es el relacionado con el consumo de alimentos de origen vegetal, incluyendo frutas y verduras, patatas, cereales, pan, legumbres, hortalizas, frutas secas y semillas. El perfil de consumo observado en la muestra del estudio (Tabla 6) pone de manifiesto que se realiza consumos bajos para el grupo de verduras, frutas y legumbres. Sólo el 15,04% de las chicas y el 24,24% de los chicos toman 3 o más raciones al día de fruta; el 14,16% de las chicas y el

21,21% de los chicos toman 1-2 raciones al día de verdura; lo que supone una ingesta insuficiente para los adolescentes. Estos datos orientan a que el colectivo en edad infantil y adolescente merece una especial atención en cuanto a sus hábitos dietéticos. Según Elio Riboli (2001)¹², en un considerable número de trabajos científicos se han expresado la relación entre factores alimentarios y los riesgos de padecer cáncer. Así, Corrêa Lima & Gomes-da-Silva (2005)¹³ dicen en un estudio sobre cáncer colorectal y dieta, que la ingesta de carne roja y el balance energético positivo (consumo elevado de hidratos de carbono y grasas totales) se asocian con riesgo de cáncer colorectal. Ahora bien, los factores preventivos indiscutibles incluyen el aumento en la ingestión de frutas y vegetales variados ya que se ha comprobado que las poblaciones que consumen grandes cantidades de frutas y verdura el riesgo de CCR es más bajo.

6. CONCLUSIÓN

Se puede afirmar que las peculiaridades biológicas, personales, familiares y los convencionalismos sociales son capaces de producir cambios en los comportamientos dietéticos de los adolescentes. Durante la adolescencia como comenta Delgado (2002)¹⁴, el estado de maduración por el que se está atravesando repercute sobre los hábitos, ya que en esta etapa el grupo de amigos, el entorno social, los recursos económicos, los medios audiovisuales, el acceso a Internet, etc., pueden incidir sobre los modos de alimentarse.

En otro orden de cosas, decir, que hoy día no cabe la menor duda sobre la implicación de la alimentación en la prevención de algunos tumores. Hemos observado como variados estudios experimentales han señalado la asociación entre factores de la dieta y el cáncer. En este sentido cada vez más la evidencia científica ratifica el papel protector y saludable de la dieta mediterránea. Las recomendaciones de incluir frutas y verduras en la dieta diaria son contempladas en los consejos emanados desde la OMS para prevenir el cáncer, y de igual forma, desde la Prevención Primaria como un objetivo específico para alcanzar a través del Plan Oncológico de la Comunidad Valenciana (POCV) 2007-2010, -Sensibilizar a la población general sobre los beneficios de consumir “5 raciones al día” de fru-

tas y verduras-.

En resumen, a la vista de los resultados globales del estudio realizado, los hábitos alimentarios del colectivo adolescente no se ajustan, en general, a unas prácticas adecuadas de ingesta de nutrientes y consumo de alimentos. Si al mismo tiempo, añadimos aumento del sedentarismo y disminución del ejercicio físico, hemos de asumir que sería necesario implementar acciones comunitarias de promoción de una alimentación y estilos de vida más saludables en nuestra población infantil y juvenil, a través de la educación para la salud.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Martin-Moreno J.M, Vicente Molinero A. Dieta y estilos de vida saludables: fundamentos. Libro Tendencias en Alimentación funcional. Instituto Danone para la nutrición y la salud. Madrid 2005.
- Aranceta J. Nutrición en el niño y adolescente. En: Meneghelli J (ed). Diálogos en Pediatría 9. Santiago de Chile, Mediterráneo, 1997. 136-144
- Sanz Porras J. Aportaciones de la sociología al estudio de la nutrición humana: una perspectiva científica emergente en España. Revista Nutrición Hospitalaria. 2008; (6): 531-535
- Chocarro R. Hábitos alimentarios y comparación con las diferentes zonas españolas. V Congreso de Economía de Navarra. 2003. 309-324. [Consultado 2/04/2009]. Disponible en: www.unavarra.es
- Gracia M. Alimentación y cultura: ¿Hacia un nuevo orden alimentario? Los modelos alimentarios a debate: la interdisciplina-

- riedad de la alimentación. 2003. 205-230
- Madrugá D, Pedrón C. Alimentación del Adolescente. Alfonso Delgado, Coordinador: Protocolos de Nutrición (I) 2002. [Consultado 10/04/2009]. Disponible en: <http://www.aeped.es/protocolos/dermatologia/uno/acne.pdf>.
- Pérez C. Alimentación y Educación Nutricional en la adolescencia. Trastornos de la conducta Alimentaria 6. 2007. 600-634
- Plan Oncológico de la Comunidad Valenciana. (POCV). Coordinación: Oficina del Plan de Cáncer. Dirección General de Salud Pública. Edita: Generalitat. Conselleria de Sanitat. 2007. 98-105
- Trichopoulos A, Lagiou P, Kuper H, Trichopoulos, D. Cancer and Mediterranean Dietary Traditions. Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention. Vol 9. 2000. 869-873
- Serra LI, Ribas L, Raidó B, Pérez C, Aranceta J. Variables asociadas a la adecuación nutricional en la población infantil y juvenil española. Alimentación infantil y juvenil, Estudio enKid. Vol. 5. Cáp. 5. Ed Masson. 2002. 61-71
- Ministerio de Educación (MEC). Estadísticas de la Educación y Publicaciones de síntesis. Las cifras de la educación en España. Estadísticas e Indicadores. Edición 2009. [Consultado 17/04/2009]. Disponible en: <http://www.educacion.es/mecd/estadisticas/educativas/cee/2009/B2.pdf>
- Riboli E. The European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC): Plans and Progress. American Society for Nutritional Sciences. J. Nutr. 1321: 170S-175S
- Correã Lima M.P, Gomes-da-Silva M.H.G. Colorectal cancer: lifestyle and dietary factors. Nutr Hosp. 2005, 20: 235-241
- Delgado A. Trascendencia de la dieta en la salud del niño y del adulto. Alimentación infantil y juvenil, Estudio enKid. Vol. 3. Cáp. 1. Ed Masson. 2002. 1-11. Diciembre 2005.

8. ANEXOS

TABLAS Y FIGURAS

EDAD	Mujeres	Varones
12	35	22
13	53	44
14	18	20
15	7	13

Verduras y hortalizas			Frutas		
	Frecuencia	Porcentaje		Frecuencia	Porcentaje
3 o más raciones al día	21	9,9	3 o más raciones al día	41	19,3
1 o 2 raciones al día	37	17,5	1 o 2 raciones al día	61	28,8
3-6 raciones a la semana	39	18,4	3-6 raciones a la semana	43	20,3
1-2 raciones a la semana	58	27,4	1-2 raciones a la semana	30	14,2
1 o 2 raciones al mes	29	13,7	1 o 2 raciones al mes	15	7,1
ninguna	23	10,8	ninguna	18	8,5
NS/NC	5	2,4	NS/NC	4	1,9
Total	212	100,0	Total	212	100,0
Media	3,64		Media	2,98	
Desviación típica	1,68		Desviación típica	1,71	
Varianza	2,82		Varianza	2,94	

	Desayuno		Almuerzo		Comida	
	Nº adolescentes	%	Nº adolescentes	%	Nº adolescentes	%
SI EXCLUYEN	41	19,34	23	10,85	3	1,42
NO EXCLUYEN	171	80,66	189	89,15	209	98,58
	Merienda		Cena		Resopón	
	Nº adolescentes	%	Nº adolescentes	%	Nº adolescentes	%
SI EXCLUYEN	42	19,81	3	1,42	183	13,68
NO EXCLUYEN	170	80,19	209	98,58	29	86,32

Situación personal extra-escolar	Nº alumnos	Porcentaje %
Solo	35	16,51
Padres	140	66,04
Abuelos	25	11,79
otros	11	5,19
P. Contratada	1	0,47

Situación laboral	Nº madres	Porcentaje %
Ama de casa	69	32,54
Paro	6	2,83
Blanco	8	3,77
Trabajan	129	60,84

	nº alumnos		Porcentaje	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
Fruta 3>/día	24	17	24,24	15,04
Verdura 1-2/día	21	16	21,21	14,16
Legumbres 2-6/semana	14	17	14,14	15,04

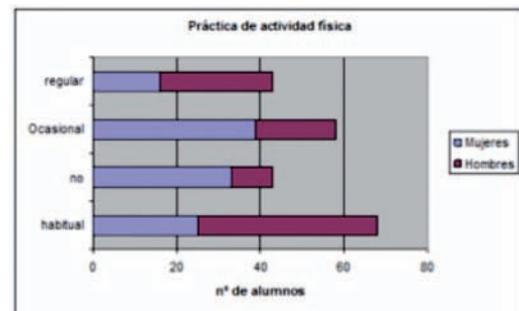


Figura 1. Proporción de la práctica de actividad física por sexos

Experiencia laboral con las Tecnologías de la Información y de la Comunicación: correo electrónico, facebook y whatsapp como herramientas en la comunicación intragrupo

Trabajo presentado como comunicación oral en las IV Jornada Científica de Enfermería del Departamento de Salud Elche-Hospital General, celebradas en Elche el 27 de abril de 2012.

Autores: Boscá Mayans, MR*; Ferrándiz Vidal, MI*; Pascual Pla, FJ**; Sánchez Aparisi, E*; García Molina, Y*

*Servicio de Radiología. Hospital Francisc de Borja. Gandía (Valencia)

**Servicio de Urgencias. Fundación Instituto Valenciano de Oncología. Valencia.

rxcharo@gmail.com

Experience at work with information and communication technologies: electronic mail, Facebook and Whatsapp as tools for intragroup communication

The purpose of this paper is to explore the use of information and communications technologies (ICTs) in a radiology department and the perception of the professionals working there. A qualitative and quantitative observational study about the intra-group use of ICT was carried out.

A year ago the service started using the electronic mail as an internal channel of communication. Nowadays, is the tool that keeps the department connected, everyone receives the same information and can express their opinions, it is also used to organize meetings, inform about minutes and timetables, communicate mistakes and solutions,

greetings, scientific events, health news etc, which eventually is helpful to homogenize the healthcare delivered and all the working activity. This is possible as the department is linked with the hospital server which includes in situ access to internet.

Facebook is an online social networking service where everyone can create a personal profile and exchange common-interest links. Recently, the whatsapp has also been used to facilitate healthcare activities and human resources management. It is a type of synchronic communication which facilitates intragroup communication at work without neglecting the patient. Additionally, it makes possible for

the professional to have up-to-date information about the present situation. As a disadvantage we could mention the need of having a telephone and personal connections and a possible negative perception from the patients.

As a conclusion, ICTs are tools that can facilitate our daily activities, are democratizing, help us when trying to be part of a group and increase patient safety.

Key Words: *information and communication technology projects, communication, hospital communication systems, electronic mail.*

■ Investigación & Cuidados

El objetivo es analizar el uso de las TICs en un Servicio de Radiología y la percepción actual de sus profesionales.

Estudio cualitativo, observacional y cuantitativo sobre el uso de las TICs intragrupo.

Hace un año se inició la comunicación interna mediante correo electrónico. Hoy es la herramienta que vincula al Servicio, todos reciben la misma información, opinan, convocan reuniones, difunden actas y planillas, comunican errores y soluciones, felicitaciones, eventos científicos, noticias sanitarias... permitiendo homogeneizar los cuidados y toda la actividad laboral.

Esto es posible porque el Servicio

está vinculado a los servidores del hospital disponiendo in situ de acceso a internet.

El Facebook es la red social que permite crear vínculos más personales y compartir enlaces de interés.

El whatsapp se ha incorporado recientemente como elemento facilitador de la actividad asistencial y de la gestión de recursos humanos y materiales.

Es comunicación sincrónica: facilita la comunicación laboral intragrupo sin abandonar al paciente, situación ventajosa para el profesional. Ante cualquier necesidad, ésta se cubre sin tener que abandonar ni el puesto de trabajo ni al paciente. Permite conocer en qué

situación nos hallamos continuamente.

Como inconveniente: la necesidad del teléfono y conexión personales y la posible percepción negativa por parte de los pacientes.

Concluimos que las TICs son herramientas facilitadoras en nuestro quehacer diario, son democratizadoras, nos ayudan a integrarnos en el grupo y proporcionan seguridad al paciente.

Palabras clave: *Proyectos de tecnologías de la información y comunicación, comunicación, sistemas de comunicación en el hospital, correo electrónico.*

INTRODUCCIÓN

La utilización de nuevas aplicaciones y de las redes sociales en el trabajo diario mejora la comunicación interna transversal facilitando por su inmediatez, tanto el apoyo entre sus miembros, como la difusión de la información.

En el diccionario panhispánico de dudas de la Real Academia Española en su versión virtual encontramos la palabra de e-mail, definida como término inglés, es un sistema de transmisión de mensajes y/o archivos a través de las redes informáticas, así como los mensajes enviados por este medio o la propia dirección de emisión/recepción de éstos. Lo adecuado es emplear el término español de correo electrónico (1).

En la enciclopedia Wikipedia se define el facebook como un sitio web de redes sociales que originariamente se creó para estudiantes de la Universidad de Harvard, abierto en la actualidad a cualquier persona con una cuenta de correo. La versión española existe desde el 2007 (2).

En esta última fuente encontramos también el concepto de whatsapp donde se describe como un software

multiplataforma de mensajería instantánea para teléfonos inteligentes capaz de enviar mensajes, imágenes y sonido. Es necesaria una conexión a internet para ello.

En el último año y de manera progresiva, las nuevas tecnologías de la información y comunicación (TICs) se han ido incorporando a nuestro día a día en el Servicio de Radiología del Hospital Francisc de Borja de Gandía (Valencia- España).

El objetivo de este trabajo es analizar el uso relacionado con la actividad laboral de las TICs en este Servicio durante el último año y cuál es la percepción actual de los propios profesionales respecto a este tema, dado que cada vez está más extendido su uso intragrupo.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio cualitativo y observacional del uso de las TICs intragrupo.

Estudio cuantitativo de los correos electrónicos recibidos /emitidos en el último año y de una encuesta de valoración relacionada con el uso de las TICs tanto en el ámbito laboral como extralaboral.

Búsqueda bibliográfica en las bases de datos Science, Proquest y Google academics. Los criterios de búsqueda fueron comunicación intragrupo virtual, comunicación sanitaria, mail, facebook y whatsapp tanto en español como en inglés.

Se elaboró una encuesta (esquema 1) con la herramienta google docs que fue remitida por la supervisora del Servicio por correo electrónico a todos los profesionales: 2 auxiliares de enfermería (AE), 3 administrativos, 8 médicos especialistas en radiodiagnóstico, 11 enfermeros y 18 técnicos superiores en imagen para el diagnóstico (TER).

Las encuestas fueron enviadas el 31 de marzo de 2012 y contestadas desde ese día hasta una semana después en que se cerró la recepción de respuestas.

RESULTADOS

La encuesta virtual fue contestada por el 58% de los encuestados. Podemos destacar que el 100% de los enfermeros contestó, sólo dos médicos y ninguna auxiliar.

Todos, el 100%, emplean el correo electrónico en el ámbito laboral, sólo el 8% hacen uso del facebook y el 10% emplea el whatsapp durante la jornada laboral. No siendo, esta última, una TIC gratuita para el trabajador.

Resultados relacionados con el correo electrónico

Hace poco más de un año el Jefe del Servicio inició la comunicación interna intragrupo mediante el correo electrónico para notificaciones puntuales. Hoy es la herramienta que vincula a todo el Servicio, todos pueden opinar y aportar. Todos reciben la misma información, ya sea convocatorias de reuniones y sus actas, planillas laborales, errores detectados durante la jornada laboral y posibles soluciones, felicitaciones, anuncio de eventos científicos, noticias sanitarias... Esto facilita la homogeneidad en el funcionamiento del aparato, de los cuidados facilitados a los pacientes y de toda la actividad laboral, a la par que nos mantiene al día profesionalmente.

Existen varios grupos de distribución según categorías: enfermeros, TER, radiólogos, AE, administrativos o grupos específicos de trabajo, así como uno general con todos los profesionales del Servicio.

Aunque, de momento, pocos son los que emiten, tras contabilizar se ha verificado que los enfermeros intercambiaron durante un año aproximadamente 170 correos / conversaciones electrónicas; los TER compartieron alrededor de 70, los administrativos y los auxiliares de enfermería algo más de 20.

Al analizar los resultados de la encuesta podemos subrayar que el 79% reconocen que les mantiene al día, el 75% que lee los correos de los compañeros, al 67% le parece el correo electrónico una buena herramienta laboral, al 46% le gusta recibir correos relacionados con el trabajo y el 25% admite enviar correos a los compañeros. Destacamos que todos (100%) prefieren recibir correos relacionados con el trabajo a no recibirlos y que nadie la considera sólo como una herramienta extralaboral (gráfica 1).

Respecto a la pregunta relacionada con cuántos correos han recibido del personal del servicio, el 46% contabilizó entre 10 y 20, el 33% más de 20 y el 21 % marcó la respuesta de 1 a 10 mails. Cabe resaltar que no todos están en los mismos grupos de difusión y seguro que no reciben todos el mismo número.

Resultados relacionados con el facebook

Antes del correo electrónico, llegó el Facebook, la red social; casi todos los TER se encuentran como amigos, los AE y algunos enfermeros, incluso existe desde hace más de dos años un grupo con algunos profesionales del servicio, el Grupo Rx.

El facebook permite crear vínculos más allá del ámbito laboral y conocer un poco mejor cómo somos fuera del trabajo, y a través de él se comparten emociones relacionadas con nuestras vidas tanto laborales como extralaborales, enlaces de interés profesional como son las páginas de la Sociedad Española de Radiología Médica (SERAM), Investén del Instituto Carlos III, Aula-salud de la Universidad de Alicante, Campus Sanofi, Medicine 2.0, CDC (centers for disease control and prevention), ECRI Institute, gestión de enfermería de la UNED, Association for radiologic and imaging nursing (ARIN), red para la excelencia en la práctica clínica del Instituto Avedis Donabedian, el observatorio para la seguridad del paciente, enfermería basada en la evidencia o las TICs en Eps, Medscape o Técnicos Radiólogos.

■ Investigación & Cuidados

Respecto a la encuesta los resultados han sido variados: el 39 % reconoce no usarlo ni tener interés por él, por contra el 35% es usuario habitual, el mismo porcentaje conoce la existencia del grupo rx, el 22% lo emplea para compartir noticias y enlaces de interés con los compañeros así como también el 22% reconoce que jamás lo emplearía para asuntos laborales, sin embargo, al 9% le parece una buena herramienta laboral, el 4% lo emplea incluso para cambiar turnos laborales; un 13% afirma que no lo usa pero que le gustaría saber, también el 13% declara emplearlo para expresar ideas, y el 4% no sabe ni lo que es. (gráfica 2)

Resultados relacionados con el whatsapp

Indudablemente, el acontecimiento del primer trimestre del 2012 ha sido la incorporación del whatsapp como medio de comunicación, es un elemento facilitador tanto de la actividad asistencial como de la gestión de los recursos humanos y materiales.

El whatsapp va más allá del correo electrónico, es comunicación sincrónica,

- a nivel asistencial facilita la comunicación laboral intragrupo sin abandonar al paciente, situación realmente ventajosa, tanto para éste como para el profesional, dado que, ante cualquier necesidad, ésta se cubre sin tener que abandonar el puesto de trabajo, ni dejar solo al paciente.

- permite conocer en qué situación nos hallamos en todo momento, facilitando la organización de los profesionales y la gestión de los recursos materiales

- a nivel de supervisión de enfermería permite gestionar al personal de manera inmediata, facilitando enormemente la localización de enfermeros, TER y AE tanto los que se encuentran en el espacio laboral como el que es necesario localizar tanto por causas organizativas, administrativas como por cuestiones personales.

Como inconvenientes se aprecian, por un lado la necesidad del uso del teléfono inteligente y conexión personal del propio trabajador al carecer nuestra institución de líneas móviles corporativas con esta finalidad y por otro, la posible percepción negativa por parte de los pacientes al no entender el teléfono como una herramienta de trabajo.

Respecto a los resultados de la encuesta cabe destacar que el 50% no lo ha empleado nunca ni lo quiere

frente al 32 % que reconoce usarlo habitualmente tanto dentro como fuera del ámbito laboral, el 18 % afirma que le facilita el trabajo, el 18 % lo emplea para gestionar los cambios de turnos, el 18% piensa que puede darle seguridad al paciente e incluso el 14 % lo encuentra muy útil y le proporciona seguridad laboral, por el contrario el 18 % afirma que no es una buena herramienta laboral y que incluso puede molestar al paciente opinan el 23 %. (gráfica 3).

Respecto al número de conversaciones laborales por whatsapp mantenidas en el mes de marzo de 2012, el 68% no mantuvo ninguna, mientras que el 14 % de 1 a 10; el 9% de de 11 a 20 y sólo el 5% más de 20. No se preguntó a los encuestados quienes disponían de esta prestación.

Al final de la encuesta se puso una pregunta de respuesta libre en la que los entrevistados podían opinar sobre las TICs y en la que todos aportaron sus opiniones. Las respuestas fueron heterogéneas; desde los profesionales poco partidarios de estas tecnologías hasta los que consideran que es importante aprender su manejo para aprovechar todas las ventajas que nos ofrecen tanto en el ámbito profesional como personal, otros consideraron que son buenas herramientas informativas pero que nunca van a sustituir la presencia física, algunos anotaron que les proporcionan jornadas laborales más llevaderas, que en algunos casos escribieron que los abusos de estas tecnologías pueden ser contraproducentes, destacan las menciones a la gran utilidad del correo electrónico tanto para la comunicación como para la actualización en conocimientos profesionales.

DISCUSIÓN

Las TICs son herramientas facilitadoras en nuestro quehacer diario como sanitarios, son democratizadoras, ayudan a la integración en el grupo y además proporcionan seguridad al paciente (3).

El correo electrónico, sin duda alguna, facilita la comunicación interna tanto vertical ascendente y descendente, como lateral y transversal dentro del grupo de trabajo y de la Institución y su equidad, proporcionando la misma información a todos y manteniendo al personal actualizado.

El facebook facilita la creación de otro tipo de vín-

culos más personales allende de los laborales, sirve de plataforma para compartir intereses laborales, además de ser una herramienta viva que facilita la actualización de conocimientos (4).

El whatsapp es considerado ya una herramienta laboral más en nuestro Servicio, porque facilita nuestras tareas laborales diarias; por sus características proporciona seguridad tanto al profesional como al propio paciente, permitiéndonos la comunicación instantánea con el resto del Equipo en caso de necesidad y la actuación inmediata de todos sus miembros.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Real Academia Española. Madrid. (Consultado el 18 de abril de 2012). Disponible en: <http://lema.rae.es/dpd/?key=e%20mail>
2. Wikipedia en español, enciclopedia libre. (Consultada el 18 de abril de 2012). Disponible en: <http://es.wikipedia.org>
3. Rich Ruiz M, Veredas Ortiz I, Caballero Villarraso MT, Farnós Brosa MG, Díaz Fernández JL. La informatización a pie de cama. Desarrollo de un entorno tecnológico de soporte integrado al proceso asistencial de enfermería. Boletín 2004 (Consultado el 20 de marzo de 2012), 32 [46-51]. Disponible en: http://www.astic.es/sites/default/files/boletic_visor_pdf/32/index.html
4. García Giménez, Daniel (2010). «Redes sociales : posibilidades de Facebook para las bibliotecas públicas». BiD.2010. 24. (Consultado el 20-03-2012) disponible en: <http://www.ub.edu/bid/24/garcial1.htm>

BIBLIOGRAFÍA

- Acosta Ortega OD. Las nuevas tecnologías de la información y comunicación en la promoción de la salud. Portales médicos. Publicado 18 de julio de 2011. (Consultado el 20 de marzo de 2012). Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/3504/1/Las-nuevas-tecnologias-de-la-informacion-y-comunicacion-en-la-promocion-de-la-salud>
- Álvarez D. Los PLE en el marco europeo de Competencias Digitales. Publicado el 5 de marzo de 2012. En: Blog [e-aprendizaje] nuevas tecnologías para nuevos aprendizajes (Consultado el 20 de marzo de 2012). Disponible en: <http://e-aprendizaje.es/2012/03/05/los-ple-en-el-marco-europeo-de-competencias-digitales/>
- Boshma J. Generación Einstein. Más listos, más rápidos, más sociables. Barcelona. Gestión, 2000.
- Martín J. "Aplis" para todo. Diario El País. Domingo 5 de diciembre de 2010. Sociedad. (Consultado el 5 de marzo de 2012). Disponible en: <http://elpais.com/diario/2010/12/05/sociedad/>
- Navarro O. ¿La salud del futuro es móvil?. Publicado el 5 de diciembre de 2010. En: Blog las tic en EpS. (consultado el 20 de

marzo de 2012). Disponible en <http://lasticseneps.blogspot.com.es/2010/12/la-salud-del-futuro-es-movil.html>

- Serrano S. El regalo de la comunicación. Barcelona Anagrama, 2000.
- Villanova Tallada MP. Análisis de las necesidades de los profesionales del ámbito hospitalario ante la llegada de las TIC. Papeles médicos 2011 (Consultado el 20 de marzo de 2012), 20 (1) [50-57]. Disponible en: http://sedom.es/wp-content/themes/sedom/pdf/4d909287e509c20_1_papeles_medicos.pdf
- Wanden-Berghe C, Sabucedo L.; Martínez de Victoria I. Investigación virtual en salud: las tecnologías de la información y la comunicación como factor revolucionador en el modo de hacer ciencia. Salud colectiva. octubre 2011 (Consultado el 2 de abril de 2012) 7 [29-38]. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652011000300004&lng=es.
- Watzlawick P. ¿Es real la realidad? Confusión. Desinformación. Comunicación. Barcelona. Herder, 1989.

(Esquema 1) ENCUESTA SOBRE EL USO DE LAS TICS EN EL SERVICIO DE RX

*RECORDAR QUE ES TOTALMENTE ANÓNIMO
y que necesitamos vuestra ayuda para obtener
resultados válidos*

Edad en años

- < 30 años 30 – 39 40 – 49
 50 – 59 60 o más

CATEGORÍA LABORAL PROFESIONAL

- enfermer@ auxiliar de enfermería
 técnico@ rx médico administrativo

Empleo de las TICs en el ámbito laboral tanto dentro del trabajo como fuera USO HABITUALMENTE (VARIAS RESPUESTAS POSIBLES)

- correo electrónico (mail)
 Facebook
 Whatsapp

Respecto al mail: opinión (Varias respuestas posibles)

- Me gusta recibir correos relacionados con el trabajo
 Me mantiene al día

■ Investigación & Cuidados

- Prefería no recibir correos relacionados con el trabajo
- Leo los correos relacionados de compañeros
- Sólo leo los informativos / organizativos
- Me parece una buena herramienta laboral
- Sólo me parece adecuada para su uso fuera del ámbito laboral
- Suelo enviar correos a mis compañeros de trabajo
- Me gusta recibir correos del Jefe del servicio

Número de correos recibidos en el último mes por el personal de rayos

- 1) 0
- 2) 1-10
- 3) 10 – 20
- 4) más de 20

Facebook y servicio de rx Marcamos cuando es SI (Varias respuestas posibles)

- Uso habitualmente el facebook
- No sé ni lo que es
- Ni lo uso ni tengo interés
- No lo uso pero me gustaría saber
- Conozco el grupo rx existente
- Lo uso para chatear con los compañeros
- Lo uso para compartir noticias y enlaces de interés con los compañeros
- Lo uso para expresar ideas
- Lo uso para asuntos laborales

- Me parece una buena herramienta laboral
- Jamás la emplearía para asuntos laborales
- Lo empleo para cambiar turnos / guardias

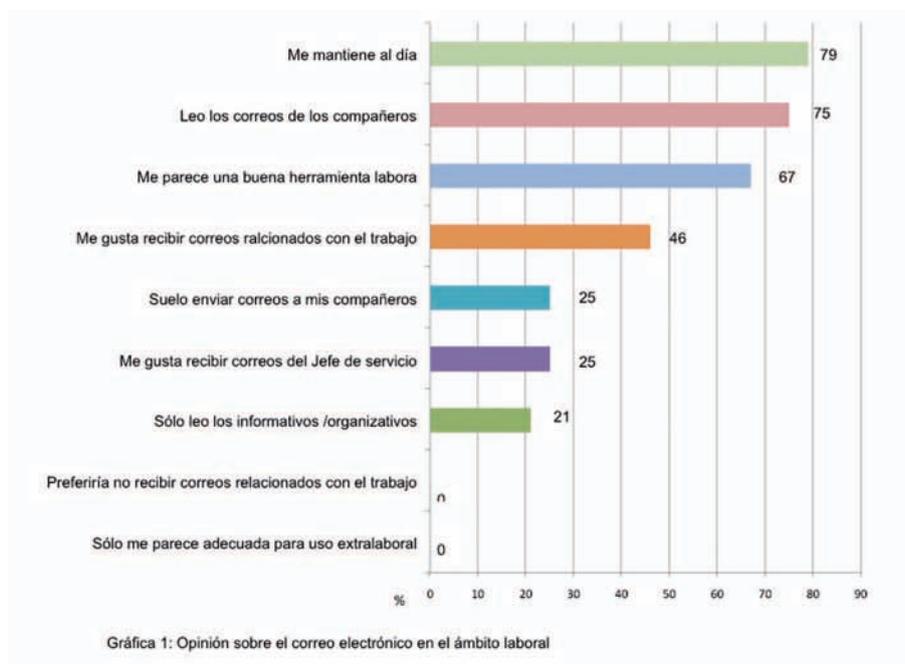
¿qué opinas del whatsapp? Varias respuestas posibles

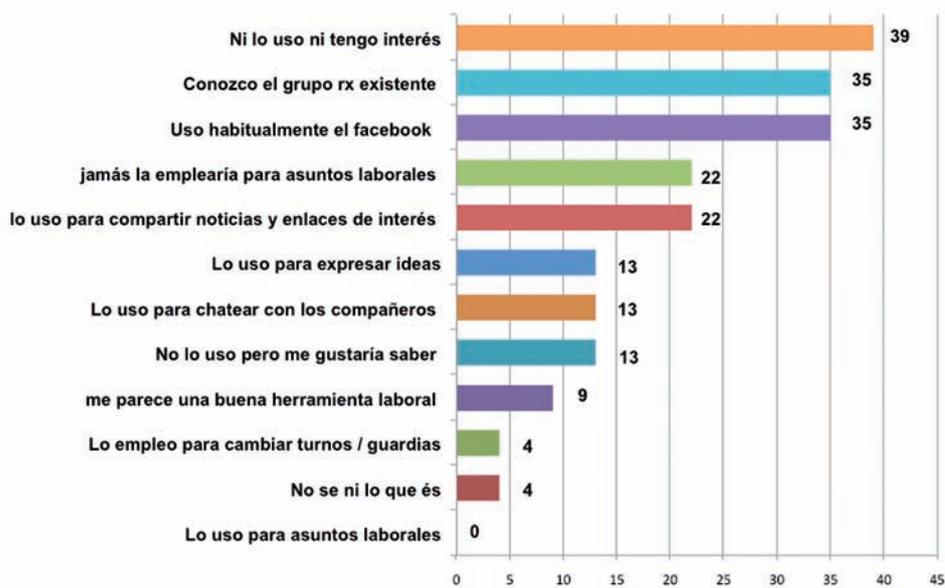
- No se eso que es
- Lo uso habitualmente dentro y fuera del trabajo
- Lo uso en el trabajo
- No lo uso nunca ni lo quiero
- Lo encuentro muy útil y me da seguridad en el trabajo
- Lo uso para cambios de turno
- Me facilita el trabajo
- Puede darle seguridad al paciente
- Pienso que le molesta al paciente
- No es una buena herramienta laboral

Número de conversaciones mantenidas con whatsapp durante la jornada laboral en el último mes

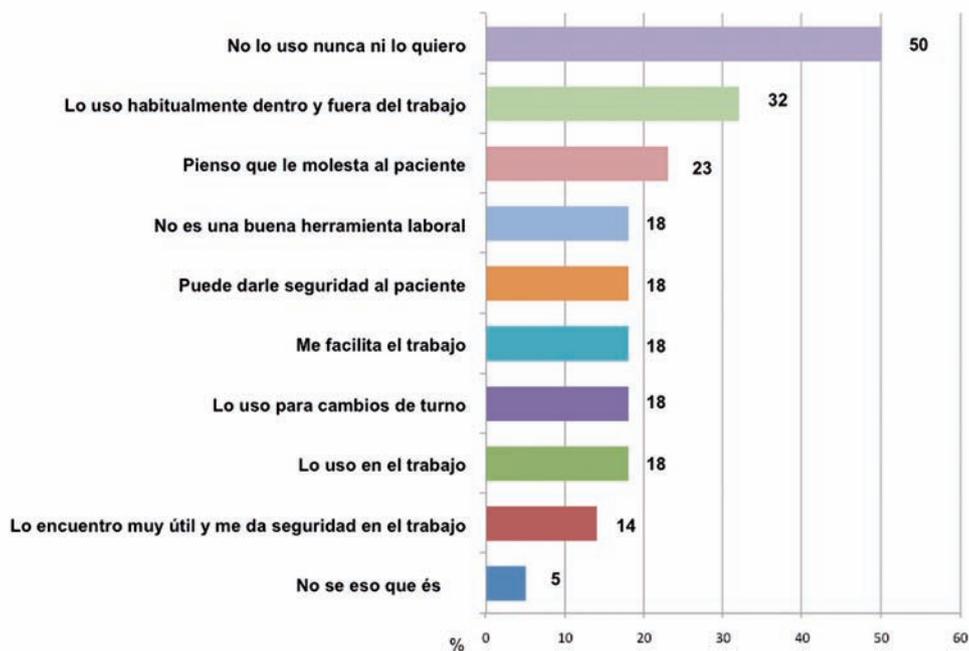
- 0
- 0-5
- 6-10
- 11-20
- más de 20

LO QUE PIENSO DE LAS TICS Respuesta libre sobre lo que se nos ocurra tanto del mail, como del facebook, y/o del whatsapp





Gráfica 2: Empleo del facebook por los profesionales



Gráfica 3: Opinión sobre el uso del whatsapp

Trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad: Importancia de una detección precoz desde Atención Primaria

Premio CECOVA de Investigación en Enfermería 2011

Autores: Osma Santiago, R; Sorlí Guerola, JV

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universitat de València. Valencia. Centro de Salud de Atención Primaria de Xirivella (Valencia). CIBER Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición

rooxan@hotmail.com

Attention deficit disorder with hyperactivity: importance of early detection from primary health care

ABSTRACT

Among the mental illnesses most prevalent in our society we pay special attention to deficit disorder with / without hyperactivity (ADHD), neuropsychiatric disease that interferes with the normal development of the child. Its impact transcends from childhood to adulthood, so the precocious identification and diagnosis of this disorder allows proper handling, improves prognosis and therapeutic performance.

The main objective of this study was to estimate the incidence of ADHD symptoms and to know the symptoms in children aged 5-12

years.

We performed a cross-sectional observational study to detect new cases of ADHD by evaluating the incidence of this disorder in this population, using the SNAP-IV questionnaires and the first recommendation of the Clinical Practice Guidelines according to the American Academy of Pediatrics.

Results and Conclusions: *We observed an incidence of ADHD in line with the expectations on other populations. There is a higher incidence of ADHD in males and the predominant subtype is the combined one. The SNAP-IV along with*

the questions proposed by the Clinical Practice Guidelines for the American Academy of Pediatrics can be a useful tool to start screening the disorder. A poor school performance may be a clue to detect possible cases among preschoolers. There is a great need to establish links between Center and School Health Centers to ensure good quality childcare.

Keywords: *Attention Deficit Disorder with Hyperactivity. Primary Health Care. Early Diagnosis.*

RESUMEN

Dentro de las enfermedades de Salud Mental más prevalentes en nuestra sociedad se encuentra el Trastorno por déficit de atención

con/sin hiperactividad (TDAH), enfermedad neuropsiquiátrica que interfiere con el desarrollo normal del niño. Su repercusión trasciende desde la infancia hasta la edad

adulta, por ello la precocidad en la identificación y diagnóstico de este trastorno permite un manejo adecuado, mejora el pronóstico y el rendimiento terapéutico.

El principal objetivo de este estudio ha sido estimar la incidencia del TDAH y conocer la sintomatología de inicio que acompaña al trastorno en niños de 5 a 12 años.

Se ha realizado un estudio observacional tipo transversal para detectar casos nuevos de TDAH evaluando la incidencia de este trastorno en esta población, utilizando los cuestionarios SNAP-IV y la primera recomendación de la Guía Práctica Clínica según la Academia

Americana de Pediatría.

Resultados y conclusiones: *Se ha observado una incidencia del TDAH en concordancia con lo esperado con otras poblaciones. Existe mayor incidencia del TDAH en varones y el subtipo predominante es el combinado. El SNAP-IV junto con las preguntas que propone la Guía para la Práctica Clínica de la Academia Americana de Pediatría pueden formar un instrumento útil para iniciar el cribado del trastorno.*

Un mal rendimiento escolar puede hacer sospechar en niños preescolares un posible caso. Existe una gran necesidad de establecer nexos de unión entre Centros Sanitarios y Centro Escolares para garantizar una buena calidad en los cuidados infantiles.

Palabras clave: *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Atención Primaria de Salud. Diagnóstico Precoz.*

INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es la entidad psiquiátrica más frecuente en la infancia y se manifiesta en una serie de conductas molestas o disruptivas. Los niños al presentar problemas en la autorregulación de la atención, de las emociones (pérdida de autoestima) y del comportamiento (problemas relacionados con las habilidades sociales), generando conductas que dificultan su desarrollo tanto personal como familiar, escolar y académico¹. Este síndrome viene definido por la presencia de tres síntomas fundamentales: disminución de la atención, hiperactividad motora y/o verbal e impulsividad, tanto cognitiva como conductual.

En la actualidad hay dos formas de clasificación internacional, el DSM-IV que establece la definición y diferencia tres subtipos (inatento, hiperactivo-impulsivo y combinado). Por otro lado,

la CIE-10 define el cuadro de “Alteración de la actividad y la atención” con la coexistencia de 3 síntomas: déficit de atención, hiperactividad e impulsividad. Reconoce además una categoría separada, “El trastorno Hiperkinético de la conducta” cuando coinciden los 3 síntomas y una alteración de la conducta.

Establecer unos datos concretos sobre prevalencia es difícil porque el diagnóstico se realiza mediante la observación, a partir de criterios clínicos muy subjetivos y por no tener establecida una homogeneidad de sus criterios. Actualmente se habla de cifras de prevalencia que oscilan entre el 4% y el 8% de los niños en edad escolar². Según el DSM-IV la tendencia es favorable a un predominio del TDAH en varones y establece una relación 9:1 en población clínica y 4:1 en muestras generales de población. Respecto a la incidencia se describen valores entre el 1 al 6% tanto en pobla-

ción europea como estadounidense^{3,4,5,6}. Podemos afirmar que el TDAH en un trastorno de elevada prevalencia y gran trascendencia para el futuro de los niños.

El objetivo principal de este estudio es estimar la incidencia del Trastorno de atención/hiperactividad y conocer la sintomatología de inicio que acompaña al trastorno en población infantil de Xirivella (Valencia), analizando las principales características sociodemográficas de la población e incorporar un cuestionario validado al programa de Salud Infantil que pueda hacer sospechar un TDAH.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado un estudio observacional transversal en los niños entre 5 y 12 años que acudieron a los controles de salud (Programa del niño sano) establecidos por la Conselleria de Sanidad del Centro de Salud de Xirivella (Valencia). La selección

■ Investigación & Cuidados

de pacientes se realizó de manera aleatoria y con previo consentimiento de los padres. El proyecto cumplió la ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal y fue aprobado por el comité de ética del departamento de Salud.

Se excluyeron aquellos niños diagnosticados previamente de TDAH, aquellos que presentaban alguna enfermedad neurológica o psiquiátrica, y los que estaban tomando algún fármaco que pudiera influir en la atención o actividad motora.

Se recogió información de variables sociodemográficas y ambientales de los niños: sexo, edad, número de hermanos, curso escolar, número de alumnos en clase y gestión del colegio; y de los padres: nacionalidad, estudios, situación laboral y estado civil.

Para realizar el cribado inicial del TDAH desde la consulta de enfermería se utilizó inicialmente el cuestionario SNAP-IV y el cuestionario correspondiente a la primera recomendación de la Guía de Práctica Clínica (GPC) según la Academia Americana de Pediatría (AAP)⁷. El SNAP-IV es una revisión de la escala de Swanson, Nolan y Pelham (SNAP), validada y adaptada a los criterios del DSM-IV para el TDAH. Incluye la evaluación de dos síntomas: inatención e hiperactividad/impulsividad. La puntuación de cada categoría se obtiene con 9 preguntas cada una y pueden ser contestadas tanto por los padres como por los profesores, existiendo diferentes puntos

de corte⁸. La valoración mediante el GPC se realiza a través de 9 preguntas⁷, resaltando la respuesta a la pregunta sobre el rendimiento académico que hace más evidente la sospecha de TDAH.

Inicialmente, ambos cuestionarios fueron rellenos por los padres, si la puntuación del SNAP-IV no sobrepasó el punto de corte y tampoco se sospechó el diagnóstico tras responder a las preguntas de la GPC, se descartó el trastorno. En cambio, aquellos en los que el cuestionario marcó una puntuación mayor que el punto de corte establecido y/o las respuestas de las preguntas de la GPC hicieron sospechar el trastorno, se entregó otro SNAP-IV para el profesor. Si la puntuación de éste no superó el punto de corte se descartó el trastorno, aunque en estos casos se realizó una consulta con el pediatra para alertar sobre la elevada puntuación obtenida y realizar controles posteriores. Si tras el tamizaje de los profesores, el resultado superó el punto de corte, se prosiguió con la evaluación del proceso y se determinó finalmente el diagnóstico o no del trastorno.

Respecto a los métodos estadísticos utilizados en este trabajo se creó una base de datos informáticos revisados por dos investigadores como control de calidad. Se analizaron con el software estadístico SPSS v15. En una primera etapa se obtuvieron los estadísticos descriptivos y se realizaron comparaciones de medias y de porcentajes. Para la estimación de diferencias de las medias entre

dos grupos independientes se utilizó el test de la t de Student previa determinación de la homogeneidad de las varianzas mediante el test de Levene. La normalidad de las variables se comprobó mediante el test de Kolmogorov-Smirnov y gráficas de distribución de frecuencias. Cuando la variable original no mostró una distribución normal, se aplicaron transformaciones matemáticas (logaritmo, raíz cuadrada, potenciación al cuadrado, etc.) para conseguir la normalidad. El grado de asociación entre dos variables se estimó mediante técnicas de regresión lineal simple, incluyendo el control de potenciales variables de confusión. Mediante la regresión logística simple se estimaron los riesgos (Odds Ratio) asociados a cada una de las variables estudiadas. En todos los modelos ajustados se verificó siempre que se cumplieran los requisitos previos aplicando los test de control correspondiente.

RESULTADOS

El 87,2% de las encuestas han sido contestadas por la madre, el 7,3% por los padres y en el 5,5% de los casos han sido respondidas por ambos conjuntamente. En ningún caso los padres se han negado a colaborar en el estudio. La muestra estudiada consta de un total de 109 individuos (59 niños y 50 niñas) de edad comprendida entre 5 y 12 años (media de edad global $7,5 \pm 2,4$ años). La mayoría de la población encuestada tiene nacionalidad española (84,4%). En segundo lugar destaca Ecuador

con un 4,6%, seguido de Rumania 3,7% y Bulgaria con un 2,8%. En cuanto a la formación académica de los padres el 57,1% tiene un nivel de estudios básicos, el 29,6% tiene estudios medios y el 13,3% tiene estudios superiores. Respecto a las madres, un 48% posee un nivel de estudios básicos, el 40% tiene un nivel medio y el 12% tiene un nivel de estudios superiores. La situación civil observada es de un 83,3% casados/as, 13% separados/as, 2,8% solteros/as y un 0,9% viudos/as. La situación laboral referida por los padres es de un 76,5% en activo, el 18,4% en paro y el 2% es pensionista, mientras que en las madres es de un 47% en activo.

En la tabla 1 se presentan los resultados obtenidos del SNAP-IV respondido por los padres correspondientes a la puntuación de inatención, hiperactividad y la suma total entre sexo. El valor medio global de todos los participantes del SNAP-IV, correspondiente a la suma total (inatención e hiperactividad) respondida por los profesores es de $1,33 \pm 0,75$, respecto a la parte de atención respondida por los profesores, el resultado ha sido de $1,52 \pm 0,84$ y el valor medio obtenido en la sección de hiperactividad ha sido $1,15 \pm 0,79$. En este caso, no se observaron diferencias estadísticamente significativas por sexo. Teniendo en cuenta los puntos de corte validados de SNAP-IV para padres, inicialmente se obtuvo que de los 109 niños que forman la muestra total, 9 (8 niños y 1 niña) sobrepasaban el punto de

corte de la escala en la suma total, 5 (todos varones) sobrepasaban los puntos de corte de inatención y 18 (15 niños y 3 niñas) sobrepasaban los puntos de corte de hiperactividad. De estos 18, se obtuvo el cuestionario por parte de los profesores de 14 participantes (una niña y 13 niños), de los cuales sólo 3 varones son sospechosos de TDAH. Siguiendo los criterios del DSM-IV los tres sospechosos tienen 6 o más síntomas en el apartado de atención y 6 o más síntomas en el apartado de hiperactividad/impulsividad, por lo que los tres se podrían considerar como subtipo combinado.

Respecto a los resultados obtenidos del SNAP-IV respondidos por padres y profesores según su relación con las variables sociodemográficas como nacionalidad de los padres, su nivel de estudios, situación laboral, número de hermanos, curso escolar y tipo de colegio no se han observado resultados estadísticamente significativos. En la tabla 2 se presentan la relación de la variable "estado civil" y la media de la puntuación del SNAP-IV respondido por los padres y los profesores. Por otro lado en la tabla 3 se compara el valor medio de la puntuación del cuestionario SNAP-IV respondido por los padres, segmentado por sexo, según estado civil de los padres.

Tras valorar la asociación de los factores ambientales, familiares y escolares de la muestra total con los sospechosos y no sospechosos según el cuestionario SNAP-IV, se ha observado un

menor riesgo de ser "No sospechoso" en el grupo de las niñas respecto a los niños en el apartado de hiperactividad $OR=0,2$; $IC\ 95\% (0,4-0,7)$ ($p=0,020$) y para la suma total, no llega a alcanzar la significación estadística ($p=0,053$). También se han obtenido un mayor riesgo de ser "Sospechoso" de TDAH en los niños que sus padres no estaban casados tanto en la sección de hiperactividad $OR=6,6$; $IC\ 95\% (1,5-28,7)$ ($p=0,012$) como en la suma total $OR=9,5$; $IC\ 95\% (1,2-76,8)$ ($p=0,034$) tras ajustar por sexo, edad, nacionalidad de los padres, formación académica, situación laboral, estado civil, número de hermanos y tipo de gestión del colegio.

Dentro de los resultados obtenidos de la Guía de Práctica clínica (GPC), al agrupar si el rendimiento escolar en "bueno" o "No bueno" se ha observado que si existen diferencias estadísticamente significativas según el sexo ($p=0,037$). Se obtuvo una media total en los encuestados de $1,36 \pm 1,86$, siendo mayor en los varones con una media de $1,85 \pm 2,17$, frente a las mujeres con una media de $0,76 \pm 1,15$ ($p=0,003$). Al comparar las medias del cuestionario GPC con las variables sociodemográficas analizadas no se observaron diferencias estadísticamente significativas.

Por último, al analizar las correlaciones existentes entre las variables del cuestionario SNAP-IV respondido por los padres y las preguntas del test de la GPC, se obtuvo un coeficiente de correla-

■ Investigación & Cuidados

ción de 0,752 ($p=0,01$) para el apartado de atención, un coeficiente de correlación de 0,533 ($p=0,01$) para el apartado de hiperactividad y un coeficiente de correlación de 0,709 ($p=0,01$) correspondiente a la suma de los dos anteriores. En la figura 1 se representa el diagrama de dispersión de puntos entre la puntuación obtenida en la suma total (hiperactividad e inatención) y el cuestionario GPC.

DISCUSIÓN

Plantearse realizar un estudio epidemiológico conlleva grandes dificultades, sobre todo cuando se trata de las enfermedades mentales. Estas dificultades residen principalmente en el ámbito metodológico al no existir un lenguaje común en cuanto a criterios diagnósticos y a la metodología en la utilización de cuestionarios. Algunos autores distinguen dos estrategias distintas para la realización de los estudios epidemiológicos: la clínica basada en la valoración de las patologías por parte de un experto en la materia y la psicométrica basada en escalas para padres y profesores⁹. Nosotros hemos elegido la segunda opción que tiene la ventaja de poder proporcionar un valor predictivo más objetivo, menor coste y tiempo, aunque conlleva todas las limitaciones propias del uso de escalas y cuestionarios.

Una limitación de la escala SNAP-IV es que no posee puntuaciones normalizadas para la edad y sexo. Este hecho, puede que influya sobre los resultados obte-

nidos en la diferenciación entre sexo, cuestión que matizaremos más adelante al hablar sobre la diferencia entre género. Otra limitación encontrada en la literatura es que el SNAP-IV hace dudar de los resultados a la hora de clasificar los casos en los tres subtipos de TDAH¹⁰. A esta limitación, se le resta importancia si tenemos en cuenta la gran controversia existente acerca de la clasificación del TDAH en subtipos. El SNAP-IV, cuenta con la ventaja de poseer puntuaciones de corte distintas para padres y profesores (puntuaciones menos exigentes para padres que para profesores). Esta ventaja influye en el posible sobrediagnóstico que se puede provocar por parte de los padres, ya que los reportes u observaciones que existen entre padres y profesores respecto a los comportamientos de los niños, difieren considerablemente y reflejan poca concordancia entre ellos¹¹. En nuestro trabajo observamos que la concordancia entre los resultados de padres y profesores es baja y aunque identificaban un mismo porcentaje de niños problemáticos, no coincidían en identificar la misma problemática. Los padres identifican mejor los problemas de conducta y síntomas emocionales y los profesores mejor los problemas de atención y baja conducta prosocial. Por ello podemos sospechar que los padres sobreestiman síntomas de hiperactividad/impulsividad subestimando los signos de inatención ocurriendo lo contrario por parte del profesorado. En nuestro estu-

dio, la discrepancia entre la información obtenida por padres y profesores, podría explicarse porque los padres, debido al reducido número de hijos que tiene no puede comparar la intensidad de las conductas hiperactivas como lo hace el profesor (ya que éste, al tener más alumnos puede comparar la intensidad de los comportamientos hiperactivos en niños de la misma edad)⁶.

Conseguir un instrumento sólido, fiable y válido ajustado a los criterios del DSM-IV para poder hacer una buen Screening del trastorno es difícil, pero debido a la correlación estadísticamente significativa encontrada sobre el SNAP-IV y las preguntas de la GPC, se podría decir que ambos cuestionarios conjuntamente, pueden servir para predecir o sospechar un TDAH precozmente. Ambos cuestionarios son muy breves, la información obtenida por ambos cumplen los criterios del DSM-IV y pueden contestarlo los padres y profesores sin ayuda de un profesional. Considerando esto, y debido a la falta de información encontrada sobre estudios similares que hayan utilizado el SNAP-IV junto con las preguntas de la GPC, será necesario realizar estudios mucho más exhaustivos de ambos cuestionarios conjuntos que permitan corroborar los resultados obtenidos, cuestión que se podrá llevar a cabo en futuras investigaciones.

La incidencia observada en nuestra muestra, está dentro del rango descrito en la bibliografía, similar tanto en población ameri-

cana como española^{3,4,5,6}. Al realizar estudios sobre incidencia y prevalencia en relación a este trastorno se deben utilizar instrumentos validados y fiables, de lo contrario los resultados pueden variar considerablemente, si se utilizan entrevistas no validadas, la incidencia del TDAH puede oscilar entre el 10% y el 20%, pero si se utilizan para los criterios diagnósticos del DSM-IV (cuyos criterios de inclusión tiene en cuenta la edad de aparición de los síntomas y la asociación de otros trastornos) la incidencia baja a un 5-10% de la población, en cambio si el diagnóstico se establece con los criterios de la CIE, el cual excluye la comorbilidad, la incidencia puede llegar a ser menor¹².

La mayoría de la bibliografía consultada coincide en afirmar que una de las principales causas que hace sospechar un TDAH es el mal rendimiento escolar, el DSM-IV obliga, para la confirmación del diagnóstico, que existan problemas escolares¹³. Esta información también se observa en los datos obtenidos en el presente estudio, siendo peor el rendimiento escolar en los niños con sospecha de TDAH que en los no sospechosos. Conductas como el rechazo o apatía ante la escuela, evitación o fracaso en áreas específicas, conductas disruptivas o negativas en algunas clases, dificultad en algunas materias son síntomas de alerta que nos deben hacer sospechar sobre posibles problemas de aprendizaje¹⁴.

En la literatura encontrada, la tendencia de la incidencia/preva-

lencia del TDAH, es mayor en los varones^{13,15,16,17}. Según los resultados del SNAP-IV obtenidos en nuestro estudio, los varones presentaron mayores puntuaciones respecto a la hiperactividad e inatención, así como en el grupo de sospechosos. La mayoría de las referencias bibliográficas apuntan a una mayor prevalencia de TDAH en los varones respecto a las mujeres, aunque algunos estudios recientes discrepan, siguen cifrando un predominio masculino del trastorno, pero postulan que en las niñas la afectación es muy similar¹⁸.

Algunos autores intentan explicar la diferencia existente entre el género a algunos factores que falsean los resultados obtenidos como que la diferencia en la odds ratio varón: mujer se deba a la menor tendencia de las niñas para acudir a los servicios sanitarios debido, seguramente, a que la afectación inicial del TDAH es menos disruptiva en la mujer que en el hombre¹⁹. En el presente estudio descartamos esta hipótesis al disponer en nuestra muestra una distribución homogénea según sexo y se mantiene el mayor riesgo entre los varones. Otras explicaciones más plausibles sobre este hecho se basan en sesgos de la observación y en las limitaciones que se derivan de la utilización de cuestionarios para el diagnóstico del TDAH. Ya hemos hablado sobre las discrepancias existentes entre la información obtenida de los padres y los maestros, pero hemos de añadir que la mayoría de los cuestio-

narios que se pasan a padres y profesores toleran mejor los síntomas del TDAH en niñas que en niños. Se sugiere que los profesores, por ejemplo, tienden a infra-diagnosticar los síntomas del TDAH en niñas, debido a la baja prevalencia de éstas en problemas de conducta². Esta cuestión queda corroborada en los resultados obtenidos en este trabajo donde se ha observado una mayor incidencia de problemas de conducta en niños que en niñas. Quintero Gutiérrez FJ concluye diciendo que el TDAH es más frecuente en el sexo femenino de los que clásicamente se consideraba, por lo que muchas niñas pasarán inadvertidas en la infancia y las complicaciones futuras aumentarán, llegando después a las consultas psiquiátricas debido a las propias complicaciones del TDAH.

De los tres subtipos que propone el DSM-IV, el subtipo combinado es el que ha predominado en nuestra población, resultados muy similares a los obtenidos en una población de Navarra donde se llevó a cabo un estudio en niños con edades comprendidas entre los 6 y 12 años de edad donde tres cuartas partes presentaban un TDAH combinado y el resto inatento²⁰.

Se ha considerado que los factores ambientales pueden llegar a explicar hasta el 20% del origen del TDAH²¹. De los factores sociodemográficos y ambientales estudiados en nuestro trabajo, destaca el estado civil de los padres, situando la desestructuración del entorno familiar debido a

las separaciones o divorcios como un factor de riesgo ambiental que predispone a problemas psicosociales y psicológicos como un TDAH^{22,5,23,24}. Además, ha sido mayor el riesgo de poseer el trastorno en varones con padres separados/divorciados que en las niñas. Como norma general, tras una separación es la figura del padre quien abandona el núcleo familiar, esta pérdida de la figura paterna podría ser vivida de distinta manera dependiendo el sexo de los niños.

Uno de los grandes problemas observados en el proceso de diagnóstico del TDAH, es la lentitud y/o el largo período de tiempo que pasa desde que un niño comienza a ser sospechoso de TDAH, hasta que es valorado por algún profesional que puede descartar o afirmar el diagnóstico, por lo tanto su tardía detección influye en el pronóstico y la evolución de estos niños. Tanto colegios como Centros de Salud, son entidades donde los niños pueden encontrar recursos para ser evaluados de un posible TDAH y la realidad es completamente distinta, la falta de coordinación entre Centros Educativos y Centros de Salud, y el déficit de profesionales cualificados que se encarguen de tratar este tipo de patologías, endentececen muy considerablemente su diagnóstico^{25,26,27}. Parte de estos problemas se podrían solventar si algún profesional sanitario se encargara de solicitar de forma rutinaria, tanto a los padres como a los profesores, informes sobre el desarrollo del niño. La enfermera

en salud escolar podría ser la figura idónea para realizar este tipo de tareas, a la vez que se fomentaría el nexo de unión entre centros escolares y centros sanitarios. De los profesionales implicados en la asistencia al niño con TDAH, la enfermera puede desarrollar importantes funciones asistenciales como: actividades de cribaje del TDAH (participando en la cumplimentación del cuestionario), atención directa del niño con TDAH (monitorizando constantes, control de adherencia al tratamiento, etc.), realizando actividades educativas a padres y profesores, etc. 28

BIBLIOGRAFÍA

- Rubió Badía I, Mena Pujol B, Murillo Abril B. El pediatra y la familia de un niño con TDAH. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2006;8(4):199-216
- Quintero Gutiérrez FJ, Correas Lauffer J, Quintero Lumbrales FJ. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida. Barcelona. 2009. Elsevier Masson.
- Cabanyes Truffino J, Polaina Lorente A. Perspectivas neurobiológicas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Med Clin (Barc)* 1992;98(15):591-594
- Dopheide JA. ADHD: Current Status of What We Know. 2001 <http://www.beachpsych.com/pages/cc34.html>
- Castells Cuixart P. Nunca quieto, siempre distraído. ¿Tendrá TDAH? (Trastorno por déficit de atención con hiperactividad). Madrid. 2006. Espasa.
- Castellana Rosell M, Just Linares R, Just Riera M. Prevenció del TDAH en la primera infància des d'un centre d'atenció primària. *Pediatría Catalana* 2007;67:167-172.
- American Academy of Pediatrics. Committee on Quality Improvement, Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Clinical Practice Guideline. Diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* 2000;105:1158-1170.
- Swanson J, Nola E, Pelma W. The SNAP-IV Rating Scale. 1983. <http://www.adhd.net>
- DuPaul G, Power JT, Anastopoulos AD, Reid R. ADHD-Rating Scales DSM-IV for parents and teachers. New York. 1998. Guilford Press.
- López Villalobos JA, Rodríguez Molinero L, Sacristán Martín AM, Garrido Redondo M, Martínez Rivera T. El psicólogo clínico y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad: vinculación con el pediatra. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2006;8(4):157-173.
- Cáceres J, Herrero D. Cuantificación y análisis de la concordancia entre padres y tutores en el diagnóstico del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Rev Neurol* 2011;52(9):527-535.
- Mediavilla García C. Neurobiología del trastorno de Hiperactividad. *Rev Neurol* 2003;36(6):555-565.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition-text revision (DSM-IV-TR). 2000 Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Rodríguez-Salinas Pérez E, Navas García M, González Rodríguez P, Fominaya Gutiérrez S, Duelo Marcos M. La escuela y el trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2006;8(4):175-198.
- Vidal B. Estimación de la prevalencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. 2001 <http://www.monografias.com/cgi-bin/search.cgi?substrng=0&bool=and&query=TDAH>
- García García MD, Prieto Tato LM, Santos Borbujo J, Monzón Corral L, Hernández Fabián A, San Feliciano Martín L. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: un problema actual. *An Pediatr* 2008;69(3):244-250.
- Sánchez CR, Díaz F, Ramos C. Trastorno por déficit de atención/hiperactividad.

ractividad en la adolescencia: valoración de la escala EDAH. Rev Neurol 2010;51:337-346.

18. Cardo E, Bustillo M, Riutort L, Bernad MM, Meisel V, García Banda G, Servera M. ¿Cuál es la combinación de síntomas según padres y maestros más fiable para el diagnóstico de TDAH? Anales de Pediatría 2009;71(2):141-147.

19. Biederman J, Faraone SV. The Massachussets General Hospital studies of gender influences on attention-deficit/hyperactivity disorder in youth and relatives. Psychiatr Clin North Am 2004;27:225-232.

20. García Jiménez MC, López Pisón J, Blasco Arellano MM. El pediatra de atención primaria en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Planteamiento tras un estudio de población. Rev Neurol 2005;41:75-80.

21. Ramos Quiroga J, Bosch R, Casas M. Comprender el TDAH en adultos. Barcelona. 2009. Amat.

22. Barkley RA. Taking Charge of ADHD. New York. 2000. The Guilford Press.

23. Fernández Pérez M, López Benito MM (). Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad: evaluación en la consulta pediátrica. Rev Pediatr Aten Primaria 2006;8(4):11-24.

24. Díaz Atienza J. Manual hiperactividad infantil. Psiquiatría infantil. Asociación Andaluza de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil. 2010. <http://adolescenciaantisocial.blogspot.com/2010/08/manual-hiperactividad-infantil-joaquin.html>

25. Martínez González C. Los problemas de salud mental. Un reto para el pediatra. Rev Pediatr Aten Primaria 2002;4(13):139-144.

26. Fernández Pérez M, López-Benito MM. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: ¡al abordaje! Rev Pediatr Aten Primaria 2004;6:421-432.

27. Artigas Pallarés J. El trastorno de déficit de atención/hiperactividad en la consulta del pediatra. Algunas sugerencias. Rev Pediatr Aten Primaria 2006;8(4):115-133.

28. Fernández Pérez M, Hidalgo Vicario I, Lora Espinosa A, Sánchez Santos L, Rodríguez Molinero L, Eddy Ives L et al. La atención primaria y el trastorno evidencias para la puesta en práctica. 2009. Asociación Civil de Investigación y desarrollo en Salud (ACINDES).

TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Resultados del SNAP-IV respondidos por los padres

PADRES	♂ (n= 59)	♀ (n=50)	TOTAL (n=109)	p
	Valor medio (DT)	Valor medio (DT)	Valor medio (DT)	
ATENCIÓN	0,66 (0,68)	0,40 (0,36)	0,54 (0,56)	0,016
HIPERACTIVIDAD	0,85 (0,81)	0,53 (0,48)	0,70 (0,69)	0,018
SUMA TOTAL	0,76 (0,68)	0,47 (0,37)	0,62(0,58)	0,09

p: valor de probabilidad en la comparación entre sexo; prueba de la t de Student

Tabla 2. Resultados medias obtenidas de las respuestas del SNAP-IV de los padres y profesores según estado civil de los padres.

PADRES		VALOR MEDIO (DT)		P
		CASADOS	NO CASADOS	
PADRES	ATENCIÓN	0,48 (0,51)	0,88 (0,74)	0,006
	HIPERACTIVIDAD	0,65 (0,69)	0,95 (0,74)	0,100
	TOTAL	0,57 (0,55)	0,91 (0,68)	0,020
PROFESORES	ATENCIÓN	1,37 (0,78)	2,04 (1,01)	0,240
	HIPERACTIVIDAD	1,10 (0,78)	1,33 (0,97)	0,668
	TOTAL	1,23 (0,73)	1,69 (0,92)	0,384

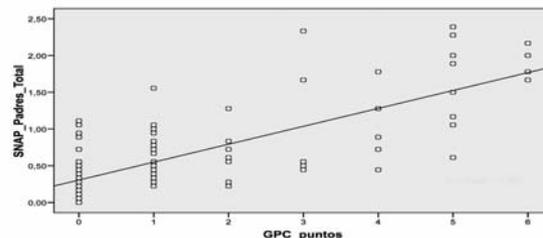
p: valor de probabilidad en la comparación entre grupo; prueba de la t de Student

Tabla 3. Resultados medias obtenidas de las respuestas del SNAP-IV padres, segmentado por sexo, según estado civil de los padres.

PADRES	NIÑOS			NIÑAS		
	VALOR MEDIO (DT)		P	VALOR MEDIO (DT)		P
	CASADOS	NO CASADOS		CASADOS	NO CASADOS	
ATENCIÓN	0,56 (0,60)	1,10 (0,84)	0,017	0,39 (0,35)	0,52 (0,37)	0,345
HIPERACTIVIDAD	0,75 (0,81)	1,30 (0,71)	0,042	0,55 (0,49)	0,40 (0,41)	0,426
TOTAL	0,65 (0,66)	1,20 (0,68)	0,016	0,47 (0,38)	0,46 (0,35)	0,955

p: valor de probabilidad en la comparación entre grupo; prueba de la t de Student

Figura 1. Diagrama de dispersión de puntos entre la puntuación obtenida en la suma total y el cuestionario GPC.



Ultraduathlon Solidario

Autor: Inés Velasco Serna

kurko_455@yahoo.es

Hay un lugar en el mundo muy parecido a muchos otros lugares. En ese lugar hay pobreza, hambre, marginación social,... Y es en ese lugar donde la ONG Oasis realiza su labor desde hace diez años. En Togo, África, existe un centro llamado Don Orione de Bombouaka en el que la gente de esta ONG le da otra oportunidad a todos esos niños con algún tipo de defecto que les impide hacer una vida normal. Labio leporino y problemas del aparato locomotor por los que son marginados socialmente. En este centro son operados y rehabilitados hasta que pueden volver a formar parte de la sociedad.



Es por esta gran labor, realizada con optimismo y ganas, y porque esta ONG no pretende llamar la atención con imágenes duras e impactantes, sino con las sonrisas de aquellas personas a las que han podido ayudar; por lo que la ONG Solidaridad como Meta decidió realizar el Reto de este año en favor de la misma. Así que nos pusimos “manos a la obra”, marcamos los objetivos y empezamos a hacer todos los preparativos.

Enviamos muchos e-mails para buscar patrocinadores o entidades que quisieran colaborar con nosotros. Tras unos meses, todas las respuestas habían sido negativas y nos planteamos abandonar el Reto. Pero recordamos la razón por la que habíamos decidido hacer este Reto y, tras una reunión de urgencia, todos los deportistas participantes en él estuvimos de acuerdo en seguir adelante aunque lo tuviéramos que costear todo nosotros. Fue en ese momento cuando apareció la entidad que nos permitió llevarlo a cabo. DYA nos prestó sus furgonetas durante los días que durara el Reto. Después se empezaron a suceder las

buenas noticias y aparecieron más colaboradores que quisieron ayudarnos en esta empresa (Hospital Vinalopó, Abat, Restaurante Martino, ARCE, Raidermanía Elx, Ciclos Sansano, Tribu comunicación, Universidad Miguel Hernández de Elche, Buff, Lorpen, ZipVit, Ayuntamiento de Elche) y con esto, ya sólo nos quedaba prepararnos.

Entrenamos muy duro durante 6 meses pues la distancia a cubrir iba a ser grande y lo haríamos contrarreloj. Lo que no podíamos haber previsto era que las inclemencias del tiempo iban a hacer de este viaje un verdadero Reto.



Tras muchos preparativos, ausencias y lesiones de última hora; nuestra “expedición” salía en bici desde Elche el jueves 28 de marzo a las 9:00 de la mañana.

Nuestra intención era llegar a Santiago de Compostela por el camino de Santiago el domingo a las 17:30 después de haber recorrido casi 1200 km sin parar. Dividimos a los corredores en 3 equipos y fuimos haciendo relevos de forma que siempre hubiera, como mínimo, dos corredores en marcha. Así mismo, dividimos el recorrido en diez etapas y alternamos etapas de bicicleta de montaña y carrera a pie. Etapas:

1. ELCHE – ALBACETE 167 km en bicicleta. Desnivel de 1430 m
2. ALBACETE – LA RODA: 40 km corriendo. Desnivel de 210 m
3. LA RODA – ALMONACID DE TOLEDO: 175 km en bicicleta. Desnivel de 607 m
4. ALMONACID DE TOLEDO – RIELVES: 51 km corriendo. Desnivel de 450 m

5. RIELVES – ARÉVALO: 165 km en bicicleta. Desnivel de 2253 m
6. ARÉVALO – VILLALPANDO: 122 km en bicicleta. Desnivel de 660 m
7. VILLALPANDO – VILAFRANCA DEL BIERZO: 168 km en bicicleta. Desnivel de 1540 m
8. VILAFRANCA DEL BIERZO – O CEBREIRO: 30 km corriendo. Desnivel de 1116 m
9. O CEBREIRO – MONTE DO GOZO: 175 km en bicicleta. Desnivel de 2523 m
10. MONTE DO GOZO – SANTIAGO DE COMPOSTELA: 5 km. Llegada todos juntos.

Las borrascas que nos encontramos por toda España nos impidieron cumplir los horarios previstos. Por suerte, nuestros corredores estaban preparados y dispuestos a afrontar cualquier imprevisto. A la altura de Valladolid el retraso acumulado era de más de 6 horas, el mal estado de los caminos dificultaba enormemente el avance de los equipos, la situación climatológica seguía empeorando y la noche se nos echaba encima. Nos planteamos la posibilidad de no seguir esa noche y retomar al día siguiente, ya con luz. Pero estos valientes no estaban dispuestos. “Ya sabíamos que era un Reto no unas vacaciones”. Así que se subieron a sus bicis y, contra todo pronóstico, incluso recuperaron tiempo. A partir de aquí el tiempo mejoró, los caminos estaban mejor preparados y pudimos disfrutar de unos paisajes preciosos.



Los corredores, no contentos con la cantidad de kilómetros que les correspondía, se ofrecían a ayudar a los demás equipos “haciendo algún kilometrico más”. Los puntos de relevo eran una fiesta de alegría y admiración mutua. Lo estábamos consiguiendo...



La llegada a la Plaza del Obradoiro en Santiago de Compostela, rodeados de nuestros amigos y familiares, con tan sólo dos horas de retraso sobre el horario previsto; fue una celebración de abrazos y felicitaciones. Algunos aún no nos creíamos que fuera verdad.

Esa noche cenamos por fin todos juntos y compartimos nuestras experiencias, a pesar del cansancio. Habíamos compartido tantos días de tensión, el mal tiempo, la falta de sueño, la superación física y, sobre todo, habíamos conseguido realizar el Reto Solidario con el que íbamos a ayudar a esas personas tan luchadoras, o más que nosotros, e íbamos a formar parte (por muy pequeña que fuese) de su nueva oportunidad. Y nos sentíamos felices y satisfechos. Por esto, recuerda:



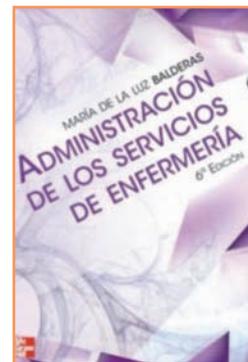
nuestro RETO
+
tu AYUDA
=
su ESPERANZA

ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA

BALDERAS

Editorial: McGraw/Interamericana de España, S.A. 2012

Esta sexta edición ha sido preparada para complementar los conocimientos de los textos tradicionales sobre administración. 'Pretende clarificar conceptos y definir los servicios de enfermería, entendidos como acciones específicas de los procesos en el área, a partir de la satisfacción de necesidades de clientes reales o potenciales. 'Incluye herramientas diseñadas para aprender y ser aplicables en la administración de servicios de enfermería. El texto está organizado en tres partes. La primera parte contiene aspectos relativos a la evolución y teoría general de la administración, modelos administrativos, técnicas e instrumentos. La segunda parte aborda la administración de la atención médica, entendida como una actividad productiva planteando como aspecto novedoso, los procesos de la administración de servicios. La tercera parte contiene temas sobre administración estratégica, incluyendo el desarrollo de una visión estratégica y elaboración del plan respectivo, así como el papel de la ética en la administración estratégica. Además contiene ejemplos de diseños de investigación cualitativa y cuantitativa.



PENSAMIENTO CRÍTICO Y JUICIO CLÍNICO EN ENFERMERÍA

(incluye evolve) Un enfoque práctico para un pensamiento centrado en los resultados

Autor: Alfaro-Lefevre, R

Editorial: ELSEVIER-MASSON. 4ª ed. © 2009

Esta obra presenta de manera exhaustiva los elementos imprescindibles que intervienen en el pensamiento crítico en general, y de forma particular en el ámbito competencial de la enfermería, que sustentan por una parte el pensamiento crítico enfermero y, por otra, el juicio clínico. La autora analiza estos conceptos en los diferentes escenarios profesionales, aportando una actualización respecto el pensamiento enfermero y las necesidades actuales de la profesión, como es la práctica basada en la evidencia científica enfermera. El tema abordado es de gran actualidad y muy oportuno en el ámbito español de la formación universitaria, puesto que la reforma de Bolonia prevé el diseño de los curriculum profesionales a partir de las competencias del alumno, y parte de estas competencias giran en torno a las capacidades de razonamiento crítico y juicio clínico



7ª REUNIÓN DE INVIERNO DE LA ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA (AEC)**Fecha:** 10 y 11 octubre**Lugar:** Alicante**Información:** <http://enfermeriacomunitaria.org>**XI CONGRESO DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA****Fecha:** 9, 10 y 11 octubre de 2013**Lugar:** Bilbao**Información:** Tlf.: 944 06 12 03www.aptb.org/congreso; aptb@aptb.org**IV CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA Y SALUD ESCOLAR "ENFERMERA ESCOLAR: SIN PRIMA DE RIESGO PARA LA SALUD"****Fechas:** 17, 18 y 19 de octubre de 2013**Lugar:** Gerona**Más información:**<http://congre-sosc3girona.wordpress.com/>
congresosce3girona@gmail.com**Organiza:** Sociedad Científica Española de Enfermería Escolar (SCE3) www.sce3.com**18º CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA HEMATOLÓGICA****Fecha:** 17 al 19 de octubre de 2013**Lugar:** Córdoba**Información:** Tlf.: 690 66 87 16 / 954 12 52 77;www.aneh.es; cordoba2013@aneh.essecretaria@aneh.es**XX CONGRESO NACIONAL DE DERECHO SANITARIO****Fecha:** 17, 18 y 19 de octubre de 2013**Lugar:** Madrid**Información:** www.aeds.org**7º CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN NACIONAL DE ENFERMERÍA COORDINADORA EN RECURSOS MATERIALES (ANECORM)****Fecha:** del 6 al 8 de noviembre de 2013**Lugar:** Barcelona**Información:** Tlf.: 902 190 848; fax: 902 190 850sanicongress@anecorm.org; www.anecorm.org**V CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA****Fecha:** 8 al 9 de noviembre de 2013**Lugar:** Madrid**Información:** www.aeed.comwww.congreso.aeed.com; aeed@viajeseci.es**II JORNADAS CIENTÍFICAS SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SIMULACIÓN CLÍNICA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (SESSEP)****Fecha:** 8 y 9 noviembre de 2013**Lugar:** Madrid**Información:** Tlf.: 973 27 11 62www.sessep.es; secretaria@ipcongressos.com**XVII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA****Fecha:** 12 al 15 de noviembre de 2013**Lugar:** Lleida**Información:**<http://encuentros.isciii.es/lleida2013/>**I JORNADA MULTIDISCIPLINAR DE SUELO PÉLVICO DE LA COMUNIDAD VALENCIANA****Fecha:** 22 de noviembre de 2013**Lugar:** Valencia**Información:**

Inscripciones a partir 5 de septiembre:

www.colfisiocv.es**9ª JORNADA DE ENFERMERÍA****Fecha:** 29 de noviembre de 2013**Lugar:** Barcelona.**Información:** Tlf: 93 227 47 09; www.dexeus.comwww.fundaciondexeus.org;symposium2013@dexeus.com**35º CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA****Fecha:** 7, 8 y 9 de mayo de 2014**Lugar:** Murcia**Información:** Tlf.: 981 216 416; fax: 981 217 542www.enfermeriaencardiologia.comwww.congrega.es; congrega@congrega.es

Salud en Red. Lenguaje audiovisual en educación para la salud

El Blog de Rosa. *Pérez Losa, R*

kurko_455@yahoo.es

RESUMEN

Las TIC nos ofrecen herramientas que ayudan a mejorar la calidad en la asistencia sanitaria. El canal de comunicación con el usuario debe adecuarse a los nuevos tiempos, hablar otro lenguaje es posible. Como profesional sanitario he encontrado una nueva forma de comunicar que no está siendo utilizada de esta manera en nuestro país, el vídeo.

Por otro lado, el uso de Internet se ha generalizado y han aumentado las búsquedas relacionadas con la salud, de tal manera que la elaboración de contenidos audiovisuales accesibles y fiables es esencial. Desde hace tiempo, Google ya ofrece resultados de vídeos en sus búsquedas.

El propósito de nuestros vídeos es educar en salud, en el autocuidado. No sustituyen al profesional sanitario, sino que lo complementan, ofreciendo una herramienta para la autonomía personal. Los vídeos, ya han empezado a ser prescritos como link a pacientes por otros profesionales de la salud.

El Blog de Rosa. Lenguaje audiovisual en educación para la salud

Estamos en una sociedad en red, en la que Internet ha cambiado muchos conceptos, como compartir, aprender, colaborar, entre otros.

También el concepto salud está sufriendo una transformación, pasando de un modelo donde el médico tomaba las decisiones sobre la salud de los pacientes, a un modelo donde el usuario toma sus propias decisiones y se informa sobre temas de salud, un modelo de promoción del autocuidado.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística, de la encuesta sobre el uso de las TIC del 2011, más del 63% de los hogares españoles disponen de conexión a Internet. (1)

Y un estudio internacional que analiza el papel de la salud en Internet nos ofrece datos de uso de la red

para consultas de salud: en España un 72% utiliza la red para resolver dudas sobre su propia salud. (2)

¿Y donde podemos buscar información de salud?

Nos encontramos con páginas impulsadas por instituciones, hospitales, universidades, concejalías, el ministerio de salud, colegios profesionales, etc. que ofrecen consejos de salud, cuyo propósito es promover la salud y el autocuidado.

Por ejemplo, encontramos información sobre salud en las Web de Hospital de nens, escuela de pacientes, red ciudadana de formadores, Infermera virtual, informarse es salud, universidad de pacientes, forum clínic, sant Joan de Deu, SNS, OPIMEC, entre otras.

Y también en redes sociales donde se habla con pacientes sobre temas de salud. (3)

Algunas redes sociales dedicadas a la salud son estudiabetes, coenca, salupedia, patientslikeme, mycancerplace, vivu, caringvoices, qoolife, cuidadoras.net o el proyecto fresneda.

El blog 'Somos medicina', editado por Aitor Guitarte, ha hecho una recopilación de blogs de temática sanitaria en español y hasta la fecha tiene registrados 435. Y esa cifra aumenta día a día. (4)

Entre ellos, blogs que realizan promoción de la salud, como:

Cuidando, cómetelasopa, la consulta del Dr casado, y muchos más.

Incluido mi videoblog. Yo edito el videoblog de cuidados y primeros auxilios elblogderosa.es, que os invito a conocer. (5)

De la mano de las redes sociales nos adentramos en nuevas definiciones para conceptos como: social, comunidades, audiencia, aprendizaje, compartir, media entre otros. (6)



Estamos en un mundo en red, comunicado a través de redes sociales.

Como lo están los mensajes de autocuidados que ofrecen otros blogs de salud, páginas con consejos de salud, del ministerio de sanidad, o la propia biblioteca cochrane, centros de salud, instituciones, fundaciones, universidades, concejalías, proyectos colaborativos, o mis vídeos

Aplicaciones y juegos en facebook como heatseeker (para pacientes con diabetes)

También encontramos ejemplos de promoción de la salud en twitter.

Con más de 50 millones de tuits diarios, y 300 mil nuevos registros al día, es muy difícil hacer una lista de los usuarios que promocionan la salud. Hay muchísimos.

Podemos usar herramientas sociales que promocionan la salud como RunKeeper, creadas para ser usadas en las redes sociales.

Es una aplicación para smarthphone que registran tus actividades deportivas: correr, ir en bici, caminar... y se sincronizan con tus redes sociales.

Uso el vídeo para hacer promoción de salud porque el lenguaje audiovisual es el más sencillo, ayuda en la comprensión de conceptos más complejos y es una herramienta útil en educación sanitaria.

Existen muchas plataformas donde encontrar vídeos, algunas dedicadas exclusivamente al vídeo sanitario, como el caso de IcYou

Pero sin duda el rey es YouTube, con más de 60 horas de vídeos subidos por minuto y cuatro billones de vídeos reproducidos a diario.

Es ahí donde las campañas de promoción de la salud pueden tener mayor impacto.

El propósito de mis vídeos educativos es aportar en la sostenibilidad de nuestro saturado sistema de salud. Los vídeos pretenden educar en salud, en el autocuidado.

Las búsquedas en Internet sobre temas relacionados con la salud y los cuidados aumenta día a día. El nuevo paciente empoderado (corresponsable con su salud) prioriza la necesidad de estar informado y no siempre consulta a un profesional sanitario para ese fin. (7)

Los profesionales sanitarios debemos proporcionar en Internet contenidos de calidad y aportar valor para que las búsquedas sobre salud den los mejores resultados.

Las búsquedas de Google ya incluyen vídeos en sus resultados globales. La necesidad de aportar contenidos audiovisuales de calidad que sean sencillos y útiles, realizados con un lenguaje adaptado al público receptor es evidente.

Método audiovisual para acercar el autocuidado a las personas es un método innovador en España que ya se usa con éxito en otros países. Es una forma sencilla, útil y eficiente para acercar la salud a la población. (8)

En los vídeos también indico cuándo se debe acudir a un centro de salud o al hospital, dando herramientas a las personas para que sepan utilizar de una manera más eficiente el sistema sanitario, porque forma parte del autocuidado saber cuándo se debe pedir ayuda.

Salud 2.0 es un cambio de actitud, la oportunidad de promover la salud y de dar autonomía a la persona educándola en su autocuidado. Es una oportunidad de conseguir un sistema más eficiente para todos.

¿Podemos o debemos seguir haciendo las cosas de la misma forma?

BIBLIOGRAFÍA:

1. Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de la Información y Comunicación en los hogares. Instituto Nacional de Estadística. 2011
2. The Cocktail Analysis, "Informe de resultados Observatorio de Redes Sociales", segunda oleada, enero de 2010 y tercera oleada, febrero de 2011.
3. Las Redes Sociales en Internet. Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información. Diciembre 2011.
4. Somos Medicina (Internet) Actualización: Blogs sanitarios en español (citado marzo de 2010) Disponible en: <http://www.somos-medicina.com/2010/03/actualizacion-blogs-sanitarios-en.html>
5. El Blog de Rosa. Salud en Red. (Internet) El Blog de Rosa (citado febrero 2011) Disponible en: <http://www.elblogderosa.es/elblogderosa/elblogderosa/>
6. Traver V, Fernández-Luque L. El ePaciente y las redes sociales. Fundación Vodafone España. Libro electrónico consultado el 20/03/12 en <http://www.salud20.es/>
7. Máñez Ortiz, Miguel Ángel. Buscando al ePaciente Español. ENE. Revista de Enfermería 5(2):66-67, ago 2011. Monográfico Enf 2.0. Disponible en <http://enfermeros.org/revista>
8. Annelise L. Dawson, Ashley A. Hamstra, et al Online Videos to promote sun safety: results of a contest. Dermatology Reports. 2011, volume 3:e9

Sabadell
Professional



Una cosa es decir que trabajamos en PRO de los profesionales colegiados. Otra es hacerlo:

Cuenta Expansión PRO.

Te abonamos el 10% de tu cuota de colegiado*.

0

comisiones de administración y mantenimiento.

+ 3%

de devolución de tus principales recibos domésticos, hasta un máximo de 20 euros al mes.

+ Gratis

la tarjeta de crédito y de débito.

+ 1.300

Más de

oficinas a su servicio.

Al fin y al cabo, somos el banco de las mejores empresas. O lo que es lo mismo, **el banco de los mejores profesionales: el tuyo.**

Llámenos al **902 383 666**, organicemos una reunión y empecemos a trabajar.

sabadellprofessional.com

*Hasta un máximo de 100 euros al año.

El banco de las mejores empresas. Y el tuyo.

