



Investigación & Cuidados

Revista de la Organización Colegial
de Enfermería de la Comunidad Valenciana

1^{er} Cuatrimestre 2011, Vol. 9, N^o. 19



ARTÍCULOS ORIGINALES

- Conocimientos y actitudes en sexualidad de los estudiantes de 4^o de ESO en la comarca del Alto y Medio Vinalopó (Alicante)
- Población inmigrante como cuidadores no profesionales, ¿modifican el perfil?
- Violencia de género y Enfermería ¿Es una opción o un deber formarse para actuar ante ella?

ARTÍCULO ESPECIAL

- Utilidad de los sistemas audiovisuales en resonancia magnética como alternativa a la sedación en pacientes pediátricos

ENFERMERIA Y SOCIEDAD

- Habilidades de comunicación como herramienta de éxito personal

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

AGENDA DE ENFERMERÍA

ENFERMERÍA EN LA RED

DIRECTOR:

José Antonio Ávila Olivares

SUBDIRECTOR:

Francisco Pareja Llorens

COMITÉ EDITORIAL

Coordinación: Elena Ferrer Hernández

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

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

Ascensión 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

Tif. 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

SUMARIO

EDITORIAL 3

NORMAS DE PUBLICACIÓN 5

ARTÍCULOS ORIGINALES

Conocimientos y actitudes en sexualidad de los estudiantes de 4^o de ESO en la comarca del Alto y Medio Vinalopó (Alicante) 6

Gerardo Arroyo Fernández

Alfonso Jiménez López

Alejandro Cremades Bernabeu

M^a Angeles Dura Berenguer

M^a del Remedio Yañez Motos

Josefa Hernández García

M^a Rosario Badenes Catalá

Población inmigrante como cuidadores no profesionales, ¿modifican el perfil? 11

Inés González Sánchez

Cristina Peydró Navarro

Violencia de género y Enfermería

¿Es una opción o un deber formarse para actuar ante ella? 19

Lucía del Carmen Bou Ramón

Vanessa Ferrer Folguera

Carmen Martín Torres

ARTÍCULO ESPECIAL

Utilidad de los sistemas audiovisuales en resonancia magnética como alternativa a la sedación en pacientes pediátricos 25

Joaquín Bosque Hernández

Rubén Hinarejos Monleón

ENFERMERÍA Y SOCIEDAD

Habilidades de comunicación como herramienta de éxito personal 32

Jesús Sánchez Martos

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA 41

AGENDA DE ENFERMERÍA 42

ENFERMERÍA EN LA RED 43

Diseño, maquetación e impresión:

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

La bioseguridad, una garantía y un derecho para Enfermería

Las normas de bioseguridad están destinadas a reducir el riesgo de transmisión de microorganismos de fuentes reconocidas o no reconocidas de infección en los servicios sanitarios vinculadas a accidentes por exposición a sangre y fluidos corporales. Precisamente los datos demuestran que Enfermería es la principal víctima de pinchazos accidentales con jeringuillas e instrumental corto punzante, que pueden provocar la transmisión de más de 20 virus potencialmente mortales, entre otros, el de la hepatitis B, la hepatitis C y el VIH/sida.

Recientemente el Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA) y la Dirección General de Calidad y Atención al Paciente de la Conselleria de Sanidad, han organizado en Valencia dos jornadas profesionales sobre Seguridad Clínica “La seguridad del paciente comienza por el profesional sanitario” y de “Aproximación a la normativa europea

sobre bioseguridad” con el objetivo de sensibilizar a los profesionales de Enfermería sobre esta materia.

En este sentido, la Directiva 2010/32/UE que aplica el Acuerdo Marco para la prevención de las lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector hospitalario y sanitario obligará a todos los miembros de la Unión Europea a implantar este tipo de mecanismos antes del 11 de mayo de 2013.

Para hablar sobre este tema, en esta ocasión, hemos invitado a participar en el Editorial al enfermero y coordinador del Grupo de Trabajo en Riesgo Biológico del CECOVA, José Antonio Forcada Segarra, que, es, sin lugar a dudas, uno de los profesionales sanitarios de la Comunidad Valencia que más implicado está en la difusión.

José Antonio Ávila
Director de la revista

La bioseguridad, una garantía y un derecho para Enfermería



Cada vez podemos ver más claro que nuestra profesión necesita de una importante adaptación a la nueva realidad, necesitamos estar mejor formados, necesitamos un reciclaje casi continuo a las nuevas aportaciones basadas en evidencias científicas y asumir que nuestro trabajo debe orientarse al paciente, a sus cuidados y a que estos cuidados sean de la máxima calidad.

Ha mencionado el director de la revista la organización, recientemente, de dos actividades científicas en las que el CECOVA ha querido subrayar una vez más su compromiso con el paciente, con el usuario de los servicios sanitarios, y por supuesto, con el profesional de enfermería.

Hemos hablado de dos conceptos que van irremediabilmente unidos, la seguridad del paciente, la calidad de nuestro trabajo para evitarle daños, y la seguridad del propio profesional sanitario, la calidad de su trabajo para consigo mismo.

Ha llegado el momento de decir basta, de conocer y asumir nuestro propio riesgo que se genera en nuestra intervención, y de buscar soluciones para que este riesgo no repercuta de manera negativa en nuestra intervención para con el paciente. Un entorno de trabajo agradable y seguro repercute positivamente en nuestra actividad.

Sabemos que son los riesgos biológicos los que de manera más negativa pueden afectar a nuestra salud. Los pacientes pueden ser nuestra fuente de infección, por lo que debemos estar preparados para adoptar medidas que

■ Investigación & Cuidados

minimicen este riesgo. Pero no podemos olvidar nunca que nosotros podemos ser fuente de infección de nuestros pacientes, con lo que su riesgo se verá incrementado y puede ser que nuestra actuación sea causa de daños graves e incluso de muerte.

Podemos comenzar pensando que nos encontramos posibilidades de riesgo en múltiples escenarios. Cada vez que podemos entrar en contacto con sangre y fluidos de nuestros pacientes entramos en situación de riesgo. Cada vez que respiramos en contacto con pacientes con procesos infecciosos respiratorios entramos en riesgo. Y nuestras manos y los objetos que manipulamos generan riesgo para el paciente y para nosotros mismos.

En una verdadera aberración seguir negando la realidad, el sanitario es responsable de múltiples procesos infecciosos ligados a su actividad. Eso es una muy mala noticia. Pero saber que disponemos de recursos para evitar esas situaciones es una muy buena noticia.

Sabemos que podemos intervenir de tres maneras complementarias para mejorar nuestra situación:

- La formación continua y la actualización de conocimientos, obligatoria ética y legalmente para ser un buen profesional
- La aplicación de prácticas de trabajo seguras y protocolos de actuación, una obligación y una necesidad para alcanzar la calidad en nuestro trabajo.
- La utilización de materiales, utensilios y medidas preventivas que minimicen o eliminen la exposición.

Dentro de este último apartado, hablamos de medidas de barrera (lavado de manos, uso de guantes, mascarillas, protectores faciales, protección respiratoria, batas, etc), hablamos de inmunoterapia (vacunas necesarias y éticamente obligatorias en los sanitarios) y de los materiales que incorporan mecanismos de protección biológica.

La publicación de la Directiva 2010/32/UE es un paso más, importante, pero un paso más para crear esa obligatoriedad de sustituir los materiales peligrosos por los protegidos. Hace ya tiempo que amparados por otras legislaciones existentes (Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales, Real Decreto 664/1997 de protección de los trabajadores frente a riesgo biológico) hemos iniciado un camino, una lucha frente a los pinchazos accidentales.

¿Estamos preparados para este cambio total?. Deberíamos estarlo, pero aún nos hace falta un cambio de actitud. Empezando por nuestros directivos, especialmente por los gestores de enfermería. Disponemos de los recursos, sabemos el daño que vamos a evitar, sabemos de la satisfacción que vamos a producir a nuestros trabajadores, sabemos que vamos a mejorar la calidad de nuestro trabajo, sabemos de la mejora en la seguridad del paciente y del sanitario. Entonces, ¿Por qué no se da ese paso?

Desde el CECOVA sabemos que podemos hacer mucho más de lo que hemos hecho hasta ahora, y nuestro compromiso con la profesión nos obliga a ser mucho más exigentes con la administración sanitaria. Una editorial refleja la línea de pensamiento de una organización, y esta debe ser nuestra línea, de lucha diaria y de apoyo al trabajador, el enfermero y a la enfermera. Todos debemos dar un paso adelante en esta lucha y durante los próximos tiempos vamos a trabajar en esta línea.

Pero somos conscientes que debemos contar con el apoyo y el trabajo de todos y cada uno de los profesionales de enfermería, y para ello debemos pedirselo y demostrarles que estamos a su lado en esta reivindicación. Pero cada uno cada día en su trabajo debe iniciar este cambio propuesto. Entre todos podemos hacerlo y debemos ser exigentes cada día.

Agradecer el apoyo que desde el CECOVA se nos da día a día y la oportunidad que se me ha brindado en este Editorial para hacer esta reflexión.

José Antonio Forcada Segarra

Coordinador del Grupo de Trabajo en Riesgo Biológico del CECOVA

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

- En general la extensión máxima de los trabajos no debe exceder 15 folios a doble espacio con letra Times o Arial. Tamaño 12 puntos. En el procesador de textos Word de Microsoft.
- La extensión máxima del trabajo será de 12 folios para originales y revisiones y 4 folios para cartas al director.
- Se admiten un máximo de 5 ilustraciones separadas y numeradas a parte del texto.
- Se admiten un máximo de 6 firmantes o un nombre de grupo de investigación.
- Se enviarán al comité editorial 3 copias impresas y un disquette de 3'5 o CD.
- 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.
- Cada sección del trabajo ha de comenzar con una nueva página.

- En la primera página deberá aparecer: título, autores con nombre completo y centro de trabajo, dirección para la correspondencia y e-mail.
- En 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, 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.html>)

En las páginas sucesivas aparecerá el texto:

- 1.- Si se trata de un artículo original:
 - Introducción: propósito estudio y justificación.
 - Material y métodos, Sujetos y métodos.
 - Resultados.
 - Discusión.
 - Bibliografía.
- 2.- Si se trata de revisiones o trabajos conceptuales:
 - Introducción.
 - Desarrollo del tema a analizar.
 - Conclusiones del análisis.
 - Bibliografía empleada.
- 3.- 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 y así como los autores responder.

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).

ILUSTRACIONES, FIGURAS Y TABLAS

Se entenderán como figuras las fotografías y las gráficas o esquemas. Ambos elementos irán numerados de forma correlativa y conjunta como figuras.

- 4.1. Las fotografías se seleccionarán cuidadosamente, procurando que sean de buena calidad y omitiendo las que no contribuyan a una mejor comprensión del texto. El tamaño será de 9x 12 cm. Es muy importante que las copias fotográficas sean de calidad inmejorable para poder obtener así buenas reproducciones. Las fotografías se reproducirán en blanco y negro. No obstante, previo acuerdo económico con la editorial se admiten ilustraciones en color, caso en el que se recomienda el envío de diapositivas. Las fotografías irán numeradas al dorso mediante una etiqueta adhesiva, indicando además el nombre del primer autor, con una fecha se señalará la parte superior, debe procurarse no escribir en el dorso ya que se producen surcos en la fotografía. Se presentará por separado, dentro de un sobre y los pies de las misas deben ir mecanografiados en hoja aparte.
- 4.2. Las gráficas se dibujarán con tinta china negra, cuidando que el formato de las mismas sea de 9x12 cm. o un múltiplo. Se tendrán en cuenta las mismas normas del apartado 4.1. para las fotografías,
- 4.3. Tablas. Se presentarán en hojas aparte que incluirán: a) numeración de la tabla b) enunciado (título) correspondiente, y c) una sola tabla por hoja. Se procurará que sean claras y sin rectificaciones; las siglas y abreviaturas se acompañarán siempre de una nota explicativa al pie. Si una tabla ocupa más de un folio se repetirán los encabezamientos en la hoja siguiente.

Conocimientos y actitudes en sexualidad de los estudiantes de 4º de ESO en la comarca del Alto y Medio Vinalopó (Alicante)

Autores: Gerardo Arroyo Fernández¹, Alfonso Jiménez López¹, Alejandro Cremades Bernabeu¹, M^a Ángeles Durá Berenguer², M^a del Remedio Yañez Motos³, Josefa Hernández García⁴, M^o Rosario Badenes Catalá.⁵

¹Centro de Salud Pública de Elda (Alicante), ²Centro de Salud de Novelda (Alicante), ³Dirección de Atención Primaria del Departamento de Elda, ⁴Centro de Salud de Sax, ⁵Farmacéutica Titular de Monover

arroyo_ger@gva.es

Knowledge and attitudes in sexuality, and the students of 4º of Secondary Education , in that region of the High and Middle Vinalopo (Alicante)

ABSTRACT

Objectives: To find out the knowledge and attitudes of students of 4th year Secondary Education in the region of Alto and Medio Vinalopó (Alicante) in the framework of an emotional and sexual educational intervention.

Material and Methods: Cross-sectional descriptive study, self-fill questionnaire in a random cluster sample of 338 students of 4th year Secondary School. Some of the items of the questionnaire were related to contraceptive methods, sexually transmitted diseases, the use of the condom, emotional relationships and equality. A certain score, between 1 and 10, was given to each student according to their answers. The analysis of the data (absolute frequencies, relative frequencies in

percentage, contingency tables and statistical significance) was carried out with the statistical program EPIINFO 6.04

Results: Both in terms of knowledge and attitudes an average score of 8.55 was obtained. By sex, it has been observed that girls are better informed than boys, being the scores obtained in the survey of 8.697 for girls against 8.4 for boys ($p= 0.02$). In terms of attitudes, also girls have a better attitude (8.8) regarding emotional relationships and equality than boys (8.2). It has been observed that almost 38% of boys against the 20% of girls do not manifest an acceptance of different sexual trends. In both groups it was found a high percentage of students who still believe that AIDS is not transmitted through oral sex. One

out of four boys think that boys are more clever than girls; 42 %, both boys and girls, think that it is more normal that girls, rather than boys, like boys

Conclusion: Adolescents of 4th year Secondary School from our department are well-informed according to other similar studies. However, it is necessary to continue working in the following issues: emotional and sexual education since still a great number of boys do not accept homosexuality; HIV transmission, and gender equality.

Key words: Health education. Emotional-sexual education. Adolescents. Contraception. Sexuality. Sexually Transmitted Diseases.

RESUMEN

Objetivos: Averiguar los conocimientos y actitudes de los estudiantes de 4º de Enseñanza Secundaria Obligatoria en la comarca del Alto y Medio de Vinalopó de la provincia de Alicante en el marco de una intervención de Educación Afectiva-Sexual.

Metodología: Estudio descriptivo transversal. Encuesta autocumplimentada a una muestra aleatoria por conglomerados de 338 alumnos de 4º de ESO. Se preguntó sobre métodos anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual, uso de preservativo, relaciones afectivas y de igualdad. Se ha dado una puntuación a cada alumno de 1 a 10 según número de respuestas correctas. El análisis de los datos (frecuencias absolutas, frecuencias relativas en porcentaje, tablas de contingencia y significación estadística)

se realizó con el programa estadístico Epi Info 6.04

Resultados: Tanto en conocimientos como en actitudes se ha obtenido una puntuación media de 8,55. Por sexos se ha observado que las chicas están mejor informadas que los chicos siendo las puntuaciones obtenidas en la encuesta de 8,697 en las chicas y de 8,4 en los chicos ($p=0,02$). En relación a las actitudes también tienen las chicas una actitud más favorable con respecto a las relaciones afectivas y de igualdad que los chicos, pasando la puntuación de 8,8 en las chicas y de 8,2.

Se ha observado que casi un 38% de los chicos no manifiestan una aceptación de las diferentes tendencias sexuales frente a un 20% de las chicas. Tanto en chicos como chicas hay altos porcentajes que creen que el SIDA no se transmite

en las relaciones sexuales orales. Uno de cada cuatro chicos piensa que los niños son más listos que las niñas. El 42%, tanto de chicos como de chicas, piensa que es normal que a las mujeres les gusten más los niños que a los hombres

Conclusiones: Los adolescentes de 4º de ESO de nuestro departamento están bien informados en relación a estudios similares, sin embargo hay que seguir trabajando la Educación afectiva sexual ya que muchos chicos no aceptan la homosexualidad, tanto chicos como chicas tienen algunas dudas sobre la transmisión del VIH, y también se debe trabajar la igualdad de género.

Palabras clave: Educación para la salud. Educación afectivo-sexual. Adolescentes. Anticoncepción. Sexualidad. Enfermedades de Transmisión sexual.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La OMS define la adolescencia como el periodo de la vida comprendido entre 10 y 19 años. En España este grupo representa una séptima parte de la población, unos 6 millones de habitantes. Hoy en día la mayoría de los adolescentes han tenido experiencias sexuales y muchos de ellos tienen una actividad sexual plena y habitual, pero son pocos los que están plenamente informados de los riesgos que corren y de cómo pueden protegerse de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y de los embarazos no deseados (1). La información disponible en nuestra comunidad sobre los comportamientos sexuales de los/as adolescentes refleja claramente los hábitos sexuales actuales en este periodo vital (Encuesta sobre sexualidad en jóvenes de la Comunidad Valenciana, 2000). Simultáneamente nos informa de la importancia que ocupa la sexualidad

relacional en sus vidas. La información disponible sobre embarazos en mujeres de menos de 20 años y los abortos en mujeres de esta misma franja de edad (el 50% de los embarazos en mujeres en estas edades acaban en una IVE) el aumento de infecciones de transmisión sexual en nuestro entorno cultural; el aumento de infecciones por VIH en personas heterosexuales y el mantenimiento de las cifras en población homosexual masculina; reflejan y dimensionan los problemas de salud sexual y reproductiva asociados a la sexualidad relacional en esta época vital. El cambio fisiológico de la pubertad es algo que los chicos y chicas de 14-15 años conocen bien a nivel teórico. Generalmente, han tratado estos temas en la escuela, tanto en la etapa prepuberal, como en el Primer Ciclo de la ESO. Sin embargo, suele suceder que chicos y chicas conocen "lo de su propio sexo" con relativo detalle, ignorando

en buena medida “lo del otro”. A pesar de la coeducación cada uno retiene en cada momento de su vida aquello que le interesa en ese momento. Es por ello que en esta etapa (14-16 años) se pueden y se deben tratar de nuevo estas cuestiones, ya que suelen tener mayor interés y constituye una base necesaria para abordar con mayor fundamento aspectos como la reproducción y su control, la afectividad, la identidad y el placer.

En la encuesta internacional de la OMS a escolares (Ministerio de Sanidad. HBSC 2004) puede observarse la evolución de las respuestas a la pregunta de “haber tenido relaciones sexuales coitales” entre 1990 y 2002. La principal conclusión que se deriva es que durante estos 12 años se ha producido un cambio significativo en su comportamiento sexual, sobre todo de las chicas adolescentes, con un inicio más precoz de las relaciones sexuales coitales. En los resultados del 2002, el grupo de 17-18 años refieren haberlas comenzado como media a los 14,61 los chicos y 15,89 las chicas, mientras que el grupo más jóvenes refiere haberlo hecho como media a los 14,33 y 15,83 respectivamente (2).

Según datos de la Encuesta sobre sexualidad en jóvenes de la Comunidad Valenciana, el coito como práctica sexual habitual lo declaran el 25% tanto de chicas como de chicos de menos de 18 años, solo un 17,5 % de ellas y un 5,5 % de los chicos declaran que no tiene ninguna práctica sexual (3).

El grado consistencia en utilización métodos anti-conceptivos va de un 56% en las chicas de menos de 18 años a un 53% en los chicos de la misma edad (3).

En el año 2008 se practicaron 11.237 IVEs en las clínicas y hospitales valencianos, un 10% más que el año anterior. Esta cifra supone que 8,6 de cada 1.000 mujeres entre 15 y 44 años abortan. El dato confirma la tendencia creciente de los últimos años, que se mantiene constante desde 1997, cuando se registraron 4.252 abortos, según el archivo de la Consejería de Sanidad (4).

En el departamento de salud de Elda se practicaron 341 de las cuales 70 eran menores de 20 años.

La anticoncepción de emergencia (AE) es el método que parece utilizarse cada vez con mayor frecuencia: 100.000 unidades nuevas al año hasta alcanzar las 500.000 en el 2005. Este método parece jugar un doble

papel, ya que, por un lado podría reforzar la justificación de no usar el preservativo y, por otro, parece ser altamente efectivo en la prevención de embarazos no deseados (2).

En las décadas de los 80 y 90, las infecciones de transmisión sexual registraron una tendencia al descenso, que fue interrumpida a partir de 2002, debido en gran parte a la relajación en las conductas de prevención. En la Comunidad valenciana la tasa de incidencia de gonococias ha pasado de 0,95 x 105 en el 2002 a 9,9 x 105 en el 2008 y la de sífilis de de 1,41 x 105 en el 2002 a 96,18 x 105 en el 2008 (Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública. Generalitat Valenciana).

El objetivo del presente trabajo es conocer los conocimientos y actitudes de los estudiantes de 4º de Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO) en la comarca del Alto y Medio de Vinalopó de la provincia de Alicante en el marco de una intervención de Educación Afectiva- Sexual dirigida a los alumnos de todos los centros de ESO del Departamento de Salud de Elda.

MATERIAL Y METODOS

Con el fin de conseguir el objetivo marcado, planteamos la realización de un Estudio Descriptivo Transversal, a través de un cuestionario estructurado con el fin de analizar los conocimientos y actitudes sobre sexualidad de los adolescentes antes de las intervenciones programadas. La encuesta que era anónima, autocumplimentada y de carácter voluntario se realizó a una muestra aleatoria por conglomerados de 338 alumnos de 4º de Enseñanza Secundaria Obligatoria del Departamento de Salud de Elda de la Comunidad Valenciana (Alto y Medio Vinalopó) durante el año académico 2009-10. En la comarca hay 29 centros públicos y privados con educación secundaria. El total de alumnos matriculados en ese curso en 4º de ESO fue de 1.918.

Estructura del cuestionario

El cuestionario se escogió basándose en dos previos validados (5),(6) que se adecuaban a nuestro tipo de población. El cuestionario se estructuró en dos apartados: Conocimientos en materia de Infecciones de

Transmisión sexual, sexualidad, anticoncepción y uso de preservativo, y por otro lado, actitudes frente a relaciones afectivas, de igualdad e identidad sexual. Este cuestionario constaba de 21 preguntas dicotómicas que se contestaban con las afirmaciones de Verdadero o Falso. Las encuestas fueron pasadas en horas de clase con la colaboración de los tutores, distribuyéndose los cuestionarios a todos los alumnos presentes en el aula para mantener la confidencialidad y evitar los sesgos de selección.

Análisis de datos

El análisis de los datos (frecuencias absolutas, frecuencias relativas en porcentaje, tablas de contingencia y significación estadística) se realizó con el programa estadístico Epi Info 6.04. Para el análisis de las tablas de contingencia, se utilizó el test de Barlett para valorar la homogeneidad de las varianzas y, en función de este, la χ^2 o el test de Kruskal-Wallis.

RESULTADOS

Con respecto a los conocimientos se ha obtenido una calificación total de 8,554 y de 8,506 en actitudes (Figura 1). Con respecto al sexo, se ha observado que las chicas están mejor informadas y presentan actitudes más positivas que los chicos, siendo las puntuaciones obtenidas de 8,697 en conocimientos por las chicas y de 8,414 en los chicos ($p=0,02$), y de 8,815 en las chicas en lo que refiere a actitudes y de 8,211 en los chicos ($p=0,05$). (Figura 2)

En la tabla 1 se muestran los porcentajes de preguntas sobre conocimientos contestadas correctamente tanto por sexos como el total con los intervalos de confianza al 95%.

En la tabla 2 se muestran los porcentajes de preguntas sobre actitudes contestadas correctamente tanto por sexos como el total con los intervalos de confianza al 95%.

DISCUSIÓN

En general las chicas responden mejor a todas las preguntas de conocimientos que los chicos, siendo las diferencias mayores en si consideran que la marcha atrás es un método eficaz para evitar el embarazo, que pasa de un 84,6% que contesta correctamente de los

chicos a un 92,6% en las chicas; en la creencia de que el “petting” puede dar tanto placer como la penetración sin riesgo de embarazos ni ITS que pasa de 73,7% en los chicos a un 86,4% en las chicas. En la única pregunta que los chicos superan a las chicas es si es seguro el preservativo si se coloca inmediatamente antes de la eyaculación en que el 19,8% de las chicas contestan que si frente al 13,1 de los chicos que contestan afirmativamente.

Con respecto a las actitudes las chicas superan a los chicos en todas las preguntas siendo las diferencias entre ambos mayores sobre todo en lo referente a la orientación sexual ya que el 37,7 % de los chicos piensa que no esta bien que dos personas del mismo sexo hagan el amor frente al 19,1 de las chicas. Con respecto a las relaciones de igualdad porcentajes elevados tanto de chicas (43,8%) como de chicos (41,1%) piensan que es normal que a las mujeres les gusten más los niños que a los hombres, o que el 21,7% de los chicos consideren que los niños son más listos que las niñas. Para una gran mayoría de nuestros adolescentes lo importante de una relación es la penetración (32,5%), porcentaje que coinciden con el casi 30% que no esta de acuerdo con que el “petting” puede dar tanto placer en las relaciones sexuales como la penetración. Es preocupante que casi un 30% de los adolescentes piensen que el SIDA no se puede transmitir en las relaciones sexuales orales, si bien esta cifra coincide con las observadas en otros estudios en población general.

Consideramos, por tanto que es adecuada la intervención ya que si bien los adolescentes de nuestro departamento tienen buena información sobre Infecciones de Transmisión sexual y métodos anticonceptivos, hay que incidir más en las relaciones de igualdad entre sexos ya que todavía hay un 22% de chicos que no están en desacuerdo con la afirmación de que “los niños son más listos que las niñas” o casi un 40% que piense que es normal que los niños les gusten más a las chicas o un 22% de los chicos que piensen que las niñas son más débiles que los niños en todos los aspectos, o que casi un 40% de los chicos no aceptan la homosexualidad, tanto chicos como chicas tienen algunas dudas sobre la transmisión del VIH o la igualdad de género ya que 1 de cada 4 chicos piensan que los niños son más listos que las niñas.

CONCLUSIONES

Los resultados nos demuestran que hay un nivel aceptable de conocimientos sobre métodos anticonceptivos y mecanismos de contagio de ITS tanto en las chicas como en los chicos, siendo ligeramente superior en las chicas, si bien estas diferencias no son significativas en la mayoría de los ítems. Igualmente es llamativo el alto número de jóvenes sobre todo chicas que piensa que “el preservativo es seguro si se coloca inmediatamente antes de correrse” y sin embargo un 94,7 % consideran que “el SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual pueden evitarse si se usa preservativo durante toda relación sexual con penetración”. Podemos afirmar que el estudio pone de manifiesto que es necesario una actuación en Educación sexual menos dirigida únicamente a transmitir información sobre las ITS y los métodos anticonceptivos, como se ha venido realizando hasta ahora, ya que los adolescentes de 4º de ESO de nuestro departamento están bien informados, sino que tiene que ser una educación en valores más dirigida hacia la afectividad, que pro-

mueva entre nuestros adolescentes unas relaciones de tolerancia hacia las diferentes orientaciones sexuales y de igualdad entre chicas y chicos y capacitarlos para la toma de decisiones responsables en la conducta sexual.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cabrera del Castillo MA, Martín Díaz J, Luquín Ajuria A, Orueta Sánchez R, López Castro F. Conocimientos, actitudes y comportamientos sobre sexualidad en dos colectivos de jóvenes adolescentes. *Centro de Salud* 1996; 4:297-302.
2. La interrupción voluntaria del embarazo y los métodos anticonceptivos en jóvenes. *Informes, estudios e investigación*. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
3. Encuesta sobre sexualidad en jóvenes de la Comunidad Valenciana. *Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat*; 2000.
4. *Informes de Salud*. Interrupciones voluntarias del embarazo en la Comunidad Valenciana 2008. Nº 119. *Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat*; 2010
5. Fernando Barragán. Programa de educación afectivo sexual. *Educación Secundaria*. Junta de Andalucía. *Consejería de Educación y Ciencia*; 1999.
6. Barella Balboa JL, Mesa Gallardo I, Cobeña Manzorro M. “Conocimientos y actitudes sobre sexualidad de los adolescentes de nuestro entorno”. *Medicina de Familia (And)* 2002; 4: 255-260.

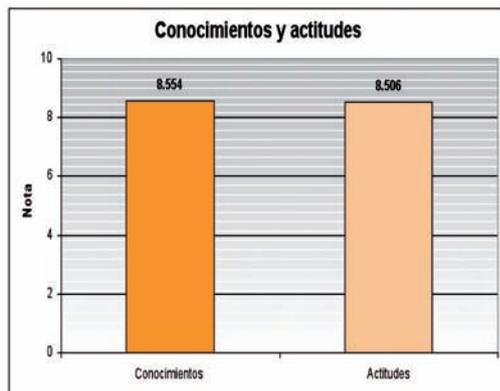


Figura 1. Puntuación obtenida en conocimientos y actitudes

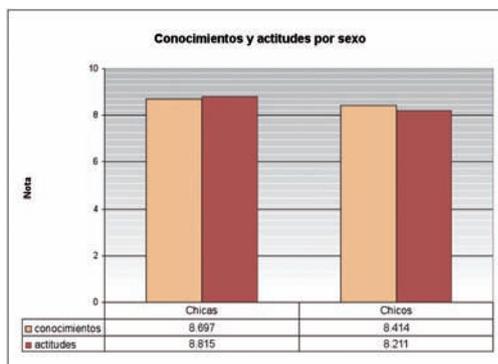


Figura 2. Puntuación obtenida en conocimientos y actitudes por sexo

Tabla 1. Porcentajes de respuestas correctas en conocimientos por sexo

PREGUNTA	CHICOS	CHICAS	TOTAL
La primera vez que una chica hace el acto sexual con penetración no puede quedarse embarazada	93.7	95.1	94.4 [91.2-96.5]
La mujer tiene que llegar al orgasmo para quedarse embarazada	92.0	94.4	93.2 [89.8-95.5]
La mejor forma de evitar enfermedades de transmisión sexual es usar preservativos en toda la relación con penetración	96.0	98.8	97.3 [94.8-98.7]
La marcha atrás es un método muy eficaz para evitar el embarazo	84.6	92.6	88.5 [84.5-91.6]
El preservativo es seguro si se coloca inmediatamente antes de correrse	86.9	80.2	83.7 [79.3-87.4]
El SIDA puede evitarse si se usa preservativo durante toda la relación sexual con penetración	92.6	96.9	94.7 [91.6-96.7]
El SIDA no se transmite en las relaciones sexuales que se limitan a la penetración bucal	73.1	72.8	73.1 [68.0-77.7]
Para que una relación sea completamente satisfactoria tiene que acabar con la penetración	65.1	69.8	67.5 [62.1-72.4]
Las caricias, los besos, la masturbación mutua... Pueden dar tanto placer como hacer el amor, sin riesgo de embarazo ni enfermedades de transmisión sexual	73.7	86.4	79.9 [75.1-83.9]
Utilizar preservativos permite tener unas relaciones sexuales mas seguras	97.7	95.7	96.7 [94.1-98.3]

Tabla 2. Porcentajes de respuestas correctas en actitudes por sexo

PREGUNTA	CHICOS	CHICAS	TOTAL
Cuando dos personas del mismo sexo hacen el amor, es una cochinada	62.3	80.9	71.3 [66.1-76.0]
A los bebes lo tiene que cuidar tanto el padre como la madre	95.4	98.1	96.7 [94.1-98.3]
La niña que se toca la vulva es una viciosa	70.9	79.0	74.9 [69.8-79.3]
En la sexualidad el tamaño del pene es muy importante	70.3	74.1	72.2 [67.0-76.8]
Los niños son mas listos que las niñas	78.3	92.6	85.2 [80.9-88.7]
Usar métodos anticonceptivos es un crimen	96.0	94.4	95.3 [92.3-97.2]
La mujer esta obligada a tener relaciones sexuales con su pareja aunque en ese momento no le apetezca	95.4	98.1	96.7 [94.1-98.3]
El hombre esta obligado a tener relaciones sexuales con su pareja aunque en ese momento no le apetezca	94.3	98.1	96.2 [93.3-97.8]
Los hombres deben tomar las decisiones más importantes en la pareja	86.3	96.9	91.4 [87.8-94.1]
Es normal que a las mujeres les gusten más los niños que a los hombres	58.9	56.2	57.7 [52.2-63.0]
Las mujeres son más débiles que los hombres en todos los aspectos	83.4	87.0	85.2 [80.9-88.7]

Población inmigrante como cuidadores no profesionales, ¿modifican el perfil?

Autores: Inés González Sánchez¹, Cristina Peydró Navarro²
¹Enfermera Máster, Supervisora General HGUA,
 Profesora asociada de la Universidad Cardenal Herrera, CEU de Elche.
²Enfermera Master Hospital General Universitario de Alicante.

gonzalez_ine@gva.es

Immigrant population as non professional care providers, do they modify the care provider profile?

ABSTRACT

Introduction: Social changes make difficult to reconcile the role of caregiver with any other one, leading to the “informal caregiver crisis”. Immigration helps to the maintenance of non-professional care provider services.

Main objective: To assess the impact of immigrant's incorporation to non-professional care providers profile.

Specific objectives:

- To highlight the work of non-professionals care givers with

dependent patients

- Offer our advice on nursing care to non-professionals care givers.

Material and methods: Descriptive cross-sectional study, carried out between February and April 2010 in different Health Centres in Alicante, with immigrant population. Researched variables: age, gender, Country of origin, previous working activities, ADL, IADL.

Results: 45,83% of the sample were men, with an average age of 43, 66.6 % Latin American, care

provided according to trial and error methodology due to the lack of healthcare knowledge. The IADL are influenced by gender.

Conclusion: immigrant population change the profile of the care provider, is a new working option, without any relationship. They don't suffer from emotional overload and they have more spare time.

Keywords: Relative care provider, hospital, social profile, dependence.

RESUMEN

Introducción: Los cambios sociales impiden conciliar el rol de cuidador con otros roles produciéndose la “crisis del cuidador informal”. La inmigración ayuda al mantenimiento de los servicios no profesionales de cuidados.

Objetivo general: Valorar el impacto de la incorporación de la población inmigrante en el perfil de

los cuidadores no profesionales.

Objetivos específicos:

- Hacer visible el trabajo de los cuidadores no profesionales con pacientes dependientes en domicilio.
- Ofrecer nuestro asesoramiento en cuidados enfermeros a los cuidadores no profesionales.

Material y método: Estudio descriptivo, transversal realizado entre

febrero y Abril de 2010 en diferentes Centros de Salud de Alicante, con población inmigrante, las variables estudiadas: Edad, sexo, País de procedencia, actividad laboral anterior, AVD, AIVD

Resultados: El 45,83% son hombres con una media de edad 43 años, el 66,6% latinoamericanos, cuidados de ensayo-error ante desconocimientos sanitarios. Las AIVD

■ Investigación & Cuidados

están influidas por el género.

Conclusiones: *La población inmigrante cambia el perfil del cuidador; es una salida laboral, sin*

lazo de parentesco. No sufren sobrecarga emocional y disponen de tiempo de respiro.

Palabras clave: *Cuidador fami-*

liar, hospital, perfil social, dependencia.

INTRODUCCIÓN

En España en los últimos años se han producido una serie de cambios como los demográficos, el ingreso masivo de la mujer al mundo del trabajo, la maternidad tardía, transformando así, los roles de la familia; además del elevado envejecimiento de la población que conlleva una elevada prevalencia de enfermedades crónicas y reemergentes, todo ello provocando un gran impacto social y cultural, ya que ese aumento de la esperanza de vida, va parejo a un nivel mayor de dependencia de la población anciana.

En la Segunda Asamblea Mundial del Envejecimiento (1), celebrada en Madrid en Abril del 2002, se presentó un mapa gerontológico demostrando que la población de adultos mayores también envejece y para el año 2050 alrededor del 21 % de la población anciana superará los 80 años y el número de centenarios aumentará 15 veces al pasar de las 210 mil personas a los 3,2 millones, para el año 2150 una de cada tres personas del planeta superará los 60 años.

La rápida disminución de la población activa, de las naciones industrializadas, ha tenido como consecuencia el incremento de la población inmigrante trabajadora, que busca una mejor calidad de vida para ellos y su familia. En unas pocas décadas, España ha pasado de ser un país emisor de emigrantes a ser receptor de un intenso flujo migratorio (2).

Desde el año 2000, España ha presentado una de las mayores tasas de inmigración del mundo. Es, además, el décimo país del planeta que más inmigrantes posee en números absolutos. Según el censo del 2009, el 12,8% de los residentes en España era de nacionalidad extranjera (3).

Las zonas de España con mayor proporción de inmigrantes son Madrid y su área de influencia, el arco mediterráneo y las islas. Según el censo del 2005 el 44,81% de todos los inmigrantes censados en España se reparten entre tan sólo tres provincias (Madrid,

Barcelona y Alicante). Hay que destacar que la provincia con mayor porcentaje de inmigrantes del país es Alicante, según el censo del 2009 tiene un 17,3% de población inmigrante, lo que supone un total de 463.704 individuos extranjeros de diferentes nacionalidades.

España, debido a los vínculos históricos y culturales con los países latinoamericanos, es uno de los destinos favoritos de los trabajadores de habla hispana, de hecho, el colectivo más numeroso de inmigrantes procede del continente iberoamericano, (el 36,21% del total de extranjeros afincados en España, según el censo INE 2009); destacando entre ellas las nacionalidades ecuatoriana y colombiana les siguen después los procedentes de la UE-27 (34,45%) y del norte de África (14,83%).

Los importantes cambios sociales, demográficos y económicos, producidos en España, han hecho que cada vez sea mayor la dificultad para conciliar el rol de cuidador o cuidadora con otros roles sociales, produciéndose, como consecuencia, una disminución progresiva del recurso informal, es lo que se conoce como "crisis del cuidador informal"(4). Así, la inmigración en España está ayudando de manera muy importante al mantenimiento de los servicios informales de cuidados; ya que muchas mujeres inmigrantes trabajan en el ámbito del cuidado de personas dependientes en el domicilio. Estas cuidadoras cubren o ayudan a cubrir necesidades básicas de los ancianos, sin embargo las diferencias culturales en materia de salud y cuidados existentes entre la cuidadora inmigrante y el anciano y su familia, ocasiona diferencias en la manera de valorar y cubrir las necesidades de cuidados, así como conflictos, interacciones y expectativas de todos los sujetos implicados (2).

Llegado este punto, quisiéramos hacer un apunte personal sobre el término de Cuidadores Informales, desde nuestro punto de vista, consideramos que debe-

ríamos cambiar su denominación e identificarlos como Cuidadores No Profesionales, ya que el término informal no se ajusta a los criterios de aplicación del mismo, pues en ningún momento los cuidados que ofrecen estos cuidadores son informales. Por ello en el resto del trabajo nos referiremos a los cuidadores informales- familiares como cuidadores no profesionales.

Por tanto, podemos definir a los Cuidadores No Profesionales (4), como aquellas personas que asumen la responsabilidad de cubrir las necesidades vitales y de bienestar de otra que no puede hacerlo por sí misma, diríamos por tanto que el Cuidador No Profesional es la base de la provisión de cuidados, para los enfermos en el domicilio y elemento imprescindible para que el enfermo pueda seguir viviendo en la comunidad, con este punto de partida podemos admitir que el cuidador no profesional es el sustentador del dependiente.

En España estos cuidados no profesionales están siendo cubiertos tanto por familiares como por población inmigrante, hoy en día en diversos ámbitos científicos y sociales, se ha dado en llamar al Cuidador no profesional, “figura invisible”, sin embargo, es pilar en la prestación de cuidados en el domicilio. La tarea que realizan los cuidadores no profesionales en el interior de los hogares, proporciona verdadera calidad de vida a los enfermos dependientes, y no podemos olvidar que su aportación humana enriquece a la sociedad, nos enriquece a todos (4).

Es nuestra misión como profesionales sanitarios “hacer visible lo invisible”, teniendo en cuenta que lo invisible es sinónimo de desconocido. Desconocer significa no hacerse responsable. Conocer, por el contrario, implica el reconocimiento de que tenemos responsabilidades por cumplir. Para hacer «visible» lo «invisible» y poder lograr cambios significativos en nuestras conductas, hace falta mostrar, medir, ocuparse, para poder hacer visible socialmente el Iceberg oculto de la falta de formación en cuidados de los que envejecen en casa.

Nuestra hipótesis es que la incorporación de la población inmigrante como cuidadores no profesionales, modifica el perfil del cuidador no profesional.

OBJETIVO GENERAL

Valorar el impacto de la incorporación de la pobla-

ción inmigrante en el perfil de los cuidadores no profesionales, en la ciudad de Alicante.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Hacer visible el trabajo de los cuidadores no profesionales con pacientes dependientes en domicilio, en la ciudad de Alicante.
- Ofrecer nuestro asesoramiento en cuidados enfermeros a los cuidadores no profesionales.

MATERIAL Y MÉTODO:

Para la realización de este estudio, comenzamos con una revisión bibliográfica sobre cuidadores informales (no profesionales) para obtener el perfil del cuidador, a fin de que nos sirva de marco teórico para confirmar o rechazar la hipótesis de que la incorporación de la población inmigrante modifica dicho perfil.

Dicho marco teórico lo basamos en los modelos aportados por diferentes autores (5), todos ellos coinciden prácticamente en el tipo de cuidador, utilizando la teoría descriptiva de Fawcett y Downs(6) vamos a detallar todas las características comunes de los cuidadores que comportan su perfil es:

El perfil del cuidador informal -familiar(7) responde:

- Mujeres son el 83,95%, sus características son:
 - De edad media de 56 años,
 - El 60% son amas de casa,
 - Un 22% trabajan fuera de casa a tiempo parcial y a jornada completa un 57%.
- Los cuidadores hombres son un 17%, sus características son:
 - De edad media de 65 años.
 - Jubilados en un 45%,
 - Trabajando fuera de casa 42%
 - Trabajando a tiempo completo un 83%.
- Respecto al vínculo con el sujeto del cuidado:
 - El 57% de los cuidados eran prestados por hijos/ as. Si se añaden yernos, nueras un 62% y el 26% cónyuges.
 - Sólo un 2,6% es una persona que no tiene vínculos familiares con la persona dependiente y habitualmente son inmigrantes.
- En cuanto al tiempo dedicado al cuidado:
 - Más del 50% dedican más de 5 horas al día al

■ Investigación & Cuidados

cuidado (>150 horas al mes) sin desprenderse de ninguna responsabilidad familiar o profesional que ya tengan.

- Principalmente organizan sus actividades cuidadores de la siguiente forma: se centran en las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) (cocinar, limpiar la casa, usar el teléfono, lavar ropa y planchar) en un 80% y en las actividades de la vida diaria (AVD) (comer, bañar, ayudar con la movilidad, la eliminación, dar medicación y tratar úlceras y heridas) un 60%. La tarea del cuidado es una sobrecarga solitaria que suele desencadenar en un desgaste físico y psíquico del cuidador.

El estudio es de tipo descriptivo y transversal y se realizó mediante encuestas. La recogida de datos se llevó a cabo entre el 15 de febrero y el 30 de Abril de 2010 en diferentes Centros de Salud de la ciudad de Alicante.

La población de estudio es la población inmigrante de la ciudad de Alicante que se dedique al cuidado no profesional de personas dependientes en domicilio.

Para la selección de la muestra nos personamos en diferentes centros de Salud de la ciudad de la ciudad de Alicante, en días y horas de asistencia de recogida de recetas de largo tratamiento, previamente proporcionadas las fechas por las enfermeras de los diferentes centros de salud de la ciudad de Alicante, y aquellas personas inmigrantes que recogían recetas de largo tratamiento fueron interpeladas por nosotras, preguntándoles directamente, tras nuestra presentación, si cuidaban de personas mayores en el domicilio; Cuando la respuesta era positiva les solicitábamos de forma verbal su consentimiento para la participación voluntaria y anónima como informantes en el estudio, y se les informó sobre la confidencialidad de los datos obtenidos. Así mismo se les explicó la naturaleza del estudio.

Se realizó un muestreo aleatorio simple y se efectuaron 24 encuestas (Anexo 1). Los cuidadores no profesionales fueron seleccionados por el mismo investigador atendiendo a los criterios de inclusión siguientes:

- Que el cuidador no profesional sea inmigrante, entendiendo como inmigrante aquella persona que no haya nacido en España.

- Que lleve más de un año prestando cuidados no profesionales a pacientes dependientes en su domicilio.
- Que sea un cuidador no profesional remunerado.

La inclusión de estos criterios provocó una pérdida de sujetos de 5 hombres y 7 mujeres, quedando una muestra de 24 participantes.

La encuesta se realizó fuera de los centros de salud para controlar el posible sesgo de respuesta por la presencia de otros profesionales o del propio paciente.

Para el análisis descriptivo se determinaron las siguientes variables a estudio:

- Edad, sexo, País de procedencia, nivel de estudios, ingresos económicos, convivencia, parentesco del cuidador familiar, tiempo de permanencia en la vivienda, actividad laboral anterior, conocimientos sanitarios.
- Relación de actividades de la vida diaria (AVD) que provee al paciente dependiente, según el índice de Barthel modificado
- Relación de actividades instrumentalizadas de la vida diaria (AIVD) que provee al paciente dependiente, según la escala de Lawton y Brody modificado
- Otras actividades.

Se utilizó la encuesta de Quero y Cols(8) modificada para los objetivos de este estudio.

RESULTADOS

Se realizaron 24 encuestas de cuidadores no profesionales, todos ellos inmigrantes, siendo el 54,16% mujeres y un 45,83% hombres, con una media de edad de 43 años. Cabe destacar que la media de edad de los hombres era mayor situándose en 53 años.

En cuanto al país de procedencia de los cuidadores, el 66,6% procedían de países latinoamericanos, sobretodo Ecuador y Colombia, un 25% proceden de países comunitarios destacan Croacia y Eslovenia, hay un 8,33% procedentes de países magrebíes, en concreto de Marruecos.

Respecto al nivel de estudios no hay ningún participante sin estudios, siendo un 29,16% los que tienen

estudios primarios, curiosamente en este apartado están los cuidadores magrebíes; un 54,16% tienen Bachiller y un 16,66% tienen estudios universitarios, llama la atención que todos los cuidadores procedentes de los países de la Unión Europea son los que más alta cualificación tienen de estudios, a destacar que todos los universitarios eran comunitarios.

Los ingresos que los cuidadores perciben estaban entre el tramo 2 y 3, ya que un 20,83% recibía entre 800 y 1.000€uros, y el 79,16% que recibe entre 600 y 800€uros. Estos resultados estaban íntimamente relacionados con la variable de convivencia con el paciente y con el número de horas dedicadas de forma que los que si convivían con el paciente eran los que más horas dedicaban ya que estaban en el hogar las 24 horas del día pero recibían un menor sueldo entre 600 y 800€uros, ya que se les daba alojamiento y comida, aquellos que no convivían con el paciente dedicaban una media de 10 horas diarias y sus ingresos estaban entre 800 y 1.000€uros, estos no recibían ni alojamiento ni comida.

La respuesta a la pregunta sobre la actividad laboral anterior al cuidado no profesional es muy variada, teniendo desde amas de casa hasta economistas, decoradores...etc. destaca que ningún participante había trabajado en el mundo sanitario, así como tampoco tienen ningún tipo de conocimientos sanitarios por lo que los cuidados que dan se basan más en técnicas de ensayo-error lo que les genera bastante ansiedad a ambas partes (enfermo y cuidador).

Respecto a la pregunta de si reciben ayuda de los familiares para el cuidado del paciente la respuesta fue absolutamente afirmativa ya que todos los cuidadores disfrutaban de fines de semana y festivos libres, siendo

ayudados también en momentos muy puntuales, la persona que ofrece esta ayuda es mayoritariamente un familiar cercano siendo un 79,16% el hijo/a y un 20,83% otro cuidador de fin de semana.

Los resultados obtenidos sobre las AVD que realiza el cuidador hacia el paciente están relacionados con el estado y la capacidad funcional del paciente y no influye el género del cuidador, lo podemos ver en la tabla siguiente por porcentajes.

ACTIVIDADES de la Vida Diaria	SI	NO
• Darle la comida	12,5%	87,5%
• Peinar, lavar la cara, lavar los dientes	----	100%
• Bañar en la cama	-----	100%
• Ducharlo	70,83%	29,16%
• Ayudar a vestirse	16,66%	83,33%
• Poner la cuña/botella	66,66%	33,33%
• Acompañar al cuarto de baño	100%	----
• Ayudarlo a levantarse	100%	----
• Acompañar, entretener	100%	----
• Realizar curas	12,5%	87,5%
• Moverlo en la cama	-----	100%
• Ayudarlo a pasear	91,67%	8,3%
• Dar medicación	100%	-----
• Acudir al médico para recetas	100%	-----

Sin embargo las AIVD si están influenciadas por el género del cuidador ya que curiosamente destaca que las actividades de realizar labores y limpieza de la casa, así como el lavar la ropa no hay ningún cuidador varón que las realice y si todas las mujeres cuidadoras. El resto de las AIVD solo dependen del estado del paciente. En la siguiente tabla podemos ver los resultados obtenidos:

ACTIVIDADES Instrumentalizadas Vida Diaria	SI	NO
• Usted hace las llamadas telefónicas	41,66%	58,3%
• Realiza cualquier tipo de compra.	91,66%	8,33%
• Organiza, prepara y sirve adecuadamente las comidas.	100%	-----
• Realiza las labores y limpieza de la casa	54,16%	45,83%
• Realiza el lavado de la ropa	54,16%	45,83%
• Tiene que acompañarlo para cualquier salida del hogar.	100%	-----
• Organiza y controla su medicación	100%	-----
• Controla sus asuntos económicos.	62,5%	37,5%

CONCLUSIONES

- Los importantes cambios sociales, demográficos y económicos, han hecho que cada vez sea mayor la dificultad para conciliar el rol de cuidador con otros roles sociales, produciéndose, como consecuencia, una disminución progresiva del recurso informal, es lo que se conoce como “crisis del cuidador informal”. Así, la inmigración en España está ayudando de manera muy importante al mantenimiento de los servicios no profesionales de cuidados; Hay estimaciones que cifran en 600.000 los inmigrantes que a nivel nacional trabajan en el ámbito del cuidado de personas dependientes en el domicilio.
- La mayoría de los cuidadores inmigrantes proceden de los países latinoamericanos ya que debido a los vínculos históricos y culturales con nuestro país, somos uno de sus destinos favoritos.
- El perfil del cuidador está cambiando, como podemos ver sintetizados en los siguientes puntos:
 - La proporción por género se va igualando ya que el porcentaje de hombres está aumentando, se ha pasado de un 17% al 46%.
 - La población inmigrante ve el cuidado no profesional como una salida laboral, sin que haya ningún lazo de parentesco con el paciente.
 - No sufren la sobrecarga emocional, además disponen de tiempo de respiro ya que libran fines de semana y festivos.
 - Todos los cuidadores realizan las AVD, pero en la realización de las AIVD hay una influencia de género, ya que no hay ningún hombre que las realice.
 - Ningún cuidador tiene conocimientos sanitarios realizan sus cuidados con la técnica de ensayo-error, lo que en muchas ocasiones provoca ansiedad por ambas partes (paciente y cuidador)
- Los profesionales sanitarios debemos hacer visible la figura del Cuidador no profesional inmigrante, integrando a ambos (cuidador y paciente) en nuestras intervenciones de cuidados de forma holística.
- El personal de Enfermería mediante sus intervenciones tiene mucho que aportar a este colectivo, pues si conseguimos que se sientan protegidos, y que confíen en nosotros, lograremos que finalicen toda su etapa del cuidado en las mejores condiciones posibles para la persona dependiente y para ellos mismos.
- La aplicación de los criterios de inclusión seleccionados, provocaron una pérdida de 12 personas, disminuyendo nuestra muestra y provocando así una limitación en nuestro estudio; teniendo en cuenta dicha limitación, sería interesante continuar haciendo estudios de este tipo, que ayuden a confirmar los datos obtenidos, y así, confirmar que la incorporación de la población inmigrante, en el campo del cuidador no profesional, provoca cambios en el perfil del cuidador.

(ANEXO 1)

Estimado cuidador:

Nos gustaría contar con su colaboración para la realización de esta encuesta que es voluntaria y anónima y que pretende recoger información para elaborar y dar a conocer el nuevo perfil de los cuidadores no profesionales al incorporarse a este campo la población inmigrante.

Muchas gracias por su colaboración.

Atentamente
Inés González y Cristina Peydró. Enfermeras

ENCUESTA SOBRE PERFIL SOCIAL	
Datos del cuidador	
Sexo: _____	Edad: _____
¿Cuál es su país de procedencia? -----	
¿Cuál es su nivel de estudios?	
<ul style="list-style-type: none"> • Sin estudios • Estudios Primarios. • Bachiller. • Estudios Universitarios. • Otros 	
¿Qué ingresos se perciben mensualmente en su hogar?	
1. Menos de 600 € 2. De 600 a 800 € 3. De 800 a 1.000 € 4. De 1.000 a 1.500 € 5. De 1.500 a 2.500 € 6. Más de 2.500 € 7. NS 8. NC	
¿Cuál era su actividad laboral anterior? _____	
Localidad del cuidador: _____	
¿Convive usted con el paciente?	
1. Sí 2. No	
¿Cuántas horas al día dedica al cuidado del paciente? _____	
¿Cuánto tiempo lleva realizando estos cuidados en el domicilio? _____	
¿Tiene conocimientos sanitarios para el cuidado del paciente?	
1. Sí 2. No	

¿Recibe ayuda de otras personas para cuidar al paciente?

1. Si
2. No

¿Quién o quiénes le ayudan (la relación que tiene con el cuidador)?

1. Marido/mujer
2. Padre/madre
3. Suegro/a
4. Hijo/a
5. Yerno/nuera
6. Hermano/a
7. Otros (especificar) _____

Actividades de la vida diaria (AVD) que el cuidador realiza al paciente

ACTIVIDADES	SI	NO
• Darle la comida		
• Peinar, lavar la cara, lavar los dientes		
• Bañar en la cama		
• Ducharlo		
• Ayudar a vestirse		
• Poner la paño/botella		
• Acompañar al cuarto de baño		
• Ayudarlo a levantarse		
• Acompañar, entretener		
• Realizar curas		
• Moverlo en la cama		
• Ayudarlo a pasear		
• Dar medicación		
• Acudir al médico para recetas		

Actividades Instrumentalizadas de la vida diaria (AIVD) que el cuidador realiza paciente

ACTIVIDADES	SI	NO
• Usted hace las llamadas telefónicas		
• Realiza cualquier tipo de compra.		
• Organiza, prepara y sirve adecuadamente las comidas.		
• Realiza las labores y limpieza de la casa		
• Realiza el lavado de la ropa		
• Tiene que acompañarlo para cualquier salida del hogar.		
• Organiza y controla su medicación		
• Controla sus asuntos económicos.		

Otras actividades que el cuidador realiza al paciente y no se hayan contemplado

ACTIVIDADES	SI	NO

Observaciones que usted quiera hacer _____

Agradecimientos:

- En primer lugar a mi madre pues al ser una mujer dependiente nos ha hecho ver la importancia y necesidad de hacer visible la figura del cuidador informal así como la aportación hecha de la población inmigrante. Por lo que nos animó a la realización de este trabajo.
- A M^a Jesús Luzan Presidenta de la ACF (Asociación de Cuidadores Familiares) de Alicante, y que ha sido una informadora clave para este trabajo.
- A Remedios de la Hoz Soria, antropóloga que tuvimos el placer de conocer en las pasadas Jornadas realizadas en Alicante sobre los Cuidadores Informales y el mundo inmigrante y nos aportó ideas nuevas para nuestra línea de trabajo.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1- Gil Gálvez, C. Violencia, abuso, maltrato y/o trato negligente en la Tercera Edad. El suicidio en América latina Vs la UE en la Tercera Edad. Tesis de Magister. Córdoba: Universidad nacional de Córdoba, Argentina; 2002.
- 2- Robledo Martín J, Martín-Crespo Blanco M^a C, Salamanca Castro A. Trabajadoras inmigrantes como cuidadoras de ancianos a domicilio. Rev Nure Investigación 2008; 33.
- 3- Wikipedia población inmigrante y cuidadores informales, Consultado (28 diciembre 2009).
- 4- Luzán González M^a J, Carceller Migallón T. Proyecto de Atención a Cuidadores Familiares Una iniciativa del Centro de Salud El Toscar de Elche 2006. Departamento de Salud 20. En: XII Jornadas de Enfermería sobre trabajos científicos: de la tradición a la evidencia. Alicante 17 y 18 Noviembre de 2006: Hospital General Universitario Alicante.
- 5- López-Casanova P, Rodríguez-Palma M, Herrero-Díaz M A. Perfil social de los cuidadores familiares de pacientes dependientes ingresados en el Hospital General Universitario de Elche. Gerokomos 2009; 20 (4): 167-171
- 6- Polit D.F, Hungler B.P. Investigación científica en ciencias de la salud. McGRAW-HILL Interamericana editores, S.A. 2000; 6.
- 7- Zabalegui A, Juandó C, Sáenz de Ormijana A, Ramirez A, Pulpón A, López L, et al. El cuidador informal de personas mayores de 65 años. Gerokomos 2004; 15 (4): XX-XX.
- 8- Quero A, Briones R, Prieto MA, Navarro A, Pascual N, Ruiz C. Perfil y realidad social de los cuidadores familiares en un hospital de traumatología y rehabilitación. Nure Investigación 2004; 9.

OTRA BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA:

- Blázquez Agudo M^a. El primer paso del DR 615/ 2007. Hacia la protección integral del cuidador informal. El Graduado. Boletín

- informativo del Colegio de Graduados Sociales de Madrid. Disponible en: [<http://www.elgraduado.es/54/cuidadorinformal.htm>] Fecha de acceso (10 Diciembre de 2009)
- Casado Marín D, López i Casanovas G. Vejez, Dependencia y Cuidados de larga duración. El cuidado de las personas mayores dependientes. Fundación La Caixa 2001.
- Cuidados a las Personas Mayores en los hogares españoles. El entorno familiar. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO. 2005.
- Garcia- Calvente MM, et al. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. Gaceta Sanitaria 2004; 18 (Supl 2): 83- 92.
- Guía del Cuidador Informal en la Consulta de Enfermería. Disponible en: [http://sescam-jccm.es/web/gapalavera/prof-guias/GAPTR-ConsEnf_guiacuidadorinformal.pdf] Fecha de acceso (16 Enero de 2010)
- Las personas Mayores en España. Informe 2006. Capítulo 7. Servicios Sociales para personas mayores en España. Enero 2006: datos globales. Disponible en: [<http://www.insersomayores.csic.es/estadisticas/informemayores/informe2006/capitulo-7-datos-globales.html>] Fecha de acceso 28-12-2009.
- López Martínez J, Crespo López M. (2006). Intervención con cuidadores. Madrid. Portal Mayores. Informes Portal Mayores, n^o 54. Lecciones de Gerontología, IV (Fecha de publicación: 09/06/2006). Disponible en: [<http://www.insersomayores.csic.es/documentos/lopez-intervención-01.pdf>] Fecha de acceso 16-01-2010.
- Meléndez- Ortega A, Pedrero- Chamizo R. Las personas mayores en España. Disponible en: [<http://spanishxerinet.com/pdf/Mayores.1.pdf>] Fecha de acceso (16 Enero de 2010).
- Nogueira Ch, Alfageme A. Las personas dependientes tendrán derecho a recibir atención pública a partir de 2007 Madrid. El PAÍS 2006, abril 22; Sec sociedad.
- Such. "La aplicación de la Ley de Dependencia. La Comunidad Valenciana disponible en. www.todoloquenecesites.com/ Consultado 16 enero 2010.

Violencia de género y enfermería ¿es una opción o un deber formarse para actuar ante ella?

Autores: Lucía del Carmen Bou Ramón¹, Vanessa Ferrer Folguera², Carmen Martín Torres³

¹Enfermera del Laboratorio Dr.Echevarne, Valencia, ²Enfermera del Hospital casa de la salud, Valencia,

³Enfermera del Hospital Universitario de La Ribera, Valencia

lusbora@hotmail.com

Training in domestic violence for nurses, an option or a duty?

ABSTRACT

Justificación: domestic violence is a pending issue for nursing

Objectives: to find out if nurses have the appropriate education and training to act against domestic violence situations; and if the training required is an option or a duty for nurses.

Material and methods: a qualitative, descriptive cross-sectional study was carried out based on an individual questionnaire. The study sample was made up of a total of 68 nurses.

Results: results show that nursing staff lacks specific training on domestic violence and do not see themselves enough qualified to act

accordingly.

Conclusion: nursing staff need specific education and training to deal with domestic violence, an issue which is increasing alarmingly.

Key words: domestic violence, nursing, training, abuse, professional secrecy.

RESUMEN

Justificación: La violencia de género se plantea como una tarea pendiente en enfermería.

Objetivos: Comprobar si enfermería está preparada académicamente para actuar ante un caso de violencia de género. Y si es una opción o una obligación el formarse en este campo.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal descriptivo cualitativo, basado en un cuestionario individual. La población de estudio estuvo compuesta por un total de 68 enfermeras/os.

Resultados: Los resultados revelan que el personal de enfermería no ha recibido formación específica, ni cree estar capacitado para actuar

ante el maltrato.

Conclusión: Es necesario recibir una educación especializada en la violencia de género, ya que cada día afecta a un mayor número de personas.

Palabras claves: Violencia de Género, enfermera, formación, maltrato, secreto profesional.

INTRODUCCIÓN

La violencia de género es un problema de graves consecuencias (1), que representa un atentado contra el derecho a la vida, la seguridad, la libertad, la dignidad y la integridad física y psíquica de la persona maltratada (según la OMS/OPS, la violencia de género, destruye aproximadamente 850.000 vidas en todo el

mundo;1998), siendo un reflejo de discriminación, y por tanto representa un atentado hacia el artículo 4 del Código Deontológico de la Enfermería Española, en la que se reconocen los derechos fundamentales de los ciudadanos (2).

Echando la vista atrás y revisando literatura y obras de arte entre otras, nos damos cuenta, que la sombra de

la violencia de género siempre ha estado presente a lo largo de la historia, formando parte de la vida cotidiana y pasando incluso desapercibida en muchos ámbitos sociales. El pintor Francisco de Goya ya representaba en alguna de sus obras (3) escenas y vivencias relacionadas con la violencia, como vemos en la imagen que acompaña este artículo. Y sin ir más lejos, el escritor Stieg Larsson en su libro “Los hombres que no amaban a las mujeres”, realiza un ataque contra los abusos de poder, contra la violencia que sufren las mujeres, y contra aquellas personas que intentan esconder la realidad (4).

Es por esa razón histórica, por lo que la violencia de género se asienta en complicados mecanismos culturales que se van perpetuando a lo largo de los siglos, pasando de generación en generación, el pensamiento y concepción de la víctima, en el que la sitúa en un plano de dependencia y subordinación con respeto al agresor (5).

En la actualidad, gracias a las publicaciones en diversos medios de comunicación, que están facilitando la sensibilización social sobre este tema, nos encontramos ante un problema que ha pasado de considerarse un problema privado que ocurre dentro del entorno familiar (6), a calificarse actualmente como un problema social, que afecta de modo global a la sociedad y es reconocido por la misma.

Así pues, creemos que el profesional sanitario en general (Psicólogos, trabajadores sociales, médicos, enfermeras, etc.), ha de estar preparado para afrontar cualquier caso de violencia de género y en particular el profesional de enfermería, ya que mantienen un contacto directo con los pacientes, de manera que pueden actuar, prevenir, detectar e identificar de forma rápida y eficaz casos de maltrato.

Para ello El Consejo General de Enfermería de España (7), indica que el personal de enfermería debe formarse de forma sistemática para que sea eficaz en este tipo de situaciones, “incorporando la conciencia de realizar este tipo de formación en los programas educativos de los niveles de pregrado e impartiendo formación continua para conseguir una base sólida de conocimientos, el desarrollo de las capacidades y un marco ético para la práctica profesional”.

Pero actualmente, son muchos los estudios en los

que se revela que en la mayor parte de los países las enfermeras/os, rara vez preguntan a las víctimas si han sido maltratadas, y ni si quiera buscan signos obvios de violencia (8). La falta de formación o experiencia en el tema, el miedo a empeorar la situación de la víctima y la difícil decisión de elegir entre la moral ética enfermera (9) o el secreto profesional, son algunos de los motivos que podrían explicar esta actitud. Estas situaciones constituyen una barrera a la hora de intervenir y erradicar este problema social.

PROPÓSITO Y OBJETIVO

Este trabajo tiene el propósito de determinar si el personal de enfermería está capacitado para detectar, analizar e intervenir en situaciones de maltrato. E identificar si para el personal de enfermería debería de ser una opción o un deber el formarse para actuar ante un caso de violencia de género.

El objetivo del trabajo se centra en observar si el personal de enfermería, tiene conocimientos suficientes para poder actuar ante un caso de maltrato, y si se sienten preparados académicamente para ello.

MARCO TEÓRICO

La violencia de género es una expresión de desigualdad entre el hombre y la mujer, ya sea por considerarse el hombre superior al sexo opuesto, o a la inversa. Según el Dr. Juan Antonio Cobo Plana (10) “La violencia de género es abuso, cualquier comportamiento encaminado a controlar y subyugar a otro ser humano mediante el recurso al miedo y la humillación, y valiéndose de ataques físicos o verbales”.

Existen diversos tipos o formas de violencia de género:

Física: Lesiones corporales recibidas de forma intencionada de otra persona que normalmente, dejan huellas externas (hematomas, mordiscos, puñetazos, etc.) o que provocan problemas de salud crónicos (cefalea, colon irritable, etc.).

Psicológica: Es la violencia psíquica y emocional donde la víctima sufre humillaciones, amenazas, insultos, desvalorizaciones, etc. Todos estos maltratos implican que la víctima sienta culpa e indefensión, provocando en ellas depresión, ansiedad, insomnio,

etc. Dentro de este tipo aparecen subtipos que hacen que la víctima sufra psicológicamente, como la violencia “económica” (control total de gastos, ingresos, etc.) y “social” (él agresor le niega el contacto con su entorno).

Sexual: Impone un acto sexual sin el consentimiento de la víctima, por lo que la desvaloriza, avergüenza, humilla, atemoriza, etc.

Existen factores que influyen en el maltrato como la edad, el estado civil, el nivel educativo, el sexo, la situación económica, la cultura, la religión, durante el período del embarazo, y el consumo de alcohol o drogas (11).

Para determinar todos estos factores, y poder analizar y valorar de forma específica e individual a la víctima de malos tratos, se han elaborado unos protocolos de actuación sanitaria, a través de los cuales, los profesionales de enfermería registran toda la información obtenida según unas variables determinadas, que indican los pasos a seguir ante estos casos.

En julio de 2004 desde el Consejo General de Enfermería se elaboró un protocolo: “Actuación del profesional de Atención Primaria ante la violencia de género” (12), cuyo objetivo era la atención a las víctimas de violencia de género.

Este protocolo informa de los pasos a seguir ante un caso de maltrato: En primer lugar, se identificarán signos de violencia, estableciéndose así un diagnóstico lo más pronto posible, con un examen físico y una valoración psicológica. En segundo lugar, se evaluará la magnitud del maltrato, valorando la gravedad de las lesiones y el riesgo autolítico, y con ello, se hará un plan de actuación integral y coordinado. Y en último lugar, se realizará un parte de lesiones para remitirlo al juez, y se contactará con el trabajador social y servicios sociales.

Recientemente, en el 2008, desde la Conselleria de Sanidad y coordinado por la dirección General de Salud Pública se ha elaborado un protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género (13).

A través de este protocolo, la dirección general de salud pública intenta realizar una detección, un diagnóstico y una atención del maltrato precoz, tanto a nivel de Atención Primaria como Especializada (14).

El protocolo para la atención sanitaria de la violencia de género establece unas fases según una regla nemotécnica, para saber cómo intervenir y qué registrar, utiliza el protocolo PDA:

P- Pregunta a todas las mujeres (> 14 años)

D- Detecta

A- Analiza

Los objetivos de este protocolo son:

- 1- Concienciar a los profesionales sanitarios sobre la importancia de la violencia de género como un problema de salud.
- 2- Posibilitar instrumentos para una búsqueda activa o detección precoz en Atención Primaria y Especializada.
- 3- Clasificar pautas homogéneas para orientar las actividades de intervención sanitaria.
- 4- Favorecer instrumentos para detectar casos de violencia de género e intervenciones sanitarias instauradas.
- 5- Fomentar la capacitación de las mujeres que sufren malos tratos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Objetivo de la encuesta

Las preguntas del cuestionario se elaboraron con la finalidad de identificar si el equipo enfermero, está capacitado para actuar o detectar un caso de violencia de género.

Diseño

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y cuantitativo. Para realizar la parte cuantitativa se elaboró un cuestionario individual con 17 preguntas cerradas, donde la participación fue voluntaria, se aseguró el anonimato y confidencialidad de los datos. La encuesta fue realizada por los autores de este artículo, tras realizar una exhaustiva revisión bibliográfica sobre el tema. (Anexo I).

Población de estudio

La encuesta se distribuyó a un total de 68 profesionales de enfermería. Donde se seleccionó como objeto de estudio una población heterogénea, ya que intervinieron en ella, tanto el personal eventual como el fijo,

Investigación & Cuidados

de distintos servicios y con diferentes grados de experiencia. Aunque principalmente estuvo formada por enfermeras/os del servicio de Urgencias, de tres hospitales y tres centros de salud de la Comunidad Valenciana.

Herramienta de medición

Para facilitar la agrupación de los datos, se utilizó la hoja de cálculo de Microsoft Excel 2003. Y al realizar la encuesta las preguntas fueron distribuidas de manera correlativa, tratando cada aspecto a valorar.

Aspectos que valora la encuesta

- Recoge diferentes variables: Edad, sexo y lugar de trabajo. (Preguntas 1-3)
- El nivel de conocimientos que posee el personal de enfermería sobre el maltrato. (Preguntas 13-17).
- El grado de formación que tienen sobre la violencia de género. (Preguntas 4-6).
- Qué opinión tiene el profesional de enfermería sobre el tema tratado. (Preguntas 7-9).
- Como percibe la violencia de género su servicio. (Preguntas 10-12).

RESULTADOS

La población total de estudio fue de 68 enfermeros de la Comunidad Valenciana, de los cuales 49 pertenecían, mayoritariamente al servicio de urgencias de tres Hospitales. Los 19 restantes forman parte del equipo de Atención Primaria, de tres Centros de Salud.

De los profesionales sanitarios encuestados, el 75% eran mujeres y el 25% eran hombres, entre ellos, el 51,47% tenía entre 20-30 años, y el 48,53% restante se agrupan en los diferentes intervalos de edad (31-40; 41-50; 51-65).

Los datos recopilados muestran que la formación de los profesionales de enfermería resulta ser insuficiente para intervenir adecuadamente en este tipo de problemática, ya que un 70,58% reconoce no haber recibido algún tipo de for-

mación, para detectar los posibles signos y síntomas de la violencia de género.

No obstante según el resultado de las encuestas, un 97,05% opina que debería ser un deber el formarse en un tema tan polémico, y tendría que estar incluido en los planes de estudio.

Formación recibida	No han recibido formación	Sí han recibido formación
	70,58%	29,42%
¿Es un deber formarse?	No	Sí
	2,95%	97,05%

Tabla 1: Comparación entre la preguntas nº5 ¿Has recibido algún tipo de formación para detectar posibles signos y síntomas en un caso de violencia de género? y la pregunta nº7 ¿Crees que debería ser obligatorio formarse en el tema de violencia de género?

Por otro lado, se ha observado que tan solo el 51,47% de las enfermeras/os creen que están capacitados para actuar ante un caso de violencia de género, y en el momento de identificar o percibir que un paciente ha sido maltratado, un 42,64% de los encuestados han tenido en alguna ocasión la certeza de encontrarse ante un caso de agresión.

Efectuado un análisis de comparación en relación a la percepción del maltrato según el sexo del personal de enfermería, destaca que un 70,58% de la población total de hombres encuestados afirman haber detectado un caso de violencia de género, frente un 41,17% de la población total de mujeres encuestadas. Llama la atención que los hombres detectan más casos de violencia de género que las mujeres, ya que la población de mujeres encuestadas era mayor a la de los hombres encuestados.

¿Quién percibe mejor un caso de violencia de género, el hombre o la mujer?	Sí detectan un caso de maltrato.	Total encuestado
Mujeres	41,17%	75%
Hombres	70,58%	25%

Tabla 2: Detección de un caso de violencia de género. Uniendo la pregunta nº1 del sexo, con la pregunta nº6. A lo largo de tu práctica profesional ¿has identificado algún caso de violencia de género?

Con respecto a la importancia del papel de enfermería, un 82,35% opina que la intervención enfermera es fundamental en estos casos, pero casi la mitad de los profesionales encuestados, un 45,58% desconocen el protocolo de actuación.

Al elegir entre la moral ética como enfermera/o y guardar el secreto profesional, se ha creado un gran dilema entre los encuestados, ya que un 45,58% opina que sí, se debería guardar el secreto profesional, mientras que un 54,41% de la población de estudio cree que habría que condenar cualquier acto de violencia.

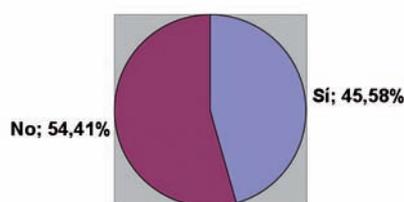


Gráfico 1: Pregunta nº.8. ¿Crees que el secreto profesional se debe guardar ante un caso de violencia de género?

DISCUSIÓN

Al principio del estudio se comprobó que la sombra de la violencia de género siempre ha estado presente, ya que todavía en muchos lugares se continúa dando una educación basada en la desigualdad y la subordinación de una persona sobre la otra (15). Lo que conlleva a incrementar este problema social.

Nuestra idea principal al realizar el trabajo era llamar la atención de todo el personal sanitario sobre la poca formación que recibimos para afrontar un caso de violencia de género. Por ello meditamos que la mejor forma de iniciar era evaluarnos a nosotras mismas.

En primer lugar se abordó si el equipo enfermero está formado académicamente para actuar ante la violencia de género, y si realmente tiene la capacidad suficiente para detectar, ayudar e informar a las personas maltratadas. Los resultados obtenidos muestran que algo más de la mitad de los encuestados creen estar capacitados, aunque la mayoría afirma no haber recibido formación, para poder actuar ante un caso de maltrato.

Por otro lado, está el problema de si enfermería tienen la opción o el deber de estar preparada para actuar ante un caso de violencia de género. Y la opinión directa de los profesionales de enfermería, es que debería

ser un deber formarse en este tema, ya que el número de casos existentes en nuestro país están incrementando de una manera alarmante y desmesurada.

Por último, queremos hacer referencia al dilema, de si se debe guardar el secreto profesional ó hacer lo que se crea moralmente correcto como enfermera/o. En el estudio se ha observado que casi la mitad de los encuestados opina que debe prevalecer el secreto profesional, sobre la moral ética como personal de enfermería.

CONCLUSIÓN

La erradicación de la violencia de género, requiere un compromiso de la sociedad, en especial de los profesionales de enfermería, ya que es un sector que presta una atención directa y constante en los pacientes.

Así pues los resultados obtenidos en el estudio, demuestran la falta de preparación que posee enfermería para actuar ante un caso de maltrato y la necesidad de recibir algún tipo de formación académica en este campo. Porque aunque el equipo enfermero es consciente de sus limitaciones y crea que es imprescindible formarse en este ámbito, no puede hacer nada al respecto, pues no cuenta con los recursos humanos y materiales suficientes. Como conocer los protocolos de actuación ante un caso de violencia de género y/o recibir una formación específica, que cubran las necesidades que hay con respecto a este tema, y prevengan o minimicen posibles casos futuros.

Por otro lado también es importante destacar que, todo el personal de enfermería debería pararse a pensar si es más importante su código ético como enfermera/o o guardar el secreto profesional, y qué sería lo mejor para erradicar la violencia de género.

AGRADECIMIENTOS

A Olga Mercedes Forero Rincón (Profesora de la Universidad Católica de Valencia, Escuela de Enfermería, Sede Jesús) por sus enseñanzas y asesoramiento a lo largo de este trabajo. También queremos agradecer la colaboración a nuestra compañera y amiga Isabel Madrona, que por motivos personales no pudo realizar este artículo junto a nosotras, pero sí que participo en el trabajo de investigación. Y a todos aquellos enfermeras/os que realizaron nuestro cuestionario.

Gracias.

BIBLIOGRAFÍA

1. La Asamblea General de Naciones Unidas. Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer; 1993.
2. Código Deontológico de la Enfermería Española. Capítulo II. Artículo cuatro. Consejo General de Enfermería; 1989.
3. De Goya F. (Madrid 1796-1797). Museo del Prado, nº 34 del álbum "b" o álbum de Sanlúcar-Madrid.
4. Stieg Larsson. Los hombres que no amaban a las mujeres. Trilogía Millenium: Volumen 1; 2008.
5. Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer. En la Convención de Belém do Pará. Fondo de Población de las Naciones Unidas; 1995.
6. ONU. Declaración sobre la eliminación de la Violencia contra las mujeres; 1980.
7. Resolución en contra de la Violencia de Género. Jornadas celebradas en Madrid Contra la Violencia de Género. Un compromiso social de la enfermería; 2004.
8. Jornada sobre Violencia de Género. Generalitat Valenciana. Consejería de Sanidad; 2005.
9. Posicionamiento del Consejo General de Enfermería ante la Violencia de Género; Madrid 2004.
10. Cobo Plana JA, Médico Forense y Director del Instituto de Medicina Legal de Aragón. ¿Qué es la violencia de género (gender-based violence)?. Disponible en: URL: [http:// www.psicogenero.com](http://www.psicogenero.com).
11. Macroencuesta realizada por el Instituto de la Mujer en España; 2001. - Boletín epidemiológico de la comunidad de Madrid; 2003.
12. Fernández Alonso MC, Herrero Velásquez S, Buitrago Ramirez F, Ciurana Misol R, Chocrón Bentata L, Gracia Campayo et al. Consejo General de Enfermería: Violencia Doméstica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003.
13. Protocolo de la Comisión de Violencia de Género del Consejo. Aprobado por el pleno del Consejo Interterritorial. 1ª edición; 2006.
14. XVIII Ciclo de Conferencias del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Valencia. Conferencia sobre "Aspectos médicos sobre la violencia de género"; 2009.
15. UNESCO Educación para Todos. Comentario detallado del Marco de Acción de Dakar. Punto 17; 2000. Disponible en: URL: http://www.unesco.org/education/efa/ed_for_all/dakfram_spa.html.

ANEXO I- ENCUESTA

1. SEXO

- MUJER HOMBRE

2. EDAD

- 20-30 AÑOS 31-40 AÑOS
 41-50 AÑOS 51-65 AÑOS

3. LUGAR DE TRABAJO

- HOSPITAL CENTRO DE SALUD

4. ¿CREES QUE ESTAS CAPACITADA/O PROFESIONALMENTE PARA ACTUAR ANTE UN CASO DE VIOLENCIA DE GÉNERO?

- SI NO

5. ¿HAS RECIBIDO ALGÚN TIPO DE FORMACIÓN PARA DETECTAR POSIBLES SIGNOS Y SÍNTOMAS EN UN CASO DE VIOLENCIA DE GÉNERO?

- SI NO

6. A LO LARGO DE TU PRÁCTICA PROFESIONAL ¿HAS IDENTIFICADO ALGÚN CASO DE VIOLENCIA DE GÉNERO?

- SI NO

7. ¿CREES QUE DEBERÍA SER OBLIGATORIO FORMARSE EN EL TEMA DE VIOLENCIA DE GÉNERO?

- SI NO

8. ¿CREES QUE EL SECRETO PROFESIONAL SE DEBE GUARDAR ANTE UN CASO DE VIOLENCIA DE GÉNERO?

- SI NO

9. ¿ES IMPORTANTE EL PAPEL DE ENFERMERÍA EN LOS CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO? ¿ES UN PROBLEMA QUE DEBE ABORDAR ENFERMERÍA?

- SI NO

10. ¿EXISTE EN TU SERVICIO UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO?

- SI NO

11. ¿ES FRECUENTE QUE EL PACIENTE MALTRATADO, CUANDO LLEGA A UN SERVICIO DE URGENCIAS, NIEGE EL MALTRATO?

- SI NO

12. ¿EN TU SERVICIO SE HACEN PREGUNTAS RUTINARIAS PARA DETECTAR CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO?

- SI NO

13. LA VIOLENCIA DE GÉNERO CONSISTE:

- VIOLENCIA FÍSICA VIOLENCIA SEXUAL
 MALTRATO PSICOLÓGICO
 TODAS NINGUNA

14. ¿CREES QUE EXISTEN FACTORES COMO EL NIVEL EDUCATIVO O EL ECONÓMICO QUE PUEDEN IR ASOCIADOS A LA VIOLENCIA DE GÉNERO?

- SI NO

15. ¿PUEDE EXISTIR UNA PREVENCIÓN PARA LA VIOLENCIA DE GÉNERO DESDE DEL PUNTO DE VISTA DE ENFERMERÍA?

- SI NO

16. ¿QUÉ SEXO ES EL MÁS AFECTADO POR LA VIOLENCIA DE GÉNERO?

- HOMBRES MUJERES

17. ¿QUE PROFESIONAL CREES QUE DEBE ATENDER UN ACTO DE VIOLENCIA DE GÉNERO? Puede seleccionar más de una opción.

- TRABAJADOR SOCIAL ENFERMERÍA
 ABOGADOS MÉDICO POLICIA

Utilidad de los sistemas audiovisuales en Resonancia Magnética como alternativa a la sedación en pacientes pediátricos

2º Premio del VIII Edición Premio CECOVA de Investigación en Enfermería 2010

Autor: Joaquín Bosque Hernández¹, Rubén Hinarejos Monleón²

¹Diplomado en Enfermería; ERESA, Resonancia Magnética, Hospital la FE de Valencia.

²Diplomado en Enfermería; ERESA, Supervisor de Resonancia Magnética Hospital Clínico de Valencia

jbosque@eresa.com

MRI-compatible audio/visual system: an alternative to paediatric sedation

ABSTRACT

Magnetic Resonance Imaging (MRI) is a diagnostic image procedure which has developed a great deal in the last decades.

Its many advantages include the fact of being a non-invasive procedure, with a high tissue resolution and where ionizing radiations are not used. However, it also has some disadvantages such as the time

required for the procedure, the tube-like and narrow shape of the machine, the noise and the need of full collaboration of the patient as the movement may alter the result of the test. It is for this last reason that most paediatric patients may require sedation

The objective of this project was to reduce the number of sedations in paediatric patients aged between 4-

11 years old, and increase their comfort during the procedure. A MRI-compatible audio/visual system was used as an alternative to sedative drugs. With this system we obtained a better experience and manage of the patient and a decrease in the cost of the procedure

Keywords: magnetic resonance imaging, paediatrics, collaboration, audio/visual system.

RESUMEN

La Resonancia Magnética (RM) es el método de diagnóstico por imagen que mayor desarrollo ha experimentado en los últimos tiempos.

Tiene importantes ventajas, entre las que se incluyen el ser un método no invasivo, con alta resolución tisular y que no requiere radiaciones ionizantes. Por otra parte, también posee diversos inconvenientes entre los que destacan un elevado tiempo de exploración, su estructura en

forma de tubo angosto donde se introduce al paciente, el ruido de la máquina en funcionamiento y la necesidad de una total colaboración por parte del paciente ya que el movimiento afecta a la calidad de la imagen resultante. Por ello, en la mayoría de ocasiones, los pacientes pediátricos requieren sedación.

El objetivo de este proyecto fue reducir el número de sedaciones en pacientes pediátricos con edades comprendidas entre los 4 y los 11

años así como mejorar su confort durante la prueba. Para ello utilizamos un sistema audiovisual compatible con RM (SARM) como alternativa al uso de fármacos sedantes. Con este sistema se consiguió una mejora en la experiencia del paciente, una facilitación del manejo del mismo y la disminución del coste final de la prueba.

Palabras clave: Resonancia magnética, pediatría, colaboración, sistema audiovisual.

INTRODUCCIÓN

La RM es un método diagnóstico que genera una imagen por medio de la aplicación de ondas de radiofrecuencia y gradientes de campo a un paciente situado dentro de un gran campo electromagnético externo.

Gracias a sus características no invasivas, su inocuidad, alta calidad de imagen y precisión diagnóstica, se ha convertido en uno de los procedimientos diagnósticos de elección en la práctica clínica diaria. Aún así, la RM es un procedimiento que provoca en el paciente una situación estresante debido a diversos factores tales como el desconocimiento de la prueba, el elevado tiempo de exploración y las características intrínsecas del imán (forma de tubo, ruido, etc.) (1, 2)

Por ello esta exploración no está exenta de dificultades, como son la falta de colaboración del paciente, claustrofobia, pacientes pediátricos, desorientados o con trastornos cognitivos o movimientos involuntarios. Para poder realizar la exploración a pesar de estos problemas se dispone de diversas herramientas. Hasta ahora la técnica más usada es la anestesia sedativa ambulatoria, que se puede realizar de diversas formas. En nuestro servicio, se inyectan fármacos anestésicos mediante una vía periférica, los cuales disminuyen o incluso eliminan la sensación de ansiedad, miedo, claustrofobia, etc que la prueba genera, consiguiendo una relajación total del paciente durante el

tiempo necesario. De esta forma también se eliminan movimientos involuntarios que dificultan la adquisición de las imágenes (3). Este protocolo de anestesia, técnica, fármacos y vías de administración varía de unos hospitales a otros, siendo la vía inhalatoria otra forma de administración de fármacos muy usada en otros servicios de RM (4, 5).

Actualmente un número elevado de pacientes en la actividad clínica diaria (10-15%) requiere una anestesia sedativa ambulatoria para poder realizar correctamente la prueba (6,2,7). Este porcentaje aumenta especialmente en pacientes pediátricos donde el porcentaje aumenta de forma considerable (6, 8,9). Toda sedación conlleva una serie de riesgos como, por ejemplo, complicaciones derivadas del uso de medicamentos (depresión respiratoria, etc.), reacción alérgica a alguno de los fármacos o la propia toxicidad medicamentosa (5). Por ello, la tendencia actual es el uso de medios de distracción y mejoría de la comodidad, que eliminen o reduzcan la ansiedad y el miedo de los pacientes permitiendo poder llevar a cabo la prueba sin la necesidad de la administración de fármacos. Así pues, desde finales de los años 90, se están empezando a implantar estos medios de distracción en los hospitales de EEUU (sobre todo en los hospitales pediátricos) debido a sus buenos resultados (10, 11).

El uso de la realidad virtual para el tratamiento de determina-

das fobias comenzó a principios del siglo XXI por parte de psicólogos que analizaban la respuesta del individuo frente a ciertos miedos utilizando medios audiovisuales.

Posteriormente, comenzó a estudiarse en EEUU la utilidad de este método en procedimientos quirúrgicos, tratamientos de radioterapia, etc. con objeto de disminuir la ansiedad del paciente ante estas situaciones estresantes obteniendo muy buenos resultados.

El sistema audiovisual en el ámbito de la RM se empleó inicialmente en estudios funcionales cerebrales (RMf) (12). Como alternativa a la sedación, las primeras referencias bibliográficas datan del año 2000 cuando Harned et al. publicó un estudio en el que demostraba que el sistema audiovisual reducía en un 18% las necesidades de sedación en la población pediátrica de 2 a 15 años (10). Posteriormente, en el año 2009 C. Lemaire realizó otro estudio de similares características (11). Estos estudios se realizaron en hospitales estadounidenses y no atendieron a ningún criterio específico de inclusión y exclusión de pacientes, por lo que los resultados obtenidos en ellos son claramente diferentes a los obtenidos en nuestro estudio.

En España no se han publicado hasta la fecha estudios que valoren la utilidad de los sistemas audiovisuales en RM pediátrica. Sí encontramos bibliografía en la que se relaciona la claustrofobia

con el tratamiento mediante realidad virtual (1).

Por todo ello, y dado el riesgo del uso de la sedación en este ámbito, es interesante y tiene una gran aplicabilidad clínica valorar el sistema audiovisual 3D compatible con resonancia magnética en la disminución del número de pacientes pediátricos que requieren sedación, lo que produciría una mejora significativa en la calidad asistencial y una importante reducción del gasto sanitario.

Este estudio se ha llevado a cabo en los servicios de Resonancia Magnética del Hospital La Fe y Hospital Clínico de Valencia.

OBJETIVOS

Objetivos generales:

- Disminuir significativamente el porcentaje de sedaciones en pacientes pediátricos en el servicio de RM del Hospital La Fe y el Hospital Clínico Universitario de Valencia.
- Lograr una mejoría en la atención proporcionada por estos servicios a los pacientes pediátricos.
- Disminuir el coste final de la prueba y acortar el tiempo de espera para realizar la misma, disminuyendo el gasto sanitario.

Objetivos específicos:

- Reducir el nivel de ansiedad del paciente durante el transcurso de la prueba.
- Incrementar el grado de comodidad y bienestar del

paciente y de sus familiares durante la realización de la exploración.

- Determinar el grado de mejora de satisfacción de los padres ante este estudio realizando con el método audiovisual.
- Disminuir el número de complicaciones derivadas por el uso de fármacos utilizados en la sedación así como la toxicidad medicamentosa.
- Reducción del coste final de la exploración.



MATERIAL Y METODOLOGÍA

MATERIAL

- Para la realización del estudio hemos contado con la infraestructura de la que dispone ERESA en el Hospital Clínico Universitario de Valencia y en el Hospital la Fe de Valencia, salas donde elaborar y guardar documentación así como el soporte informático necesario.

- Hemos contado con el apoyo del personal médico de ERESA, especialmente de los especialistas en anestesiología y reanimación y personal sanitario del servicio para la realización de las pruebas correspondientes, así como personal administrativo que ha colaborado en la citación de los pacientes.

- En cuanto a material específico:

- Resonancia magnética de 3.0 Teslas Siemens (Erlangen, Germany). H. La Fe.
- Resonancia magnética de 3.0 Teslas General Electric (Milwaukee, USA) H. Clínico.
- Sistema audiovisual de realidad virtual 3D Resonance Technology Inc. (Northridge, California, USA).
- Películas de DVD propiedad del paciente.
- Películas de DVD propiedad del servicio de RM.

DISEÑO METODOLÓGICO:

estudio experimental, longitudinal y prospectivo

Variables metodológicas:

- Variable independiente de resultado: la variable principal es una variable categórica: realización de la prueba con el sistema audiovisual (sí/no).
- Variables dependientes: se recogen otras variables incluyendo: sexo, edad, patología de base y estudios previos en RM.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

1) Criterios de inclusión:

- Sujetos a los que se les ha

Investigación & Cuidados

solicitado una RM por un motivo clínico justificado.

- Edad entre 4 y 11 años.
- Duración estimada de la exploración solicitada menor de 30 minutos.
- Aceptación por parte del paciente y del responsable legal a participar en el estudio.

2) Criterios de exclusión:

- Contraindicación para la RM.
- Negativa del paciente o del responsable legal a participar.
- Incompatibilidad de este método con la prueba diagnóstica que se vaya a realizar. Por ejemplo, patología orbitaria .
- Retraso psicomotor moderado-grave ó alteración del nivel de conciencia.
- Inyección de contraste previamente protocolizado.
- Patología visual, disminución de la agudeza visual.
- Pacientes de UCI o cuyo estado físico impida la realización de la prueba.

PROCEDIMIENTO

El estudio constó de dos partes diferenciadas.

Estudio cuantitativo: realizado con el fin de conocer el porcentaje de pacientes pediátricos que podían realizarse la RM mediante este método sin necesidad de administrar una anestesia sedativa ambulatoria.

En el estudio cuantitativo los pacientes pertenecieron a dos grupos:

- Grupo I: pacientes pediátricos que acudían al servicio de RM con preparación previa para realizarse la prueba con anestesia sedativa ambulatoria y que fueron aleatoriamente escogidos para realizarse la exploración mediante este nuevo método atendiendo a determinados criterios de inclusión y exclusión.
- Grupo II: pacientes pediátricos que acudieron al servicio previamente citados para realizarse la exploración mediante éste nuevo método y por lo tanto acudieron sin preparación para sedación. Este tipo de pacientes acudió al servicio con la película que el niño quería ver durante la realización de la exploración.
- Estudio cualitativo: evaluación de la mejora asistencial en estos pacientes. Para ello se diseñó una encuesta tipo Likert con cinco afirmaciones declarativas en las que los padres del paciente debían indicar su grado de acuerdo o desacuerdo. Al tratarse de una escala que hay que diseñar ex profeso no se encuentra validada a priori, por lo que se realizará una validación por criterio interjueces.

RESULTADOS

En este estudio se han realiza-

do un total de 106 exploraciones por RM a pacientes pediátricos con edades comprendidas entre los 4 y los 11 años, 49 niñas y 57 niños.

En 99 de los 106 casos (93.4%) se consiguió finalizar la RM con éxito sin necesidad de sedación, mientras que en los 7 restantes (6.6%) se debió dar una nueva cita al paciente para completar el estudio con sedación.

En el grupo I (pacientes que acudían al servicio de RM con preparación para realizarse la prueba con anestesia sedativa) se incluyeron un total de 50 pacientes (20 niñas y 30 niños) de los cuales 49 consiguieron finalizar la exploración, mientras que en 1 caso se procedió a sedar al paciente para la realización de la exploración.

En el grupo II (pacientes que acudieron al servicio citados para realizarse la exploración mediante éste nuevo método) se incluyeron 56 pacientes (29 niñas y 27 niños). En 50 casos (89.3%) se consiguió finalizar la exploración mientras que en 6 casos (10.7%) (4 niñas y 2 niños) se les dio una nueva cita con sedación. Ver tabla 1.

TOTAL	Pacientes del Grupo I *		Pacientes del Grupo II **		Número total de pacientes	
	Niños	Niñas	Niños	Niñas	Niños	Niñas
TOTAL	30	20	27	29	57	49
Colaboran	29	20	25	25	54	45
No colaboran	1	0	2	4	3	4

Tabla 1: Resumen de participación y resultados de los pacientes del estudio.

- *Pacientes citados en turno con posibilidad de sedación
- **Pacientes citados fuera de turno de sedación

En 6 casos fue necesaria la inyección de contraste en estudio previamente protocolizado sin contraste, debido a hallazgos que requerían la inyección del mismo para completar el estudio. De estos 6 casos en 4 se consiguió finalizar la exploración después de canalizar una vía periférica para la inyección de contraste.

En la siguiente tabla se pueden observar el número de pacientes a los que se les ha realizado la exploración por grupos de edad y si la exploración se consiguió finalizar con éxito o si por el contrario se requirió dar una nueva cita para completar con sedación.

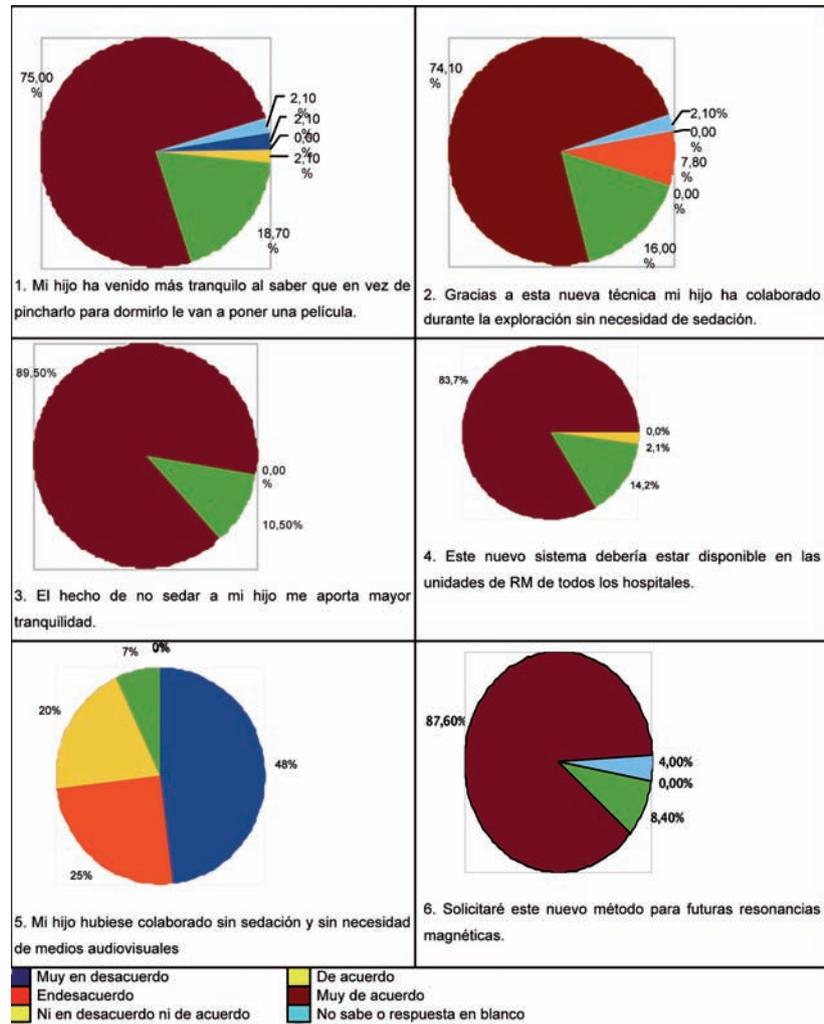
EDAD (años)	4	5	6	7
Nº TOTAL DE PACIENTES	9	12	11	15
COLABORAN	7	12	7	14
NO COLABORAN	2	0	4	1

EDAD (años)	8	9	10	11
Nº TOTAL DE PACIENTES	17	16	18	8
COLABORAN	17	16	18	8
NO COLABORAN	0	0	0	0

Tabla 2: Desglose de sujetos participantes según su edad.

Hemos observado que a partir de los 8 años y siempre cumpliendo los criterios de inclusión, el porcentaje de éxito con este sistema es del 100 % (58/58 casos estudiados). Por el contrario, el grupo de edad desde los 4 hasta los 7 años es más problemático y el porcentaje de éxito ha sido del 87% (47/54 casos estudiados).

En cuanto a los resultados del estudio de calidad asistencial, se pasó una encuesta tipo Likert con 8 ítems que a su vez tenían 5 posibles respuestas en la que los padres han expresado su grado de acuerdo o desacuerdo con cada afirmación.



Respecto a los resultados cualitativos, hay que resaltar que en varias ocasiones los padres no han entendido algún enunciado de la encuesta y no lo han contestado o no han sabido qué contestar. Éste hecho se refleja especialmente en la frase: “Considero el sistema audiovisual un buen método para reducir lista de espera” puesto que no tenían en cuenta el hecho de dar una nueva cita a un paciente pediátrico no colaborador genera mayor retraso en la citación.

DISCUSION

Dentro de un mismo grupo de edad hemos observado lógicamente una gran variabilidad individual. Cada niño tiene unas características personales que lo hacen diferente al resto, ya sea por la educación recibida de sus padres, su inteligencia innata o adquirida así como sus hábitos y costumbres, y esto se refleja en los resultados.

Respecto a la valoración de los resultados cuantitativos, llama la atención que de los 7 niños que no colaboraron con el sistema audio-

visual, 6 fueron informados de que iban a ser citados sin sedación y sólo 1 no colaboró cuando se le propuso este método sin previo aviso en la sala de espera. Estos llamativos resultados nos hacen pensar que si le explicamos el procedimiento al niño justo antes de empezar la prueba y sin previo aviso, puede ser más efectivo que planificar la cita con el sistema audiovisual y que los padres vayan informando al niño los días anteriores a la realización de la RM.

Los padres son un elemento muy importante dentro de este estudio ya que son ellos los que van a hablar con su hijo los días previos a la prueba. Este factor externo no lo podemos controlar dentro del estudio y debemos confiar en que todos los padres explican correctamente la prueba al niño y poco a poco van eliminando sus miedos y temores.

Tal y como demostró Harned (10) y Lemaire (11) en sus estudios es en el grupo de 4 años donde es menos efectiva esta nueva técnica.

Después de analizar los resultados obtenidos, nos hemos encontrado con una limitación muy importante: no tener un grupo control donde poder analizar si el grupo de niños a los que hemos realizado la prueba con el método audiovisual y, por lo tanto, sin necesidad de sedación, hubieran colaborado sin ningún dispositivo externo.

Observando los resultados cualitativos se deduce que el

hecho de no sedar a los niños genera una doble satisfacción a los padres: por un lado, su hijo evita una situación traumática para él mismo y por otro lado al padre le genera un estado de mayor tranquilidad.

Consideramos importante resaltar que ante la pregunta “Mi hijo hubiese colaborado sin necesidad de medios audiovisuales ni sedación” en un 73% de los casos los padres han marcado que están en desacuerdo o completamente en desacuerdo, mientras que ante la pregunta “Gracias a esta nueva técnica mi hijo ha colaborado durante la exploración sin necesidad de sedación” en un 90.1% de los casos los padres han marcado que están de acuerdo o muy de acuerdo. Esto reafirma la eficacia del método audiovisual.

CONCLUSIONES

Después del estudio realizado llegamos a la conclusión de que el sistema audiovisual es una gran alternativa para determinados pacientes pediátricos que pueden evitar la sedación.

Creemos que las posibilidades que ofrecen los resultados de este estudio son muy interesantes, ya que se trata de un método que puede ser fácilmente implementado, de forma prácticamente inmediata, en todos los servicios de RM con el fin de ponerlo a disposición de todo aquel paciente que lo solicite. La utilidad práctica está basada en la mejoría de la comodidad del paciente, en la disminución de pacientes recitados

para una segunda resonancia por ausencia de colaboración del paciente (por tanto acortamiento del tiempo de espera desde que se solicita la RM hasta que llega el informe al médico de referencia), y por último una reducción de costes debido al menor uso de fármacos y personal especializado. Además, al no tener que recitar a pacientes se podrán generar nuevas citas agilizando la lista de espera.

La disponibilidad en el mercado de la tecnología de gafas 3D compatibles con RM garantiza su acceso a nivel global y se podría instaurar en las unidades de RM que lo consideren necesario para la práctica clínica diaria, así como convenios de colaboración con diferentes unidades con la finalidad de realizar nuevos estudios de investigación.

En el futuro sería muy interesante aplicar este nuevo método en pacientes adultos claustrofóbicos para valorar su posible eficacia.

No obstante, junto a las nuevas tecnologías nunca hay que dejar de lado el trato humano y la profesionalidad para obtener los objetivos establecidos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1. Baños M, Botella C, Perpiñá C. Claustrofobia: Manual de tratamiento mediante realidad virtual. Promolibro. 2001. Valencia.
- 2. Dewey M, Schink T, Dewey CF. Claustrophobia during magnetic resonance imaging: cohort study in over 55,000 patients. *J Magn Reson Imaging*. 2007 Nov; 26(5):1322-7.
- 3. Green R. Clearer images in pediatric MRI. *Can Nurse*. 1995 Jun; 91(6):47-8.

- 4. Goepfert MS. Anaesthesia or sedation for MRI in children. Schulte-UentropCurr Opin Anaesthesiol. 2010.
- 5. Sanabria C, Mimoza H, Jiménez E, Altit E, Nodal A, Lahoz A. Anestesia con sevoflurano para exploraciones de resonancia magnética en pediatría. Rev. Esp. Anesthesiol. Reanim. 2002; 49:184-190.
- 6. Bryan YF, Hoke LK. A different image of avoiding sedation in pediatric radiology. *Pediatr Radiol. Epub* 2009 Sep; 39(9):1017.
- 7. Eshed I, Althoff CE, Hamm B, Hermann KG. Claustrophobia and premature termination of magnetic resonance imaging examinations. *J Magn Reson Imaging.* 2007 Aug; 26(2):401-4.
- 8. Vanderby SA, Babyn PS, Carter MW, Jewell SM, McKeever PD. Effect of anesthesia and sedation on pediatric MR imaging patient flow. *Radiology.* 2010 Jul; 256(1):229-37.
- 9. Woodthorpe C, Trigg A, Alison G, Sury M. Nurse led sedation for paediatric MRI: progress and issues. *Paediatr Nurs.* 2007 Mar; 19(2):14-8.
- 10. Harned RK, Strain JD. MRI-compatible audio/visual system: impact on pediatric sedation. *Pediatric Radiology* 2001 vol 31, n°4. pp 247-250.
- 11. Lemaire C. Impact of audio/visual systems on pediatric sedation in magnetic resonance imaging. *J Magn Reson Imaging.* 2009 Sep; 30(3):649-55.
- 12. Rutten GJ, Ramsey NF, van Rijen PC, Alpherts WC, van Veelen CW. FMRI-determined language lateralization in patients with unilateral or mixed language dominance according to the Wada test. *Neuroimage.* 2002; 17(1):447-60.

Habilidades de comunicación como herramienta de éxito personal

Conferencia desarrollada en la II Convención de Enfermería en Alta Mar.

Del 14 al 21 de septiembre de 2009

Autor: Jesús Sánchez Martos

Catedrático de Educación para la Salud. Universidad Complutense de Madrid. Experto en Comunicación.

Si ya sabes lo que tienes que hacer y no lo haces, entonces estás peor que antes”

Milagros, 79 años, diagnosticada de hipertensión arterial, artrosis, degeneración macular asociada a la edad, macroglobulinemia de Valdenström y obesidad, acude a la consulta por padecer disnea de grandes esfuerzos y es enviada al especialista de aparato digestivo y al de cardiología. La cardióloga, profesional de vasta experiencia la dice textualmente y sin mirarla mientras escribe en su ordenador de bolsillo: “Señora lo que le pasa a usted es que está demasiado gorda y tiene que adelgazar rápidamente porque de lo contrario puede usted empeorar y poco podemos hacer. Cuando llegue usted a su casa se mira al espejo y verá lo gorda que está. Tiene que adelgazar 20 kilos en tres meses”. Milagros fue acompañada de su esposo Francisco, al que desde luego la cardióloga ni miró durante los 5 minutos que duró esa “entrañable consulta”.

Hombre de 81 años que acude a la consulta de enfermería a realizarse un electrocardiograma. Además de su hipertensión arterial y su diabetes, lo que le pasa a Andrés es que está un poco torpe y que le cuesta muchísimo hacer determinados ejercicios como el que requiere subir a una camilla que está demasiado alta para él. Mientras lo intenta, la enfermera sigue escribiendo en el ordenador y finalmente cuando se da la vuelta y ve a Andrés casi de rodillas en la camilla le dice: “Pero hombre, que hace usted, que se tiene que tumbar boca arriba y no ponerse de rodillas. Esa postura es para el urólogo cuando le tenga que explorar la próstata pero aquí le vamos a hacer un electrocardiograma”. Andrés no acudió solo a la consulta. Le acompañaban su esposa Ana y su hija Feli, pero la enfermera les dijo que no era necesario que entraran porque ya había demasiada gente dentro. Claro que la misma enfermera se encargaba de dos camillas, eso sí separa-

das por un minúsculo biombo de tela.

Cinco y media de la madrugada. Victoria esperaba la visita de la matrona mientras le acompañaba en la sala de dilatación su esposo Mario. Era su primer hijo y estaban especialmente ilusionados; conocían al dedillo todo lo que sucedía en cada momento porque habían acudido y con mucho interés a todo el curso de parto que le ofrecieron en la aseguradora privada a la que estaban asociados. Ahora se encontraban en un gran hospital privado de la compañía. Acude la matrona y le dice a Victoria que está de parto y que se la lleven al paritorio. Mario se levanta de la silla para acompañarla, pero la matrona le dice que no puede pasar todavía y que de momento se ponga una bata, un gorro y unos calzos que encontrará fuera de la sala y que espere a que le avisen. Pasan 30 minutos y Mario solo escucha los gritos de dolor de Victoria, a pesar de que les explicaron que le aplicaban anestesia epidural. De pronto sale un celador del paritorio y gritando le dice a Mario que pase rápidamente si quiere ver nacer a su primer hijo. Cuando Mario llega al paritorio solo puede asistir al periodo de expulsión.

Raquel de 65 años acude, acompañada de su marido, al Servicio de Urgencias de un gran hospital tras haber sufrido una caída al ir a cruzar la calle. Alguien vestido de blanco, que desde luego no se identifica, le pregunta que la sucede y le dice: “Pase al segundo box de la izquierda y quítese toda la ropa y luego se tapa con la sábana y espera que la vea el médico”. Mientras tanto al marido le pide que identifique a su esposa con la correspondiente tarjeta sanitaria en el mostrador de recepción de urgencias. Tras dos horas de larga espera en la camilla, acude una mujer joven que viste pijama azul y que tampoco se identifica y le pregunta de nuevo por lo que la sucede. Mientras Raquel intenta explicarse, la “profesional” comienza a explorarla y muy sorprendida dice: ¿¿¿Pero señora, no le han dicho

que se tenía que quitar toda la ropa?!!! ¡¡¡Haga el favor de quitarse las bragas y el sujetador también!!! Raquel la dice que lo único que le duele es la rodilla que es donde se ha hecho una herida al caer. Mientras, su esposo Eduardo sigue esperando en la sala de espera sin que nadie le haya dicho otra cosa que no sea pedirle la tarjeta sanitaria.

Se trata solo de cuatro casos aislados pero que como todos, tienen un nombre propio y corresponden a una historia personal. ¿Qué opinión tendrán después de ser atendidos Milagros, Andrés, Victoria y Raquel?, ¿cuál será su opinión del Centro, público o privado, de atención primaria o especializada?, ¿qué pensarán de la profesionalidad de aquellos que les han atendido, sean celadores, médicos o enfermeros?. Pero sobre todo, ¿qué pensaríamos nosotros de estas cuatro situaciones si no fuéramos profesionales sanitarios?; o ¿por qué no?, ¿qué pensaríamos si nosotros fuéramos los socios capitalistas de la empresa que atiende de este modo a sus potenciales clientes?; ¿qué decisión tomaríamos si tuviéramos la responsabilidad directa de cuanto ha sucedido en estos cuatro ejemplos?

Y como digo, al menos desde mi experiencia profesional como enfermero y como médico, aunque también como usuario, se trata solo de cuatro ejemplos, pero totalmente ciertos y por desgracia demasiado frecuentes. Casos como los de Milagros, Andrés, Victoria y Raquel como usuarios, clientes o pacientes se dan todos los días con nombres y apellidos, aunque casi siempre queden en el anonimato de un “libro de reclamaciones”, que cuando existe pocas veces es atendido como se merece. Pero también se dan con frecuencia casos como los de Francisco, Ana y Feli, Mario y Eduardo, que aunque olvidados por el propio Sistema, tanto público como privado, son los que comparten sus vidas con los primeros y que como “familia” también deberían ser entendidos como “clientes”. Al menos, seguro que estas premisas se tienen y se respetan totalmente en cualquier ámbito social y comercial de la vida, que no tenga nada que ver con la salud y la enfermedad.

¿Tendrá éxito una empresa que permite estas situaciones? Pues parece que sí, a pesar de la crisis económica, sencillamente porque son empresas que trabajan con algo tan preciado para todos como es nuestra propia salud. Pero, ¿tendrán éxito los profesionales protagonistas de estas historias? Pues también parece que sí, por la misma razón y sobre todo porque adolecen de la formación suficiente para reflexionar en otro sentido que no sea el del “deber cumplido”. Entonces, deberíamos reflexionar sobre qué tenemos que entender por “deber cumplido” y seguro que habrá opiniones para todos los gustos.

¿Dónde queda entonces la vocación y la entrega que, en mi opinión, se debe exigir a cualquier persona que “libremente” haya decidido dedicar su vida a una noble profesión como la de salud y la enfermedad?

Si hiciéramos un análisis, que bien pudiéramos haber encargado a cualquier empresa de consulting o de auditoría externa, seguro que acabaríamos concluyendo que los cuatro ejemplos tienen, además de un desarrollo similar, un denominador común en cuanto a su origen: una falta de vocación profesional, pero sobre todo un claro déficit de formación tanto en comunicación eficaz interhumana como en humanización. Son éstos, dos aspectos que tienen presente tanto El Corte Inglés como cualquier otra empresa por pequeña que sea, con el fin de conseguir su éxito empresarial y el personal de su plantilla. Claro, que el éxito personal de sus trabajadores se verá impregnado del éxito empresarial y viceversa, y de darse esta situación, el más beneficiado será “el cliente” que en definitiva es quién decide donde comprar en cada momento. ¿Podemos nosotros, como titulares de la tarjeta sanitaria, elegir? Bueno, ahora nos dicen los políticos que sí, que podremos elegir, pero ni ellos mismos saben muy bien como lo vamos a poder hacer.

En definitiva, se trata de una clara falta de entrenamiento de los profesionales sanitarios, y especialmente en nuestro caso los de enfermería, tanto en comunicación como en humanización, los dos aspectos que el Presidente del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana, me ha pedido que desarrolle en esta II Convención de Enfermería en Alta Mar. En este caso, me centraré en la necesidad de desarrollar unas adecuadas “habilidades de comunicación como herramienta de éxito personal” y cómo hacerlo, pero sin olvidar que la comunicación y la humanización no pueden ser nunca entendidas como dos áreas estancas, y no solo en la sanidad.

Lo mejor para poder aprender con eficacia cualquier cosa en la vida, es tratar de reflejarse en la experiencia de quienes son expertos en la materia que deseamos practicar. En este caso, en el de la “comunicación”, mi larga experiencia cerca de grandes profesionales de los medios de comunicación social, me ha ayudado y mucho, a reflexionar ya no sólo en la forma de practicar, sino en algo mucho más importante como es la importancia de los valores y los principios éticos de la comunicación eficaz interhumana.

Independencia, pluralidad y rigor, son las tres claves esenciales que cualquier medio de comunicación debería defender en aras al derecho que todos tenemos y que nos garantiza nuestra Constitución, de recibir una información adecuada y real en cada momento. También son los valores que deben garantizar que esa

información sea veraz y que no esté impregnada de oscuros intereses comerciales, profesionales o personales. Y sin duda son los tres principios a los que cualquier profesional responsable de un “medio” hace gala para defender la “libertad de expresión”. Por supuesto que han de ser estos mismos principios los que deben marcar la relación de comunicación entre los profesionales sanitarios y la población, y los que deben garantizar el derecho a la información oportuna y puntual en relación con la salud y la enfermedad. Y entre otras cosas, este objetivo puede ser alcanzado gracias al trabajo, el tesón, el esfuerzo y la honestidad, valores por otra parte, bien pudieran estar en crisis entre nuestros jóvenes, algunos de ellos futuros profesionales sanitarios.

Doy por hecho que cualquier persona que desee obtener “un éxito personal y profesional” trabajará duro, con gran esfuerzo y con tesón y sobre todo con honestidad. Pero para conseguir comunicar con independencia, con pluralidad y con rigor, es necesario un entrenamiento adecuado en habilidades de comunicación. Y como decíamos ya en la I Convención de 2008, en comunicación no hay trucos ni milagros; el comunicador “no nace”, sino que “se hace” gracias al entrenamiento en habilidades de comunicación social, una de las grandes asignaturas pendientes del sistema sanitario, unida a la de “humanización”, que trataremos en la segunda conferencia.

Ahora que por fin Enfermería pasa de ser un “diploma universitario” a ser un “grado universitario” con la posibilidad de alcanzar el doctorado, continúan los expertos del “proceso de Bolonia”, sin entender que la formación en comunicación y humanización deberían no solo ser obligatorias sino troncales en todas las Universidades, si realmente queremos unos profesionales de enfermería que sepan de Anatomía, de Fisiología, de Farmacología, de Patología... y que desde luego sepan aplicar cuanto saben a los destinatarios finales que son “personas humanas”, es decir, son individuos personalizados que objetivan la salud y la enfermedad de forma diferente en cada caso.

Debería tratarse de un entrenamiento en “habilidades de comunicación social” con el fin de alcanzar el éxito como profesionales de enfermería que debería estar centrado tanto en la comunicación verbal, como la no verbal y la escrita a todos los niveles. Una formación con una sólida base teórica por supuesto, pero centrada especialmente en el entrenamiento práctico de las habilidades personales de cada uno de nosotros como potenciales comunicadores. En grupos pequeños, no más de 10-12 personas, en los que todos sin excepción podamos tener un acceso, libre por supuesto, a los ejercicios necesarios para potenciar nuestras

personales habilidades en comunicación.

Pero... ¿en qué se diferencian las habilidades en comunicación para un profesional de enfermería, de las de un profesional de los medios de comunicación social, de las de un abogado, un economista, un ingeniero informático, o un padre o una madre de familia? En mi modesta opinión, basada desde luego en la experiencia y la evidencia, en nada en absoluto, porque una cosa son las habilidades para comunicar y otra muy diferente es como aplicarlas en cada contexto de la vida.

Quién aprende a comunicar con un “código” adecuado para que sus pacientes puedan entenderle, seguro que será capaz de hacerse entender luego con sus hijos o sus amigos o cuando vaya a pedir la carta en un restaurante. Quién aprenda la importancia que cobra el “feedback” en el proceso de comunicación eficaz, seguro que no se olvidará de escuchar a sus pacientes y a sus familiares, y también tendrá presente la importancia de la escucha activa luego en casa con sus hijos. Quién acepte que la “percepción” es el verdadero virus del proceso de comunicación y que puede ser la causa de los “malos entendidos”, conseguirá muchos más éxitos en su trabajo como profesional de enfermería, pero también cosechará innumerables beneficios en su vida personal y familiar. Y en definitiva, el profesional de enfermería que sea capaz de aprender a valorar la necesidad de comunicación de cada uno de sus pacientes, tanto en la salud como en la enfermedad, también lo hará cada día con sus amigos o su familia y en definitiva contribuirá no sólo a su éxito como profesional, sino como persona.

Dicho de otro modo, lo que procede hacer en mi opinión, tanto en este caso de entrenamiento en comunicación como en el de la humanización, es formar a “personas” en estas materias olvidadas tanto por la Universidad como por la Sanidad, pública y privada. Si conseguimos “personas” entrenadas en comunicación y humanización, seguro que serán buenos periodistas, buenos economistas, buenos abogados, buenos informáticos y excelentes padres y madres de familia. Y si además estudian Enfermería por y con vocación, y cuentan con profesores debidamente entrenados, seguro que serán los mejores profesionales de enfermería: “independientes”, “plurales” y “rigurosos”, aunque para ello habrán tenido que trabajar con tesón, esfuerzo y honestidad.

Un profesional de enfermería deberá estar adecuadamente formado por tanto, en habilidades de comunicación eficaz para poder beneficiarse de este entrenamiento en los distintos ámbitos de aplicación de su profesión. Reflexiones sobre algunos ejemplos en este sentido:

- En la consulta de Atención Primaria, donde gracias a la “entrevista clínica” debe aplicar su conocimiento y habilidades para conseguir convencer a la población general de lo importante que es proteger la salud, sobre todo cuando el “receptor” de su “mensaje” no está motivado sencillamente porque no se encuentra enfermo o incluso porque no lo está. Se trata de desarrollar verdaderos programas de Educación para la Salud para “personas sanas” o “presumiblemente sanos”.
- En el Centro de Salud, donde tiene entre sus objetivos el hecho de conseguir aumentar el índice de población protegida por las vacunas y especialmente en el caso de la Gripe y en breve frente a la Gripe “A”
- En la consulta de Atención Primaria, cuando se enfrente a la necesidad de mejorar el “cumplimiento terapéutico” sobre todo en las personas que padecen una enfermedad crónica, donde como hemos dicho en otras ocasiones, la familia de los pacientes juega un papel esencial a pesar de seguir siendo olvidada.
- En las salas de hospitalización, donde las personas que están ingresadas necesitan una cercanía de quién les atiende, igual que cuando se encuentran en cualquier otra situación de peligro e incertidumbre ante lo desconocido.
- En el Servicio de Urgencias, en la sala de exploración, donde sigo sin entender desde hace muchos años la razón, científica o de logística, para que no pueda acompañar al paciente alguna persona de su entorno.
- En el Servicio de Urgencias, en la sala de espera donde la incertidumbre y el miedo de los acompañantes de los pacientes, se acrecienta por minutos y se “contagia” como consecuencia de la falta de profesionales debidamente entrenados en habilidades de comunicación, pero que ante todo sean profesionales sanitarios que “saben de qué hablan y comunican”. Lo demás, no dejan de ser experiencias basadas en una gestión economicista, que a pesar de obtener resultados a corto plazo, no consiguen en definitiva mejorar el grado de satisfacción de los usuarios del Sistema.
- Cuando el profesional sanitario habla por teléfono, sin tener en cuenta que también puede “comunicar” a través de este medio siempre que esté debidamente entrenado. El teléfono no solo es un avance que nos facilita ponernos en contacto, sino que en muchas ocasiones puede resultar nuestro aliado. Pocas son las personas que a priori aceptarían que es posible percibir una sonrisa cálida o un momento de tristeza a través del teléfono.
- O bien cuando desde su responsabilidad como miembro de un equipo de gestión o dirección toma la decisión de incorporar a la plantilla de “telefonistas” a personas que descuelgan el teléfono y a veces atienden las llamadas mientras suena una música de fondo o una disco con diversas voces grabadas, en lugar de verdaderos profesionales entrenados en la comunicación telefónica, al no tener presente que muchas veces es la primera y la mejor tarjeta de presentación del Sistema Sanitario, tanto público como privado, o de nuestra imagen personal y profesional.
- En cualquier ámbito de su profesión, donde debería recordar en cada momento que la personalización y la individualización en la comunicación hace que ésta se convierta precisamente en “eficaz”: llamar al paciente por su nombre, recibirle en la puerta de la consulta, despedirle de igual manera. Por cierto, ¿cómo recibimos nosotros en casa a una persona y cómo le despedimos? ¿De verdad es necesario recibir un entrenamiento para ser educados socialmente hablando?
- En el momento en el que como profesor se ha de dirigir a sus alumnos, potenciales profesionales de enfermería, trasmitiéndoles el rigor de su experiencia y de la evidencia clínica, pero con un gran entrenamiento en habilidades de la comunicación en el ámbito de la docencia. De igual modo, cuando se trata de una tutoría en la Universidad o bien en la formación práctica en el hospital o el centro de salud.
- Cuando trata de conseguir una información rigurosa a través de Internet. Porque “no todo lo que reluce es oro” y por supuesto no todo lo que aparece en Internet tiene por qué ser riguroso. Por eso un entrenamiento en este sentido hace que el profesional esté al día en cuanto a la utilización del “Hon Code” como código internacional que nos ayuda a filtrar las noticias científicas en Internet.
- En los Congresos, Jornadas, Cursos, en definitiva en cualquier evento científico donde el profesional de enfermería, además de saber, debe saber comunicar lo que sabe. Y no sólo se trata de preparar un “buen power point” sino de que sea tan bueno que sirva realmente como “ayuda y no como sustituto” de quién está en el uso de la palabra. La experiencia práctica en el tema es fundamental, pero también resulta imprescindible si queremos cosechar un nuevo éxito profesional y personal, el tono de voz, el ritmo de nuestra exposición, los silencios, la invitación a la reflexión, el buen uso de los medios audiovisuales y el control de los micrófonos, además de ofrecer la imagen

Investigación & Cuidados

que cada uno hayamos decidido transmitir. Pero cuando alguien habla en público, al igual que cuando le habla a un hijo o a un amigo, o incluso al jefe cuando quiere pedirle más vacaciones o un aumento de sueldo, debe saber “cómo empezar”, “tener argumentos suficientes” y “saber acabar”. Tres elementos esenciales en el entrenamiento de un buen comunicador.

- En el medio escolar, donde cada vez se hace más necesaria la presencia de los profesionales de enfermería, pero debidamente entrenados tanto en los problemas cotidianos de los escolares, como en la forma de comunicar no solo con ellos, sino también con los profesores, los tutores y los padres de los niños. En este caso, nuestra población diana serán los niños, mientras que los padres, los maestros y los tutores, configurarán nuestra “población de influencia” que nunca olvidaremos si queremos conseguir el éxito en nuestros objetivos.
- En las conferencias o charlas de divulgación hacia el público en general, en las que primará el objetivo que se pretende cubrir con una población diana en particular. Y es que a veces no resulta fácil explicar por ejemplo, las razones que pueden existir para que las personas mayores de 65 años no estén dentro de las poblaciones que se han de vacunar contra la Gripe A. Y si nos preguntan al final de la conferencia: ¿Cambiarán sus argumentos si aparecen casos de muertes entre los mayores de 65 años? No se trata sólo de estar bien entrenados en comunicación, sino que además tendremos que saber qué decir, a quién, cómo, donde, cuando y sobre todo por qué decirlo.
- En una “mesa redonda”, cuando el profesional de enfermería es requerido para que haga de “moderador”. Si un moderador solo debiera preocuparse de “dar y quitar” la palabra a sus invitados-expertos a la mesa redonda y “controlar el tiempo” de cada exposición, cualquiera de mis hijos, uno economista y el otro informático, también podrían “moderar” la mesa y seguro que mejor que yo, entre otras cosas porque son mucho más “moderados”. Un buen moderador, y siempre en mi modesta opinión, debe estar entrenado en las habilidades de comunicación específicas en este ámbito para que sea capaz de demostrar que además de ser un gran experto en la materia que ha de moderar, lo es también a la hora de presentar a sus invitados, dar paso a sus exposiciones, retomar el tema cuando hayan terminado y garantizar la participación de las personas que forman parte del auditorio, en definitiva los “oyentes” y “escu-

chantes activos” de esa mesa redonda. Y sirva este ejemplo también para Paneles de Expertos, Seminarios, Talleres, Jornadas, etc.

- Cuando tengamos la responsabilidad de presentar un acto oficial. Ni siquiera en estas circunstancias debemos dejar las cosas al azar, sencillamente porque “hasta las improvisaciones deben ser previamente preparadas”. Prepararemos a conciencia el discurso, nuestras palabras, nuestros argumentos y en definitiva nuestros objetivos. Y trataremos de conocer todo lo que sea posible acerca de los componentes de la mesa de inauguración, así como todo lo relacionado con el protocolo oficial. No sería la primera vez que un acto oficial se viene al traste por un error de protocolo, a pesar de haberle dedicado un sinfín de horas a su organización.
- Cuando hemos de presentar a un conferenciante, nuestro invitado de honor en todo caso. Tan malo es ser demasiado breve, como explayarse leyendo prácticamente la totalidad de su currículum. Hay personas que creen que lo mejor es decir: “Bueno, nuestro invitado de hoy no necesita presentación”. ¿Cómo que no la necesita? ¿No le gustaría a usted que le presentaran después de haber dedicado tanto tiempo a su conferencia y su viaje? Otras personas prefieren leer renglón por renglón el currículum que previamente han solicitado al conferenciante, cuando lo ideal y lo recomendable es presentarle como si fuera alguien de la familia; experto, investigador, excepcional, pero familiar. Y para ello no es necesario leer, pero sí que es imprescindible dedicarle tiempo y cariño. Y esto también debe formar parte del entrenamiento en habilidades de comunicación.
- En un programa de radio o de televisión, donde será el protagonista de la noticia en un momento dado. Una situación en la que deberá ser entrenado para fomentar la “alerta”, pero no la “alarma social”, como sucede en tantas ocasiones cuando de la enfermedad se trata. Es conveniente tener presente cuando participemos en cualquier medio de comunicación que nuestro objetivo debe ser claro: “hacer fácil a los demás lo que para nosotros fue realmente difícil”. Se trata por tanto de destacar como profesionales, pero no porque nuestro “código” sea inalcanzable para la gran mayoría de la población, sino por todo lo contrario aún a riesgo de llegar a ser criticados por nuestros compañeros de profesión.
- Cuando se hacen unas declaraciones para un “medio escrito”, periódico, revista o página de Internet, siempre deberemos tener presente “la

población diana” a quién en definitiva va dirigido nuestro “mensaje” para establecer el “código” de comunicación más acertado en cada momento.

- A la hora de diseñar una “rueda de prensa”, una “nota de prensa” o un “comunicado de prensa”. Cada uno de estos aspectos siendo distintos en cuanto a su formato, también lo son en cuanto a los objetivos que pretendemos alcanzar y en muchas ocasiones conforman lo que se puede denominar como “plan estratégico de comunicación” que forma parte como es lógico de la “Comunicación Externa” de la institución que representamos en ese momento.
- En el desarrollo de su profesión como miembro de un equipo de gestión o dirección, donde ha de poner en marcha su capacidad de liderazgo al tiempo que formar parte de la estrategia de “Comunicación Interna”. La comunicación resulta del todo esencial e imprescindible en un programa de formación de líderes en cualquier aspecto de la vida y en la sanidad y en particular en la profesión de enfermería, también.
- O sencillamente cuando nos encontramos en cualquiera de los ámbitos sociales de nuestra vida personal, con la familia o con los amigos, para los que seguimos siendo “profesionales de enfermería” que sin duda podremos influir de distintas formas en su concepto de salud o enfermedad. Se trata de la “influencia informal” que todos ejercemos como profesionales sanitarios en la población general cuando no estamos desarrollando realmente nuestra profesión, pero que muchos olvidan o no tienen en cuenta, por falta de entrenamiento en este importante aspecto de la comunicación eficaz interhumana.

Hemos pasado, aunque muy de puntillas, por algunos de los aspectos que me parecen fundamentales y que siempre deberían estar presentes en cualquier programa de “entrenamiento en habilidades de comunicación” para un profesional de enfermería. Veamos ahora, aunque también de forma resumida los puntos esenciales que a mi juicio, siempre se dan en cualquiera de los procesos de comunicación como los mencionados en este trabajo.

- El contenido: se trata realmente de “nuestro guión”, que debe estar apoyado en una serie de argumentos que son los que dan solidez a nuestra exposición. Esto sin duda se consigue con el esfuerzo, el trabajo, el tesón y especialmente con el estudio y el entrenamiento de nuestra profesión. El contenido siempre debe ajustarse a las necesidades de quienes nos invitan y a las de la

población diana de nuestro proceso de comunicación y como es lógico debe siempre ajustarse al tiempo que nos hayan ofrecido para la exposición.

- La puesta en escena: Como si de una obra de teatro se tratara, hemos de aceptar que un buen comunicador debe hacer las veces de intérprete. Así pues debe decidir, no sólo que ropa vestirá y por qué, sino que formato es el que cree más adecuado para cada ocasión: diapositivas en power point, retroproyector con transparencias, pizarra, atril o bien únicamente con su expresión corporal y su comunicación verbal y no verbal. Pero sea como fuere, también ha de decidir si hablará desde el atril, desde la tribuna, desde la mesa o si prefiere bajar al salón y estar más cerca de sus espectadores. Y esto no significa que solo una forma es la más acertada. Cada una estará indicada en determinadas ocasiones, pero para acertar, lo mejor es estar adecuadamente entrenados en la materia.
- La imagen personal y profesional: Sí ya sé que de esto quien más entiende es la propia persona. Pero le aseguro que si piensa así, está equivocado. No sería la primera vez que asisto a una conferencia o una exposición, sea cual sea, en la que el comunicador, que puede saber mucho de lo que desea hablar, no transmite lo que desea, sencillamente por estar masticando un chicle o chupando un caramelo; elementos ambos, que forman parte de lo que conocemos como “ruidos de la comunicación” como el sonar de un teléfono móvil y que desde luego se interponen de forma clara entre el comunicador y su población diana. Tengamos presente que la primera imagen es la que vale y me refiero a la imagen que de nosotros mismos ofrecemos al auditorio. Y nuestra imagen tiene que ver con la forma en que vayamos vestidos, las joyas, las gafas de sol cuando estamos en una sala cerrada, pero también con nuestro tono de voz, las inflexiones, el ritmo, los silencios, las reflexiones en voz alta, y sobre todo en nuestra capacidad personal para salir del “bunker de la comunicación”, que a veces es una tribuna, otras un atril o con más frecuencia una mesa al uso en una sala de conferencias.
- Los micrófonos: Que si de mesa, que si el del atril o uno de solapa, otro de corbata o bien uno inalámbrico que con demasiada frecuencia se acopla con aquél que está destinado para facilitar las preguntas del auditorio. Rara es la vez en mi experiencia como comunicador, en la que los micrófonos hayan funcionado a la perfección. Y cuando funcionan, el que no lo hace adecuada-

Investigación & Cuidados

mente es el “comunicador” porque no está suficientemente entrenado en el manejo de cada uno de esos micrófonos. Por ejemplo, si es de solapa y el técnico lo pone en la parte derecha, cuando vaya a dirigirse a la parte izquierda del auditorio, la voz del comunicador se irá apagando poco a poco hasta hacerse inaudible con lo que se pierde la atención y el feedback de la población diana.

- El puntero: Si lo llevamos es para utilizarlo y si lo vamos a utilizar lo mejor será conocerlo y haber practicado antes de nuestra exposición. El puntero, que ahora es de láser, no se debe utilizar para incomodar a nuestro auditorio cegándoles con su luz. Debemos utilizarlo para ayudar en el seguimiento de nuestra exposición.
- El agua: en botella o en vaso. Igual da, si lo tenemos pensado y estamos adecuadamente entrenados. Si es en botella, ¿por qué hacer publicidad gratuita de la marca, no solo para quienes nos escuchan sino para quienes luego nos verán en la fotografía del periódico, la revista o incluso en el informativo de televisión? Mi recomendación de todos modos es que un buen profesional, si es riguroso en su trabajo también lo ha de ser en la comunicación, por lo que la publicidad nunca ha de estar presente aunque estuviera bien remunerada. En relación al agua, también deberíamos entrenarnos en cuándo, cómo y por qué beberla, ya que a veces puede convertirse en una mala compañera a la hora de comunicar: la cantidad aconsejada, fresquita o demasiado fría, con gas o sin gas, etc.
- El comienzo: Hay quien con frecuencia recuerda que los comienzos siempre son difíciles, pero en este caso lo serán si no estamos entrenados en este punto. Veamos un ejemplo que por habitual podría ser la norma de quienes no se han formado en comunicación y no saben realmente como empezar: “La verdad es que no soy yo el más indicado para dar esta conferencia porque hay mucha gente mucho más preparada que yo”. Si no es el más indicado ¿por qué nos hace perder el tiempo?, podría preguntarse alguien desde el auditorio. Toda exposición debe contener, como cualquier obra de teatro que se precie de serlo, al menos tres “actos”. El comienzo, el desarrollo y el final o despedida.
- El desarrollo: Será nuestra exposición de motivos y argumentos en definitiva, sobre el tema en el que según la organización somos expertos. En este punto, a no ser que sea un verdadero experto como los profesionales de los medios que leen mirando a la cámara en un informativo, no es

recomendable leer la conferencia porque puede contribuir a la pérdida de atención de nuestros espectadores. En esta cuestión, como en tantas otras, deberíamos aceptar que para “leer con eficacia” también se ha de estar adecuadamente entrenado.

- El final: Es éste otro de los aspectos al que hemos de dar una especial importancia porque como bien sabemos, “lo último es lo que queda”. ¿Y también hemos de entrenarnos en la forma de terminar un discurso, una clase o una conferencia? Pues juzgue usted mismo ante el siguiente ejemplo que desde luego no es una excepción por desgracia. Cuando todavía queda media hora de exposición el conferenciante dice: “Para terminar me gustaría aclarar...”, pero continúa y cuando quedan 15 minutos repite “Y ya para concluir vemos los aspectos más relevantes...”, y así en varias ocasiones, sencillamente porque no sabe como terminar y desde luego lo que quiere es “terminar como sea”. O aquél otro “comunicador” que termina su exposición diciendo simplemente un “y ya está” o “y esto es todo”. Pues la verdad es que sí, que siendo fieles a nuestro compromiso, tengo que afirmar que también para saber terminar hemos de estar adecuadamente entrenados.
- Los aplausos: Cualquier auditorio respetuoso, siempre que antes lo haya sido con él el comunicador, aplaudirá agradeciendo su esfuerzo, su ciencia y su experiencia. Y muchas veces nos sonrojamos al recibir este agradecimiento y actuamos como “huyendo” de ese saludo afectuoso: nos damos la vuelta dirigiéndonos a la mesa, hacemos como si estuviéramos recogiendo, cualquier cosa con tal de no dar la cara. Decía yo que el comunicador es como un intérprete, un buen actor y también en este caso se ha de comportar como tal, dando la cara hasta el final y saludando y agradeciendo al mismo tiempo. De lo contrario, quien ha estado “soportando” nuestra “charleta” durante el tiempo que haya durado, se sentirá desairado y contrariado, algo que desde luego nunca debe suceder ante una comunicación eficaz interhumana
- Las preguntas en el debate: Resulta fundamental acudir a nuestra exposición con el adecuado entrenamiento en la forma de recibir una pregunta y en el modo de responderla adecuadamente. Mientras la recibimos nuestra comunicación no verbal es quien nos puede delatar en cualquier momento, mientras que la verbal se hace protagonista en el momento de responder, pero siempre

con la complicidad de nuestra expresión corporal. Y si no se sabe la respuesta, lo mejor será la sinceridad, pero para ser sinceros también deberíamos estar suficientemente entrenados.

Y si necesitamos más argumentos para defender la necesidad de un entrenamiento adecuado en “habilidades de comunicación como herramienta del éxito personal”, solo es necesario acercarse a algunos de los titulares de los medios de comunicación:

- Severiano Ballesteros ha sido el paciente perfecto. El Doctor Belda cree que el éxito de Ballesteros “es el éxito de la cirugía, de los anestesistas, de los intensivistas y de su buen estado físico”.

¿Y los profesionales de enfermería donde quedamos? ¿no hemos tenido nada que ver en el proceso de recuperación de Ballesteros? ¿o fue un olvido del Dr. Belda? ¿o bien es que no cayó en la cuenta el periodista que maqueto la noticia?. Sea como fuere, el resultado es el mismo: No existen los profesionales de enfermería en la noticia.

- 28 personas han sido ingresadas durante este fin de semana como consecuencia de una intoxicación alimentaria.

Y siempre se echa de menos la inclusión, aunque solo sea en un par de renglones de los consejos para evitar una intoxicación y el teléfono de ayuda en estos casos.

- Inglaterra tiene ya 100.000 casos de afectados por la Gripe A.

Solo tenemos que hacer un pequeño pero riguroso ejercicio de hemeroteca para darnos cuenta de lo fácil que es fomentar la alarma social entre la población general. ¿No sería mejor contar con profesionales sanitarios entrenados para evitar estas lamentables y frecuentes situaciones?

- Las autoridades británicas, con el objetivo de disminuir la presión asistencial, ponen en marcha una línea telefónica para atender las consultas sobre Gripe A y una página Web con el mismo objetivo.

¿Se puede llegar a creer tanto en la tecnificación de la comunicación como para aceptar que un profesional sanitario puede llegar a diagnosticar una Gripe A por teléfono o a través de Internet y ofrecer el adecuado tratamiento?

- El 14% de los españoles ha sufrido alguna negligencia médica.

Noticia apoyada en varios informes que salen a la luz como consecuencia de la muerte de Rayan, hijo de la primera víctima mortal en España por Gripe “A”, en el Hospital Gregorio Marañón de Madrid. Y además, incluso los profesionales sanitarios y por supuesto que los periodistas, como consecuencia de la falta de entrenamiento en comunicación confunden la Asociación Defensor del Paciente que preside Carmen Flores y que es una asociación civil y privada, con la Oficina del Defensor del Madrid que preside Juan Ignacio Barrero y que es una institución pública. La diferencia y las consecuencias de estas equivocaciones además de resultar notables son prevenibles siempre.

Y refiriéndonos concretamente al caso de Rayán podríamos reflexionar: ¿Cuál ha sido la imagen real que los medios de comunicación han reflejado de nuestra profesión de enfermería? ¿es bueno y positivo para nuestra imagen social “salir” en los medios de comunicación en la puerta de un hospital con determinadas pancartas y lanzando gritos e improperios contra las autoridades? Si manifestarse es bueno, que yo creo que lo es, ¿no sería mejor organizar una manifestación cuya responsabilidad recayera en verdaderos profesionales entrenados en habilidades en comunicación social? La verdad es que a tenor de lo visto y escuchado en diversos medios de comunicación, quizá esta “campana de imagen profesional” haya estado en “manos expertas”, pero con fines muy diferentes a los que yo he tratado de exponer en este trabajo. Sí, se han manifestado las necesidades de formación “especializada” de la enfermería, pero... ¿dónde ha quedado reflejada la calidad y la excelencia de nuestro trabajo diario como profesionales sanitarios?

Desarrollar lo que se entiende, o al menos lo que yo entiendo como “habilidades de comunicación” necesitaría de una gran extensión especializada en la materia y este no es objetivo de este artículo, que solo trata de ayudar a analizar la situación personal de cada lector a través de la reflexión íntima, personal e individual. Si se ha conseguido este objetivo, yo como comunicador me daré por satisfecho. De lo contrario tendré que seguir entrenándome en habilidades de comunicación, pero de forma práctica como haremos en el Taller “Cómo aprender a hablar en público y no morir en el intento” en el que trataremos de poner en práctica algunos de los elementos teóricos que hemos desarrollado en el artículo. Les esperamos a todos en el Taller, pero recuerden que “solo se aprende lo que se hace” y que “no hay mayor error que no hacer nada porque solo se pueda hacer un poco”.

■ Investigación & Cuidados

A modo de “epílogo”:

Sinceramente creo que los profesionales sanitarios tendríamos que tener presente que “la comunicación también puede ser terapéutica”. Hace poco tiempo tuve la suerte de leer con detenimiento una novela, escrita por un periodista experto en comunicación y que utiliza su voz como herramienta de trabajo en la radio, que me sirvió como punto de partida para que de nuevo pudiera seguir reflexionando en la posibilidad, cierta pero poco demostrada, de que la mente y la comunicación puede jugar un papel fundamental en la curación de muchas enfermedades.

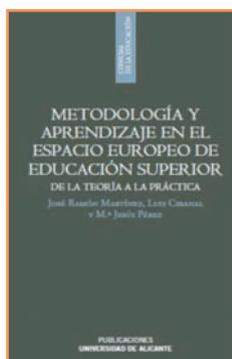
¿No será que los casos de “remisión espontánea” de muchas enfermedades, incluido el cáncer, no se investigan suficientemente, precisamente por estar en proceso de remisión? ¿no será que las mal denominadas, en mi opinión, como “medicinas alternativas” pueden jugar un papel “complementario” a la conocida como “medicina tradicional o convencional”? ¿no será que a veces olvidamos los principios de la “medicina basada en la evidencia”? ¿o no es una evidencia el hecho de que algunos pacientes hayan mejorado e incluso se hayan curado en contra de las predicciones de su médico y la estadística de esperanza de vida?

Estas y otras muchas preguntas todavía sin respuesta, son las que se hace Gaspar Hernández en su novela “El Silencio” publicada por El Aleph Editores, en la que Umiko con solo 28 años es diagnosticada de un Glioblastoma Multiforme y tiene que enfrentarse no solo al diagnóstico de su enfermedad, sino al pronóstico de su médico cuando la confirma que su esperanza de vida no superará en el mejor de los casos los seis meses, tal y como marcan los cánones de la medicina basada más que en la evidencia, en la pura y fría estadística. Y es en ese momento en el que Umiko abandona la medicina convencional y se ampara en las enseñanzas y experiencias del poder curativo de la mente y la comunicación, pidiendo ayuda a un periodista experto en el uso de la palabra para que pase toda una noche a su lado hablándola de forma pausada, suave, lenta, pero a la vez intensa.

La experiencia clínica, que también está basada en la ciencia y la evidencia nos demuestra que en algunas ocasiones, desde luego no tantas como desearíamos, las estadísticas no se cumplen, por lo que nunca está demás utilizar el poder de la mente y de la comunicación, que como la “estimulina” de la que tanto hablo a mis pacientes, son medicamentos genéricos, sin complicaciones ni efectos adversos y en los que resulta saludablemente recomendable tanto la “automedicación” como la “sobredosis”.

Pero al final, todo es cuestión de tiempo, ese poco tiempo del que disponemos y que con frecuencia no

sabemos optimizar adecuadamente con la calidad que nos asegura un adecuado entrenamiento en habilidades en comunicación.



Metodología y aprendizaje en el espacio europeo de educación superior. De la teoría a la práctica

*Autores: José Ramón Martínez Riera,
Luís Cibanal Juan y Mª Jesús Pérez Mora
Publicaciones Universidad de Alicante. 2010*

“Aunque se ha hablado y se habla mucho sobre el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) que empieza a implantarse, no siempre se comprende bien en qué consiste este y, aun comprendiéndolo en cierta medida, tanto profesores como alumnos apenas disponen de una reflexión profunda que los oriente sobre su significado y sus implicaciones, ni de instrumentos eficaces que faciliten su propia integración en el nuevo marco de estudios.

Esta obra, desde el conocimiento y la reflexión, pretende ser tanto una ayuda y un soporte, como una referencia para todos aquellos que tienen la firme voluntad de asumir el nuevo rol que les corresponde en el EEES.

Además, el análisis y la exposición que aquí se ofrecen de las teorías más significativas sobre el aprendizaje permitirán a los lectores no solo acceder a ellas y sus autores, y comprender la influencia de cada una en los procesos de enseñanza-aprendizaje, sino, además, conocer sus aportaciones específicas, la influencia que han ejercido o ejercen y su evolución respectiva, para, finalmente, aplicar lo que se estime como más apropiado en cada caso.

Por otra parte, la aplicación del Role-Playing como herramienta metodológica, que aquí se propone, facilitará la puesta en práctica de lo descubierto. Podrá entonces comprobarse cómo quedan bien justificados muchos de los planteamientos del EEES.



Ética en la práctica de enfermería. Una guía para la toma de decisiones éticas

*Autores: Sara T. Fry & Megan-Jane
Johnstone. 2010
Manual Moderno*

Proporciona los conocimientos necesarios para comprender la toma de decisiones éticas y sus consecuencias en el cuidado de los pacientes. Los autores se centran en el individuo, las responsabilidades de la enfermera, la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el restablecimiento de la salud y el alivio del sufrimiento, además exploran de manera amplia las cuestiones que afectan a los pacientes, compañeros de trabajo y la sociedad en su conjunto. Cada día las enfermeras tienen que tomar decisiones éticas en el curso de cuidado de sus pacientes. En esta obra se incluye el código de ética revisado del ICN para enfermeras y también se considera la relación entre la ética y la ley.

Dirigido a: Estudiantes de enfermería nivel licenciatura y nivel técnico, estudiantes de auxiliar de enfermería, enfermeras profesionales, estudiantes de medicina.

■ Investigación & Cuidados

5º CONGRESO DE ENFERMERAS COORDINADORAS DE RECURSOS MATERIALES

Fecha: 19, 20 y 21 de octubre de 2011

Lugar: Vitoria

Información: Tlf: 902 19 08 48; fax: 902 19 08 50.
www.anecorm.org/congreso2011;
sanicongress@anecorm.org

XXX CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SENOLOGIA Y PATOLOGIA MAMARIA

Fecha: 20 a 22 de octubre de 2011

Lugar: San Sebastián

Información: Tlf: 943 42 54 20; fax: 943 42 21 24. tisa-congresos@tisasa.es; www.tisasa.es

I CONGRESO ASOCIACION CASTELLANO-LEONESA DE MATRONAS

Fecha: 20, 21 y 22 de octubre de 2011

Lugar: Burgos

Información: Tlf: 848 42 95 01 - 618 53 76 84;
www.federacion-matronas.org;

III CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERIA EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Fecha: 11 y 12 de noviembre de 2011

Lugar: Hotel NH Eurobuilding (Madrid)

Información: Tlf: 912 04 26 00; www.aeeed.com;
www.congreso.aeeed.com

X CONGRESO DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE ENFERMERIA EN OTORRINOLARINGOLOGIA

Fecha: 14 y 15 de noviembre de 2011

Lugar: Vall d'Hebron Hospitals - Hospital General. Barcelona

Información: http://www.aeeorl.es

8º CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERIA QUIRURGICA

Fecha: 16, 17 y 18 de noviembre de 2011

Lugar: Palacio de Congresos de Gijón

Información: sanicongress@8enfermeriaquirurgica.com

III SIMPOSIO IBEROAMERICANO DE HISTORIA DE LA ENFERMERÍA - XII CONGRESO NACIONAL - VII INTERNACIONAL DE HISTORIA DE LA ENFERMERÍA Y VII JORNADAS INTERNACIONALES DE CULTURA DE LOS CUIDADOS

Fecha: 24, 25 y 26 de noviembre de 2011

Lugar: Universidad de Alicante

Información: Tlf: 965 13 02 28; fax: 965229907; congreso@npmundo.com; www.npmundo.com/congreso

XXXIII CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE ENFERMERIA CARDIOLOGICA

Fecha: 2, 3 y 4 mayo de 2012

Lugar: Palacio Congresos de Canarias Alfredo Kraus

Información: congrega@congrega.es; www.congrega.es

XV ENCUENTRO INTERNACIONAL DE INVESTIGACION EN CUIDADOS

Fecha: 15 - 18 noviembre 2011

Lugar: Hospital Gregorio Marañón. Madrid

Información: congresoinvesten@isciii.es;

www.isciii.es/investen



Investigación & Cuidados



Revista de la Organización Colegial de Enfermería
de la Comunidad Valenciana

(Suscripción a la revista)

Quienes estén interesados en recibir de forma periódica esta revista, deben cumplimentar el Boletín de Suscripción mediante el formulario que encontrarán en www.portalcecova.es

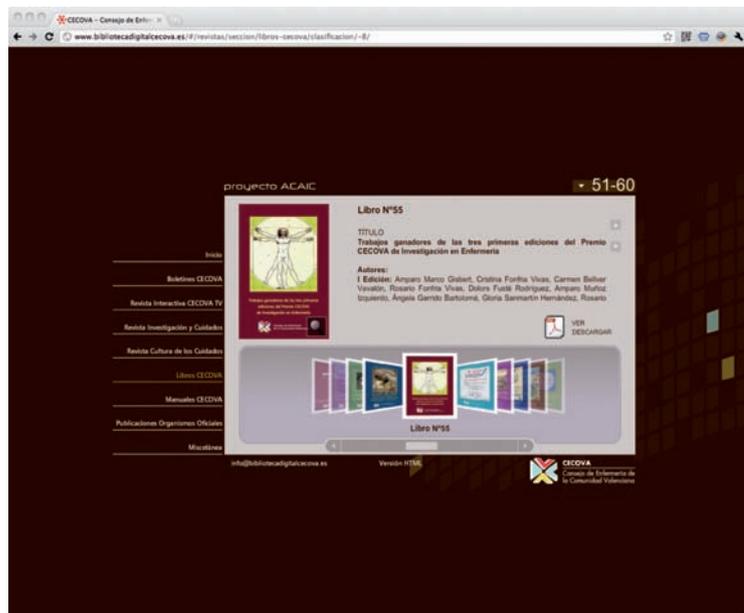
www.bibliotecadigitalcecova.es

El Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA), dentro del Proyecto ACAIC, ha puesto en marcha una muy útil herramienta para los profesionales de Enfermería; se trata de una biblioteca digital a través de la cual poder acceder desde Internet a un espacio virtual en el que poder tener acceso a la producción editorial de la institución.

Se trata de una iniciativa más del CECOVA para mejorar el servicio que presta al colectivo de enfermeras de la Comunidad Valenciana en el ámbito de la información y la comunicación y que viene a sumarse a otras como el portal del CECOVA en Internet, la página en la red social Facebook y CECOVA.TV.

De este modo, se pueden consultar y descargar desde los boletines informativos del CECOVA, hasta la revista interactiva de CECOVA.TV, la revista Investigación & Cuidados, la revista Cultura de los Cuidados, los libros y manuales del CECOVA, publicaciones de diferentes organismos oficiales, y diferentes publicaciones de interés en el ámbito de Enfermería.

La biblioteca digital del CECOVA está disponible a través de la dirección www.bibliotecadigitalcecova.es y gracias a ella se va



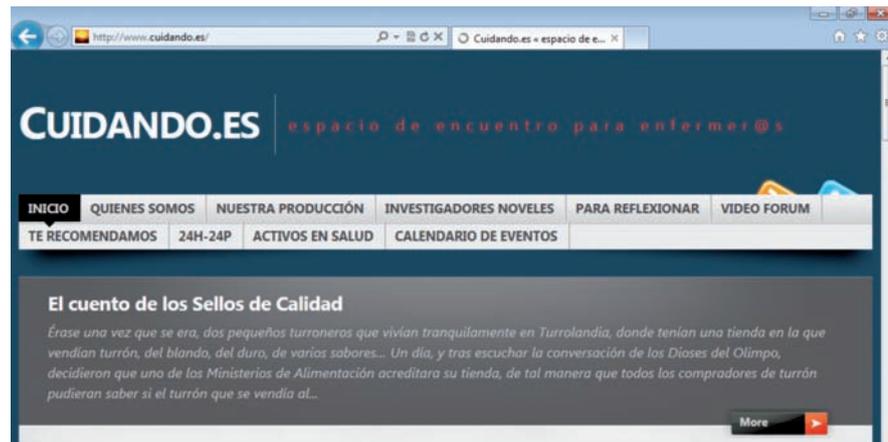
a disponer de unos fondos bibliográficos y de consulta que van a ser una muy útil herramienta de trabajo para los profesionales de Enfermería.

www.cuidando.es

Tal y como lo describen sus creadores y administradores (Serafín Fernández Salazar y Antonio Jesús Ramos Morcillo) [cuidando.es](http://www.cuidando.es) es un blog relacionado con los Cuidados de Enfermería. Nace con el objetivo de proporcionar información sobre diferentes aspectos relacionados con la práctica enfermera, así como de otras disciplinas afines.

En este blog podemos encontrar numerosas noticias y artículos de importante interés para nuestro ámbito de trabajo; los profesionales que acceden a él tienen la posibilidad de publicar trabajos, realizar críticas, comentarios y acceder a documentación de acceso libre en la red.

Además podemos encontrar foros de debate, enlaces de interés para la práctica clínica, webs, blogs y redes sociales recomendadas, así como una serie de herramientas útiles para abordar los problemas que se plantean al comienzo del desarrollo de una investigación.



Cabe destacar apartados como “ para reflexionar”, “activos en salud” o “recomendamos” con numerosas aportaciones de los profesionales.

Sin duda; un espacio este, de interés profesional que reúne las condiciones óptimas para ser un foro de desarrollo para la profesión enfermera, tal y como dice su lema un “espacio de encuentro para enfermer@s”

Professional BS

BS Póliza de Crédito Profesional

OFERTA PARA:



Consejo de Enfermería de
la Comunidad Valenciana
CECOVA

«Tengo un crédito que
está **siempre disponible**»

BS Póliza de Crédito Profesional se renueva automáticamente y le permite equilibrar su economía particular todo el año, siempre que lo necesite y sin tener que pagar gastos, porque **solo pagaré intereses por la cantidad utilizada y durante el tiempo dispuesto.**

- 0 euros de comisión de estudio
- 0 euros de comisión por no-disposición
- 0 euros de comisión por cancelación anticipada
- Comisión de apertura y de revisión anual (50 euros)

Ahora, además, solo por hacerse cliente, conseguirá **un práctico regalo.**



Memoria USB
de 8 Gb*

Infórmese sobre Professional BS en nuestras oficinas, en el **902 383 666** o directamente en **professionalbs.es.**

SOLO PARA PROFESIONALES



* En el caso de que se agote este regalo, se sustituirá por otro de igual valor o superior.