

recs

CUMPLE
5 AÑOS

¡GRACIAS!

Editorial

[Celebramos el 5º aniversario de la revista](#)
[Daniel Catalán Matamoros](#)

76

Revisiones

[La comunicación de los profesionales sanitarios en Cuidados Paliativos](#)

79

[María Povedano-Jiménez, Daniel Catalán-Matamoros, Genoveva Granados-Gómez](#)

[Habilidades sociales en enfermería. El papel de la comunicación: Centrado en el familiar](#)

92

[Isabel López Martín](#)

[El informe de continuidad de cuidados como herramienta de comunicación entre atención hospitalaria y atención primaria](#)

102

[Mafias Correa Casado](#)

[El proceso de comunicación en pacientes con esquizofrenia](#)

112

[Beatriz López Padilla](#)

[Enfermería y su lenguaje estandarizado orientado al liderazgo y la comunicación sanitaria](#)

125

[Álvaro David Campos-Palomo, Laura Deseada Campos-Palomo](#)

[Factores psicosociales y salud: de vida laboral a factor de riesgo](#)

134

[Sara Jiménez Rivas](#)

Originales

149

[La información sanitaria autonómica en la prensa diaria: el caso de Aragón](#)

[Florencio Jesús García-Latorre, Maite Gobantes-Bilbao](#)

[Información, asesoramiento y apoyo familiar en el daño cerebral sobrevenido](#)

168

[Alicia Muñoz Bono](#)

Perspectivas

183

[La situación de la publicidad y las comunicaciones de marketing del sector de la salud en España](#)

[María Galmés-Cerezo, José Borja Arjona-Martín](#)

Celebramos el 5º aniversario de la revista

We are celebrating the 5th anniversary of the journal

En sí mismo, la conmemoración de su 5º aniversario, no hace a la Revista ni mejor ni peor en comparación con otros cumpleaños inmediatamente anteriores y posteriores, pero resulta una ocasión privilegiada para recapitular sobre lo conseguido, celebrar su salud editorial y posicionarnos frente al futuro. Aunque tendremos que esperar todavía para un estudio histórico, sociológico y bibliográfico en profundidad sobre el papel desempeñado por la Revista y su impacto académico y socio-sanitario, pero algo había que hacer para resaltar la efeméride. Debo admitir que cuando surgió la idea de fundar esta revista, no imaginé que llegaría un día en que reflexionara sobre lo que significan 5 años de ardua labor editorial. Simplemente no visualizaba, no pensaba en el futuro. Solamente en cómo sacar a la luz los primeros números.

La iniciativa de crear la Revista Española de Comunicación en Salud se originó en una reunión mantenida por los fundadores de la Asociación Española de Comunicación en Salud en diciembre de 2008, con el objetivo de ofrecer a los investigadores de esta área una publicación científica que fuera el referente de la comunicación y salud en español. Una de las razones que nos motivaron a poner en marcha esta publicación fue la inexistencia de una revista científica centrada en esta área emergente en las ciencias sociales y de la salud en español, y que en otros países como

en Estados Unidos, hubiese varias revistas científicas con un gran impacto científico tales como *Health Communication*, *Journal of Health Communication: International Perspectives*, y *Journal of Communication in Healthcare*. Éstos fueron nuestros referentes para el comienzo de RECS y la guía actual para ir llevando a nuestra Revista a unos niveles tales para conseguir y mantener el reconocimiento de la comunidad científica. De esta manera, después de realizar el registro del ISSN de la revista, pasamos a la creación de los comités editorial y científico donde tuvimos el placer de contar con el apoyo unánime de los referentes de la comunicación y salud en español, así como su participación tanto en el comité científico como en el envío de manuscritos a la revista, algo que nos sorprendió gratamente. Y en enero de 2010 nació RECS, la primera revista científica sobre comunicación y salud en español, y que después de 5 años goza de una excelente salud editorial y científica.

Haciendo balance de los primeros 5 años de vida de RECS, podemos resumir los logros cosechados con los siguientes datos:

- Se ha publicado 10 números en 5 volúmenes desde su nacimiento en enero de 2010, respetándose rigurosamente la publicación semestral de la Revista.
- En total se ha publicado 81 artículos en las 5 categorías de la revista: originales, revisiones, perspectivas, especiales y editoriales.

- 128 autores y coautores tanto de España como Iberoamérica han elaborado los manuscritos que la revista ha publicado en sus primeros 5 años de vida.
- La revista se encuentra indexada en 6 bases de datos científicas nacionales e internacionales de las áreas de las ciencias sociales y de la salud, y se encuentra actualmente en proceso de evaluación en otras indexaciones de mayor prestigio e impacto internacional.
- De las 739 páginas publicadas hasta la fecha, las más leídas según el número de descargas han sido las siguientes (en orden alfabético):
 - o Blázquez-Manzano, A., et al. (2012). Importancia de la comunicación interpersonal en relación médico-paciente en atención primaria. *Rev Esp Com Salud*, 3(1), 51-65.
 - o Campos Palomo, A.D., et al. (2012). Introducción a las técnicas de comunicación terapéuticas y no terapéuticas en enfermería. *Rev Esp Com Salud*, 3(2), 133-146.
 - o Catalán Matamoros, D.C., et al. (2010). Técnicas de comunicación para la prevención y el control de enfermedades. *Rev Esp Com Sal*, 1(1), 50-65.
 - o Días Cortés, M.M. (2011). Comunicación enfermera/paciente: reflexión sobre la relación de ayuda. *Rev Esp Com Salud*, 2(1), 55-61.
 - o Medina-Aguerreberre, P. (2012). La responsabilidad social corporativa en hospitales: un nuevo desafío para la comunicación institucional. *Rev Esp Com Sal*, 3(1), 77-87.
 - o Mirón González, R. (2010). Comunicación de malas noticias: perspectiva enfermera. *Rev Esp Com Sal*, 1(1), 39-49.
 - o Roldán Jiménez, C., et al. (2013). Comunicación no verbal en la docencia. *Rev Esp Com Sal*, 4(1), 54-64.
 - o Tortosa Salazar, V. (2010). Pulicidad y alcohol: Situación de España como país miembro de la UE. *Rev Esp Com Sal*, 1(1), 30-38.

Como editor-jefe durante los cinco primeros años de vida de RECS, quería mostrar el mayor reconocimiento a todas las personas que de forma totalmente desinteresada y altruista han dedicado parte de su tiempo a la creación y desarrollo de RECS, al esfuerzo y entusiasmo mantenido tanto por los revisores y editores como por los diversos autores. Un trabajo que nos permite ahora disfrutar de una publicación consolidada editorialmente y prestigiada en los sectores asistenciales y académicos más progresistas de la comunicación y la salud.

Deseo finalizar este mensaje diciendo que ha sido mucho el aprendizaje, la insistencia, la ilusión, la necesidad, pero sobre todo la pasión de un grupo muy amplio de universitarios y profesionales que han compartido este proyecto. Me corresponde por suerte a mí en este momento expresarles a todos mi mayor gratitud en esta celebración.

Daniel Catalán Matamoros

Editor-Jefe de RECS

Profesor del Departamento de Periodismo y

Comunicación Audiovisual

Universidad Carlos III de Madrid

danieljesus.catalan@uc3m.es

Revisiones

La comunicación de los profesionales sanitarios en Cuidados Paliativos

The communication of health professionals in palliative care

María Povedano-Jiménez ^{1*}, Daniel Catalán-Matamoros ², Genoveva Granados-Gámez ³

¹ Hospital de San Rafael (Granada)

² Departamento de Periodismo y Comunicación Audiovisual. Universidad Carlos III de Madrid

³ Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Almería

Fecha de recepción: 02/11/2013 – Fecha de aceptación: 05/03/2014

Resumen

Nos encontramos ante una sociedad evitativa y tanatofóbica en la que los profesionales sanitarios para protegerse de la frustración que les causa el tema de la muerte, establecen barreras de comunicación y se distancian de sus pacientes moribundos. El **objetivo** de este artículo es resaltar la necesidad de incorporar habilidades de comunicación en el profesional de la salud mediante una revisión bibliográfica de la literatura científica. Se ha demostrado que el entrenamiento en comunicación conlleva a una mejora de la relación de ayuda entre los profesionales sanitarios y el paciente en situaciones tan difíciles como el proceso de muerte. Por ello, es necesario un trabajo profesional de aceptación de la muerte como parte más de la vida donde las habilidades de comunicación son uno de los puntos imprescindibles para llevar a cabo un abordaje integral del paciente paliativo.

Palabras clave: Comunicación en Salud, Cuidados Paliativos

Abstract

We are facing a society that denies and flees from death and in which health professionals to protect themselves from the frustration that causes the subject itself, establish communication barriers and distance themselves from their dying patients. **The aim** of this paper is to highlight the need to incorporate communication skills in healthcare through a literature review of the scientific literature. It has been shown that training in communication leads to improved aid relationship between health professionals and patients in difficult situations such as the death process. Therefore, you need a professional job acceptance of death as part of life where communication skills are one of the essential points to carry out a comprehensive approach to palliative patient.

Key words: Health Communication, Hospice Care

*Correspondencia: mariapoji@hotmail.com

Introducción

Mirando a nuestro alrededor podemos ver que nos encontramos ante una sociedad hedonista, que huye y evita el dolor. Observamos cómo van desapareciendo los rituales que acompañan al hecho de la muerte y los individuos no están preparados para ello, recurriendo a todo lo que pueden para continuar evitando ese dolor. Asimismo, los profesionales de la salud (médicos, enfermeros, etc.) que viven inmersos en la misma sociedad evitativa y tanatofóbica descrita, requieren un trabajo personal de aceptación de la muerte como un proceso natural de la condición humana (Landa y García, 2004). Esto nos lleva a preguntarnos: ¿estamos los profesionales realmente capacitados? A pesar de vivir en una sociedad bastante desarrollada científicamente, en la que hay una solución para casi todo lo imaginable, resulta increíble que tengamos que morir aislados, silenciados, negados en la condición de moribundos, con mucho miedo y mucho sufrimiento. Entonces es cuando morimos mal (Nomen, 2008). Con dificultad y esfuerzo se está consiguiendo, actualmente, que uno de los objetivos de las ciencias de la salud, en general, sea que podamos morir con dignidad, sin negar dicha realidad.

Acompañamos la opinión de Clariés Costa (Infocop, 2008) cuando argumenta que los conocimientos técnicos, las habilidades clínicas, las costosas inversiones en tecnología, los procesos asistenciales y la gestión del sistema sanitario de poco sirven si no se contemplan los factores individuales del acto asistencial en el contexto de los cuidados paliativos como son, principalmente: la comunicación interpersonal, el soporte emocional, el acompañamiento profesional o el manejo de situaciones difíciles (García, Linertová, Martín, Serrano y Benítez, 2009). En el proceso de morir, la Dra. Elizabeth Kübler-Ross expone un modelo en su obra *On death and dying* (1969) y señala que "aquel que tiene el valor de estar junto a un moribundo y escuchar sus silencios, aprenderá de él lo que es la vida y lo que es la muerte y este será su regalo de vida personal" (citado por Hernández, 2008). Se pone de manifiesto que los profesionales sanitarios por la experiencia de sufrimiento, por su propio miedo a morir y para protegerse de la frustración y de la impotencia que les causa el tema en sí, establecen barreras en la comunicación y se distancian de sus pacientes moribundos y sus familias; desconociendo que el verdadero fantasma de los moribundos por encima del dolor y de la propia muerte es la soledad (Del Río y Palma, 2007). Los derechos a la libertad de expresión y la autonomía del paciente han crecido enormemente en nuestro país, por lo que es una necesidad incorporar habilidades de comunicación y de competencia emocional en estos tiempos en que vivimos, y porque es uno de los puntos imprescindibles para llevar a cabo un abordaje integral del paciente paliativo, con calidad, eficacia y eficiencia (Feito, 2009). Por este motivo, la intención de este trabajo es el de revisar la bibliografía existente sobre la importancia de adquirir habilidades de comunicación dentro del contexto hospitalario y, más concretamente, en la relación de ayuda con el paciente paliativo.

Los objetivos específicos del presente estudios son:

- Comprender la relación entre el profesional de la salud y el paciente en situación final de su vida
- Conocer la importancia de la comunicación y relación eficaz en la sanidad y en los Cuidados Paliativos
- Determinar las principales características y la convergencia de sus resultados de estudios más relevantes en el tema de las habilidades de comunicación.
- Señalar algunas recomendaciones básicas para una comunicación eficaz en el proceso de morir de los pacientes

Material y métodos

Se trata de un estudio descriptivo mediante una revisión bibliográfica de lo publicado en las bases de datos de Ciencias de la Salud así como libros de texto recientes, el criterio de inclusión ha sido todo lo relacionado a la comunicación de los profesionales sanitarios con pacientes en el final de vida. La búsqueda se llevó a cabo consultando los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y en el Medical Subjects Headings (MeSH) con las palabras clave “comunicación en salud”, “cuidados paliativos”, “relaciones profesional-paciente” y “profesionales de la salud”.

Las bases de datos requeridas para la búsqueda bibliográfica fueron: CUIDENSplus, ENFISPO, LILACS y Medline, limitándose la búsqueda de documentos publicados entre el año 2000 hasta la actualidad y excluyendo los anteriores. Las dos únicas referencias bibliográficas anteriores al año 2000 fueron seleccionadas por su importancia para el trabajo (Gafo, 1990; Allué, 1998).

El estudio se llevó a cabo desde el mes de Febrero de 2011 a Junio del mismo año. De la búsqueda inicial, en las bases de datos Medline, ENFISPO, CINAHL Y CUIDENplus se seleccionaron 37 por sus referencias a la comunicación en salud y los cuidados paliativos, de los cuales siete de ellos hacían especial referencia a la formación de habilidades de comunicación en cuidados paliativos (Razavi, Delvaux, Marchal, Durieux, Farvacques, Dubus y Hogenraad, 2002; Peñacoba, Ardoy, González, Moreno, Martínez, 2003; Ramió, 2005; Infocop, 2008; Fellowes, Wilkinson y Moore, 2008; Bragard, Razavi, Marchal, Merckaert, Delvaux, Libert, Reynaert, Boniver, Klastersky, Scalliet, et al., 2006; Aradilla y Tomás, 2006). En las bases de datos en castellano se eligió una búsqueda con palabras clave relacionadas con el tema que aparecieran en el resumen.

Resultados

La relación entre los sanitarios y los pacientes paliativos/terminales

Cuando se habla de atender al paciente moribundo podemos observar cómo en la sociedad occidental actual se ha producido un desplazamiento llamativo desde los hogares a los hospitales (Cerdá, 2000). El 75% de las muertes se dan en los hospitales (Sanz, et al. 2006).

En este contexto se olvida la parte afectiva, considerando lo más importante el diagnóstico y el tratamiento médico. El paciente queda reducido a una “cosa” y la atención asistencial que recibe queda reducida a pura rutina, incluso, a veces, se le evita y se le abandona en su proceso de morir (Costa, Siurana, Pereiro y Suberviola, 2002). En dicho modelo de hospital supertecnificado, los profesionales de la salud se sienten frustrados, impotentes, con sentimientos de culpa pues todos los esfuerzos asistenciales van dirigidos al derecho que tiene todo ser humano a vivir, se lucha contra la muerte, ya que se considera un fracaso de la tecnología médica y no como un acontecimiento determinado e inamovible dentro del ciclo de la vida de todo ser humano (Costa et al. 2002). En todo momento se niega la muerte como una realidad (Allué, 1998). Con el objetivo de sostener la vida por encima de todo, se administra una tecnología que cubre todas las necesidades físicas del enfermo (dolor), prescindiendo de las necesidades psicológicas inherentes en toda persona. Así, el paciente muere rodeado de personas ajenas a él que realizan procedimientos que no entiende, aislado de sus seres queridos, convirtiendo el morir en un acto deshumanizado y sin apoyo emocional. Se considera que la actitud del profesional de la salud frente al proceso de muerte del enfermo terminal es paradójica y difícil, se confía que sea responsable y seguro, y, al mismo tiempo, que emane ternura y sentimiento de proximidad (Ramió, 2005).

Así los Cuidados Paliativos definidos según la OMS (Organización Mundial de la Salud) como “el enfoque busca mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias al afrontar los problemas asociados con una enfermedad amenazante para la vida, gracias a la prevención y el alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento impecables del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales” (World Health Organization, 2003). El cuidado paliativo es un sistema continuo de cuidado que empieza desde el momento en que el paciente es diagnosticado con una enfermedad debilitante crónica o amenazante para la vida y continua a lo largo del proceso de la enfermedad hasta que el paciente se recupera o muere. Los cuidados paliativos como programas de cuidados activos, hacen por dar a conocer los conocimientos que integran al paciente en su fase terminal de enfermedad (cuidados sanitarios, psicológicos, emocionales y espirituales) tanto en el entorno hospitalario como en el domicilio y junto a la familia y amigos del paciente. Según el Plan

Andaluz de Cuidados Paliativos se consideran los Cuidados Paliativos como un elemento cualitativo esencial, con un lugar propio dentro del sistema sanitario (citado por Pujiula, et al. 2006), y cuyo objetivo principal es facilitar una atención integral que responda de manera efectiva a las múltiples necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales que presentan las personas en situación terminal y sus familias, procurando una mayor dignidad y calidad de vida en el último periodo vital.

Las recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) establecen las bases de la terapéutica en pacientes terminales (Sociedad Española de Cuidados Paliativos, 1994, p. 4-5):

1. *Atención integral*, que tenga en cuenta los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales. Forzosamente se trata de una atención individualizada y continuada.
2. *El enfermo y la familia son la unidad a tratar*. La familia es el núcleo fundamental del apoyo al enfermo, adquiriendo una relevancia especial en la atención domiciliaria. La familia requiere medidas específicas de ayuda y educación.
3. *La promoción de la autonomía y la dignidad* al enfermo tienen que regir en las decisiones terapéuticas. Este principio sólo será posible si se elaboran “con” el enfermo los objetivos terapéuticos.
4. *Concepción terapéutica activo*, incorporando una actitud rehabilitadora y activa que nos lleve a superar el ‘no hay nada más que hacer’. Nada más lejos de la realidad y que demuestra un desconocimiento y actitud negativa ante esta situación.
5. *Importancia del “ambiente”*.

Es necesario el respeto a la dignidad del paciente considerando la situación de vulnerabilidad tanto física como psíquica en la que se encuentra. Intentando ayudar al enfermo a buscar la mejor la calidad de vida de los pacientes con un equipo interdisciplinar con formación específica y apoyo adicional que controle los síntomas (dolor, disnea, anorexia, etc.) y promocióne un medio de comunicación y expresión del paciente y familia, en una relación franca y honesta (Gajardo, 2009; Marcos del Cano, 2003). Como afirma M. Vidal (1989) el derecho a morir con dignidad no es tanto un derecho, cuanto una exigencia ética, que se refiere más bien a las circunstancias y a la manera de morir. Dignidad significa merecer respeto, no ser tratado con lástima ni vergüenza. Ayudar al paciente a morir con dignidad es un reto de la Ética médica (Ramió, 2005).

“Ayudar a morir humanamente significa tener la capacidad para acompañar al enfermo, para compartir y asumir sus angustias y miedos, para ir discerniendo qué es lo que el enfermo desea conocer, cuándo hay que acentuar o recortar sus esperanzas, en que momento es mejor dejar al paciente sin respuestas, sin falsos ánimos, ya que ha llegado a descubrir la verdad sobre su vida y su muerte” (Gafo, 1990).

Comunicación y relación eficaz con el paciente paliativo

Las necesidades del paciente terminal no sólo se cubren de forma técnica sino que también necesita conocer y vivir su enfermedad, a su manera, es decir, cada persona asimilará el proceso de morir dependiendo de su cultura, educación, personalidad, valores y creencias (Bayés, 2004). Una relación distante con el enfermo hace que se desconozcan las necesidades de cuidado que requiere, porque no es igual en todos los pacientes y estos necesitan que se respete. Los pacientes y sus familiares piden una medicina «más humanizada» en la que el profesional establezca una relación basada en la sensibilidad, la escucha activa, la comprensión y la solidaridad, lo que proporciona una visión completa de las necesidades del paciente y la familia (Martins y Paes da Silva, 2007).

Cuesta creer que aún, en nuestra cultura profesional, muchos profesionales de la salud consideren imprudente hacer partícipe al paciente terminal de la información sobre su enfermedad (diagnóstico, pronóstico, etc.) porque no lo crean capaz de entender los procedimientos que se le realicen, o bien porque lo ven innecesario para la curación de la enfermedad. Esta actitud hace que la confianza del paciente sobre el profesional sanitario se pierda.

La familia, en nuestra cultura, es un elemento muy importante en el proceso de morir del paciente y que acostumbra a reclamar que el consentimiento informado pueda ser negado al propio enfermo, y lo más fácil y frecuente, para el profesional sanitario, es mantener ese papel, haciendo que se le quite el derecho del paciente de conocer su salud, su pronóstico, su vulnerabilidad, etc. mientras que los demás (familia) sí lo saben. A pesar de una falta grave al derecho de conocer la verdad de cada persona es una situación muy habitual, sobre todo en nuestra cultura española (Miraldea, Sanz J. y Sanz A., 2009) y se denomina *Conspiración del silencio* (Codorniu et al. 2011). Ésta se define como el acuerdo implícito o explícito por parte de familiares, amigos o profesionales, de alterar la información que se le da al paciente con el fin de que desconozca su diagnóstico o pronóstico, dificultando la adaptación a la enfermedad del propio paciente. Por otro lado, podemos encontrar la situación en la que un médico o cualquier otro profesional de la salud ante un pronóstico fatal se empeñan en informar de todo, independientemente de lo que desee el paciente, y que además luego se aleja de esa realidad tan dolorosa, abandonándolo y sometiendo al enfermo a un sufrimiento indebido. El manejo de esta situación requiere proporcionar una información adecuada al cuidador principal y a la familia y una buena comunicación con ellos, intentando establecer acuerdos garantizándole que no va a ser abandonado, y en un contexto en el que pueda expresar sus preocupaciones y sus miedos, facilita una comunicación adecuada y el apoyo emocional que necesita (Castillo, Ibis y Torres, 2007).

Dar un cuidado holístico o global, no sólo es observar la parte biológica del paciente, sino que además implica comunicación y relación de ayuda. La relación de ayuda consiste en comunicarse en dos lenguajes: el del hablar y el de escuchar, es darle protagonismo a las personas y alejarnos del paternalismo médico (Cruz et al. 2005). Así, mediante un proceso continuo de evaluación y comunicación, el profesional de la salud tratará de entender el problema que la persona presenta y poder dar los mejores cuidados para una mejor calidad de vida (Cibanal, 2010).

Desgraciadamente, seguimos encontrándonos profesionales que tienden más a poseer las habilidades necesarias para dominar el aparataje biomédico como único recurso que cubre los aspectos físicos del paciente, que contribuir a proporcionar una buena relación profesional-paciente (Granados, 2009). En ocasiones, el medio laboral en el que se mueven estos profesionales (falta de cooperación de los compañeros, falta de formación, etc.) hacen que no se dé la importancia que realmente tiene la relación de ayuda, incluso se dificulta poder relacionarse con el paciente por la falta de tiempo, los horarios, los espacios físicos, etc. (Cibanal, 2010)

Las quejas presentadas por los pacientes a menudo no se centran en la falta de competencia clínica en sí, no considerándola menos importante, sino en la percepción de la falta de comunicación o de una incapacidad por parte del profesional sanitario para transmitir de forma adecuada una sensación de cuidado, y es que investigaciones realizadas indican que, para los pacientes, "la voluntad de escuchar y explicar" es uno de los atributos esenciales que debe poseer un profesional de la salud (Pujiula et al. 2006).

Se podría definir la comunicación eficaz (García y Ogando, 2005; Peñacoba, Ardoy, González y Martínez, 2003) como aquel valor indiscutible en la intervención profesional y en la consecución de la mejor calidad de vida posible del paciente y la familia de la forma más adecuada y atendiendo a las necesidades específicas de cada persona, pero si no se realiza así, ésta puede llevar a consecuencias enormemente beneficiosas a maleficas o iatrogénicas. Ser consciente de la responsabilidad que ello conlleva nos puede ayudar a realizar el esfuerzo necesario para el desarrollo de las habilidades de comunicación (González et al. 2008).

La necesidad de incorporar habilidades de comunicación y competencia emocional en estos tiempos en que vivimos, en los que el derecho a la libertad de expresión y a la autonomía han crecido enormemente en nuestro país, se justifica, principalmente, por dos factores:

- a) El paciente quiere una mayor implicación en las tomas de decisiones que tienen que ver con su proceso de salud/ enfermedad.
- b) Se requieren nuevas formas de relación con el paciente, ganarse su confianza, adaptándose a las necesidades y códigos del paciente; de tal modo que es importante ser capaces de pasar

de una relación de corte paternalista, vertical, a otra de tipo deliberativo en el que se pueda dar una comunicación clara, abierta y honesta (Cibanal, 2010).

La intuición que lleva al bien hacer y la experiencia no son suficientes para que los profesionales de la salud adquieran una adecuada habilidad comunicativa. Varios estudios (Aradilla y Tomás, 2006; Fellowes, Wilkinson, y Moore, 2008; Peñacoba, Velasco, Mercado y Moreno, 2005) afirman que las habilidades de comunicación se pueden enseñar y mejorar, así como mantener con el transcurso del tiempo.

Un ejemplo de ello se dio en el año 2003, en la Facultad de medicina de la Universidad Autónoma de Madrid, donde un equipo de psicólogos realizó un estudio sobre las 30 necesidades de formación en comunicación entre 300 estudiantes en el que se pudo extraer que más del 90% del alumnado veía muy necesaria la formación en habilidades de comunicación. A partir de este estudio, se derivaron dos más relacionados con el counselling. El counselling es el conjunto de técnicas que desarrolla procesos de comunicación efectiva, mejorando la toma de decisiones y la gestión emocional (Peñacoba et al. 2005). Uno de ellos fue en el Hospital La Paz de Madrid mediante una propuesta de formación en *counselling* con alumnos que rotaban por el servicio de hematología, cuyos resultados más relevantes fueron que el 97% de aquellos estudiantes que participaron pidieron que este tipo de formación se realizara como una asignatura troncal en su currícula formativa. Actualmente, se ha incorporado esta formación como asignatura de libre configuración de 30 créditos, que dirige Javier Barbero en la Universidad Ramón Llull de Barcelona (2008). También se realizó este mismo proyecto de formación adaptado a los Cuidados Paliativos (2004) en *antæe (Instituto de psicología aplicada y counselling)*, para la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) en el que participaron 90 profesionales que trabajaban y cuyos resultados también fueron favorables.

El grupo de Delvaux, Razavi y colaboradores llevan estudiando mucho tiempo los efectos de programas de entrenamiento en actitudes, habilidades de comunicación y estrés ocupacional en oncología, y hallaron cambios significativos en el nivel de estrés y en las actitudes de los profesionales (Razavi et al. 2006). Dentro de esta línea, el Instituto antæe Psicología Aplicada y Counselling realizó evaluaciones cualitativas en dos momentos (pre y post) a 8.000 profesionales sanitarios que se formaron en aspectos del counselling. La impresión general de los participantes fue que las herramientas de entrenamiento eran útiles primero, a nivel personal y, posteriormente, a nivel profesional. Los sanitarios refirieron percibir cambios en la manera de abordar la relación con los pacientes y familiares.

Atendiendo a la citada bibliografía, las dificultades que los profesionales de la salud encuentran de manera constante en su quehacer diario para adquirir habilidades de comunicación son (Callahan, 2000; Castillo, 2010):

- No hay relación en la forma de aprendizaje o entrenamiento con el contexto en el que desempeñan su labor los profesionales de la salud.
- La dificultad en la flexibilidad de horarios para realizar los cursos o talleres de formación en comunicación, o se considera que el contexto laboral está alejado del lenguaje y los planteamientos que se propugnan en dichos entrenamientos.
- Escaso reconocimiento institucional y escasa oferta formativa.
- El miedo a sobreimplicarse, pues se abordan aspectos personales como sentimientos, emociones... a tener que hablar de la muerte con o sin el paciente terminal.

Algunas recomendaciones básicas para una comunicación eficaz en el proceso de morir de los pacientes deben centrarse en (Castillo et al. 2007):

1. Realizar entrevistas claras, cortas, correctas, centradas en el paciente, tratando de no engañarlo, aunque en ocasiones es innecesario decirle toda la verdad, pero lo que se diga debe corresponderse con ella.
2. Inspirarle confianza, cercanía, evitar distanciamientos o evasiones dañinas que aumenten los sufrimientos, no invadir su espacio físico, actuar con cautela y respeto.
3. La muerte no debe centrarse como único tema de conversación.
4. Considerar lenguaje verbal y no verbal.
5. Saber escuchar, no inducir respuestas, respetar el silencio útil.
6. No perder el orden del relato, estimular a continuar tema.
7. Interpretar cuando sea necesario, asistir a asuntos concretos.
8. Estimular al control de la toma de decisiones.
9. No reprimirle reacciones emocionales de ira y de cólera, permitirle expresar culpabilidad, comprender su depresión dejarlo solo cuando lo desee.
10. Prestar atención a su dolor, quejas y sufrimientos, no negarlos.
11. Darle apoyo emocional auténtico, compartir con naturalidad sentimientos de familia.
12. Brindarles esperanzas sin evadir su realidad de enfermo terminal.

13. Hablar al lado del paciente con voz normal sin susurros.

Discusión

Las evidencias científicas de este trabajo muestran que la comunicación interpersonal es la única forma de establecer, mantener y mejorar los contactos humanos (Fellowes et al. 2008; Peñacoba et al. 2003; Peñacoba et al. 2005). Hablar sobre nuestras preocupaciones, o lo que nos pasa, es tan necesario como respirar. Y ese hecho muestra cómo somos, lo que permite a los profesionales tener un contexto para poder comprender y evaluar la percepción del paciente, pues éste busca ante todo ayudar al paciente, en la medida de lo posible, a resolver con él sus problemas (Cibanal, 2010).

Así pues, la comunicación no es la simple transferencia de mensajes de un interlocutor a otro, puesto que pueden estar influidos por diversas variables. Podríamos definir la comunicación como un proceso continuo y dinámico entre dos personas, formado por una serie de acontecimientos variados y continuamente en interacción (Cibanal, 2010). En el contexto de los Cuidados Paliativos, la comunicación interpersonal, el soporte emocional, el acompañamiento profesional en las distintas fases del enfermar y morir, y el manejo de situaciones difíciles en la intervención de los profesionales de la salud son algunos de los puntos imprescindibles para llevar a cabo un abordaje integral del paciente paliativo, con calidad, eficacia y eficiencia (Fellowes et al. 2008). Muchos de los estudios revisados ponen de manifiesto que la formación en comunicación lleva a los profesionales sanitarios a sentirse más seguros y con confianza para disminuir algunas de las dificultades que conlleva la atención a pacientes en fase avanzada y terminal de sus vidas (Infocop, 2008; Peñacoba et al. 2005; Razavi et al. 2006). También, se afirma que hay necesidad de formación continua y específica en habilidades de comunicación frente a la experiencia asistencial de los profesionales, ya que muchos estudios consideran que con estrategias formativas adecuadas se pueden enseñar, mejorar y mantener, a lo largo del tiempo, las habilidades de comunicación de los sanitarios (Aradilla y Tomás, 2006; Fellowes, Wilkinson, y Moore, 2008; Peñacoba et al. 2005).

Conclusiones

Con el objetivo de sostener la vida por encima de todo, la comunicación de los profesionales de la salud suele focalizarse en el alivio de síntomas (dolor) prescindiendo de las necesidades psicológicas inherentes en toda persona.

El Cuidado paliativo es un elemento cualitativo esencial cuyo objetivo es facilitar una atención integral que responda a las múltiples necesidades de las personas en situación terminal (físicas, emocionales, sociales y espirituales) y sus familias, procurando una mayor dignidad y

calidad de vida. Los pacientes y sus familiares piden recuperación humanista de la medicina, por lo que una buena comunicación entre los profesionales de la salud y los pacientes debe ser un punto esencial para proporcionar una atención de alta calidad. Así el profesional mediante la sensibilidad, la escucha activa, la comprensión y la solidaridad, mejora su relación de ayuda y conoce las necesidades de cuidado que requiere el paciente y la familia.

Se concluye, tras el análisis bibliográfico, la imperiosa necesidad de un trabajo profesional de aceptación de la muerte como parte más de la vida donde las habilidades de comunicación sean uno de los puntos imprescindibles para llevar a cabo el abordaje integral del paciente en el último periodo vital.

Los resultados de esta revisión aportan un punto de partida para valorar algunos aspectos que se pueden trabajar en formación sobre habilidades de comunicación para futuras investigaciones. Dado que la formación en habilidades de comunicación en el ámbito de los cuidados paliativos está aún en desarrollo, se considera que habría que profundizar más en los procedimientos que puedan eliminar las dificultades de formación en comunicación asistencial de los profesionales de la salud promoviendo nuevas líneas estratégicas formativas en comunicación con pacientes paliativos.

Referencias

- Allué, M. (1998). La gestión del morir: hacia una antropología del morir y de la enfermedad termina. *Trabajo Social y Salud*, 29:215-231.
- Aradilla, A. y Tomás, J. (2006). Efectos de un programa de educación emocional sobre la ansiedad ante la muerte en estudiantes de enfermería. *Enfermería Clínica*, 16(6), 321-6.
- Bayés, R. (2004). Morir en paz: evaluación de los factores implicados. *Medicina Clínica*, 122, 539-41.
- Bragard, I., Razavi, D., Marchal, S., Merckaert, I., Delvaux, N., Libert, Y., Reynaert, C., Boniver, J., Klastersky, J., Scalliet, P., et al. (2006) Teaching communication and stress management skills to junior physicians dealing with cancer patients: a Belgian Interuniversity Curriculum. *Support Care Cancer*, 14 (5):454-461.
- Callahan, D. (2000). Death and the Research Imperative. *The New England journal of Medicine*, 342(9), 654-6.
- Castillo, F.J. (2010). ¿Cuáles son las características, dificultades y necesidades de formación en comunicación asistencial e interprofesional de los profesionales sanitarios y qué mecanismos de mejora y perfil docente son deseables para la implantación de una línea estratégica de formación? *Tesela*, 7. Extraído el 3 de Marzo 2011 desde <http://0-www.index-f.com.almirez.ual.es/tesela/ts7/ts7336.php>

- Castillo, M.A., Ibis, A. y Torres, I. (2007). Atención integral de enfermería al paciente oncológico en estadio terminal (2005). *Revista Cubana de Enfermería*, 23 (2).
- Cerdá, G. (2000). Fundamentación de los cuidados paliativos. Aspectos actuales del tratamiento del dolor. *Retos actuales en Bioética I* (pp.99-117). Sociedad Valenciana de Bioética, Fundación Mainel.
- Cibanal, L. (2010). *Técnicas de comunicación y relación de ayuda en Ciencias de la Salud*. Barcelona, España S.A. Elsevier.
- Cibanal, L., Arce, M.C. y Carballal, M.C. (2010). *Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud*. Elsevier: Barcelona.
- Codorniu, N., Bleda, M., Alburquerque, E., Guanter, L., Adell, J., García, F. y Barquero, A. (2011). Cuidados enfermeros en Cuidados Paliativos: consensos y retos. *Index de Enfermería*, 20, 1-2. Extraído el 2 de Mayo 2011 desde <http://0-www.index-f.com.almirez.ual.es/index-enfermeria/v20n1-2/7396.php>
- Costa, A.M., Siurana, J.C., Pereiro, I. y Suberviola, V. (2002). Humanizando el final de la vida [Cartas al editor]. *Medicina Clínica*, 118 (1), 39.
- Cruz, F., García, M.P., Schmidt, J., Prados, D., Muñoz, A. y Pappous, A. (2005). Cuestiones en relación a la formación pregrado en cuidados paliativos. *Enfermería Oncológica*, 1,11-13.
- Del Río, M.I., y Palma, A. (2007). Cuidados Paliativos: historia y desarrollo. *Boletín Escuela de Medicina U.C., Pontificia Universidad católica de Chile*, 32 (1).
- Feito, L. (2009). *Ética y enfermería* (1ª. Ed.). Madrid, San Pablo, 286.
- Fellowes, D., Wilkinson, S. y Moore, P. (2008). Entrenamiento en habilidades comunicativas para los profesionales de la asistencia sanitaria que trabajan con pacientes con cáncer, sus familias o cuidadores (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de *The Cochrane Library*, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.) Extraído el 3 de Marzo de 2011 desde <http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD003751>
- Gafo, J. (1990) «Eutanasia y derecho a morir en paz», en *La eutanasia y el derecho a morir con dignidad*, Ediciones Paulinas, 123-142.
- Gajardo, A. (2009). La comunicación de la verdad en la relación médico-paciente terminal. *Acta Bioethica*, 15 (2), 212-215.
- García, C. y Ogando, B. (2005). Comunicación eficaz para profesionales de la salud. *Enfermería Científica*, 276-277, 31-39.
- García, L., Linertová, R., Martín, R., Serrano, P. y Benítez, M.A. (2009). A systematic review of specialised palliative care for terminal patients: wich model is better? *Palliative Medicine*, 23, 17–22.

- González, R., Gijón, M.T., Escudero, M.J., Prieto, M.A., March, J.C. y Ruiz, A. (2008). Perspectivas de la ciudadanía sobre necesidades y expectativas de información sanitaria. *Calidad Asistencial*, 23, 101-8.
- Granados, G. (2009, 16 Abril). The Nurse-Patient Relationship as a Caring Relationship. *Nursing Science Quarterly*, 22 (2), 126-127. Extraído el 8 Junio de 2011 desde <http://nsq.sagepub.com>
- Habilidades emocionales y de comunicación en los cuidados paliativos [entrevista]. (2008, Agosto-October). *Infocop*, 39, 15-20. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos.
- Hernández, M. (2008). Duelo y Muerte: una confrontación durante la práctica enfermera. *Desarrollo Científico Enfermería*, 16.
- Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer. (2004). London: National Institute for Clinical Evidence.
- Landa, V. y García, J.A. (2004). Duelo. *Guías Clínicas*, 4 (40). Extraído el 20 de Junio 2011 desde <http://www.fisterra.com/guias2/duelo.asp#Bibliografia>
- Marcos del Cano, A.M. (2003). Dignidad humana en el final de la vida y cuidados paliativos. Publicado en el libro colectivo, *Biotecnología, Derecho y dignidad humana*, Martínez Morán, N. (Coord.), Granada, Comares, 9, 237-257.
- Martins, M. y Paes da Silva, M.J. (2007). A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(4), 668-74. Extraído el 8 de Junio 2010 desde www.ee.usp.br/reeusp/
- Miraldea, M.J., Sanz, J. y Sanz, A. (2009). Situaciones difíciles para el personal de primaria en el cuidado al enfermo terminal. *Psicooncología*, 6 (1), 53-63.
- Nomen, L. (2008). Tratando el proceso de duelo y de morir. *Pirámide Psicología: Madrid*.
- Peñacoba, C., Ardoy, J. González, J.L., Moreno, R. y Martínez, G. (2003) Efectos de un programa de habilidades de comunicación en estudiantes de enfermería. Propuesta de un instrumento de evaluación (ISEC). *Clínica y Salud*, 14 (2), 129-155.
- Peñacoba, C., Velasco, L., Mercado, F. y Moreno, R. (2005). Comunicación, calidad de vida y satisfacción en pacientes de cuidados paliativos. *Psicología y Salud*, 15 (2), 195-206.
- Pujiula, J., Suñer, R., Puigdemont, M., Grau, A., Bertrán, C., Hortal, G., Baró, N., García, T., Algans, L.I., Estañol, F., Sosa, H., Mascort, Z. La satisfacción de los pacientes hospitalizados como indicador de la calidad asistencial. *Enferm Clin*. 2006; 16:19-26.
- Ramió, A. (2005). Valores y actitudes profesionales. Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya. Tesis de maestría no publicada, Departamento de Sociología y Análisis de las Organizaciones de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad de Barcelona.

- Razavi, D., Delvaux, N., Marchal, S., Durieux, J.F., Farvacques, C., Dubus, L. y Hogenraad, R. (2002). Does training increase the use of more emotionally laden words by nurses when talking with cancer patients? A randomised study. *British Journal of Cancer*, 87:1-7.
- Sanz, A., Del Valle, M.L., Flores, L.A., Gutiérrez, C., Sanz Rubiales, A., Del Valle Rivero, M.L. y Hernansanz, S. (2006). Actitudes ante el final de la vida en los profesionales de la sanidad. *Cuadernos de bioética*, 60, 215–33.
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos (1994). Guía de cuidados paliativos. Barcelona: SECPAL.
- World Health Organization (2003). Definition of palliative care. Extraído el 28 de Junio 2011 desde <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Revisiones

Habilidades sociales en enfermería. El papel de la comunicación: Centrado en el familiar

Social skills in nursing. The communication role: Focus in family

Isabel López-Martín ^{1*}

¹ Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Almería

Fecha de recepción: 09/04/2013 - Fecha de aceptación: 29/03/2014

Resumen

Conocer y aplicar habilidades sociales y una buena técnica de comunicación en la relación enfermera/paciente/familia influye positivamente para conseguir los objetivos que durante el proceso de crisis, que sufre una familia cuando existe un desequilibrio en la salud de unos de sus miembros, nos planteamos. Aumentando así el nivel de satisfacción de pacientes y familiares. Esta revisión bibliográfica tiene como objetivo fomentar la comunicación humana entre el personal de enfermería y la familia de la persona sobre la que está ejerciendo sus funciones, evidenciando la importancia que los grupos sociales tienen sobre el individuo, concretamente la "familia", en pacientes de neonatología, personas que se encuentran en Cuidados Intensivo, personas en fase terminal o simplemente personas que sufren enfermedades crónicas. Como conclusión obtenemos que se deben cultivar estas habilidades, para conseguir que las familias a las que nos dirigimos sean familias funcionales.

Palabras clave: Comunicación, habilidades sociales, relación profesional-familia, enfermera)

Abstract

Knowing and applying social skills and good communication skill in the nurse / patient / family has a positive influence to achieve the objectives during the crisis, suffering from a family where there is an imbalance in the health of some of its members, we pose. Increasing the level of satisfaction of patients and families. This literature review aims to foster human communication between nurses and the family of the person who he is in office, highlighting the importance that social groups have on the individual, namely the "family" in patients neonatology, people who are in intensive care, terminally ill people or just people with chronic diseases. In conclusion we find that we must cultivate these skills, to ensure that the families we headed families are functional.

Keywords: Communication, Social skills, profesional-family relationship, nursing)

*Correspondencia: isaloma89@hotmail.com

Introducción

Si hacemos un análisis retrospectivo del “cuidado” como actividad enfermera podremos apreciar que esta acción va dirigida a las personas, personas que viven dentro de una familia, que a la vez lo hacen dentro de comunidades que integran la sociedad. No podemos aislar al consumidor de servicios sanitarios de todo esto porque estaríamos cometiendo un gran grave error.

Cuando hablo de la Comunidad me refiero al grupo de personas con ciertas características o intereses comunes, que, a menudo, viven dentro de una misma área y, a su vez, dentro de una sociedad mayor. Las personas dan carácter a la comunidad y puede un solo individuo pertenecer a varias comunidades a la vez, poseyendo una estructura interna que los cohesionan y unos canales de poder y de comunicación que les permiten organizarse, superar dificultades y avanzar hacia un progreso común. No podemos olvidarnos del impacto físico del lugar en que se asienta y las interrelaciones que se establecen entre el medio y las personas, convirtiéndose en algunos momentos como el elemento más fuerte de cohesión entre los mismos individuos. En otras ocasiones el elemento de cohesión es el objetivo en común.

Las relaciones que se establecen entre sus componentes pueden ser de varios tipos: de ayuda, jerárquicas, de apoyo económico, etc. Estas relaciones influirán, positiva o negativamente, en su situación de salud. Ellos se conocen e influyen mutuamente y tienen conciencia de unidad y sentido de pertenencia. Hay comunidades que se crean para dar respuesta a una necesidad concreta y posteriormente se disuelven. Existen comunidades emocionales (comunidad natal), estructurales (asociaciones de padres) o funcionales (grupo de artistas contra el cáncer). El conocimiento de la comunidad y sus características nos permite planificar actuaciones, orientarnos como introducirnos para trabajar con ella, ver que recursos posee.

Estas comunidades están compuestas por grupos sociales primarios “familias”. La familia es la estructura social básica. Podemos definirla como un grupo de personas vinculadas por algún tipo de relación biológica, emocional o legal. Es el lugar donde recurren los individuos para satisfacer sus necesidades de seguridad física y emocional, salud y bienestar. Desde el punto de vista sanitario es una unidad de atención en sí misma. Para abordar su cuidado es preciso realizar una valoración integral a fin de poder obtener información, establecer relaciones y fijar metas ya que bajo su influencia se aprenden los comportamientos saludables, se producen los mecanismos protectores y de regulación de las funciones relacionadas con la enfermedad, sus secuelas y la muerte, por lo que consideramos el modo de vida familiar muy importante para la

salud porque para poder hablar de estado de salud adecuado es necesario tener en cuenta las condiciones y estilo de vida del individuo.

Si queremos conocer acerca de un país o de una sociedad, debemos estudiar cómo vive y actúa la familia, si queremos prever el futuro de una sociedad podemos saber bastante de ella observando las familias, si queremos reflexionar sobre la identidad personal, por qué somos de una forma y no de otra, por qué actuamos de esta manera, por qué nos orientamos en determinado sentido, gran parte de esta respuesta está en la historia familiar de cada uno (Ortiz, Louro, Jiménez & Silva, 1999).

Impacto de la enfermedad en las relaciones familiares.

Ello nos hace reflexionar acerca de la importancia de la familia para el individuo, para la sociedad y, en especial, para el proceso Salud-Enfermedad y marcarnos como objetivo fomentar la comunicación humana entre el personal de enfermería y la familia de la persona sobre la que está ejerciendo sus funciones.

Cuando cualquier miembro de la familia presente una enfermedad puede "desencadenar" la disfunción familiar (Louro, 1993) y cuando la familia pierde la capacidad funcional ocurren alteraciones en el proceso Salud-Enfermedad de los miembros y en sus relaciones; y por lo tanto, en el sistema como un todo. Un estudio realizado por Revilla, Aragón, Muñoz, Ángel, Pascual & Cubillo (1991) expone que, clasificar adecuadamente y en detalle a la familia, permitirá estudiar con mayor profundidad a este grupo y al proceso Salud-Enfermedad

Por todo lo expuesto la enfermera debe de conocer la importancia de una correcta técnicas de comunicación y relación de ayuda a la familia. Comunicación entendida como una necesidad humana básica que se inicia en el encuentro con otra persona, y la relación de ayuda como "aquella que tiene como objetivo ayudar a personas enfermos o con problemas a constatar y ver que hay diferentes maneras de hacer frente a una misma situación o problema, diferentes formas de ver una misma realidad, diferentes caminos para llegar al mismo lugar, ... es también la creación de relaciones humanas que potencien actitudes facilitadoras para la interacción, nos va a permitir trabajar en los cuidados, prevenir, ayudar a la persona a movilizar sus recursos, nos va a permitir crear condiciones favorables para el desarrollo de la persona, de la familia o del grupo ... y va a favorecer nuestro crecimiento personal..." (Cibanal & Del Carmen, 2009).

Una buena comunicación además de transmitir información para proporciona la formación de hábitos, habilidades y convicciones, también transmite mensajes con carga afectiva de suma importancia para la estabilidad emocional de los sujetos y regulamos la conducta de las personas con respecto a sus semejantes. Dentro de un grupo o equipo la comunicación controla el comportamiento individual, tiene una función motivadora en la retroalimentación sobre el avance

hacia el logro de la meta y el reforzamiento de un comportamiento deseado. Nos permite expresión emocional y se constituye como una ayuda importante en la solución de problemas, se le puede denominar facilitador en la toma de decisiones, en la medida que brinda la información requerida y evalúa las alternativas que se puedan presentar. Por todo esto la comunicación es la que establece la diferencia entre la asistencia sanitaria eficaz y no eficaz.

La familia es un continuo de equilibrio-cambio. Para lograr la adaptación al cambio, la familia tiene que tener la posibilidad de modificar sus límites, sus sistemas jerárquicos, sus roles y reglas, en fin, de modificar todos sus vínculos familiares, pues no son independientes unos de otros. Consideramos que este indicador de funcionamiento o sea, la capacidad de adaptación es uno de los más importantes, no sólo porque abarca todo el conjunto de vínculos familiares, sino también por el hecho de que la familia está sometida a constantes cambios porque tienen que enfrentar constantemente 2 tipos de tareas que son las tareas de desarrollo (son las tareas relacionadas con las etapas que necesariamente tiene que atravesar la familia para desarrollarse a lo cual se le denomina "ciclo vital") y las tareas de enfrentamiento (que son las que se derivan del enfrentamiento a las llamadas crisis familiares no transitorias o paranormativas) (Herrera, 1997).

Dichas familias experimentan distintas emociones, etapas o fases cuando un miembro de su familia está en una situación de crisis "su estado ecológico-fisiológico-social de equilibrio y de adaptación de todas las posibilidades del organismo humano frente a la complejidad del ambiente social (Hernán San Martín, 1982)". Y nosotros los profesionales sanitarios tenemos que ayudarles proporcionándoles información y acompañándoles en el proceso. Ya Sócrates mediante el diálogo potenciaba la reflexión en sus discípulos para que estos llegaran a "alumbrar" la verdad. Y Platón, basándose en el diálogo como elemento fundamental. Nosotros también lo usaremos para conseguir nuestro objetivo (González, 2005).

Lo imprescindible, ante todo, es el conocimiento del diagnóstico del individuo y saber en qué etapa se encuentra, esto nos permitirá mejorar nuestra calidad en la atención prestada. La familia se comporta según su experiencia vital previa, su personalidad y expectativas que tienen hacia el enfermo. Cibanal & Del Carmen (2009) en su libro relación enfermera/paciente dice que a medida que nuestro cuerpo y memoria van recibiendo la información se irá condicionando su personalidad y conducta a lo largo de su vida. Mensajes recibidos que si han sido inadecuados, dan lugar a una serie de mensajes del cuerpo que se traduce en somatizaciones. Gran parte de los problemas que se presentan en las relaciones humanas, se deben a una inadecuada manera de suministrar.

La información que se le debe de dar a la familia debe ser periódicamente siempre teniendo en cuenta las diferentes fases por las que atraviesan, regulando la cantidad de información y brindándola en el momento y contexto adecuados.

Debemos explicar la evolución de la enfermedad, los tratamientos que se aplican, y la previsión de la fase siguiente que, aunque pueda ser difícil de concretar, ayuda a la familia a centrarse y a hacerse una composición de la situación por la que están pasando.

Relación Terapéutica y Comunicación

Se hizo una revisión en la que se demostró de forma global la relevancia de la relación terapéutica y la profesión enfermera, titulada "Relación terapéutica: el pilar de la profesión enfermera" (Vidal, Adamuz y Feliu, 2009) en la que llegaron a la conclusión que si los estudiantes de enfermería están entrenados en estas habilidades, conseguiremos profesionales mejores preparados, que contemplarán a las personas en su globalidad, proporcionando una atención integral. Ésta es una demanda de la sociedad actual, la cual conllevaría a una mejora de la salud individual.

Desarrollar guías de actuación para actuar con familiares o cuidadores nos darían recursos a los profesionales de enfermería para mejorar su trabajo como demuestra el estudio titulado "Una guía clara, aplicable, recomendable y que se cumple" (Rodríguez, Del Castillo, Arenas, Fernández, Martínez y Pérez, 2012) que realizó una investigación en la que el 91% de las encuestadas recomendaría, en este caso, el uso de la guía en estudio, para el desarrollo de una intervención grupal con personas cuidadoras ya que es bastante elevada la adherencia de las enfermeras a esta guía que orienta la intervención psicoeducativa grupal con cuidadores de personas dependientes. Para lo que se requiere llevar a cabo estrategias útiles por parte de la Administración Sanitaria con el fin de resolver las barreras identificadas que dificultan su mejor uso y aplicación, entre ellas, mejorar la formación de las enfermeras en habilidades de comunicación y de inteligencia emocional.

La Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos (Astudillo, Arrieta, Mendinueta & Vega, 1999) escribió sobre cuáles deben ser los cuidados que enfermería debía brindar a las personas en situación terminal y a sus familias. En ningún momento separan al paciente de su familia. Mencionan que apoyo a la familia debe hacerse desde el primer momento, que la preocupación sincera, la delicadeza y una buena comunicación no verbal, tienen un efecto paliativo muy importante para los pacientes y sus seres queridos. La familia tiene necesidades en esta situación y deben ser valoradas como:

- Permanecer con el enfermo.
- Redistribuir los roles familiares.

- Mantener el funcionamiento del hogar.
- Aceptar los síntomas del paciente, su creciente debilidad y dependencia.
- Tener la seguridad de que morirá confortablemente.
- Poder expresar sus emociones y comunicarse bien.
- Recibir confort y soporte de otros familiares y del Equipo.
- Ayudar al enfermo a dejar las cosas en orden y a despedirse.

Cada síntoma nuevo o que no se controla, es vivido por su familia como el principio del fin y como un agravamiento de la enfermedad. El dolor no controlado, por ejemplo, produce impotencia, enfado y mala reacción de los familiares ante el médico que no los consigue aliviar, mientras que si el enfermo se encuentra bien, si duerme mejor, tienen más seguridad de que la etapa final será tranquila. En base a esto podemos señalar que, un buen soporte a la familia en las fases terminales deberá cubrir los siguientes aspectos:

Un diálogo constructivo con ellas, que les manifieste que se comprende su situación, que permita identificar sus temores y preocupaciones, explorar posibles soluciones y que les ayude a tranquilizarse, puede facilitar la llegada de un acuerdo sobre cómo actuar con el enfermo. Un reconocimiento a su labor y escuchar sus sentimientos de confusión, ansiedad, tristeza, ira e incluso culpabilidad, que pueden experimentar sus miembros a tiempo puede ser.

El manual de psicología de la salud con niños, adolescentes y familia (Ortigosa, Quiles & Méndez, 2003) nos habla de la salud como bien máspreciado con el que cuenta el ser humano, y por ello, desde la infancia es necesario aprender cómo conservarla y potenciarla para alcanzar un estado de bienestar físico, psíquico y social que permita al individuo desplegar toda su capacidad como persona. Sin embargo, también hay que aprender a convivir con la enfermedad, estado de quiebra de la salud, que, cuando se da en la infancia, impide al niño desarrollar sus actividades de aprendizaje y sociales básicas. Esta obra analiza el papel de la psicología de la salud en el ámbito de la infancia y la adolescencia, etapas del desarrollo donde el apoyo de la familia y otros agentes sociales es fundamental para alcanzar el objetivo de una salud integral.

En la unidad de neonatos según el estudio titulado “Relación terapéutica del personal de enfermería con los padres de neonatos en la unidad terapia intensiva neonatal” (Sifuentes, Parra, Marquina & Oviedo, 2010) cuyo objetivo era determinar las características de la relación terapéutica que establece el Personal de Enfermería con los padres de los neonatos hospitalizados en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), del Hospital Central de San Cristóbal. Táchira, Venezuela. Los padres dijeron que el Personal de Enfermería no se presentó ni les dio a conocer su nombre; tampoco se dirigieron a ellos por su nombre; no le explicaron sobre el tratamiento que su hijo recibía, qué exámenes se les realizaron y los cuidados que

deberían ser cumplidos en el hogar una vez que sean egresados. Refirieron que el Personal de Enfermería no les dedicó tiempo para conversar. Sin embargo, destacó un alto porcentaje de respuestas positivas en cuanto a que el Personal de Enfermería les recibió de forma amistosa cuando ingresaron a visitar a sus hijos, le aclararon duda y que cumplen con los cuidados de enfermería que el neonato necesita. En la dimensión apoyo emocional, se determinó que los padres recibieron ánimo del Personal de Enfermería y, les brindaron fe y esperanza en cuanto a la recuperación de sus hijos, les respetaron sus condiciones sociales, sus creencias y costumbres culturales, les brindaron apoyo cuando ellos se sintieron preocupados. Consideraron a este personal como digno de confianza y respeto, pero con escasa manifestaciones de afecto en cuanto al contacto físico.

El artículo “Abordaje del cuidado neonatal: un enfoque transcultural” (Reina, Ferrer, Toro & Cárdenas, 2010) acepta la Enfermería como un fenómeno transcultural, cuyo fin es conducir a las personas en diversas orientaciones culturales y estilos de vida específicos, con el objetivo de ofrecer un cuidado que sea acorde con la cultura. Dice que para promover la salud de los neonatos, es importante reconocer la dimensión cultural, en la cual hay oportunidades y amenazas; las primeras se pueden preservar, así como es posible negociar o reestructurar las últimas. Esta interacción, sin duda, se facilitará en la medida en que la enfermera(o), tenga un conocimiento profundo de ese saber cultural y propio de cada familia y de esta manera pueda compararlas, pues se encuentran elementos comunes y diversos que propician un cuidado humano y universal, con el respeto a las diferencias y especificidades derivadas de la heterogeneidad de las familias y su entorno cultural.

No solo enfermería está en el proceso de la enfermedad sino que cuando todo ha concluido seguimos estando allí y si el caso es que la persona finalmente fallece volvemos a quedarnos con familia. Es aquí donde artículos como “Influencia de los profesionales sanitarios en la solicitud de donación” (Segovia, 2009) nos habla de La comunicación de malas noticias como generadora de tensión en los profesionales de la salud, a la vez que un acto tremendamente humano, ético, médico y legal. En los últimos años la transmisión de esta información ha ido evolucionando desde una actitud paternalista a una relación basada en el consentimiento informado, que recoge nuestra Ley General de Sanidad. El proceso de donación se encuentra inmerso en el proceso de comunicación de la peor de las noticias, la muerte, y producida la mayoría de las veces de manera súbita. Estudios realizados en hospitales europeos, indican que el contacto con familias de pacientes críticos es una fuente generadora de tensión para el profesional de enfermería. Nuestro objetivo se centra en presentar las consecuencias de esa comunicación y exponer cómo llevarla a cabo dentro de una Relación de Ayuda a la familia.

Artículos como “Revisión de los estudios sobre los profesionales de enfermería de las Unidades de Cuidados Intensivos de España” (Navarro, 2012) nos ayudan a comprender y a valorar el

trabajo de enfermería con los familiares de pacientes ingresados en las unidades de Cuidados Intensivos. En concreto, en este artículo dice que las enfermeras opinaban, tras modificar las normas de visita, que la familia proporcionaba apoyo emocional al paciente, minimizaba su aburrimiento e incrementaba su deseo de vivir. Varios estudios concluían que era necesaria preparación específica para enfrentarse a la muerte y dar apoyo al paciente y su familia. El 94% de las enfermeras opinaban que se debía informar al paciente y familia de su situación y posibilidades y, el 98%, que la familia debía recibir la misma información que el paciente. La mayoría de las aplicaciones informáticas incorporadas en las unidades de cuidados intensivos recibieron evaluaciones positivas de sus usuarias; las enfermeras utilizaban internet para enviar y recibir correo electrónico y buscar información sobre salud.

El artículo “Relación de ayuda al familiar del paciente en situación crítica” (Martínez & Cotrina, 2011) tiene como conclusión que las UCIs están organizadas con una estructura que rompe la conexión de la persona con su entorno y pensadas para facilitar el trabajo de médicos y enfermeras. El cuidado del paciente crítico es incompleto si no aborda los problemas de sus familiares. Este estudio plantea, a través de un método descriptivo-cualitativo, cómo ayudan las enfermeras de UCI a las familias para que realicen un afrontamiento adecuado ante la pérdida de un ser querido y cómo se sienten las enfermeras ante esta situación. Las enfermeras se sienten responsables de los cuidados que las familias en situación de duelo necesitan. Adquieren un papel relevante en la atención a familiares, por su permanencia junto a los pacientes, pero no se sienten capacitadas en la parte correspondiente al cuidado de las emociones por no poseer mecanismos ni destrezas para proporcionar apoyo humano al familiar.

En la lucha por mantener la salud en el grado más alto de personas con enfermedades crónicas el trabajo con la familia de dichos pacientes es de suma importancia. Hay un artículo titulado “Hipertensión arterial: principales factores de riesgo modificables en la estrategia salud de la familia” (Weschenfelder & Gue, 2012) que habla sobre la educación en salud en la atención básica, especialmente en la Estrategia de Salud de la Familia (ESF), viendo que constituye un instrumento de intervención importante, pues conociendo la realidad de la población que atienden, las intervenciones propuestas por el equipo multiprofesional pueden producir resultados positivos. Se observó la necesidad de valoración de nuevos conceptos de salud-enfermedad y participación del usuario de salud en la elaboración de un plan de intervención, con estímulo al abandono del consumo de tabaco y del uso abusivo de alcohol, reducción de peso entre aquellos con sobrepeso, implementación de actividades físicas, reducción del consumo de sal, aumento del consumo de hortalizas y frutas, además de la disminución en el consumo de alimentos grasos, entre otros, para estimular el auto-cuidado promoviendo una mejora en la calidad de vida de la población.

En el caso de las personas que sufren de diabetes conocer la relación que tienen con su familia, las cogniciones y los problemas que enfrentan tanto la familia como él es de suma importancia, por lo que un artículo tuvo como objetivo explorar y analizar la importancia de la familia del adolescente diabético tipo 1 para su tratamiento y control. Los resultados mostraron que la referencia positiva de la familia acerca de la diabetes ocasiona un buen manejo de su tratamiento (Martínez & Velázquez, 2013).

Conclusiones

Tras comprender la importancia de los grupos para el individuo y lo influyente que es la familia en el proceso Salud- Enfermedad como se ha evidenciado en esta revisión bibliográfica, sería una locura no cultivar habilidades sociales y técnicas de comunicación para con las familias de los pacientes. Consideramos que una familia con un buen funcionamiento, con confianza, apoyo familiar y que se cuiden entre ellos, puede promover el desarrollo integral de sus miembros y lograr el mantenimiento de estados de salud. Así como también que una familia disfuncional debe ser considerada como factor de riesgo.

Bibliografía:

- Astudillo, W., Arrieta, C., Mendinueta, C. & Vega, I. (1999). *La familia en la terminalidad*. San Sebastián, Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos.
- Cibanal, L., Carmen, M. (2009). *La relación enfermera-paciente*. Universidad de Antioquia, Colombia.
- González, J. S. (2005). La eterna guerra de la identidad enfermera: un enfoque dialéctico y deconstruccionista. *Index de enfermería: información bibliográfica, investigación y humanidades*, 14(50), 7-9.
- Herrera, P. M. (1997). La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. *Revista cubana de medicina general integral*, 13(6), 591-595.
- Louro, I. (1993). *Algunas consideraciones acerca de la familia en el proceso Salud Enfermedad. Experiencia en la Atención Primaria de Salud*. La Habana, Facultad de Salud Pública de La Habana.
- Martínez, B. & Velázquez, L. (2013). Importancia de la familia en el paciente con diabetes mellitus insulino dependiente. *Psicología y salud*, 17(2), 229-240.
- Martínez, C. & Cotrina, M. J. (2011). Relación de ayuda al familiar del paciente en situación crítica. *Enfermería Global*, 10(24), 103.
- Navarro, J. M. (2012). Revisión de los estudios sobre los profesionales de enfermería de las Unidades de Cuidados Intensivos de España. *Enfermería Global*, 11(2), 267-289.

- Ortigosa, J. M., Quiles, M. J. & Méndez, F. (2003). *Manual de Psicología de la Salud con niños, adolescentes y familia*. Madrid, Pirámide.
- Ortiz, M. T., Louro, I., Jiménez, L. & Silva, L. (1999). La salud familiar: Caracterización en un área de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15, 303-309.
- Reina, R., Ferrer, R. X., Toro, Y. & Cárdenas, M. (2010). Abordaje del cuidado neonatal: un enfoque transcultural. *Enfermería Global*, 9(3), 310-317.
- Revilla, L., Aragón, A., Muñoz, M., Ángel, M., Pascual, J. & Cubillo, J. (1991). Una nueva clasificación demográfica de la familia para su uso en atención primaria de salud. *Atención primaria*, 8(2), 104-111.
- Rodríguez, M. J., Del Castillo, F., Arenas, A., Fernández, I., Martínez, C., & Pérez, A. R. (2012). Una guía clara, aplicable, recomendable y que se cumple. *Enfermería Global*, 11(2), 209-236.
- San Martín, H. (1982). *La crisis mundial de la salud*. Madrid: Karpos, 54.
- Segovia, C. (2009). Influencia de los profesionales sanitarios en la solicitud de donación. *Enfermería Global*, 8(3), 124-140.
- Sifuentes, A., Parra, F. M., Marquina, M. & Oviedo, S. (2010). Relación terapéutica del personal de enfermería con los padres de neonatos en la unidad terapia intensiva neonatal. *Enfermería Global*, 9(2), 234-250.
- Vidal, R., Adamuz, J. & Feliu, P. (2009). Relación terapéutica: el pilar de la profesión enfermera. *Enfermería Global*, 8(3), 141-150.
- Weschenfelder, D. & Gue, J. (2012). Hipertensión arterial: principales factores de riesgo modificables en la estrategia salud de la familia. *Enfermería Global*, 11(2), 344-353.

Revisiones

El informe de continuidad de cuidados como herramienta de comunicación entre atención hospitalaria y atención primaria.

The continuity of care report inform as a communication tool between hospital and primary care.

Matías Correa Casado ^{1*}

¹ Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Almería, y Servicio de Medicina Interna - APES Hospital de Poniente de Almería.

Fecha de recepción: 06/07/2013 – Fecha de aceptación: 02/03/2014

Resumen

La importancia de la continuidad de cuidados como medida de seguridad para los pacientes, hace que el informe de continuidad de cuidados (ICC) sea la herramienta de comunicación entre el hospital y atención primaria para conseguirlo. Es tarea de los diferentes niveles asistenciales su puesta en práctica, revisiones periódicas y la evaluación de los resultados tras su implantación. **Material y método:** Se realizó un estudio descriptivo mediante una revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed y Cuiden plus, de artículos que hacían una evaluación de los ICC por parte del personal de enfermería de atención primaria. **Resultados:** Las referencias bibliográficas consultadas arrojaron una opinión muy general aunque positiva, de la utilidad de los informes de continuidad de cuidados que se emiten desde el hospital. Es de destacar que no existía una evaluación detallada, de qué aspectos del informe son los que hacían que éste fuese un medio útil para garantizar la continuidad asistencial. **Discusión y conclusión:** Se hace evidente la necesidad de establecer canales activos de comunicación con el personal de enfermería de atención primaria, para obtener una retroalimentación sobre la utilidad y aspectos de mejora de los informes realizados.

Palabras clave: Continuidad de cuidados, Evaluación, Informe de alta de enfermería

Abstract

The importance of continuity of care as a measure of safety for patients, makes the continuity of care report the main communication tool between hospital and primary care. The different levels of care have to apply their implementation, the periodic review and the evaluation of results after them. **Material and Methods:** It's been done a literature review in databases PubMed and Cuiden Plus, which compiles researches about the assessment of the continuity of care report by nursing staff in primary care. **Results:** The bibliographical references give a general opinion although positive, about the usefulness of these documents reported from the hospital. Something remarkable is that there is no detailed assessment of those aspects of the report which make them be useful to guarantee the continuity of care. **Discussion and conclusion:** It is evident the need to establish active forms of communication with primary care nurses to keep a feedback about the usefulness and improvement areas of existing reports.

Key words: Continuity of patient care, Evaluation, Nursing records, Patient discharge

*Correspondencia: matiascasado@hotmail.com

Introducción

La Ley General de Sanidad establece dos niveles asistenciales interconectados entre sí, la Atención Primaria (AP), como puerta de entrada al sistema y la Atención Hospitalaria (AH), como apoyo y complemento a la AP, siendo necesaria en todos aquellos procesos cuya complejidad lo requiera (Grupo de Trabajo SAS-ASANEC, 2005).

Esta interconexión requiere de la continuidad de cuidados interniveles, entendida como el grado en que la asistencia que necesita el paciente, está coordinada eficazmente entre diferentes profesionales y organizaciones. Los elementos que van a posibilitar esa continuidad de cuidados son la información, las relaciones interpersonales y la coordinación-gestión, como respuesta a las necesidades de la persona. La correcta interacción de estos elementos posibilita que recursos y servicios aislados sean interconectados y generen continuidad. Sin embargo cuando alguno de los elementos falla o se antepone en detrimento de otros, se provocan situaciones de discontinuidad, que pueden ser por omisión, entendida como interrupción o no iniciación de una actuación de los profesionales, duplicidad o repetición innecesaria de actuaciones de los profesionales o debido a contradicción, entendida como los cambios no justificados en actuaciones iniciadas anteriormente (Morales et al., 2002).

Además, no podemos olvidar que uno de los elementos favorecedores de la continuidad de los cuidados, es la implicación de los pacientes. Su participación en la toma de decisiones, tanto terapéuticas como organizativas, contribuye de esta manera a una mejor coordinación de sus propios cuidados (Morilla Herrera, JC.; Martín Santos, FJ.; Morales Asencio, JM.; Gonzalo Jiménez, E., 2005).

Kesby en 2002, traza un marco conceptual que representa con bastante acierto los distintos estadios que se dan en el camino hacia la continuidad de cuidados. Establece diferentes líneas estratégicas de intervención puestas en marcha, para poder garantizar la continuidad de cuidados, como:

1. Estrategias centradas en las personas:

- Cuidados integrados: reorientación de procesos centrándolos en las personas, enfoque interdisciplinar
- Personalización de la atención: Asignación enfermera-paciente, modelos de atención familiar en AP.

2. Estrategias centradas en la gestión-coordinación:

- Comisiones de cuidados interniveles.
- Gestión de casos.

- Gestión por procesos asistenciales.
- Centros de coordinación telefónica.

3. Estrategias centradas en la información:

- Informes de continuidad de cuidados.
- Vías clínicas interniveles.
- Historias clínicas únicas (digitales) o documentos de salud compartidos.
- Seguimiento telefónico.

Estas estrategias de intervención están instauradas en los diferentes niveles asistenciales, siendo tarea de estos su puesta en práctica, revisiones periódicas y la evaluación de los resultados tras su implantación.

En 1994, Naylor et al. demostraron mediante un ensayo clínico, que la existencia de protocolos de comunicación y derivación de pacientes entre niveles asistenciales llevados a cabo por profesionales de enfermería especializados y adiestrados, reportaban abundantes beneficios en términos de resultados de salud, reducción de reingresos y duración de la estancia, dilación de la readmisión o disminución de costes asistenciales por proceso.

Por todo ello es necesaria una planificación adecuada del alta, entendida como el desarrollo de un plan individualizado para el paciente antes de su salida del hospital, con el propósito de disminuir los costes y mejorar los resultados de los pacientes. La planificación del alta garantizará que los pacientes sean dados de alta del hospital en el momento oportuno de su atención y con el aviso previo adecuado, y también organizar el suministro de otros servicios. El objetivo de la planificación del alta es reducir la duración de la estancia hospitalaria y los reingresos no planificados al hospital, y mejorar la coordinación de los servicios después del alta (Shepperd et al., 2011).

Una atención domiciliaria planificada desde la AP y la AH, reportan beneficios al paciente y al sistema. La atención integral del paciente requiere de una unificación de esfuerzos en la implantación de instrumentos que garanticen la continuidad de cuidados. Se evidencia que el intercambio de información entre los distintos profesionales implicados, evita: fragmentación, variabilidad de cuidados, orientando al equipo hacia un objetivo común. (Grupo de enfermería gestora de casos hospitalaria de Granada, 2001).

De un estudio realizado por Pérez en 2004, se concluye que la comunicación enfermera interniveles asistenciales disminuye las complicaciones y reingresos de los pacientes intervenidos de fractura de cadera. De ese estudio además se obtienen los siguientes resultados:

- Cuando no existe ninguna comunicación interniveles para la Continuidad de los Cuidados el 28% de los pacientes dados de alta reingresan.
- Cuando se emite un Informe de Continuidad de Cuidados (ICC), entendido como el acto por el que se realiza el traslado de información y documentación referente al paciente de los cuidados de enfermería prestados hasta ese momento (Bellido et al., 2001), el porcentaje de pacientes que cursan reingreso disminuye al 7%.
- Cuando se hace una planificación del alta, no se observan reingresos en la casuística de su estudio por complicaciones añadidas. La derivación mediante la planificación del alta parece ser el modelo que en este estudio reporta mayores beneficios.

En vista de estos resultados, sería oportuno cuidar bien la comunicación y la información interniveles, siendo recomendable para este fin, el uso de las vías escrita y verbal para suministrar a los pacientes, cuidadores y profesionales, la información sobre el cuidado de la salud en el domicilio después del alta del hospital. La combinación de la información verbal y escrita sobre el cuidado de la salud, permite el suministro de información estandarizada y produce un mejor conocimiento y un aumento de la satisfacción (Johnson, Sandford y Tyndall, 2003).

Para la comunicación vía escrita, disponemos en los servicios de hospitalización del ICC. Éste es un documento elaborado por parte de los profesionales de enfermería en el hospital de manera independiente, donde se recoge información acerca del estado de salud de los pacientes atendidos, utilizando metodología enfermera, y de los que resultan planes de cuidados iniciados durante la atención (Endrino, 2011).

Estos cuidados son explicados a la familia y paciente en el momento del alta, y enviados a la enfermera de AP para el posterior seguimiento del paciente y familia en el domicilio. El ICC constituye por tanto la herramienta de comunicación por la que se opta en atención hospitalaria para garantizar la continuidad de cuidados, en el traslado del paciente desde el hospital a su domicilio y seguimiento por AP. La información de este informe se ve apoyada por la comunicación vía telefónica con la enfermera de AP, en aquellos casos donde la demanda de cuidados por parte del paciente es mayor, por ejemplo en pacientes con gran discapacidad o grandes dependientes.

En definitiva, la importancia principal del tema radica en buscar un canal de comunicación, lo más eficaz, útil y ágil posible, entre enfermería de atención hospitalaria y enfermería de atención primaria, que garantice la continuidad de cuidados, favorezca las relaciones entre niveles asistenciales y fomente la atención desde una visión holística y no meramente biomédica (Endrino, 2011).

Además, los programas y/o estrategias de interrelación entre diferentes niveles para lograr la continuidad de cuidados deben de ser consensuados entre todas las partes si se quiere alcanzar la necesaria y eficaz intervención de todos los profesionales que deben participar en los mismos (Martínez & Sanjuan, 2009).

El medio de comunicación que actualmente se utiliza desde atención hospitalaria para garantizar la continuidad de cuidados, es el ICC como ya hemos dicho anteriormente, pero ¿quién nos garantiza que este informe esté cumpliendo actualmente con su cometido? ¿Cuál será la opinión de los enfermeros de atención primaria sobre los ICC que se envían desde el hospital? ¿Cómo conocer la utilidad de estos informes?

Objetivo general

Conocer cuál es la valoración del personal de enfermería de atención primaria, de los ICC realizados desde el hospital, como medio de comunicación entre niveles asistenciales, para asegurar la continuidad de cuidados.

Material y métodos

Se trata de un estudio descriptivo basado en la revisión bibliográfica de investigaciones que tratan la evaluación de los ICC. Se utilizaron las bases de datos: Pubmed y Cuiden plus, las cuales han sido escogidas por ser éstas unas de las bases de datos más utilizadas en ciencias de la salud. La búsqueda bibliográfica se realizó durante el primer semestre del año 2013.

Las referencias bibliográficas debían de cumplir los siguientes criterios de inclusión:

- Ser publicaciones en las que el personal de enfermería de atención primaria evalúe el ICC
- Que estuviesen desarrolladas dentro de un marco de referencia enfermera
- Tener acceso a texto completo

Como criterios de exclusión, se establecieron los siguientes:

- Aquellas publicaciones en las que se evalúa el ICC sólo y exclusivamente en contexto hospitalario
- Que versen de la satisfacción de los pacientes con el ICC
- Manuscritos en idiomas diferentes al inglés, español o portugués

Estrategia de búsqueda utilizada en PUBMED:

Se comenzó la búsqueda consultando los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y en Medical Subjects Headings (MeSH), y se obtienen los siguientes descriptores de búsqueda:

Continuity of patient care/ Evaluation/ Nursing records/ Patient discharge

Se hace una primera búsqueda bibliográfica con estos términos, acotando la búsqueda a los últimos 5 años. Se obtienen un total de 16 artículos.

Estrategia de búsqueda utilizada en CUIDEN plus:

Se utilizan como palabras clave de CUIDEN:

Informe de alta de enfermería, evaluación y atención primaria

Se hace una primera búsqueda bibliográfica con estos términos, sin acotar la búsqueda en tiempo. Se obtienen un total de 36 artículos, de los cuales, 17 son originales, 3 revisiones y 16 incluidos en el apartado otros.

Resultados

Proceso de selección de artículos obtenidos de Pubmed.

Tras la lectura de los resúmenes y selección de aquellas publicaciones que reunían los criterios de inclusión, obtenemos un total de 5 artículos que podrían ser válidos para el objeto de esta investigación. El resto se desecharon por tratarse de artículos enmarcados dentro de una visión médica, o porque evaluaban sólo la cumplimentación de los ICC dentro de un servicio hospitalario, o simplemente porque el artículo no tenía acceso a texto completo. Se realiza una lectura en profundidad de cada uno de los 5 artículos.

El artículo de Olsen, Hellzén y Enmarker en 2013, resulta ser un estudio que relaciona el número de pacientes a los que se les hizo informe de continuidad de cuidados, con variables como la edad, género y tiempo de ingreso de los mismos. Se obtiene un perfil tipo de pacientes a los que se les suele realizar el informe. Por tanto se descarta porque no evalúa el informe como tal.

La publicación de Holland, Rhudy, Vanderboom y Bowles en 2012, tampoco habla de la evaluación en sí de los informes, sino que trata sobre la necesidad de la planificación precoz del traslado de los pacientes que ingresan en una UCI. Afirma que una planificación adelantada de las futuras posibles necesidades posteriores, reportaría beneficios al paciente, al tratar estos aspectos con antelación. Este artículo estaría dentro de la temática de la continuidad de cuidados, pero no dentro de nuestro objeto de estudio.

En la revisión sistemática realizada por Wang, Hailey y Yu en 2011, se pretende conocer la calidad de la documentación que maneja enfermería. De los 77 artículos que revisa, concluye que es necesario prestar más atención y ser más precisos con la documentación enfermera, para evitar variabilidad en la práctica y defectos en la calidad de los registros, y evitando así que afecte a la práctica enfermera, en los pacientes y en la evaluación de las medidas de calidad. No habla de los informes de continuidad de cuidados en particular, por lo que se descarta también.

El cuarto artículo encontrado realizado por Goossen en 2009, se aproxima más a nuestra temática de estudio. Habla de la creación de un modelo de informe de continuidad de cuidados electrónico, compuesto por una serie de estándares o requisitos obligatorios de cumplimentación. Se vería apoyado por una serie de flujos o circuitos que se pondrían en marcha en el momento que el médico diese de alta al paciente. Pasaría por una serie de filtros de derivación hasta llegar a la proveedora de cuidados base que es la enfermera de familia. Pero una vez más, no evalúa el informe como tal.

El último artículo seleccionado realizado por Hübner U. et al. en 2010, refleja la necesidad de crear un documento de continuidad de cuidados electrónico, que sea capaz de llegar de manera rápida a todos los profesionales implicados en el cuidado del paciente. Este documento debe de poseer información integral del paciente y ser multidisciplinar, de manera que se obtenga un único documento de continuidad de cuidados. Va más allá y defiende la necesidad de crearlo de manera estandarizado a nivel internacional, asegurando que reportaría muchos beneficios para el paciente.

Por tanto dentro de la bibliografía seleccionada, no surgen artículos donde se evalúe por parte del personal de enfermería de AP, los ICC emitidos desde el hospital.

Proceso de selección de artículos obtenidos de Cuiden plus

Tras la búsqueda en Cuiden plus, se procedió a realizar una lectura de los resúmenes de todos los artículos obtenidos y un análisis en profundidad de cada uno de ellos.

Sólo se obtuvieron 4 resultados de estudios que cumplían los criterios de inclusión. El resto sólo hacían referencia a la importancia del ICC para garantizar la continuidad de cuidados, o estaban enmarcados en ambiente hospitalario exclusivamente, por lo que fueron descartados.

Uno de los artículos seleccionados, el de Endrino en 2011, plantea la necesidad de realizar una evaluación de la efectividad de los informes, pero no realiza ninguna.

Urbano, Reche, Garrido y Torres en 2008, realizan un estudio descriptivo transversal dirigido al personal de enfermería, medicina de primaria y medicina interna del hospital, con el objeto de saber su nivel de satisfacción en relación al informe de continuidad de cuidados. El estudio concluye que el informe de alta de enfermería mejora la comunicación entre los dos niveles asistenciales y garantiza la continuidad de cuidados, lo que confirmaba su objetivo principal de estudio. Además es considerado de gran utilidad por el personal sanitario de AP, sirviendo como elemento para dar una atención integral a la vez que se hace una mejor gestión de los recursos y del tiempo. El informe apoyado por una llamada telefónica es de vital importancia para mejorar la comunicación y coordinación entre el personal que atiende al paciente, afirmación que se deriva de la

información extraída de las encuestas al personal sanitario de AP y hospitalaria y que sin duda redundan en la mejora de la calidad que se ofrece al paciente y en una mayor satisfacción por parte del usuario.

En 2000, Torres-Navarro, Cazorla-Pérez, Fernández-Ayala, Fernández-Lozano y Gil-Milán realizaron un estudio para conocer la valoración de los enfermeros de atención primaria sobre el ICC. De este estudio se concluyó, que los enfermeros de AP opinaban que los ICC tenían algunos fallos que eran necesarios solventar.

En 2007 lo hicieron también Cruzado, Bru, González y Aida, y como resultados del estudio obtuvieron que los enfermeros de AP consideraban útil el ICC en un 98%, y un 73% reconocen utilizarlo habitualmente.

Discusión y conclusiones

Las referencias bibliográficas consultadas dan una opinión muy general aunque positiva, de la utilidad de los informes de continuidad de cuidados que se emiten desde el hospital. No existe una evaluación detallada, de qué aspectos del informe son los que hacen que éste sea un medio útil para garantizar la continuidad asistencial. Los resultados obtenidos por Cruzado-Álvarez et al. dan una visión de la opinión de los profesionales de atención primaria en relación a estos informes, pero faltaría conocer más detalladamente, cuáles son los motivos por los que estos lo consideran así, y que aspectos son mejorables en la cumplimentación de los mismos.

En base a los resultados obtenidos, queda patente la necesidad de seguir investigando en la evaluación de los informes de continuidad de cuidados, siendo los hospitales principalmente los encargados de hacerlo como emisores del mismo, pero en colaboración con atención primaria como receptora de estos.

Se hace evidente la necesidad de establecer canales activos de comunicación con el personal de enfermería de atención primaria, para obtener una retroalimentación sobre la utilidad y aspectos de mejora de los informes realizados.

Dando un paso más adelante, sería conveniente establecer dichos canales de comunicación desde el hospital, con pacientes y cuidadores desde su domicilio. Se verificaría entonces que el plan de cuidados y las recomendaciones que se desarrollan y plasman en el informe de continuidad de cuidados, han realizado su cometido y han servido para ayudarlos.

Referencias

- Bellido Castro, M. L. (2011). ¿Es el ICC el nexo entre AE y AP como continuación de cuidados integrales al paciente quirúrgico en CMA?. *Inquietudes*, 44, 21.
- Cruzado Álvarez, C., Bru Torreblanca, A., González Peral, R., & Aída Otero, S. (3er Cuatrimestre de 2008). Valoración del informe de continuidad de cuidados por enfermeras de atención primaria. *Revista Cardiológica*, 45, 21.
- Endrino Lozano, V. (2011). El informe de continuidad de cuidados en urgencias como herramienta de mejora de la comunicación y continuidad de cuidados entre atención primaria y atención especializada. *Biblioteca Lascasas*, 7, 1.
- Goossen, W. (2009). Sending electronic nursing discharge messages using the HL7 v3 care provision standard. *Stud Health Technol Inform*, 146, 269-75.
- Grupo de Trabajo SAS-ASANEC. Continuidad de cuidados. *Biblioteca Lascasas* 2005; 1.
- Grupo de Enfermería Gestora de Casos Hospitalaria de Granada. (Octubre-Diciembre 2011). Relevancia del contenido y transmisión del informe de enfermería al alta hospitalaria. (pp. 36)
- Holland, D., Rhudy, L., Vanderboom, C., & Bowles, K. (Julio 2012). Feasibility of discharge planning in intensive care units: A pilot study. *Am J Crit Care*, 21(4), e94-e101.
- Hübner, U., Flemming, D., Heitmann, K., Oemig, F., Thun, S., Dickerson, A., & Veenstra, M. (2010). The need for standardised documents in continuity of care: Results of standardising the eNursing summary. *Stud Health Technol Inform*, 160(Pt 2), 1169-73.
- Johnson, A., Sandford, J., & Tyndall, J. (2008). Información verbal y escrita versus información verbal solamente para los pacientes con alta hacia el domicilio después de estancias hospitalarias agudas (Revisión cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2.
- Kesby, S. (2002). Nursing care and collaborative practice. *J. Adv Nursing*; 11: 357-66.
- Martínez Riera, J. R., & Sanjuán Quiles, Á. (2011). Realidad de los cuidados continuados en España. *Tesela*, 9.
- Martínez Riera, J., & Sanjuan Quiles, A. (2009). Análisis bibliográfico sobre instrumentos para la continuidad de cuidados sociosanitarios en España. *Enfermería Comunitaria (Rev. Digital)*, 5, 1.
- Morales Asencio, J., Terol Fernández, J., & Torres Pérez, L. (2002). Validación de un instrumento enfermero para la valoración de la continuidad de los cuidados a pacientes críticos. *Revista Calidad Asistencial*, 17(3), 160-165.
- Morilla Herrera, J., Martín Santos, F., Morales Asencio, J., & Gonzalo Jiménez, E. (2005). Oportunidades para la atención integral. *Enfermería Comunitaria (Edición Digital)*, 1(2).
- Naylor, M., Broton, D., Jones, R., Lavizzo-Mourey, R., Mezey, M., & Pauly, M. (Junio 1994). Comprehensive discharge planning for the hospitalized elderly: A randomized clinical trial. *Annals of Internal Medicine*, 120(12), 999-1006.

- Olsen, R., Hellzén, O., & Enmarker, I. (2013). Nurses' information exchange during older patient transfer: Prevalence and associations with patient and transfer characteristics. *Int J Integr Care*, 1(13).
- Pérez Cabezas, F. J., García Villanego, L., & León Grima, M^a del Mar. (Mayo- Agosto 2004). ¿Puede la comunicación enfermera interniveles disminuir los reingresos por complicaciones en pacientes intervenidos de fractura de cadera? *Evidentia*, 1, 2.
- Shepperd, S., McClaran, J., O Phillips, C., Lannin, N., Clemson, L., McCluskey, A., Barras, S. (2010). Planificación del alta del hospital al domicilio (revisión cochrane traducida). *Biblioteca Cochrane Plus*, 1.
- Torres Navarro, M. (2001). Informe de alta de enfermería. *Metas De Enfermería*, IV (32), 32-37.
- Urbano García, G., Reche Molina, A., Garrido González, J., & Torres Villagrà, M. D. (2008). ¿Asegura el informe de alta de enfermería la continuidad de cuidados?. *Rev Paraninfo Digital*, 5, 22-34.
- Wang, N., Hailey, D., & Yu, P. (2011). Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: A mixed-method systematic review. *J Adv Nurs*, 67(9), 1858-75.

El proceso de comunicación en pacientes con esquizofrenia

Communication with schizophrenia patients

Beatriz López Padilla^{1*}

¹ Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Almería.

Fecha de recepción: 15/10/2013 – Fecha de aceptación: 14/06/2014

Resumen

El principal objetivo del artículo ha sido ampliar el conocimiento sobre las afectaciones y dificultades en la comunicación que presentan las personas con esquizofrenia, de este modo, se podría mejorar el proceso comunicativo entre los profesionales sanitarios y los pacientes afectados mediante una comprensión mutua. La metodología utilizada, consistió en la realización de un estudio descriptivo simple, en el que se realizó una revisión bibliográfica sistemática, en el metabuscador de la Universidad de Almería, sobre artículos recientes relacionados con las habilidades comunicativas de los pacientes esquizofrénicos. Los resultados evidenciaron una significativa diferencia entre el habla normal y la de este tipo de pacientes, que se descubrió más distorsionada, desorganizada y con unos rasgos lingüísticos característicos propios. De este modo, se concluyó que si se profundiza el conocimiento sobre el proceso comunicativo en la esquizofrenia, se podría ofrecer una mejor relación terapéutica enfermera-paciente basada en la comprensión mutua para superar las barreras presentes. También se vislumbró que el rol de enfermería es imprescindible para éstos enfermos, y que la actuación profesional debería ampliarse al ámbito familiar si se quieren conseguir mejores resultados.

Palabras clave: Barreras de la comunicación, Comunicación, Enfermería, Esquizofrenia, Habla, Relación enfermera-paciente.

Abstract

The main purpose of the article has been increasing the knowledge about the affectations and difficulties in communication shown by people with schizophrenia. Thereby we could improve the communication process between sanitary professionals and affected patients through mutual understanding. The methodology was a simple descriptive study consisting in a systematic literature review in the metasearch of the university of Almería about recent articles related by the communicative skills of schizophrenic patients. The results shown a significant difference between normal talk and the talk of this kind of patients which is distorted, disorganized and has his own linguistic features. We concluded that if we had a deeper knowledge about schizophrenia communication process we could offer a better therapeutic nurse-patient relationship based on a mutual understanding to overcome the present barriers. We also discovered that nursing role is vital for these patients furthermore the professional performance should be extended to the family environment if we want to achieve better results. **Key words:** Communication, Communication barriers, Nurse-patient relationship, Nursing, Talk, Schizophrenia.

*Correspondencia: swordhar@gmail.com

Introducción

Desde siempre las personas con enfermedades mentales han estado altamente estigmatizadas. No es de extrañar, que hasta incluso hoy en día la sociedad produzca rechazo o evitación ante personas con esta clase de patología.

El problema es evidente; no sólo se produce un problema comunicativo a nivel del paciente debido a sus procesos mentales desorganizados, sino que también presenta temor a comunicar su enfermedad públicamente por miedo al rechazo o exclusión de su entorno cercano. Si no se conocen las particularidades comunicativas de estos pacientes no se puede lograr una comunicación eficaz, lo cual les genera una necesidad insatisfecha; “la necesidad de ser comprendidos”.

La esquizofrenia es una enfermedad que afecta al 1 % de la población mundial, con independencia de la raza y la clase económica o social a la que pertenezcan. Con frecuencia comienza a manifestarse en la adolescencia y suele producir un aislamiento social, caracterizado por conductas extravagantes y cuyo diagnóstico cambia totalmente la vida de las personas (Salavera, Puyuelo & Serrano, 2011).

El informe sobre la salud en el mundo, presentado por la Organización Mundial de la Salud, el Banco Mundial y la Universidad de Harvard se afirma que la esquizofrenia se encuentra entre las diez enfermedades que representan una *Carga Mundial de Enfermedad*, debido al resultado obtenido al valorar los “Años de Vida Perdidos Ajustados en función a Discapacidad”. Éste informe la coloca en cuarto lugar dentro de los grupos diagnósticos más frecuentes y entre las diez primeras causas de incapacidad en la población de edades comprendidas entre 18 y 44 años (Sifuentes-Contreras, Sosa-Gil, Jaimez-Manzanillo, 2011).

Hay que aclarar que, la esquizofrenia, al igual que otros trastornos de la personalidad y estado de ánimo, suele asociarse una serie de alteraciones en:

- Lenguaje: provocando una serie de peculiaridades que caracterizan “el habla esquizofrénica”
- Memoria del trabajo: entendida como las estructuras y procesos utilizados para el almacenamiento temporal y manipulación de la información.
- Función ejecutiva: definida como el conjunto de procesos de control que permiten a la persona ajustar y regular su procesamiento mental y conductual a las diferentes situaciones para adaptarse (Cadavid Ruiz, 2008).
- Memoria episódica: la que contiene la información sobre experiencias en momentos concretos.

También debemos destacar uno de sus síntomas más llamativo “la irregularidad del pensamiento”, de ella derivan modelos mentales ilógicos y confusos que dan como resultado un lenguaje absurdo o de difícil comprensión que dificulta la comunicación. Estas limitaciones en funciones psicológicas tales como: la autorreflexión, la capacidad de autocorregir malinterpretaciones y responder a la retroalimentación correctiva de otros, facilitan la formulación de ideas disfuncionales e impiden el desarrollo de habilidades interpersonales. Tales desórdenes del pensamiento se aprecian en el lenguaje anormal de los pacientes, caracterizado por un habla distraída, perseverante, con ecolalia, neologismos y bloqueos, en la que hay una ausencia de asociación, coherencia y metas comunicativas (Hernández Jaramillo, 2008).

A toda esta problemática, se suma la dificultad del abordaje de la patología, puesto que muchas veces los profesionales no tienen la formación y experiencia necesarias para manejar a pacientes de estas características. En un estudio sobre las implicaciones terapéuticas en los factores asociados a la emoción expresada familiar en esquizofrenia (García Ramos, Moreno Pérez, Freund Llovera & Lahera Forteza, 2012) se pone de manifiesto que incluso los profesionales bien formados y acostumbrados a tratar a pacientes con esquizofrenia reconocen la dificultad que supone hacer frente a una enfermedad que priva al individuo de su juicio y autonomía, generando sentimientos de impotencia y frustración incluso en los profesionales conscientes de las barreras existentes a la hora de empatizar y comprender tanto las experiencias vitales como sus limitaciones, para así llegar a acuerdos que favorezcan una evolución positiva de la enfermedad.

Un antiguo estudio sobre la emoción expresada en la esquizofrenia (Nuechterlein, Snyder, Dawson, Rappe, Gitlin & Fogelson, 1986) comienza a evidenciar que aunque la medicación juega un importante papel en la prevención de las recaídas, no basta como único elemento para ofrecerle protección frente al impacto de las relaciones interpersonales estresantes. Esto nos hace ver que una comunicación y relación adecuada con el paciente es a veces incluso más efectiva que el propio tratamiento, ya que por sí solo, el tratamiento no da respuesta a toda la problemática de la enfermedad.

La evolución del trastorno depende de la recurrencia y persistencia de los síntomas, Los aspectos más decisivos que influyen en ella de forma positiva son la ayuda y calidad de las relaciones interpersonales disponibles en su entorno (Aznar Cabrerizo, Fleming, Watson & Narvaiza Solís, 2004). Los individuos afectados necesitan un cuidado integral en el que enfermería desempeña un papel imprescindible mediante la aplicación de un adecuado proceso comunicativo como pilar fundamental.

Al ser una patología crónica, el papel de la familia también adquiere importancia, ya que la convivencia puede ser favorecedora o perjudicial; por tanto, la labor profesional, en especial la de enfermería por ser el rol que más tiempo invierte con los pacientes, debe ser capaz de dar respuesta a los problemas que puedan surgir. Todo esto, hace que sea necesario profundizar el

nivel de conocimientos en las particularidades comunicativas de los pacientes con esquizofrenia para así lograr una comunicación más eficaz.

El modelo de sistemas de interacción propuesto por Imogene King, evidencia la importancia de la comunicación para la integración del individuo en la sociedad.

Es un modelo de integración mediante la interacción de tres sistemas: los individuos, los grupos y la sociedad. El objetivo del mismo, es la realización, mantenimiento o restauración de la salud para permitir que los pacientes logren obtener el máximo de posibilidades en su vida diaria y la puesta en práctica de sus roles sociales. La persona es por tanto, un todo unificado y complejo que percibe, piensa, desea, imagina, decide, identifica objetivos y selecciona los medios para lograrlos. La comunicación se convierte así en una herramienta clave para lograr ésa interacción social; en la que el paciente y la enfermera perciben y se comunican, creando así la acción que producirá las reacciones que harán posible fijar objetivos, explorar y ponerse de acuerdo sobre los medios para lograr la consecución de dichos objetivos. Pero no todo está exento de complicaciones, hay que saber percibir la dificultad del paciente frente a los factores que le preocupan y estresan, y establecer los objetivos adecuados mediante el proceso comunicativo (Kozier, Erb & Olivieri, 1993).

En conclusión, Imogene King propone la interacción social para obtener la mejor relación y resultados con el paciente; el medio para lograr dicha interacción es la comunicación, sin embargo, hay un desconocimiento general sobre las particularidades comunicativas en los pacientes con esquizofrenia que impiden llevar a cabo una comunicación eficaz que satisfaga la necesidad de ser comprendidos.

Por todo ello, los objetivos de este estudio son:

- Aumentar el marco de conocimientos generales sobre la esquizofrenia.
- Profundizar el conocimiento sobre la afectación de la esquizofrenia a las habilidades comunicativas y del pensamiento en el paciente con esquizofrenia para poder ofrecer una relación profesional de mayor calidad.
- Conocer la afectación de la esquizofrenia sobre la comunicación familiar.

Material y métodos

Para la obtención de la información se realizó un estudio descriptivo simple, basado en una revisión bibliográfica sistemática sobre artículos relacionados con los aspectos comunicativos en la esquizofrenia, de ese modo, se consiguieron agrupar los conocimientos más relevantes sobre sus particularidades comunicativas. Para localizar los artículos se hizo uso de tres buscadores integrados en el metabuscador de la biblioteca virtual de la Universidad de Almería "Almirez",

que es de libre acceso. También se hizo uso de la herramienta “Revistas electrónicas”, para acceder a los artículos de interés que estuvieran restringidos.

Cabe destacar que, aunque el acceso al metabuscador “Almirez” es libre, algunos de los recursos integrados, como el buscador Cuiden, así como las revistas electrónicas, requieren claves de acceso al campus, que se adquieren con la condición de ser alumno o docente de la misma universidad.

Las bases de datos seleccionadas fueron:

- Cuiden Plus: se localizaron en su tesoro las palabras clave “Esquizofrenia” y “Comunicación”, unidas por el operador lógico “AND”. Dio como resultado 44 documentos, por lo que se hizo una segunda criba para reducir la cantidad, cambiando la palabra clave “Comunicación” por “Comunicación con el paciente”, lo que arrojó 26 resultados. Para relacionar el concepto de esquizofrenia con la profesión enfermera, se realizó una búsqueda que incluyó las palabras clave “Esquizofrenia” y “Actuación de enfermería”, unidas por el operador lógico AND, dando como resultado 14 documentos.
- Lilacs: Se localizaron en su tesoro las palabras “Comunicación”, “Habla” y “Esquizofrenia”, y se unieron con los operadores lógicos “AND” y “OR”, resultando la siguiente ecuación de búsqueda: “Comunicación” OR “Habla” AND “Esquizofrenia”. Las palabras “Habla” y “Comunicación” se buscaron como palabras del resumen, mientras que esquizofrenia se estableció como palabra clave. La búsqueda arrojó 13 resultados.
- Pubmed: Se localizaron en Subheadings las palabras “Communication Barriers”, “Schizophrenia”, “Nurse-Patient relations” y “Communication” y se realizaron 2 búsquedas con el operador lógico “AND”. La primera ecuación de búsqueda fue: “Communication Barriers” AND “Schizophrenia”; se obtuvieron 14 resultados. Se realizó una segunda búsqueda para relacionar el concepto de esquizofrenia con el rol enfermero, con la ecuación: “Schizophrenia” AND “Nurse-Patient relations” AND “Communication”; se consiguieron 38 resultados de los cuales 18 estaban accesibles a texto completo.

De los resultados obtenidos, se seleccionaron los que cumplían los requisitos de ser posteriores a 2000 y estar relacionados con la temática a tratar y se excluyeron todos aquellos a los que no se tenía acceso al texto completo. También se utilizaron algunas referencias bibliográficas que constaban en los artículos consultados. Para localizarlas se consultó la base de revistas electrónicas que contiene la Universidad de Almería, en concreto, Elsevier revistas.

El único artículo anterior a éste periodo se seleccionó por aparecer como referencia en numerosas bibliografías consultadas.

Resultado y discusión

Mediante la revisión sistemática de numerosas bibliografías se logró dar respuesta a los objetivos mencionados anteriormente. Se comenzó a profundizar el conocimiento sobre la afectación al proceso comunicativo en la esquizofrenia; para ello se hizo una comparación entre los procesos cognitivos del habla normal y la característica habla desordenada de los pacientes esquizofrénicos.

Para el análisis del habla normal, se propuso el modelo de Levelt (Hernández Jaramillo, 2008), que organiza la producción del lenguaje oral en tres procesos:

- La conceptualización no lingüística: los tópicos que se expresan en un enunciado son seleccionados y presentados en un código preverbal o propósito.
- Formulación: constituye el enunciado en su forma lingüística. Tiene dos subprocesos integrados, que son la codificación gramatical o *lemma* (*selección adecuada de palabras*) con su ordenamiento sintáctico correspondiente y la codificación fonológica o elaboración de la estructura sonora de las palabras.
- Articulación: todos los elementos anteriores son traducidos por el sistema motor a una serie de movimientos que producen un habla audible.

En un proceso cognitivo y comunicativo normal se producen autocorrecciones de los errores en el lenguaje, es decir, se dispone de un mecanismo que verifica el correcto encadenamiento de la producción verbal. Esta detección puede efectuarse antes y después de que la articulación, lo que evidencia un monitoreo del lenguaje interno. El monitoreo del habla o proceso de control fluido del lenguaje oral, detecta y corrige los errores de producción como la desorganización de ideas, desviaciones de significado o contenido, selección de palabras lingüísticamente incorrectas, inadecuación sintáctica, fallos fonéticos y usos incorrectos del volumen de la voz y prosodia.

Mientras que por lo contrario, en sujetos con esquizofrenia se evidencia una organización anómala del lenguaje. Su proceso comunicativo presenta "Alteraciones formal del lenguaje" (Peña y Lillo, 2012), entendidas como un compromiso de la estructuración lógica y gramatical del habla, con independencia de las alteraciones del contenido del pensamiento como alucinaciones, delirios, etc. También hay que destacar la presencia de una "laxitud asociativa", que convierten el habla esquizofrénica en un discurso vago, confuso e incluso incoherente debido a la relajación de los vínculos lógicos del pensamiento a los que se asocian una serie de fenómenos, descritos por diferentes autores como Andreasen (Salavedra Bordás, Martínez Artiaga & Barcelona Labordeta, 2009). Las distorsiones en el lenguaje que enuncia son:

- Pobreza del discurso y su contenido
- Logorrea: habla rápida

- Discurso divergente: habla distraída, cambia de tema en respuesta a estímulos inmediatos.
- Discurso circunstancial: lenguaje prolijo en el que les cuesta separar lo esencial de lo accesorio.
- Discurso enfático
- Discurso autorreferencial: llevan el tema hacia ellos mismos aunque sea un tema neutro.
- Discurso tangencial: ofrecen respuestas irrelevantes.
- Descarrilamiento o fuga de ideas: falta de una conexión adecuada, las frases son correctas pero inconexas.
- Incoherencia, que origina que el lenguaje de esquizofrénicos sea una “ensalada de palabras”.
- Asonancia y alteración.
- Ecolalia: repetición en eco de palabras o frases del interlocutor.
- Estereotipias verbales: repetición de palabras fuera de contexto.
- llogismos
- Neologismos: vocablos inexistentes formados por unión o deformación de otros.
- Distorsión metonímica: designar vocablos con el nombre de otros vocablos que poseen un significado diferente aunque aproximado. Es un caso muy poco frecuente en el que el esquizofrénico adquiere un habla poética.
- Pérdida u olvido del tema principal.
- Lista de rasgos lingüísticos característicos en esquizofrenia según Chaika (Salavera et al, 2009):
- Neologismos de difícil interpretación.
- Farfulleo: ritmo rápido del habla con interrupciones en la fluidez, pero sin repeticiones o indecisiones. El habla es errática y disrítmica, con súbitos brotes espasmódicos que suelen implicar formas incorrectas en la construcción de frases.
- Preferencia por el uso del significado dominante de las palabras que tienen varios significados.
- Rimas y aliteraciones no relacionadas con el contenido del discurso.
- Emisión de palabras o frases asociadas a otras dichas con anterioridad pero que carecen de relevancia para el discurso.
- Repetición perseverante del uso inadecuado de palabras y morfemas.
- “Ensaladas de palabras” y alteraciones en la sintaxis, que afectan a la organización del discurso o las oraciones.
- Incapacidad para darse cuenta y/o corregir los errores lingüísticos cometidos.

Se sabe que el lenguaje es un elemento clave como herramienta diagnóstica (Durán & Figueroa, 2009), por eso es tan importante centrar la atención en él, sobretodo, en pacientes en los que adquiere una especial transcendencia en lo referente al proceso patológico y su evolución. Mediante la ampliación de los artículos de estudio, se vislumbró que la comunicación en

pacientes esquizofrénicos presentaba una evidente modificación de los aspectos semánticos y pragmáticos del lenguaje.

Los aspectos semánticos del lenguaje están deteriorados aunque se conserva relativamente la sintaxis, debido a este motivo los pacientes tienen grandes dificultades cuando actúan como emisores proporcionando información, puesto que ofrecen unas descripciones inadecuadas a las necesidades del oyente como consecuencia sobretodo, del uso Excesivo de monólogos (Dificultan el encuentro de nexos de unión que den consistencia a la conversación) y de su discurso pobre (Su número de comentarios espontáneos es mínimo, lo que obliga al receptor a forzar constantemente la conversación para mantener la continuidad).

La pragmática es la disciplina que estudia el lenguaje en situación y al igual que la semántica, su uso erróneo compromete la eficiencia discursiva del hablante. El uso de estructuras gramaticales complejas impide que sean capaces de centrar su atención en las necesidades del receptor y no consideran el contexto, por lo que nuestras actuaciones se volverán ineficaces si utilizamos un elevado número de elementos verbales en la conversación. No usan ni comprenden la ironía, tienen que pedir aclaraciones sobre la conversación y muestran poca habilidad para seguir instrucciones verbales, corregir errores y expresar sentimientos o deseos (Salavera Bordas & Puyuelo Sanclemente, 2010).

Dentro de la pragmática se focalizó la atención en las peculiaridades de sus *aspectos paralingüísticos* (Salavera et al, 2009), pudiendo observar que:

- No utilizan un volumen de voz adecuado al interlocutor, su volumen es mínimo y desciende cuanto mayor es la longitud del mensaje.
- La entonación es plana y monótona, causando que el receptor pierda el interés puesto que no se produce un acompañamiento emocional al mensaje que ese está emitiendo.
- Su timbre de voz es muy agudo o muy grave.
- No hay fluidez ni continuidad en su discurso, se producen muchas pausas innecesarias e incómodas.
- La velocidad de su discurso presenta dos posibilidades que oscilan entre la logorrea y el habla extremadamente lenta, dependiendo de la tipología de la enfermedad y el grado de deterioro cognitivo.
- La claridad es confusa, puesto que hay que pedir continuas aclaraciones con respecto a sus neologismos empleados.
- Su tiempo de habla es corto y con grandes periodos de silencio.

Por otra parte, si analizamos los aspectos no verbales en la comunicación en esquizofrenia (Salavera et al, 2009), observamos que:

- Tienen una expresión facial carente de expresividad y elementos comunicativos; cuando muestran expresiones suelen ser negativas.

- Su mirada está perdida, no realizan contacto visual con el interlocutor, lo que genera una impresión negativa.
- Su sonrisa es inadecuada, con risas causadas por el delirio simultáneo al transcurso de la conversación.
- La postura presenta una acusada rigidez motora, con posiciones incómodas que dan una impresión de rechazo al que les habla.
- Carecen de orientación, no dirigen su cuerpo ni su mirada al interlocutor.
- Presentan extremos respecto a la distancia y contacto físico, que oscilan entre lo invasivo (ocupando el espacio vital del interlocutor en una distancia extremadamente próxima) y la lejanía (con un distanciamiento total y con continuas alusiones al receptor a larga distancia).
- Reflejan apatía mediante la inexistencia de gestos. Sus manos permanecen inmóviles y parecen estar más centrados en sus “voces internas” que en los que les comunican los emisores.
- Debido al compromiso de sus autocuidados pueden presentar una imagen desaliñada o deficitaria.
- Los refuerzos o gratificaciones a los demás son inexistentes y en caso de realizarlos, suelen ser fuera de lugar.

En resumen si analizamos los aspectos del habla en esquizofrénica afirmamos que las personas afectadas pueden utilizar el lenguaje de manera adecuada e incluso mantenerlo intacto, sin embargo son incapaces de comunicarse bien, porque no adaptan su habla al contexto ni al receptor. Todo ello contribuye a disminuir drásticamente su calidad de vida.

El proceso esquizofrénico está relacionado directamente con la actuación enfermera desde el momento en el que la enfermedad afecta a la vida diaria del paciente. En un estudio se propone el proceso de atención de enfermería en la atención domiciliaria de personas con esquizofrenia (Castaño Mora, Erazo Chávez & Piedrahita Sandoval. 2012). En él se pone de manifiesto el grado de afectación de la enfermedad a los patrones funcionales relacionados con la comunicación, de los que destacan:

- Patrón de rol-relaciones: Se evidencia un deterioro de la comunicación verbal relacionado con las barreras psicológicas presentes en la enfermedad que está manifestado por la dificultad para mantener un patrón de comunicación habitual. También se aprecia un deterioro de la interacción social relacionado con la alteración de los procesos del pensamiento y manifestado por una interacción social disfuncional. En resumen, el paciente tiene problemas a la hora de hablar, expresarse y relacionarse con los demás, por lo que la tendencia general suele ser al aislamiento.
- Patrón cognoscitivo-sensorial: Presenta alteración en los procesos del pensamiento manifestados por un pensamiento inadecuado que no está basado en la realidad.

Al analizarse los patrones afectados se pueden elaborar Diagnósticos y así realizar intervenciones personalizadas como el apoyo en la toma de decisiones, la escucha activa, la comunicación asertiva y el manejo de la conducta mediante actividades que amplíen la información y favorezcan la comprensión sobre la enfermedad mental.

Si bien es cierto que debido a la estigmatización social, generalmente los pacientes con esquizofrenia no suelen hablar sobre sus síntomas y sentimientos con respecto a la enfermedad, esta conducta cambia en el marco de una relación paciente-profesional. En cuanto a la expresión de sus síntomas, un estudio sobre las conversaciones y estudios analíticos en las consultas de pacientes psicóticos (McCabe, Heath, Burns & Priebe, 2002) expuso que numerosos pacientes buscaban activamente información durante la consulta médica acerca de la naturaleza de su enfermedad y una explicación de sus experiencias vividas. Cabe destacar que la comunicación de estos síntomas les resultaba muy complicada puesto que presentaban una gran dificultad a la hora de expresarse, debido en parte a la presencia de un proceso mental desorganizado. Sin embargo, el hallazgo más llamativo sobre el estudio fue la dificultad, expresada por los propios profesionales, e incluso la evitación a dar respuesta a las preguntas que les realizaban los pacientes; esto generaba un gran distanciamiento y un claro obstáculo en el proceso de comunicación.

La práctica afirmó que debemos proporcionar la oportunidad para que ellos manifiesten abiertamente sus sentimientos ante la vivencia de estos síntomas psicóticos y nosotros podamos facilitarles la información y el asesoramiento adecuado que provoca como resultado un aumento del cumplimiento del tratamiento y la satisfacción personal, así como una disminución de la carga emocional (McCabe et al., 2002)

Para concluir este apartado, se consideró de especial interés reflexionar sobre la importancia que adquiere la comunicación dentro del entorno familiar de este tipo de pacientes; ya que esta relación suele ser la que implique el empeoramiento y recaídas si no es adecuada.

En relación a la comunicación familiar (García Ramos et al., 2012), se destacó el concepto de “emoción expresada”, referido al estilo de comunicación prevalente dentro de una familia. Una alta emoción expresada estaría caracterizada por unos altos niveles de criticismo, sobreimplicación emocional y hostilidad hacia el paciente esquizofrénico, lo que favorece una evolución negativa de su enfermedad. La alta emoción expresada también se asociaría a menores estrategias efectivas de afrontamiento familiar, menor conocimiento de la esquizofrenia, mayor ansiedad y sentimientos de miedo. Por el contrario, las familias con baja emoción expresada hacían más comentarios positivos, daban mayor soporte, apaciguaban los conflictos y no responsabilizaban ni culpaban a los pacientes de sus síntomas como si ellos pudieran controlarlos y lo hicieran a propósito.

Otros factores relacionados con la comunicación familiar que actúan como predictores de las recaídas son:

- El estilo afectivo familiar: referido al comportamiento emocional y verbal del familiar mientras interactúa con el paciente. Se considera negativo si durante 10 minutos de discusión al menos un familiar hace una crítica o comentario culpabilizador.
- La comunicación desviada familiar: referida al grado de ausencia de claridad, contenido amorfo o fragmentado.

Si el estilo afectivo es negativo y la comunicación familiar es desviada, el paciente mostrará una mayor tendencia a su empeoramiento; esto implica que la adecuada comunicación juega un papel imprescindible en el manejo de la enfermedad, pudiendo mejorar y prevenir las crisis.

Conclusiones

La ampliación de conocimientos sobre proceso esquizofrénico y sus particularidades por parte del profesional sanitario es esencial. Como se ha indicado con anterioridad, hay numerosos profesionales que afirman no tener experiencia ni conocimientos necesarios para el abordaje de este tipo de pacientes, mientras que los profesionales que sí trabajan en este campo siguen reconociendo la dificultad que presentan a pesar de la experiencia continua. Esto implica que es necesario profundizar nuestro conocimiento en la patología, ya que de este modo, podemos llegar a comprender las particularidades comunicativas y así lograr una correcta interacción entre el paciente y el profesional; es decir, si conocemos las barreras comunicativas que presentan podremos manejar el proceso comunicativo con mayor facilidad y cubrir la necesidad presente de “ser comprendidos” y superar la estigmatización.

Enfermería debe reflexionar y aprovechar la posición privilegiada que tiene de cercanía al paciente, puesto que es el profesional que le proporciona un mayor acompañamiento durante todo el proceso. Por este motivo, es esencial favorecer el acercamiento y la comprensión de las particularidades que presentan los sujetos con esquizofrenia. Hay por tanto que animar a los pacientes a expresar sus emociones, vivencias y síntomas, desde una perspectiva empática y siempre manteniendo una escucha activa que contribuya a mejorar la confianza que paciente tiene sobre los profesionales, de este modo, el enfermero adquiere un papel decisivo en el que el paciente confía plenamente en él y es más receptivo a la hora de seguir las actividades y el tratamiento prescrito. Por tanto, es vital lograr la comprensión de su enfermedad, puesto que si logramos comprenderle y ganar su confianza, podremos ayudarle a entender su propia patología, manejarla e integrarse en la sociedad.

Numerosos estudios anteriormente descritos evidencian que el paciente esquizofrénico puede utilizar el lenguaje de forma correcta pero no logra comunicarse bien, puesto que no adecúa su discurso al contexto y a sus receptores. Por su puesto, todas las alteraciones del proceso de

comunicación anteriormente descritas no son exclusivas de la esquizofrenia, ni tienen porqué coincidir todas juntas ni están presentes en todos los casos; cada paciente es diferente, de ahí la importancia de no dar un trato estático. Esto indica que no debemos creer que todos los individuos son homogéneos y presentan los mismos signos y síntomas por tener la misma enfermedad; cada individuo es diferente y debemos ser capaces de percibir esas particularidades para darles un trato adaptado a ellos y hacer que se sientan comprendidos.

Como se ha indicado con anterioridad, la relación del paciente con su familia desempeña un papel fundamental en la evolución de la enfermedad, pudiendo favorecer o evitar las recaídas dependiendo en parte, del tipo de comunicación y expresión de los sentimientos que prevalezcan en el entorno familiar. Es por tanto labor de enfermería extender la actuación enfermera a la familia del paciente, e informarles sobre las características del proceso esquizofrénico y su dificultad a la hora de expresarse y relacionarse. Así, se podrá establecer una relación familiar basada en la comprensión y se evitarán tanto sobreimplicaciones como sentimientos de culpa o culpabilizadores que pueden propiciar una exacerbación de la enfermedad.

Referencias bibliográficas

- Aznar Cabrerizo, M.A., Fleming, V., Watson, H., Narvaiza Solís, M.J. (2004). Necesidades psicosociales de los cuidadores informales de las personas con esquizofrenia: exploración del rol del profesional de enfermería. *Rev Enfermería Clínica*, 14(5): 93-286.
- Cadavid Ruiz, N. (2008). Neuropsicología de la construcción de la función ejecutiva. Tesis de doctorado inédita. Universidad de Salamanca, Castilla y León.
- Castaño Mora, Y., Erazo Chávez, I.C., Piedrahita Sandoval, L.E. (2012). Aplicación del proceso de enfermería en la atención domiciliaria de personas con enfermedad mental. *Rev Enfermería Global*, 28, 41-51.
- Durán, L.E., Figueroa B.A. (2009). Sobre el déficit pragmático en la utilización de pares adyacentes, por pacientes esquizofrénicos crónicos, y de primer brote. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*, 47(4), 259-270.
- García Ramos, P.R., Moreno Pérez, A., Freund Llovera, N., Lahera Forteza, G. (2012). Factores asociados a la Emoción Expresada familiar en la Esquizofrenia: implicaciones terapéuticas. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 32 (116), 739-756.
- Hernández Jaramillo, J. (2008). Desorden del pensamiento: una visión desde el lenguaje. *Rev. fac. med. unal.*, 56 (4), 353-362.
- Koziar, B., Erb, G., Olivieri, R. (1993). "Enfermería fundamental". Enfermería profesional, 4ª edición, Interamericana Mc Graw-Hill, Madrid.
- McCabe, R., Heath, C., Burns, T., Priebe, S. (2002). Engagement of patients with psychosis in the consultation: conversation analytic study. *Journal List BMJ*, 325(7373), 1148-1151.

- Nuechterlein, K.H., Snyder, K.S., Dawson, M.E., Rappe, S., Gitlin, M., Fogelson, D. (1986). Expressed emotion, fixed-dose fluphenazine decanoate maintenance, and relapse in recent-onset schizophrenia. *Psychopharmacol Bull*, 22(3), 633-9.
- Peña y Lillo, S. (2012). El desconcertante hablar poético de la esquizofrenia. *Rev GPU*, 8 (3), 322-325.
- Salavera Bordas, C., Martínez Artiaga, M.P., Barcelona Lobordeta, A. (2009). El lenguaje en esquizofrenia: patologías. Avizora Publicaciones. Psicología. Consultado el 24 de marzo 2013 en: www.avizora.com/publicaciones/psicologia/textos/0067_lenguaje_esquizofrenia_patologias.htm
- Salavera Bordas, C., Puyuelo Sanclemente, C. (2010). Aspectos semánticos y pragmáticos en personas con esquizofrenia. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 30(2), 84-93.
- Salavera, C., Puyuelo, M., Serrano, R. (2011). Detección temprana de la esquizofrenia en alumnos de secundaria. *Bol Aelfa*, 11 (2), 61-5.
- Sifuentes Contreras, A., Sosa Gil, E., Jaimez, T., Manzanillo, Y. (2011). Rol educativo del personal de enfermería hacia los familiares de pacientes esquizofrénicos. *Enferm. Glob*, 10 (24), 94-102.

Enfermería y su lenguaje estandarizado orientado al liderazgo y la comunicación sanitaria

Standardized nursing language oriented to Leadership and health communication

Álvaro David Campos-Palomo ^{1*}, Laura Deseada Campos-Palomo ²

¹ Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Virgen de la Victoria (Málaga)

² Hospital Punta de Europa. Algeciras (Cádiz)

Fecha de recepción: 23/10/2013 – Fecha de aceptación: 15/07/2014

Resumen

La labor asistencial de los profesionales de enfermería, no sólo se orienta hacia la intervención clínica con pacientes. Se podría mencionar la función docente, administrativa y/o de gestión y la investigadora, haciéndose eco de ello los distintos planes de estudio de la carrera, donde se incluyen asignaturas de todas estas áreas desde que la titulación pasó de ATS a Diplomado en Enfermería. Los lenguajes estandarizados de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), la NOC (Nursing Outcomes Classification) y la NIC (Nursing Interventions Classifications) están ampliamente desarrollados en las actividades clínicas, y en la mayoría de los casos no están reconocidos en el resto de sectores. Mediante una búsqueda bibliográfica en JABEGA y GERIÓN, se han localizado dos diagnósticos de la NANDA y se han podido orientar al liderazgo, gestión y administración, con el único **objetivo** de dar a conocer la importancia que estos lenguajes pueden tener en las distintas labores mencionadas, concluyendo que, el uso de este tipo de terminología, es igualmente válido en los dominios que no sean clínicos.

Palabras clave: Comunicación, Enfermería, Lenguaje estandarizado, Liderazgo

Abstract

Nursing professionals welfare labor is not only orientated towards the clinical interventions with patients. There might be mentioned educational, administrative and/or management and research function, echoing it the degree different study plans since the ATS went into University Degree in Nursing, where there are these areas subjects included on it. NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), NOC (Nursing Outcomes Classification) and NIC (Nursing Interventions Classification) standardized languages are widely developed in clinical activities, and they are not recognized in the other areas in most cases. Two NANDA diagnosis have been located through a literature search in JABEGA and GERIÓN. With the only aim of raising awareness regarding importance of these language in various tasks, they have been guided to leadership, management and administration, concluding that the use of such terminology, it is equally valid on the non-clinical domains.

Key words: Communication, Leadership, Nursing, Standardized language

*Correspondencia: campospalomo@mixmail.com

Introducción

Qué duda cabe que la profesión de Enfermería puede ser desarrollada desde varias vertientes, destacando las áreas clínicas, de investigación, gestión/administración, y docente, requiriendo todas ellas, formación específica para poder ser desarrollada.

La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) tuvo sus comienzos en el año 1973, y se fundó como tal, en el año 1982. Desde entonces, su lenguaje estandarizado ha sido usado, casi exclusivamente, por el campo de la enfermería clínica, dejando en este aspecto, un margen de estudio y orientación de dicha terminología para el resto de los mencionados ámbitos profesionales (NANDA INTERNACIONAL, 2013).

En los primeros años de la década de los noventa, surgieron otras dos clasificaciones estandarizadas que verían su orientación, casi exclusivamente, en la actuación clínica. La Nursing Outcomes Classification (NOC) y la Nursing Interventions Classification (NIC), dejando a un lado, la posibilidad de utilizar esta terminología enfermera en las parcelas de liderazgo y gestión, docencia e investigación (University of Iowa, 2013).

Con todo este vocabulario estereotipado y dedicado exclusivamente a la profesión asistencial, cabe la duda de si podría ser orientado hacia el liderazgo y/o la gestión, sin caer en el tópico de la anulación de términos en estas áreas al no estar exclusivamente focalizados en la atención a pacientes. La solución podría pasar al encontrar diagnósticos, objetivos e intervenciones que fácilmente podrían ser usados en la administración de recursos humanos y materiales.

El objetivo sería crear un plan de actuación, protocolo y/o trabajo de gestión, utilizando la metodología profesional (diagnóstico, objetivo e intervención) y usando por exclusividad los estándares usados por la NANDA, NOC y NIC.

Se pretende con ello dar una nueva orientación y uso a la doctrina incluida en las publicaciones de dichas organizaciones, demostrar que, siendo parte del desarrollo profesional de la enfermería, los ámbitos de gestión, docencia e investigación también podrían hacer uso de este vocabulario, y con todo ello, evidenciar una vez más, que la profesión de enfermería no solo tiene una directriz asistencial, como además vienen haciendo eco los planes de estudio de pregrado, que incluyen materias, seminarios y/o asignaturas que versan sobre administración, docencia e investigación.

Material y Métodos

Estrategia de búsqueda

Metabuscadores utilizados:

- JABEGA (Catálogo de la Universidad de Málaga): Para la localización de los manuales de la NANDA, NOC y NIC actualizados a fechas 2012-2013.
- GERIÓN (Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público de Andalucía): Para la localización de estudios actualizados relacionados con la temática del presente trabajo.

Bases de datos utilizadas. Encontradas en el Metabuscador bajo el epígrafe “enfermería”:

- Agencia española del medicamento y productos sanitarios
- Cuidatge. Referències. Bibliogràfiques en infermeria
- Elsevier.es (antiguo Doyma)
- EMBASE
- Enfispo
- HighWire Press
- IBECs
- ICYT – Ciencia y Tecnología (CSIC)
- IME – Biomedicina
- ISOC – Humanidades y Ciencias Sociales (CSIC)
- Limpincott’s Nursing Procedures
- MEDLINE
- New England Journal of Medicine (NEJM)
- Nursing@Ovid
- OvidSP
- PEDro
- PubMed
- SciELO España
- ScienceDirect – Journals – V.4 (Elsevier)
- Wiley-Bladwell-Journals

Ecuación de búsqueda. Primera criba

- Todos los términos utilizados tanto en la primera, como en la segunda criba, están incluidos en los *Medical Subject Headings* (MeSH)

- Para esta primera criba se utilizó la búsqueda avanzada en GERIÓN, en bases de datos exclusivamente de Enfermería, y usando “todos los campos” en el motor de búsqueda.
- Términos MeSH utilizados: “Outcome Assessment”, “Nursing Diagnosis” y “Evidence-based Nursing”
- En suma, GERIÓN recuperó un total de 535 artículos

Ecuación de búsqueda. Segunda criba.

- La terminología de la primera criba se conjugó en GERIÓN junto a un nuevo término MeSH, usando bases de datos exclusivamente de enfermería e introduciendo los datos en los apartados “título” y “todos los campos” del motor de búsqueda respectivamente.
- Término MeSH utilizado: “Leadership” (liderazgo)
- Desarrollo de las ecuaciones de búsqueda:
 - ✓ Leadership AND Outcome Assessment
 - ✓ Leadership AND Nursing Diagnosis
 - ✓ Leadership AND Evidence-based Nursing

En suma, GERIÓN recuperó un total de 264 registros que se sometieron a los siguientes criterios de inclusión y exclusión de artículos.

Criterios de inclusión de artículos

- Artículos publicados en el periodo 2002 – 2012
- Trabajos de liderazgo y gestión con inminente implicación enfermera
- Trabajos con resúmenes en castellano e inglés
- Publicaciones con conclusiones bien definidas en los resúmenes

Criterios excepcionales de inclusión de artículos

- Aquellos trabajos que, sin cumplir los criterios anteriores, posean relevancia para los objetivos de la presente revisión en materia de liderazgo, gestión y lenguaje estandarizado, así como los artículos que puedan ayudar a poner de relieve el marco teórico e histórico del presente trabajo y que sea valorado por los autores como imprescindible en la redacción del mismo.

Criterios de exclusión de artículos

- Artículos con escasa o nula evidencia científica así como aquellos que sean de opinión exclusivamente.
- Sin relevancia para la profesión enfermera en lo que a liderazgo y gestión respecta
- Cualquier trabajo que no cumpla los criterios de inclusión expuestos

Maniobra de extracción de datos

Se seleccionaron 3 manuales, 2 páginas de internet y 11 artículos que cumplieran los objetivos del estudio y se consideraron relevantes en la comprensión del lenguaje estandarizado orientado al liderazgo, siendo todos ellos de trascendencia científica y literatura anglosajona.

Para extraer la información de dichas publicaciones se tuvieron en cuenta las variables secundarias “administration”, “management”, “domain” y “regency”.

Resultados

DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL 00051					
Disminución, retraso o carencia de la capacidad para recibir, procesar, transmitir y usar un sistema de símbolos					
NURSING OUTCOMES			NURSING INTERVENTIONS		
R E S U L T A D O S S U G E R I D O S	Comunicación (0902)	Recepción, interpretación y expresión de los mensajes verbales, escritos y no verbales	I N T E R V E N C I O N E S S U G E R I D A S	Escucha activa (4920)	Gran atención y determinación de la importancia de los mensajes verbales y no verbales del paciente
	Comunicación expresiva (0903)	Expresión de mensajes verbales y/o no verbales con sentido		Mejorar la comunicación: déficit auditivo (4974)	Ayuda a la aceptación y aprendizaje de los métodos alternativos para vivir con una disminución de la capacidad auditiva
	Comunicación receptiva (0904)	Recepción e interpretación de mensajes verbales y/o no verbales		Mejorar la comunicación: déficit del habla (4976)	Ayuda en la aceptación y aprendizaje de los métodos alternativos para vivir con trastornos del habla
	Elaboración de la información (0907)	Gran atención y determinación de la importancia de los mensajes verbales y no verbales del paciente			

GRÁFICO 1. Diagnóstico, objetivos e intervenciones en materia de comunicación (Nanda International, 2012; Moorhead, Johnson y Maas, 2013; Bulechek, Butcher, Dochterman, Wagner, 2013)

Qué duda cabe que el deterioro de la comunicación verbal (00051) que propone la NANDA, puede suponer un problema en lo que a trato y relación de la enfermera con el paciente supone, pero, profundizando más en el diagnóstico, se puede hacer un acercamiento a los enfermeros que realizan su labor en gestión, de hecho, la ruptura del código verbal entre líderes y resto de personal, puede suponer un deterioro en la empresa y/o actividades que se

estén llevando a cabo, motivo por el cual, el manager de un grupo, debería reconocer y resolver la ruptura de la comunicación verbal y no verbal (Kowalski, 2008).

Dentro de los resultados sugeridos que sugiere la NOC, la comunicación en general, expresiva y receptiva en particular y la elaboración de la información, dan una base plausible totalmente orientada al marco teórico de la comunicación enfermera-paciente. No obstante, estudios recientes, informan que todo líder debe poseer unos mecanismos y habilidades de procesamiento de información rápidos con sus compañeros, evitando la agresividad y el comportamiento antisocial que pudiera generar el estrés y otros mecanismos de presión, dando así a los resultados de la NOC, una orientación a la administración y liderazgo (Penke et al, 2012 y Stickle, et al 2009).

Revisando las actividades que plantea la NIC, la escucha activa y la mejora de la comunicación por déficit auditivo y/o por déficit de habla, bien podría tener una orientación magistral directiva, ya que, como se demuestran en estudios del año 2010, las alteraciones del habla influyen sobremanera en la integración auditivo-motora de la información, así como la modalidad de escucha, activa o pasiva, también podría ser decisiva a la hora de la toma de decisiones (Beal et al, 2010 y Remiin, 2010).

El segundo diagnóstico extraído de la NANDA que se plantea para su orientación en la toma de decisiones, es la disposición para mejorar la comunicación (00157). El esbozo de esta etiqueta, está fundamentado en la ayuda que puede suponer para un paciente la capacidad, condición o talento que posee a la hora de acrecentar o progresar en materia de comunicación. Sin embargo, una orientación magistral y totalmente distinta, podría ser la mejora en la comunicación en los relevos horarios, en la información que se transmite entre profesionales de manera segura y que, la enfermera responsable de cuidados, debe recoger minuciosamente. Nuevamente, sería una orientación no relacionada con el binomio enfermera-paciente (Klee et al, 2012 y Manser, 2011)

Los resultados sugeridos de la NOC, son idénticos a los del primer diagnóstico propuesto, no obstante, un nuevo concepto emerge en las intervenciones propuestas por la NIC, la potenciación de la socialización, en la que, toda enfermera, debe facilitar la capacidad de los pacientes de interactuar socialmente con las personas, sin embargo, esta etiqueta de la NIC podría ser orientada a la socialización que todo gestor debe implementar entre sus trabajadores para que la carga de trabajo, las tomas de decisiones que afecten al personal, etc, puedan ser canalizadas de manera adecuada sin llegar a tener consecuencias negativas para la empresa. El acercamiento, y en definitiva la interacción de profesionales con jefes directos de la misma y/o distinta categoría, siempre hace fluir la comunicación e ideas de mejora del ámbito laboral (Kramer, 2013 y Kramer, 2013).

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN 00157					
Patrón de intercambio de información e ideas con otros que es suficiente para satisfacer las necesidades v objetivos vitales de la nersonas v que nuede ser reforzado					
NURSING OUTCOMES CLASSIFICATION (NOC)			NURSING INTERVENTIONS CLASSIFICATON (NIC)		
R E S U L T A D O S S U G E R I D O S	Comunicación (0902)	Recepción, interpretación y expresión de los mensajes verbales, escritos y no verbales	I N T E R V E N C I O N E S S U G E R I D A S	Mejorar la comunicación: déficit auditivo (4974)	Ayuda a la aceptación y aprendizaje de los métodos alternativos para vivir con una disminución de la capacidad auditiva
	Comunicación expresiva (0903)	Expresión de mensajes verbales y/o no verbales con sentido		Mejorar la comunicación: déficit del habla (4976)	Ayuda en la aceptación y aprendizaje de los métodos alternativos para vivir con trastornos del habla
	Comunicación receptiva	Recepción e interpretación de mensajes verbales y/o no verbales		Potenciación de la socialización (5100)	Facilitar la capacidad de una persona para interactuar con otras

GRÁFICO 2. Diagnóstico, objetivos e intervenciones en materia de comunicación (Nanda International, 2012, Moorhead, Johnson y Maas, 2013 y Bulechek, Butcher, Dochterman, Wagner, 2013)

Discusión y conclusiones

La enfermería no puede entenderse única y exclusivamente como una profesión orientada solamente al cuidado de pacientes. Al igual que hay que avanzar en la clínica, también hay que hacerlo en las otras áreas en las que podemos desarrollarnos como profesionales. Dichas áreas son la gestión/administración, investigación y docencia. Para ello, se debe contar con experiencia, conocimiento y un equipo multidisciplinar que nos guíen hacia los objetivos planteados. El avance siempre podría comenzar con buenos líderes (O'Neill, 2013).

Una llamada a la formación es necesaria en estos ámbitos. A nivel de pregrado, la formación básica en gestión es mínima. En el antiguo plan de estudios de la disciplina, tan sólo aparecía una asignatura orientada a la administración. Dicha materia "Administración de los servicios de

enfermería” se impartía como única formación pregrado en esta rama profesional. Prácticamente toda la carrera está orientada al cuidado de pacientes. A nivel de postgrado, se hace necesario una residencia orientada exclusivamente al trabajo de administración, haciéndose necesario la creación de bolsas profesionales para optar a la categoría de líder (Scott, 2013)

En lo que respecta a la literatura profesional, los autores declaramos haber tenido gran dificultad en la redacción de este trabajo, ya que, todas los diagnósticos profesionales de la NANDA, los objetivos de la NOC y las intervenciones de la NIC están, como se ha dicho, orientadas exclusivamente a la relación enfermera-paciente. No se han encontrado estudios que relacionen dichas etiquetas oficiales con las vertientes de la profesión distintas a la clínica. No obstante, y de manera secundaria, sí se han podido localizar trabajos relacionados con escucha, comunicación, socialización, etc, que, si bien no se han extraído directamente de dichas organizaciones, son totalmente válidos para la redacción del presente trabajo, quedando demostrado, que el lenguaje estandarizado profesional, bien podría usarse en la gestión, administración y liderazgo.

Los autores dejamos puertas abiertas para seguir investigando la utilización en lo que a investigación y docencia respecta. Con ello daremos mayor identidad a la profesión al utilizar un mismo vocabulario orientado a todas las áreas profesionales.

Referencias

- Beal, D.S., Cheyne, D.O., Gracco, V.L., Quraan, M.A., Taylor, M.J., De Nil, L.F. (2010). Auditory evoked fields to vocalization during passive listening and active generation in adults who stutter. *Neuroimage*, 52(4), 1645-53
- Bulechek, G.M., Butcher, H.K., Dochterman, J.M., Wagner, C. (2013). *Nursing Interventions Classification (NIC)*. 6ª Ed. Canadá: Elsevier/Mosby
- Klee, K., Latta, L., Davis-Kirsch, S., Pecchia, M. (2012). Using continuous process improvement methodology to standardize nursing handoff communication. *Journal of paediatric Nursing*, 27(2), 168-73
- Kowalski, K., (2008). Tough questions: recognize and resolve communication breakdown. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 39(2), 57
- Kramer, M., Maguire, P., Halfer, D., Brewer, B., Schmalenberg, C. (2013). Impact of Residency Programs on Professional Socialization of Newly Licensed Registered Nurses. *Western Journal of Nursing Research*, 35(4), 459-496

- Kramer, M., Maguire, P., Schmalenberg, C., Halfer, D., Wendy, C.B., Debra, S.H et al. (2013). Components and Strategies of Nurse Residency Programs Effective in New Graduate Socialization. *Western Journal of Nursing Research*, 35(5), 566-589
- Manser, T., Foster, S. (2011). Effective handover communication: an overview of research and improvement efforts. *Best Practice & Research. Clinical Anaesthesiology*, 25(2), 181-91
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M.L., Swanson, E. (2013). *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. 5ª Ed. Canadá: Elsevier/Mosby.
- NANDA International (2012). *Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación 2012 – 2014*. Madrid; Elsevier:
- NANDA International. Visitado 06/06/2013. Disponible en <http://www.nanda.org/nanda-international-history.html>
- O'Neill, J.A (2013). Advancing the nursing profession begins with leadership. *Journal of Nursing Administration*, 43(4), 179-81
- Penke, L., Maniega, S.M., Bastin, M.E., Hernández, M.C., Murray, C., Royle, N.A et al. (2012). Brain-wide white matter tract integrity is associated with information processing speed and general intelligence. *Molecular Psychiatry*, 17(10), 955
- Remijn, G.B., Kojima, H (2010). Active versus passive listening to auditory streaming stimuli: a near-infrared spectroscopy study. *Journal of Biomedics Optics*, 15(3), 037006
- Scott, E.S., Yoder-Wise, P.S (2013). Increasing the intensity of nursing leadership: graduate preparation for nurse leaders. *Journal of Nursing Administration*, 43(1), 1-3
- Stickle, T.R., Kirkpatrick, N.M., Brush, L.N (2009). Callous-unemotional traits and social information processing: multiple risk-factor models for understanding aggressive behavior in antisocial youth. *Law & Human Behavior*, 33(6), 515-29
- The University of Iowa. College of Nursing. Visitado 06/06/2013. Disponible en <http://www.nursing.uiowa.edu/cncce/nursing-outcomes-classification-overview>

Factores psicosociales y salud: de vida laboral a factor de riesgo

Psychosocial factors and health: from work life to risk factor

Sara Jiménez Rivas ^{1*}

¹ Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Almería.

Fecha de recepción: 12/03/2014 – Fecha de aceptación: 07/08/2014

Resumen

Objetivos: Conocer la situación actual de las repercusiones en salud de los factores psicosociales, conocer los métodos de medida utilizados para este tipo de factores, y los enfoques de la temática que predominan. **Metodología:** El presente trabajo consta de una revisión bibliográfica de artículos que analizan y abarcan la temática de la implicación de los factores psicosociales en la salud y por tanto las repercusiones en esta, los instrumentos de medida para la evaluación de factores y riesgos psicosociales, entrañando también el fenómeno de estrés laboral y su creciente incidencia, y de las supuestas medidas para la conservación de la salud laboral. **Resultados:** En cuanto a repercusiones en salud predominan los trastornos musculoesqueléticos y enfermedades cardiovasculares como consecuencias de factores psicosociales desatendidos. Respecto a los instrumentos de medida, se han encontrado herramientas evaluativas para los factores psicosociales del entorno laboral, problemas de salud, acoso psicológico, riesgos psicosociales, así como la encuesta Europea de Condiciones de Trabajo y a nivel nacional las realizadas por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Temática abordada desde concepciones externas, y no ahondando en el ámbito laboral intrínseco pero se apuesta por la comunicación como propuesta prometedora para generar cambios que repercutan en el buen desarrollo de la organización en el trabajo. **Conclusiones:** Se necesita la implantación de una evaluación de estos factores y riesgos de manera autoritaria, integral, bien establecida y supervisada. La mayoría de las investigaciones siguen siendo muy subjetivas. Existe una escasez de instrumentos para la medición de estos factores y una implicación tras conocer el impacto, deficiente por la mayoría de grandes empresas e instituciones. Es necesario mejorar la comunicación en el trabajo y así evitar situaciones que crean tensión, incomprensión o incluso impotencia. Se deben de eliminar las barreras de la comunicación para fomentar la expresión y evitar conflictos.

Palabras clave: Comunicación interna, Estrés laboral, Factores psicosociales, Riesgos psicosociales, Salud laboral.

Abstract

Objectives: To know the current situation of the health impact of psychosocial factors, the measurement methods used for these factors, and thematic approaches predominate. **Methodology:** This paper consists of a literature review of articles that examining the subject and include the involvement of psychosocial factors on health and therefore the impact on this, the measurement instruments to assess psychosocial factors and risks, entailing also the phenomenon of occupational stress and its increasing incidence, and the alleged measures for the conservation of occupational health. **Results:** In terms of impact on health related musculoskeletal disorders and cardiovascular diseases as consequences of psychosocial factors neglected predominate. Regarding the measuring instruments were found to psychosocial assessment tools work environment factors, health problems, bullying, psychosocial risks for example the European Working Conditions Survey and national level conducted by the National Institute for Safety and Health at Work. Theme approached from external views, and not delving into the intrinsic workplace but is committed to communication as a promising approach to create changes that impact on the smooth running of the organization at work. **Conclusions:** The implementation of an evaluation of these risk factors and authoritative, comprehensive, well established and required supervised manner. Most investigations are still very subjective. There is a shortage of tools for measuring these factors and the impact upon learning involvement, poor by most large companies and institutions. It is necessary to improve communication at work and avoid situations that create stress, misunderstanding or even impotence. Should be to remove barriers of communication to promote the expression and avoid conflicts.

Key words: Psychosocial factors, work stress, psychosocial risks, occupational health, internal communication

*Correspondencia: sarajimenez2_23@msn.com

Introducción

Esta revisión nace como llamada de la situación que ya desde tiempo se viene generando sobre como la salud puede verse modificada cuando nos exponemos de manera continua a unos factores psicosociales adversos o descuidados. El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo define factores psicosociales como aquellas condiciones que se encuentran presentes en una situación laboral y que están directamente relacionadas con la organización, el contenido del trabajo, y la realización de la tarea, y que tienen capacidad para afectar tanto al bienestar o a la salud (física, psíquica o social) del trabajador como al desarrollo del oficio (INSHT, 1997).

Muchos estudios en Psicología de las Organizaciones han encontrado que las fuentes del estrés incluyen aquellas intrínsecas al trabajo como el papel del individuo en la organización, las relaciones con los compañeros y con los supervisores, el desarrollo de la carrera profesional, la estructura y el clima de la organización (Gamero, 2010). Sin embargo otros enfatizan la relación entre el nivel de demanda que los individuos enfrentan en su empleo y el grado de control que tienen sobre sus decisiones. (Martín, Luceño, Jaén & Rubio, 2007) Si las características personales de los profesionales influyen más en la aparición del estrés laboral que, ciertas condiciones de trabajo, entonces lo que puede ser estresante para una persona podría no ser un problema para otra. Si por otra parte, ciertas condiciones de trabajo son estresantes para la mayoría de los trabajadores, entonces existe la posibilidad de aumentar el énfasis en la mejora de las condiciones de trabajo y rediseño del desempeño de la actividad en general, como soluciones clave que constituyan una óptima intervención primaria.

La tensión que se crea al estar expuestos a estos factores psicosociales puede verse reflejada en nuestra salud psíquica, física, y social, perdiéndose el estado de equilibrio y buena armonía en la persona. ¿Por qué estudiar cada vez más los factores psicosociales? Podemos encontrar en la respuesta que cada vez es más alta la implicación de estos factores en la aparición de enfermedades. Sabemos que existen medidas de prevención de riesgos laborales bastante estudiadas, pero que siguen perteneciendo a los protocolos establecidos para la seguridad e higiene en el trabajo, dejando de lado el estudio en profundidad de los condicionantes de la salud. Las evidencias que relacionan la salud mental con el clima psicosocial del ambiente laboral y los resultados de estudios epidemiológicos que demuestran un incremento en procesos mórbidos relacionados con las condiciones psicosociales propias del trabajo, son unas de las principales razones que han despertado el interés en el estudio de los factores de riesgo psicosociales relacionados con él (Villalobos, 2004).

Al ser cada vez mayor la importancia del estudio de este tipo de factores, también son mayores las líneas de investigación, por lo que, se observa que el problema no es que no se estudien, sino que no se busquen las soluciones que esclarecerían las causas que lo producen y

consecuencias que generan, estudiando así el problema en su totalidad, creando nuevos modelos laborales completos y ecológicos que mejoren las condiciones de trabajo y permitan adaptarlos a las situaciones. En términos de prevención de riesgos laborales, los riesgos psicosociales derivan de condiciones no óptimas en el desarrollo laboral y causantes éstas de daños, por lo que la prevención consistiría en las medidas, barreras, que eviten que se produzcan esos daños con el objetivo también a la vez de concienciar de cómo desde la prevención se conseguirán resultados muy favorables, analizando así las medidas como eficaces, con una gran eficiencia y con poder resolutivo ante muchas situaciones con mayor dificultad para su abordaje.

Recientes estimaciones sitúan que en España unas 4.000 muertes anuales por enfermedades cardiovasculares podrían atribuirse a las condiciones de trabajo y parte de éstas podrían atribuirse a la exposición a los riesgos psicosociales. Los cambios continuos y de tan considerable magnitud están conduciendo a una creciente incidencia sobre la población trabajadora de los riesgos psicosociales emergentes, que se definen como “los aspectos del diseño, organización y gestión del trabajo así como del contexto social y medioambiental, que pueden causar daño psicológico, social o físico a los trabajadores”. (Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el trabajo AESST, 2007). La existencia de demandas y la falta de recursos para poder afrontarlas tiene por lo general consecuencias negativas en los trabajadores, en la organización del trabajo, en el grupo de trabajo y en la organización de éste. Entre las consecuencias cabe señalar, el burnout (o síndrome de estar quemado por el trabajo), la falta de motivación hacia el trabajo, aumento de los niveles de ansiedad y depresión relacionadas con el trabajo, el absentismo laboral, disminución del desempeño, etc. El cansancio emocional crónico va a poner a prueba la capacidad de adaptación de cada individuo expuesto y las respuestas que se proporcionen, y es aquí donde viene una cuestión crucial derivada de ese cansancio emocional ya que se pueden llegar a generar distorsiones en la manera de percibir amenazas y agravios elaborando estrategias disfuncionales de protección, distanciamiento emocional, detrimento de las relaciones, cinismo o falta total de implicación laboral (Cebrià, 2005)

Expertos de la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA) detectaron en 2008 hasta 27 riesgos psicosociales emergentes relacionados con la seguridad y la salud en el trabajo (Gamero, 2010), por lo que no se debería olvidar que seguridad y salud constituyen derechos del trabajador.

Para adaptarnos al cambio, las primeras respuestas actúan de mecanismos de defensa, pero una exposición constante a la situación estresante, irá agotando los propios recursos de adaptación del organismo, llegando incluso a modificar la fisiología, emitiendo respuestas no favorables y causantes de la creciente aparición de enfermedades de muy diverso tipo a largo plazo. El problema llega a la magnitud de que los trastornos se pueden mantener de manera silente y cuando dan la cara, puede ser tarde, originando consecuencias irreversibles e

incapacitantes. Actualmente se encuentran mayores desarrollos en modelos de aproximación al estrés que en concepciones mismas de los factores psicosociales. (Villalobos, 2004)

Organismos internacionales empezaron a hacer su aportación en 1950, en la Primera Reunión del Comité Mixto de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre Medicina del Trabajo, donde ya se significó la importancia de los factores psicosociales. En 1982 la Organización Mundial de la Salud realiza un estudio sobre los factores psicosociales y la prevención de accidentes y en 1984 se publica el documento "Identificación y control de los factores psicosociales nocivos en el trabajo", que reúne la experiencia y conocimientos adquiridos hasta ese momento acerca de la identificación, evaluación y efectos de los factores psicosociales, y sugiere acciones de promoción de la salud y el bienestar de los trabajadores. (Villalobos, 2004).

Hasta entonces todo queda muy ligado a los conceptos de prevención y accidentes. En los tiempos que corren el ambiente laboral es considerado uno de los principales focos de ansiedad y de depresión en los países occidentales y todo apunta a que las cifras pueden empeorar en las próximas décadas. Por otra parte las leyes para la identificación, evaluación, prevención, intervención y monitoreo de estos factores psicosociales, a través de un conjunto de instrumentos diseñados para este fin, se hace todavía asignatura pendiente.

La ley de Prevención de Riesgos Laborales (31/1995) no los ignora pero les otorga un tratamiento básicamente sociodemográfico (Moreno, 2000). Trabajo será salud siempre y cuando se mantenga ésta

¿Cuándo se establece el problema?

El problema se origina cuando existe una exposición prolongada en el tiempo a factores psicosociales adversos, con lo cual esto crea tensión produciéndose estrés laboral que mantenido en el tiempo puede convertirse en un factor de riesgo de enfermedad cardiovascular o endocrina. Así, la teoría de la carga alostática (McEwen, 1998) plantea que, la respuesta de estrés, es una respuesta de alarma inespecífica que, mantenida, puede conducir a diversos problemas de salud mediante la excesiva activación. El intento frecuente para adaptarnos al cambio e instaurar el equilibrio, como ocurre en el estrés, origina que cada vez los mecanismos de regulación de nuestro organismo sean menos efectivos y se encuentren desorientados respecto a las funciones que le pertenecen. Así vemos notables cambios en la fisiología, ésta, encargada de mediar en nuestro equilibrio interno y repercutible en la totalidad de la persona. Por otra parte parece ser que la gran aportación para hacer relevante este tema, es que la situación afecte de manera que se vuelva incapacitante para la persona, que afecte a la salud de manera notoria, no silente, cayendo en el error, que mientras los signos y síntomas pueden

aparecen enmascarados o incluso no darle importancia porque desconocemos el origen, a largo plazo se convierten en síndromes o enfermedades donde ya existe una afectación orgánica importante originando así enfermedades cardiovasculares importantes, trastornos de descompensación hormonal o incluso de tipo psicológico, afectando al estado anímico y repercutiendo en el desarrollo personal.

Como se indica en el título que se le da a este artículo, trabajo será indicador de salud, mientras se cuiden los aspectos que permitan que el trabajo se desempeñe de manera óptima, confortable, teniendo en cuenta factores de diversas índole y no la mera productividad. Los problemas planteados son problemas de actualidad en la sociedad y hablamos ya de la dimensión de un sufrimiento profesional, originado por ciertas exigencias laborales que producen un desgaste emocional, progresiva erosión física, falta de recuperación de la energía corporal, falta de sueño, alto grado de malestar crónico, así como sensación de estar dando más de lo que se recibe. La persona se va consumiendo y agotando recursos, no descansa sus horas ni consigue un sueño reparador, y al producirse de manera repetitiva, puede originar que el individuo sufra y produzca accidentes ya sean en el trabajo o fuera de él.

¿Qué hay de la comunicación y necesidad de expresarse?

La comunicación es el proceso a través del cual se transmite información. Tradicionalmente se entendía como comunicación “el intercambio de sentimientos, opiniones, o cualquier otro tipo de información mediante habla, escritura u otro tipo de señales” (EOI, 2013). Partiendo de esta definición la comunicación a nivel general para poder ser transmitida de forma eficaz y eficiente necesita ser clara y concisa, ser transmitida de forma objetiva e imparcial. Uno de los principales obstáculos, es no reconocer que existen barreras, por lo cual no se es consciente de que existe complejidad para la comunicación interpersonal y organizacional y que se convierte en un reto manejarla.

La creciente complejidad de nuestra sociedad requiere un cambio en la comunicación. Dicho cambio exige: comunicación multidireccional, una más amplia participación comunicación por objetivos, incorporación de elementos de innovación y creatividad sostenibilidad de los proyectos y de la metodología de comunicación, implantación de las nuevas tecnologías, gestión del conocimiento (Saló, 2005). La comunicación se convierte en una necesidad al igual otra que alimentarse, vestirse, asearse, ya que repercute en el estado de la salud biopsicosocial que presentemos. Expresarse como sinónimo de desahogarse o liberarse constituye la vía de transmisión de sentimientos, pensamientos, inquietudes, estados, y todo ello dirigido a unos destinatarios los cuales se encuentran implicados o forman parte también de todo aquello que se quiere transmitir, como sería en el caso de la comunicación en el trabajo.

Principales barreras en la comunicación:

- Creemos que lo que comunicamos es tan claro para los demás como lo es para nosotros.
- Creemos que todos damos el mismo significado a las palabras.
- Creemos que la manera en que percibimos las situaciones es igual a como la perciben los demás.
- Creemos que estamos en lo correcto y los demás están equivocados.
- Creemos que sólo hay una manera correcta de hacer las cosas, por supuesto la nuestra (EOI, 2013)

La mejora de los canales de comunicación es uno de los elementos fundamentales de a propuestas de planificación estratégica y se convierte en un objetivo en sí misma tanto para dar a conocer los propósitos y retos de la institución como para fomentar la participación con el intercambio de opiniones y la recogida de sugerencias y que nazca una retroalimentación de la actividad informativa (Solá, 1998). La comunicación se convierte en un factor clave para la mejora continua y para alcanzar un modelo de excelencia. Sentar los cimientos de una empresa en la que el buen ambiente fluye y el entendimiento es ley del día a día. El cultivo de las relaciones es una cuestión de interés y actitud (la comunicación efectiva en las empresas)

Los objetivos de esta revisión fueron conocer la situación actual de las repercusiones en salud de los factores psicosociales, conocer los métodos de medida utilizados para este tipo de factores, y los enfoques de la temática que predominan.

Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica utilizando las bases de datos Scielo, Pubmed, Dialnet, Cuiden o Elviesier como bases de datos de ciencias de la salud y otras de psicología como Psycinfo, Proquest o Psidoco. Los artículos sobre higiene y protección laboral, se obtuvieron a través de diferentes asociaciones sindicales y organizaciones de trabajo. La búsqueda se realizó en los meses de febrero y marzo principalmente del 2013. Respecto a la información encontrada en las bases de datos de ciencias de la salud se relacionaban los distintos tipos de enfermedades que pueden producirse por un tipo determinado de personalidad, agravadas por las condiciones del entorno laboral, y una gran mayoría de artículos hace mención a los conceptos de calidad de vida en el trabajo, riesgos psicosociales y aspectos preventivos, así como tratamientos para las alteraciones en salud más frecuente. Por otra parte en las bases de datos de psicología el enfoque se acercaba más al estrés laboral, enfermedades profesionales, desgaste profesional o al diseño de medidas de evaluación de estos riesgos por lo que todo ello contribuye a que se incluyan en el visionado para la seguridad en el trabajo, considerándose los factores psicosociales como factores de riesgo. La estructura que se ha seguido a la hora de organizar

resultados ha sido: la relación entre factores psicosociales y salud, así como los trastornos orgánicos más frecuentes de aparición y los instrumentos para evaluar los riesgos psicosociales ya sea que aparezcan solos o junto con otro tipo de evaluación. Por último como concepto importante de la investigación se ha tenido en cuenta el concepto comunicación interna, como herramienta para la buena práctica laboral y la relación directa con la conservación de factores psicosociales óptimos en su presencia o no en su ausencia. Los descriptores o palabras clave utilizadas han sido factores psicosociales, estrés laboral, riesgos psicosociales y comunicación interna. La mencionada organización ha permitido realizar una clasificación de manera que en una primera revisión se abordó el problema desde los conceptos y visiones más generales así como sus repercusiones más globales para establecer un primer acercamiento a la temática, del cual surgieron nuevos conceptos de búsqueda.

Resultados

Tras la revisión de la bibliografía que se adjunta encontramos que:

1. Resultados primarios

Relación entre factores psicosociales y salud

Hemos encontrado como se relaciona la sobrecarga laboral tanto física como psicológica con el estrés laboral y que las consecuencias de esto es cada vez más la aparición de trastornos musculoesqueléticos, donde predominan las cervicalgias y lumbalgias. (Moraleda, 2012). Mc Ewen, 1998, nos explica con su teoría de la carga alostática, las repercusiones de la prolongada activación; el eje HPA(Hipotalámico-Pituitario-Adrenal) constituye uno de los sistemas más susceptibles al cambio y con una importante función reguladora para poder restaurar el equilibrio y adaptarnos al estrés. (Moreno, Rodríguez, Moreno & Sanz, 2011). A efectos detectables encontramos como por una hiperactivación de este eje se origina un aumento de cortisol, hormona esteroidea producida por la glándula suprarrenal que hace que el organismo libere glucosa a la sangre para enviar cantidades masivas de energía a los músculos. Al dispararse en el organismo los niveles de cortisol, y ser el único proveedor de glucosa del cerebro tratará de conseguirla por diferentes vías, bien sea destruyendo tejidos, proteínas musculares, ácidos grasos y cerrando la entrada de glucosa a los otros tejidos. Algunas de las respuestas fisiológicas que podemos encontrar por la activación de este eje es aumento de la frecuencia cardíaca, tensión arterial, sudoración aumento de azúcar en sangre, inhibición del sistema inmunitario, sequedad de boca, incremento del metabolismo basal, por lo cual pérdidas de peso en ocasiones, y un nivel de excitación elevado en general. A nivel cognitivo, incapacidad para concentrarse, sentimiento de falta de control, bloqueos mentales, mal humor, irritabilidad

constante, sentimientos de ira, ganas de llorar y a nivel motor comer en exceso, falta de apetito e incluso consumo de drogas.

Encontramos que los problemas relacionados con el trabajo que afectan a la salud encabezan las causas de baja laboral y que se está consiguiendo una medicalización del asunto, pero realmente un problema de salud, es un problema que condiciona la vida y la esperanza de ésta.

Comunicación interna

Sobre este aspecto se ha encontrado que actualmente existe un Modelo Europeo de Excelencia EFQM, como método para desarrollar procedimientos para la implantación de la calidad total en las organizaciones entre los que se encuentran el cuestionario de autoevaluación y la reunión de trabajo (Fernández, 2007) y en comparativa con otros modelos implantados en países como Japón y Estados Unidos, con prestigiosos premios de calidad, guarda bastante similitud y puede generar la mejora en los resultados de la empresa. Se aprecia como la comunicación interna es la nueva apuesta para la mejora del rendimiento y consecución de objetivos porque hace que los trabajadores se encuentren motivados, integrados en la unidad de trabajo y realizados ya que se cuenta con sus opiniones e intereses y esto a la vez reduce los niveles de ansiedad y fatiga emocional.

Muchos de los artículos nos hablaban de habilidades de comunicación y funciones de esta, donde nos indican la definición y finalidad de la misma, así como las barreras más frecuentes. Aparece también el concepto de transparencia y como la falta de esta no solo pone en riesgo la buena práctica de la comunicación sino también la confianza y credibilidad.

Evaluación

Respecto a la evaluación de riesgos psicosociales, se han encontrado un menor número de artículos que las repercusiones en salud por ejemplo, pero sí se tiene que señalar que todos coinciden que la mencionada evaluación y el adecuado instrumento para ello, constituye una herramienta que es indispensable para la mejora del desempeño laboral así como la consecución de objetivos y el éxito en los modelos de gestión. Las primeras encuestas se efectuaron en los años 70 en Europa; La Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo se ha llevado a cabo para factores y riesgos Psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas en cuatro ocasiones: en 1991, 1995, 2000 en la UE-15 y en 2005. Si bien en sus primeras aplicaciones los aspectos y riesgos psicosociales apenas si estaban presentes, han ido adquiriendo mayor importancia y desarrollo en los años siguientes. Por otra parte, la sistematización, especialmente de los riesgos psicosociales, es parcial y sólo son incluidos los aspectos más generales y con mayor reconocimiento como tales a nivel científico y político (Moreno & Baez, 2010).

En España la primera la realizó el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo en el año 1987. Hasta el año 2012 se han realizado siete ediciones.(Hurtado, 2012)

En cuanto a instrumentos de medida encontrados en nuestra revisión, vamos a nombrar algunos a continuación en función de su finalidad así como para evaluar: los factores psicosociales del entorno laboral, los problemas de salud, la percepción de acoso psicológico en el trabajo y los riesgos psicosociales.

El cuestionario DECORE para evaluar los factores psicosociales del entorno laboral . Dicho instrumento mide la percepción que tienen los trabajadores sobre las demandas cognitivas, control, recompensa y apoyo organizacional. Así se obtienen cuatro puntuaciones y una global de la suma de los cuatro ítems (Martín et al., 2007) También se han utilizado en los artículos encontrados el Cuestionario de Salud General de Goldberg en su versión de 28 ítems (GHQ-28) como instrumento para evaluar los problemas de salud . Está compuesto por 4 subescalas formadas por 7 ítems cada una que representan las dimensiones de síntomas somáticos (por ejemplo, «¿Ha padecido dolores de cabeza?»), ansiedad («¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?»), disfunción social («¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?») y depresión («¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?») Otro aspecto que no queríamos dejar pasar era la percepción de acoso psicológico en el trabajo ya que influye también en el desempeño laboral y clima de este. Encontramos el cuestionario Short Negative Acts Questionnaire (NAQ) en su versión reducida de 9 ítems (S-NAQ), y recoge conductas típicas de acoso, respecto a las cuales el sujeto debe indicar en qué grado ha padecido dichas conductas durante los últimos seis meses. La escala de respuesta consta de cinco alternativas desde 1 («nunca») a 5 («diariamente»). Algunos ejemplos de los ítems incluidos son: «Se han extendido chismes y rumores sobre mí», «He sido objeto de ofensas sobre mi persona o mi vida privada» (Moreno et al., 2011).

En Holanda encontramos instrumentos de evaluación de riesgos psicosociales que a continuación se citan: 1. Listas de comprobación (check-list). Se utilizan con el objetivo de realizar una evaluación rápida (o scanning) del ambiente psicosocial del trabajo. Se han desarrollado cuatro check-lists simples que evalúan: a) el contenido del trabajo b) las condiciones de trabajo c) las relaciones laborales y d) las relaciones sociales en el trabajo. 2. Entrevista con expertos. Evalúa riesgos a nivel del puesto de trabajo, y no a nivel individual, es decir, es un método de análisis de puestos que está basado en indicadores más independientes y más o menos objetivos, sin tener en cuenta las valoraciones subjetivas de las personas que ocupan esos puestos. 3. Cuestionarios de autoinforme. 4. Medidas psicofisiológicas. 5. Medidas administrativas para analizar los niveles de absentismo y discapacidad laboral. Con los datos

obtenidos se desarrollan criterios nacionales para el análisis tanto de la duración como de la frecuencia del absentismo.

2. Resultados secundarios

Se ha querido hacer un acercamiento también desde la evolución histórica de estos factores y la modificación en los factores de trabajo. En 1950 se celebró la Primera Reunión del Comité Mixto de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre Medicina del Trabajo donde se señaló la importancia de estos factores, pero no va a ser hasta la década de los 80, con la gran expansión industrial cuando se realizan los primeros estudios de estos factores y donde se proponen actividades para la promoción de la salud y el bienestar de los trabajadores. Es a primeros de siglo XXI, coincidiendo con el avance de las tecnologías, la expansión de la digitalización y el control de la información a nivel global cuando se empieza a estudiar más sobre el tema pero el enfoque se sigue acercando más al estrés y desgaste profesional.

Será a partir de 2005 cuando se profundiza más en los factores psicosociales adversos y la repercusión en salud debido a la crecida aparición de enfermedades laborales. Los problemas son generados por no cuidar, conservar, investigar los aspectos del diseño en la organización del trabajo pues, el tema de horarios turnos, descansos, condiciones ambientales, facilidades o dificultades para conseguir los objetivos marcados, necesidad de comunicarse con intermediarios, etc, están inmersos en el desarrollo de las actividades laborales a las que se enfrentan a diario la población.

También apareció en la búsqueda información de estudios realizados en función del impacto económico de la situación y gasto social así como la mención a los desembolsos económicos por parte de las organizaciones y Estado y la descualificación que se está produciendo sobre todo de un perfil determinado para trabajar, creándose así una población activa con más dificultades para desarrollar confortablemente un empleo, ya que se genera gran insatisfacción laboral. Se observa como todo esto se convierte en un aliciente para que organizaciones como la OMS y distintos organismos de la Unión Europea empiecen a implicarse más en la. El concepto de calidad de vida ha sido utilizado por varios autores.

En un gran número de artículos destacan las profesiones sanitarias afectadas por este tipo de factores así como aquellas que requieren de un alto grado de compromiso, trato con personas, puestos de responsabilidad por ello que aparecen gran número de estudios realizados en profesiones sanitarias.

Discusión

No es sólo el desconocimiento de qué son los factores psicosociales, cómo se evalúan, o cómo repercuten negativamente en nuestra salud si se convierten en factores adversos y de riesgo, sino que lleguen a importar por el gasto que produce en cuanto a bajas laborales o prescripción de medicación así como ansiolíticos o antidepresivos.

¿Por qué no valorar más los riesgos? ¿Por qué todavía se le da a algo que existe un enfoque subjetivo? No se puede dudar que es personal la perspectiva de cada individuo respecto estos factores en el trabajo y la manera de afrontarlos, pero ¿cuándo se establecen cada vez más relaciones de factores psicosociales y enfermedad, incluso la aparición de nuevas enfermedades, no es esto un problema?

Si los factores psicosociales se definían como aquellas condiciones que se encuentran presentes en una situación laboral y que están directamente relacionadas con la organización, el contenido del trabajo, y la realización de la tarea, y que tienen capacidad para afectar tanto al bienestar o a la salud (física, psíquica o social) del trabajador como al desarrollo del oficio, los riesgos psicosociales se definen como los aspectos del diseño, organización y gestión del trabajo así como del contexto social y medioambiental, que pueden causar daño psicológico, social o físico a los trabajadores. El riesgo habla ya de la aparición de un daño, mientras que los factores serían los condicionantes que producirían tal daño.

Villalobos, 2004, comentaba que la investigación en materia de factores psicosociales supone el acercamiento a un conjunto de modelos diversos en sus enfoques, pero similares muchos de ellos en la concepción de la realidad, extendida más allá de las fronteras de los sitios de trabajo para comprender la situación del "hombre" como ser integral e inmerso en una realidad histórica, determinada por las condiciones sociales y los medios de producción, como se comprueba que es la producción lo que interesa por encima de las condiciones óptimas de trabajo, dejando de lado las necesidades del trabajador y la posibilidad de expresar sus desapeamientos o propuestas de mejoras extraídas desde el ámbito laboral interno de una rutina diaria.

En comparación con otros países, España tiene este ajuste como asignatura pendiente, a diferencia de otros países europeos como es el caso de Holanda donde existen instrumentos de evaluación válidos y fiables, estructurados en ítems que intentan hacer un acercamiento más personal al empleado para poder valorar y detectar los riesgos psicosociales, como encontramos en el estudio de Schaufeli & Salanova (2002).

Desde planteamientos prevencionistas, es necesario realizar una adecuada evaluación de estos riesgos psicosociales, para en su caso, poder corregirlos o prevenirlos en los modelos de organización

Como ya apuntaba la teoría de la carga alostática de McEwen (1998), la excitación permanente por respuestas ante el estrés, origina modificaciones en nuestro organismo creando una situación de desgaste y sufrimiento, reflejándose en la aparición de problemas de salud, por lo cual ese estrés laboral condicionado por unos factores psicosociales adversos y la falta de comunicación empezará a originar el desgaste y consumo de recursos en nuestro organismo, alterando el mecanismo de regulación y a respuestas adaptativas.

En los resultados se han encontrado artículos de estudios donde se le da importancia a la prevención pero se contrasta que realmente lo que interesa es que el fenómeno se estudia desde aquí con la visión de rendimiento profesional, disminución de los gastos económicos y sociales y la mejora de las estadísticas que reflejan bajas o absentismo laboral.

Como hemos visto tradicionalmente, la comunicación se entiende como el intercambio de sentimientos, opiniones, o cualquier otro tipo de información mediante habla, escritura u otro tipo de señales (IOE, 2013) pero en contra de lo que se quiere conseguir, esta definición no lleva implícita que para que sea efectiva debe de ser clara, concisa, que se emita objetivamente y sin imparcialidades y que existen barreras para la comunicación que constituyen obstáculos, por lo que la comunicación se convierte en una herramienta que hay que saber manejar.

Conclusiones:

1. Falta que desde importantes organizaciones de salud se hagan buenas políticas de prevención de estos riesgos, y que se profundice en la importancia y consecuencias en materia de salud. Ya que la evaluación es deficiente y se hace todavía una asignatura pendiente por no poseer óptimos instrumentos diseñados para la medición, la comunicación y divulgación de información acerca de las consecuencias, debería de constituir un pilar básico en este ámbito, junto con la prevención y reorganización del diseño en el trabajo.
2. Por otro lado como herramienta preventiva del estrés laboral y tensiones internas, la buena comunicación constituye un método estratégico de bajos costes y de gran efectividad que debería estar presente, procurando siempre cuidar la buena praxis comunicativa así como sabiendo qué decir y cómo decirlo, y que el mensaje cumpla en sí mismo el objetivo de decir algo.

3. El enfoque que se sigue haciendo de la temática es muy subjetivo a estas alturas y se necesita de un método de medición de la situación laboral más objetivo que permita evaluar de manera metódica y más rigurosa las características y percepciones individuales negativas que repercuten en el entorno laboral. Las estadísticas y datos comparativos sobre los riesgos psicosociales laborales no han comenzado a recogerse y ser objeto de estudio hasta muy recientemente y ha ocurrido en parte por falta de sensibilidad ante el tema y escasez de medios, de enfoques conceptuales claros y precisos y de instituciones que abordaran su estudio. Por otra parte, la metodología de estudio y análisis no ha estado suficientemente desarrollada para su aplicación en este ámbito, de tal manera que parte de la información ha carecido del suficiente rigor metodológico.
4. No olvidar que el estrés puede producirse tanto por una sobrecarga de trabajo física como a nivel emocional y que sea mayor o menor la repercusión meramente física, que a veces es lo que hace detenernos para fijar con certeza que existe un problema, no podemos tampoco descuidar la salud psíquica y llegar a que se origine esa tensión mental que impide razonar adecuadamente, así como el descanso fructífero. En nuestro país es elevada la tasa de absentismo, enfermedades relacionadas con el trabajo, e incidencia de los factores de riesgos psicosociales, y a diferencia de otros países europeos, peca de presentar pocas medidas de prevención y estudio de los factores y todas las repercusiones que llegan a originarse.
5. La identificación de los riesgos psicosociales sigue siendo un reto a día de hoy.

Referencias

- Escuela de Organización Industrial (2013). Máster Executive en Dirección de Empresas Tecnológicas e Industriales. EOI, Madrid.
- Fernández Beltrán, F. (2007). Tesis doctoral. La gestión de la nueva comunicación interna. Cap 5. Funciones de la comunicación interna.
- Gamero Burón, C. (2010). Análisis económico de los determinantes del estrés laboral en España. *Estadística Española*, 52 (175), 393 -417.
- Grau, A., Suñer, R., García, M.M. (2005). Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gaceta Sanitaria*, 19(6), 463-470.
- Hurtado de Mendoza (2013). Tesis doctoral Percepción de riesgos psicosociales, estrés, ansiedad, variables de salud y conciliación de la vida laboral-familiar en trabajadores y trabajadoras. Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Jordi Cebrià, A. Comentario: el síndrome de desgaste profesional como problema de salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 19(6), 470.
- Lara Ruiz, A. (2013). Algunas orientaciones para evaluar los factores de riesgo psicosocial. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, Madrid.
- Ley de Prevención de Riesgos Laborales y Desarrollo normativo. (2012). *Fremap*, 61.
- Martín, J., Luceño, L., Jaén, M., Rubio, S. (2007). Relación entre factores psicosociales adversos, evaluados a través del cuestionario multidimensional decore y salud laboral deficiente. *Psicothema*, 19 (1), 95-101.
- McEwen, B.S. (1998). Protective and damaging effects of stress mediators. *New England Medical Journal*, 338, 171-179.
- Melero Marcos, L., Pérez Fernández, M., Sánchez Gómez, M.C., Melero Ventola, A., Palacios Vicario, B. (2011). Las consecuencias de la organización del trabajo en la salud laboral en la empresa: Estudio de las variables que intervienen en la aparición de riesgos psicosociales. Observatorio de riesgos psicosociales UGT. Universidad de Salamanca, Salamanca.
- Moraleda Torres, L. (2012). Interacción entre riesgos ergonómicos y estrés laboral en el equipo de enfermería del Hospital Virgen del Valle de Toledo. *Parainfo digital. Monográficos de investigación en Salud*, 4 (15).
- Moreno Jiménez, B. (2000). Olvido y recuperación de los factores psicosociales en la salud laboral. *Prevención de Riesgos laborales*, 3(1), 3-4.
- Moreno Jiménez, B., Baez León, C. (2010). Factores y Riesgos Psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas. UAM, Madrid.
- Moreno Jiménez, B., Rodríguez Muñoz, A., Moreno Ynoming., Sanz Vergel A. I. (2011). *Psicothema*, 23 (2), 227-232.

- Saló, N. (2005). La comunicación en la empresa. Aprender a comunicarse en las organizaciones. Ed. Paidós, Barcelona.
- Schaufeli, W. B., Salanova, M., González, V., Bakker, A. B. (2002). The measurement of burnout and engagement: A confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3, 71-92.
- Secretaría de Salud Laboral de la UGT-CEC. (2012). Guía buenas prácticas sindicales en la evaluación de riesgos psicosociales. UGT, Madrid.
- Solá Busquets, F. (1998). Planificación estratégica y financiación. Primeras jornadas de planificación estratégica, Volumen I, Ponencias Documentos de Trabajo nº 98/5, Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Villalobos, G. (2004). Vigilancia epidemiológica de los factores psicosociales. Aproximación conceptual y valorativa. *Cienc Trab*, 6(14), 197-201.

La información sanitaria autonómica en la prensa diaria: el caso de Aragón

The regional health information in daily newspapers: the case of Aragon

Florencio Jesús García-Latorre ^{1*}, Maite Gobantes-Bilbao ²

¹ Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia. Gobierno de Aragón

² Área de Periodismo. Universidad de Zaragoza

Fecha de recepción: 23/01/2014 - Fecha de aceptación: 22/10/2014

Resumen

Las cuestiones relacionadas con la salud y la sanidad cuentan con un alto valor-noticia en el contexto del Estado de Bienestar. En las últimas décadas, los medios de comunicación han aumentado la atención que prestan a este tipo de contenidos, como ha recogido la literatura académica. Esta tendencia también puede observarse en los periódicos de ámbito autonómico, cuyas páginas locales son un pequeño universo en el que parecen haber consolidado su presencia. El **objetivo** de esta investigación es cuantificar y caracterizar las noticias relacionadas con la salud que aparecen en las páginas locales de los dos principales periódicos de Aragón. Se han analizado más de mil artículos publicados a lo largo de dos trimestres no consecutivos, registrando ítems como tema, género periodístico, extensión o autoría, entre otros. El estudio descriptivo longitudinal que se presenta ha encontrado que estos periódicos ofrecen una media diaria de 2'78 noticias relacionadas con la salud. El 86% de ellas pertenecen a géneros informativos, mientras que el resto de géneros tienen una reducida presencia. Un 53% de las noticias tienen como tema principal la gestión de los servicios de salud. Los diarios regionales estudiados prestan a esta temática mucho más interés que a la educación para la salud o a la información sobre estilos de vida saludables.

Palabras clave: Salud, prensa, periodismo sanitario, periodismo local, Aragón

Abstract

Issues related to health and healthcare services are considered newsworthy in the context of the Welfare State. In the last decades, the media have increased the attention being paid to this kind of contents, as the academic literature has pointed out. This trend is also noticeable in regional newspapers whose local pages seem to be a little universe in which they have consolidated their presence. The purpose of this investigation is to quantify and characterize the main features of the health-related news that appear in the local pages of the two main newspapers in the Autonomous Community of Aragón. More than one thousand articles published over two non-consecutive trimesters were analyzed, considering variables such as topic, journalistic genre, length or authorship, among others. The descriptive longitudinal study that was developed found out that these newspapers offer a daily average of 2'78 pieces of health-related news. 86% of them belong to the informative genres while the other journalistic genres account for a reduced number of pieces. The main topic in 53% of the news is the management of health services. The regional journals under study seem to focus on this subject much more than on health education or healthy lifestyles.

Key words: Health, newspaper, health journalism, local journalism, Aragon

*Correspondencia: fjgarcia2003@yahoo.es

Introducción

Las páginas dedicadas a la información de proximidad en los medios de ámbito autonómico son un pequeño universo en el que tienen cabida textos sobre una amplia variedad de contenidos: política, sucesos, laboral, sociedad... Por ese mismo espacio también compiten las informaciones sobre cuestiones sanitarias que, en el contexto del Estado del Bienestar, presentan un alto valor-noticia.

La atención a las informaciones sobre salud parece haberse generalizado en una sociedad cada vez más sana, a juzgar por la mejora de indicadores clásicos como la mortalidad infantil o la esperanza de vida al nacer, aunque con una peor conciencia subjetiva de su estado de salud. Podemos decir que, actualmente, sigue vigente esta paradoja señalada por Barsky (1988) hace ya veinticinco años.

En Estados Unidos, un estudio de la Northwestern University recogido por Tabakman (2011: 2) halló que los temas sanitarios se encontraban en segunda posición en el ranking de intereses informativos de los ciudadanos, tras las noticias de su comunidad.

La prensa autonómica acostumbra a ofrecer simultáneamente información sanitaria que, a su vez, parte del entorno más cercano para el lector. Jurado (2003: 1) define "información sanitaria" como el "área del periodismo especializado que aborda las noticias relacionadas con la sanidad, la medicina y la salud. Algo tan específico, y al mismo tiempo, tan genérico". Este autor incluye en su enunciado dos términos que frecuentemente se usan de forma indistinta aunque presenten matices diferenciadores: salud y sanidad.

Si acudimos al Diccionario de la Real Academia Española, dos de las acepciones de *salud* de interés en este caso son "estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones" y "condiciones físicas en que se encuentra un organismo en un momento adecuado.

Por su parte, *sanidad* viene definido como cualidad de sano o saludable, pero también como "conjunto de servicios gubernativos ordenados para preservar la salud del común de los habitantes de la nación, de una provincia o de un municipio". Así, este término parece presentar una formulación más restrictiva en cuanto a ámbito e intereses que el primero.

A través de este trabajo se trata de determinar sobre qué versan las informaciones de contenido sanitario que se ofrecen en los diarios aragoneses y conocer algunas de las características de estos textos. Revisada la literatura disponible, no se ha hallado ningún estudio previo similar en esta comunidad autónoma, mientras que, en el resto del país, el número de trabajos publicados sobre el tema en revistas sanitarias, sobre periodismo, ciencias sociales o humanidades es todavía limitado.

Objetivo

El objetivo de este trabajo es cuantificar y caracterizar la oferta informativa de temática sanitaria que los principales periódicos de Aragón presentan en sus páginas de ámbito autonómico.

Material y método

En Aragón se publican dos periódicos de ámbito autonómico: *Heraldo de Aragón (HA)* y *El Periódico de Aragón (EPA)*. El primero de ellos apareció en 1895 (Seoane, 2010: 139). En su accionariado se encuentran las cajas de ahorros autonómicas y dos empresas del mismo grupo familiar que ostentan la mayoría de la propiedad. (Bureau van Dijk, 2013: web). El segundo, perteneciente al grupo Zeta, comenzó a publicarse en 1990.

Heraldo aparece en la posición decimotercera del ranking nacional del Estudio General de Medios (AIMC, 2013: web) con un total de 296.000 lectores al día. Los datos de *El Periódico de Aragón* no aparecen desglosados de los correspondientes a su matriz en esta clasificación.

Por su parte, la Oficina de Justificación de la Difusión (2012: web) acredita una tirada de 50.062 ejemplares de *HA* con una difusión de 41.405 (2012). Para *EPA*, la tirada reconocida en el mismo periodo es de 9.157 y la difusión de 6.551 ejemplares.

Heraldo de Aragón ha gozado tradicionalmente de una posición preeminente en el mercado aragonés. En los últimos años, ha establecido acuerdos con el grupo Vocento –de perfil conservador– con el que comparte la edición de varios suplementos.

El Periódico de Aragón adoptó desde su creación una postura progresista y crítica. En 2003, definía su línea editorial como “de activo compromiso con los problemas de Aragón desde una perspectiva progresista y abierta a la participación ciudadana” (*El Periódico de Aragón*, 9 de abril de 2003).

La presente investigación se articula sobre un estudio descriptivo longitudinal para el que se han seleccionado todas las piezas de contenido sanitario aparecidas en las páginas de información autonómica de *Heraldo de Aragón* y *El Periódico de Aragón* en el periodo comprendido entre el 1 de octubre y el 31 de diciembre de los años 2010 y 2012. Se ha obviado deliberadamente el año 2011 por tratarse del periodo inmediatamente posterior a un cambio político derivado de las elecciones autonómicas, lo que quizá podría haber modificado el tipo de piezas publicadas. Sobre la muestra seleccionada se realiza un análisis de contenido.

Se ha elegido el cuarto trimestre del año por ser el inicio de un virtual curso sanitario. En este periodo se producen determinados procesos cíclicos, como la vacunación antigripal, y comienza el seguimiento de este proceso. En total, se han revisado 364 ediciones.

Dado que se trata de conocer los contenidos de ámbito autonómico, se han excluido del análisis todas las informaciones sobre temas sanitarios publicadas en las páginas de las secciones de nacional o internacional de los diarios. Los publirreportajes o noticias patrocinadas de temática

sanitaria también han quedado fuera del presente estudio, por no responder a los criterios periodísticos habituales.

La unidad de análisis es la pieza informativa, de modo que se han considerado incluidos en la misma los despieces y noticias vinculadas presentadas conjuntamente con la información principal. Para el registro se ha empleado una base de datos con los campos que se describen en la tabla I.

Campo	Descripción
Nº Referencia	Compuesto por una sigla identificativa del medio, dos dígitos para el año y tres dígitos para el orden (números correlativos)
Medio	<i>Heraldo de Aragón / El Periódico de Aragón</i>
Fecha	Fecha de publicación
Página	
Recodificación página	Portada, par, impar o doble página
Género	Noticia / Breve / Reportaje / Entrevista / Crónica / Perfil-Semblanza / Editorial / Opinión-Columna-Artículo / Viñeta-Humor
Extensión de la pieza	Valor expresado en módulos (50 módulos por página)
Recursos gráficos	Dibujo / Imagen, Fotografía, Infografía / Gráfico, Varios recursos, Sin recursos
Tipo de titular	Informativo / Creativo / Cita
Actor	Sujeto de la acción descrita en el titular: Persona / Colectivo / Objeto / Institución o entidad/ Impersonal
Autor	Firmante/s de la pieza informativa
Tema principal	Identificación del contenido de la pieza informativa (texto libre)
Área temática	Agrupación por especialidad o área temática

Tabla I. Ítems registrados de las piezas analizadas

Para la categorización de las áreas temáticas se ha utilizado como base la empleada en los Informes Quiral, del Observatorio de la Comunicación Científica de la Universidad Pompeu Fabra. Los criterios empleados para encuadrar las piezas han sido los siguientes:

- Toda pieza textual relacionada con la atención directa a pacientes por parte de una especialidad médica se ha asignado a esa especialidad
- Las cuestiones económicas -como el gasto o los presupuestos-, estructurales -como las instalaciones sanitarias y los equipamientos-, de recursos humanos u organizativas - como horarios de apertura, listas de espera, etc.- aparecen bajo la denominación genérica "Gestión"

- Las informaciones sobre cursos, jornadas o congresos se han etiquetado como “Formación”, independientemente de la especialidad sobre la que versen
- Igualmente, las noticias sobre actividades investigadoras se han agrupado bajo el epígrafe “Investigación”
- “Salud Pública” recoge los registros sobre hábitos de salud: tabaco, alcohol, drogas, campañas de vacunación o cuestiones epidemiológicas
- Las piezas que no han podido ser encuadradas bajo los anteriores criterios se han englobado en “Otros” (actos conmemorativos, premios, etc.)

Resultados

En el periodo de estudio se han localizado y revisado 1.015 piezas informativas, 492 en *Heraldo de Aragón* y 523 en *El Periódico*. Se observa un notable incremento en ambos medios de 2010, en que se publicaron 438 trabajos, a 2012 en que se encontraron 577.

Durante el total del periodo a estudio (182 días), la media diaria de publicaciones fue de 2,78 (2,70 HA / 2,87 EPA) con un rango comprendido entre 0 y 10 piezas. No hubo ninguna información de ámbito sanitario en 17 ediciones de *Heraldo* ni en 15 de *El Periódico*. Así, en más del 90% de jornadas se publicaron artículos de interés para esta investigación.

La extensión media de las piezas se encuentra en torno a los 15 módulos. La tabla II presenta una caracterización de las piezas en función de su extensión.

	1-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-50	>50	
Heraldo	218	49	39	44	27	36	28	20	18	13	492
	44%	10%	8%	9%	5%	7%	6%	4%	4%	3%	
EPA	171	115	64	33	31	44	28	13	14	10	523
	33%	22%	12%	6%	6%	8%	5%	2%	3%	2%	

Tabla II. Extensión de las piezas (en módulos)

Se observa que *Heraldo de Aragón* presenta un elevado porcentaje de piezas breves. Este tipo de piezas también aparece en *El Periódico*, aunque en menor medida.

En las figuras 1 y 2 se presenta la información reagrupada: Menos de media columna (1-5 módulos), de 6 a 25 (media página), 26 a 50 (página completa) y más de una página.

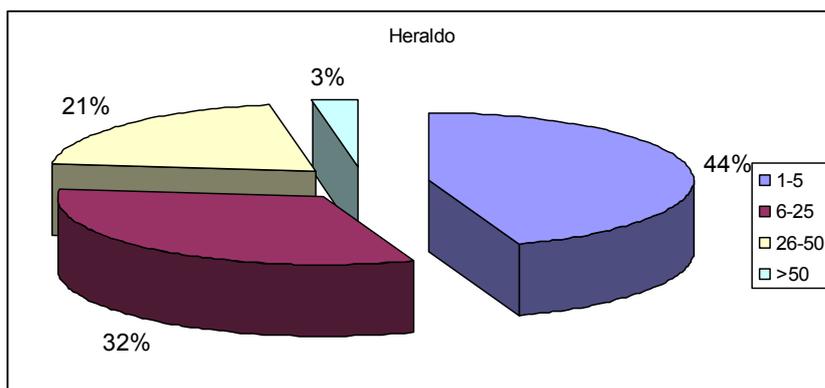


Figura 1: Extensión en módulos de las piezas en *Heraldo de Aragón*

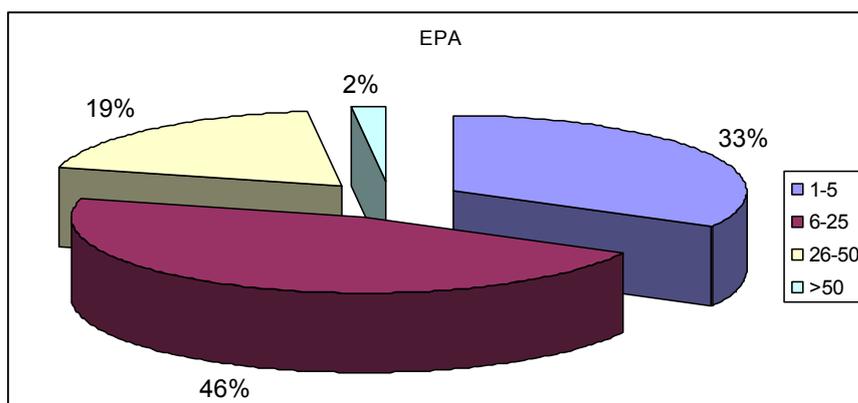


Figura 2: Extensión en módulos de las piezas en *El Periódico de Aragón*

A partir de los datos expuestos más arriba, se extrae que los diarios aragoneses dedican cada día una media de 42 módulos a los contenidos sobre salud en sus páginas autonómicas.

En el periodo estudiado, las noticias sobre sanidad han ocupado una media diaria de 4/5 de página en el caso de *Heraldo*, sin apenas variación entre los dos años analizados. El espacio para contenidos sanitarios ha sido algo superior en *El Periódico*, en el que se observa un notable incremento de superficie dedicada a este tipo de informaciones entre 2010 y 2012, ya que pasa de casi 3/4 de página a 1 página diaria.

La ubicación de las piezas se presenta en la tabla III.

	Heraldo de Aragón				El Periódico de Aragón			
	2010	2012	Total	%	2010	2012	Total	%
Portada	8	19	27	5,5%	9	22	31	5,9%
Doble página	11	1	12	2,4%	3	4	7	1,3%
Impar	76	78	154	31,3%	75	111	186	35,6%
Par	122	177	299	60,8%	134	165	299	57,2%
Total general	217	275	492	100%	221	302	523	100%

Tabla III. Ubicación de las piezas

Los dos periódicos llevaron a su portada asuntos sanitarios en un número similar, que supone entre un 4% de las informaciones en 2010 y un 7% en 2012.

Se ha analizado el género periodístico en el que quedarían encuadradas las piezas revisadas (tabla IV). Se observa que predominan los contenidos presentados como noticia o breve. El resto de géneros tienen una muy escasa representación en los diarios objeto de investigación. La presencia del reportaje es mínima en la información autonómica diaria, al igual que ocurre con la entrevista.

Géneros	Heraldo				El Periódico			
	2010	2012	Total	%	2010	2012	Total	%
Noticia	111	159	270	58,1%	157	186	342	69,5%
Breve	66	77	143	30,8%	21	48	69	14,0%
Reportaje	2		2	0,4%	3	3	7	1,4%
Entrevista	2	5	7	1,5%	1	6	7	1,4%
Crónica	6		6	1,3%	8	3	11	2,2%
Perfil / Semblanza	1		1	0,2%			0	0,0%
Editorial	8	10	18	3,9%	12	28	40	8,1%
Opinión / Columna / Artículo	13	5	18	3,9%	10	5	15	3,0%
Viñeta / Humor			0	0,0%		1	1	0,2%
	209	256	465	100%	212	280	492	100%

Tabla IV. Géneros informativos de las piezas analizadas

Los datos de la citada tabla han sido reagrupados en géneros informativos (noticia y breve), interpretativos (reportaje, entrevista, crónica y perfil-semblanza) y de opinión. Se ha observado la distribución que se presenta en la figura 3.

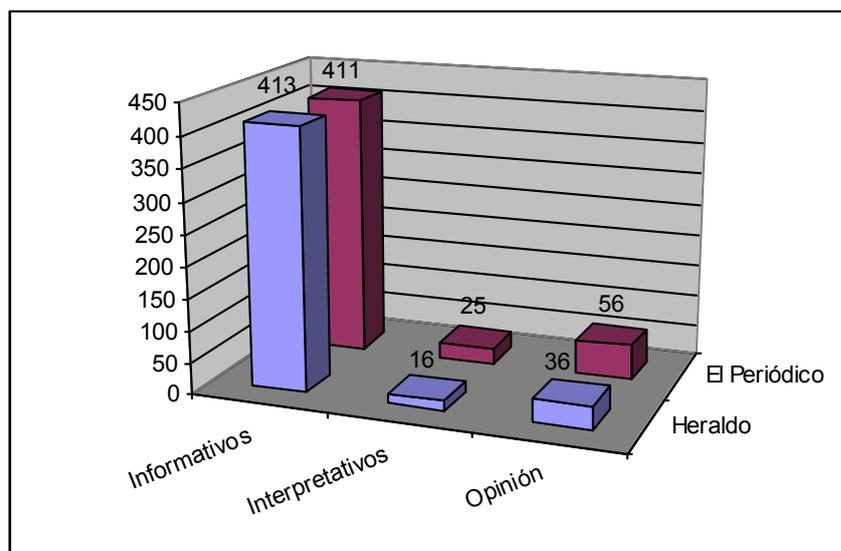


Figura 3: Tipos de géneros en los medios estudiados

La primacía de los contenidos informativos resulta patente. Los géneros de opinión se encontrarían en un segundo término, aunque a gran distancia, y los interpretativos tendrían una mínima presencia en las páginas de información autonómica de los diarios.

Del mismo modo, se han registrado y analizado los distintos elementos gráficos que los medios utilizan. La distribución conjunta para los dos periodos estudiados se muestra en la tabla V.

	Heraldo	%	El Periódico	%
Dibujo / Imagen	13	2,6%	9	1,7%
Fotografía	138	28,0%	228	43,6%
Infografía / Gráfico	7	1,4%	5	1,0%
Varios recursos	16	3,3%	4	0,8%
Sin recursos gráficos	318	64,6%	277	53,0%
	492	100%	523	100%

Tabla V. Elementos gráficos en las informaciones sobre salud y sanidad

Casi dos tercios de las informaciones de *Heraldo* aparecen publicadas sin ningún recurso gráfico, porcentaje que en *El Periódico* desciende hasta el 53%. Como se ha señalado anteriormente, los medios presentan un buen número de informaciones en forma de breve. Este tipo de contenido raramente va acompañado de elemento gráfico alguno.

La fotografía es el principal recurso. Son, ciertamente, muy escasas las infografías, así como los dibujos o imágenes no fotográficas. Se ha encontrado el uso combinado de técnicas, sobre todo en las piezas de mayor extensión.

Los titulares que encabezan los textos sobre salud son de carácter informativo en más del 90% de los casos, lo que parece coherente con el hecho de que la noticia es el género más empleado. Es posible encontrar titulares redactados con mayor libertad – con el uso de figuras retóricas– cuando se presenta una información de sociedad.

Otro de los aspectos analizados ha sido quién o qué actúa como sujeto de la acción que describe el titular. Sobre esta cuestión, se ha constatado que los titulares de *Heraldo* suelen tener como sujeto, con mayor frecuencia, un concepto (por ejemplo, demoras) o un objeto (El Centro de Salud de...), lo que supone el 72% de los titulares. En *El Periódico de Aragón* se emplean en menor medida (38%). El nombre de una institución aparece como su segunda opción más habitual (31%).

En cuanto a la autoría de las piezas, cabe señalar el bajo porcentaje de piezas, 50% en *EPA* y 54% en *HA*, que aparecen con un firmante claramente identificado.

En *Heraldo*, una sola persona contribuye con casi el 50% de los textos signados, aunque pueden encontrarse hasta 40 nombres más. En *El Periódico* hay también dos profesionales que se reparten la mayoría de las piezas firmadas y hasta 24 firmantes distintos sobre esta temática. La presencia de informaciones identificadas como procedentes de agencia es testimonial en ambos medios.

Con los resultados registrados en la presente investigación se ha confeccionado un ranking de áreas temáticas sobre las que se centran las informaciones sanitarias (Tabla VI). Se observa que hay una notable concordancia entre ambos periódicos en los campos sobre los que se ha informado.

	Heraldo	%	El Periódico	%
Gestión	1	53,0%	1	53,5%
Salud Pública	2	9,6%	2	9,0%
Formación	3	3,9%	4	2,9%
Psiquiatría	4	3,3%	7	2,1%
Obstetricia y Ginecología	5	2,8%	5	2,7%
Farmacia	6	2,2%	10	1,3%
Investigación	7	2,2%	3	3,1%
Endocrinología y nutrición	8	1,6%	9	1,5%
Neurología	9	1,6%	8	1,7%
Oncología	10	1,6%	6	2,1%

Tabla VI. Temática de las informaciones revisadas

En el primer puesto se encuentran las informaciones relativas a cuestiones de gestión: organización de la actividad sanitaria, dotación de nuevas infraestructuras, recursos humanos

(conflictividad laboral, contrataciones, despidos...) y también listas de espera o demoras para la asistencia. Sobre esta temática versan más del 53% de las piezas de ambos diarios. Asimismo, en el apartado de Salud Pública (9% de las piezas) encontramos informaciones sobre el tabaquismo o la gripe, cuya campaña empieza en el último cuatrimestre de cada año.

Llama la atención la escasa representación de la información sobre la actividad profesional de la medicina de familia, que atiende a un gran volumen de pacientes para los que es capaz de solucionar una gran parte de sus problemas de salud. Esta especialidad no está entre las 10 sobre las que más se informa. En el lado opuesto se encuentra la medicina hospitalaria que, a través de sus distintas especialidades, es objeto de más atención por parte de los medios.

Antes de cerrar este apartado, cabe señalar que, aunque no ha sido objeto del presente estudio, en la revisión sistemática de las ediciones del marco temporal seleccionado se ha observado una escasa presencia de las informaciones de temática sanitaria en las páginas de nacional e internacional de ambos diarios.

Discusión

La sanidad, uno de los pilares del Estado del Bienestar, es uno de los temas que concitan el interés de la población y, por eso, la presencia en los medios de informaciones de contenido sanitario es una constante, tanto en aquellos de ámbito nacional como autonómico.

La literatura académica recoge el aumento de la producción de noticias de temática sanitaria, sobre todo en los últimos treinta años. Recuerda Camacho (2010: 145) que “en el Estado español, hasta los años 80 del siglo pasado el periodismo sanitario no tenía entidad ni espacios propios en los medios. No obstante, el número de estudios de caracterización de la oferta informativa sobre salud con los que comparar los hallazgos de este trabajo es reducido. Más todavía si se buscan estudios sobre prensa autonómica, que presenta algunas particularidades frente a la de distribución nacional.

En este caso eran de especial interés las referencias españolas, por cuanto el territorio comparte, aun con sus particularidades, un Servicio Nacional de Salud con unas directrices básicas comunes. Igualmente, en el terreno periodístico, cabría esperar el uso de criterios informativos similares.

En nuestro entorno, los Informes Quiral son una interesante referencia. Estos estudios analizaron de forma sistemática la totalidad de textos sobre salud de los cinco diarios nacionales de mayor tirada (*El Mundo*, *El País*, *ABC*, *El Periódico* y *La Vanguardia*) durante un número considerable de años. Otros estudios en los que también se analiza la prensa nacional son los de Márquez (2010), Muñoz (2011) y Peláez (2011).

El informe Quiral 2009 (2010: 12), último de la serie citada, encontró en los medios estudiados una media de 7'4 piezas sobre salud por día, cantidad notablemente superior a la de los periódicos aragoneses (2'78), lo que puede ser atribuible a las diferencias en la selección de la muestra entre los estudios, ya que el primero contabiliza las piezas publicadas en cualquier sección de los diarios o sus suplementos, incluidos los monográficos sobre el tema.

Con una metodología similar a la del presente trabajo, Camacho, Peñafiel y Ronco (2012: 11), en su estudio sobre la prensa de ámbito autonómico del País Vasco y Navarra correspondiente a 2010, observan cifras de entre 1'2 y 3'5 artículos día, en función del medio. Con otra muestra de diarios de las mismas comunidades seguidos durante 10 años, Ayestarán, Camacho y Ronco (2012: 7) hallan entre 1'2 y 3'7 publicaciones día. Estas cifras se acercan más a las encontradas en nuestro estudio sobre la prensa aragonesa.

Costa (2008) estudia el espacio dedicado a las informaciones sanitarias por varios medios de la Comunidad Autónoma de Galicia durante el periodo de una semana y encuentra una media diaria de 76 módulos de contenido sanitario (en todas las secciones del periódico), lo que casi duplica los 42 de la prensa de Aragón. En cuanto a la extensión media de las piezas, de forma similar a lo que encuentra el estudio gallego, más del 50% de los textos se desarrollan en un espacio inferior a 10 módulos.

En cuanto a la ubicación de las piezas, el Informe Quiral 2009 (2010: 23) recoge que los principales diarios nacionales llevaron temas sanitarios a sus portadas entre 60 (*El Periódico*) y 210 ocasiones (*El País*) a lo largo del año. En Galicia, Costa (op. cit.) señala que aproximadamente un 7'5% de las informaciones llegan a ser portada. En el País Vasco, Camacho et al. (2012: 13) constatan que un 10'7% de los textos se presentan en la primera página de los periódicos. Según los datos de Aragón, este porcentaje oscilaría entre el 4% de 2010 y el 7% de 2012.

Aunque sea frecuente observar las informaciones sobre salud agrupadas en la misma página, no existe un espacio *ad hoc* en los periódicos de ámbito autonómico revisados. Tampoco en los nacionales, en los que suelen ir en la sección de sociedad.

En general, los titulares encontrados presentan una redacción muy sobria, sin muestras de creatividad, salvo en aquellos casos en los que este forma parte de una crónica social. Gaillard, citado por Teruel (1997: 180), indica que "el título asume la doble función de informar y de atraer. Dicho de otro modo, el titular está destinado a dar una visión sucinta de la noticia y a incitar a leer el texto". En este caso, los medios parecen optar por utilizar como gancho el componente puramente informativo y evitar el uso de fórmulas originales que, con un lenguaje más connotativo, podrían ser más arriesgadas.

Por lo que respecta a los géneros periodísticos, en todos los trabajos citados hasta ahora priman los de tipo informativo. En el Informe Quiral le siguen los géneros de opinión y en tercer lugar los interpretativos, que es el mismo patrón encontrado para Aragón. Sin embargo, los responsables de los estudios de los diarios vascos y gallegos encuentran que los géneros de opinión tienen un menor peso que los interpretativos.

En este punto es preciso destacar la escasa presencia de reportajes y entrevistas en las páginas diarias de los medios impresos de Aragón, en un área temática que perfectamente podría dar pie a este tipo de géneros. Esto parece apuntar a una dinámica de trabajo de las redacciones según la cual, para estas páginas, se opta por producir mayoritariamente piezas que se pueden desarrollar en un breve espacio de tiempo, pensadas para el consumo diario por el lector, sin entrar al desarrollo de contenidos que precisan más elaboración, con múltiples fuentes, causas y consecuencias, cuyo tiempo de preparación sería notablemente superior.

El Informe Quiral (2010: 31) destaca que los recursos gráficos van más allá del puro componente estético, contribuyendo a contextualizar los datos que se ofrecen. En el año 2009 observan que se rompe una tendencia que apuntaba a que la mitad de las piezas iban acompañadas de algún recurso, al bajar este dato hasta el 37%. En los periódicos aragoneses, un 47% de las informaciones aparecen con algún tipo de elemento gráfico.

Las piezas sobre temas sanitarios aparecen firmadas en aproximadamente un 50% de las ocasiones. Se trata de un valor algo inferior al que encuentra el Informe Quiral (2010: 24) en los grandes diarios nacionales (60%). En el estudio del País Vasco, Camacho et al. (2012: 13) encuentran porcentajes similares a los de Aragón, mientras que en Galicia solo el 38% de los artículos de la muestra aparecen con firma de redactor (Costa, 2008: 4). Las agencias, como firmantes de las informaciones, tienen en nuestro caso un peso muy inferior al que encuentran otros estudios.

Se aprecia que los medios efectúan una asignación de temas a determinados redactores lo que justifica que, en el caso de las cuestiones sanitarias, la mitad de las informaciones que publica *Heraldo* y que aparecen firmadas estén suscritas por la misma persona. Similar política ha seguido *El Periódico*. Por otra parte, en algunos casos encontramos el apoyo de las informaciones con vinculadas escritas por expertos, aunque la frecuencia de esta situación es muy baja.

En cuanto a los temas tratados por los medios, resulta significativo que más de la mitad de las piezas se ocupen de cuestiones relativas a la gestión de la sanidad y de los recursos destinados a la asistencia y de la política sanitaria. Parece que, de forma paralela a los hallazgos de Dever

(1976), la prensa presta mayor atención hacia aquello a lo que se destina una mayor inversión: el sistema sanitario.

Utilizando terminología médica recogida en el informe Quiral, encontramos temas que podrían calificarse de “agudos” (el cese de un alto cargo, por ejemplo), también otros “crónicos” sobre los que hay un interés constante (como es el caso de las informaciones relativas a oncología o investigación) e, incluso, un tercer grupo que compartiría características de ambos por tener un seguimiento permanente con ocasionales puntas de atención como las listas de espera, que puede recibir especial atención en función de los datos que se presenten.

Esta clasificación - “agudos” / “crónicos”- guarda una evidente analogía con la clásica de Lorenzo Gomis, citado por Caminos Marcet (2010: 52). Gomis encuadra los temas en “actualidad reciente”, esto es, informaciones que son actualidad en el momento en que se producen; “actualidad prolongada”, cuyo interés informativo perdura a lo largo de días o incluso meses y “actualidad permanente”, que incluiría temas vinculados con aspectos esenciales de la vida de las personas.

En los diarios nacionales, el Informe Quiral (2010: 57) encuentra que la gestión ocupa el primer puesto en el ranking de temas tratados con algo menos de un 30% de las informaciones, seguido de los temas de salud pública. En Aragón observamos este mismo orden, aunque con una mayor representación de los textos sobre gestión y política en materia de salud, que suponen un 53% de los publicados. En el ámbito autonómico, parece concederse gran importancia a las nuevas infraestructuras sanitarias, el gasto farmacéutico o la conflictividad laboral en los centros asistenciales, que generan buena parte de las informaciones. De ellas, algunas bien podrían encuadrarse en las páginas económicas o de temática laboral.

De forma similar, el estudio gallego también halla que las informaciones sobre lo que denomina “política sanitaria” suponen el mayor bloque de contenidos. En el estudio vasco encabezan la clasificación las noticias sobre atención sanitaria, política y legislación sanitaria. Así, cabría decir que las informaciones encontradas están más próximas al concepto de sanidad que al de salud, según el Diccionario de la Real Academia Española.

No resulta extraño que la Salud Pública sea un área de interés periodístico, ya que cubre temas más cercanos a la calle y a los ciudadanos-lectores. Es normal que despierten más atención, dado que afectan directamente a la población (Aguilar, 2002: 200) y lo hacen también en mayor número que el descubrimiento de un gen o una nueva terapia.

Es destacable también la coincidencia de contenidos entre los dos medios estudiados, cada uno con su línea editorial. Martínez Nicolás (1994: 23) afirma que “la noticiabilidad se explica por la adecuación de los acontecimientos a los criterios de selección que manejan los periodistas,

orientados a su vez por una serie de valores informativos o reglas de atención temática”. De este modo, son los medios los que se encargan de convertir el hecho o el acontecimiento en noticia y el periodista actúa como “gatekeeper” en este proceso, modulado por las rutinas informativas y limitaciones de los medios.

Las redacciones cuentan con sus propios condicionantes a la hora de seleccionar las noticias que van a presentar a sus lectores. No obstante, como se ha señalado más arriba “hay una cultura profesional ampliamente compartida por los periodistas, sobre todo en lo referente a los valores-noticia” (Martínez Nicolás, 1994: 26). Esto se manifiesta en forma de coherencia en el criterio general de selección de noticias, lo que genera el fenómeno de la consonancia informativa según el cual los distintos medios muestran un cierto grado de similitud entre ellos, concepto que se aproxima al de mimetismo citado por los autores del informe Quiral (2010: 42).

En las publicaciones autonómicas estudiadas, se observa una tendencia a la “regionalización” de las informaciones de ámbito nacional, es decir, a la aplicación a Aragón del contenido que tiene origen en los centros de decisión estatales. Ejemplo de esto es la cuestión de los copagos sanitarios, implantados en toda España, y que aparecen presentados con casos particulares del territorio aragonés. Esta cuestión es una buena muestra de cómo opera uno de los criterios de noticiabilidad señalados por Carl Warren (1975: 313): el de proximidad geográfica. Cuanto más cerca se produce un hecho noticioso, más interés genera.

Los contenidos divulgativos sobre temas sanitarios apenas tienen presencia en las páginas de los dos diarios estudiados. De este modo, el papel formativo que los tratados sobre educación y promoción de la salud asignan a la prensa escrita quedaría en un segundo plano, al menos en estos periódicos. Huguet (2004: 193) señala como principal inconveniente de la prensa como soporte para la educación para la salud la falta de interés por parte de los lectores cuando se ha perdido la concepción de hecho noticiable al buscar un enfoque para el tema que se desea divulgar. Se trata, sin duda, de un reto notable sobre todo en un medio generalista y de ámbito autonómico.

La clásica reflexión sobre si el papel de los medios es informar o educar es abordada por Sánchez Martos (2004: 40) quien concluye que tienen la obligación de informar, pero también el poder de educar. Waisbord y Coe (2002: web) recogen un debate similar en la prensa americana con dos posiciones: una que sostiene que la prensa debe ofrecer ‘noticias que los lectores necesitan’ y otra que argumenta que debe producir ‘noticias que los lectores quieren’. ¿‘Educar’ o ‘servir’ al lector? Estos autores entienden que “es necesario un periodismo que reconecte a los lectores como ciudadanos, que tome posiciones, y que genere debates públicos”.

Aguilar (2002: 199) sostiene que falta formación especializada sobre temática sanitaria en periodismo, ya que es muy escasa en los programas académicos, tanto en el grado como en el

postgrado e incluso como formación continuada. Quizá por este motivo, encontramos que las informaciones relacionadas con la salud que aparecen en los diarios autonómicos se enfocan más a la gestión o a la salud pública, que son campos en los que el profesional de la información se puede sentir más cómodo, que a las patologías o investigaciones en curso. Las cuestiones laborales o económicas posiblemente resultarán más asequibles para el periodista que la divulgación de innovaciones sanitarias. Posiblemente sea una actitud prudente, acorde con la máxima citada por el periodista sanitario José Luís de la Serna (1999: 90): "Nunca escribas o hables de lo que no sabes".

La información sobre salud es una responsabilidad compartida entre las fuentes y los medios que actúan como intermediarios con la población. Tampoco parece que, por parte de las primeras, haya existido un gran interés por impulsar una estrategia informativa. La conclusión de la tesis de Chimeno (1992: 234) parece seguir siendo válida más de 20 años después: "En el ámbito de la sanidad existe una gran disfunción informativa y la falta de un programa coordinado e integral en política informativa, que se traduce en la existencia de estructuras inadecuadas, imprevisibles y desconectadas de las necesidades, intereses y cualificación existente en la comunidad de salud".

En este contexto, parece sensata la propuesta de Revuelta (2006: 203): "Para mejorar la información sobre la salud se recomienda establecer plataformas de comunicación y participación entre el sector especializado y los medios de comunicación, fomentar el conocimiento mutuo de las necesidades de cada grupo profesional que interviene en el proceso y desligar al máximo la información en materia de salud de las presiones e influencias políticas".

Los medios regionales cuentan con plantillas notablemente más reducidas que los de ámbito nacional. En ellos encontramos redactores polivalentes con dedicación prioritaria a una temática concreta, aunque difícilmente en exclusiva. Por ello, parecen adoptar un enfoque híbrido entre el periodismo local y el sanitario. Esta situación parece también coherente con el tipo de público al que se dirigen. Quien compra un periódico de este tipo sabe que en él va a encontrar, sobre todo, información de proximidad, de su entorno más cercano.

De las cuestiones vistas hasta ahora parece deducirse que hay un margen para la mejora de la calidad de la información sanitaria que los ciudadanos reciben, tanto por parte de las fuentes como de los medios. Siempre será positivo el trabajo conjunto de los periodistas, las instituciones y los profesionales de la salud en beneficio del ciudadano, paciente o no.

Conclusiones

Las cuestiones sanitarias son objeto de atención informativa constante en los medios de comunicación escritos de ámbito autonómico en Aragón. Como media diaria, se ha contabilizado casi tres piezas, con una extensión conjunta que supera los tres cuartos de página.

El género periodístico predominante de los textos sobre sanidad es la noticia. En este sentido, los titulares son, por lo general, netamente informativos y sobrios. La presencia de géneros interpretativos y de opinión es muy reducida en los medios aragoneses.

Más de la mitad de las piezas publicadas se hallan encuadradas en el área temática 'Gestión y política sanitaria'. Se trata, por lo general, de temas más asequibles para el profesional de la información con una formación generalista que otros como investigación o enfermedades, que reciben menor atención. En este sentido, destaca también la escasa cobertura informativa que reciben asuntos como los hábitos saludables en los medios estudiados.

Los dos diarios presentan una notable coincidencia en los temas abordados, lo que parece poner de manifiesto una dependencia de fuentes concretas más que una tarea de investigación periodística de "temas propios".

De igual modo, se ha observado que informaciones generadas por fuentes de ámbito nacional se publican en los diarios estudiados adaptadas a las peculiaridades autonómicas de Aragón. La proximidad geográfica de las noticias es uno de los principales criterios de noticiabilidad y la razón de ser de los diarios de ámbito autonómico o local.

Los medios estudiados dedican mayor atención a las informaciones relacionadas con la sanidad que a las relativas a la salud propiamente dicha.

Agradecimientos

Los autores desean agradecer a Antonio Misiego-Peral, Javier Pérez-González y Víctor Manuel Solano-Bernad sus comentarios y aportaciones.

Referencias

- Aguilar, J. (2002). La información sanitaria. En: Ballesta Pagán, J. (coord.) *Medios de comunicación para una sociedad global*. Murcia: Servicio de publicaciones de la Universidad de Murcia.
- Asociación para la Investigación de Medios de Comunicación. (2013). *Estudio General de Medios 2012 (3ª oleada)*. Recuperado el 26 de marzo de 2013 de <http://www.aimc.es/-Datos-EGM-Resumen-General-.html>.
- Ayestarán Yarza, A., Camacho Markina, I. y Ronco López, M. (2012). La salud en la prensa vasca. Análisis de contenido de la década 2001-2010. En *Actas del IV Congreso Internacional Latina de Comunicación Social*. La Laguna: Universidad de La Laguna. Recuperado el 20 de abril de 2013 de http://www.revistalatinacs.org/12SLCS/2012_actas/044_Ayestaran.pdf
- Barsky, A.J. (1988). The paradox of health. *N Engl J Med*. 318, (7), 414-8.
- Bureau van Dijk (2013) *Heraldo de Aragón*. Paris. Recuperado el 20 de marzo de 2013 de la base de datos en línea SABI, Sistema de análisis de balances ibéricos. http://www.sabi.bvdep.com.roble.unizar.es:9090/version-2013222/cgi/template.dll?product=27&user=ipaddress&dummy_forcingloginisapi=1
- Bureau van Dijk (2013) *Prensa diaria aragonesa*. Paris. Recuperado el 20 de marzo de 2013 de la base de datos en línea SABI, Sistema de análisis de balances ibéricos. http://www.sabi.bvdep.com.roble.unizar.es:9090/version-2013222/cgi/template.dll?product=27&user=ipaddress&dummy_forcingloginisapi=1
- Camacho, I. (2010). Noticias sobre salud y medicina: mucho más que información. En: I. Camacho (coord.), *La especialización en el periodismo. Formarse para informar* (pp. 145-165). Sevilla / Zamora: Comunicación social.
- Camacho, I.; Peñafiel, C. y Ronco M. M. (2012) Necesidad de una información sanitaria de calidad: análisis de las noticias sobre salud en la prensa vasca. En *Actas del III Congreso Internacional de la Asociación Española de Investigadores de la Comunicación (AE-IC): Comunicación y Riesgo*. Tarragona. Recuperado el 15 de abril de 2013 de http://www.aeic2012tarragona.org/comunicacions_cd/ok/170.pdf
- Caminos Marcet, J.M. (2010) Investigar para sacar a la luz hechos ocultos. En I. Camacho (coord.), *La especialización en el periodismo* (pp. 40-60). Sevilla / Zamora: Comunicación Social.
- Chimeno Rabanillo, S. (1992). *La información en el ámbito sanitario*. Tesis doctoral. Madrid: Universidad Complutense.
- Costa Sánchez, C. (2008). Medicina y salud en la prensa. Las noticias de salud en los principales diarios de Galicia. *Revista Latina de Comunicación Social*, 63, 15-21. La Laguna:

- Universidad de La Laguna (Tenerife). Recuperado el 18 de abril de 2013 de http://www.ull.es/publicaciones/latina/2008/03/Costa_Sanchez.html
- De la Serna, J.L. (1999). Periodismo de salud en España. *Cuenta y razón*, 113, 89-92. Recuperado el 12 de abril de 2013 de http://www.cuentayrazon.org/revista/pdf/113/Num113_014.pdf
 - Dever, G.E.A. (1976). An epidemiological model for health policy analysis. *Social Indicators Research*, 2, 453-466.
 - El Periódico, líder en aumento de audiencia. (2003, 9 de abril). *El Periódico de Aragón*. Recuperado el 12 de marzo de 2013 de http://www.elperiodicodearagon.com/noticias/aragon/el-periodico-lider-en-aumento-de-audiencia_51408.html
 - Huguet, O. (2004). Prensa escrita. En: F. Marqués, S. Sáez y R. Guayta (eds.). *Métodos y medios en promoción y educación para la salud*. Barcelona: Editorial UOC.
 - Jurado Salván, E. (2003). *Evolución de la información sanitaria en la prensa escrita durante la transición española*. Tesis doctoral. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
 - Márquez Hernández, V. (2010). Los contenidos sanitarios en la prensa nacional. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 1(2): 164-171. [Documento en línea]. Recuperado el 12 de mayo de 2013 de http://www.aecs.es/1_2_contenidos%20sanitarios%20prensa%20nacional.pdf
 - Martínez Nicolás, M.A. (1994). *La construcción de la crisis del SIDA en la información periodística*. Tesis doctoral. Barcelona: Universidad Autónoma.
 - Muñoz Álvarez, E. (2011) Análisis de los contenidos sanitarios en prensa nacional: ABC y La Razón. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 2(1): 3-12. [Documento en línea]. Recuperado el 12 de mayo de 2013 de http://www.aecs.es/2_1_2.pdf
 - Observatorio de la Comunicación Científica. *Informe Quiral 2009*. (2010) Barcelona: Rubes Editorial. Recuperado el 12 de febrero de 2013 de <http://www.fundacionvilacasas.com/es/salud-iinforme-quiral/>
 - Oficina de Justificación de la Difusión. (2012). *Medios controlados*. Información y control de Publicaciones. Recuperado el 6 de marzo de 2013 de <http://www.introl.es/medios-controlados/>
 - Peláez Valdivieso, A. (2011) La salud y su manipulación. Análisis de dos periódicos nacionales: El País y El Mundo. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 2(1): 13-23. [Documento en línea]. Recuperado el 12 de mayo de 2013 de http://www.aecs.es/2_1_3.pdf
 - Real Academia Española. (s.f). *Diccionario de la lengua española* (23ª ed.). Madrid: Autor. Recuperado el 12 de marzo de 2013 de <http://buscon.rae.es>
 - Revuelta G. (2006). Salud y medios de comunicación en España. *Gaceta Sanitaria*, 20 (Supl 1), 203-8.
 - Sánchez-Martos J. (2004). Marco conceptual de la promoción y educación para la salud. En F. Marqués, S. Sáez y R. Guayta (eds.) *Métodos y medios en promoción y educación para la salud*. Barcelona: Editorial UOC.

- Seoane M.C. y Saiz M.D. (2010). *Cuatro siglos de periodismo en España*. Madrid: Alianza Editorial.
- Tabakman R. (2011). *La salud en los Medios. Medicina para Periodistas. Periodismo para Médicos*. Gran Bretaña: Internal Medical Publishing.
- Teruel, E. (1997). *Retórica, informació i metàfora: anàlisi aplicada als mitjans de comunicació de massa*. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona.
- Waisbord S. y Coe G. (2002) Comunicación, periodismo, salud y desafíos para el nuevo milenio. *Razón y palabra*, 26. Recuperado el 24 de abril de 2013 de <http://www.razonypalabra.org.mx/antecedentes/n26/swaisbord.html>
- Warren C.N. (1975) Géneros periodísticos informativos. Barcelona: A.T.E.

Información, asesoramiento y apoyo familiar en el daño cerebral sobrevenido

Information, counselling and family support in brain damage

Alicia Muñoz Bono ^{1*}

¹ Fisioterapeuta Unidad de Estancias Diurnas CerNep (Centro de Evaluación y Rehabilitación Neuropsicológica de la Universidad de Almería. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Almería. Fecha de recepción: 23/10/2013 – Fecha de aceptación: 21/09/2014

Resumen

Introducción: El daño cerebral sobrevenido no afecta a la persona de manera aislada sino a todo su entorno socio-familiar. Son los familiares más cercanos los que con mayor fuerza sienten las consecuencias de la lesión. La información, apoyo psicológico y asesoramiento son cruciales durante todo el proceso rehabilitador del paciente. Son pocos los estudios de tipo cuantitativo que existen sobre esta temática. **Objetivos:** Conocer nivel de información, asesoramiento y apoyo familiar recibido tras el daño cerebral sobrevenido, en la fase hospitalaria y extrahospitalaria, en una muestra de familiares que acuden a la unidad de estancias diurnas CerNep (Centro de evaluación y rehabilitación neuropsicológica) de la Universidad de Almería. **Material y métodos:** Se llevó a estudio observacional descriptivo transversal. Se pasó una encuesta de satisfacción a una muestra de 14 sujetos (cuidadores principales de afectados por DCS que acuden a la unidad de estancias diurnas CerNep de la Universidad de Almería) sobre la información, el asesoramiento y apoyo familiar recibido tras el daño cerebral sobrevenido, tanto en la fase hospitalaria (ingreso y alta en el hospital) como en la fase extrahospitalaria. **Resultados y conclusiones:** El 71,23% de los encuestados recibió siempre asesoramiento sobre el plan de cuidado y tratamiento de su familiar en la fase extrahospitalaria frente al 42,86%. El 85,71% de los familiares considera que recibió siempre apoyo psicológico en la fase extrahospitalaria frente al 31,43% en la fase hospitalaria. La información, asesoramiento y apoyo psicológico y cuidado es mejor valorada por los familiares en la fase extrahospitalaria (unidad de estancias diurnas CerNep) que la fase hospitalaria. Sería necesario realizar futuros estudios más rigurosos para poder dar unas afirmaciones más concluyentes.

Palabras clave: Asesoramiento, Daño cerebral sobrevenido, Familia, Información y apoyo

Abstract

Introduction: The brain damage affects to the family. The information, psychological support and advice are very important for the rehabilitation. There are few quantitative studies about this subject. **Objectives:** To know the level of counseling and family support received after brain damage, in-hospital and postdischarge phase in a sample of families who come to the unit day CerNep (Center for evaluation and neuropsychological rehabilitation) at the University of Almeria. To know level of information, psychological support and advice received after in-hospital and postdischarge phase in a sample of families who come to the unit CerNep day stays (Center neuropsychological assessment and rehabilitation) of the University of Almeria. **Methods:** A descriptive, observational, cross-sectional study in a sample of 14 subjects (caregivers). **Results and conclusions:** The 71.23% of respondents always received advice on the care plan and treat your family the outpatient phase compared to 42.86%. 85.71% of family always considered received counseling in the outpatient phase compared to 31.43% during hospitalization. The information, advice and support is the psychological care most valued by the families in the outpatient phase (day stays CerNep unit) than hospital phase. The Future would require more rigorous studies to provide a more conclusive statements.

Key words: Brain Injury, Family, Advice, Information and Support

*Correspondencia: fisiosalud_22@hotmail.com

Introducción

Se define daño cerebral sobrevenido (DCS), según el grupo de trabajo del Plan de Atención al Daño Cerebral Sobrevenido de Extremadura 2012, a “cualquier lesión de cualquier origen que ocurre de forma aguda en el encéfalo, causando en el individuo un deterioro neurológico permanente, que condiciona un menoscabo de su capacidad funcional y de su calidad de vida previas”. (Castellanos-Pineda F. et al, 2012; Quezada M., 2011).

Según la *Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD) INE, 2008*; existen en España 420.064 personas con DCS. (Castellanos-Pineda F. et al, 2012; Quezada M., 2011). El 90% de estas personas presenta alguna discapacidad para actividades como la movilidad, el autocuidado, la vida doméstica, las interacciones personales, el aprendizaje y aplicación de conocimientos. (*INE, 2008*)

El DCS no afecta a la persona de manera aislada sino a todo su entorno socio-familiar. Son los familiares más cercanos los que con mayor fuerza sienten las consecuencias de la lesión. Así lo demuestra un estudio realizado por López de Arróyabe y Calvete en el año 2005 en el que participaron 223 familiares. En dicho estudio se concluyó que dichos familiares manifestaron síntomas de duelo que afectarían posteriormente al cuidado del familiar afectado por DCS.

Algunas investigaciones han llegado a plantear que muchas familias soportan un nivel de estrés incluso mayor que el que sufren los propios pacientes, al tener una mayor conciencia de la situación.

Por otro lado, los programas de rehabilitación actuales incorporan la familia como un componente esencial (Portillo, Wilson y Saracibar; 2002). Es decir, «la familia es cóvictima y parte del problema pero también es parte de la solución». De hecho, será muy difícil restablecer el equilibrio individual si no se logra resolver la crisis del sistema familiar. (López de Arroyabe y Calvete, 2005).

Hay algunos aspectos que agravan el impacto del DCS en el familiar y no se presentan de forma tan drástica en otras patologías:

- La vida cambia en un instante y no hay preparación previa.
- El número de causas tan diferentes que pueden ocasionar un DCS hace que las consecuencias y altas sean también muy diferentes. De ello se deriva una extraordinaria variabilidad entre las familias en cuanto al impacto del DCS y su afrontamiento.
- El DCS puede implicar secuelas de naturaleza muy diversa, tales como problemas sensoriales, físicos, dificultades cognitivas, disfunciones sociales y cambios en la

personalidad. Del complejo de estresores para la familia, los más destructivos parecen ser los cambios cognitivos y de personalidad del afectado/a.

- El estrés y la carga del familiar tienden a ser crónicos al igual que algunos de los cambios producidos por el daño cerebral y en muchos casos no sólo no disminuyen sino que pueden incluso aumentar con el paso del tiempo.

Según Díaz (2007), algunas de las alteraciones que sufre la familia y que precisa ser intervenidas son las siguientes:

- *Mensajes contradictorios*: la familia percibe como contradictorios los mensajes recibidos por profesionales de distintas instituciones y se hace necesario modular el impacto emocional que esto produce en la familia. Ejemplo “se va a quedar así para toda la vida” versus “no te preocupes que va a poder caminar”.
- *Aislamiento social*: la familia se aísla del medio social; bajas laborales que se extienden en el tiempo, falta de contacto con amigos y de actividades gratificantes para la familia.
- *Nuevos roles*: cambios en los roles familiares, por ejemplo un hijo emancipado con DCS que tiene que volver a vivir con sus padres.
- *Problemas de comportamiento*: una de las situaciones que más preocupa a la familia es cuando la persona con DCS presenta problemas de comportamiento y/o afectivos.
- *Sensación de duelo*: las familias suelen experimentar duelo o pérdida “ya no es lo que era” y en este cambio se llena de comparaciones entre lo que antes podíamos hacer y ahora no. (Bascones y Quezada 2006).
- *Nuevas referencias*: cambios en los marcos de referencia de la familia, es decir, de la visión que tiene la familia del mundo y de sí misma.

Mauss-Clum y Ryan (1981) y Hampe (1975) fueron de los primeros en estudiar las necesidades familiares de apoyo en el DCS y resaltar la importancia de incluir al familiar activamente en el proceso rehabilitador. En su estudio, encontraron que los familiares valoraban muy alto la necesidad de comunicarse con los profesionales acerca de la recuperación tanto a corto como a largo plazo de su familiar afectado, así como la necesidad de apoyo emocional, información sobre recursos comunitarios y apoyo financiero. Hoy en día son varios los estudios que corroboran estas necesidades familiares. Ejemplo de ello es el trabajo realizado por Lefebvre y Lvert (2012), que consistía en un proyecto de colaboración internacional entre investigadores canadienses y franceses. Se trataba de un estudio amplio cualitativo retrospectivo. De los 150 participantes del estudio, se concluyó que las principales necesidades fueron la información, el apoyo, la relación y comunicación con los profesionales y la atención y servicios recibidos.

En cuanto a la información se halló la necesidad de que tanto las personas afectadas con DCS como sus familiares precisaban una información continua durante todo el proceso (fase hospitalaria, extrahospitalaria y postrehabilitación).

Son pocos los estudios de tipo cuantitativo que existen en la bibliografía sobre el nivel de apoyo, información y asesoramiento que reciben los familiares de pacientes con DCS en las distintas fases del proceso rehabilitador.

El objetivo del presente estudio será conocer el grado de satisfacción sobre la información, el asesoramiento y apoyo familiar recibido tras el daño cerebral sobrevenido, en la fase hospitalaria y extrahospitalaria, en una muestra de familiares que acuden a la unidad de estancias diurnas CerNep (Centro de evaluación y rehabilitación neuropsicológica) de la Universidad de Almería.

Material y métodos

Se trató de un estudio observacional descriptivo transversal. La muestra del estudio estaba compuesta por 14 sujetos (cuidadores principales de familiares que acuden a la unidad de estancias diurnas CerNep). Los criterios de inclusión para formar parte de la muestra de estudio fueron los siguientes:

- Ser el cuidador principal de la persona con daño cerebral sobrevenido que acude a la unidad de estancias diurnas CerNep de la Universidad de Almería.
- Ser mayor de edad.
- Haber vivido desde el principio el inicio de la enfermedad.
- Tener el consentimiento informado por escrito para llevar a cabo el estudio.

El criterio de exclusión fue no conocer el castellano, por los problemas que se podrían encontrar al leer la encuesta. El muestreo fue no aleatorio por conveniencia.

Se les envió a los cuidadores principales que cumplían los criterios de exclusión una carta explicativa sobre los objetivos de la investigación, junto con el consentimiento informado para los familiares así como la encuesta a completar. Dicha encuesta fue elaborada para el estudio. Constaba de dos partes. La primera correspondió a la fase hospitalaria que comprendió desde el ingreso en el hospital hasta el alta médica. Y una segunda parte, que era la fase extrahospitalaria que correspondió desde el ingreso de la persona con daño cerebral sobrevenido en la unidad de estancias diurnas CerNep.

La encuesta estuvo formada por 31 preguntas, de las cuales 30 se respondían con una enumeración que iba del 0 al 3; donde 0 significaba Nunca, 1 Pocas veces, 2 Algunas veces y 3 Siempre.

Se crearon tres grandes bloques a analizar: Información del estado del familiar, Asesoramiento y apoyo y cuidado (tanto al familiar como hacia al paciente).

- A. El bloque “Información del estado del familiar” estaba constituido por los siguientes apartados:
- Tipo de lenguaje: al que corresponde las preguntas nº 2 de ambas fases.
 - Comprensión de la información por parte del familiar: le corresponde la pregunta nº 3 de la fase hospitalaria.
 - Veracidad de la información: preguntas 4 y 5 de la fase hospitalaria y 3 de la fase extrahospitalaria.
- B. El bloque de “Asesoramiento”, estaba compuesto por los apartados:
- Asesoramiento sobre el cuidado y tratamiento: preguntas nº 9 de la fase hospitalaria y 7 de a extrahospitalaria.
 - Apoyos sociosanitarios: pregunta nº 11 de la fase hospitalaria y nº 9 de la extrahospitalaria.
 - Calidad del asesoramiento recibido: pregunta nº 10 de la fase hospitalaria y preguntas nº 1 y 8 de la fase extrahospitalaria.
- C. Y finalmente el módulo de “Apoyo y Cuidado”, compuesto por:
- Apoyo y cuidado hacia familiar:
 - o Apoyo Psicológico :pregunta nº 6 de la fase hospitalaria y 4 de la fase extrahospitalaria
 - o Empatía: pregunta nº 8 de la fase hospitalaria pregunta nº 6 de la fase extrahospitalaria.
 - Apoyo y cuidado hacia familiar:
 - o Cuidado sanitario: pregunta nº 7 de la fase hospitalaria y nº 5 de la extrahospitalaria.

Las variables del diseño fueron características del nivel de información de estado del familiar, nivel de asesoramiento y nivel de apoyo psicológicos recibido en las fases hospitalaria y extrahospitalaria. El estudio se llevó a cabo en enero del 2013 y se dio de plazo 2 semanas para contestar a la encuesta. Para el análisis de datos se empleó el sistema Microsoft Excel 2010.

Resultados

En el estudio participaron 14 sujetos: 10 mujeres (71,43%) y 4 varones (28,57%).

En el módulo “**Información del estado familiar**”, compuesto por los apartados “tipo de lenguaje”, “comprensión de la información por parte del familiar” y “veracidad de la información” se obtuvieron los siguientes resultados:

Apartado “Tipo de lenguaje empleado”:

- Pregunta 2 fase hospitalaria *¿Emplearon un lenguaje sencillo en las explicaciones que le dieron acerca del estado de su familiar?* El 7,14% (1 sujeto) contestó que Nunca. Otra

persona contestó que pocas veces. El 42,85% (6 personas) algunas veces y el otro 42,85% contestaron que siempre.

- Pregunta 2 fase extrahospitalaria *¿Emplearon un lenguaje sencillo en las explicaciones que le dieron acerca del estado de su familiar?* El 92,86% (13 sujetos siempre) y el 7,14% restante (un sujeto) algunas veces.

Apartado “comprensión de la información por parte del familiar”:

- Pregunta 3. *¿Entendía usted lo que le estaba ocurriendo a su familiar y por qué se le estaba tratando?* El 14,28% (2 sujetos) pocas veces, el 28,57 (4 sujetos) algunas veces y el 57,14% (8 sujetos) siempre.

Apartado veracidad de la información:

- Pregunta 4 fase hospitalaria *¿Cree usted que se le ha dado una información real acerca del estado y la evolución de su familiar?* El 7,14% (un sujeto) respondió que nunca. El 14,28% (2 sujetos) pocas veces, el 42,85% (6 sujetos) algunas veces y el 35,71% (5 sujetos) siempre.
- Pregunta 5 fase hospitalaria *¿Recibió información contradictoria con respecto al estado y evolución de su familiar?* El 50% (7 sujetos) nunca, el 7,14% (pocas veces), el 28,57% (4 sujetos) algunas veces y el 14,28% (2 sujetos) siempre.
- Pregunta 3 fase extrahospitalaria *¿Cree usted que se le ofrece una información real acerca del estado y la evolución de su familiar?* El 7,14% (un sujeto) pocas veces, el 14,28% (2 sujetos) algunas veces y el 78,57% Siempre.

Módulo de “**Asesoramiento**”, compuesto por los siguientes apartados:

Apartado “Asesoramiento de cuidado y tratamiento”:

- Pregunta 9 fase hospitalaria *¿Recibió información sobre el plan de cuidados y tratamiento que necesitaba su familiar al alta hospitalaria?* El 7,14% (un sujeto) nunca, el 14,28% (2 sujetos) pocas veces, el 35,71% (5 sujetos) algunas veces y el 42,86% (6 sujetos) siempre.
- Pregunta 7 Fase extrahospitalaria *¿Recibe información sobre el plan de cuidados y tratamiento que necesitaba su familiar?* El 7,14% (un sujeto) pocas veces, el 21,43% algunas veces y el 71,43% (10 sujetos) siempre.

Apartado “Apoyos sociosanitarios”:

- Pregunta 11 fase hospitalaria *¿Se le informó de las ayudas y de los recursos sociosanitarios (solicitud de ayudas, pensiones, centros concertados...) a los que podía recurrir para su familiar al alta hospitalaria?* El 28,57% (4 sujetos) Nunca, otro 28,57% pocas veces, un 7,15% (un sujeto) algunas veces y el 35,71% (5 sujetos) siempre.
- Pregunta 9 fase extrahospitalaria *¿Se le informa de las ayudas y de los recursos sociosanitarios (solicitud de ayudas, pensiones...) a los que podía recurrir para su*

familiar? El 21,43% (3 sujetos) Nunca, el 7,14% pocas veces, el 28,57%) algunas veces y el 42,86% (6 sujetos) siempre

Apartado “Calidad del asesoramiento recibido”:

- Pregunta 10 fase hospitalaria *¿Era completa la información que se le proporcionó al alta hospitalaria?* El 28,57% (4 sujetos) consideraron que pocas veces, el 42,86% (6 sujetos) algunas veces y el 28,57% siempre.
- Pregunta 1 fase extrahospitalaria *¿Recibe en CerNep la información que necesita saber de su familiar?* El 31,43% (3 sujetos) algunas veces y el 78,57% (11 sujetos) siempre.
- Pregunta 8 fase extrahospitalaria *¿Es completa la información que recibe sobre el plan de cuidados y tratamiento que necesita su familiar?* El 7,14% pocas veces, el 21,43% (3 sujetos) algunas veces y el 71,43% (10 sujetos) siempre.

Módulo de “Apoyo y cuidado”

Apartado apoyo psicológico hacia el familiar:

- Pregunta 6 fase hospitalaria *¿Recibió usted el apoyo psicológico del personal sanitario?* El 57,14% (8 sujetos) nunca, el 31,43% (3 sujetos) algunas veces y el otro 31,43% siempre.
- Pregunta 4 fase extrahospitalaria *¿Recibe apoyo y asesoramiento en CerNep?* El 7,14% pocas veces, otro 7,14% algunas veces y el 85,71% siempre.

Apartado “Empatía hacia el familiar”:

- Pregunta 8 fase hospitalaria *¿Se sintió comprendido por el personal sanitario durante el ingreso de su familiar?* El 7,14% (un sujeto) Nunca, el 28,57% (4 sujetos) pocas veces, el otro 24,57% algunas veces y el 35,71% (5 sujetos) siempre. Pregunta 6 fase extrahospitalaria *¿Se siente comprendido por el personal de CerNep?* El 14,28% (2 sujetos) algunas veces y el 85,71% restante (12 sujetos) siempre.

Apartado “Cuidado sanitario hacia el paciente con DCS”:

- Pregunta 7 fase hospitalaria *¿Usted cree que el cuidado del personal sanitario (médicos, enfermeras, fisioterapeutas, auxiliares) a su familiar ha sido el adecuado?* El 21,43% (3 sujetos) pocas veces, el 14,28% (2 sujetos) algunas veces y el 64,29% (9 sujetos) siempre
- Pregunta 5 fase extrahospitalaria *¿Usted cree que el cuidado del personal de CerNep a su familiar está siendo el adecuado?* El 14,28% algunas veces y el 85,71% (12 sujetos) siempre

Comparando resultados, se observa que existe una mejor satisfacción por parte de los familiares en cuanto al tipo de lenguaje empleado en la unidad de estancias diurnas CerNep (fase extrahospitalaria) respecto al hospital (fase extrahospitalaria) *Ver figura 1.*

Tipo de lenguaje empleado en la comunicación

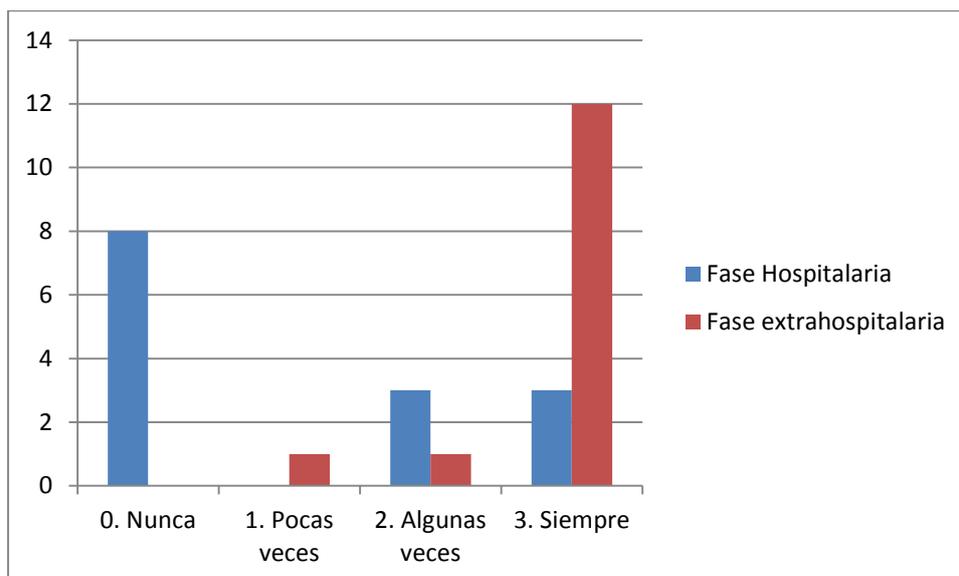


Figura 1. ¿Emplearon un lenguaje sencillo en las explicaciones que le dieron a cerca del estado de su familiar?

En cuanto al tipo de asesoramiento de cuidados y tratamiento, los familiares parecen estar más satisfechos con la información proporcionada por CerNep que en el hospital. Ver figura 2.

Asesoramiento de cuidados y tratamiento

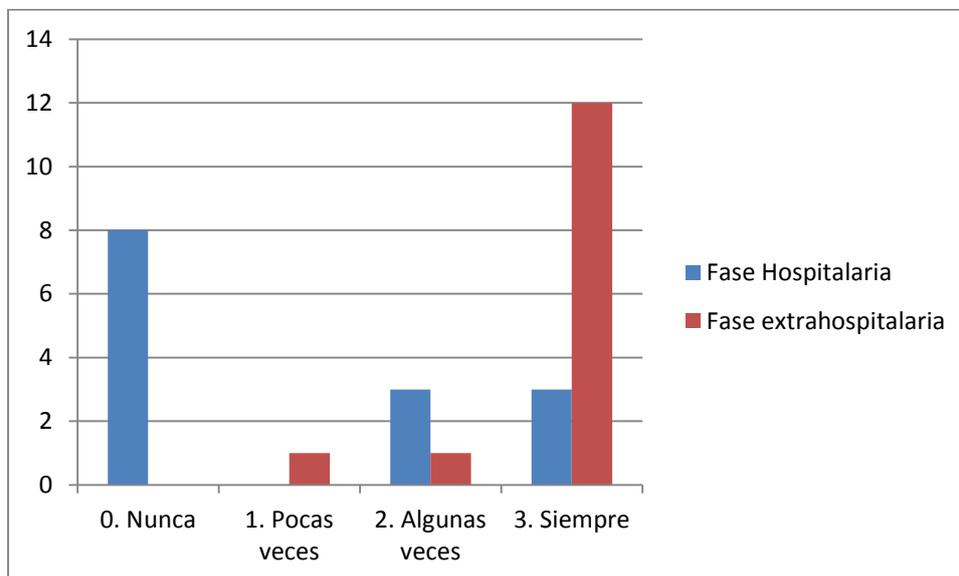


Figura 2. ¿Recibió información sobre el plan de cuidados y tratamiento que necesitaba su familiar al alta hospitalaria?

Los familiares, valoran mejor el asesoramiento sobre las ayudas y apoyos sociosanitarios que ofrece CerNep que el que proporciona el hospital. Ver figura 3.

Asesoramientos sobre apoyos sociosanitarios

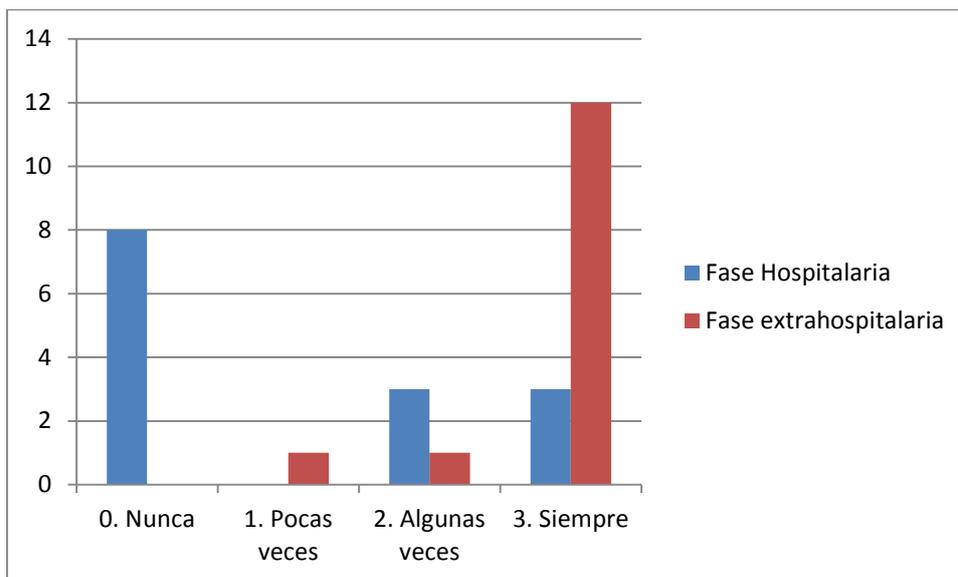


Figura 3. ¿Se le informó de las ayudas y de los recursos sociosanitarios (solicitud de ayudas, pensiones, centros concertados...) a los que podía recurrir para su familiar al alta hospitalaria?

Finalmente destaca también, el nivel de satisfacción de los familiares en cuanto al apoyo psicológico recibido en la fase extrahospitalaria (unidad de estancias diurnas Cernep) respecto al recibido en el hospital. Ver figura 4.

Apoyo psicológico hacia la familia

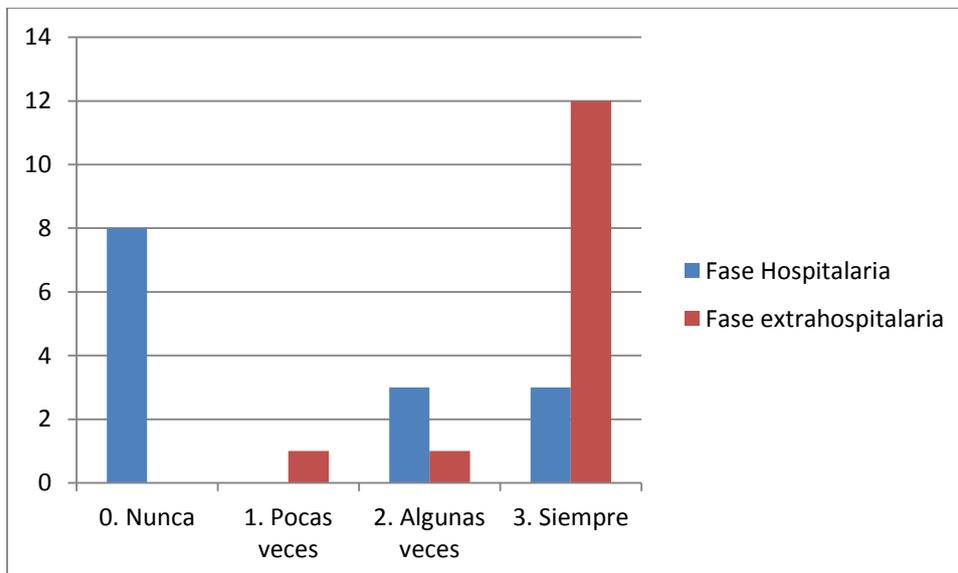


Figura 4. ¿Recibió usted apoyo psicológico del personal sanitario?

Discusión

A pesar de los datos obtenidos, es preciso tener en cuenta la limitación de la muestra (14 sujetos), dicha muestra no es representativa para arrojar afirmaciones concluyentes. Otro sesgo importante a destacar es que al ser el muestreo, una selección de los sujetos del estudio por conveniencia, dichas respuestas en el apartado de fase extrahospitalaria pueden estar sesgadas ya que los cuidadores pertenecen a la Unidad de Estancias Diurnas Cernep. Debemos de añadir también como limitación del estudio, el instrumento de recogida de información empleado; ya que se trata de una encuesta elaborada para dicho estudio y no está validada.

La ausencia de estudios de tipo cuantitativo sobre esta temática impide poder correlacionar los resultados obtenidos con los de estudios pasados. Sin embargo, cabe mencionar un estudio llevado a cabo por López de Arroyabe y Calvete en el año 2012 sobre las necesidades de familiares de pacientes con DCS, se identificaron 10 necesidades como importantes durante el periodo de vuelta a casa/permanencia. De las 10 necesidades señaladas como más importantes, cinco corresponden a la Necesidad de Información Médica/Salud sobre los problemas neuropsicológicos y físicos del paciente, comprensión y sinceridad en la información y atención garantizada y tres a la Necesidad de Apoyo Profesional (que oriente y pauté cómo actuar con el paciente, pronóstico y disponer suficientes recursos para el paciente y la familia). Dichas necesidades coinciden con las necesidades más frecuentemente percibidas como importantes en otros estudios previos (Kreutzer et al., 1994; Witol et al., 1996). En nuestro estudio se observa en las respuestas al módulo de *“Información del estado familiar”* y *“asesoramiento”* un mayor asesoramiento e información en la fase extrahospitalaria que hospitalaria.

Los resultados obtenidos por de Arango-Lasprilla et al. (2010) en su estudio sobre las necesidades de cuidadores de personas con un DCA en Colombia, coinciden con los obtenidos en nuestro estudio. El apoyo emocional es la necesidad de los familiares menos satisfecha, especialmente en la fase extrahospitalaria.

Según López de Arroyabe y Calvete (2012), la necesidad señalada más frecuentemente como no atendida es la de apoyo emocional. El hecho de que el familiar no sea o no se sienta apoyado emocionalmente interfiere negativamente en sus relaciones con los profesionales, pudiendo repercutir en la recuperación de la persona afectada. Además, el familiar está tan centrado en la salud del paciente que olvida la suya propia y en puntuales ocasiones solicita apoyo psicológico y emocional. El familiar y la persona afectada van a precisar un seguimiento de larga duración y ayuda de instituciones correspondientes tanto al ámbito sanitario como social. Los diferentes profesionales que acompañen también al familiar en este recorrido, desde la fase aguda hasta la crónica, deberían tener en cuenta que la satisfacción del apoyo emocional es la variable que más impacto va a tener en la reducción de sus síntomas psicológicos. Sin embargo, en los resultados obtenidos en nuestro estudio se ha observado una alta carencia de apoyo emocional

en la experiencia vivida en los familiares de pacientes con daño cerebral sobrevenido encuestados en la fase hospitalaria 31,43% frente al 85,71% que se obtiene en la fase extrahospitalaria. Dichos datos parecen coincidir con lo obtenidos en un estudio realizado en el 2013 por Coco, Tossavainen, Jääskeläinen y Turunen. En dicho estudio se encuestó a 1723 enfermeras del área de neurocirugía. Sólo un 37% dijo que siempre tuvo en cuenta la individualidad de las necesidades de los familiares de pacientes ingresados por DCS.

Conclusiones

1. La información, asesoramiento y apoyo psicológico y cuidado es mejor valorada por los familiares en la fase extrahospitalaria(unidad de estancias diurnas CerNep) que la fase hospitalaria.
2. Sería necesario realizar futuros estudios más rigurosos para poder dar unas afirmaciones más concluyentes.

Agradecimientos

Agradezco a todos los familiares y pacientes del centro CerNep de la Universidad de Almería su apoyo y colaboración en el estudio; así como a todo el equipo humano que forma CerNep por su apoyo incondicional para elaborar este proyecto.

Referencias

- Arango-Lasprilla, J.C et al. (2010). Family needs in caregivers of individuals with traumatic brain injury from Colombia, South America. *Brain injury*, 24(7), 1017-1026.
- Bascones, L.M. y Quezada, M.Y. (2006). El estrés de la familia en el medio plazo: entre las secuelas del afectado y los factores del entorno. Daño cerebral sobrevenido en Castilla la ManchaCastilla la Mancha: FILSEM, pp. 175-190.
- Bascones, L.M., Quezada, M.Y. (2006). Hospitalización: valores y carencias observadas. Daño cerebral sobrevenido en Castilla la Mancha Castilla la Mancha: FILSEM, 147-160.
- Bond, E., Lee, C., Mandelco, B., Donnelly, M. (2003). Needs of family members of patients with severe traumatic brain injury: Implications for evidence-based practice. *Crit care nurse*, 23(4), 63-72.
- Castellanos-Pinedo, F., Cid-Gala, M., Duque,P., Ramírez-Moreno, J.M., Zurdo, M. (2012). Daño cerebral sobrevenido: Propuesta de definición, criterios diagnósticos y clasificación. *Rev Neurol*, 54(6), 357-366.
- Coco, K., Tossavainen, T. Jääskeläinen y Turunen,H. (2013). The provision of emotional support to the families of traumatic brain injury patients: perspectives of finnish nurses. *J Clin Nurs*, 22(9), 1365-2702.
- Defensor del Pueblo. (2005). Daño cerebral sobrevenido en España: un acercamiento epidemiológico y sociosanitario. Informe del Defensor del Pueblo, Madrid.
- Díaz, J.L. (2007). Abordaje familiar en daño cerebral adquirido. Dossier daño cerebral. *Minusval*. Noviembre-diciembre, 20-21.
- Federación Española de Daño Cerebral Adquirido (2009). Familias y daño cerebral adquirido.Cuadernos FEDACE sobre daño cerebral adquirido Nº9. Madrid.
- Gómez, I. (2008). El daño cerebral sobrevenido: un abordaje transdisciplinar dentro de los servicios sociales *Intervención Psicosocial*, 17(3), 237-244.
- Lefebvre, H., Lvert, M.J. (2012). The needs experienced by individuals and their loved ones following a traumatic brain injury. *Journal of trauma nursing*, 19(4), 197-207.
- López de Arroyabe-Castillo, E., Calvere, E. (2012). Evaluación de las necesidades de los familiares de personas afectadas de Daño Cerebral Adquirido mediante el cuestionario de necesidades familiares. *Anales de psicología*, 28(3), 728-735.
- Portillo, M.C., Wilson-Barnett, J., Saracibar M.I. (2002). Estudio desde la percepción de pacientes y familiares del proceso de participación informal en el cuidado después de un ictus: metodología y primeros resultados. *Enfermería clínica*, 12(3), 94-103.
- Quezada, M. (2011). El Daño Cerebral Adquirido (DCA) en España: principales resultados a partir de la Encuesta EDAD-2008. Boletín del observatorio estatal de la discapacidad, Madrid.

Anexo

Edad:

Sexo:

Encuesta de satisfacción sobre el asesoramiento y apoyo familiar recibido durante la fase hospitalaria

1. ¿A qué profesional sanitario acudió para informarse sobre el estado de salud de su familiar cuando estaba ingresado?

2. ¿Emplearon un lenguaje sencillo en las explicaciones que le dieron acerca del estado de su familiar?

0. Nunca
1. Pocas veces
2. Algunas veces
3. Siempre

3. ¿Entendía usted lo que le estaba ocurriendo a su familiar y por qué se le estaba tratando?

0. Nunca
1. Pocas veces
2. Algunas veces
3. Siempre

4. ¿Cree usted que se le ha dado una información real acerca del estado y la evolución de su familiar?

0. Nunca
1. Pocas veces
2. Algunas veces
3. Siempre

5. ¿Recibió información contradictoria con respecto al estado y evolución de su familiar?

0. Nunca
1. Pocas veces
2. Algunas veces
3. Siempre

6. ¿Recibió usted el apoyo psicológico del personal sanitario?

0. Nunca
1. Pocas veces
2. Algunas veces
3. Siempre

¿De qué profesional?

7. ¿Usted cree que el cuidado del personal sanitario (médicos, enfermeras, fisioterapeutas, auxiliares) a su familiar ha sido el adecuado?

0. Nunca
1. Pocas veces
2. Algunas veces
3. Siempre

8. ¿Se sintió comprendido por el personal sanitario durante el ingreso de su familiar?
0. Nunca
 1. Pocas veces
 2. Algunas veces
 3. Siempre
9. ¿Recibió información sobre el plan de cuidados y tratamiento que necesitaba su familiar al alta hospitalaria?
0. Nunca
 1. Pocas veces
 2. Algunas veces
 3. Siempre
10. ¿Era completa la información que se le proporcionó al alta hospitalaria?
0. Nunca
 1. Pocas veces
 2. Algunas veces
 3. Siempre
11. ¿Se le informó de las ayudas y de los recursos sociosanitarios (solicitud de ayudas, pensiones, centros concertados...) a los que podía recurrir para su familiar al alta hospitalaria?
0. Nunca
 1. Pocas veces
 2. Algunas veces
 3. Siempre

**Encuesta de satisfacción sobre el asesoramiento y apoyo familiar recibido en CerNep
(Fase extrahospitalaria)**

1. ¿Recibe en CerNep la información que necesita saber de su familiar?
0. Nunca
 1. Pocas veces
 2. Algunas veces
 3. Siempre
2. ¿Emplearon un lenguaje sencillo en las explicaciones que le dieron acerca del estado de su familiar?
0. Nunca
 1. Pocas veces
 2. Algunas veces
 3. Siempre
3. ¿Cree usted que se le ofrece una información real acerca del estado y la evolución de su familiar?
0. Nunca
 1. Pocas veces
 2. Algunas veces
 3. Siempre
4. ¿Recibe apoyo y asesoramiento en CerNep?
0. Nunca

1. Pocas veces
2. Algunas veces
3. Siempre

¿De qué profesional?

.....

5. ¿Usted cree que el cuidado del personal de CerNep a su familiar está siendo el adecuado?

0. Nunca
1. Pocas veces
2. Muchas veces
3. Siempre

6. ¿Se siente comprendido por el personal de CerNep?

0. Nunca
1. Pocas veces
2. Algunas veces
3. Siempre

7. ¿Recibe información sobre el plan de cuidados y tratamiento que necesitaba su familiar?

0. Nunca
1. Pocas veces
2. Algunas veces
3. Siempre

8. ¿Es completa la información que recibe sobre el plan de cuidados y tratamiento que necesita su familiar?

0. Nunca
1. Pocas veces
2. Algunas veces
3. Siempre

9. ¿Se le informa de las ayudas y de los recursos sociosanitarios (solicitud de ayudas, pensiones...) a los que podía recurrir para su familiar?

0. Nunca
1. Pocas veces
2. Algunas veces
3. Siempre

La situación de la publicidad y las comunicaciones de marketing del sector de la salud en España

The situation of Spanish advertising and marketing communications in the health sector

María Galmés-Cerezo^{1*}, José Borja Arjona-Martín²

¹ ESIC Business and Marketing Madrid

² Centro Universitario Villanueva (adscrito a la U. Complutense de Madrid)

Fecha de recepción: 23/04/2014 - Fecha de aceptación: 22/10/2014

Resumen

Las comunicaciones de marketing en el sector de la salud se encuentran ante un reto fundamental: la incorporación de las nuevas tecnologías, la evolución en las actitudes y motivaciones de los públicos y un sustancial cambio del modelo publicitario. Productos, servicios y marcas, relacionados con la salud, requieren un nuevo enfoque en sus estrategias de comunicación. Enfoque que pasa por la necesaria segmentación de sus públicos objetivos, así como profundizar en las percepciones y necesidades latentes de dichos públicos. La comunicación, pues, se construye desde los cimientos de la relación con las audiencias. Todo ello articulado bajo una estrategia de medios integradora, combinando medios sociales, medios de masas y medios propios como congresos o ferias. Lo que conocemos como *Integrated Marketing Communication* (IMC), que junto a la segmentación de los públicos, constituye ya pilar básico en las comunicaciones de marketing en el sector de la salud.

Palabras clave: Marketing, publicidad, salud, segmentación, IMC (*integrated Marketing Communication*)

Abstract

Currently, there are several challenges for marketing communications in health sector: the incorporation to new technologies, targeting and an important advertising model change. Products, services and brands from the health sector require a new approach in their communication strategies. For this reason it is necessary a segmentation of their target audiences and deepen in the perceptions and needs of these audiences. Thus, communication is built from the relationship with the audience. These concepts are articulated under an integrated media strategy, combining social media, mass media and others resources as congresses or fairs. What we know as *Integrated Marketing Communication* (IMC) that, integrated with targeting, constitutes a fundamental element in marketing communications in the health sector.

Keywords: Marketing, advertising, health, trgeting, IMC (*Integrated Marketing Communication*)

*Correspondencia: galmescerezo.maria@gmail.com

Introducción

Los actuales modelos estratégicos de las comunicaciones de marketing del sector de la salud se están encaminando hacia la innovación. El sector de la publicidad *healthcare* está viendo la necesidad de encontrar ideas nuevas que supongan un cambio en la percepción y desarrollo de las estrategias de comunicación de las empresas de salud. Por ello, las agencias de publicidad especializadas deben buscar nuevas perspectivas que transformen los cimientos de su propio negocio, para su proyección y futuro.

Este sector se enfrenta a un panorama cambiante: un cambio de modelo publicitario, la fragmentación de las audiencias (y presupuestos) y el impacto de las nuevas tecnologías de la comunicación. A esto se suman las dificultades de la crisis económica y la regulación estricta del sector de la salud en España. Ante este nuevo panorama, como plantea Mar Guerrero, directora creativa ejecutiva de Saatchi & Saatchi Health, los responsables de publicidad y comunicación de marketing de las marcas de salud, deben buscar nuevas conexiones y explorar nuevos territorios. Las herramientas digitales son un lugar muy adecuado para ello, pero no el único. Comunicación a pacientes, acciones de marketing relacional y de *social media*, acciones de repercusión mediática, eventos experienciales, etc., se deben integrar todas las posibilidades a partir de una buena idea basada en los *insights*¹ del público objetivo (Guerrero, 2011).

Las características del público objetivo del sector de la salud

En el sector de la salud los tipos de públicos en los que hay que influir en la estrategia de comunicación de marketing pueden ser muy variados. Y por tanto, los mensajes y los medios necesarios para comunicarse con cada uno de ellos, pueden ser muy diferentes. Dependiendo del producto y del mercado, será necesario dirigir las comunicaciones al consumidor final en el caso de los productos OTC², o puede ser necesario dirigir las comunicaciones a unos segmentos prescriptores como los médicos o farmacéuticos.

Además, en parte debido a las limitaciones legales vigentes en España³, algunas de las estrategias de publicidad y comunicaciones de marketing del sector de la salud no se dirigen al consumidor final, sino a diferentes tipos de prescriptores.

Jordi Domínguez, jefe de relaciones institucionales de la empresa farmacéutica Almirall, considera que la segmentación es un punto de partida necesario para cualquier estrategia de

¹ Belen López (2007) en su libro "Publicidad emocional. Estrategias creativas" aporta varias definiciones de *insight del consumidor* como "las percepciones, imágenes, experiencias y verdades subjetivas que el consumidor tiene asociadas con un tipo de producto, con una marca en concreto o con su situación de consumo"

² OTC (Over the Counter) es el término que se utiliza para hacer referencia a los medicamentos y productos de salud de venta libre, que no necesitan prescripción.

³ El Real Decreto 1416/1994, de 25 de junio, prohíbe la publicidad al paciente de medicamentos de prescripción.

publicidad y comunicación de marketing de este sector. La actual situación del mercado farmacéutico y sanitario exige dirigir los mensajes a los segmentos de clientes adecuados. No sólo se deben analizar los targets tradicionales del sector de salud, que eran médicos y farmacéuticos, sino que también se deben tener en cuenta a otros posibles segmentos formados por pacientes. El proceso de compra en el mercado de la salud es cada vez más complejo, debido a la aparición de nuevos tipos de clientes que también pueden tener un papel importante a la hora de tomar decisiones respecto a los productos y servicios de salud (Domínguez, 2012)

Para poder diseñar cualquier estrategia de comunicación de marketing en este sector, es necesario conocer la capacidad de prescripción de los médicos, y la capacidad de compra de los farmacéuticos. Y es fundamental saber si existen otros clientes, además de los médicos y farmacéuticos, que intervengan en las decisiones sobre el producto o servicio de salud. Por ello, es tan importante que cada empresa se plantee la segmentación de su público objetivo. Así como, la utilización de un método que le permita realizar una adecuada selección de sus segmentos potenciales, que será clave para la estrategia de publicidad y comunicación de marketing de salud.

El objetivo de esta segmentación es poder llegar a saber en qué grupos de clientes se debe focalizar la estrategia, y profundizar en sus necesidades y sus *insights*. Si se conocen los segmentos, será más fácil comunicarse con ellos y de forma distinta a como lo hacen los competidores.

El rol en la decisión de compra es una de las variables de comportamiento que tiene una gran importancia para los productos de salud. Las personas pueden representar cinco roles en el proceso de decisión de compra de un producto de salud: pueden ser iniciadores, influenciadores, decisores, pagadores y usuarios. Por ejemplo, una estrategia de comunicación de leches infantiles de iniciación se puede dirigir de forma diferente a los pediatras como «influenciadores», y a las madres en las clínicas de maternidad como «iniciadoras», teniendo que utilizar mensajes y medios distintos para cada segmento.

Por su parte, las variables psicográficas dividen a los clientes en función de sus estilos de vida, personalidad y valores. Personas que se encuentren dentro de un mismo grupo demográfico, pueden tener estilos de vida y personalidad diferentes. Por eso, en las estrategias de comunicación del sector de la salud, puede ser necesario utilizar criterios de este tipo para segmentar al público objetivo. Una de las clasificaciones más utilizadas es el Sistema VALS⁴ del SRI Consulting Business Intelligence. Este modelo clasifica a los clientes en ocho grupos primarios en función de su personalidad y claves demográficas y se actualiza anualmente para adaptarse a los cambios sociales.

4 Sistema VALS (1978): Values and Lifestyles, –Valores y Estilos de vida–, se desarrolla en el SRI (Stanford Research Institute) por la necesidad de explicar los cambios que presentaba la sociedad norteamericana en los años 60, pero sigue en constante adaptación. Disponible en: www.strategicbusinessinsights.com.

Los segmentos definidos son:

- » *Innovators*. Exitosos, sofisticados, activos, dispuestos y muy seguros de sí mismos. Suelen realizar compras de productos y servicios exclusivos y relacionados con gustos cultivados.
- » *Thinkers*. Son personas maduras, satisfechas, reflexivas y responsables que se dirigen por sus valores y su conocimiento. Prefieren productos duraderos y funcionales.
- » *Achivers*. Personas con éxito en sus carreras profesionales con unos valores comunes. Prefieren productos establecidos y de prestigio para su entorno.
- » *Experiencers*. Personas jóvenes, entusiastas e impulsivas que buscan variedad y experiencias. Destinan una gran parte de sus ingresos a moda, entretenimiento y ocio social.
- » *Believers*. Personas conservadoras, convencionales y tradicionales con creencias fijas. Son familiares y bastante fieles a sus marcas de siempre.
- » *Strivers*. Personas que siguen las tendencias, muy interesados por el ocio y la diversión. Buscan la aprobación de los demás, pero con unos recursos limitados. Tienen preferencia por productos con estilo que emulen las compras de aquellos con mayor riqueza material.
- » *Makers*. Personas prácticas, autosuficientes, tradicionales y familiares. Están muy centradas en su trabajo y en el hogar. Buscan fundamentalmente productos básicos y funcionales.
- » *Strugglers*. Personas mayores, resignadas y pasivas a las que les preocupan los cambios. Son leales a sus marcas favoritas.

Como se observa, este estudio⁵ tiene por objetivo profundizar en los *insights* de cada segmento, por lo que puede resultar de gran utilidad para las comunicaciones de marketing del sector.

El modelo de comunicaciones de marketing de salud se encuentra en pleno proceso de cambio. La presidenta de la Asociación Española de Agencias de Publicidad de Salud, Alba Guzmán, considera que el anterior modelo, centrado exclusivamente en las marcas, debe dar paso a otro, centrado en los clientes. En este momento el consumidor del sector de la salud está adquiriendo un nuevo protagonismo que está influyendo ampliamente en las estrategias de comunicación de marketing de las marcas del sector salud. Se empieza a tener en cuenta cómo piensa, siente y decide sus compras. Y para ello es necesario profundizar en los *insights* del consumidor de salud. (Guzman, 2011)

El estudio “*My Body, Myself, Our Problem: Health and Wellness in Modern Times*”, profundiza en cómo siente el actual consumidor del sector de la salud, que es muy diferente al sentir del consumidor de hace diez años (Havas Prosumer Report, 2012).

⁵ www.strategicbusinessinsights.com

De este estudio se pueden extraer varios puntos clave sobre sus *insights*:

- Evolución del cuidado de la salud hacia una conciencia más individual. Esto supone una oportunidad para que las marcas se relacionen con sus clientes a través de productos y servicios que le ayuden a ocuparse de su salud, y así establecer una relación mucho más duradera. Por ejemplo, el auge de las apps en el sector salud está relacionado con este factor.
- El consumidor espera que las marcas les ayuden a mejorar su salud. Por tanto están dispuestos a relacionarse con aquellas que les aporten beneficios en este sentido. Es decir, con las marca que sepan proponerle experiencias y relaciones significativas.
- La conciencia de la propia salud lleva a las personas a desear recomendar a otros. Los clientes que tengan experiencias positivas en salud con alguna marca, estarán dispuestos a convertirse en prescriptores, y hablar de su experiencia a sus redes.
- Las personas quieren informarse y convertirse en "expertos en salud". El fácil acceso a información sobre salud a través de internet y los medios digitales hace que el consumidor busque información y diferentes alternativas. Ahora la opinión médica no es la única fuente de información, por lo que prefiere una relación médico-paciente más colaborativa y menos impositiva.

Podemos afirmar que actualmente el público busca una mayor y mejor información, ya sea a través de un folleto, envase, anuncio impreso, evento o página web. Lo importante es dar al consumidor una información de calidad adaptada sus necesidades.

Para Xavier Lorens, socio fundador de Innuo, las marcas deben comprender este nuevo escenario del "*empower consumer (patient)*". El consumidor reclama un papel mucho más activo en la toma de decisiones y esto hace necesario incorporar a los consumidores del sector en todos los procesos, desde la conceptualización hasta los planes de comunicación. (Hernández, 2012)

Respecto al target joven los especialistas consideran que la salud no suele formar parte de los *insights* de estos segmentos, pero que es muy importante que las marcas, dentro de sus estrategias de responsabilidad social, ayuden a comunicar hábitos de vida saludable entre los más jóvenes. Y que se dirijan a ellos en su mismo lenguaje y a través de sus medios preferidos, como las acciones virales en medios digitales.

Para la población adulta la salud sí forma parte de sus intereses de modo prioritario. Las marcas deben asumir la responsabilidad de ser parte activa en la información y la formación, y deben desarrollar herramientas para facilitar el conocimiento y mejorar la prevención en materia de

salud. Sin embargo, Cristina Tello, directora general de Mk Media, considera que la legislación actual limita las posibilidades de diálogo directo con el consumidor cuando se trata de productos de prescripción (Hernández, 2012).

Respecto a los productos OTC, la comunicación se suele dirigir a las madres que son las que deciden sobre los temas de salud en los hogares españoles. Por ello, las marcas de salud que actúen de forma activa en la formación para la salud y la prevención, irán ganando un hueco en sus mentes como marcas responsables y comprometidas con la sociedad.

Las estrategias de medios en el sector de la salud

Para la publicidad y las comunicaciones de marketing del sector de la salud, los nuevos canales de comunicación han supuesto oportunidades que se están plasmando en la implantación de nuevos modelos estratégicos de *global branding*⁶.

Dicho modelo suele centrarse en los nuevos medios y soportes, sin dejar de utilizar otras herramientas más clásicas que se suman a una creatividad integrada. Todo esto está suponiendo una transformación en las agencias de publicidad especializadas en salud. Los nuevos modelos integrados se enfocan hacia un nuevo concepto *healthcare*, con una visión más amplia de la salud como algo que alcanza y repercute en distintas facetas de la vida cotidiana. Hay que tener en cuenta que también se siguen utilizando algunos planteamientos anteriores, ya que existe una abundante regulación jurídica que delimita las formas de comunicación, tanto en lo que respecta a la promoción de los medicamentos que necesitan de receta médica, como a los que no la precisan⁷.

Podemos decir que se ha pasado de planes de medios centrados básicamente en folletos informativos y en la comunicación en la red de ventas, a planes de medios que combinan varias y diversas herramientas de comunicación. A partir de esta evolución, las estrategias de medios actuales integran diferentes técnicas, como la organización de eventos, creación y difusión de noticias en los medios de comunicación, contratación de publisreportajes y otros formatos publicitarios tradicionales como el spot de televisión o los anuncios en prensa especializada, y el aprovechamiento de los canales que ofrecen las herramientas digitales como las redes sociales o internet.

A través del modelo de análisis de Vázquez (2012) que diferencia tres formas de utilización de los medios de comunicación -medios pagados, ganados y propios- se revisan las posibilidades y tendencias de los planes de medios en las estrategias de comunicación del sector de la salud.

⁶ Estrategias de Marca Global

⁷ El Real Decreto 1416/1994, de 25 de junio que prohíbe la publicidad de medicamentos de prescripción, Y la Ley 29/2006 de 26 de julio de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, y el Real Decreto 1907/1996, de 2 de agosto, sobre publicidad y promoción comercial de productos, actividades o servicios con pretendida finalidad sanitaria, regulan la publicidad de otros productos de salud sin prescripción.

Un estudio realizado por varios expertos en comunicación revela que la principal novedad en los planes de medios de productos de salud es la incorporación de las herramientas digitales en el desarrollo de estrategias en internet y en redes sociales. Estos medios son cada vez más utilizados por los consumidores para consultar temas relativos a la salud. Por ello, las estrategias de comunicación deben buscar que los consumidores se sientan suficientemente informados para poder realizar una compra que les ofrezca garantía y seguridad (Echazarreta et al 2012).

La mayoría de las campañas de comunicación del sector son llevadas a cabo por agencias de comunicación especializadas en salud. Estas agencias de publicidad *healthcare* diseñan planes de medios que utilizan las herramientas que mejor se adapten a cada segmento, tanto online como offline, a partir de un conocimiento del sector de la salud y dentro de una estrategia integrada. Actualmente, deben ofrecer soluciones innovadoras que les permitan obtener resultados tangibles con inversiones adecuadas a las posibilidades de cada cliente, ya que los pacientes cada vez quieren saber más sobre su salud y buscan medios para llegar a la opinión de expertos. Por tanto, esta oportunidad también debe ser aprovechada desde el plan de medios.

En el sector salud los medios pagados prácticamente no se incluyen en los planes de medios de productos de prescripción. Su utilización está restringida por la legislación vigente en España. Para los productos de venta libre sí se suelen incluir, fundamentalmente, anuncios de televisión y anuncios en revistas relacionadas con temas de salud, aunque también tiene algunas limitaciones legales.

Actualmente, como consecuencia del interés de los consumidores por los temas relacionados con la salud y su actitud activa en la búsqueda de información, la publicidad tradicional de productos OTC está utilizando formatos más creíbles. Se utilizan formatos publicitarios que tengan un aspecto menos persuasivo y que contengan informaciones interesantes para el consumidor, como publirreportajes o espacios especiales patrocinados (offline y online), e incluso *branded content*⁸ de programas informativos sobre salud, en el que las marcas colaboran en los contenidos de documentales que patrocinan. Un buen ejemplo de *branded content* en el sector de la salud son los documentales que la marca farmacéutica Abbott ha impulsado para España. El documental 'Chron, el compañero indeseable', es un trabajo desarrollado por la Confederación de Asociaciones de Enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa de España (ACCU España) junto con la farmacéutica. Otro documental en el que Laboratorios Abbott colaboró en el guión fue 'El sueño de Juan', en el que el guitarrista de El Sueño de Morfeo narraba su experiencia con espondilitis anquilosante, y que fue promovido por la Sociedad Española de Reumatología (SER). (Tejón, 2012)

Respecto a los medios ganados, los productos de salud deben utilizar internet y las redes sociales desde una perspectiva integradora y planificada. Actualmente, hay una gran oferta de proveedores que ofrecen a las marcas todo tipo de servicios en redes sociales y en buscadores,

⁸ *Brandend content* o contenido vinculado a la marca. Se describe como contenidos de entretenimiento, información o educación, producidos y financiados por una marca, con el propósito de reflejar una imagen y valores determinados.

desde sofisticadas herramientas de monitorización a páginas interactivas con cientos de fans. Es muy importante tener un planteamiento estratégico claro, para poder decidir qué proveedores son los más adecuados y cuáles se integran mejor en el plan de medios.

En concreto, las redes sociales son una clara oportunidad para las marcas del sector. En torno a la salud se han creado un gran número de comunidades virtuales y redes de especialistas, de enfermería, de pacientes.... Todas ellas tienen un punto en común, encontrar a iguales para compartir experiencias en base a unas necesidades intrínsecas de cada colectivo. Una marca puede responder de forma directa, aportando un valor real expresado por el mismo grupo al que quiere dirigirse. Esta oportunidad es única y las marcas deben tratar de participar de forma activa en estas comunidades para llegar a ser parte de ellas. Esto significa una nueva forma de interacción. Un ejemplo interesante en el sector es el de Alli, el primer fármaco antiobesidad, fabricado por GlaxoSmithKline, que puede comprarse sin necesidad de receta en Estados Unidos. La campaña online se centró en un blog, www.myalli.com, y se apoyó a través de las tres redes sociales de mayor tráfico (Twitter, Facebook y YouTube). La campaña se basó en que los propios pacientes contaran su experiencia, progresos y dificultades para perder peso.

Teniendo en cuenta que las redes se organizan a partir de unas necesidades de los consumidores de salud, es importante empezar a escuchar y después tratar de aportar algo. Es una gran oportunidad e implica un cambio de modelo. Alguacil (2012) considera que este nuevo modelo exige un cambio de planteamiento basado en la transparencia y honestidad, que debe ser una premisa para participar en los medios sociales.

Iziar Zafra confirma que los perfiles creados en las redes sociales con un claro objetivo comercial son cada vez más ineficientes, e incluso perjudiciales para la imagen de la marca que los impulsa: “Estamos aprendiendo a desarrollar acciones y contenidos que aporten valor al consumidor y que refuercen su *engagement* con las marcas, ya sea a través de una cuenta en Twitter, de un canal en Youtube o de una página en Facebook” (Zafra en Cantalapiedra, 2012).

Las redes sociales son un medio más que las marcas de salud deben aprovechar dentro de sus planificaciones estratégicas. Se deben centrar en la notoriedad, la reputación de marca, la visibilidad y en conseguir “fans”. Son una oportunidad para hacer ver al consumidor una propuesta de valor de los productos y marcas de salud.

Dentro de los medios ganados, las acciones de *publicity*⁹ y relaciones con los medios de comunicación siguen siendo fundamentales en el sector de la salud, especialmente para medicamentos de prescripción que tienen restringidas otras vías para llegar a sus clientes. La responsabilidad social de las empresas de salud debe ser uno de los principales objetivos de las relaciones con los medios. La industria de la salud, especialmente los laboratorios médicos, en muchos casos no han sido transparentes ante sus mercados. Los nuevos modelos de

⁹ *Publicity* es la información generada por una empresa con el fin de crear un actitud favorable hacia ella y que es difundida total o parcialmente por un medio de comunicación, sin pagar por ello.

comunicación deben plantear una mayor apertura a los periodistas del sector, y deben comunicar todas sus actuaciones en el ámbito de la responsabilidad social corporativa. Actualmente, se deben incluir en estas estrategias a los principales blogueros, líderes de opinión del sector de la salud.

Con la integración de estos canales en las estrategias de comunicación de las marcas de salud, se consigue “ganar” espacio tanto en medios de comunicación de masas tradicionales, como en medios online del sector: blogs, portales o redes sociales.

Y finalmente revisar las propias formas de comunicación que suelen utilizar las marcas de salud como, por ejemplo, los eventos formativos (congresos o simposium), en los que las marcas participan creando sus propios espacios de relación con sus clientes. Actualmente, a estos espacios de relaciones se han sumado otras posibilidades que han abierto las nuevas tecnologías, alcanzando un protagonismo especial las aplicaciones para *smartphones* y *tablets*.

Los eventos de formación son una de las principales herramienta de comunicación estratégica para los laboratorios y otras empresas del sector. Los congresos médico-farmacéuticos son unos de los foros más importantes para que las marcas se relacionen con sus clientes. Su objetivo principal es la comunicación científica y la imagen institucional de la empresa, así como la creación de vínculos entre la empresa y sus clientes. En estos actos se encuentra un público objetivo clave del segmento de prescripción, que tiene influencia directa en las actitudes y comportamiento de los pacientes, además de ser líderes de opinión. Conseguir una buena relación con ellos puede generar una tendencia e influir en la elección de un producto o marca. Por lo tanto, es importante invertir en este tipo de eventos para afianzar el posicionamiento y valor añadido de las marcas. Sin embargo, la oferta para los profesionales sanitarios es excesiva, por lo que el éxito radicará en una segmentación adecuada. Pero también participando en congresos relevantes que permitan diseñar experiencias suficientemente atractivas para los invitados, de modo que aporten valor añadido a la marca y a sus productos.

Es necesario diseñar un plan para aprovechar al máximo el contacto cara a cara con el cliente. La tecnología webcast es una solución interesante que permite celebrar reuniones de alto nivel científico con ponentes internacionales de prestigio. Un buen ejemplo fue el evento “Adelantando el Futuro en el Cáncer de Mama”, organizado por Astrazeneca¹⁰, en el que, mediante tecnología *webcast*, se transmitieron las ponencias a nueve sedes nacionales. Cada una de ellas pudo interactuar con la sede central visualizando las ponencias y participando a través de preguntas tanto online, como telefónicas. Se creó un canal de televisión, “CMMchannel”, mediante el cual se retransmitieron las ponencias en formato de telediario. Dichas ponencias iban acompañadas de entrevistas, debates, noticias, etc.

¹⁰ Portal PMFARMA: febrero 2012 “Tecnología Webcast: Innovación en los eventos de hoy”.
<http://www.pmfarma.es/articulos/1121-tecnologia-webcast-innovacion-en-los-eventos-de-hoy.html>

Las posibilidades de las aplicaciones para *smartphones* y *tables* a la industria de la salud son infinitas. Muchas de estas *apps* se dirigen a los profesionales de la medicina y la enfermería, pero con el objetivo final puesto en la utilidad y comodidad de los pacientes. Esta nueva herramienta supone una conexión directa, inmediata, barata y eficaz entre pacientes y personal sanitario. Permiten realizar desde una simple consulta sintomática hasta la transmisión de datos complejos como puede ser un electrocardiograma, y otras interesantes acciones relacionadas con la dieta y el ejercicio físico. En una investigación de Manhattan Research relativa al uso de *smartphones* y *tablets* por parte de profesionales sanitarios y pacientes en Estados Unidos, se concluye que un altísimo porcentaje de médicos o enfermeros disponían de estos dispositivos, y que los utilizan para numerosos actos médicos (Manhattan Research, 2012). Ciertamente, cada vez existen más aplicaciones relacionadas con la salud, la cuestión es saber cómo utilizarlas en el ámbito de las comunicaciones de marketing. La idea es poder utilizar estas *apps* integradas dentro de la estrategia de comunicación. Sería necesario, pues, encontrar una aplicación que pudiera aportar valor a la marca, que coincida con los intereses del segmento objetivo y que sean útiles teniendo en cuenta sus estilos de vida y necesidades. Seguidamente hay que dar a conocer la aplicación, ya que sin una promoción on y off line, hoy en día es muy difícil que llegue a los prescriptores y consumidores.

Band-Aid Magic Vision es una aplicación móvil de realidad aumentada hecha para las tiritas Muppets Band-Aid de Johnson and Johnson, unas tiritas con dibujos de los teleñecos. Los creativos de la agencia JWT New York la diseñaron para que al escanear las tiritas con el *smartphone* los teleñecos cobren vida en su pantalla, y así el niño interactúe con los personajes haciendo que se olvide del dolor.

Una investigación realizada por la AEAPS (Asociación Española de Agencias de Publicidad de Salud), entre cincuenta y dos profesionales del departamento de marketing de la industria farmacéutica, analiza el "contexto, tendencias y visión del sector farmacéutico acerca de la publicidad y comunicación de salud en el entorno digital"¹¹. Entre las conclusiones extraídas se observa una tendencia creciente hacia el desarrollo digital de la publicidad y el marketing del sector salud. Concretamente, el área para la que se prevé un mayor crecimiento será el canal *tablet* como herramienta de venta, seguido del *marketing mobile* y las *apps*.

La mayoría de los profesionales del sector tienen claro que el camino hacia el que avanzan las comunicaciones del sector salud tiene que partir de un profundo conocimiento de los segmentos objetivo y de la utilización de la tecnología, no como algo que "hay que hacer", sino como un instrumento para conseguir resultados medibles. Es por tanto necesario introducir en las comunicaciones del sector la idea de usuarios multiplataforma, y que los pacientes busquen tratamientos, recomienden productos, contacten con médicos por internet y proponen cambios y mejoras en los productos de salud (Alguacil, 2012).

¹¹ Informe de la Asociación española de Agencias de publicidad de Salud "La publicidad de salud en el entorno digital".

Por todo ello es necesaria la extensión del concepto de campaña a las herramientas digitales, buscando integración y complementariedad a la estrategia. Se deben tener en cuenta todas las posibles herramientas digitales como agregación y sindicación de contenidos, aplicaciones móviles y desarrollo de software para *tablets*, acciones en redes sociales, eventos *streaming*, posicionamiento SEO-SEM... En definitiva cualquier recurso digital que pueda integrarse en un plan de medios segmentando a cada grupo objetivo.

Referencias

- Alguacil, J.A. (2012). Temporada de pesca. *PMFARMA.COM (Portal Iberoamericano de Marketing Farmacéutico)*, julio-agosto 2012. Recuperado el 20.01.2013 en <http://issuu.com/pmfarma/docs/pmfarma-118>
- Asociación española de Agencias de publicidad de Salud. (2012). Informe "La publicidad de salud en el entorno digital". Recuperado el 20.01.2013 en http://encuesta_aeaps_agencias_publicidad_digital.encuestas.nuatt.es/e2a7d727/resultados_encuesta
- Calkins, C., Sviokla, J. (2007). What Health Consumers Want. *Harvard Business Review*, 85 (12), 14-15.
- Cantalapiedra, C. (2012). Siguiendo a las farmacéuticas en las redes sociales. *Revista Anuncios*, 1334.
- Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. (2011). Guía de SNS para la Publicidad de Medicamentos de uso humano dirigida al público. *Área de Información a Profesionales y Publicidad de Medicamentos del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad*. Primera edición. Abril 2011. Recuperado el 20.01.2013 en <http://www.lamoncloa.gob.es/nr/rdonlyres/40218cb3-a4c2-4aa8-94d7-9327fc595df4/165682/guadelsnsdepublicidaddirigidaalpublico.pdf>
- Dominguez, J. (2012). Marketing farmacéutico: segmentación. Post publicado el 1 de Julio de 2012 en *PMFARMA.COM (portal iberoamericano de marketing farmaceutico)*. Recuperado el 14 de enero de 2013 en <http://blogs.eada.edu/2012/07/18/marketing-farmaceutico-segmentacion>
- Echazarreta, C., Vinyals, M., Martín, T. y Bonachi, L. (2012). Análisis de los medios y canales de promoción y compra de productos farmacéuticos en el VI Simposium de profesores universitarios de creatividad publicitaria. Celebrado en el Campus de la Comunicación de la Universitat Pompeu Fabra de Barcelona, 26 y 27 de abril de 2012.
- Guerrero. M. (2011). Chequeo a la creatividad healthcare. *Revista Anuncios*, 1380, 22-24.

- Guzman, A. (2011). Las ideas, motor en el sector de la salud. Y no es un tópico. *Ipmark*, 762, 55-57.
- Havas Prosumer Report. (2012). My Body, Myself, Our Problem: Health and Wellness. Modern Times, 12. Recuperado el 20 de enero de 2013 en www.prosumer-report.com/blog/health-wellness.pdf
- Hernández, R. (2012). Jóvenes y consumidores más informados, una oportunidad para el sector. *Revista Anuncios*, 1424, 554-567.
- Kotler, P., Shalowitz, J., Stevens, A. (2008). *Strategic Marketing for Health care organizations*. John Wiley & Sons, New York.
- López, B. (2007). *Publicidad emocional. Estrategias creativas*. Editorial Esic, Barcelona.
- Manhattan Research (2012). Taking the Pulse U.S. Annual market research study and syndicated advisory service focused on how U.S. physicians use the Internet. *Manhattan Research*, New York.
- Tejón, C. (2012). El Branded content comienza a introducirse en las fórmulas publicitarias del sector Salud. *Portal PrSalud*. Recuperado el 20.01.2013 en www.pnoticias.com/index.php/salud/1115/20114195
- Vázquez, P. (2012). *Estrategias cuando las personas son los medios*. En Cuesta, U. (Coord.). *Planificación estratégica y creatividad*. ESIC Editorial, Madrid.