

Editorial

Contigo en la distancia

M Muñoz-Cruzado y Barba

[94](#)

Originales

Validación de material educativo: estrategia sobre alimentación y actividad física en escuelas mexicanas

Araceli A. Salazar Coronel, Teresa Shamah Levy, Erika I. Escalante Izeta, Alejandra Jiménez Agullar

[96](#)

Publicidad y salud comunitaria: bebidas alcohólicas en el Prime Time

O Nasser Laaoula

[110](#)

Publicidad sanitaria en la prensa nacional española

M.J. Rodríguez Arrastía, C. Romero Padilla

[123](#)

Revisiones

Introducción a las técnicas de comunicación terapéuticas y no terapéuticas en enfermería

Alvaro D. Campos Palomo, Laura D. Campos Palomo

[133](#)

La comunicación en la relación de ayuda al paciente en enfermería: saber qué decir y qué hacer.

Almudena D. Alférez Maldonado

[147](#)

La habilidad de comunicar: caminando hacia el paciente

M. Ángeles Maqueda Martínez, Luis Martín Ibañez

[158](#)



Contigo en la distancia

Together from the distance

A los indudables beneficios que para la humanidad está suponiendo el cada día más perfecto modelo de comunicación telemático, generado por la convergencia de la telecomunicación y la informática, se está añadiendo un fenómeno inverso entre los individuos que utilizan la red con respecto a sus congéneres más próximos en la distancia; es decir, parece ser que mientras que crecen las posibilidades comunicativas entre individuos distantes muchos miles de kilómetros, se está produciendo un “autismo proximal” o, lo que es lo mismo, un aislamiento de los individuos con respecto a sus semejantes más cercanos.

Jóvenes, y no tan jóvenes, afanados en teclear sobre sus teléfonos inteligentes (*smartphones*) a quienes en multitud de ocasiones nunca han visto ni probablemente verán en todas sus vidas; otros, que, cubriendo sus orejas con auriculares de las más diversas dimensiones y colores, van escuchando su música preferida, junto a quienes compiten en reflejos con maquinitas creadoras de perversos marcianos o guerreros invasores, y todos ellos aislados de sus entornos... Y, a pesar de todo, seguimos diciendo que vivimos en la Sociedad de la Comunicación... Habría que preguntar al

sociólogo Manuel Castells si, aun considerando que Internet es mucho más que una tecnología, un medio de comunicación e interacción, mantiene la creencia de que también es un medio de *organización social*...

Lejanos quedaron los años en que los niños jugaban en la calle a la pelota, a piola y a las canicas; o en casa, tras hacer los deberes, a la oca, al parchís o al monopolí. Entonces nos relacionábamos, nos conocíamos los más allegados. En la actualidad, es triste observar un fuerte grado de desconocimiento entre hermanos, primos, vecinos o parientes, precisamente en esos individuos que prefieren hablar a cada momento con alguien que vive en las antípodas, a pesar de que, a veces, la imagen que aquel nos ofrezca tenga poco que ver con la realidad. Habría entonces que preguntar a Luis Rojas Marcos si continua en la creencia de que “Internet es positivo porque nos une, nos conecta...” Y es que, como decía Platón, “En una hora de juego se puede descubrir más acerca de una persona que en un año de conversación”.

A nadie se le puede ocurrir poner en duda lo muchísimo de bueno que supone esta

eclosión de medios que enriquecen la comunicación entre los que Internet se destaca sobremanera. Entre otros beneficios, estos medios aceleran el progreso de las ciencias que mejoran las condiciones de vida humana; sin embargo, debemos considerar que nuestros próximos más inmediatos son precisamente los que mayor influencia ejercen en nuestras condiciones de vida, por ello, sin dejar de sumarnos al imparable carro del progreso, deberíamos prestar mayor atención a la comunicación con esos individuos cuya proximidad condiciona en gran medida nuestro grado de salud social, faceta de suma importancia en la salud integral de las personas.

M Muñoz-Cruzado y Barba
Presidente de la Asociación
Española de Comunicación Sanitaria
presidencia@aecs.es

Validación de material educativo: estrategia sobre alimentación y actividad física en escuelas mexicanas

Validation of educational material: strategy on food and physical activity in elementary schools in Mexico

Araceli A. Salazar Coronel¹, Teresa Shamah Levy¹, Ericka I. Escalante Izeta², Alejandra Jiménez Aguilar¹

¹ Centro de Investigación en Nutrición y Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. México.

² Universidad Iberoamericana. México.

Fecha de recepción: 21/03/2012 – Fecha de aceptación: 03/07/2012

Financiación:

El presente trabajo hace parte del proyecto de investigación "Implementación de la estrategia de orientación sobre alimentación saludable y actividad física en 60 escuelas del nivel primaria beneficiarias con los desayunos escolares en sus tres modalidades que otorga el DIFEM" y se realizó con financiamiento del sistema para el desarrollo integral de la familia del Estado de México (DIFEM).

Resumen

Introducción. Ante la necesidad de desarrollar materiales educativos que transmitan mensajes claros y adecuados en salud, se realizó la validación de diversos materiales que apoyan la campaña "Recreo Saludable" que promueve estilos de vida saludable. **Objetivo.** Validar seis materiales impresos y cinco audiovisuales diseñados para promover una alimentación saludable, el incremento de actividad física y el consumo de agua pura. **Material y método.** Se seleccionaron por muestreo ocho escuelas primarias. Se realizó un estudio mixto de enfoque cuantitativo centrado en encuestas, y cualitativo fundamentado en entrevistas estructuradas. El análisis cualitativo se hizo con base en el contenido del discurso de los criterios explorados. Para el análisis cuantitativo se estimaron frecuencias con intervalos de confianza de 95%. **Resultados.** Para los criterios explorados se obtuvieron los siguientes resultados, entendimiento 87%, aceptación 78%, atracción 74%, inducción a la acción 93%, identificación 35%, lo que indica una validación positiva en la mayoría de las categorías. Los datos cualitativos aportaron aproximaciones necesarias para mejorar el contenido y el diseño de los materiales. **Conclusión.** Los resultados muestran que el material validado fue aceptado por la población e hicieron aportaciones para mejorarlo y con esto poder garantizar, la efectividad y aplicabilidad de estos como recurso pedagógico en estrategias educativas.

Palabras clave: estudios de validación, materiales educativos y de divulgación, educación alimentaria y nutricional, actividad motora, educación en salud.

Abstract

Introduction. Given the need to develop educational materials that convey clear and appropriate messages on health, we performed the validation of various resources promoting healthy lifestyles that support the campaign "Healthy Recess". **Objective.** To validate six printed materials and five audiovisual ones, designed to promote healthy eating, increased physical activity and consumption of pure water. **Material and methods.** Eight elementary schools were selected for sampling. A joint study was conducted focused on surveys with a quantitative approach, based on structured qualitative interviews. Qualitative analysis was based on the content of the discourse of the criteria explored. Frequencies with confidence

intervals of 95% were estimated for quantitative analysis. **Results.** The following results were obtained for the explored criteria: understanding 87%; accepting 78%; appeal 74%; induction to action 93%; affinity 35%; which indicates a positive validation in most categories. Qualitative data provided necessary approximations to improve the content and layout of the materials. **Conclusion.** The results show that the validated material was accepted by the population and they contributed to its improvement, thereby ensuring the effectiveness and applicability of these as a pedagogical resource in educational strategies

Key words: validation studies, educational and outreach materials, food and nutrition education, motor activity, health education.

* Correspondencia: araceli.salazar@insp.mx

1. Introducción

Ante la necesidad de impulsar cambios en el mejoramiento de la salud y la calidad de vida de las personas, la promoción de la salud desde hace varios años ha buscado mejorar la efectividad de los mensajes en salud utilizando como herramienta fundamental la comunicación participativa. Esta herramienta sugiere que previo a la producción de materiales que apoyen estrategias, programas o campañas educativas, éstos deben ser sometidos a un proceso de validación que demuestre que son apropiados y efectivos en la trasmisión de información, faciliten el proceso enseñanza- aprendizaje y propicien una comunicación horizontal entre el investigador y la población blanco (Organización Panamericana de la Salud ,2006; Haalan, 1990).

Es por ello, que atendiendo a la demanda de comunicar mensajes en salud mediante nuevas formas pedagógicas, en México se diseñó e implementó una campaña denominada “Recreo saludable” (Shamah, Morales, Amaya, Salazar, Jiménez, Méndez, 2012) la cual es parte de una estrategia de orientación sobre alimentación saludable, actividad física y consumo de agua pura, que tiene como objetivo contribuir en la prevención de la obesidad en niños en edad escolar. El fundamento teórico de la campaña se basó en teorías sobre el desarrollo cognitivo (Piaget, 1972; Vygotski, 1978), aprendizaje social (Bandura, 1977), el modelo ecológico, así como en el modelo de comunicación participativa que propone la Organización Panamericana de la Salud (2006).

Partiendo de la investigación formativa previa, se diseñaron diversos materiales cuyo objetivo fue divulgar mensajes que contribuyan en la modificación de conocimientos, actitudes y comportamientos en los niños sobre las temáticas ya mencionadas (Tabla. I). Usando el enfoque de la comunicación participativa se desarrollaron los contenidos clave, los mensajes y el material didáctico. Ello, se realizó con la colaboración de la población de estudio y de un equipo multidisciplinario integrado por nutriólogos, educadores físicos, diseñadores, comunicólogos, psicólogos y pedagogos.

Tabla I. Materiales y medios educativos

Materiales educativos	Medios	Objetivo pedagógico	Temas			Público Objetivo
			Alimentación	Actividad Física	Agua	
Cuaderno del alumno	Medio didáctico impreso, contiene elementos visuales y textuales.	Facilitar el proceso enseñanza – aprendizaje a través de actividades lúdicas.	1.-Alimentación Saludable 2.- Frutas y Verduras	1.-Actividad Física 2.-Beneficios de la actividad física 3.-Actividad física: dificultades y recomendaciones	1.- Promoción del consumo de Agua Pura	Niños
Videos	Medio didáctico audiovisual es una mezcla de animación e imágenes recopiladas durante el trabajo de campo y crestomatías, contiene efectos espaciales y música	Apoyar en la asimilación de contenidos sobre alimentación y actividad física	1.- “ 5 razones por las que los niños deben comer verduras y frutas” 2.- Recomendaciones para desinfectar verduras y frutas	1.- Concepto de actividad física 2.- Beneficios de la actividad física 3.-Cualidades de la actividad física	1.- Promoción del consumo de agua	Niños
Spots sonoros	Material auditivo contiene sonido, efectos especiales y música	Reforzar los mensajes de la campaña sobre alimentación saludable, actividad física y consumo de agua	1.- “ 5 razones por las que los niños deben comer verduras y frutas”	1.- Beneficios de realizar actividad física	1.- Promoción del consumo de agua	Niños
Guía del facilitador	Medio didáctico impreso, contiene elementos visuales y textuales que sirven como facilitador de proceso enseñanza - aprendizaje	Orientar en el manejo de los contenidos del taller de alimentación y actividad física	1.-Alimentación Saludable 2.- Frutas y Verduras	1.-Actividad Física 2.-Beneficios de la actividad física 3.-Actividad física: dificultades y recomendación	1.- Promoción del consumo de agua	Profesores
Guía escolar	Medio didáctico Impreso, contiene elementos visuales y textuales	Informar y describir las acciones que conforman la campaña “recreo saludable”	Contenidos de toda la campaña, justificación de la importancia de la promoción de la alimentación saludable, consumo de agua pura y actividad física en el entorno escolar. Guía para la gestión y desarrollo de la campaña en las escuelas			Directores
Calendario - recetario	Medio didáctico impreso, contiene elementos visuales y textuales, además proporciona las fechas y eventos más importantes del calendario escolar	Trasmitir mensajes educativos sobre alimentación y actividad física a los padres de familia	Recetas para el luch de los niños, incluyen una verdura y una fruta. Contiene una sección de las frutas de temporadas	“Recomendaciones para realizar actividad física”	“Recomendaciones sobre el consumo de agua pura con el lunch” “Guía del consumo de bebidas para una vida saludable”	Padres de familia

Fuente: elaboración propia con base en la información recopilada de la Estrategia de orientación sobre alimentación saludable y actividad física, “Nutrición en movimiento”.


2. Objetivo

Presentar los puntos más relevantes del proceso de validación de seis materiales impresos y cinco materiales audiovisuales, utilizados en la campaña “Recreo Saludable” en 510 escolares de quinto grado del Estado de México.

3. Material y métodos

Se realizó un estudio mixto, de enfoque cuantitativo centrado en encuestas, y cualitativo fundamentado en entrevistas estructuradas. Para garantizar que los materiales fueran adecuados y efectivos se sometieron a un proceso de validación (Figura.1). Entiéndase validación como “la investigación que se realiza con los representantes de un grupo de personas a los cuales va dirigido un material específico, la finalidad es que ellos opinen sobre los instrumentos antes de que éstos ingresen a la etapa de manufactura” (Ziemendorff & Krause, 2003:8).

Figura. 1 Proceso de Validación

- 
1. Identificación de la población Blanco
 2. Elección de contenidos para la campaña
 3. Diseño del primer borrador del material
 4. Elaboración del cuestionario para validar
 5. Elección y capacitación del personal que validará
 6. Preparación del material a validar
 7. Convocatoria población blanco para la validación
 8. Sesión de validación con la población Blanco
 9. Análisis de resultados de la validación (si los resultados son menores al 70% el material se validará nuevamente. Regresar al paso 7)
 10. Cambios en el material según los resultados de la validación
 11. Producción del material
 12. Pruebas piloto del material

Fuente: elaboración propia con base en la información recopilada de la Estrategia de orientación sobre alimentación saludable y actividad física, “Nutrición en movimiento”.

En este estudio se aplicaron dos tipos de validación: La validación técnica que consiste en que los especialistas revisen y aprueben el contenido del material educativo y la validación con población, que consiste en comprobar en un grupo representativo del público objetivo, si el contenido y la forma de los materiales funcionan (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2003:6). Para la validación de materiales se tomaron en consideración cinco criterios: atracción, entendimiento, identificación, aceptación e inducción a la acción, según la clasificación de Ziemendorff & Krause (2003:8) y se tomó como base el criterio establecido por la Organización Mundial de la Salud (1998:24) que propone que la validación cuantificada de materiales debe ajustarse a respuestas favorables en los cinco criterios anteriormente descritos en un porcentaje $\geq 70\%$.

3.1 Proceso de validación

3.1.1 Validación técnica. El cuaderno del alumno, la guía del facilitador y la guía escolar fueron presentados a un comité de expertos (38 participantes) en materia de orientación alimentaria y actividad física a quienes se les solicitaron sus observaciones mediante un cuestionario abierto para exponer a detalle sus sugerencias. Considerando las observaciones de los expertos se hicieron cambios en la primera versión de los materiales impresos, principalmente en la cantidad de texto, imágenes, tipo de fuente y colores, se incluyeron algunos términos y contenidos oficiales especificados en la Norma Oficial Mexicana 2006, referente a la educación y promoción de la salud en materia alimentaria.

3.1.2 Validación con la población. Posterior a la presentación con expertos se realizó la validación con la población de estudio. Para lo cual se seleccionaron por muestreo ocho escuelas primarias, dos rurales y seis urbanas. De acuerdo al tipo de material didáctico se organizaron diversos grupos para su validación (Tabla. II), para lo cual se aplicaron cuestionarios con preguntas abiertas y cerradas, las cuales fueron codificadas posteriormente. La validación se realizó persona a persona, dándoles a los evaluadores un tiempo previo para la revisión del material a evaluar y posteriormente se les aplicó el cuestionario. Los cuadernos del alumno fueron revisados por 122 niños, el cuaderno de alimentación se dividió en 14 subtemas y el de actividad física en 13, cada sección fue evaluada por 4 niños en promedio (Tabla. III). El calendario-recetario lo revisaron 29 padres de familia. La guía del facilitador fue evaluada por 10 profesores, mientras que la guía escolar tuvo como revisores a 6 directores de las escuelas. El spot de "alimentación" lo revisaron 24 niños, el de actividad física 20 niños y el de agua 16. El video de alimentación y el de actividad física fue revisado cada uno por 32 niños respectivamente. Para cada material se diseñó un instrumento tomando en cuenta las

características y especificaciones de contenido y forma del material, así como las características de la población a quien se le aplicaría (Tabla. IV).

Tabla II. Validación de materiales educativos por actores

Material didáctico	Población participante	Muestra	Características			
			Área	Sexo	Edades	Grados
Cuaderno del alumno	Escolares	122	Rural Urbano	Ambos	10 a 15	5 y 6
Videos	Escolares	64	Rural Urbano	Ambos	12 y 13	5 y 6
Spots sonoros	Escolares	60	Rural Urbano	Ambos	6 a 12	1 a 6
Guía del facilitador	Profesores	10	Rural Urbano	Ambos	30 a 52	1, 3 y 6
Guía escolar	Directivos	6	Urbano	Ambos		
Calendario recetario	Padres de familia	29	Rural Urbano	Ambos	30 a 34	

Fuente: elaboración propia con base en la información recopilada de la Estrategia de orientación sobre alimentación saludable y actividad física, "Nutrición en movimiento".

Tabla. III Revisión cuadernos del alumno

Alimentación subtemas	n	Actividad física Subtemas	n
Portada, introducción y presentación	4	Portada, introducción y presentación	4
El semáforo de la alimentación	4	Historieta. Mi amigo actividad fisi-k	4
El plato del bien comer (verduras, frutas, cereales y tubérculos)	4	¿Soy activo o no?	4
El plato del bien comer (leguminosas y alimentos de origen animal)	4	Acti-tips. Actividad física	7
Los pequeños cocineros	4	La pirámide de actividad física	4
Los tips saludables de mas-zanita-1	8	Video. Crecer sano con la AF	4
Los beneficios de comer verduras y frutas	4		4
Desinfectar verduras y frutas	4	Sopa de letras	
1 verdura y 1 fruta en el lunch	4	Otros beneficios de la AF	4
Estrategias para comer más verduras y frutas en el lunch	4	Frases de verdadero y falso	4
		Cualidades físicas	4
La defensa del agua pura	4	Acti-tips. Beneficios de la actividad física	8
Tomemos agua pura en el recreo	3	A mi me gusta	5
Tips para tomar agua pura	8	El güiri güiri del teatro	4
Los tips saludables de mas-zanita-2	3	-	-
Totales	62		60

Fuente: elaboración propia con base en la información recopilada de la Estrategia de orientación sobre alimentación

saludable y actividad física, "Nutrición en movimiento".

Tabla. IV Descripción de los instrumentos de validación

Población	Nombre del instrumento	Núm.de preguntas	Tipo de preguntas
Escolares	"Cuaderno del alumno - validación de materiales"	19	Abiertas / cerradas
Profesores	"Guía para el facilitador – validación de materiales"	16	Abiertas / cerradas
Escolares	"Video - validación de materiales"	25	Abiertas / cerradas
Escolares	"Spots – validación de materiales"	19	Abiertas / cerradas
Directores	"Guía escolar – validación de materiales"	24	Abiertas / cerradas
Padres	"Calendario para padres - validación de materiales"	22	Abiertas / cerradas

Fuente: elaboración propia con base en la información recopilada de la Estrategia de orientación sobre alimentación saludable y actividad física, "Nutrición en movimiento".

3.2 Análisis de la información. Tanto para el análisis cualitativo como cuantitativo la información fue analizada con base en los siguientes criterios; Atracción, Entendimiento, Identificación, Aceptación e Inducción a la acción. Con la finalidad de sistematizar los datos cualitativos (respuestas abiertas del cuestionario), la información fue procesada a través del programa Nvivo 1.0. Para el análisis cuantitativo se agruparon las preguntas cerradas de los cuestionarios y se estimaron las frecuencias con sus respectivos intervalos de confianza del 95%.

El estudio contó con la aprobación de las comisiones de Bioética, Bioseguridad e Investigación del Instituto Nacional de Salud Pública, así como el consentimiento informado y asentimiento de los participantes y con la autorización de las autoridades pertinentes del DIFEM.

4. Resultados

En la Tabla. V se describen los resultados de esta validación por cada uno de los cinco criterios, divididos por población objetivo y material analizado. Con fines de una mayor comprensión y visualización de los materiales validados estos se encuentran disponibles en www.insp.mx/dif

Tabla. V. Resultados de la validación por criterios

Materiales	Tema	Criterios de análisis				
		Entendimiento %	Aceptación %	Inducción a la acción %	Atracción %	Identificación %
Cuaderno del alumno	Alimentación	100	86	92	66	13
	Actividad física	100	78	90	47	13
Guía del facilitador	Alimentación	80	100	80	100	80
	Actividad física	100	100	100	100	60
Videos	Alimentación	78.1	65.6	96.9	75	9.4
	Actividad física	74.2	51.6	96.8	61.3	3.2
Spots sonoros	Alimentación	79.2	83.3	91.6	70.8	37.5
	Actividad Física	85	90	100	60	30
	Agua	70	81.2	93.7	56.2	18.7
Guía escolar	Estrategia educativa	100	83.3	83.3	100	83.3
Calendario recetario	Recomendaciones sobre alimentación y actividad física	93.1	41.4	93.1	72.4	NA

Fuente: elaboración propia con base en la información recopilada de la Estrategia de orientación sobre alimentación saludable y actividad física, "Nutrición en movimiento".

4.1 Cuaderno del alumno. Los resultados obtenidos, tanto en el cuaderno de alimentación como el de actividad física, muestran que los criterios que resultaron con menor porcentaje, fueron atracción que obtuvo <70%, e identificación con <20%.

El análisis cualitativo muestra que las modificaciones para el criterio de atracción fueron en tipografía e intensidad del color. Para el criterio de identificación se modificó el color del cabello de los niños, color de piel, facciones, complejión, forma de vestir y el estilo de peinado; adicionalmente se colocaron imágenes de niños jugando baloncesto, balonvolea o fútbol, dado que los escolares no se identificaron con imágenes de niños pequeños, ni con las actividades que estos ejemplificaban.

4.2 Guía para el facilitador. Se observó que en la mayoría de los criterios obtuvieron porcentajes favorables >80%, excepto para el criterio de identificación relacionada con la actividad física, donde se obtuvo 60%. El análisis cualitativo de este material mostró que los docentes sugirieron realizar ajustes en las ilustraciones de niños(as) debido a que ellos no los asociaban con los niños que asisten a escuelas públicas.

4.3 Vídeos. Para este material los criterios que presentaron cambios fueron aceptación, atracción e identificación, con porcentajes <70%. El análisis cualitativo sugirió incrementar el número de imágenes sobre actividad física, el tamaño de la letra, bajar el volumen de la música de fondo, cambiar el tipo de música por melodías "atractivas" o "pegajosas", dar mayor movimiento al personaje de la campaña e incluir algún acompañante al personaje principal, así como incrementar los efectos especiales.

4.4 Spots sonoros. Para los materiales sonoro de alimentación, actividad física y agua los criterios que presentaron menor porcentajes fueron identificación y atracción con <70%. Debido a esto, para el criterio de atracción se mejoró la claridad, sencillez y naturalidad del lenguaje, así como la locución, el tipo música (movidas y a la moda) y efectos sonoros. Para la categoría de identificación los niños señalan que las palabras que escucharon son poco utilizadas por ellos y sugieren incorporar palabras o frases cotidianas como: "órale", "chido" y "qué onda".

4.5 Guía escolar. Este material obtuvo porcentajes >70% en todos los criterios de evaluación, por lo tanto no se realizaron cambios; los directivos de las escuelas la consideraron adecuada por abordar temas con contenidos similares a los revisados en las asignaturas de ciencias naturales y educación física y que el material sugiere acciones claras para influir en los hábitos de alimentación, consumo de agua y actividad física dentro de la escuela.

4.6 Calendario - recetario. El criterio que en este material presento cambios fue en aceptación debido a que su resultado fue <70%. En el análisis cualitativo los padres mostraron agrado por el calendario-recetario ya que dicen les proporciona recetas de refrigerios nutritivos y variados, sin embargo algunas de las recetas no las realizarían porque los ingredientes no son de su agrado, no los han probado, son difíciles de conseguir, son caros o no saben cómo cocinarlos. Los ajustes para el criterio de aceptación incluyeron alimentos de la región y de consumo frecuente en las familias y para el criterio de atracción se cambió el tipo y tamaño de letra ya que eran muy pequeñas y poco legibles.

5. Discusión

Nuestro estudio muestra que el diseño de los materiales se ajustó por completo a las preferencias y necesidades pedagógicas de la población de estudio, considerando sus características sociales y culturales con la finalidad de lograr una mejor aceptación de los mismos. Estos resultados son consistentes con Wilson, Mood, Risk & Kershaw (2003) al demostrar que los materiales educativos deben incluir factores esenciales de la literatura del alfabetismo de salud, es decir, los factores congruentes con la población y su entorno como la edad, el género, la educación, el nivel socioeconómico y las habilidades cognitivas. Justo como sugiere Eliassen & Wilson (2007), la selección y adecuación pedagógica de los materiales educativos sobre orientación alimentaria para niños, es fundamental para el éxito en las intervenciones en promoción de hábitos y estilos de vida saludables.

Dentro de las fortalezas de este estudio, se destaca el buscar un impacto educativo en la población al elaborar mensajes de manera horizontal y comunicarlos a través de diversos medios atendiendo a las diferencias individuales de aprendizaje y a la pluralidad. Además propone materiales unificados en fondo, es decir, que manejan los mismos contenidos, con la finalidad de que la población objetivo, en el caso de este estudio los niños, reciban mensajes unificados por diferentes medios, facilitando el aprendizaje, reforzándose mutuamente y cuidando que no se contrapongan entre sí, pero al mismo tiempo buscando la atención a través del atractivo de los materiales.

Asimismo, se ha documentado que la revisión de materiales en nutrición por expertos en el tema, es necesaria para unificar tanto criterios de forma como de contenido (Pennington & Hubbard, 2002). Este es un pendiente que deberá ser considerado por las sociedades académicas de nutrición en México, a fin de que la diversidad de materiales que se desarrollan en la materia, unifiquen el contenido de fondo.

El presente trabajo aporta herramientas valiosas que justifican y demuestran la necesidad de la validación de materiales y es coherente con diversos estudios (Liévano, García, Leclercq, Liévano De Lombo, Solano, 2009 ; Díaz, 2007; Moura de Araújo, Lima de Sales, De Olivera, Leite de Araújo, Martins Da Silva, 2010) que han documentado que este proceso es fundamental puesto que garantiza mayor impacto en las intervenciones educativas, considerando siempre dos principios básicos 1) se evalúa al material, no al participante y 2) el mensaje sustancial de los materiales no debe cambiarse, independientemente de las respuestas de los participantes del estudio, sino que deben considerarse para corregirlo o mejorarlo como lo menciona Liévano et al (2009).

Es importante mencionar, que fueron pocos los estudios encontrados que sirvieran de guía o referencia para hacer comparaciones con los resultados obtenidos dado la diversidad de materiales y medios que se validaron.

6. Conclusión

La validación permite tener elementos que favorecen la difusión del material educativo y se facilita a su vez un mejor uso de los recursos disponibles, además permite analizar el cumplimiento de los objetivos con que se planteo la elaboración del material.

Se considera de gran relevancia el continuar evaluando los materiales educativos diseñados por profesionales de la salud con el propósito de garantizar la calidad y efectividad de éstos, así como reducir en gran medida las pérdidas económicas en las instituciones al producir materiales que no logran un impacto educativo en la salud de la población.

Se espera que este estudio de validación pueda contribuir como una herramienta útil a la preparación de materiales que tengan como finalidad la prevención la obesidad que aqueja a los niños en México.

Agradecimientos

- Especial agradecimiento a los alumnos, padres de familia, profesores y directivos que participaron en la validación de materiales, al Dr. Alvaro Javier Idrovo Velandia, a la Mtra. Lorena Castillo Castillo por sus valiosas aportaciones a este trabajo y a todo el equipo de la campaña "Recreo saludable".

Bibliografía

- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. New York: General Learning Press.
- Díaz, L.(2007).Validación de materiales educativos para la educación ambiental en humedales del llano venezolano. *Geoenseñanza*, 12 (1), 53-64.
- Eliassen E, Wilson M. (2007). Selecting appropriate elementary school nutrition education resources. *American journal of health studies*, 22 (1), 224-227.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2003). *Guía Metodológica y video de Validación de materiales*. Perú: UNICEF.
- Haaland A.Validación de materiales de comunicación: con énfasis especial en la salud infantil y educación sobre nutrición. *Manual para capacitadores y supervisores*. (1990). Guatemala: UNICEF.
- Liévano - Fiesco M, García Londoño G, Leclercq Barriga M, Liévano De Lombo G, Solano Salazar K.(2009). Validación del material lúdico de la estrategia educativa basada en juegos para la promoción de estilos de vida saludable en niños de cuatro a cinco años de edad. *Universitas Scientiarum*, 14 (1) ,79-85.
- Moura de Araújo MF, Lima de Sales A, De Olivera Lopes MV, Leite de Araújo T,
- Martins Da Silva V. (2010) Validación de un juego educativo para la enseñanza de la valoración cardiovascular. *Investigación y educación en enfermería*, 28(1), 83-91.
- Norma oficial Mexicana NOM-043SSA2-2005. (2006, 23 de enero) Servicios básicos de salud, Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. [Home page]. Consultado el día 14 de Marzo 2012 de la World Wide Web: <http://www.nutrinform.com/pagina/info/nom.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (1998). Healthcom. ¿Cómo expresamos en forma de anteproyecto o boceto la síntesis para la fase creativa, los mensaje y los objetivos de la comunicación? ¿Porqué se deben someter a validación y cómo se hace eso? en *Herramientas para desarrollar destrezas en comunicación*. [Home page] Consultado 14 marzo 2012 de la World Wide Web: <http://www.bvsde.paho.org/edusan/modulo4/ES-M04-L05-Healthcom.pdf>
- Organización Panamericana Salud. (2006). *Herramientas de la comunicación para el desarrollo de entornos saludables: Medios y materiales para la comunicación en la construcción de entornos saludables*. Washington (DC): OPS/OMS.
- Pennington J, Hubbard VS. (2002). Nutrition education materials from de national institutes of health: development, review and availability. *Journal or nutrition education and behavior*. 34(1), 53–58.
- Piaget, J. (1972). *Intellectual Evolution from Adolescence to Adulthood*.*Human Development*, 15(1), 1-12.

- Shamah, L.T., Morales, R.C., Amaya, C.C., Salazar, C.A., Jiménez, A. A., Méndez, G. H. I. (2012). Effectiveness of a diet and physical activity promotion strategy on the prevention of obesity in Mexican school children. *BMC Public Health*, 12 (1), 152.
- Vygotski, L. (1978). *Interacción between learning and development. From: Mind in society*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Wilson FL, Mood DW, Risk J, Kershaw T. (2003). Evaluation of education materials using Orem's self-care deficit theory. *Nursing Science Quarterly*, 16 (1), 68-76.
- Ziemendorff S, Krause A. (2003). Programa de Agua y Saneamiento PROAGUA/GT: *Guía de Validación de Materiales Educativos* (con enfoque en materiales de educación sanitaria). Chiclayo: GTZ-OPS/CEPIS.

Publicidad y Salud Comunitaria: Bebidas alcohólicas en el Prime Time

Advertising and Community Health: Alcohol in Prime Time

O Nasser Laoula^{1*}

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

Fecha de recepción: 10/12/2011 – Fecha de aceptación: 10/06/2012

Resumen

Los consejos publicitarios del alcohol en la televisión forman parte de la publicidad que llega a un amplio espectro de la población, creando modas y estableciendo cánones sociales, por lo que hay que vigilarlos y estudiarlos profundamente. **Objetivo:** El propósito de este estudio fue analizar la prevalencia de los anuncios de bebida alcohólica en el Prime Time y recoger las cualidades de los anuncios que fomentan el consumo del alcohol. **Método:** Se trata de un estudio cuanti-cualitativo de diseño descriptivo y longitudinal, que recoge datos sobre los consejos publicitarios durante dos semanas en las cadenas de televisión de Antena 3 y Tele 5. **Resultados:** los contenidos que anuncian bebidas alcohólicas en Tele 5 representan el 11,07 %; y en Antena 3, el 10,22% de la publicidad total recogida. Estos anuncios relacionan el consumo de alcohol con virilidad, éxito amistoso, social y sentimental, felicidad y mejor situación social entre otros. **Conclusiones:** El acceso a la publicidad del alcohol es muy amplio, pues las series que se televisan a esas horas están dirigidas a adolescentes y a un amplio público. La proyección de los anuncios publicitarios anima indiscriminadamente al consumo.

Palabras clave: *publicidad; alcohol; salud comunitaria; medios de comunicación.*

Abstract

Counselling advertising of alcohol on TV are part of the advertising that reaches a broad spectrum of the population, creating fashion and establishing social standards, so you have to watch and study it deeply. **Aim:** The purpose of this study was to analyze the prevalence of alcohol ads in the Prime Time and pick up the qualities of the ads that promote alcohol consumption. **Method:** A quantitative and qualitative study and longitudinal descriptive design, which collects advertising boards for two weeks on the TV channels of Antena 3 and Tele 5. **Results:** The content that advertises alcoholic beverages in Tele 5 represent 11.07%, and Antena 3, 10.22% of total advertising collection. These ads link alcohol with virility, friendly, social and sentimental success, happiness and better position social between others. **Conclusions:** Access to alcohol advertising is very broad, as the series to be televised at that time are aimed at adolescents and a wider public. The projection of advertising encourages consumption indiscriminately. Key

Key words: *advertising; alcohol; community health; mass media.*

* Correspondencia: osamiya88@gmail.com

Introducción

La televisión y los mass media

Desde tiempos remotos el ser humano ha visto en la **comunicación de masas** una vía con gran potencial para comunicar al máximo número de personas sus intereses sin tener que ir repitiendo la misma información de una persona a otra; En el siglo XIX se consolida el fenómeno social de la sociedad de masas, aunque no llega a culminar hasta el siglo XX, con el auge de los medios de comunicación de masas con la radiodifusión, la televisión e internet.

Los “mass media” o medios de comunicación de masa se han consolidado en nuestras vidas desde hace menos de un siglo y su desarrollo se hizo notable a partir de la revolución industrial, siendo hoy en día impensable entender el mundo sin ellos. Estos, tienen un gran impacto social e individual que se ve reflejado tanto cuantitativamente (Cantidad de medios utilizados y tiempo dedicado a los mismos) como cualitativamente (Influencia social y psicológica de estos medios en el ser humano y sus relaciones sociales). (Medrano, 2007)

Recibe el nombre de **mass media** la interacción que hay entre un emisor único y un receptor masivo con tres condiciones: ser grande, ser heterogéneo y ser anónimo. (González, 2009). En este trabajo nos centramos en la televisión, un medio de comunicación que en su origen fué paradójicamente publicitado por la radio y la prensa escrita y que poco a poco se ha ido comiendo el terreno de estas, ofreciendo además de datos a tiempo real, la posibilidad de ver imagen y sonido al mismo tiempo. Por los años 1947 sonaba <La televisión, pronto llegará,/ yo te cantaré, y tú me verás ... > en un estribillo sobre la “Televisión” en la voz de una famosa cantante de la época; pero tienen que pasar nueve años para que se active este medio de comunicación, que dará lugar a la primera cadena de televisión en España: TVE (Televisión española), que ya cuatro años atrás emitía experimentalmente. (Ibañez, 2001)

La **Televisión** en España, según el EGM (Estudio General de Medios, 2010), es el medio que más seguidores tiene con un 88,3 % de espectadores/día, seguido por la Radiodifusión, las Revistas, Internet, etc., con un 56,5 %, 50,4 % y 36,8 % respectivamente. El perfil de los seguidores de televisión son hombres/mujeres (88,4 % / 88,2%), con porcentajes en todas las edades y clases sociales bastantes similares, con un poco más de espectadores en edades comprendidas entre los 25 y 54 años y en edades superiores a los 65 años, y distinguiendo levemente más espectadores pertenecientes a la clase social media que a las otras. Las cadenas de televisión con mayor índice de audiencia según el EGM son TVE 1, Tele 5 y Antena 3 con un 24,1 %, 17,4 % y 15,5 % de audiencia respectivamente.

La Publicidad y sus características

La **Publicidad** en la televisión, es una de las herramientas más potentes que tienen las empresas para no solo dar a conocer sus productos y servicios, sino para generar además una necesidad masiva y consumista. La publicidad moderna nació y se consolidó en Estados Unidos a finales del siglo XIX, donde se dio un curioso fenómeno que rápidamente aprovecharon los empresarios, pues no solo les ayudaba en la venta de sus productos, sino que además creaba consumidores y enseñaba a la gente a consumir. (Rodríguez, 2008)

Uno de los momentos cumbres de la televisión lo encontramos en el **Prime time**. Esta palabra de origen inglés significa: “horario prioritario“, y es la franja horaria donde se emiten los programas de mayor éxito, siendo la más cara para los anunciantes, donde más espectadores se contabilizan y por lo tanto donde la publicidad llega a más consumidores. Esta franja horaria varía en cada país, en España se sitúa entre las 22:00 y las 01:00. (García, 2005)

La publicidad de las bebidas alcohólicas, por sus características intrínsecas y por su desarrollo cuantitativo y cualitativo, es una forma de comunicación al servicio del mercado capitalista que utiliza los medios de comunicación social para la difusión de sus mensajes, asumiendo un papel que va más allá de su carácter vinculado a aspectos comerciales y contribuye a la formación de los hábitos de conducta de determinados grupos sociales.

Este estudio se centra en cómo aprovechan las **empresas de bebidas alcohólicas** la franja horaria de máxima audiencia para promover sus productos. Utilizan el poder de la publicidad, que como dice García del castillo (2009), es un medio de comunicación social que funciona como un importante instrumento de socialización para el individuo, con un importante papel tanto en el aprendizaje de determinados comportamientos y actitudes, como en la transmisión de determinados valores y normas de actuación.

El Alcohol y sus repercusiones en la sociedad actual

Fomentar el consumo de las bebidas alcohólicas puede verse traducido en el alcoholismo, problema que se ve definido tanto en el DSM IV (2002) como el CIE 10 (1992) como depresor del sistema nervioso central, que se asocia con problemas de dependencia, intoxicación, abuso, abstinencia, delirium por intoxicación, delirium por abstinencia, trastornos amnésicos, psicóticos, del estado de ánimo, de ansiedad, del sueño y disfunciones sexuales entre otros.

Díaz-Moreno et al. (2007) dice que “El Alcoholismo es una enfermedad primaria y crónica, de etiología multifactorial en la que influyen factores biológicos, genéticos, educacionales, psicológicos y ambientales, cuya clínica se caracteriza por síntomas de abstinencia, al disminuir o suprimir voluntaria o involuntariamente la ingesta de alcohol, por déficit del control del consumo, por minimización o negación de la ingesta y por persistencia en el consumo a pesar de los efectos adversos, y cuyos síntomas pueden ser continuos o periódicos.”

En algunas conclusiones recogidas en el informe realizado sobre alcohol del Ministerio de Sanidad y Consumo (2007), se ve la preocupante situación del alcohol, la sociedad y la salud:

1. El alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida en España tanto por la población general como por los jóvenes. Su consumo se relaciona con más de 60 enfermedades.
2. En los últimos años ha disminuido la percepción del riesgo asociado al consumo de bebidas alcohólicas, tanto de forma diaria como durante el fin de semana, salvo que se trate de consumo en cantidad muy elevada.
3. Se observa una modificación del patrón de consumo de alcohol, especialmente en los jóvenes, que en la actualidad beben cantidades muy elevadas en cortos periodos de tiempo, lo que se conoce como consumo en «atracción» (5 o más bebidas en una sola ocasión).
4. La mayor parte de los daños y costes socio-sanitarios asociados al alcohol, se producen en sujetos consumidores aparentemente no dependientes. Su implicación en las urgencias y los ingresos hospitalarios, es muy frecuente.

Sostiene además que el alcoholismo se puede clasificar de diferentes modos: según la forma de beber, según la forma de vincularse al alcohol, según la existencia o no de enfermedad psiquiátrica previa, y según la cantidad y frecuencia de consumo, que es la más usada actualmente.

Las consecuencias del alcohol tienen gran repercusión en la vida del consumidor, de su entorno social y de la comunidad: Según la Dirección General de Tráfico (DGT, 2007) el Alcohol está relacionado con entre el 30 y el 60% de los accidentes mortales. En 2008, el 40 % de fallecidos de los conductores superaban las tasas de alcoholemia, de los cuáles, la cuarta parte eran jóvenes menores de 25 años.

La DGT en 2004 señaló que entre el 20 y el 30% de accidentes de tráfico con víctimas no mortales estaban relacionados con el Alcohol. Según esta (2005), la edad de los fallecidos de casi la mitad está comprendida entre los 31 y 50 años. Además, el 30% de los peatones atropellados en el 2008 según este organismo, se encontraban bajo los efectos del alcohol.

Según Klevens (2001) la asociación entre el alcohol y la violencia doméstica y familiar es débil, aunque defiende que aumenta en relación con el incremento de la exposición a esta droga. Por otro lado Llopis (2005), sostiene que el uso del alcohol y otras drogas en la mujer contribuye a la aparición, e incluso al mantenimiento de agresiones sexuales y victimización física.

Las empresas de bebidas alcohólicas, junto al resto de empresas que se patrocinan en televisión, tienen un gran éxito de ventas por todas las estrategias que usan para aumentar el impacto de sus anuncios en el espectador. La investigación de Cheung y Chan (1996) defiende que cuando más se visualizan los valores materiales y consumistas expuestos en la televisión, mayor es el impacto en los tele-espectadores, y eso lo saben bien todas las empresas que patrocinan sus productos en los medios televisivos.

En el desarrollo de su trabajo, Madrano (2007) afirma que la televisión se muestra igualmente capaz de **modelar** nuestras virtudes y nuestros defectos e influir en ellos. Dice además, que con los datos disponibles, parece que la televisión lo está consiguiendo hacer en ambas direcciones.

El objetivo de este artículo es conocer la prevalencia de los anuncios de bebida alcohólica en el Prime Time y recoger las cualidades de los anuncios que fomentan el alcohol

Metodología

Se trata de un estudio cuanti-cualitativo con un diseño descriptivo longitudinal. La muestra son todos los anuncios publicitarios emitidos en la franja horaria Prime Time, recogidos durante dos semanas en el periodo de Abril y Mayo del 2010 en días laborables, en las dos cadenas de televisión con mayor audiencia visual y con espacio publicitario en sus emisiones.

En el estudio se recoge por un lado la relación entre la cantidad de anuncios de bebidas alcohólicas con el resto de anuncios emitidos; y por otro lado, el perfil de los protagonistas de los anuncios y las características más relevantes que envuelven los anuncios de bebidas alcohólicas, para poder abordar el tema del Alcohol en el Prime Time de la manera más integral que capacita un estudio de esta envergadura.

Las cadenas seleccionadas presentaban las siguientes particularidades:

- Audiencia muy elevada
- Gran seguimiento social.
- Presencia de publicidad comercial.

Las cadenas más seguidas en España según el Estudio General de Medios (2010) son TVE 1, Tele 5 y Antena, aunque se descartó TVE 1 debido a que a partir del 1 de septiembre del 2009 dejó de emitir anuncios publicitarios (Ley de Financiación de la Corporación de Radio y Televisión Española, 2008)

Para llevar a cabo el análisis de la publicidad objeto de estudio se han utilizado los siguientes criterios de inclusión y de exclusión

- Criterios de inclusión: espacios publicitarios dentro de la franja horaria Prime Time, desde las 22:00 horas a las 01:00 horas
- Criterios de exclusión: espacios publicitarios fuera de la franja horaria Prime Time.

Los datos se obtuvieron mediante observación directa de las cadenas de televisión: Por un lado se recogieron los anuncios clasificándolos según el producto que anunciaban y se anotó el tiempo que duraba cada anuncio. Se recogieron 21.993 segundos de consejos publicitarios, y se clasificaron en: Anuncios Sanitarios, Alimenticios, de autocuidado y belleza, de bebidas alcohólicas, de bebidas no alcohólicas, de telefonías móviles, de bancos, de automoción, de autopromoción de la cadena televisiva y otros no relacionados con ninguno de los anteriores. Y por otro lado, se anotaron las cualidades que iban apareciendo en los anuncios que fomentaban el alcohol, dichas cualidades se vieron recogidas en otros estudios similares.

Los datos cuantitativos fueron analizados mediante el programa estadístico Microsoft Office Excel 2007. Se realizaron análisis descriptivos de frecuencias y porcentajes para la muestra en su totalidad, y se analizó la prevalencia de los anuncios de bebidas alcohólicas con relación al resto de anuncios.

Los datos cualitativos se analizaron y se agruparon en cinco categorías.

Resultados

Se analizaron 1127 consejos publicitarios, de una duración total de 21993 segundos. La media de duración de los anuncios es de 19,58 segundos, con una desviación típica de 7,11

Durante el periodo de estudio, los contenidos que anunciaban bebidas alcohólicas en Tele 5 representaban el 11,07 %; y en Antena 3, el 10,22% de la publicidad total recogida. (Fig. 1)

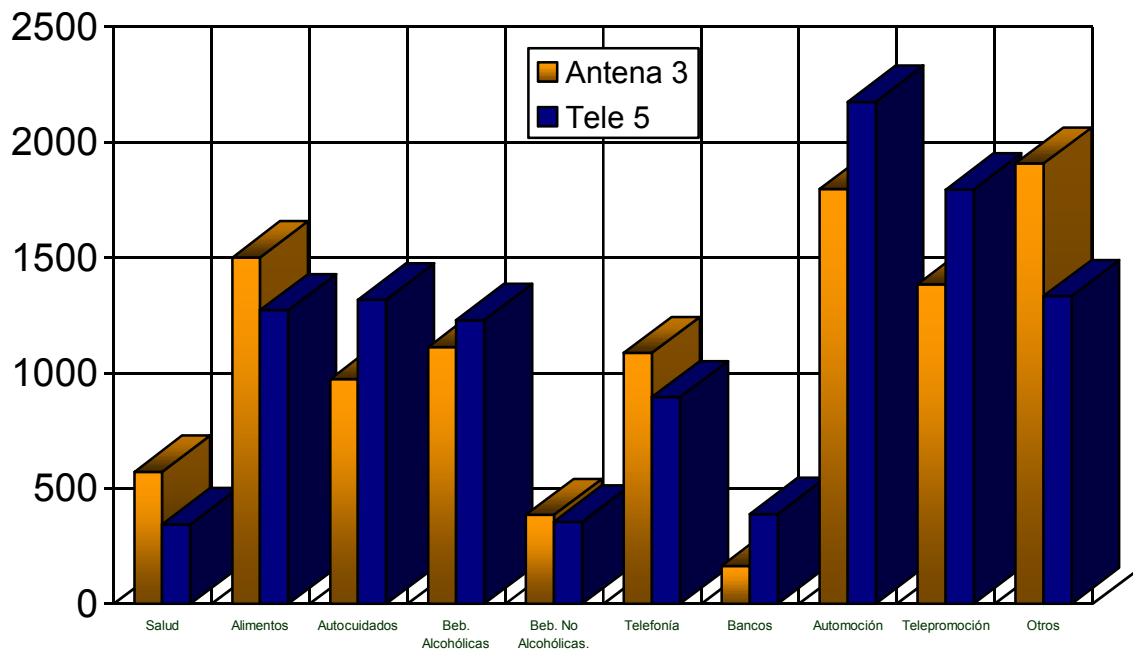


Fig 1. Contenidos (en segundos) de los anuncios publicitarios de Tele 5 y Antena 3 durante el Prime Time

Tras ser clasificados los anuncios recogidos (Fig. 2), se encontraron los siguientes datos:

- En **salud**, sólo se encontraron consejos publicitarios que anunciaban fármacos.
- En **alimentación**, el 15% de los anuncios estaban dirigidos a la promoción de comida rápida (Mc Donald, Burguer King, y Telepizza) y el resto de anuncios estaban relacionados con alimentos funcionales y otros alimentos.
- En **autocuidados**, el 62% de los anuncios eran de productos de belleza, el 21,2% de los anuncios eran de higiene, y el 17% anunciaban ropa.
- En **bebidas alcohólicas** (Fig. 3), la graduación encontrada iba de los 2,7° a los 17°.
- En **bebidas no alcohólicas**, el 55,5% de los anuncios estaban dedicados a bebidas ricas en cafeína y el 45,5 %, a bebidas sin cafeína.
- En **telefonía**, se recogieron anuncios de compañías de teléfono y de marcas de teléfonos.
- En **Bancos**, se recogieron anuncios que anunciaban cajas y bancos que promocionaban el crédito y otros de sus productos.
- En **Automoción**, se encontraron anuncios de empresas de automóviles, de seguros y de distribución de gasolina.

- En **Telepromoción**, se recogieron todos los anuncios que promocionaban a la cadena.
- En **Otros**, se clasificaron todos aquellos anuncios que no tenían lugar en ninguno de los items anteriores.

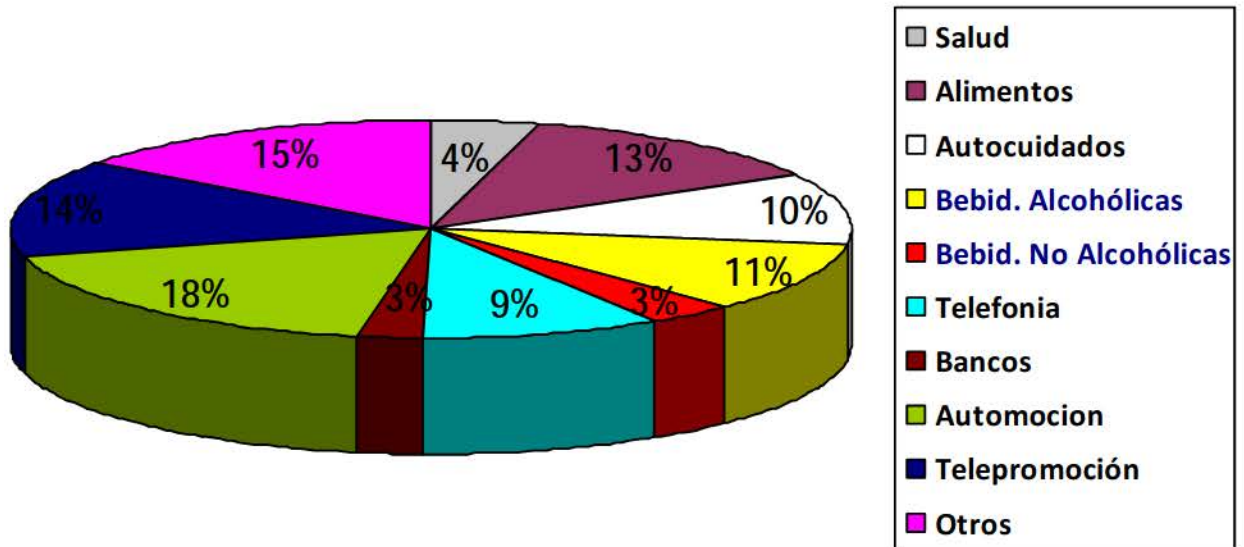


Fig 2. Anuncios Publicitarios en % según su contenido en ambas cadenas de televisión durante el Prime Time

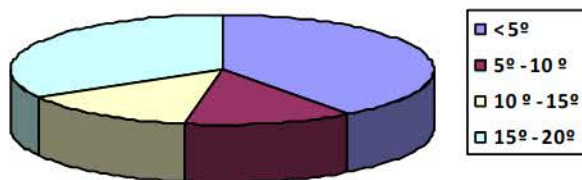


Fig 3. Anuncios en % según graduación de las bebidas alcohólicas

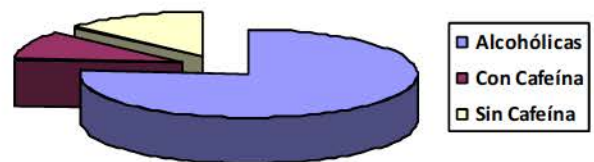


Fig 4. Anuncios en % según tipo de bebidas anunciadas

Se recogieron 50 y 46 anuncios de bebidas alcohólicas de Antena 3 y Tele 5 respectivamente, de 1071 y 1230 segundos correspondientemente. La media de duración de los anuncios de alcohol en antena 3 fue de 21,42 segundos con una desviación típica de 7,43; mientras que en Tele 5 fue de 26,74 segundos con una desviación de 11,52

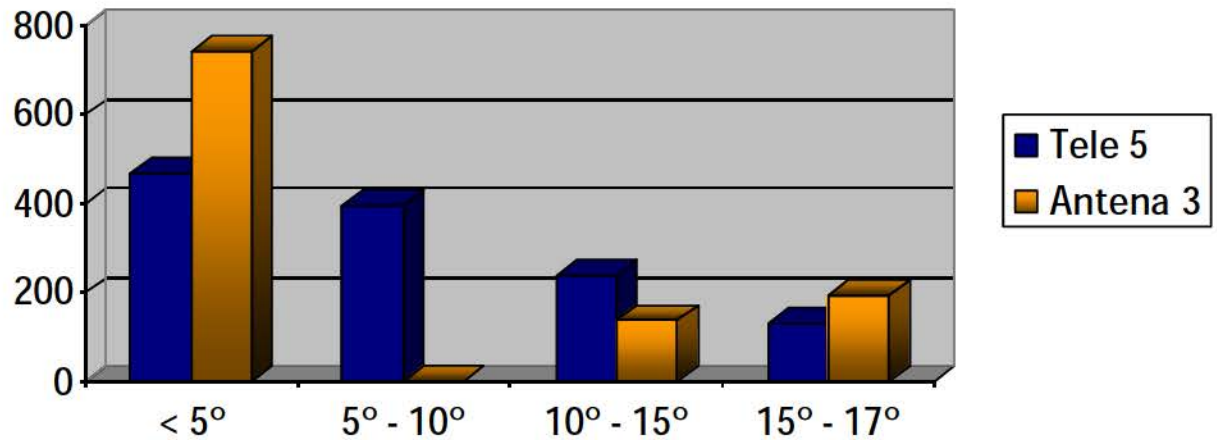


Fig 5. Anuncios en segundos de bebidas alcohólicas según graduación en Antena 3 y Tele 5

El perfil de los usuarios a los que se destinaban los anuncios del alcohol eran en su mayoría varones, pertenecientes a la clase social media, y de edades comprendidas entre los 25 y 44 años.

En los consejos publicitarios que anunciaban el alcohol, se observaron las siguientes características que no tenían que ver con las cualidades intrínsecas del producto (triangulado con otros estudios de investigación similares):

1. Símbolo de **virilidad**: el Alcohol como una ayuda para conquistar al sexo opuesto.
2. Simulación de determinadas **clases sociales**: Se presenta el Alcohol como ayuda para escalar puestos sociales.
3. Genera nuevas **amistades** o potencia las existentes.
4. Producto que produce **alegría**, que hace desaparecer el malestar, la tristeza, etc.

5. Producto relacionado con la **naturaleza**: el alcohol es asociado a la naturaleza, al deporte, etc.

Discusión y conclusiones

La importante presencia del Alcohol en los anuncios publicitarios (1 de cada 10 anuncios) solo es la imagen de lo que tenemos a nivel social, pues el Alcohol es una sustancia que no aporta beneficios al receptor, por lo que los consejos publicitarios recurren a elementos ajenos al producto para darle un valor positivo. Ya por los años 80, Cárdenas-García et al. (1987) recogió que la publicidad de bebidas alcohólicas favorecían una valoración positiva del consumo de alcohol, manteniendo y fomentando una actitud positiva hacia dicho consumo, al tiempo que contribuía a que pasasen desapercibidas para el receptor las consecuencias negativas que en bastantes ocasiones suponían el consumo de alcohol.

No todo el peso de esta actitud positiva recae sobre el alcohol, España es un país que, debido a factores de origen cultural, mantiene una actitud permisiva que se encuentra profundamente enraizada hacia el consumo de alcohol, sin embargo en los últimos tiempos el alcohol ha pasado de ser un elemento tradicional a ser un objeto más cuyo consumo hay que estimular.

Tal y como sostiene Catalán et al. (2010) “el uso de los medios de comunicación para difundir información para la salud puede ser una vía eficaz para aumentar la salud poblacional”, pero en este estudio se ve como también se puede disminuir la salud poblacional mediante la difusión de información perjudicial para la salud. La mayoría de consejos publicitarios que se encontraron en el Prime Time animaban a todo excepto al fomento de la salud, mientras que lo único que se destina a la salud explícitamente es la farmaindustria, a hábitos de vida sano y salud comunitaria e individual, no se destinan anuncios.

La televisión es el medio estrella elegido por las empresas de bebidas alcohólicas. Solo en 2007, según recoge el estudio de Montes-Santiago (2009) la industria alcohólica gastó en TV 33,43 millones € en campañas inductoras frente a 0,45 millones € de las campañas preventivas; Esto se ve claro en los resultados obtenidos en este estudio, donde más del 10% del espacio publicitario se encuentra reservado a la industria alcohólica.

El perfil de los consumidores que se expone en los consejos publicitarios está comprendido por personas de entre 25 y 44 años, con éxito a nivel personal, social y familiar. Alrededor de esos anuncios se encuentran series televisivas destinadas también a adolescentes y personas jóvenes. Estos anuncios inducen a chicos y chicas de entre 14 y 25 años a imitar a estos personajes publicitarios para conseguir, como refiere García del Castillo (2009) en su trabajo, todo aquello que rodea al alcohol, sobre todo su poder socializador. No obstante no todo el peso

se debe dejar caer en los anuncios televisivos, pues no son más que el espejo familiar, social, cultural de nuestro país.

Sánchez R. (2002), refiere en su trabajo que esta publicidad incluye a los niños y adolescentes al grupo de personas susceptibles a estos anuncios. Las empresas alcoholeras atraen mediante atractivos métodos publicitarios, con mensajes comerciales de sexo, éxito, diversión e incluso promoviendo este producto como un medio para solucionar problemas. En el 2007, el Ministerio de Sanidad y Consumo refirió que alrededor del 28 % de los anuncios del alcohol en TV estaban destinados exclusivamente a adolescentes. Un verdadero problema generacional, pues se está condenando a estas generaciones y a las futuras a la alcoholización social.

La mujer, sin duda alguna, es una figura representante de la salud de la población, en este trabajo se ve un tipo de publicidad machista que usa a la mujer como reclamo para su producto, presentandola más cómo objeto que cómo sujeto. Esta deducción se ve apoyada con el argumento de Sánchez R (2002) que define este tipo de reclamo publicitario como una publicidad que en muchos casos atenta contra la dignidad de la mujer presentándola como un simple objeto sexual.

No se puede terminar este apartado sin resaltar la relación que la publicidad crea entre el consumo de bebidas alcohólicas y el éxito. Es bastante irónico que se esté fomentando el alcohol como un producto que ayuda a sociabilizarse, tener éxito familiar, vencer miedos y temores, resolver problemas individuales, escalar clases sociales, cuando la realidad que espera al consumidor que llega a necesitar del alcohol, es la marginación, exclusión social, soledad, rechazo de la pareja sentimental, fracaso escolar y laboral, etc.

Conclusiones

1. El Alcohol es una droga dura que tiene un espacio importante en los consejos publicitarios, con pocas restricciones socio-sanitarias.
2. La publicidad consigue darle la vuelta a algo negativo para la salud y la sociedad, vendiéndolo cómo algo relacionado con el éxito, la felicidad, etc.
3. España es un país muy permisivo con el alcohol. Procede de una cultura muy influenciada por este embriagante, en la que su consumo goza de alta permisividad social, que se asocia a reflexiones sociales, laborales, familiares, a las celebraciones y al éxito.
4. Los niños y adolescentes son los más influenciados por la TV y los más perjudicados por el reforzamiento cultural, pues aún no han alcanzado su madurez cuándo ya se han visto atrapados en el alcoholismo social.

5. Este gran problema socio-sanitario, requiere de grandes soluciones. Hay que tomar conciencia de los riesgos colectivos derivados de determinados estilos de vida, y de la poderosa influencia de los medios de comunicación social.

Referencias

- Asociación Psiquiátrica Americana. (2002). DSM IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Ed. Masson.
- Catalán-Matamoros, D; Muñoz-Cruzada y Barba, M; Fuentes-Hervías, MT. (2010). Técnicas de comunicación para la prevención y el control de enfermedades. Rev. Esp. de comunicación sanitaria. 1 (1): 50-65.
- Cárdenas-García, C; Moreno-Giménez, B. (1985). "La construcción situacional en la ingesta alcohólica". Estudios de Psicología. 23/24: 67-84.
- Cárdenas-García, C; Moreno-Giménez, B. (1987). "La publicidad de bebidas alcohólicas y el consumo del alcohol en la adolescencia. Estudios sobre consumo, 10. [Versión electrónica]. Recuperado el 5 de Febrero del 2011 <http://www.consumo-inc.es/>
- Cheung, C; Chan, C. (1996). Television viewing and mean world value in Hong Kong's adolescents. Social Behavior and Personality, 24: 351-364.
- Dirección General de Tráfico DGT. (2010). [Versión electrónica]. Recuperado el 20 de Febrero del 2011, <http://www.dgt.es>
- Estudio General de Medios: Año móvil Octubre de 2009 a Mayo de 2010. (2010). [Versión electrónica]. Recuperado el 20 de Enero del 2011, <http://www.aimc.es/-Datos-EGM-Resumen-General-.html>
- García del Castillo-Rodríguez, JA; López-Sánchez, MC; Quiles-Soler, MC; García del Castillo-López A. (2009). Descripción y análisis de la publicidad de alcohol en la revista Muy Interesante. Rev. Latina de comunicación social, 64.
- Garcia-Muñoz, JA. (2005). Los contenidos en las televisiones locales. Rev. Comunicar, 25.
- González Hernández, D. (2009). Los medios de comunicación y la estructuración de las audiencias masivas. Estudios sobre las Culturas Contemporáneas. Redalyc, XV: 37-68.
- Ibañez, JC. (2001). Televisión y cambio social en España de los años 50: Apuntes sobre el proceso de legitimación del medio televisivo en la dictadura de Franco. Rev. de historia del cine, 13: 48-67
- Klevens, J. (2001). Epidemiological evidence for a causal relationship between alcoholism and violence in Colombia. Rev. salud pública, 3 (1): 40-50.
- Ley de Financiación de la Corporación de Radio y Televisión Española. (2008, 28 de Agosto). [Versión electrónica], Boletín oficial del estado. Recuperado el 15 de Junio del 2010,

<http://www.boe.es>

- Llopis, J. et al. (2005). Uso de drogas y violencia de género en mujeres adictas en Europa. Claves para su comprensión e intervención. Monográfico Salud y Drogas, 5 (2): 137-158
- López-Ibor, JJ (Coord.). (1992). CIE-10: Trastornos mentales y del comportamiento. Meditor.
- Medrano-Samaniego, C., Cortés-Pascual MP., Palacios-Navarro, S. (2007). La televisión y el desarrollo de valores. Rev. de educación, 342: 307-328.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Informe sobre Alcohol 2007 [Versión electrónica]. Recuperado el 20 de Febrero del 2011, <http://www.pnsd.msc.es>
- Montes-Santiago, J; Castro-Rial, ML. (2009). Prevención del alcoholismo e inversiones publicitarias en España: una lucha de David contra Goliath. Adicciones, 21 (3): 203-206.
- Rodríguez-Martín, N., (2008). "Anunciar es vender": Nacimiento y desarrollo de la publicidad en España del primer tercio del siglo XX. [I Encuentro de Jóvenes Investigadores en Historia Contemporánea de la Asociación de Historia Contemporánea: Zaragoza, 26, 27 y 28 de septiembre de 2007.](#)
- Sánchez, R. (2002). Publicidad de bebidas alcohólicas. Algunas razones para establecer unos límites. Adicciones: Revista de Socidrogalcohol, 14 (1): 133-140.

Publicidad sanitaria en la prensa nacional española

Health advertising in the Spanish press

M.J. Rodríguez Arrastía^{1*}, C. Romero Padilla¹

¹ Centro de Estancias Diurnas Almería. Roquetas de Mar.

Fecha de recepción: 08/12/2011 – Fecha de aceptación: 10/03/2012

Resumen

Introducción. La publicidad, entendida como proceso de comunicación, será un factor importante en la prensa escrita. Tanto es así que la prensa escrita ocupa el segundo lugar en inversión publicitaria. **Objetivos.** Explorar la publicidad sobre salud de los dos periódicos nacionales más importantes de España y comparar la temática elegida en cada periódico. **Material y método.** Se trata de un estudio descriptivo longitudinal de los dos principales periódicos nacionales, El País y El Mundo. La muestra se recogió, publicidad sobre conductas de salud, durante una semana para cada periódico, desde lunes hasta domingo. **Resultados.** Prevalencia equitativa del número de publicidad a lo largo de la semana, con gran aumento en domingo. Se observa un número importante de publicidad direccionada hacia ambos géneros. **Discusión.** Uso por parte de las empresas de publicidad estereotipos en aquellos anuncios donde aparece una figura de género, así como distintas técnicas para atraer a toda costa la atención de la persona con las consecuencias económicas que conlleva. **Conclusiones.** La figura femenina no es tan usada como estereotipo en la publicidad en prensa nacional, dirigida a un mayor público. Abundante publicidad en la edición del domingo, apoyada por "ganchos" como obsequios para llamar la atención del comprador.

Palabras clave: prensa nacional, salud pública, publicidad.

Abstract

Introduction. Advertising, understood as a process of communication, will be an important factor in the press. So much so that the press is second in advertising investment. **Objectives.** Explore health publicity on the two major national newspapers in Spain and compare the themes chosen for each newspaper. **Material and methods.** This is a longitudinal descriptive study of the two major national newspapers, El País and El Mundo. The sample was collected, publicity about health behaviors, for one week for each paper, from Monday to Sunday. **Results.** Prevalence equal number of advertising throughout the week, with large increase on Sunday. There is a significant number of advertising directed toward both genders. **Discussion.** Use by advertisers stereotypes in those ads where a figure appears gender and different techniques to attract attention at all costs from the person with the consequences that entails. **Conclusions.** The female figure is not used as a stereotype in the national press advertising, aimed at a wider audience. Heavily advertised in the Sunday edition, supported by "hooks" as gifts to attract the attention of the buyer.

Key words: national press, public health, advertising.

* Correspondencia: mra757@gmail.com

Introducción

Cómo bien nos define Sánchez Pardo L. (2004) en su libro “Jóvenes y Publicidad: Valores en la comunicación publicitaria para jóvenes”, la publicidad es “un proceso de comunicación externa, interpersonal y controlada que, a través de los medios masivos, pretende dar a conocer un servicio, idea o institución, con objeto de informar y/o influir en su compra o aceptación”. Por tanto, la publicidad comercial persigue dos objetivos básicos:

- Informar: La publicidad transmite conocimientos y datos sobre los productos y servicios (disponibilidad, calidad, canales de distribución, precios, etc.), pero es una forma de información persuasiva, caracterizada por su parcialidad (crea las noticias que le interesa y no dice toda la verdad, sino sólo aquella parte de la verdad que le interesa).
- Persuadir: La publicidad trata de ejercer una influencia en el consumidor para que compre un determinado producto, creando o modificando actitudes, para estimular la apetencia de un producto y crear una disposición favorable hacia el mismo, Se trata de convencer, a través de la motivación, de que la adquisición de un determinado producto contribuirá a satisfacer las necesidades de los consumidores.

Las estrategias utilizadas por la publicidad irán encaminadas ha dos puntos clave:

- La personalización: tratan de dotar de personalidad propia a las marcas, de buscar el mayor grado de afinidad posible con los elementos estimuladores de las decisiones de compra. Los productos son comprados no sólo por lo que son (por sus cualidades, utilidades o precio), sino por lo que representan.
- La segmentación del mercado: el mercado puede segmentarse en función de distintos criterios, de tipo geográfico, por canales de distribución o por la selección del público objetivo.

Con respecto a la salud, como en otros sectores, critican a la publicidad por su actitud ética hacia los efectos que tienes muchos anuncios sobre las conductas en la población. Es indiscutible que en el marco de la comunicación publicitaria se incluyen mensajes e imágenes censurables desde el punto de vista ético, que pueden ayudar a consolidar comportamientos insolidarios y conductas desadaptadas. La mejor prueba e ello es la existencia de un código ético de conducta, promovido por la propia industria (Sánchez Pardo et al, 2004).

La publicidad impresa es un tipo de publicidad que utiliza la prensa, tanto nacional como provincial, como medio para promocionar unos productos cuyo fin es vender (Martínez Martínez, 2004).

La inversión es otro factor tenido en cuenta. Según los estudios realizados por Villa P. et al. (2001), INFOANDEX principal base de datos de publicidad en España, podemos ver que la prensa escrita durante el año representaba en la inversión de publicidad un 29,9% en el año 2000, un 25,5% en 2005 (Villa et al, 2005) y un 20,9% en el 2010 (Villa et al, 2010). Lo más importante en todos estos datos es destacar que, dentro de los medios convencionales, ocupa el segundo puesto en todos los estudios en inversión publicitaria aunque se denote un decrecimiento durante los últimos años. Por tanto, la importancia del análisis sobre la publicidad que aparezca en estos medios ocupa un papel bastante importante.

Por tanto, debido al gran impacto que supone la inversión en la prensa escrita, el objetivo del estudio es explorar la publicidad sobre salud de los dos periódicos nacionales más importantes de España.

Otro objetivo, una vez descrita la publicidad, es la comparación entre las temáticas elegidas para la publicidad en cada periódico.

Material y métodos

El presente trabajo se trata de un estudio descriptivo longitudinal en los periódicos nacionales de más relevancia: El País y El Mundo.

Tras haber realizado una búsqueda bibliográfica, no se ha encontrado estudios previos sobre la publicidad incluida en ambos periódicos por lo que el método de recogida de datos se realizó con la adquisición diaria del periódico.

Como sesgo en la recogida de datos tenemos la distancia en la recogida de datos entre un periódico y otro, siendo El País adquirido desde el 22/03/10 al 28/03/10 y El Mundo desde el 29/03/10 al 04/04/10. En éste último habrá que añadir además como sesgo la adquisición del número del Sábado 10/04/10 ya que el 03/04/10 no se publicó ningún tipo de prensa por ser festivo nacional.

Los criterios de inclusión serán aquella publicidad que tenga un contenido explícito sobre conductas en salud o que, de forma indirecta, puedan repercutir en las conductas de la salud. Como conductas de salud serán incluidas aquellas que repercutan en la persona en su totalidad (Sánchez Moreno et al, 2000):

- Biológico: conductas que repercutan en la salud del propio individuo.
- Psicológico: conductas que connoten una necesidad para una mejor salud psicológica.

- Social: conductas que puedan mejorar el bienestar social así como repercusiones sobre el medio ambiente.

Y como criterios de exclusión serán aquellas que no afecten ni de forma directa ni indirecta a las conductas de salud.

La elaboración de los datos, se ha dividido en los días que han ido apareciendo así como las páginas que ocupaban y agrupándolos en dos grandes grupos que serán de los periódicos a los que pertenecen. La publicidad se ha clasificado en varios grupos: según el tipo de página que ocupan, según el género al que van dirigidos y según a la categoría que pertenecen. Las categorías que se han establecido son:

- Cosmética: dirigido tanto a mujer como a hombre pero que no pertenecen explícitamente al grupo de fármacos.
- Fármacos: dentro se incluyen a empresas farmacéuticas como fármacos.
- Clínicas: empresas que ofrecen servicios destinados a una calidad de salud.
- Otros: anuncios que incluyen prendas de vestir, electrodomésticos o viajes que se publicitan para mejorar la calidad de salud.

La clasificación de género se ha realizado teniendo en cuenta las siguientes consideraciones en cada uno de ellos:

- Mujeres: existe la presencia de una figura femenina en el anuncio utilizando el producto o de forma acompañando el lema de forma estática.
- Hombres: aparece una figura masculina haciendo uso del producto o acompañando el lema de forma estática.
- Ambos: no aparece ninguna figura femenina ni masculina que puedan encajar el anuncio en un género en exclusivo.

Resultados

El número total de muestras publicitarias que se han encontrado en ambos periódicos asciende a 49, siendo 18 (61,22%) para El País y 16 (38,78%) para El Mundo (Fig. 1).

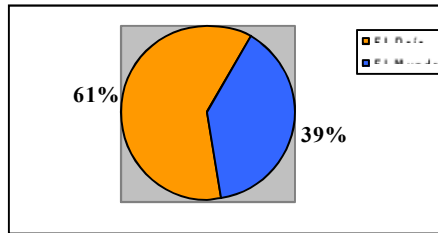


Fig. 1 Publicidad total entre El País y El Mundo

El reparto del número de publicidad a lo largo de las distintas semanas, entre lunes a domingo (Fig. 2), es prácticamente equitativo salvo en el domingo y el extra que se reparte en ambos periódicos. En el País se publicará un 63,64% más con respecto a El Mundo durante el domingo y un 60% más en el extra del mismo día.

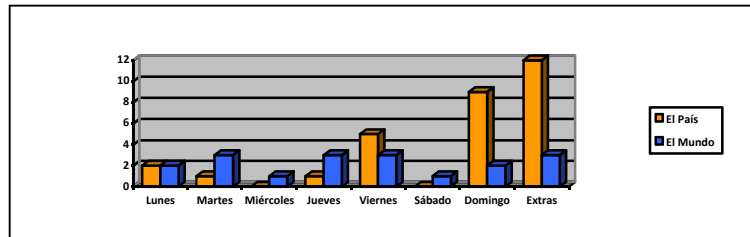


Fig. 2 Publicidad de lunes a domingo de El País y El Mundo

Por otro lado, con respecto a la posición que ocupan las páginas en ambos periódicos mayor con diferencia, estando la publicidad en páginas impares en un 88,89% en el País y un 87,5% en El Mundo (Fig. 3).

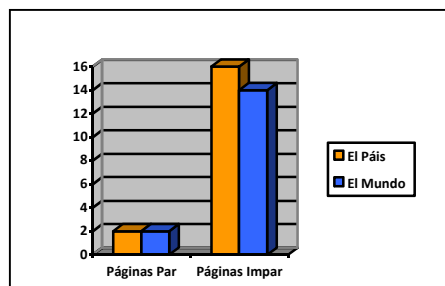


Fig. 3 Relación de páginas pares e impares en El País y El Mundo

En relación a las distintas categorías a las que se han clasificado las publicidades encontradas, se puede destacar que los grupos más predominantes en ambos periódicos corresponden a Fármacos (38,78%) seguido de Otros (22,45%), Alimentos (14,29%), Cosmética (12,24%) y Clínicas (12,24%).

La diferencia que existe entre el número de publicidad por categorías es más significativo en el diario El País. La mayor diferencia la encontramos en Clínicas con un 71,66% más de publicidad, seguido de cerca por Alimentos con 71,45% y Cosmética con un 33,34%. El resto de categorías están menos diferenciadas, habiendo un 5,26% de publicidad de Fármacos en El País y un 9,1% más de Otros en El Mundo (Fig. 4).

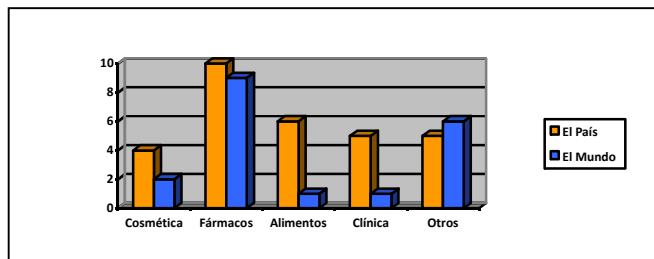


Fig. 4 Categorías de publicidad en El País y El Mundo

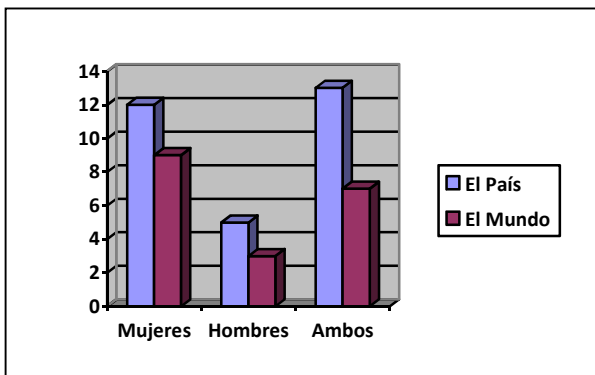


Fig. 5 Publicidad según al género dirigido en El País y El Mundo

La diferencia entre los géneros se diferenciará por una mayor publicidad dirigida al género femenino en ambos periódicos, siendo de un 23,4% más de publicidad en El País y un 31,58% más en El Mundo con respecto al dirigido al género masculino. Además, la diferencia de la publicidad dirigida a ambos géneros será mayor en El País con un 6,49% más que en El Mundo (Fig. 5).

Seguidamente, se puede apreciar una diferencia entre los géneros dependiendo de la categoría a los que nos refiramos (Fig. 6 y 7).

En la categoría de Fármacos existe una inversión de un 40% más para el género femenino en El País y un 11,11% en El Mundo. Además, El País utiliza un 15,56% más de publicidad dirigida a ambos géneros que El Mundo.

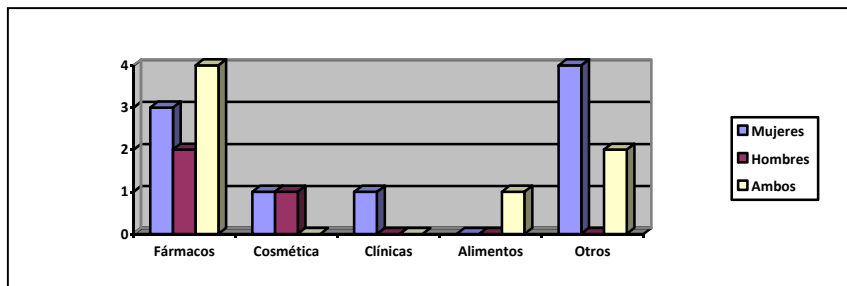


Fig. 7 Publicidad según género en las distintas categorías en El Mundo

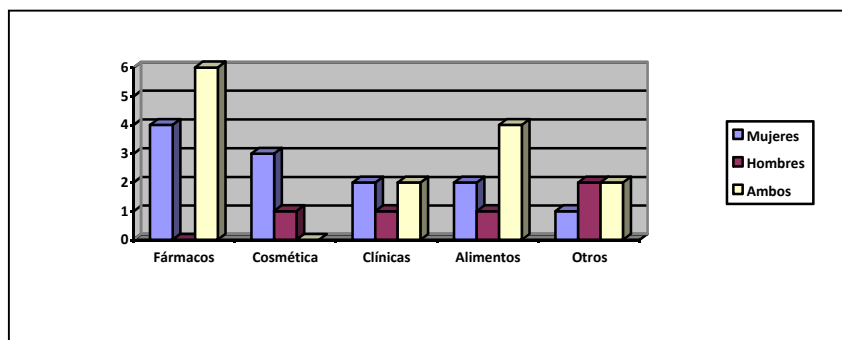


Fig. 8 Publicidad según género en las distintas categorías en El País

En la categoría de Cosmética existe una inversión de un 50% más para el género femenino en El País, en contraste con un mismo presupuesto en El Mundo.

En la categoría de Clínica existe una inversión de un 100% por parte de El Mundo mientras que en El País se reduce a un 20% pero siendo en ambos dirigidos a un género femenino.

En la categoría de Alimentos existe una inversión de un 14,28% más en publicidad destinada al género femenino en El País frente a la inexistente en El Mundo. Sin embargo, aparece un 42,86% más de publicidad destinada a ambos géneros en éste último.

Por último, en la categoría de Otros, en El País se destinará un 20% más de publicidad al género masculino mientras que El Mundo hará un 66,67% más para el género femenino. En El País se destinará un 6,67% más de publicidad para ambos géneros en esta categoría.

Discusión

Cuando un mercado crece tiende a diversificarse abarcando gran variedad de consumidores, que presentan distintas necesidades. A una empresa se le hace más difícil satisfacer este mercado con un producto homogéneo. Este problema, al igual que en otros medios, se presenta en la prensa escrita y por ello aparece el término de segmentación del mercado. Este término alude a la división conceptual del mercado en grupos de consumidores relativamente homogéneos, para atender mejor a cada grupo.

El principal problema al que se enfrentan los empresarios es cómo determinar los segmentos de mercado. La segmentación se basa en cinco tipos de criterios: demográficos, geográficos, por uso, psicográficos y por beneficios. Extrapolándolo al estudio que nos compete, podemos observar como ambos periódicos se centran principalmente en ambos géneros para lanzar sus campañas publicitarias aunque entrando en cada una de las categorías podemos ver que se hace una mayor inclinación hacia el género femenino, caso que será tratado más adelante.

En todos los anuncios que han participado figuras tanto masculinas como femeninas, siendo mayor en este último grupo, se ha incorporado el concepto utilizado en publicidad como de estereotipos basados en el sexo. Aunque en las dos últimas décadas se han reducido los estereotipos en el reparto de tareas (Jaffe & Berger, 1994), los estereotipos en la caracterización aún son muy habituales.

Las empresas recurren a los estereotipos por muchos motivos. Las investigaciones muestran que el uso de estímulo y marca crean una estrecha relación (Garrido Lora, 2007). Por ello, en las publicidades en las que aparece una figura estereotipada, frecuentemente esbelta y de buen ver, hace que asociemos ese estímulo que nos produce esa imagen con la marca que promociona.

Asimismo, otra técnica muy utilizada por ambos periódicos, aunque no en la misma publicidad, es la repetición (Cacciopo & Petty, 1979). Consiste en presentar dos o más veces el anuncio (u otro estímulo) ante un sujeto. La repetición es indispensable en el entorno publicitario actual. Es estudiada en profundidad por la psicología, el marketing, la publicidad y el comportamiento del consumidor.

Por otro lado, tenemos también en ambos periódicos una predominancia hacia colocar la publicidad en las páginas impares. La ubicación física del anuncio en el medio puede afectar a la atención que reciba. El tamaño y la posición son dos aspectos importantes al respecto. En España es frecuente cobrar un sobreprecio aproximado del 10 por ciento por elegir página impar (la derecha cuando la publicación está abierta), práctica que se justifica en una supuesta – más que real – atención hacia esa página (Tellis & Redondo, 2002).

Una vez definidos los soportes y las inserciones, hay que prever el momento de su emisión o publicación. Habría que evitar poner las inserciones tan juntas que produzcan rechazo, o tan lejanas que se pierda conexión entre ellas (González Lobo & Carrero López, 2004). En ambos periódicos se cumple que aproximadamente cada 3 páginas aparece un anuncio publicitario, enlazando unos temas con otros.

Debe considerarse también los eventos especiales, aprovechando los picos de audiencia o los acontecimientos relaciones con el contenido de los anuncios. De esta manera, se puede observar el gran aumento que se lleva a cabo en ambos periódicos durante el domingo, teniendo en cuenta que es este día cuando se ofrece un resumen con las noticias más importantes acaecidas durante la semana así como un extra con mayor información de actualidad e incluso con algún obsequio.

Además, se aprecia un notable incremento de la publicidad centrada en temática de salud como Fármacos que cada vez cobra mayor relevancia y preocupación a la población. Esto ya no sólo se ve en el medio de prensa sino también en el principal medio de publicidad tradicional: la televisión (Mariotto et al, 2009).

Conclusiones

La mujer ha sido siempre tiznada, e incluso en la actualidad, de ser el estereotipo perfecto al que se centra la publicidad en general. Concretamente en la prensa escrita hemos visto que en realidad podríamos decir que en el sector que se le atribuye al género femenino, principalmente Cosmética, no es el único sector donde la publicidad está más centrada en ella pero más aún es el número de anuncios que en va dirigidos a ambos géneros.

Hay que destacar el gran estudio que se ha realizado y se sigue llevando a cabo en la psicología de la publicidad. Sin duda, llama muchísimo la atención esa peculiaridad de la ocupación predominante por la página impar en ambos periódicos.

La repetición de un mismo tipo de publicidad se reproduce durante toda la semana en ambos periódicos llegando a ser máxima en la edición de los domingos. No se puede dejar de lado tener en cuenta que en estas ediciones en particular utilizan un elemento de gancho como son distintos obsequios (libros, camisetas, tazas...) para llamar la atención del público y de "paso" leer su contenido.

Con respecto a la finalidad que intentan llevar a cabo con los contenidos propios en cada categoría, como se dijo en la introducción, es vender. Sin embargo, de forma no intencionada

pocos son los que realmente inciten a una conducta saludable aunque hay que recalcar que ninguno hace referencia de forma explícita ni no intencionada a una conducta contraproducente. Sólo cabe extraer el contenido de un anuncio, dedicado al género masculino, durante la edición del domingo en el periódico El País que fomentaba el ejercicio físico de forma no intencionada. El resto de publicidad podría afectar a la salud pero no podríamos enmarcar totalmente si los resultados obtenidos de su uso podrían ser totalmente beneficiosos o totalmente perjudiciales.

Referencias

- Sánchez Pardo, L., Megías Quirós, I., Rodríguez San Julián, E. (2004). Jóvenes y publicidad – Valores en la comunicación publicitaria para jóvenes. Madrid, FAD, p. 17 – 31.
- Martínez Martínez, I.J. (2004). Conceptos Básicos de Publicidad y Relaciones Públicas. Murcia, Universidad de Murcia, p. 54 – 55.
- Villa, P., Petit, L.A., Plana, J.R., Rubio, C., López, I., Sánchez, J. et al (2001). Estudio INFOADEX de la inversión publicitaria en España 2001. Madrid, INFOADEX, p. 11.
- Villa, P., Sierra, J., Petit, L.A., Plana, J.R., Rubio, C., Díez-Chellini, S. et al. Estudio INFOADEX de la inversión publicitaria en España 2005. Madrid: INFOADEX; 2005. p.12
- Villa, P., Petit, L.A., Argüelles, R., Rubio, C., Sanz, L., Rayón, G. et al. (2010). Estudio INFOADEX de la inversión publicitaria en España 2010. Madrid, INFOADEX, p. 10
- Sánchez Moreno, A., Aparicio Ramón, V., Germán Bes, C., Mazarrasa Alvear, L., Marelles Tormo, A., Sánchez García, A., et al. (2000). Enfermería comunitaria: Concepto de salud y factores que la condicionan. Madrid, McGraw-Hill, p. 3 – 6
- Jaffe, L.J., Berger, P.D. (1994). The effect of modern sex role portrayals on advertising effectiveness. *Journal of Advertising Research*, 34 (4), 32 – 43.
- Garrido Lora, M. (2007). Estereotipos de género en publicidad – La creatividad en la encrucijada sociológica. *Rev. Creatividad y Sociedad*, 11, 1 – 19.
- Cacciopo, J.T., Petty, R.E. (1979). Effects of Message Repetition and Position on Cognitive Response, Recall and Persuasion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37 (1), 97 – 109
- Tellis, G.J., Redondo, I. (2002). Estrategias de Publicidad y Promoción. Madrid, Addison Wesley, p. 166 – 167.
- González Lobo, M.A., Carrero López, E. (2004). Manual de planificación de medios. 4ª ed. Madrid: ESIC, p. 170 – 185.
- Mariotto, G., Lázaro, H.L., Bulla, G., de Cousandier, C., Gómez, V., Ciccone, V. et al. (2009). Investigación: Publicidad y Salud. Argentina, COMFER, p. 1 – 75

Introducción a las técnicas de comunicación terapéuticas y no terapéuticas en enfermería

Introduction to therapeutic and non-therapeutic communication techniques in nursing

Álvaro D. Campos Palomo^{1*}, Laura D. Campos Palomo²

¹ Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

² Hospital Punta de Europa, Algeciras.

Fecha de recepción: 08/07/2012 – Fecha de aceptación: 10/09/2012

Resumen

La comunicación entre los profesionales enfermeros y los pacientes es básica en la terapéutica del cuidado, de hecho, los expertos en salud tienen que vigilar muy de cerca las respuestas que dan a los cambios conversacionales que se producen en el proceso de atención de enfermería, prestando especial atención a los aspectos del lenguaje tanto verbal como no verbal. Con el objetivo de mejorar dicha interacción, y debido a la escasa literatura renovada existente al respecto, se realizó una búsqueda bibliográfica actualizada, con unos criterios de inclusión y exclusión de artículos que arrojó una serie de respuestas terapéuticas y no terapéuticas que todo profesional del cuidado debería tener presente. La conclusión final estriba en la necesidad inmediata de automatizar el conocimiento adquirido en el presente trabajo e incluirlo como parte esencial en los programas terapéuticos.

Palabras clave: comunicación; comunicación no verbal; enfermería; mensaje; terapéutica.

Abstract

Communication between nursing professionals and patients is essential in therapeutic care, in fact, health experts have to closely monitor the responses that give conversational changes occur in the nursing process, taking into account verbal and nonverbal aspects. In order to improve this interaction, and due to the limited literature available on the subject to date, we performed a literature research updated, with article inclusion and exclusion criteria that showed a number of therapeutic and nontherapeutic responses to all care professionals should be present. The bottom line is the need to immediately automate the knowledge gained in this article and include them as an essential part of the treatment programs.

Key words: communication; non-verbal communication; nursing; message; therapy.

* Correspondencia: campospalomo@mixmail.com

Introducción

Las primeras referencias a la terapéutica del cuidado y las relaciones interpersonales se remontan al año 1952. Fue en esta época cuando Hildegard Peplau publicó en "Interpersonal Relations in Nursing" una nueva perspectiva del cuidado que, no sólo aunaba nuevos conceptos teóricos para sustentar la profesión que años atrás había puesto de moda otra famosa enfermera, la popular Florence Nightingale, sino que, además, su intuición y su forma de entender las actividades propias de la disciplina, estaban vehiculizadas a través de lo que determinó en llamar "relaciones enfermera-paciente".

Aunque el modelo actual en el que se sustenta la enfermería española tiene más tendencia al propuesto por Virginia Henderson, la comunicación terapéutica y las relaciones interpersonales siguen siendo pilar básico de nuestras obligaciones sesenta años después de las teorías de Peplau, pese a que nuestra profesión haya estado influenciada por muchos otros marcos teóricos a lo largo de su historia (Col, Besora, Icart, Ferré, Manito, Ondiviela, Pulpón, 2007)

Los tratamientos, la asistencia y el nexo entre ambas, dan forma a un ámbito ampliamente estudiado entre los expertos del cuidado, aunando esfuerzos por conseguir una mejora de los servicios que prestan en los distintos entornos de salud que se ofertan en nuestra amplia red sanitaria, atesorando además un positivo sentimiento con vistas al avance y la prosperidad en el futuro y en la investigación.

Las distintas disciplinas que interactúan en los diversos tratamientos que se ofertan a nuestros pacientes, abogan por un abordaje holístico, es decir, una implicación en el entorno biomédico, psicológico y social en cualquier proceso de salud que pueda estar afectando a nuestros enfermos. Es ahí donde nos enfrentamos de lleno a una realidad cada día más presente en nuestro trabajo. No en vano, la comunicación terapéutica como base del cuidado, debería estar presente en el aspecto sanitario, cognitivo y comunitario de nuestros usuarios.

Por otro lado, caeríamos en un gravísimo error si consideramos que tanto la comunicación como las respuestas terapéuticas solo están relacionadas con la asistencia profesional; de hecho, ésta debe estar presente también en los mensajes intrapersonales e interprofesionales.

Sin embargo, todavía quedan multitud de aspectos a considerar en lo que a vínculos entre pacientes y enfermeros respecta. La literatura es escasa y muchos de ellos demandan más aprendizaje en los programas de formación tanto modulares como universitarios en este espacio (Lizarraga, Avarra, Cabodevilla, 2006).

Nuestro objetivo sería recalcar el problema desde un plano holístico, con una verdadera implicación en la formación de enfermeras/os, proponer todo tipo de soluciones, hacer partícipes a nuestros compañeros de un equipo multidisciplinar y en definitiva aportar al conocimiento las distintas formas de respuestas terapéuticas y no terapéuticas determinadas históricamente, pero desde una visión actual y dinámica.

Llegados a este punto, es necesario referenciar que el abordaje multidisciplinar es aquel que involucra distintos profesionales en el cuidado de salud y que en ningún momento pretendemos caer en los tópicos de intrusismo profesional.

Material y métodos

El presente trabajo se ha confeccionado mediante una narrativa bibliográfica exhaustiva, con los conocimientos adquiridos en nuestra práctica clínica diaria y los que recibimos durante nuestro periodo de formación universitaria.

Estrategia de búsqueda

- Metabuscadores
 - JABEGA (Catálogo de la Universidad de Málaga)
 - GERIÓN (Biblioteca del Sistema Sanitario Público de Andalucía)

- Bases de datos (con alto factor de impacto)
 - CINAHL
 - HighWire Press
 - ICYT – Ciencia y Tecnología
 - IME – Biomedicina
 - ISOC – Humanidades y Ciencias sociales
 - New England Journal of Medicine
 - OvidSP
 - PEDro
 - PubMed
 - ScienceDirect – Journals
 - Wiley-Blackwell-Journals
 - Cuiden
 - DRAE

- Ecuación de búsqueda – primer cribaje
Términos incluidos en primer cribaje “comunicación”, “comunicación no verbal”, “enfermería”, “mensaje” y “terapéutica”. Tanto en español como en inglés. Todos ellos están incluidos como Descriptores en Ciencias de Salud (DeCS) y Medical Subject Headings (MeSH), lo cual arrojó un resultado de 3125 artículos en total.
- Ecuación de búsqueda – segundo cribaje
Términos incorporados en segundo cribaje “comunicación AND enfermería”, “ayuda terapéutica AND enfermería”, “comunicación no verbal AND enfermería”. En español e inglés, lanzando un resultado de 478 artículos.

Criterios de inclusión

- Año de publicación del artículo igual o superior al 2004
- Eminente implicación enfermera
- Relacionado con la comunicación terapéutica

Criterios de exclusión

- Publicaciones con escasa o nula evidencia científica
- Limitada multidisciplinariedad. Abordaje biomédico exclusivo

Proceso de selección de artículos

- De los 478 trabajos que aparecieron en el segundo cribaje, y, según los criterios expuestos, se seleccionaron 21 trabajos que cumplieran los objetivos del estudio y consideramos relevantes en la revisión bibliográfica.

Maniobra de extracción de datos

- Mediante referencia bibliográfica según la última revisión de la APA.

Resultados

Consideraciones generales sobre la comunicación

Antes de entrar de lleno en el tema, sería muy interesante realizar una serie de consideraciones sobre la comunicación, ya que ésta puede entenderse desde varias vertientes.

Según el Diccionario de la Real Academia Española (DRAE), podemos encontrar las siguientes definiciones:

1. Acción y efecto de comunicar o comunicarse.
2. Trato, correspondencia entre dos o más personas.
3. Transmisión de señales mediante un código común al emisor y al receptor.
4. Unión que establece entre ciertas cosas, tales como mares, pueblos, casas o habitaciones, mediante pasos, crujías, escaleras, vías, canales, cables y otros recursos.
5. Cada uno de estos medios de unión entre dichas cosas.
6. Papel escrito en que se comunica algo oficialmente.
7. Escrito sobre un tema determinado que el autor presenta a un congreso o reunión de especialistas para su conocimiento y discusión.
8. Figura que consiste en consultar la persona que habla e parecer de aquella o aquellas a quienes se dirige, amigas o contrarias, manifestándose convencida de que no puede ser distinto del suyo propio.
9. Correos, telégrafos, teléfonos, etc.

Son muchos los sinónimos de comunicación que poseemos en el castellano. Entre otros, podemos citar:

1. Comunicado
2. Mensaje
3. Notificación
4. Intercambio
5. Conexión

Dada la naturaleza polisémica del concepto, los objetivos de la comunicación los podemos agrupar en varias vertientes:

1. Todos los sinónimos que recoge el DRAE sobre “informar”, que entre otros, son:
 - advertir, anunciar, indicar, avisar, instruir, publicar, etc.
2. Todos los sinónimos que recoge el DRAE sobre “alentar”, que entre otros, son :
 - animar, inducir, incitar, estimular, etc.
3. Todos los sinónimos que recoge el DRAE sobre “inducir”, que entre otros, son:
 - incitar, impulsar, convencer, persuadir, etc.
4. Todos los sinónimos que recoge el DRAE sobre “averiguar”, que entre otros, son:
 - indagar, investigar, buscar, deducir, etc.
5. Todos los sinónimos que recoge el DRAE sobre “distracer”, que entre otros son:

- amenizar, alegrar, complacer, contentar, etc.

Con este gran elenco de objetivos, no es de extrañar que el nexo terapéutico de la enfermera con el paciente se vea apoyado mediante su correcto uso, teniendo en cuenta además que es imposible no comunicar. De forma verbal o no verbal, el mensaje estará presente siempre (Balderas, Ortis, 2012).

Desde un punto de vista más terapéutico, la comunicación se puede ver afectada por multitud de patologías tanto orgánicas como evolutivas como psicológicas entre las que podemos destacar:

- Patologías del lenguaje: Afasia y disfasia
- Patologías del habla: Dislalia, disartria, disglosia
- Patologías de la lectoescritura: Dislexia, agrafia
- Patología vocal: Disfonía
- Patología psíquica: Mutismo selectivo

Tipos de comunicación

Existen dos tipos de comunicación. Cada una de ellas tienen unas características definitorias propias y unos factores relacionados que pasaremos a especificar a continuación. Estamos hablando de la comunicación verbal y no verbal.

- La comunicación verbal (Claros, 2010)
 - Utiliza un código común tanto para el receptor como para el emisor y éste puede ser escrito, oral, etc.
 - El contenido del mensaje debe estar contextualizado pudiendo apoyarse de gestos, actitudes, etc.
 - Es posible la retroalimentación inmediata.
 - Los parámetros a considerar para que sea eficaz podrían ser (Zamorano 2012):
 1. Precisión
 2. Claridad
 3. Objetividad
 4. Oportunidad
 5. Sencillez
 6. Pertinencia
 7. Verosimilitud

- La comunicación no verbal (Rodríguez, Kurtz, Álvarez-Ude, 2011)
 - Es la comunicación que fortalece o consolida el mensaje o bien lo retracta debido a la frecuencia que presenta en todo el proceso terapéutico.
 - Se expresa mediante el lenguaje corporal y/o visual, cuyas técnicas podemos resumir en:
 1. Expresión facial, mirada y sonrisa
 2. Gestos, movimientos, postura y orientación corporales (Fernández, 2011).
 3. Contacto físico
 4. Proximidad y distancia
 5. Aspectos personales y apariencia física
 6. Entonación y velocidad comunicativa
 7. El silencio como respuesta terapéutica (San Martín, 2008)

Factores de la comunicación humana (Jiménez 2011)

- Emisor
 - Punto de inicio de la comunicación. Codifica el mensaje para que llegue de manera entendible al receptor. Productor del mismo.
- Mensaje
 - Conjunto de sensaciones, creencias, y hechos que el emisor envía al receptor. Hablar de mensaje, es hablar de información.
- Código
 - Reglas de signos y símbolos aceptadas por los miembros del proceso comunicativo. Por ejemplo, la lengua de signos utiliza un código de gestos aceptados por la comunidad de sordos en la que se utilice.
- Canal
 - Es el medio que usamos para transmitir la información desde el emisor al receptor. Puede ser el aire para la comunicación oral, un papel para la comunicación escrita, etc...
- Receptor
 - Punto final de la comunicación. Función decodificadora del mensaje. Destinatario del mismo
- Situación o contexto
 - Orientación espacio-tiempo en el que se produce la comunicación.
- Interferencia o barrera

- Alteraciones que sufre la señal a lo largo de todo el proceso comunicativo. También se le denomina ruido, aunque no solo hablamos de barreras acústicas.
- Retroalimentación
 - No descrita muchos autores. Hablamos de interactividad, condición base para que se produzca la comunicación. La ausencia de ésta produciría sólo información.
- Fuente
 - Es el hecho o fenómeno que pone en marcha la información. No está codificada aún. Por ejemplo, un brote epidémico para el caso de la información televisiva.
- Perceptor
 - Aquello a lo que va destinado el mensaje, pero no tiene por qué ser necesariamente lo que lo descodifique.

Factores condicionantes

Con respecto a la comunicación en general, tenemos que tener especial cuidado para que la forma (fonología, morfología, sintaxis), el contenido (semántica) y el uso (pragmática) del lenguaje, sea el correcto ya que todos estos aspectos tendrán que pasar por la decodificación cognitiva y el desarrollo sensorial de todos los integrantes del proceso comunicativo (Hassan, 2011 y Pedemonte, Velluti 2005).

Si nos centramos en el contexto en el que se produce el intercambio de información, tenemos que tener especial cuidado con la orientación temporo-espacial en el que se desarrolla el mismo (Blanca, López-Montiel, Luna, Alarcón, López-Montiel, 2010).

Haciendo una especial mención al emisor del mensaje, tenemos que tener en cuenta su rol, actitud, aptitud, sentimientos, estatus, nivel socio-cultural, etc. como factores condicionantes que pueden alterar el proceso informativo tanto a nivel cualitativo como cuantitativo (Diniz, Días, Silva, 2011).

En cuanto a la relación emisor-receptor, también podemos encontrar agentes que limitan el curso normal del que hablamos en este apartado. Si bien, podemos hablar del esfuerzo que ambos miembros deben realizar para entenderse, conocimiento de los interlocutores y el equilibrio perfecto entre el lenguaje verbal y no verbal que ambos utilizan. No menos importante, sería el manejo de la "propiedad" de la información (Martínez, 2004).

Respuestas y actitudes terapéuticas en enfermer (Vida, Adamuz, Feliu, 2009 y Díaz 2011)

- Reconducción: Proceso por el cual la enfermería trata de volver a llevar una cuestión a su cauce normal.
- Validación: Hacer válido todo aquello que nuestro paciente plantea y que pueda estar causándole inseguridad y/o malestar.
- Clarificación y resumen: Disipar aquello que enturbie los conocimientos de la persona que tenemos a nuestro lado de una manera escueta y a modo de síntesis
- Empatía: Método con el cual nos sentimos identificados y nos ponemos en el lugar de los demás.
- Información: De todo aquello que nuestro usuario desconozca y en la medida en que podamos ayudarle, identificando además, aquellas cuestiones interesantes para nuestro ejercicio profesional y/o que sean del gusto de nuestro enfermo.
- Escucha activa - silencio: Mecanismo por el cual mostraremos una postura de compromiso entendiendo la comunicación desde el punto de vista del emisor.
- Asertividad: Se trata de ser positivos. Buscar la verdad fehaciente, pero además incluimos aquí el uso del tacto (en su sentido físico y paradójico) y el humor, que induzca una base de relación armoniosa.
- Reflexión y respeto: Son manifestaciones de acatamiento cuando las personas que nos rodean intenten considerar nueva o detenidamente algún juicio, actitud, etc.
- Fluidez conversacional: Para ello planteamos aquí las preguntas abiertas, centrar las conversaciones en aquello que verdaderamente es atractivo e interesante y reincidir en todo aquello que haya planteado dificultad.
- Interpretar el lenguaje no-verbal: Presente en todas las respuestas terapéuticas anteriores, con ello conseguiremos que no se cometan errores comunicativos. Hablamos de "saber entender a nuestro paciente".
- Aconsejar: Es una respuesta muy terapéutica si la realizamos en el ámbito de nuestras competencias. Educación para la salud, promoción de la misma, etc. Los consejos personales deberían evitarse ya que, como se ha mencionado en el presente trabajo, cada individuo ve la realidad de manera distinta a igualdad de condiciones.

Respuestas y actitudes no terapéuticas en enfermería (College of Nurses of Notario, 2008)

Si a las respuestas terapéuticas citadas anteriormente le colocáramos la partícula negativa “no”, estaríamos ante diez respuestas erróneas de la enfermería en todo el proceso de comunicación terapéutico. Respuestas a las que además podemos sumarles:

- Juzgar y prejuzgar: Formar opiniones de quienes nos rodean con o sin conocimiento de causa, es un gravísimo error que perturbaría las relaciones profesionales entre enfermeras y pacientes. De hecho, aquí podríamos hablar sin miedo a caer en el tópico vulgar de “las apariencias engañan”.
- Universalizar: Cada usuario es distinto. Cada persona tiene una forma de ver, actuar e interactuar de manera diferente ante respuestas idénticas. No es correcto generalizar nuestros cuidados profesionales.
- Fatigar: Podríamos afirmar que, inquietar con exigencias, o responsabilizar en demasía las respuestas de nuestros enfermos, son factores contraproducentes en las respuestas positivas que el proceso comunicativo puede arrojarnos.
- Vulgarizar: Hacer sentir incómodo a la persona receptora de cuidados mediante respuestas defensivas y/o triviales rompería la estructura terapéutica comunicativa, ya que el paciente podría sentirse en situación inferior al profesional. No olvidemos que el humor además juega un papel importante, pero que debe usarse con mucho mimo, ya que no todo el mundo es receptivo a él.
- Tergiversación: La indeterminación, confusión, dobles sentidos y todo aquello que nos ponga en situación ambigua, podría dar respuestas inesperadas, rompiendo con ello la cadena armónica en las relaciones profesionales.
- Desacreditar: Ofender, incapacitar o excluir compañeros de profesión es una actitud totalmente contraindicada por el sentimiento negativo que genera en las personas que tenemos bajo nuestra responsabilidad
- “Burnout” (explicado detalladamente a continuación)

El síndrome “burnout” en enfermería como facilitador de la ruptura en comunicación terapéutica

El síndrome de quemarse en el trabajo o “burnout”, ha sido referenciado en varios de los artículos seleccionados para esta revisión bibliográfica, motivo por el cual, hemos visto a bien incluir algunas reseñas del mismo antes de pasar a las conclusiones finales.

Se trata de una respuesta anormal al estrés laboral crónico en la que además confluyen dos perspectivas bien delimitadas: la clínica y la psicosocial y entre cuyos desencadenantes más importantes podríamos referenciar la relación trabajo-familia, presión por desempeño laboral,

ambiente de trabajo y nuevas tecnologías (Tekindal & Tekindal, Pinar, Ozturk, Alan 2012 y Miller 2011).

Podemos afirmar desde nuestra práctica clínica, que este síndrome produce alteraciones biopsicosociales en los profesionales que lo sufren. De hecho esta implicación holística de la problemática que aquí estamos documentando produce todo tipo de algias, alteraciones cardiovasculares, hostilidad, agresividad, soledad, etc. Y como no, también tiene consecuencias importantes para la empresa en la que trabajan, entre las que podríamos concretar como profesionales de la enfermería, los accidentes laborales, escasa o nula implicación en la calidad de los cuidados enfermeros, absentismo laboral, etc (Ríos, Godoy, Sánchez-Meca 2011).

Las estrategias de intervención individuales, grupales y organizacionales pasan por la definición que Lazarus y Folkman dieron en el año 1986 y que se publicó tal que así: *“Aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”*

Entre las maniobras de actuación personales, tenemos el afrontamiento y el escape. Con respecto al nivel grupal, tenemos el apoyo social, y, en el tercer nivel, es decir, la intervención organizacional, tenemos las políticas de gestión con programas de desarrollo profesional (Popp 2008).

El tema del “burnout” está ampliamente argumentado en la literatura actualizada. Remitimos al lector a cualquier base de datos para seguir profundizando en el mismo.

Discusión

Muchos son los años que han pasado desde que se publicó el último marco teórico que conocemos a día de hoy. No obstante, y a merced de los datos obtenidos en esta revisión sistemática, podemos concluir que los pilares básicos en lo que a comunicación, salud y terapéutica del cuidado respecta, siguen siendo los mismos. Las modificaciones añadidas versan, a modo general, sobre las relaciones interpersonales, en las que además están incluidas las que puedan sustentar las enfermeras/os con sus pacientes, y, de modo específico, las intrapersonales, que, junto a las anteriores, pueden ser factores condicionantes de la comunicación.

Los profesionales de la salud debemos formarnos en los aspectos aquí reseñados, y no solo debemos adquirir conocimientos nuevos, estamos en la obligación de fomentarlos, acrecentarlos y, como no, reciclarlos en actualizaciones constantes.

El carácter holístico expuesto a lo largo de toda esta revisión sistemática, nos hace ver que la comunicación también tiene un componente bio-psico-social, y que, en ningún caso, pueden desarticularse dicho trinomio para referirse a la misma. Hay que estudiarla en su conjunto.

Como colofón final, podríamos ratificar que, en cuanto vayamos configurando, conformando o creando un marco teórico de respuestas terapéuticas y, además las pongamos al servicio de nuestros pacientes, tendremos una base importante para afrontar el temido burnout, que, igualmente, echará en falta altas dosis de apoyo social y organizativo de la empresa para la que prestamos nuestros servicios si no queremos caer en el síndrome de “estar quemado en el trabajo”.

Agradecimientos

A D. Miguel Muñoz-Cruzado y Barba. Presidente de la Asociación Española de Comunicación Sanitaria. Por incitarme a enviar este proyecto, por transmitirme en persona parte de su conocimiento y por el acogimiento que me ha ofrecido en la asociación.

A D. Adolfo Romero Ruiz. Enfermero del Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Por ser todo un “maestro en investigación” y por su magnífico curso “Redacción y Publicación de artículos científicos”.

A la Revista Española de Comunicación en Salud por introducir parte de mi conocimiento en ella.

Referencias

- Balderas Marisol B., Ortis Yoshiva Adalid G. (2011). Comunicación verbal de la enfermera con los pacientes hospitalizados. Consultado 28 de febrero 2012. Disponible en LINK "<http://cdigital.uv.mx/handle/12345678/29280>"
- Blanca MJ., López-Montiel D., Luna R., Alarcón R., López-Montiel G., Zalabardo C (2010). Efecto de la apertura del estímulo en la dominancia global en tareas de categorización de la orientación. *Psicothermia*; 22(4): 758-764
- Claros Peinado R (2010). La comunicación verbal. *Revista de estudios locales*; 126: 72 –74
- Coll M., Besora I., Icart Isern MT., Ferré Vall MA., Manito Lorite I., Ondiviela Cariteu A., Pulpón Segura AM. (2007). Cuidados enfermeros según Virginia Henderson. *Revista Rol de enfermería*; 30(3): 53-56
- College of Nurses of Ontario (2008). Therapeutic nurse-client relationship. The standard of care; 3-17

- Díaz Cortés MM (2011). Comunicación enfermera/paciente: reflexión sobre la relación de ayuda. *Revista Española de Comunicación en salud*; 2(1): 55-61
- Diniz A., Dias Pocinho M., Silva Almeida L (2011). Cognitive abilities, sociocultural background and academic achievement. *Psicotherma*; 23(4): 695-700
- Fernández Martín E (2011). La comunicación no verbal en el aula. *Educación y futuro: revista de investigación aplicada y experiencias educativas*; 24: 117-131
- Hassan DM (2011). Perception of temporally modified speech in auditory neuropathy. *International Journal of Audiology*; 50(1): 41-9
- Jiménez Cruz J.R (2011). Elementos de la comunicación y el aprendizaje en la educación virtual. *Contactos*; 79: 23-30.
- Lizarraga Mansoa S., Ayarra Elía M., Cabodevilla Eraso I. (2006). La comunicación como piedra angular de la atención al paciente oncológico avanzado. *Bases para mejorar nuestras habilidades. Atención Primaria*; 38(2): 7-13
- Martínez Copete C (2004). Lenguaje verbal y no verbal que propician la motivación. *Revista del Grupo de Investigación Filología Alemana*; 5: 403-410
- Miller JF (2011). Burnout and its impact on Good Work in Nursing. *Journal of Radiology Nursing*; 30(4): 146-9
- Pedemonte M., Velluti RA (2005). El procesamiento sensorial podría estar organizado en el tiempo por ritmos cerebrales ultradianos. *Revista de neurología*; 40(3):166-172
- Popp MS (2008). Estudio preliminar sobre el síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeras de unidades de terapia intensiva (UTI). *Interdisciplinaria*; 25(1): 5-27
- Ríos Rísquez MI., Godoy Fernández C., Sánchez-Meca J (2011). Síndrome de quemarse por el trabajo, personalidad resistente y malestar psicológico en personal de enfermería. *Anales de psicología*; 27(1): 71-79
- Rodríguez Sanz J., Kurtz Luna C., Álvarez-Ude Cotera F. (2011). Aspectos clave de la comunicación no verbal en la consulta. *Formación médica continuada en atención primaria*; 18(7): 401-409.
- San Martín C (2008). Diversidad funcional del silencio en situación comunicativa: emergencia del silencio como marcador reflexivo en los mensajes infantiles. *Anuario de psicología*; 39(2): 231-248.
- Tekindal B., Tekindal MA., Pinar G., Ozturk F., Alan S (2012). Nurses'burnout and unmet nursing care needs of patients' relatives in a Turkish State Hospital. *International Journal of Nursing Practice*; 18(1): 68-76
- Vidal Blan R., Adamuz Tomás J., Feliu Baute P (2009). Relación terapéutica: el pilar de la profesión enfermera. *Revista Virtual Enfermería Global*; 8(3).

- Zamorano Aguilar A (2012). Teorías del caos y lingüística. Aproximación caológica a la comunicación verbal humana. Signa: revista de la Asociación española de Semántica ; 21: 679-705

La comunicación en la relación de ayuda al paciente en enfermería: saber qué decir y qué hacer

Communication in the aid relationship to the nursing patient: knowing what to say and to do

Almudena D. Alférez Maldonado^{1*}

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

Fecha de recepción: 10/04/2012 – Fecha de aceptación: 10/07/2012

Resumen

La tarea de comunicarnos ha existido desde siempre. Como seres humanos que interactuamos con nuestro entorno, emitimos continuamente mensajes- verbales o no verbales-, al mundo que nos rodea. Desde Enfermería, para establecer una correcta relación de ayuda con el paciente, debemos saber comunicarnos. Para ello, debemos de adquirir una serie de habilidades y destrezas que nos aseguren el bienestar del paciente en su aspecto holístico (bio- psico- social) tales como empatizar o una escucha activa basada en el respeto. En definitiva, saber qué decir, cómo decirlo y qué hacer ante cualquier situación en la que, lo que esté en detrimento no sea el ámbito físico o social del individuo, sino el psicológico.

Palabras clave: *comunicación; relación de ayuda; enfermería; paciente; empatía.*

Abstract

The task of communicating has always existed. As humans we interact with our environment, continuously we emit messages (verbal or non-verbal), to the world around us. From Nursing to establish a correct support relationship with patients, we must learn to communicate. For this we need to acquire a range of abilities and skills that will ensure the wellbeing of the patient in a holistic aspect (bio-psycho-social) such as empathy and active listening based on respect.

In short, knowing what to say, how to say and what to do in any situation in which, it is not detrimental to the physical or social individual, but it is in psychological.

Key words: *communication; aid relationship; nursing; patient; empathy.*

* Correspondencia: almu_aam@hotmail.com

Introducción

La tarea de comunicarnos ha existido desde siempre. El ser humano por naturaleza tiende a expresarse, verbal o no verbalmente, este es un hecho intrínseco a sí mismo. Un ejemplo a modo explicativo sería, cuando tenemos un mal día y no queremos hablar con nadie al llegar a casa, ponemos malas caras, signos físicos de agotamiento, cansancio, no seguimos conversaciones, ni prestamos atención, etc. Estamos comunicando de una forma no verbal a nuestro entorno que no queremos hablar.

De una forma intencionada o no, comunicamos, y este hecho es así porque, estamos en continua interacción con nuestro entorno.

La comunicación es, por tanto, “un proceso continuo por el cual una persona puede afectar a otra a través del lenguaje escrito u oral, gestos, miradas, expresiones faciales, lenguaje corporal, espacio u otros símbolos” (Mejía Lopera, 2006).

Implícita a esta definición de comunicación, y entendiéndola en este contexto, podría encontrarse la estrecha e íntima relación que tiene la tarea de comunicar con la relación de ayuda en el área de la Enfermería, siendo el arte de la comunicación un componente esencial en la actividad del profesional sanitario y, entendiéndose como relación de ayuda “aquella relación en la que uno de los participantes intenta hacer surgir, de una o ambas partes, una mejor apreciación y expresión de los recursos latentes del individuo y un uso más funcional de estos” (Rogers, 1996).

Rogers, en su definición anterior, interpreta que lo que se pretende en la relación de ayuda es ayudar a las personas a utilizar sus propios recursos para afrontar sus problemas, sin caer en paternalismos ni autoritarismos. Definición que se ve complementada por la de Peplau que, afirma que “las intervenciones de las enfermeras son procesos interpersonales terapéuticos y significativos para la persona. Los cuidados han de ser individualizados haciendo especial hincapié en la relación humana entre la enfermera y la persona necesitada de ayuda” (Fernández Mérida, 1998).

Partiendo de la base, por tanto, de que para que haya relación tiene que haber comunicación, esta debe ser efectiva para poder originar un correcto proceso terapéutico y de cuidados, y un adecuado proceso de relación de ayuda enfermero- paciente.

Dicho de otro modo, es un pilar fundamental en el desempeño del rol del profesional de Enfermería, como administrador de cuidados, condicionando esta comunicación, tanto verbal como no verbal, la calidad de nuestras relaciones.

Para que la comunicación sea efectiva y, entendiéndola en el mejor de los aspectos, productiva, no podemos olvidar que debemos ser claros – “lo que está claro para mí, sólo está claro para mí” (Cibanal, 2006). Afirmación en la que su autor intenta explicar que las palabras tienen el significado que queremos poner en ellas.

Debemos ser a su vez conscientes de que nuestras percepciones personales, nuestros valores y el ámbito cultural en el que nos movamos, influyen en la manera en la que encaminamos la información por lo que debemos superar estos filtros para llegar a la persona.

De igual forma que actuamos como emisores al emitir un mensaje, cuando interactuamos con nuestros pacientes, a su vez, actuamos como receptores en el proceso de comunicar, por lo que, debemos saber escuchar, ser asertivos, empáticos, no emitir juicios de valor, basarnos en el respeto, utilizar el feedback...y, en definitiva, ser auténticos, definiéndose la autenticidad según C. Rogers como la afirmación de que “uno es él mismo cuando lo que dice está acorde con sus sentimientos. Es ser sincero y honrado consigo mismo” (Rogers, 1996).

Considerando a la persona como un ser holístico (bio- psico- social) debemos, como profesionales de Enfermería, además de englobar en nuestra intervención meras técnicas centradas en mejorar la calidad de vida a nivel físico y/o social, centrarnos en la esfera de lo psicológico, desarrollando las habilidades y destrezas necesarias para originar una adecuada relación de ayuda, que va más allá de una simple respuesta a la cotidianidad, brindando un asesoramiento y apoyo que de respuesta a nuestro receptor de una forma integral. Un apoyo que puede ir desde una palabra de aliento en un momento dado, hasta un simple apretón de manos, una mirada o un abrazo, convirtiendo esta relación en una dimensión más del cuidado y, todo ello justificado en la gran necesidad de la persona demandante de cuidados de sentirse acogido, escuchado y comprendido.

Los objetivos de este estudio son, por tanto:

- Conocer la importancia de la comunicación en la relación de ayuda al paciente.
- Conocer las habilidades necesarias como profesionales de la Enfermería en técnicas de comunicación y relación para saber “qué decir”, “qué hacer” y “saber estar” ante cualquier situación que así lo requiera.
- Conocer la necesidad de desarrollar dichas habilidades para conseguir una comunicación y relación eficaz.

Material y métodos

El estudio está basado en una revisión bibliográfica del tema en cuestión: “la comunicación en la relación de ayuda con el paciente”. Revisión complementada con el método de la observación participante que, si bien le brinda un sesgo de subjetividad al estudio, se cree que puede aportar, a su vez, riqueza, credibilidad y validez a la publicación, unida a las opiniones de los autores revisados.

Para ello, se ha empleado como herramienta la búsqueda de información en las bases de datos: Medline, Scielo y Cuiden Plus. Los descriptores o palabras claves utilizadas en dicha búsqueda han sido: “comunicación”, “relación de ayuda”, “relación terapéutica”, “paciente” y “Enfermería” utilizadas indistintamente en español e inglés y limitando la búsqueda con el empleo de los operadores lógicos: AND, OR y * (para limitar la raíz semántica de la palabra) y, limitando la búsqueda, a su vez, a los resultados encontrados en los últimos diez años, para asegurar un grado óptimo de evidencia científica en los datos extrapolados para el estudio. Las escasas fuentes bibliográficas anteriores al año 2000 seleccionadas, se escogieron por considerarse relevantes para el estudio.

El estudio se realizó durante los meses de Febrero- Marzo de 2012 y de todos los resultados obtenidos, combinando las distintas opciones de búsqueda mencionadas, se han seleccionado un total de 24 referencias bibliográficas. El resto de artículos descartados no fueron seleccionados por no cumplir los criterios de inclusión siguientes:

- Estar comprendidos entre 2000- 2012.
- Tratar de la relación de ayuda entre enfermera- paciente, excluyendo otros miembros del personal sanitario (médicos...)
- Que traten del paciente en general, excluyendo los pertenecientes a algún grupo concreto como geriatría, pediatría, ante el duelo, salud mental.

Resultados y discusión

Para la presentación de los resultados se ha utilizado el criterio de ir dando respuesta a los objetivos planteados en el estudio.

De este modo, se presenta en primer lugar que “*el saber comunicarnos es un arte*” (Valverde Gefaell, 2007). Una comunicación eficaz es un eslabón muy importante para crear una buena relación de ayuda con la persona, con el paciente, de tal manera que, la forma en que

establezcamos la comunicación tendrá como consecuencia un afrontamiento efectivo o inefectivo ante determinadas situaciones.

Para ello, el profesional de Enfermería debe adoptar una actitud empática comprendiendo y transmitiendo esa empatía y comprensión, pasando por cada una de las fases descritas en el proceso de empatizar:

1. *Fase de identificación*: en la que nos identificamos con la otra persona y con su situación.
2. *Fase de incorporación y repercusión*: incorporación de los elementos de la experiencia del paciente que son semejantes a los propios.
3. *Fase de separación*: apartarse de la implicación sentimental, manteniendo una distancia para evitar sentimientos de culpa. Sin esta fase, existe una alta probabilidad de sufrir el síndrome del "burn-out" (Bermejo, 1996).

Debemos respetar al paciente, retirando aquellos sentimientos, actitudes o juicios nocivos de valor, para entablar una correcta relación con el mismo, brindando asertividad y practicando una escucha activa, definida por la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE) como la "*gran atención y determinación de la importancia de los mensajes verbales y no verbales del paciente*" (McCloskey J, et al. 2001).

Consiguiendo una adecuada comunicación terapéutica habremos alcanzado el eslabón más importante en el terreno de la relación de ayuda, consiguiendo estar en relación con la persona. Hecho que nos permitirá tener una continuidad en los cuidados caracterizados por su carácter holístico, asegurando el bienestar global del individuo.

Antes de continuar con la relación de ayuda, sus tipos y habilidades/ destrezas que debemos adquirir como profesionales de Enfermería, para fomentar el bienestar mencionado, y asegurar un cuidado holístico, no podemos dejar en el olvido la comunicación no verbal como parte relevante de la comunicación terapéutica. Esta nos aporta datos que ayudan a comprender mejor la situación de la persona. Además nuestra conducta no verbal va a tener una importancia fundamental en nuestra actitud empática, ya que con ella demostraremos la comprensión de la situación. De modo que, obtenemos no solo los datos del problema sino que, demostramos el interés en ayudarlo.

El concepto de relación de ayuda, está fundamentado y desarrollado principalmente por 3 grandes teoréticas de la historia de la Enfermería: V. Henderson (V.H.), Peplau y Travelbee J.

V.H identifica que Enfermería puede establecer tres tipos de relaciones con el paciente, que dependerán de la valoración de las capacidades de este y en las que, como profesionales del ámbito, se actuará como:

1. *sustituta: cuando la dependencia del individuo es total.*
2. *de ayuda: cuando apoya a sus actividades, fomentando su funcionalidad a fin de mantener o motivar su independencia.*
3. *compañera: al actuar como asesora para conservar su salud dejándole en libertad de acción para tomar sus propias decisiones (Kozier et al. 1999).*

Peplau, en su modelo de Enfermería psicodinámica, describe su teoría de las relaciones interpersonales, en la cual analiza la relación enfermero-paciente y en las que identifica y describe cuatro fases: orientación, identificación, aprovechamiento y resolución (Peplau, 1990).

Esta teoría permite que los profesionales de Enfermería dejen de centrarse en la esfera biofísica de la enfermedad, y se acerquen a los sentimientos, comportamientos, miedos e incertidumbres que manifiesta su aparición, pudiendo ser explorados e incorporados a las intervenciones de Enfermería y logrando así, una relación enfermero - paciente que permita afrontar los problemas que aparezcan de manera conjunta.

Por último, Travelbee afirma que *“el propósito de la Enfermería se alcanza mediante el establecimiento de una relación a través de interacciones de humano a humano, y consiste en ayudar al individuo, familia y comunidad a prevenir o actuar frente a la enfermedad”* (Marrinier; Tomey A. 1995).

En la bibliografía consultada, se observan diversos tipos de relación de ayuda. Explicados de forma breve y concisa serían los siguientes:

- *Autoritario: Centrado en el problema del paciente y en intentar resolverlo, no se hace uso de los recursos del paciente sino los de uno mismo.*
- *Democrático o cooperativo: Centramos el problema en el paciente y adoptamos una actitud facilitadora, e implicamos al paciente en la resolución del mismo.*
- *Paternalista: Centramos el problema en la persona, en cómo lo vive, de una actitud directiva y tomamos la responsabilidad de la situación y sobreprotegemos al paciente.*
- *Empático: Se dirige a la persona, se adopta una actitud facilitadora y se ayuda al otro, insistiendo en qué cree que debe hacer en relación a lo que puede realizar. (Rico Beltrán, 2007).*

El ideal a seguir, de los cuatro tipos de relación de ayuda expuestos, sería el empático, centrándonos en la persona y no en el problema y/o enfermedad que le afecta.

Para ello, y dando respuesta al segundo y tercer objetivo propuestos en el estudio, debemos conocer las habilidades necesarias, como profesionales de Enfermería, en técnicas de comunicación y relación para saber qué decir, qué hacer y crear una buena relación terapéutica ante cualquier situación que así lo requiera, con el fin de garantizar una atención de calidad, así como reconocer su necesidad.

“Ofrecer al paciente un trato empático y de alta calidad no sólo es un compromiso ético de la profesión sanitaria sino que, además, resulta de gran utilidad para poder diseñar mejor los procesos terapéuticos y asistenciales en la dirección de las necesidades reales de cada persona, así como para recoger mejor información de utilidad diagnóstica y para lograr una mayor comprensión y adhesión al tratamiento por parte del paciente” (Pons, 2006).

Para ello debemos de tener en cuenta una serie de habilidades y destrezas que nos pondrán en el culmen de un buen proceso terapéutico (comunicación & relación), disponiendo de recursos comunicativos que nos permitan optimizar la relación profesional con el paciente.

Debemos:

- *Utilizar un lenguaje apropiado a la persona que escucha. Comunicar consiste en hacerse entender.*
- *Dar indicaciones y/o prescripciones de manera clara y concisa.*
- *Dejar hablar al interlocutor, sin interrumpir salvo que se pierda el hilo de la conversación.*
- *Ayudar al interlocutor a que se sienta cómodo y libre en aquello que quiera expresar. Para ello es necesario crear un clima de cordialidad.*
- *Manifestar una actitud de respeto absoluto e incondicional hacia la persona y su intimidad.*
- *Demostrar interés hacia lo que se está escuchando, mediante feedback verbal y no verbal (postura, miradas...). El paciente que se siente escuchado se mostrará mucho más implicado en el tratamiento y colaborador con el personal sanitario que lo atiende.*
- *Escuchar siempre para comprender al otro y no estar pensando en lo que se va a decir cuando acabe de hablar. Escuchar significa prestar atención y demostrar que se hace y, en definitiva, escuchar para comprender y no para responder.*
- *Evitar las interferencias físicas tales como ruidos, espacios físicos inapropiados...*
- *Evitar también las interferencias actitudinales tales como prejuicios sociales, estereotipos...*

- *Ser siempre empático, entendiendo que esto no significa compartir obligatoriamente sino comprender aunque, se esté en desacuerdo.*
- *Evitar juicios de valor sobre el interlocutor.*
- *Ser conscientes de que todas las personas tenemos necesidades físicas, psicológicas y sociales pero, que tanto estas como la forma de satisfacerlas pueden ser muy distintas de una persona a otra.*
- *Atender no sólo al contenido del mensaje sino también a los sentimientos y necesidades de la persona.*
- *Estar atento a los mensajes no verbales de la persona. Es una buena fuente de información que nos ayudará a comprender mejor a la persona, sus sentimientos, necesidades, dudas y preocupaciones.*
- *Ser consciente de la comunicación no verbal y utilizarla como un recurso comunicativo de primer orden (sonreír o mantener una expresión facial distendida, postura corporal...).* *Tenemos que ser conscientes de que la manera en que se dicen las cosas es tan importante como lo que se dice explícitamente.*
- *Verificar si el paciente ha entendido lo que se le ha dicho.*
- *Manifestar, en todo momento, una elevada motivación hacia el propio trabajo. La desmotivación es fácilmente captada por quien recibe el servicio e influyendo de una forma muy negativa este hecho en una buena relación terapéutica (Pons, 2006).*
- *Otra habilidad que debemos considerar dentro de la relación de ayuda, es la de personalizar el diálogo con el paciente. Debemos centrarnos en el propio paciente evitando generalizaciones. Así, lograremos que el paciente no vea el problema como algo ajeno a sí mismo, que se deba a circunstancias externas o ambientales, consiguiendo que analice su control sobre su problema y su capacidad para solucionarlo y darle respuesta.*

No debemos olvidar nunca que esta relación terapéutica implica una interacción con la relación del cuidado, en el que se ven implicados, de forma conjunta, los elementos de la persona, salud, entorno y cuidado. *“La relación enfermera- paciente como relación de ayuda proporciona, por tanto, el cuidado con una identidad y la distingue de otras profesiones”* (Granados Gámez, 2009).

Un estudio realizado por Begoña Bevia y Luis Cibanal (1991), en estudiantes de enfermería del tercer año, llegaron a las siguientes conclusiones: *“existe déficit en la formación de los estudiantes que se sienten insatisfechos unas veces, ansiosos en incluso agobiados en su trabajo de relación”*. A la luz de esta revisión y a pesar de ser relativamente antigua, basándome en otros estudios encontrados más recientes y en la propia experiencia que me otorga el haber acabo la Diplomatura en 2010, podría afirmar que, se muestra un consenso sobre la escasa

preparación que el personal de Enfermería tiene sobre la relación enfermera- paciente en las aulas. Lo que conlleva a que el profesional encuentre dificultades para afrontar la relación terapéutica con la persona.

Esta conclusión me lleva a extraer como propósito de este estudio, a parte de dar respuesta a los objetivos previos propuestos, fomentar el estudio de la importancia de la comunicación en la relación de ayuda al paciente en las Universidades y Escuelas de Enfermería, para mejorar la práctica de los futuros profesionales de Enfermería ante las personas, como seres holísticos, con necesidades físicas, sociales y PSICOLÓGICAS ya que, como enfermeras/os, somos "*los profesionales del cuidado que estamos más frecuentemente con el paciente*" (Granados Gámez, 2009).

Todo esto argumentado, finalmente, con una frase que leí y me gustó mucho que dice así:

..."Creo que el mejor regalo que puedo recibir de alguien es el ser vista por él, escuchada por él. El mejor regalo que puedo dar es el ver, escuchar, comprender, y tocar a otra persona. Cuanto esto se ha hecho siento que el contacto se ha realizado." (Virginia Satir).

Veamos más allá de lo que ven nuestros ojos, observemos con el corazón, desde la perspectiva eternamente humanitaria de nuestra profesión, para percatarnos de la calidad de ese ámbito psicológico del que hablamos, y poder abordar a la persona en su integridad, viéndola, escuchándola, comprendiéndola y tocándola. Estableciendo una relación de ayuda con la persona que, si sabemos encontrarla, echará unas raíces tan fuertes y profundas como las de un roble que busca la humedad y la vida en el interior de la tierra, dándole así vida a nuestras relaciones y a nuestros pacientes.

Conclusiones

Comunicarse es un proceso innato al ser humano. Vivimos en continua interacción con nuestro entorno y, por tanto, de forma verbal o no verbal emitimos mensajes al mundo que nos rodea.

Como profesionales de la Enfermería, que trabajamos en íntimo contacto con los pacientes, "mano a mano", "a pie de cama", estamos en momentos difíciles, de riesgo vital, existencial...,debemos de utilizar la comunicación para establecer una adecuada relación de ayuda con los pacientes/ usuarios que lo precisen.

La relación enfermera- paciente, como relación de ayuda, proporciona el cuidado con una identidad y la distingue de otras profesiones.

Toda relación terapéutica implica, de modo necesario, un proceso de relación interpersonal. Para conseguir una relación de ayuda efectiva debemos de contar con toda una serie de habilidades y destrezas para “saber estar”, saber qué decir y cómo decirlo, habilidades tales como la escucha activa, la empatía, el respeto mutuo, asertividad, feedback... que aseguren la intimidad y bienestar del paciente.

La importancia de saber comunicar para establecer una correcta relación de ayuda con el paciente que, mejore además del bienestar comentado, su adherencia al tratamiento, etc., y ayudarlo, en definitiva, en el proceso de salud/enfermedad que le acontezca, debe de ser inculcado en las escuelas de Enfermería para mejorar la calidad en el arte del cuidar como tarea primordial en nuestra praxis.

Referencias

- Bermejo, J.C. (1996). Apuntes de Relación de Ayuda. 4ªed. Madrid: Centro de Humanización de la Salud.
- Bevia, B., Cibanal, J.L. (1991). La relación como instrumento básico para Enfermería en todos los niveles de atención. *Enferm Cientif*, 117,16-26.
- Carvalho Pontes, A., Tigre Arruda Leitao, I.M., Costa Ramos, I. (2008). Comunicación terapéutica en Enfermería: herramienta esencial de la atención. *Rev. Bras. Enferm.*, vol 61.
- Cibanal, J.L. (2001). La relación de ayuda es vivificante, no quema. *Cultura de los cuidados*, 5 (10), 88-99.
- Cibanal, J.L., Arce Sánchez, M.C., Carballal Balsa, M.C. (2006). Técnicas de comunicación y relación de ayuda en Ciencias de la Salud. 1ª Edición, Elsevier.
- College of Nurses of Ontario (2008). Therapeutic nurse-client relationship. The standard of care, 3-17.
- Díaz Cortés, M.M. (2011). Comunicación enfermera- paciente: reflexión sobre la relación de ayuda. *Rev. Esp. Com. Sal*, vol.2 (1), 55- 61.
- Fernández Mérida, M.C. (1998). Modelo de Hildegard Peplau y relación de ayuda. *Enferm Clínica*, 8(1), 24-28.
- García Marco, M.I., López Ibort, M.N., Vicente Edo, M.J. (2004). Reflexiones en torno a la Relación Terapéutica ¿Falta de tiempo?. *Index Enferm.* v.13 n.47.
- Granados Gámez, G. (2009). The Nurse- patient relationship as a caring relationship. *Nurse Science Quarterly*. Vol.22 (2), 126- 127.
- Kozier, B., Erb, G., Blais, K., Wilkinson, J.M. (1999). Fundamentos de Enfermería. Conceptos, Proceso y Practica. 5º ed. McGraw. Hill-Interamericana, Madrid.

- Madrid Soriano, J. (2005). Los procesos de la relación de ayuda. Biblioteca de Psicología. Desclée de Brouwer, S.A.
- Marrinier, T.A. (1995). Modelos y teorías de enfermería, 3ª edición. Madrid, Harcourt Brace.
- McCloskey, J., Bulechek, G. (2001). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). 3 ed. Madrid, Harcourt.
- McDonald P. (2003). Developing a therapeutic relationship. Practice nurse, 26 (6), 56-61.
- Mejía Lopera, M.E. (2006). Reflexiones sobre la relación interpersonal enfermera-paciente en el ámbito del cuidado clínico. Index Enferm, 54.
- Núñez del Castillo, M, Siles González, J, Jurado Moyano, JL. (2008). Relación de ayuda a través de la historia: una aportación desde la perspectiva iconográfica. Cultura de los Cuidados. 1er semestre, nº 23.
- Peplau Hildegard E. Relaciones interpersonales en enfermería. Barcelona: Salvat editores; 1990.
- Rogers, C.R. (1996). El proceso de convertirse en persona. Barcelona, Ediciones Paidós Ibérica.
- Valverde Gefaell, C. (2007). Para saber estar: comunicación terapéutica en Enfermería. Difusión Avances de Enfermería, Madrid.
- Vidal Blan, R., Adamuz Tomás, J., Feliu Baute, P. (2009). Relación terapéutica: el pilar de la profesión enfermera. Enfermería Global. Octubre 2009, nº 17.
- Zoppi, K; Epstein, RM. (2001). ¿Es la comunicación una habilidad? Las habilidades comunicativas para mantener una buena relación. ANALES Sis San Navarra; vol. 24 (supl. 2): 23- 31.

La habilidad de comunicar: caminando hacia el paciente

The skill of communicating: walking toward the patient

M. Ángeles Maqueda Martínez^{1*}, Luís Martín Ibañez²

¹ Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería.

² Brigada Rey Alfonso XII. La Legión, Almería.

Fecha de recepción: 01/02/2012 – Fecha de aceptación: 15/06/2012

Resumen

Este artículo tiene por objeto destacar la importancia de la formación en habilidades sociales para obtener una correcta relación terapéutica con el paciente, basando su metodología en una revisión bibliográfica de los principales estudios que durante la última década han abordado la comunicación en la práctica enfermera, la relevancia de la comunicación y su influencia en la relación enfermero-paciente. Obteniendo como resultado que el desarrollo de esta habilidad aporta una mejora sustancial en las relaciones de ayuda y autoayuda.

Palabras clave: comunicación; relación de ayuda; enfermería; paciente.

Abstract

This article aims to highlight the importance of social skills training for proper therapeutic relationship with the patient, basing its methodology on a literature review of major studies over the past decade have addressed communication in nursing practice, the relevance of communication and its influence on the nurse-patient relationship. The result being that the development of this ability provides a substantial improvement in relations and self help.

Key words: communication; aid relationship; nursing; patient.

* Correspondencia: maquedamartinez@gmail.com

Introducción

En nuestro quehacer diario nos enfrentamos a situaciones donde comunicarnos de forma clara y nítida con los demás es una tarea complicada pues comprobamos como el interlocutor ha entendido ó interpretado cosas distintas a lo que nosotros queremos comunicar, es por tanto claro que comprendernos no es tan fácil ni tan evidente (Cibanal, L. & Arce, M.C. & Carballal, B.M. 2010).

Esto puede hacer que evitemos el contacto con ciertas personas aún más si están pasando por un proceso difícil, ó que establezcamos una relación que no es sincera porque controlemos lo que hacemos ó decimos para evitar comunicar lo que pensamos, todo esto será captado por el interlocutor y hará que se rompa la relación.

Todas estas dificultades se pueden evitar trabajando la comunicación ó la forma de hacerlo (Cibanal, L. et al, 2010). Para ello es importante el desarrollo de habilidades sociales, que nos ayudaran en este cometido. Es por esto que nos surge la necesidad de revisar aquello que está escrito respecto a este tema y valorar como desarrollando correctamente dichas habilidades sociales llegamos a una correcta relación de ayuda con el paciente fin último de nuestro trabajo, nuestra función principal es cuidar al paciente y ello lo logramos sin duda a través de una buena comunicación con él (Cardona, T.L & García, C.M. 2010).

A menudo la comunicación se da como un hecho, un intercambio material, sin embargo, sabemos que no funciona así, sino que el significado de las palabras está en las personas no en las palabras y como cada persona posee experiencias distintas, su manera de interpretar las palabras también será distinta y particular,” lo que está claro para nosotros sólo lo está para nosotros” (Cibanal, L. et al,2010). Es a través de un buen feedback cuando podemos saber si hablando de lo mismo decimos lo mismo.

Podemos entender por comunicación un proceso continuo y dinámico entre dos personas, formado por una serie de acontecimientos variados y continuamente en interacción (Borrell, B.R. 2003).

La comunicación no es sólo transmitir información de un individuo a otro, los diferentes significados de los mensajes humanos no pueden ser transmitidos tal cual de un individuo a otro, sino que estos deben ser clarificados y negociados por ambos dado que pueden estar influidos por numerosas variables como por ejemplo la interpretación (Cibanal, L et al, 2010).

El profesional de enfermería dada la naturaleza de sus relaciones con el paciente y familiares y el carácter de los cuidados que ofrece se sitúa en una posición privilegiada en el intercambio de información. Es un hecho asumido entre los profesionales de la salud, que enfermería es la profesión que más tiempo pasa con el paciente (Colegio de enfermería de Madrid. 2007). A saber, que mantiene y establece un contacto permanente, constante y directo con el paciente. Por ello uno de los objetivos prioritarios de este colectivo debe ser mantener una comunicación más clara, sencilla y adaptada a cada persona, la comunicación óptima debe ser empática, asertiva, auténtica y adecuada a cada edad, cultura, valores y recursos de cada persona (Colegio de enfermería de Madrid. 2007).

El cuidado es la esencia de la práctica enfermera su rasgo dominante, distintivo y unificador y entre las acciones del cuidado está la comunicación como parte integrante de la relación de ayuda (Varela, C.MD & Sanjurjo, G.ML & Blanco, G.F.J. 2009).

Finalmente resaltar que en nuestra práctica diaria el oído, vista y tacto son los sentidos que más información nos van a dar porque a través de ellos nosotros vemos, oímos y sentimos y el paciente ve, oye y nos siente a nosotros, por ello los cuidados de enfermería deben incluir un cálido contacto personal que humanice el ambiente del paciente, una comunicación afectiva no sólo verbal, sino también de escucha y que de respuesta a las necesidades y expectativas del paciente (Varela, C.MD et al, 2009) (Barreca S & Wilkins S.2008) (Ellis J. 2008).

Material y métodos

Se trata de un estudio descriptivo mediante una revisión bibliográfica en las bases de datos Cuiden Plus y Medline de diversos artículos así como libros de texto publicados en la última década, estableciendo como principal criterio de inclusión aquellos cuyo objeto sea la comunicación enfermero/a – paciente.

Para dar respuesta al propósito de este trabajo se han propuesto los siguientes objetivos

- Analizar el papel que juega la comunicación verbal y no verbal en el manejo del paciente.
- Evaluar el empleo de las habilidades sociales en el desarrollo de una relación efectiva de ayuda y autoayuda.
- Conocer las diferentes habilidades sociales que nos ayudaran a cuidar mejor al paciente

Resultados

Tras la revisión bibliográfica podemos englobar los resultados en tres grupos que nos responden a cada uno de nuestros objetivos planteados, tratando el paciente como objetivo central de la comunicación;

Encontrándonos en este sentido con un modelo comunicacional centrado en el paciente, gran aportación de esta revisión no demasiado conocido por parte de los profesionales de enfermería y desarrollando el tema de las habilidades sociales así como la relación de ayuda camino para un mejor cuidado del enfermo.

A) MODELO COMUNICACIONAL CENTRADO EN EL PACIENTE:

La relación entre el profesional de enfermería y el paciente ha evolucionado mucho en los últimos años dándose cada vez más importancia a la comunicación centrada en el paciente como modelo comunicacional que mejora notablemente los resultados clínicos. La comunicación con el paciente forma parte esencial del proceso asistencial, dando seguridad a este y consiguiendo una práctica clínica de calidad (Aibar, C.R. & Aranaz, A.J. sin fecha). Ellis J. (2008), la obtención de información, la capacidad para hacerse entender, la habilidad para la negociación, la sensibilidad para abordar malas noticias... Son aspectos inherentes a la práctica clínica hasta hace muy poco adquiridas más de forma intuitiva que promovidas en la formación y cuyo buen desarrollo influye notablemente en el resultado final.

Ha habido un gran desarrollo de trabajos científicos en los últimos veinte años de gran relieve que demuestran el impacto de una buena comunicación en el proceso asistencial, la comunicación centrada en el paciente es una de las tendencias que más auge está adquiriendo, algunos de los trabajos que más impacto están teniendo (Prados, C.J. 2003) son:

- Kaplan, 1986 - Bass, 1986 - grupo de estudio para las cefaleas, universidad de western, Ontario 1986

El mecanismo por el cual mejoran los resultados clínicos se relaciona con la mayor satisfacción y confianza en el profesional (en este sentido debemos recordar el uso de normas generales que toda entrevista clínica debe poseer como empatía, calidez, concreción del mensaje y respeto) (Aibar, C.R. & Aranaz, A.J. sin fecha) con lo que aumenta el efecto placebo, una capacidad diagnóstica mayor al añadir elementos psicosociales especialmente en atención primaria,

(Hernández, M.R. & Carrillo, H.D. & Barber, M.V. & Codern, B.N. 2008). Mayor adherencia al tratamiento y a conductas diagnósticas, elección más adaptada a la realidad de los pacientes al participar ellos en decisiones.

Aunque no existe un conocimiento suficiente sobre el modo más efectivo de facilitar la comunicación, ni sobre los procedimientos más idóneos para conocer los valores y creencias de los pacientes existe una razonable certidumbre de que la comunicación con los pacientes se favorece con aspectos como:

- Reflexión previa, la comunicación efectiva no se improvisa
- Usar lenguaje sencillo, asertivo y comprensible
- Mantener flexibilidad y comprensión con el paciente, valores, creencias y conductas diferentes
- Saber escuchar con sosiego, no interrumpir
- Asegurar que la información dada ha sido entendida
- Satisfacer la necesidad de información conforme surge

B) LA RELACIÓN TERAPEÚTICA : UNA BASE EN NUESTRA PROFESIÓN

La relación terapéutica es una función principal en los cuidados de enfermería en todos los ámbitos, a nivel de atención primaria y hospitalaria, Tanto en situaciones de salud como en momentos de enfermedad (Hurtado, M.S. 2004; Vidal, B.R. & Adamuz, T.J & Feliú, B. P., 2009; Cibanal, L. et al 2001).

Entendemos por relación de ayuda ó relación terapéutica un intercambio humano y personal entre dos seres humanos, donde uno de los interlocutores captara las necesidades del otro con el fin de ayudarlo a descubrir otras posibilidades de percibir, aceptar y hacer frente a una situación actual. (Hurtado, M.S. 2004; Cibanal, L. et al 2001)

Sin embargo para que haya una buena relación de ayuda esta debe estar cimentada en un buen conocimiento de las técnicas de comunicación y estas no siempre son conocidas, siendo a nivel práctico en la realidad una gran asignatura pendiente en el día a día del cuidado enfermero (García, M.MI. & López, I.M. & Vicente, E.M. 2004) de ahí que si no se lleva a cabo de forma efectiva se considere en muchas ocasiones que la relación de ayuda quema, sin embargo la relación de ayuda no quema, llevada a cabo de forma efectiva es vivificante (Cibanal, L. et al 2001).

Los pacientes valoran a los profesionales que combinan su competencia técnica con la amabilidad y la humanidad y que asumen su relación con el éxito del tratamiento, el principal componente de la relación enfermera-paciente es la confianza que el paciente tiene en su enfermera (Hernández, M.R. & Carrillo, H.D. & Barber, M.V. & Codern, B.N. 2008) (Pulpon, S.A. & Icart, I.M. & González, C.O. 2007). (Guerra, G.S. & Moreno, V.A. & Ramos, B.G. & Márquez, B.M. & López, A.S. & García, J.M. 2008).

C) CONOCIMIENTO DE HABILIDADES SOCIALES: UN CAMINO PARA CUIDAR MEJOR AL PACIENTE

A continuación definiremos las diferentes habilidades sociales que forman parte de un correcto proceso de comunicación:

EMPATIA: Saber comprender y transmitir los sentimientos del otro, es decir, ponerse en el lugar del otro Hurtado, M.S. (2004), “La empatía requiere la identificación precisa de las de las respuestas emocionales de los demás” (Cardona, T.L & García, C.M. 2010).

ACEPTACION INCONDICIONAL: Aceptar sin condiciones al otro, sin juicios de valor, supone confiar en los recursos de los que dispone la persona para afrontar su situación, siempre teniendo en cuenta la situación concreta que valoramos (Hurtado, M.S. 2004).

ESCUCHA ACTIVA: Habilidad del profesional para recibir el mensaje del paciente sin interpretar sus palabras, partiendo de las experiencias de este ó de sus problemas personales y que mediante un **feedback** al contenido de lo que dice, al **sentimiento** que experimenta y expresa, a la intensidad del mismo pues es su sentimiento, y por tanto, no debo ni puedo quitarle importancia, así como a la demanda, le refleja al paciente lo que él ha captado de su mensaje ó problema (Cibanal, L. & Noreña,P.A. 2005).

Escuchar implica un proceso activo donde actúan todos nuestros sentidos, así como nuestra parte intelectual y afectiva (Agüero, C.M. 2005).

COMUNICACIÓN NO VERBAL: La comunicación no verbal es una importante fuente de comunicación, el profesional debe aprender a descubrir aquellos datos que el paciente nos trasmite con un gesto, con la mirada... para poder saber, se debe primero aprender a mirar y a escuchar, comprender lo que nos comunican y saber transmitir mensajes según las necesidades del paciente son habilidades esenciales que todo enfermero/a debe conocer. (Barreca S,& Wilkins S.2008; Borrell, B.R. 2003).

ASERTIVIDAD: Expresar nuestras ideas ó sentimientos respetando los derechos de los demás, el cuidado supone dialogo y construcción de significados compartidos pero sobretodo significa **respeto** y comprensión por el otro. (Hurtado, M.S. 2004).

Conclusiones

Después del desarrollo de nuestro trabajo hemos analizado el importante papel que la comunicación juega en el cuidado del paciente y como una relación terapéutica efectiva se logra con el conocimiento de las habilidades sociales, concluyendo que es un hecho claro que en el hacer diario de la practica enfermera es fundamental establecer un canal de comunicación con el enfermo y la familia, para lo cual el lenguaje es una pieza elemental aún cuando este no sea la palabra hablada. Saber escuchar, mantener una aptitud empática, la asertividad... ayudará a desarrollar una efectiva relación terapéutica que dará mayor confianza al paciente en el profesional de enfermería.

La profesión enfermera cada vez más ve al paciente como un todo desde una visión holística del mismo, él y su entorno, por tanto no debemos centrarnos exclusivamente en el ámbito fisiológico, el desconocimiento de las oportunas técnicas de comunicación tiene como resultado amplias limitaciones al manejo global del paciente. La comunicación centrada en el paciente ayuda a generar mayor confianza de este así como a mejorar los resultados clínicos dando lugar a una práctica clínica de calidad.

A pesar de la gran importancia demostrada en el uso de habilidades sociales para una relación terapéutica eficaz con el paciente es una asignatura pendiente aún en el día a día del cuidado enfermero. La enfermera tiene la obligación ético-profesional de escuchar para aprender, para atender, para acompañar... en definitiva: *para cuidar*.

Como limitaciones al estudio se destaca la cantidad de muestra obtenida no llegando a la saturación de la información. Siendo necesaria una mayor amplitud de trabajos a analizar para futuras investigaciones donde la comunicación sea la base en la relación enfermero-paciente. Ayudando así a un mayor conocimiento en dicho campo.

Referencias

- Agüero, C.M. (2005). El arte de escuchar: elemento esencial del uso terapéutico de sí mismo. *Revista Presencia*, 1 (1).
- Aibar, C.R. & Aranaz, A.J. (sin fecha). Consultado 16 de diciembre de 2010 en <http://www.seguridadelpaciente.es/formación/tutoriales/MS-C-D1/pdfs/UNIDAD9.pdf> Windows Internet Explorer
- Barreca S, Wilkins S. (2008) Experiences of nurses working in a stroke Rehabilitation unit. *J.Adv.Nurs.* 07; 63(1):36-44
- Blanca, G.J. & Blanco, A.A. & Luque, P.M. & Ramírez, P.M.A.(2008). Experiencias, percepciones y necesidades en la uci: Revisión sistemática de estudios cualitativos. *Revista Enfermería Global*; 12
- Borrell, B.R. (2003). La comunicación con el enfermo terminal. Apuntes curso auto formativo para diplomados en enfermería, Universidad de Barcelona virtual.
- Cardona, T.L & García, C.M. (2010). La empatía, un sentimiento necesario en la relación enfermera paciente. *Desarrollo científico enfermero*; 18(3):120-124
- Cibanal, L., & Arce, M.C. & Carballal, B.M. (2010). Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud. España: Elsevier.
- Cibanal, L. Et al (2001) El significado está en las personas no en las palabras. Congreso virtual de psiquiatría.
- Cibanal. & Noreña, P. A. (2005). Nos realizamos en la medida que escuchamos. *Revista presencia*; 1, (2).
- Cibanal, L. & Siles, J. & Arce, M^a.C & Domínguez, J.M. & Vizcaya, F. & Gabaldón, E. (2001). La relación de ayuda es vivificante, no quema. *Cultura de los cuidados*. 5(10); 88-89
- Colegio de enfermería de Madrid. (2007). La comunicación es imprescindible en el manejo del paciente. *Tribuna sanitaria*. 201,8-11
- Ellis J. (2008). Driven dementia education for professionals. (Cover story). *Nursing Older People* 03; 20(2):35-40.
- García, M.MI. & López, I.M. & Vicente, E.M. (2004). Reflexiones en torno a la relación terapéutica. ¿Falta de tiempo? *Índex de enfermería*; 47: 44-48.
- Guerra, G.S. & Moreno, V.A. & Ramos, B.G. & Márquez, B.M. & López, A.S. & García, J.M. (2008). *Revista Paraninfo Digital*. Consultado el 29 de noviembre de 2010 de la World Wide Web: <http://www...index-f.com/para/n5/p070.php>
- Hernández, M.R. & Carrillo, H.D. & Barber, M.V. & Codern, B.N (2008). La relación enfermera-paciente en la atención primaria de salud. Un estudio cualitativo. *Revista paraninfo digital*; 5. Consultado el 29 de noviembre de 2010 de la World Wide Web: <http://www.index-f.com/para/n5/o050.php>

- Hurtado, M.S. (2004). Enfermería y la relación de ayuda. *Revista Excelencia enfermera*; (0)
- Noreña, A. & Cibanal, L. (2008). El contexto de la interacción comunicativa, factores que influyen en la comunicación entre los profesionales de enfermería y los niños hospitalizados. *Cultura de los cuidados*. 12(23);70-78
- Prados, C.J. (2003). El médico interactivo Diario electrónico de la sanidad. Consultado el 17 de diciembre de 2010 de la World Wide Web:<http://www.medynet.com/elmedico/informes/informe/comunicacion.htm>
- Pulpon, S.A. & Icart, I.M. & González, C.O. (2007). Satisfacción de los pacientes atendidos en consultas de enfermería. *Revista Tesela*, 2.
- Varela, C.MD & Sanjurjo, G.ML & Blanco, G.FJ. (2009). El lenguaje de los cuidados. *Revista Enfuro*, 3 (111):8-12
- Vidal, B.R. & Adamuz, T.J & Feliú, B.P. (2009). Relación terapéutica: El pilar de la profesión enfermera; 17:1-9