

1. COMUNICACIÓN

1.1. CONCEPTO.

La comunicación es el proceso que permite la relación entre las personas; unas con otras y entre las personas con el entorno que les rodea. Representa el elemento básico en la interacción personal; permitiendo y facilitando el establecimiento, el desarrollo y la mejora de las relaciones interpersonales.

1.2. NIVELES.

Se establecen tres niveles en el proceso comunicativo: intrapersonal, interpersonal y público.

a. Nivel intrapersonal.

Este nivel permite a la persona un mayor conocimiento sobre sí misma. Es el nivel donde se elaboran las ideas y pensamientos propios de cada persona de una manera interna e íntima.

b. Nivel interpersonal.

Es el nivel donde se establece la interacción entre dos personas, o entre una persona y un grupo reducido de las mismas.

Cuando la comunicación que se lleva a cabo en este nivel es la deseada resulta muy eficaz para solucionar problemas, para intercambiar ideas y/o pensamientos, para crecer a nivel personal...

c. Nivel público.

Hace referencia a la interacción que aparece entre un grupo más o menos numeroso de personas.

En este nivel se emplean diversas técnicas cuyo fin a conseguir es la transmisión eficaz de un determinado mensaje

1.3. ELEMENTOS.

La comunicación, como proceso en sí, consta de una serie de elementos que se enumeran y explican a continuación:

a. Emisor.

Es la persona que inicia la comunicación emitiendo un determinado mensaje. Puede pasar a ser receptor a lo largo de la misma y viceversa.

b. Receptor.

Es la persona a la que va dirigido el mensaje del emisor. Debe comprender el mensaje para que la comunicación sea buena.

c. Referente.

Es el motivo, causa u objetivo que lleva al emisor a iniciar la comunicación. Puede ser una palabra, un objeto e, incluso, un sentimiento o emoción.

d. Mensaje.

Es la información transmitida por el emisor. Puede ser verbal o no verbal.

La información contenida en el mensaje debe estar bien estructurada para que éste resulte claro en la comprensión por parte del receptor y no conduzca a erróneas interpretaciones.

e. Canal.

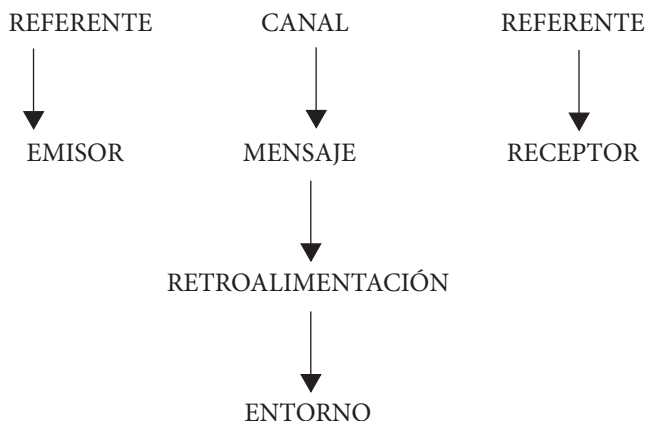
Es el medio a través del cual se transmite el mensaje. Existen varios tipos de canales y cuanto mayor sea el número empleado a lo largo del proceso comunicativo, mejor será la comprensión del mensaje transmitido.

f. Entorno.

Es el ambiente físico y emocional en que se desarrolla la interacción comunicativa. Debe ser agradable y favorable para que la comunicación resulte eficaz.

g. Retroalimentación.

Es la técnica que se utiliza para saber si el mensaje emitido ha sido captado y comprendido correctamente por el receptor; es decir, es la técnica para asegurarnos de que el receptor está entendiendo todo aquello que deseamos hacerle saber.



1.4. FACTORES.

a. Percepciones.

Representan el punto de vista particular que tiene cada persona sobre determinadas situaciones o hechos que ocurren en el entorno que le rodea. Pueden afectar de manera negativa a una interacción cuando no son similares entre las personas que interactúan.

b. Escala de valores.

En dicha escala aparecen las prioridades de cada persona y los puntos que merecen de su importancia.

c. Espacio y territorialidad.

Es importante saber mantener la distancia adecuada cuando se está comunicando con alguien para no invadir su espacio personal y así, evitar que el interlocutor se sienta invadido o amenazado.

La distancia ideal se estima que debe estar entre los 45 y 120 cm.

d. Emociones.

Son los sentimientos que tiene una persona ante determinadas situaciones y acontecimientos.

Van a condicionar la manera en la que una persona se comunique con los demás o con su entorno.

Las emociones influyen en la emisión, recepción e interpretación de los mensajes; por lo tanto, las emociones van a jugar un papel decisivo en todo proceso comunicativo (tanto verbal como no verbal).

Este punto debe estar muy presente en el auxiliar de enfermería pues, como ser humano, también tiene sus propias emociones y debe saber controlarlas muy bien para que no interfieran en una relación profesional.

e. Trasfondo sociocultural.

Este factor determina las ideas, los preceptos y las actitudes y prejuicios que cada persona tiene sobre todo aquello que configura el entorno que le rodea.

Cuando el auxiliar de enfermería desarrolle su labor profesional debe saber respetar este marco de referencia y nunca intentar modificarlo.

f. Conocimientos.

Nos referimos al nivel cultural que posee cada persona. Es un dato importante. No es lo mismo tratar con una persona que tiene un cierto nivel cultural que dirigirse a una persona cuya cultura es mínima. La adaptación aquí es fundamental por parte del auxiliar de enfermería.

g. Entorno.

Un entorno cómodo y agradable va a facilitar el desarrollo óptimo del proceso comunicativo. La existencia de interferencias, ruidos van a dificultar la comunicación.

h. Paralenguaje.

Son las variaciones no lingüísticas, tales como el tono de la voz, el ritmo y la velocidad a la hora de hablar, las pausas y los silencios...que acompañan a las variaciones lingüísticas como son el idioma, el lenguaje más o menos complicado, los tecnicismos, etc. dentro de una conversación.

2. FORMAS DE COMUNICACIÓN

2.1. COMUNICACIÓN VERBAL.

La comunicación verbal es aquel tipo de comunicación en el que una persona emplea la palabra, ya sea hablada o escrita, para comunicarse con su entorno.

Se define como lenguaje al conjunto de palabras, la pronunciación de las mismas y el sistema para combinarlas.

Hay varios tipos de lenguajes pero el más eficaz es aquel que permite la mejor comprensión del mensaje transmitido del emisor al receptor y viceversa.

En la comunicación verbal hay una serie de elementos que deben tenerse en cuenta como:

a. Vocabulario.

En el ámbito de la sanidad es muy frecuente el uso de tecnicismos que, en muchas ocasiones, no son comprendidas por el usuario o familia del mismo. Esto sólo conduce a la desorientación y confusión en el paciente y/o familia del mismo.

Saber adaptar el vocabulario al nivel adecuado a cada persona no sólo va a orientar e informar, sino que también va a influir en la colaboración del paciente y/o familia en el proceso de recuperación.

b. Significado connotativo y significado denotativo.

El significado connotativo de una palabra es el significado que le da particularmente cada persona. Es un significado ligado al sentimiento, pensamiento, emoción o idea; es decir, que cada persona se lo da en función de su propia experiencia.

El significado denotativo es aquel que define la palabra libre de carga subjetiva y emocional. Es el que comparte un conjunto de personas que tienen en común un mismo lenguaje.

c. Ritmo.

El ritmo que se utiliza a lo largo de una conversación es determinante para que ésta sea óptima. Hablar demasiado rápido, demasiado lento o hacer un uso abusivo de silencios o pausas puede hacer que, un mensaje estructurado correctamente, no llegue adecuadamente al receptor.

Cuando sea necesario el empleo de pausas se recomienda hacerlo para recalcar o hacer hincapié en aspectos concretos que deseamos que no pasen desapercibidos por el paciente.

Para asegurarnos de que el ritmo de la conversación es el adecuado, lo ideal es que el auxiliar de enfermería pregunte directamente al paciente si el ritmo le parece correcto, si va demasiado rápido o lento...

d. Entonación.

El auxiliar de enfermería debe poner especial cuidado en la entonación de sus mensajes y para ello el control de las propias emociones y sentimientos es fundamental. Así mismo, estar muy atento a la entonación con la que nos habla el paciente nos va a aportar bastante información sobre su estado emocional en ese momento.

e. Humor y risa.

El humor y la risa ayudan a reducir tensiones, ansiedad, la sensación de malestar y dolor...

Hay estudios que demuestran que estar de buen humor estimula la secreción de hormonas como las catecolaminas y otras que aumentan la sensación de bienestar, aumentan la tolerancia al dolor, disminuyen el grado de ansiedad, facilitan la respiración y estimulan el metabolismo.

Dadas las ventajas y efectos positivos de la risa y el estar de buen humor, hay que tener muy presente que resultarán positivas en una interacción con el paciente pero no se debe caer en el error de basar la relación con éste en sólo este punto.

f. Claridad y concesión.

La claridad se consigue hablando despacio pero sin caer en un tono excesivamente lento, con un ritmo adecuado y expresando los mensajes de manera inteligible.

La concesión se alcanza usando palabras que expresen una idea o concepto de la manera más simple y directa que sea posible.

g. Elección del momento oportuno.

El mejor momento para iniciar una comunicación con el paciente es cuando éste manifieste su deseo de hacerlo.

El paciente tenderá a comunicarse con nosotros cuando el mensaje que se le lance le sea relevante y le motive a interactuar.

2.2. COMUNICACIÓN NO VERBAL.

La comunicación no verbal es aquella en la que se van a intercambiar mensajes sin necesidad de usar la palabra hablada o escrita, va a basarse básicamente en el comportamiento, expresión facial y corporal, reacciones...

Se considera la manifestación más exacta de los sentimientos y emociones de una persona hacia otra.

Al igual que en la comunicación verbal, en esta forma también hay que considerar unos aspectos:

a. Metacomunicación.

Consiste en la emisión de un mensaje que, a su vez, está incluido en otro mensaje que trasmite la actitud del emisor hacia él mismo y el mensaje, actitudes, sentimientos e intenciones hacia el receptor.

b. Kinesia.

Estudia los movimientos corporales, posturas que se adoptan durante una conversación, la conducta táctil, efecto de la apariencia física, la vestimenta y complementos, los gestos y expresiones faciales y la conducta visual.

c. Proxemia.

Estudia el empleo que se realiza del espacio personal durante una interacción. Dicho espacio está delimitado por una frontera invisible que rodea a cada persona (variable en función de cada una). Cuando esa frontera es invadida, aparece sensación de incomodidad, desagrado e, incluso, desconfianza.

d. Contacto físico.

Es una manera de comunicarse muy empleada y resulta muy eficaz cuando se hace de manera correcta: hay que tener muy en cuenta el tipo de persona que tenemos delante y el momento para establecer el contacto (hay personas que asocian el contacto físico con relaciones de tipo sexual).

Hay un gran abanico de mensajes que se transmiten por medio del contacto físico.

e. Conducta visual.

Es lo que se conoce como interacción visual. Se le atribuyen funciones tales como:

- Expresar actitudes interpersonales.

- Expresar el grado de implicación personal en lo que se está queriendo transmitir.
- Actuar como retroalimentación sobre los efectos que está teniendo nuestra conducta en el paciente.
- Manifestar proximidad interpersonal.

La duración del contacto visual entre dos personas va a estar en función de unas fuerzas de aproximación (necesidad de retroalimentación, deseo de dominación) y de unas fuerzas de evitación (miedo a manifestar determinados estados de ánimo, temor a proporcionar determinada información)

Ambas fuerzas se combinan de manera que producen un cierto nivel de intimidad que resulte ser el deseable.

f. Rostro y expresiones faciales.

El rostro de una persona constituye una fuente importante en la comunicación no verbal. Representa la parte más expresiva de su cuerpo: es capaz de emitir señales explícitas que nos ayudan a interpretar con mayor precisión el mensaje verbal que no está transmitiendo el paciente.

Es importante estar atento a todas las expresiones que realice o manifieste el paciente mientras está comunicándose con nosotros. Puede ocurrir que, en alguna ocasión, el paciente nos esté diciendo algo verbalmente que se contradiga con la expresión de su cara. En esta situación, emplearemos la retroalimentación para aclarar qué es lo que realmente nos quiere transmitir el paciente.

3. ASPECTOS DE LA COMUNICACIÓN

3.1. SUMISIÓN.

La persona no es capaz de expresar sus verdaderos sentimientos u opiniones, bien por no querer herir a la otra persona o por un sentimiento de inferioridad con respecto a ésta.

A nivel interno, las personas que adoptan este estilo suelen sentirse irritadas y resentidas por lo que, de manera inesperada, pueden estallar.

3.2. AGRESIVIDAD.

La persona no respeta los sentimientos ni opiniones de la otra persona. Incluso puede llegar a hacer que la otra persona se sienta culpable por su actitud acusadora e intimidatoria.

La agresividad puede manifestarse de una manera evidente y directa pero también se puede ejercer mediante la manipulación, indagación y humillación.

3.3. ASERTIVIDAD.

La persona expresa y defiende sus pensamientos y sentimientos pero a la vez que respeta los de los demás aunque, en algunas ocasiones, no los comparta.

Si aparecen diferencias, las personas que se comunican con este estilo atacan al problema que no comparten pero nunca a la persona y suele solicitar aclaraciones de aquello que no comprende.

4. LA RELACIÓN DE AYUDA

La relación de ayuda se considera una relación de tipo interpersonal en la que un profesional de la salud interacciona con un usuario del sistema sanitario. Aunque se trate de una relación interpersonal, presenta unas características concretas:

- Es una relación que no nace de manera espontánea. Normalmente se establece a partir de la demanda, por parte del paciente, de la necesidad de resolver algún problema.
- Es una relación particular, única e irreplicable pues cada paciente es único e irreplicable.
- Persigue unos objetivos concretos y definidos que suelen ser comunes tanto para el profesional como para el paciente. Son objetivos terapéuticos por lo que se hace necesaria una planificación de actividades de acuerdo con el paciente y con el entorno que le rodea. Una vez establecidos los objetivos, se acuerdan las responsabilidades que corren a cargo de cada parte.
- Los roles de los participantes están claramente delimitados: el profesional es el que posee los conocimientos (lo que le da una cierta autoridad) y el paciente es el que va a adoptar una actitud más pasiva.
- Está mediatizada por la institución sanitaria.
- Para establecerla, se requiere poseer unos conocimientos y habilidades específicas que permitan el manejo de situaciones conflictivas y proporcionar el apoyo adecuado.

Además de estas características, para que la relación de ayuda sea terapéutica ha de presentar tres características imprescindibles: calidez, empatía y autenticidad.

4.1. CALIDEZ.

Es una actitud de permisividad hacia el paciente por parte del profesional. Es la constancia de sentimientos para con el paciente.

Para conseguir que la relación sea cálida deben cumplirse unos requisitos:

- Evitar juicios de valor sobre algo que el paciente diga o haga.

- Escuchar atentamente al paciente.
- Tratar a cada paciente de manera personalizada y que éste lo perciba como tal.
- Adoptar una postura correcta.
- Mantener la distancia interpersonal adecuada para no violar el espacio personal.
- Emplear un tono de voz adecuado.
- Reforzar verbalmente aquellas conductas, actos, pensamientos o ideas que el paciente manifieste y se consideren importantes.

4.2. EMPATÍA.

Es la capacidad para llegar a comprender a una persona desde el propio marco de referencia.

Hay varios niveles de empatía:

a. Nivel 1.

Se refiere a la realización de una pregunta o comentario al paciente o sujeto con el que deseamos comunicarnos.

Ejemplo: cuando a un paciente se le ha detectado una cifra alta de tensión arterial y le comentamos que debe limitar el consumo de sal.

b. Nivel 2: paráfrasis.

Se refiere a la emisión de un comentario que recoge la parte cognitiva de un mensaje emitido por el paciente.

Ejemplo: un paciente nos dice que ha cambiado de trabajo y que, en este nuevo, trabaja más y llega cansado y de mal humor a casa. Ante ese comentario le podemos decir que su nuevo trabajo parece ser una fuente de estrés para él.

c. Nivel 3: reflejo.

En este nivel, no sólo recogemos la parte cognitiva de un mensaje sino que también vamos a recoger la parte emocional. Representa el nivel más profundo de empatía en una comunicación. Es el que se desea alcanzar para conseguir una mayor implicación y revelación por parte del paciente.

Ejemplo: un paciente nos dice que hace mucho tiempo que se lleva mal con su madre; sobre todo, desde que está saliendo con su actual pareja que no es del agrado de su madre. La contestación en este nivel sería del tipo: estás pasándolo mal porque te llevas mal con tu madre y desearías que se llevara bien con tu actual pareja.

d. Nivel 4.

Es similar al nivel 3 pero en este nivel, el profesional es capaz de resaltar los posibles déficits que ha detectado en el paciente.

e. Nivel 5.

Incluye el nivel 4 con la aportación de aquellas conductas que el profesional considera las adecuadas para eliminar o superar los déficits detectados.

4.3. AUTENTICIDAD.

Se define como la capacidad de expresión de sentimientos y pensamientos, ya sean de carácter positivo como de carácter negativo, hacia el paciente. Siempre con la finalidad de fomentar y reforzar la relación, nunca de estropearla.

5. COMUNICACIÓN EN SITUACIONES ESPECIALES

El auxiliar de enfermería, a lo largo de su labor profesional, se va a encontrar con una gran variedad de personas, así como situaciones especiales en las que deberá adaptarse para facilitar la comunicación.

A continuación se van mostrar diversas situaciones frecuentes con las que puede encontrarse el auxiliar de enfermería.

5.1. COMUNICACIÓN CON NIÑOS.

Los niños representan un colectivo muy particular. Más que información, los niños suelen demandar atención.

En función de la edad del niño, hay que enfatizar en un tipo u otro de comunicación para interaccionar con ellos.

Por ejemplo, en un bebé o lactante, la comunicación verbal no existe. Todos sus sentimientos y necesidades nos las va demostrar de manera no verbal y, normalmente, a través del llanto y de expresiones faciales. Por parte del profesional, la manera de comunicarse será fundamentalmente a través del contacto físico (al que son muy receptivos).

Cuando el niño es un escolar, la comunicación puede hacerse de manera verbal (salvo en determinados casos concretos por la presencia de patologías o incapacidades). Hay que cuidar mucho el tono que se emplea cuando se le habla a un niño, debe ser amistoso y confidencial. Nunca se debe engañar a un niño. Cuando haya que realizarle alguna técnica, hay que explicársela como si se tratara de una persona adulta pero, por supuesto, adaptando la explicación a su nivel (se puede hacer uso de dibujos, comparaciones...).

5.2. COMUNICACIÓN CON ADOLESCENTES.

La adolescencia es una etapa del ciclo vital en el que la persona se define como tal y va perfilando su personalidad. El adolescente empieza a conocerse a sí mismo, va descubriéndose pero, en ese proceso, se va a volver más celoso de su intimidad, más

inaccesible. Se vuelve más reservado y reacio a expresar sus sentimientos y emociones por lo que comunicarse con él no es una tarea fácil.

Lo ideal para acercarse a un adolescente es tocar un tema que le resulte familiar, cercano y en el que se sienta implicado. Y lo deseable es que sea él quién tome la iniciativa.

Es importante no intentar imponerle criterios ajenos a él o que no los comparta para nada. Tampoco es aconsejable desaprobar sus ideas o valores. El razonamiento es la mejor elección para que modifique su punto de vista sobre un tema.

5.3. COMUNICACIÓN CON ANCIANOS.

Los ancianos representan un colectivo numeroso debido al aumento de la esperanza de vida y a una mejor calidad de la misma. Pero el proceso de envejecimiento ocasiona algunas deficiencias que no llegan a ser patologías graves, pero que van a presentarlas la mayor parte de los ancianos y que afectan a la comunicación. Un ejemplo claro es la hipoacusia.

En el caso de la hipoacusia se recomienda:

- Colocarse de manera que el anciano nos esté viendo la cara.
- En el caso de que el paciente utilice audífono, comprobar que funciona correctamente. Ajustar el volumen en caso necesario.
- Hablar de manera lenta y clara.
- No desviar ni mover la cabeza mientras se está conversando para permitir la lectura de los labios.
- Reducir el ruido ambiental en la medida de lo posible. Buscar un espacio físico adecuado.
- No gritar.

6. PROMOCIÓN DE LA SALUD PARA AUXILIARES DE ENFERMERÍA

La Organización Mundial de la Salud define la promoción de la salud como el proceso que capacita a los individuos y a la comunidad para aumentar su control sobre los determinantes de su salud y, por tanto, mejorarla.

Se establecen cinco principios en la promoción de la salud:

1. Las acciones van dirigidas a potenciar el nivel de salud de toda una población y a lo largo de las distintas etapas del ciclo vital. En un segundo plano estarían las personas que padecen ya la enfermedad o las secuelas de la misma.
2. El núcleo de influencia va a recaer sobre aquellas causas consideradas como las básicas para la pérdida de la salud.

3. En su eje de actividad, utiliza varias líneas con el fin de conseguir una mejora de la salud (como la educación, la legislación, la información...).
4. La efectividad de las actividades depende, en gran medida, del grado de participación de la población (ha de ser activa).
5. A lo largo de su desarrollo, juegan un papel muy decisivo e importante los profesionales de la salud.

En la Declaración de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986) propusieron las siguientes medidas de adaptación:

- Desarrollo de políticas que apoyen la salud.
- Creación de ambientes que favorezcan la promoción de la salud.
- Reforzamiento de la actividad y acción comunitaria.
- Desarrollo de las habilidades personales que permitan conseguir estilos de vida saludables; tanto a nivel personal, como a nivel social.
- Reorientación de los servicios sanitarios (coordinación entre los distintos profesionales de la salud, individuos, comunidad, administración competente y gobierno).

Se establecieron unos objetivos en la llamada Estrategia global de salud para todos en el año 2000 que merece la pena sean considerados por cualquier profesional que desarrolle su labor en el ámbito relacionado con la salud.

Objetivos del 1 al 12: salud para todos.

1. Igualdad en la salud.
2. Añadir años a la vida.
3. Mejorar las oportunidades para los incapacitados.
4. Reducir las enfermedades e incapacidades.
5. Eliminar el sarampión, la poliomielitis, el tétanos neonatal, la rubéola congénita y la malaria autóctona.
6. Aumentar la esperanza de vida al nacer.
7. Reducir la mortalidad infantil.
8. Reducir la mortalidad materna.
9. Combatir las enfermedades circulatorias.
10. Combatir el cáncer.
11. Reducir los accidentes.
12. Detener el incremento de los suicidios.

Objetivos del 13 al 17: estilos de vida que conducen a la salud para todos.

13. Desarrollo de políticas encaminadas a la salud.
14. Desarrollo de sistemas de apoyo social.
15. Mejora de los conocimientos y de las motivaciones para una conducta saludable.
16. Promoción de conductas hacia una salud positiva.
17. Disminución de las conductas perjudiciales para la salud.

Objetivos del 18 al 25: creación de ambientes saludables.

18. Política ambiental encaminada a la salud.
19. Monitorización, valoración y control de los riesgos ambientales.
20. Control de la contaminación del agua.
21. Protección contra la contaminación del aire.
22. Mejora de la higiene de los alimentos.
23. Protección contra los residuos.
24. Mejora de las condiciones de la vivienda.
25. Protección contra los riesgos laborales.

Objetivos del 26 al 31: proporcionar una asistencia adecuada.

26. Sistema asistencial basado en la Atención Primaria.
27. Distribución de los recursos de acuerdo con las necesidades.
28. Reorientar la Atención Primaria médica.
29. Desarrollar equipos de trabajo.
30. Coordinar los servicios.
31. Asegurar la calidad de los servicios.

Objetivos del 32 al 38: apoyo para el desarrollo de la salud.

32. Desarrollar la investigación en salud para todos.
33. Implantar políticas en salud para todos.
34. Facilitación de recursos.
35. Sistemas de información sanitaria.
36. Formación de los profesionales.
37. Educación de los sectores no sanitarios.
38. Evaluación de la tecnología sanitaria.

7. PREVENCIÓN EN LA SALUD PÚBLICA

La prevención persigue como objetivo principal la conservación de la salud. Las acciones preventivas van a estar enfocadas hacia aquellas personas que presenten riesgo en la conservación de su estado de salud.

La Organización Mundial de la Salud plantea unas proposiciones para consolidar los cimientos sobre los cuales basar la prevención de la enfermedad. Éstos son:

- Atención Primaria adecuada que abarca una Atención Primaria a niños y a mujeres a través de diversos programas de salud como el programa del niño sano y el programa de diagnóstico precoz del cáncer de mama.
- Garantizar la vacunación a todos los niños (para ello está establecido un calendario vacunal).
- Intentar un descenso en el número de accidentes y en las consecuencias/secuelas de los mismos (mediante la educación sanitaria y la concienciación colectiva).
- Potenciar una alimentación adecuada; dando las pautas adecuadas para una dieta equilibrada.
- Dotar de agua potable y medidas de salubridad.

Existen tres niveles de prevención:

1. Prevención primaria.

Su objetivo es evitar la aparición del problema de salud o enfermedad.

En este nivel se incluyen programas de prevención como los del alcoholismo, trastornos alimentarios, embarazos no deseados...

2. Prevención secundaria.

Su núcleo de acción es en torno al diagnóstico precoz de un problema y la puesta en marcha del tratamiento adecuado para limitar el desarrollo y progreso del problema.

Aquí se incluyen programas de detección precoz de HTA, cáncer de mama, salud escolar...

3. Prevención terciaria.

En este nivel lo que se persigue es la reducción de las limitaciones e incapacidades que ocasiona el problema de salud en el paciente y en el entorno que le rodea (familia, escuela, trabajo...).

Cualquier programa de prevención de salud debe contemplar estos tres niveles en su elaboración y puesta en marcha.

8. EDUCACIÓN PARA LA SALUD

La educación para la salud se puede definir como un proceso de comunicación interpersonal dirigido a la proporción de información necesaria para realizar un examen crítico de los problemas de salud y de responsabilizar a individuos y a grupos sociales en la elección de los comportamientos que tienen efectos directos e indirectos sobre la salud física y psíquica de los individuos y la comunidad (Seppili).

La educación para la salud está enfocada a la consecución de una serie de objetivos:

- Inculcar a los individuos de una comunidad la idea de salud como un valor fundamental.
- Proporcionar a los individuos de esa comunidad información relacionada con los factores determinantes de salud, los riesgos para la misma y los medios para evitar dichos riesgos.
- Favorecer el desarrollo de los servicios sanitarios y potenciar un correcto uso de los mismos para que resulten eficaces.

9. DERECHOS Y DEBERES DEL PACIENTE

9.1. DERECHOS.

- Recibir atención sanitaria en condiciones de igualdad, sin que pueda ser objeto de discriminación por razón alguna, respetando su personalidad, dignidad humana e intimidad.
- Que se le ofrezca la atención, las prestaciones y servicios sanitarios disponibles que se consideren necesarios para cuidar su salud.
- Recibir información en lenguaje comprensible el paciente, sus familiares o allegados de todo lo relacionado con su proceso, incluyendo diagnóstico, tratamiento, pronóstico, tiempo previsible de estancia en caso de ingreso y alternativas de tratamiento.
- Recibir información de los servicios y prestaciones sanitarias a las que puede acceder y de los requisitos necesarios para su uso.
- Que se le ofrezca información sobre los programas de prevención y promoción de salud que se realicen en su centro de Atención Primaria.
- Que se le informe sobre aspectos de salud colectiva de especial interés, incidencia o riesgo.
- Que se le reciba de forma personalizada a su llegada a un centro sanitario y, en especial en el ámbito hospitalario, a que se le informe de todas las cuestiones que puedan hacer más comfortable su estancia.

- Recibir información clara y comprensible ante tratamientos, procedimientos quirúrgicos y pruebas diagnósticas que entrañen riesgos, antes de la obtención de su consentimiento por escrito.
- Conocer, y autorizar previamente y por escrito la actuación, cuando los procedimientos que se le realicen vayan a ser utilizados en un proyecto docente o de investigación que en ningún caso podrá comportar peligro adicional para su salud.
- Elegir entre las opciones que le presente su médico, así como negarse a cualquier intervención sanitaria, salvo en los supuestos legales establecidos (riesgo para la salud pública, incapacidad y exigencia de actuación urgente ante riesgo de lesión irreversible o peligro de fallecimiento).
- Estar acompañado por un familiar o persona de su confianza en todo momento del proceso de atención sanitaria, siempre que las circunstancias clínicas lo permitan.
- Que se mantenga la confidencialidad de toda la información relacionada con su atención en cualquier centro sanitario; así como acceder a los datos personales obtenidos durante la misma.
- Que quede constancia escrita o en soporte técnico adecuado de su proceso, guardando la información en su historia clínica. La información, que deberá ser al menos única por institución sanitaria, incluirá estado de salud y evolución, así como pruebas y tratamientos que recibe.
- Acceder a su historia clínica, mediante los procedimientos establecidos.
- Recibir un informe de alta al finalizar su estancia en una institución hospitalaria, al dar por finalizada la consulta en atención especializada, y al alta en urgencias.
- Que se extienda un certificado acreditativo de su estado de salud.
- Que se le asigne un médico y un centro de Atención Primaria para atenderle, si bien puede optar por elegir otro profesional y centro.
- Elegir médico de familia y pediatra entre los existentes en su municipio, y también entre el resto de los médicos del Distrito Sanitario al que corresponda el domicilio.
- Elegir médico especialista para consultas, cuando a juicio de su médico de familia o pediatra precise ser atendido por uno de ellos, así como a recibir atención por el mismo especialista durante su proceso.
- Elegir hospital, dentro del Sistema Sanitario Público, si se encuentra pendiente de una intervención quirúrgica.
- Disponer de una segunda opinión médica sobre su proceso, en los términos en que esté establecido.

- Conocer el nombre y la función de los profesionales que le atienden.
- Ser intervenido quirúrgicamente dentro del plazo establecido en la normativa vigente para cada uno de los procedimientos en el Sistema Sanitario Público.
- Recibir atención sanitaria en un tiempo adecuado según el proceso, así como a que se le ofrezca información sobre los plazos de respuesta en consultas, pruebas diagnóstica e intervenciones quirúrgicas para los diversos procesos.
- Disponer de la Carta de Derechos y Deberes en todos los centros sanitarios. También tiene derecho a presentar reclamaciones y sugerencias y a recibir respuesta en los plazos establecidos.
- Participar en el sistema sanitario público a través de los Consejos de Salud de Área y mediante la representación correspondiente de las Asociaciones de consumidores y usuarios y a expresar su opinión a través de los diferentes modelos de investigación social, así como a recibir información de las medidas de mejora que resulten de todo ello.
- Que se realicen todas las acciones oportunas que, junto a la atención a su proceso, tengan como fin reducir y paliar el sufrimiento y el dolor tanto en aquellas situaciones críticas como ante el proceso de la muerte, de acuerdo con el máximo respeto a la autonomía, la integridad y la dignidad humana.
- Que se tengan en cuenta las voluntades anticipadas, manifestadas mediante el procedimiento establecido.
- Que se mantenga la confidencialidad de la información de su genoma y que no sea utilizada para ningún tipo de discriminación. También tiene derecho a obtener las ventajas derivadas de la nueva tecnología genética disponible y conforme al marco legal vigente.
- Utilizar las tecnologías de la información y la comunicación, conforme al desarrollo de las mismas en los servicios sanitarios, con criterios de accesibilidad, seguridad y continuidad.

9.2. DEBERES.

- Cumplir las prescripciones generales en materia de salud comunes a toda la población, así como las de los servicios sanitarios, conforme a lo establecido.
- Mantener el debido respeto a las normas establecidas en el centro, así como al personal que presta sus servicios en el mismo.
- Responsabilizarse del uso de los recursos y prestaciones ofrecidos en el marco del Sistema Sanitario Público, fundamentalmente en lo que se refiere a la utilización de los servicios, las prestaciones farmacéuticas, las ortoprotésicas y los procedimientos de incapacidad laboral.
- Cuidar las instalaciones y colaborar en su mantenimiento.

- Cumplir las normas y requisitos administrativos de uso y acceso a las prestaciones sanitarias.
- Firmar, en caso de negarse a las actuaciones sanitarias, el documento pertinente en el que quedará expresado con claridad que el paciente ha quedado suficientemente informado y que rechaza el tratamiento sugerido.

10. DERECHO A LA INFORMACIÓN Y CONFIDENCIALIDAD

Todo usuario del sistema de salud tiene derecho a ser informado como bien se ha visto reflejado en los derechos del usuario. Tiene derecho a ser informado de todo lo que concierne a su estado de salud (tratamientos, técnicas diagnósticas, pronóstico...). La información ha de ser lo más completa posible; así como continua a lo largo de todo el proceso de asistencia.

Existen unos límites y excepciones al derecho a ser informado y son:

- Situación de urgencia y que suponga un riesgo inmediato para la vida.
- El diagnóstico fatal, por sí mismo, no debe ser una causa justificada para omitir información.
- Información claramente perjudicial para la salud del paciente.

En cuanto a la confidencialidad de la información hay que destacar que la protección a la intimidad está calificada como un derecho fundamental en la Constitución Española.

La informática también se ha implantado en el ámbito sanitario para facilitar el trabajo diario pero aquí nos podemos encontrar con un punto conflictivo entre el derecho del paciente y los intereses generales. Los datos médicos forman parte de la esfera más íntima de la persona y la divulgación no autorizada de los datos médicos de carácter personal puede dar lugar a la violación de derechos fundamentales.

Sin embargo, el derecho a la salud de cada persona, considerada en abstracto, reclama que cada uno puede aprovecharse de los progresos de la ciencia médica realizados gracias a la utilización de datos médicos.

11. APOYO PSICOLÓGICO AL PACIENTE HOSPITALIZADO

En un primer momento, cuando un paciente es hospitalizado requiere información. Es un aspecto muy importante en cualquier etapa de la enfermedad. No todos los enfermos requieren la misma cantidad y tipo de información, por tanto la información debe ser individualizada y adaptada a las demandas del paciente. La información es un proceso que mejora la adaptación a largo plazo pero que provoca ansiedad como efecto inmediato, sobre todo si se comunican malas noticias, por ello es necesario valorar en cada caso las siguientes preguntas:

- ¿Qué vamos a decir?
- ¿Cómo lo vamos a decir?
- ¿A quién se lo vamos a decir?
- ¿Cuándo lo vamos a decir?

La reflexión a estas preguntas nos puede ayudar en el inicio a informar de una forma adecuada al paciente favoreciendo la asimilación de lo que le está ocurriendo y la posibilidad de tomar decisiones al respecto. Existen aspectos en que la información oral es conveniente acompañarla con información escrita que el enfermo pueda llevar a casa.

Estudios recientes han demostrado que la sensación de control del paciente aumenta la capacidad para responder de forma adecuada a la enfermedad. Fanis (1977) demostró que pacientes con un grado moderado de temor frente al ingreso eran los más capaces de procesar mejor la información que recibían sobre su enfermedad y tenían más posibilidades de recuperación. Posteriormente diversos estudios han demostrado que los que son informados con antelación sobre qué esperar de la medida tienen una sensación mayor de control y con capaces de tomar decisiones correctas, lo que mejorará los resultados.

En 1992 Devine concluyó que educando psicológicamente a los pacientes quirúrgicos, disminuye el tiempo de estancia hospitalaria, tendencia de complicaciones médicas, el grado de dolor quirúrgico y la necesidad de analgésicos.

Cuando el pronóstico es malo, ¿Qué información debe darse al paciente y cómo debe hacerse?

Existen 3 modelos:

a. Ocultar el diagnóstico y el pronóstico al paciente.

La relación médico-paciente es de carácter paternalista, con poca comunicación entre ambos. En este modelo se asume que el paciente necesita ser protegido de las malas noticias, o que no quiere conocerlas.

b. Informar sobre el verdadero diagnóstico y pronóstico al paciente.

La relación es también de carácter paternalista, con una buena relación entre ambos, pero en este caso el paciente es quien toma las decisiones.

c. Comunicar el diagnóstico y el pronóstico de forma individualizada.

La comunicación médico-paciente es buena. En este modelo se asume que cada paciente es distinto, que cada uno asume su enfermedad de manera diferente y que la cantidad de información que desean es diferente. Se trata del modelo ideal. En 1993, la División de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó una monografía dedicada a cómo contar las malas noticias al enfermo. Las conclusiones fueron las siguientes:

1. Antes de informar al paciente, el médico deberá tener un plan. Es decir, deberá haber considerado cuál es la mínima información que el paciente

o los familiares necesitan saber para tomar decisiones de cara al futuro y cuál es la máxima información que se les puede dar en función de la seguridad del diagnóstico (p. ej., cuando lleva un excesivo número de pruebas diagnósticas).

2. Dar el control al paciente sobre lo que quiere saber y cuándo lo quiere saber. Existe una amplia evidencia tanto de la literatura como de la experiencia clínica de que a los pacientes a los que se les presenta la oportunidad dirán lo que quieren saber y cuándo.
3. El médico deberá averiguar lo que el paciente piensa sobre su enfermedad. Deberá preguntarle lo que él cree que le sucede y lo que le preocupa. Normalmente el médico asume que el paciente tiene miedo porque va a morir, pero en muchos casos lo que le asusta es una muerte dolorosa.
4. Permitir al paciente que se tome tiempo para asumir toda la información, es importante no sobrecargar al paciente y ofrecerle la información en varias sesiones.
5. Dar alguna buena noticia o por lo menos esperanza. Incluso aunque sepamos que un 95 % de los pacientes con la misma enfermedad morirá en 6 meses, el hecho es que un 5 % no lo hará y el paciente podría ser de ese 5 %.
6. Ofrecer al paciente un plan de tratamiento, aunque el médico no sepa con exactitud el diagnóstico, sí sabrá las investigaciones que necesitará hacer, los pacientes se muestran muy agradecidos cuando ven que alguien sabe lo que está haciendo y parece controlar la situación.
7. El médico nunca deberá dar falsas esperanza o mentir, pues esto destruirá la confianza en el médico, así como la relación médico - paciente.

Por otro lado, existen diferentes factores que intervienen en los modos de reaccionar del paciente frente a la enfermedad

Todo individuo cuando enferma experimenta una serie de reacciones emocionales ante la enfermedad que el personal sanitario debe considerar. Existen muchos factores que intervienen en esas reacciones, entre los que destacan los siguientes:

11.1. PERSONALIDAD DEL ENFERMO.

La personalidad del paciente influirá en los mecanismos de defensa que utilizará. Por ejemplo, las personas dependientes utilizarán la regresión a estadios inferiores del desarrollo, y pedirán ayuda, mientras que los que son muy independientes correrán el riesgo de negar la gravedad de la enfermedad.

11.2. TIPO DE ENFERMEDAD.

Las enfermedades del corazón, como las arritmias o las enfermedades de las arterias coronarias, producen mucha ansiedad y el miedo ante la muerte es constante. La insuficiencia respiratoria o la dificultad para respirar producen un estado de ansiedad agudo que se resuelve cuando la situación revierte. El diagnóstico de cáncer produce miedo y las enfermedades de transmisión sexual, como el SIDA, producen, con frecuencia, además de miedo, sentimientos de culpa. Las enfermedades crónicas, como la insuficiencia renal, artritis reumatoide o diabetes mellitus, producen diversas respuestas que van desde su aceptación hasta su negación, rechazando el tratamiento.

A continuación nos centraremos en los problemas que pueden surgir en pacientes hospitalizados pertenecientes a la población infantil y adolescente:

11.3. EDAD DEL PACIENTE.

11.3.1. Edad infantil.

Cuando un niño es hospitalizado se presentan muchas manifestaciones que deben ser tomadas en cuenta y que en muchos niños persisten aún después de haber sido dados de alta.

Desde luego hay que mencionar que estas manifestaciones van a depender de la edad del niño y su etapa de desarrollo, el nivel de inteligencia, la enfermedad, la duración de la hospitalización y las respuestas de la familia ante la misma.

En la mayor parte de los niños la característica principal es la ansiedad. Igual que los adultos, los niños sienten una gran ira, en muchas ocasiones dirigidas a sus padres, hermanos, amigos o incluso al personal sanitario, manifestada en irritabilidad u otras alteraciones del comportamiento. Esta ansiedad está relacionada con la separación de su familia, y que en ocasiones puede sentirse como la posibilidad de ser abandonado. Este gran temor hace que el niño se vuelva más exigente demandando constantemente la presencia física de sus seres queridos, todo su amor y su cariño.

Otras reacciones que podemos observar en los niños hospitalizados son enojos, cambios frecuentes de estado de ánimo, inquietud y ensimismamiento que los lleva a aislarse.

Cuando un niño se muestra distante o enojado debemos tratar de tolerar y contener este tipo de reacciones, ya que hay ocasiones en que los adultos se desconciertan al observarlas y no saben cómo actuar, por lo que a veces se molestan y recurren a amenazas relacionadas con el abandono, por ejemplo, los padres podrían decir "si sigues así me voy a ir"; o bien, de maniobras médicas que no ocurrirán en breve, por ejemplo, "si sigues así voy a llamar al doctor para que te inyecte".

Por otra parte, mencionamos la importancia que tiene la edad en el niño cuando es hospitalizado, ya que no es lo mismo a los 1, 2 ó 3 años que un escolar de 8 ó 9 años; en los primeros generalmente se aprecia inquietud, llanto y desesperación; mientras que en los segundos, si bien también hay inquietud además hay una sensación de pérdida de los propios impulsos que ha logrado alcanzar en el transcurso de su desarrollo, sobre todo cuando tiene que renunciar a la posesión de su cuerpo y tiene que permitir que se le maneje, se le vista y se le desvista, se le alimente, se le limpie y lave, además de tener que ser ayudado para orinar o evacuar. En otras palabras, lo llevan a tener la sensación de "ser tratado como bebé", teniendo que entender que esto en muchos casos puede provocar que se tornen pacientes un tanto difíciles para el trato, por lo que en estos casos lo que es aconsejable para el personal médico, de enfermería, y para la familia es permitirle al niño, en cuanto pueda, asimilar el control de su cuerpo y dejar que él se asee, cambie y coma solo.

Otro aspecto que hay que considerar en todo esto es, cuál es el efecto de la enfermedad en el niño y en la familia, desde luego esto va a depender en primer lugar de cuál es la enfermedad, si pone en riesgo la vida del niño o no, y en función de esto determinar si la hospitalización será de corta, mediana o larga estancia, en este punto les corresponde al personal médico, enfermeras y auxiliares dar una información lo más clara posible que ayude a disminuir el miedo y la ansiedad del niño, y de los padres, ya que todos están muy preocupados por lo inesperado y lo que les es desconocido y, sobre todo, que los lleva a elaborar una gran cantidad de fantasías.

11.3.2. Edad adolescente.

Los adolescentes comienzan a hacerse independientes de su familia, empiezan a establecer su propia identidad y una hospitalización en esta época de la vida les resulta terrible. Es el momento de las grandes amistades, un asalto cuantitativo a la vida social por lo que la comprensión y la respuesta de los compañeros son críticas.

Cuando nos encontramos con una enfermedad grave es importante ayudarlos a dirigir aspectos importantes acerca de la enfermedad y los recursos adecuados. Durante la adolescencia, un niño lucha por desarrollar su auto-imagen e identidad, por establecer su independencia, adaptarse a su sexualidad, formar relaciones sociales y planear su futuro. El diagnóstico de una patología considerable interfiere con esta etapa del desarrollo. El niño lucha ahora por mantener su independencia, a la misma vez que su enfermedad le hace depender del personal sanitario, de sus padres y del hospital.

Se da con mucha frecuencia que el adolescente tenga un sentimiento de carga para su familia y niegue la importancia de su enfermedad. Este mecanismo de negación no es malo en sí a no ser que interfiera con la administración del tratamiento adecuado.

11.3.3. Edad adulta.

Los adultos jóvenes tienen más riesgo de reaccionar ante una enfermedad con resentimiento o incredulidad, y de buscar diferentes opiniones con la esperanza de que el diagnóstico original fuese una equivocación. Los pacientes de mayor edad, en general, aceptan mejor sus problemas médicos.

BIBLIOGRAFÍA

- Trinidad Olivero, L. Adiestramiento: Estilos de Comunicación. Rev. LRG nov. 2003. Consultado en septiembre de 2007. Disponible en: [http://sju.albizu.edu/Correccion/Estilos %20de %20Comunicacion/Prontuario %20Estilos %20de %20Comunicaci%C3 %B3n.doc](http://sju.albizu.edu/Correccion/Estilos%20de%20Comunicacion/Prontuario%20Estilos%20de%20Comunicaci%C3%B3n.doc)
- Carta de Derechos y Deberes en Salud. Servicios Sanitarios Públicos de Andalucía. Consultado en octubre de 2016. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/channels/temas/temas_es/C_2_DERECHOS_Y_GARANTIAS/C_1_Carta_de_Derechos_y_Deberes/carta_derechos_y_deberes?perfil=ciud&desplegar=/temas_es/C_2_DERECHOS_Y_GARANTIAS/&idioma=es&tema=/temas_es/C_2_DERECHOS_Y_GARANTIAS/C_1_Carta_de_Derechos_y_Deberes/&contenido=/channels/temas/temas_es/C_2_DERECHOS_Y_GARANTIAS/C_1_Carta_de_Derechos_y_Deberes/carta_derechos_y_deberes
- Página web: Aniorte Hernandez, N. Título Superior en Enfermería. Universidad de Alicante. Derechos y deberes de los pacientes. Papel de la enfermería. Carta de los derechos y deberes de los usuarios. Última modificación. Septiembre de 2003. Consultado en septiembre de 2007. Disponible en: http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/trabaj_derech_deber_pac.htm.
- Alma-Ata.1978. Atención Primaria de Salud. Informe de la conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 1978. Consultado en septiembre de 2007. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>.
- Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa el día 21 de noviembre de 1986. Consultado en septiembre de 2007. Disponible en: http://www.enfermeriacomunitaria.org/documentos/marco_normativo/conferencias/ottawa.pdf
<http://www.slideshare.net/kamil18/estilos-de-comunicacin-169248>
http://www.aniorte-nic.net/trabaj_derech_deber_pac.htm
<http://www.index-f.com/comunitaria/v4n2/ec0342.php>

http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2_carta_de_ottawa.pdf

En el momento de impresión de este manual están vigentes todos los enlaces de Internet citados en el tema