

# La enfermería ante el reto de la promoción de la salud en pacientes y cuidadores con riesgo de deterioro de la integridad cutánea o con heridas (2ª parte)

**Autores:**

Ana Isabel Calvo Pérez, Josefa Fernández Segade, Luis Arantón Areosa, José María Rumbo Prieto, Manuel Romero Martín, María Antonia Trueba Moreno, Francisco García Collado, Ana Ramírez Pizano

## Resumen

Las habilidades y técnicas de comunicación son imprescindibles para ser capaces de lograr transmitir a los pacientes y cuidadores toda la información que precisan para mejorar sus autocuidados y su calidad de vida al tiempo que se implican y comprometen con el control de su enfermedad. Las técnicas grupales y concretamente los talleres nos ofrecen múltiples beneficios en este ámbito. Para finalizar el artículo se desarrolla un ejemplo práctico de “Taller de educación para la salud grupal a cuidadores principales de pacientes con riesgo de deterioro de la integridad cutánea”

## *Nursing in the challenge of health promotion in patients and caregivers with the risk of deterioration of the skin integrity or wounds (Part 2)*

### Summary

*The skills and techniques of communication are essential to be able to achieve transmit to the patients and caregivers all the information they need to improve their self-care and their quality of life at the same time involve and engage with the control of their disease. The group techniques and specifically the workshops we offer multiple benefits in this area. To finish the article develops a practical example of “Workshop for health education group to primary caregivers of patients at risk of deterioration of the skin integrity”.*

## Introducción

En el artículo publicado en el número anterior, destacábamos la importancia de luchar contra los condicionantes que facilitan que el paciente esté en situación de riesgo de deterioro de la integridad cutánea, mejorando la prevención y como, la Educación para la salud (EpS) constituía un instrumento imprescindible para potenciar

los autocuidados y la implicación de los cuidadores formales e informales.

Trataremos de desarrollar a continuación los aspectos a tener en cuenta para que dicha actividad de EpS sea efectiva y determinadas herramientas de comunicación que los profesionales deberíamos emplear para tratar de conseguir alcanzar el objetivo, que no es otro que mejorar la calidad de vida de los pacientes, a través de su formación e implicación.

## La comunicación: principal herramienta en la EpS

Una adecuada comunicación es la base fundamental para llevar a cabo una correcta intervención en EpS; una comunicación deficiente supone a menudo quejas de los usuarios que sienten que no se les escucha, que no se comprenden nuestros mensajes o que no son informados de manera adecuada. La comunicación es el proceso por el cual nos damos a conocer a otras personas, pero requiere: un emisor, un receptor, un mensaje y un canal por medio del cual circulará el mensaje; si algún elemento de estos falla, se dice que se ha producido una interferencia al establecerse la comunicación, lo que provoca que el receptor no puede recibir el mensaje enviado; destacaremos como ejemplo de interferencias, la utilización de lenguaje técnico, la letra ilegible en un informe, receta o mensaje escrito o el ruido en la comunicación oral, entre otros. Para garantizar la idoneidad del mensaje debe utilizarse un código común entre emisor y receptor y un canal adecuado.

## Habilidades y técnicas de comunicación

Una de las habilidades de la comunicación que suele producir más reticencias (miedo escénico), es la de hablar en público. Esta habilidad constituye para los profesionales de enfermería un imperativo, aunque no un impedimento.

Hablar en público es relativamente fácil y sin embargo suscita grandes miedos; es normal que exista cierto temor sobre todo cuando no se tiene experiencia, pero este miedo se puede transformar en algo positivo (fuerza, expresividad, entusiasmo) con la preparación adecuada del tema del que vamos a hablar, ya que eso dará toda seguridad y confianza necesarias; conocer los condicionantes del público al que nos vamos a dirigir será también esencial para adecuar nuestro discurso a sus características y expectativas. Con unos objetivos claros y una exposición bien estructurada y organizada, el miedo se transforma en seguridad. Mejor ser breves y concisos, que cansar al auditorio.

## Técnicas individuales:

### LA ENTREVISTA

Es la técnica de comunicación más frecuente en las actividades educativas y probablemente la preferida por los usuarios y profesionales por su carácter personal ya que nos permite adaptarnos a las necesidades de información de cada individuo.

La entrevista clínica es un acto en el que se tienen que tener en cuenta dos aspectos, la comunicación interpersonal y el meramente técnico, ya que son inseparables. Conjugarse ambas de manera eficaz es "un arte", que debemos manejar. Un buen entrevistador no nace, se hace.

A través de la entrevista clínica buscamos información de nuestro interlocutor, su estilo de vida, sus condicionantes, habilidades, conocimientos, etc. en general todos aquellos determinantes sobre los que podemos trabajar para alcanzar nuestro objetivo.

No hemos de menospreciar la importancia de la comunicación Verbal (el empleo de lenguaje oral, escrito o de signos que tendremos que conocer para establecer una comunicación efectiva), ni mucho menos la de la comunicación no verbal; tenemos que tratar de percibir sus efectos y de interpretarla (casi nunca es emitida para ser comprendida, ya que suele ser involuntaria); ya que influye mucho en la credibilidad del mensaje, y condiciona actitudes hacia el interlocutor o hacia el propio emisor:

- El aspecto físico transmite mucha información (seguridad, nerviosismo, aplomo...). La actitud corporal puede completar, pero también contradecir el mensaje emitido, ya que refleja estados de ánimo. Permite a su vez, ver como se está asimilando la información, el modo en como el paciente se relaciona, etc.
- La expresión facial es un importante indicador de la aceptación o de posibles incongruencias.

- El tono de voz expresa información poderosa según sea firme, temblorosa, exigente etc.
- Las reacciones neurovegetativas (sudoración, rubefacción, palidez...) transmiten información del estado emocional del sujeto.
- Mantener o eludir la mirada del interlocutor aporta o quita credibilidad al mensaje.
- La entrevista debe estructurarse en:
  - Etapa de contacto: debe ser cordial, es la apertura de la comunicación.
  - Etapa de desarrollo o exploratoria: desde la actitud de escucha activa facilitamos que nuestro interlocutor comunique sus miedos e inquietudes, al tiempo que transmitimos interés en su caso.
  - Fase resolutive: el peso de la comunicación recae sobre el profesional, quien a partir de los datos obtenidos, elabora las respuestas dirigidas a solucionar al problema, comprobando que su mensaje es asimilado.
  - Etapa de despedida y cierre: es el espacio final donde se resume lo acontecido durante la entrevista y se aprovecha para aclarar dudas, planificar futuras actividades y quedar a disposición (especificando como será la forma de acceder).

## Técnicas grupales.

**TORMENTA DE IDEAS O BRAINSTORMING:** El coordinador plantea un tema y los miembros del grupo de forma rápida y espontánea lanzan ideas (sin necesidad de que sean profundamente elaboradas) sobre ese tema. A priori toda idea es válida y se busca que surjan aspectos novedosos e innovadores (se valora la originalidad).

**MÉTODO DEL CASO / INCIDENTE:** Se presenta un problema y el grupo plantea soluciones, alcanzando la decisión final de manera consensuada (el grupo participa opinando y preguntando), los participantes suelen verse reflejados en los casos que comparten, por lo que se implican mucho.

**DEBATE DIRIGIDO:** Consiste en el debate de varios participantes con un moderador. Puede ser abierto en donde las intervenciones son espontáneas o escalonado en el que hay un turno de palabras preestablecido.

**PANEL DE DISCUSIÓN:** Se expone un tema por parte de varias personas expertas, el grupo participa opinando y preguntando.

**ROLE-PLAYING:** Se escenifica una situación para poner de manifiesto determinados comportamientos



Imagen 1: Role-Playing.

y actitudes a modificar (Imagen 1). Cada participante adopta un papel que será analizado y evaluado con el objeto de que la escena representada se torne real, de modo que se comprenda mejor la actuación que debemos llevar a cabo. Es una técnica muy útil para que el grupo pueda expresar sus miedos y al mismo tiempo ir aportando soluciones casi sin darse cuenta.

**LA CLASE:** Enseñanza teórica, a través de lecciones magistrales, generalmente es oral y se acompaña de medios audiovisuales. No es lo más indicado en EpS pues no fomenta la participación.

**LA CHARLA:** Es uno de las herramientas más utilizadas en EpS. Se dirige a grupos más o menos numerosos de la comunidad, con interés en un tema en concreto (Imagen 2). Algunos aspectos que debemos considerar para que resulte efectiva son:

- Debe ser realizada por un orador con conocimientos y experiencia sobre el tema a tratar.
- El tema elegido y su desarrollo deben responder a las necesidades del grupo a quien va dirigida.



Imagen 2: Charla.

- El lenguaje utilizado debe adaptarse al nivel de conocimientos, mentalidad, lenguaje y cultura del grupo.
- El esquema de la charla debe estar constituido por: introducción, desarrollo, exposición de ideas, resumen final a modo de conclusiones y discusión posterior en la que participen los oyentes.
- Es importante utilizar medios audiovisuales de apoyo ya que la asimilación y retención del tema abordado mejora entre un 35 - 55% (se estima que la retención promedio está alrededor de un 30 % para lo que se oye, un 50% para lo que se ve y un 70% para lo que se hace).
- La duración de la charla debe limitarse a 20 - 25 minutos (a partir de los 40 - 45 minutos, es casi imposible mantener el nivel de atención).
- Las condiciones del local deben ser adecuadas (condiciones mínimas de comodidad, luminosidad y temperatura).

La charla se divide en tres fases:

- A. Introducción: sirve para captar la atención, el comienzo debe de ser fuerte, con poder, debemos de ir directos al OBJETIVO, aportar algún dato llamativo, impactante que fije la atención del público. Los primeros minutos son esenciales para conseguir llamar la atención y cautivar al público (la duración será de entre 3 y 5 minutos).
- B. Cuerpo: debe desarrollarse en 20-30 minutos y los puntos a tratar no deben de ser más de tres
  - El lenguaje debe ser adecuado al grupo primando el uso de frases cortas (entre 10 y 15 palabras).
  - Evitar el uso de expresiones: en conclusión..., el tema..., en resumen...; etc.
  - Deben utilizarse verbos activos
  - La repetición puede ser un recurso válido: decir lo que se va a decir, decir y repetir lo que se acaba de decir (la repetición es un recurso muy utilizado en publicidad, donde lo que se pretende es persuadir y convencer de igual manera que en EpS).
  - Debe utilizarse material gráfico de apoyo: fotos, dibujos, folletos, carteles, videos, prensa, etc.
  - La utilización de ejemplos y experiencias (propias, del público o de otras charlas) ayuda a que el mensaje quede en la memoria.
  - Debe fomentarse la retroalimentación o "feedback".

C. Conclusión: Será lo más recordado y debe relacionarse directamente con los objetivos e intereses del público (no utilizar más de 3 a 5 minutos).

- Debe ser fuerte, elevando el tono de voz
- Pueden repetirse los comentarios iniciales
- Es útil emplear frases de ánimo como refuerzo en positivo para aplicar bien lo aprendido.

## Técnicas comunitarias

**COMUNICACIÓN PUBLICITARIA:** transmite mensajes publicitarios a la población (lemas, póster, cartelera), con el fin de incidir en sus hábitos saludables.

**MEDIOS DE COMUNICACIÓN:** La prensa, televisión, radio e internet, por su gran audiencia, pueden ser agentes muy poderosos a la hora de transmitir mensajes a la población.

## Conclusiones

Un proyecto de EpS surge tras la reflexión de una o más personas que se plantean aspectos a realizar para resolver un problema, o porque la comunidad demanda una actuación sanitaria concreta según las necesidades que tengan.

Es imprescindible escuchar a la persona o al grupo para identificar sus limitaciones, su situación..., antes de informar, planear o desarrollar un proceso educativo; No se trata de dar soluciones, tenemos que ayudar a que ellos busquen sus propias soluciones (no se trata de prescribir comportamientos, sino de promoverlos).

Jamás debemos realizar juicios de valor sobre las condiciones de vida, entorno sociofamiliar, o actitudes y compromiso de los cuidadores; nuestra valoración debe ser objetiva y global.

Tampoco debemos culpabilizar, ni tratar de coaccionar a los familiares y cuidadores amparándonos en que es su "responsabilidad" (es totalmente contraproducente); sin embargo, es útil reconocer el "esfuerzo" y al mismo tiempo tratar de reorientar e informar objetivamente de los recursos disponibles y/o de las circunstancias que se deberían intentar modificar.

Si se detectan situaciones que pudieran ser susceptibles de malos tratos o abandono, hay que utilizar los cauces sociosanitarios y legales que existen al efecto.

## Propuesta de diseño para:

### TALLER DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD GRUPAL A CUIDADORES PRINCIPALES DE PACIENTES CON RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA

Intervención grupal según modelo PRECEDE.

1. Análisis de la situación: Análisis de los problemas de salud del entorno de trabajo y del grupo al que vamos a dirigirnos para conocer cuales son los problemas o dificultades que presentan. Valorar la importancia de las conductas y comportamientos inadecuados (posiblemente muy arraigados) y su origen (cultura, tradición o costumbres) ya que condiciona y determina la forma de actuar ante ellos.

Priorizar los problemas atendiendo a criterios de gravedad, extensión, vulnerabilidad, evolución espontánea del problema y necesidad sentida de la población (y recursos de que disponemos).

2. Objetivo: Definir lo que nos proponemos conseguir con la intervención a realizar. En esta propuesta un objetivo podría ser: "Proporcionar a los cuidadores un entorno favorable donde relacionarse con otros cuidadores que comparten las mismas inquietudes y fijar conceptos de prevención de UPP."

3. Población diana: Hay que definir claramente a quien va dirigida la intervención. En este ejemplo serían los cuidadores principales de pacientes con riesgo de deterioro de la integridad cutánea.

4. Contenidos: Son los conceptos, actitudes o habilidades que queremos trasladar a los destinatarios.

Propuesta de contenidos: Contenidos sobre cuidados básicos

- Heridas: cómo se desarrollan y por qué, a quien afectan, dónde...
- Cuidados de la piel: Higiene, incontinencia
- Alimentación
- Factores a tener en cuenta para una prevención efectiva
- Aplicación tópica de productos sin masajear
- Cambios posturales y dispositivos de ayuda: prácticas
- Aspectos a tener en cuenta sobre el tratamiento
- Reglas y cuidados para el cuidador: cuidarse más, para cuidar mejor
- Recursos sociosanitarios disponibles

En cada sesión es necesario acotar los temas, si incluimos un número excesivo será imposible abor-

- darlos todos de manera efectiva. Los participantes al final de las sesiones deben ser capaces de conocer, definir, relacionar, explicar, interpretar, demostrar, analizar, compartir, debatir, diferenciar, juzgar, aumentar la confianza, elegir... sobre aquellos aspectos que se hayan tratado en el programa.
5. Recursos humanos: Seleccionar al personal que vamos a necesitar para llevar a cabo las sesiones; en este caso precisamos la colaboración de una enfermera, una trabajadora social y un médico del Centro de Salud donde se realizara la sesión; para poder realizarla en jornada laboral, se gestionará una cita en sus respectivas agendas profesionales.
  6. Recursos materiales: Especificar que material vamos a necesitar y adecuarlo a la actividad. En este caso puede ser útil una presentación de Powerpoint, papel, pizarra, superficies especiales para manejo de presión (SEMP), cama o camilla.
  7. Convocatoria: Recurso utilizado para llegar a la población diana, se puede publicitar en el tablón de anuncios del Centro, a través de cartas personales, en la consulta...
  8. Cronograma: Hay que definir el número previsto de sesiones, la duración de cada una, el horario, lugar y lista de participantes (planificar teniendo en cuenta el horario y día que mejor se adapte a los participantes, que no coincida con otras actividades que puedan restar audiencia, tener en cuenta los periodos vacacionales, puentes, actividades escolares...)
    - Número de sesiones. Se recomienda 3 ó 4 sesiones.
    - Duración: 1 hora (45 minutos efectivos)
  - Periodicidad: quincenales o mensuales. Se establece el día concreto (1º jueves de cada mes, 1º y 3º martes...).
  - Lugar: Sala de reuniones del Centro de salud.
  - Participantes: Grupos de 8 - 10 cuidadores principales (los grupos de más de 10 personas no suelen ser operativos).
9. Evaluación: Tenemos que valorar todas las fases del proceso, para adecuar, mejorar o modificar las actividades e intervenciones educativas según las necesidades reales y evolución de los participantes. No basta con saber que se ha llevado a cabo el programa, hay que comprobar si se han alcanzado los objetivos, para lo cual puede ser útil establecer indicadores concretos:
- N° de asistentes a cada sesión del total de convocados
  - N° de participantes que conocen y saben realizar los cambios posturales de manera correcta.
  - N° de alumnos que han integrado correctamente conocimientos de como realizar la higiene, alimentación...
- Análisis de los resultados: Es importante realizar una memoria final del proyecto, incluyendo una revisión crítica de todos los apartados; plantearse si nuestra intervención ha modificado el manejo de pacientes por parte de los cuidadores y si los indicadores nos permiten valorar la consecución de los objetivos; también sería interesante reevaluar la situación a medio y largo plazo, para determinar el impacto real del programa (disminución de morbilidad, gasto sanitario, costes sociales, etc).

## Bibliografía

---

1. Antonio Arribas, C. y col. Papel de Enfermería en Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud Dirección. General de Atención Primaria. 2009.
2. Arantón Areosa L, González Díaz B, Cortizas Rey J, Rumbo Prieto JM, Vázquez Figueiras J, Conde Casal MJ. Cicatrización de lesión secundaria a amputación de dedo índice por picadura de Pez Araña. *Enf Dermatológica* 2008; 3:28-33
3. Arantón L, Capillas R, Fornés B, Palomar F, Ruiz A. Gestión de los cuidados enfermeros en úlceras y heridas. Ediciones DAE, 2009
4. Documento EPUAP. Prevención de úlceras por presión: Guía de referencia rápida. [consultado 21 febrero 2011]. Disponible en: [http://www.gneapp.es/app/adm/documentos-guias/archivos/10\\_pdf.pdf](http://www.gneapp.es/app/adm/documentos-guias/archivos/10_pdf.pdf)
5. Frías Osuna A. Salud pública y educación para la salud. 1ª ed. Barcelona: MASSON,S.A. 2000.
6. GARCIA MARTINEZ, Alfonso y col: "Educación para la Salud: Una apuesta por la calidad de vida". Ediciones ARAN, Madrid. 2000.
7. Martos Garcia, Raúl. Fundamentos de la educación para la salud y la atención primaria. Ed. Junio 2007. Editorial CEP
8. Salleras Sanmartín L. Educación Sanitaria. Ediciones Díaz de Santos SA. Madrid 1990.
9. Serrano González Mª Isabel. La Educación para la Salud del Siglo XXI: comunicación y salud 2ª edición 2002. Ediciones Díaz de Santos S.A.