

conocimiento ENFERMERO



CODEM
Colegio Oficial de
Enfermería de Madrid

Revista científica del CODEM

Volumen IV · Número 12

ISSN 2605-3152

Abril 2021



EDITA

Colegio Oficial de Enfermería
de Madrid (CODEM)

DIRECTOR

D. Antonio A. Arribas Cachá

DIRECTORA EJECUTIVA

D^a. Teresa Blasco Hernández

COORDINADORA

D^a. Miriam Hernández Mellado

EDITORES DE SECCIÓN

D^a. Miriam Hernández Mellado

D^a. Teresa Blasco Hernández

D^a. Jenifer Araque García

D^a. Elena Núñez Acosta

D^a. Anaís Núñez Mata

D^a. Ana Robles Álvarez

DOCUMENTALISTA

César Manso Perea

ASESORES CIENTÍFICOS

D^a. Sara Sánchez Castro

D^a. Ana Belén Salamanca Castro

D^a. Verónica Martín Guerrero

D^a. Leyre Rodríguez Leal

D. David Peña Otero

D^a. Andrea Hernández Solís

D^a. Elena Viñas Toledo

D. Álvaro Trampal Ramos

D^a. Sara León González

D. Ricardo Borrego de la Osa

D^a. Romy Kaori Dávalos Alvarado

D^a. Laura Carretero Cortés

D^a. Ruth Palacios Peñacoba

D^a. Irene Anula Morales

ISSN: 2605-3152



Contenido

3 EDITORIAL

Generación y utilización del conocimiento en Enfermería

5 ESTUDIOS ORIGINALES

El ciberbullying en los centros educativos: abordaje cualitativo de un problema de salud pública

Alejandro Pérez González, Ana Palmar Santos

21 ESTUDIOS ORIGINALES

El uso del cómic para mejorar conocimientos y habilidades de los padres y madres en los cuidados respiratorios del niño

Marina Peix Asensio, Montserrat Solís Muñoz, Héctor Sánchez Herrero

60 ESTUDIOS ORIGINALES

Propuesta de una consulta de enfermería de práctica avanzada (EPA) en esclerosis múltiple

Haydee Goicochea Briceño

70 ESTUDIOS ORIGINALES

El trabajo de enfermería en la provincia de Madrid durante el confinamiento por la Covid-19: contexto y experiencias

Teresa Peiró Salvador, María Vera Perea, Laura Lorente Prieto

EDITORIAL

Generación y utilización del conocimiento en Enfermería

En la actualidad existe un claro consenso en nuestra sociedad sobre la necesidad de impulsar la investigación sanitaria como motor de avance en la generación de conocimientos contrastados que permitan mejorar la eficiencia de la labor de los profesionales en la consecución de sus objetivos en salud de la población.

Investigación sanitaria → Genera conocimientos contrastados → Mejora de la salud.

Enfermería, como disciplina sanitaria científica, tiene la necesidad de utilizar siempre conocimientos contrastados en el desarrollo de su labor, y este hecho es independiente del origen o la disciplina dentro de la cual se hayan desarrollado estos conocimientos.

Esto supone que en la práctica los profesionales de enfermería deben manejar, utilizar y aplicar conocimientos contrastados, propios y de otras disciplinas sanitarias, como la medicina, la psicología, etc. Esto permitirá mejorar la efectividad y seguridad de sus intervenciones en beneficios de la salud de la población.

Enfermería → Utilización de conocimientos contrastados propios y de otras disciplinas.

Es precisamente esta utilización de conocimientos contrastados de diferentes disciplinas la que va a permitir a la Enfermería disponer de una visión global de la persona en la atención a sus necesidades de cuidados, en coordinación con otros profesionales sanitarios dentro de los equipos multidisciplinares de salud en los que desarrolla su labor de forma integrada.

Parece, por tanto, clara la necesidad del profesional de enfermería de conocer, manejar y utilizar conocimientos propios y de otras disciplinas sanitarias, lo que no quiere decir que suceda lo mismo cuando se aborda la generación de conocimientos contrastados.

Cada disciplina científica dispone de su “cuerpo propio de conocimientos”. Este cuerpo de conocimientos constituye el sustento, la esencia y la base principal sobre la que debe apoyar el ejercicio de su desarrollo profesional. Está definido como un elemento básico y esencial, imprescindible para su existencia como disciplina científica, sobre el que dispone la responsabilidad de revisar, actualizar y desarrollar sus contenidos. Cuanto mayor desarrollo disponga el cuerpo propio de conocimientos de una disciplina científica, mayor reconocimiento y valoración dispone la disciplina.

Disciplina científica → Cuerpo propio de conocimientos.

Enfermería puede y debe utilizar conocimientos de diversas disciplinas, tal y como hemos comentado anteriormente, pero debe basar su actuación en la existencia de conocimientos propios que justifican la necesidad de su actual existencia como disciplina sanitaria científica.

Esto supone que **Enfermería debe centrar su labor investigadora en la generación de conocimientos propios de su disciplina.**

Enfermería → Generación de conocimientos propios contrastados.

Esta reflexión, tan básica en principio, a veces no es tenida lo suficientemente clara en el diseño de estudios y trabajos por parte de los profesionales de enfermería, lo que puede ser la causa en algunas ocasiones

de un escaso reconocimiento e impacto de los estudios realizados, a pesar del gran esfuerzo y dedicación de sus autores.

Enfermería debe centrar sus estudios en el ámbito de los cuidados, estableciendo el foco de atención en la persona, evitando que la enfermedad se convierta en el eje de sus desarrollos:

Los diagnósticos enfermeros son respuestas individuales (o bien familiares, de grupo o comunitarias) a problemas de salud o procesos vitales. Esto significa que uno no puede estandarizar los diagnósticos enfermeros basándose en diagnósticos médicos o procedimientos (NANDA-I).

Estudios relacionados con la detección eficaz de problemas de cuidados, la utilización de indicadores diagnósticos como datos de valoración, la descripción de procesos vitales de cuidados, la efectividad de las intervenciones de enfermería, la descripción de cuadros clínicos de cuidados, la validación de diagnósticos de enfermería o la eficacia de los indicadores de seguimiento del proceso de cuidados, son algunos ejemplos de estudios en los que Enfermería debe centrar su atención y que dispondrían del correspondiente reconocimiento e impacto en la sociedad como profesionales sanitarios responsables de su desarrollo.

Antonio Arribas

El ciberbullying en los centros educativos: abordaje cualitativo de un problema de salud pública

Alejandro Pérez Gonzalez¹, Ana Palmar Santos²

¹ Enfermero Especialista en Obstetricia. Enfermero Especialista en Pediatría. Enfermero en la UCI pediátrica del Hospital Gregorio Marañón.

² Profesora contratada doctora Universidad Autónoma de Madrid. Departamento de Enfermería UAM.

Fecha de recepción: 07/11/2020. Fecha de aceptación: 04/02/2021. Fecha de publicación: 30/04/2021.

Cómo citar este artículo: Pérez González, A., Palmar Santos, A., El ciberbullying en los centros educativos: abordaje cualitativo de un problema de salud pública. *Conocimiento Enfermero* 12 (2021): 05-20.

RESUMEN

Objetivo. Explorar el fenómeno del ciberbullying a través de las percepciones de los profesionales implicados en su manejo en el entorno escolar.

Método. Estudio cualitativo observacional, desarrollado entre 2016 y 2018. Se realizaron 3 grupos de discusión, participando un total de 18 docentes, en diferentes centros educativos de la Comunidad de Madrid. Además, se entrevistó a 2 policías, de dos delegaciones de Participación Ciudadana de Madrid.

Resultados. Las categorías conformadas a partir de los discursos analizados fueron: real versus virtual, público versus privado, los drogodependientes digitales, y barreras versus aliados.

Conclusiones. Los participantes del estudio plantearon la progresiva evolución que se ha producido respecto al concepto del espacio virtual; así pues, mostraron una visión negativa de las relaciones cibernéticas entre los jóvenes. Tanto docentes como policías advirtieron de las dificultades existentes para descubrir los casos de ciberbullying. También comentaron la adicción que generan las nuevas tecnologías en la sociedad, así como la escasa presencia en las redes de parte del profesorado y su falta de formación respecto al ciberacoso. Por último, los participantes percibieron una evolución positiva en la colaboración entre agentes y docentes, y opinaron que la mejor estrategia para abordar el ciberbullying es trabajar con equipos multiprofesionales.

Palabras clave: acoso escolar; red social; salud pública; adolescente; docentes; policía.

Cyberbullying in schools: a qualitative approach to a public health issue

ABSTRACT

Objective. To explore the phenomenon of cyberbullying from the perspective of professionals within the education system.

Method. Observational qualitative study, carried out between 2016 and 2018. Three group discussions were held, involving a total of 18 faculty in different schools within the region of Madrid. Furthermore, two Madrid police officers were also interviewed.

Results. The categories analyzed based on the discussions held are as follows: Real vs. virtual, public vs. private, digital addicts and barriers vs. allies.

Conclusions. The participants of the study discussed the progressive evolution of the cyberspace; they have a negative view of the cybernetic relationships amongst young people. Both faculty and police warned of the difficulties of identifying and uncovering cases of cyberbullying. They also commented on the addiction generated by new technologies in society, as well as the limited presence of faculty in social networks and their lack of training regarding cyberbullying. Finally, the participants perceived a positive evolution in the collaboration between faculty and law enforcement officers and shared their view that the best strategy to tackle cyberbullying is to work in multidisciplinary teams.

Keywords: bullying; social networking; public health; adolescent; faculty; police.

Este artículo está disponible en: <https://www.conocimientoenfermero.es/index.php/ce/article/view/147>

1. Introducción

La rápida integración de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs) en la sociedad durante los últimos años, junto al crecimiento en el desarrollo digital, la dificultad de asimilación en las diferentes esferas de la vida, y la brecha existente en el uso entre generaciones, ha llevado inherente algunos problemas, como es el caso del ciberacoso o ciberbullying.

El ciberacoso (ciberbullying), se puede definir como una intimidación o agresión repetida, dañina e intencional a través de los dispositivos electrónicos en la que hay un desequilibrio de poder entre el agresor y la víctima [Tokunaga, 2010].

Como apuntan muchos autores, se puede ejercer de distintas maneras, como publicar una imagen (si es de tipo sexual recibe el nombre de *Sexting*), video o meme humillante, acosar a través de mensajería instantánea (Twitter o correo electrónico), realizar llamadas telefónicas abusivas o compartir datos privados o cualquier información que perjudique a otro sujeto [Arab&Díaz, 2015; Monks, Mahdavi, & Rix, 2016; Red.es y SEMA, 2015].

En todos los casos se produce un daño, entendido como el deterioro de la autoestima y dignidad de la víctima, causándole estrés emocional y rechazo social. Se trata de un comportamiento intencional, si bien, puede que la intención de causar daño no siempre se presente al inicio de la acción agresora [Grupo de trabajo de la Guía Clínica de ciberacoso para profesionales de la salud, 2015; Zych, Ortega-Ruiz, & Marín-López, 2016].

La escuela, además de la familia, es el principal núcleo de socialización del niño, que compartirá sus experiencias con otros individuos de su edad. Principalmente, en la etapa de la adolescencia, la adaptación en el grupo y la identificación con los iguales pasa a ser muy importante en la construcción de la futura identidad, que se crea a partir de la retroalimentación formada a través de las relaciones sociales [García Continente, Pérez Giménez, & Nebot Adell, 2010]. En este proceso de integración social, es normal que puedan surgir conflictos, disputas, y dificultades, pero también se dan situaciones que suponen una ruptura en la integración saludable del menor, con procesos de desestabilización, y pérdida de control como podría ser el acoso escolar (Bullying).

En general, los autores coinciden en que el bullying o acoso tradicional consiste en un abuso de poder que se da de forma repetitiva y con intención de hacer daño. En los últimos años se ha convertido en un importante motivo de alarma social, pero en sus diferentes variantes ha estado presente a lo largo de la historia [García Continente et al., 2010].

Aunque la mayoría del acoso cibernético se produce fuera de la escuela, se estima que la primera agresión se da en el aula, extendiéndose después al hogar, lo que supone una clara asociación del ciberbullying con el colegio, puesto que el acosador puede ser incluso de la misma escuela [Fundación ANAR y Fundación Mutua Madrileña, 2016; Monks et al., 2016].

Por otra parte, hay que tener en cuenta cómo ha ido cambiando el uso de Internet en los últimos años, descendiendo cada vez más la edad de acceso. Se estima que aproximadamente el 50% de los hogares españoles tiene un ordenador en la habitación del hijo/a, que no comparte con el resto de miembros familiares [Gualdo, 2015; Red.es y SEMA, 2015].

Además, el uso del móvil no ha dejado de crecer y se apunta a los 9 años como la edad en la que los menores españoles se conectan por primera vez; más del 40% de los niños españoles de 11 años tiene un teléfono móvil, elevándose la cifra a más del 75% a los 13 años, lo que justificaría el incremento anual de los casos de ciberbullying, así como el aumento de la prevalencia en edades cada vez más tempranas [Gualdo, 2015; Red.es y SEMA, 2015].

Los estudios sobre acoso escolar han utilizado distintas metodologías y las etiquetas empleadas contienen sesgos lingüísticos y culturales, lo que hace complicado comparar las investigaciones. Así pues, diversos estudios reflejan unos porcentajes de bullying que van desde el 10% hasta el 60% [Calmaestra Villén, 2011; Garaigordobil, M; Oñederra, 2008; V. González Calatayud, 2016]. En España el acoso escolar se viene estudiando desde 1989; los resultados también han sido muy variables, informándose de tasas de prevalencia desde el 6,5% al 27% [Calmaestra Villén, 2011; Garaigordobil, 2011; V. González Calatayud, 2016; Zych et al., 2016].

El ciberbullying como tal, se ha comenzado a estudiar más recientemente, y como en el caso del bullying, los porcentajes de prevalencia son muy heterogéneos.

La mayoría de investigaciones de acoso cibernético se han llevado a cabo con adolescentes de educación secundaria obligatoria (12-16 años), estimándose que entre un 20-40% de alumnos han tenido algún problema de este tipo. No obstante, se sabe que el ciberbullying puede presentarse desde antes, lo que hace necesario afinar en diagnósticos reales que ofrezcan cifras más aproximadas, por lo que estaríamos ante unos datos que solo pueden ir en aumento [Aboujaoude, E; Savage, MW; Starcevic, V; Salame, 2015; V. González Calatayud, 2016; Monks et al., 2016; Zych et al., 2016].

En cuanto a las consecuencias del acoso escolar y ciberbullying, existe suficiente evidencia que demuestra que sufrir acoso es un factor de riesgo para presentar problemas importantes de salud, así como peor adaptación en las relaciones sociales, y más dificultades para conseguir independencia económica [Lara-ros, Rodríguez-Jiménez, Martínez-González, & Piqueras, 2017]. El bullying se asocia con alteraciones psicológicas, trastornos en las relaciones sociales, bajo rendimiento escolar y trastornos de alimentación, entre otros [Fundación ANAR y Fundación Mutua Madrileña, 2016; Garaigordobil, 2011; Lara-ros et al., 2017; Red.es y SEMA, 2015; Tokunaga, 2010].

Por lo tanto, el ciberbullying representa un problema de reciente comienzo, pero de graves consecuencias, que lleva asociado un gran número de efectos adversos para las personas que lo sufren, llegando incluso a darse casos de depresión grave e ideación suicida, que no solo afectan a la víctima sino a todo su entorno, y que pueden ser tanto o más perjudiciales que los del acoso tradicional [Garaigordobil, 2011; Red.es y SEMA, 2015].

Como señala la literatura, el ciberacoso y el bullying son fenómenos con un gran impacto y con una elevada prevalencia (en 2015 los casos de acoso aumentaron un 75% con respecto al año anterior), así como una situación creciente de infradiagnóstico o diagnóstico tardío (se estima que aproximadamente el 40% de las víctimas de ciberbullying llevaba más de un año sufriendo acoso) [Fundación ANAR y Fundación Mutua Madrileña, 2015, 2016]. Pero los colectivos estudiados no suelen incluir a menores de 12 años, cuando es un hecho la incorporación cada vez más temprana de los niños a esta realidad, lo que les hace vulnerables para sufrir este problema.

Se sabe además, que la escuela es el foco del problema y es donde se gestan y desarrollan la mayoría de casos, pero gran parte de las investigaciones disponibles han tratado el acoso cibernético desde la perspectiva del alumno, existiendo pocos trabajos que permitan entender y abordar los conceptos, barreras y dificultades que presenta el equipo docente a la hora de afrontar el problema [V. González Calatayud, 2016].

Por otro lado, las características especiales del acoso virtual, hacen que sea un asunto de gran complejidad en su manejo, que afecta a todos los implicados: institución educativa, sanitaria, seguridad... y que obliga a la sociedad a adaptarse continuamente a los avances tecnológicos que se van produciendo. Así pues, el ciberacoso se posiciona como un emergente problema de salud pública, que precisa la intervención de más aliados, en especial del sector sanitario [David-Ferdon, C; Feldman, 2007].

2. Objetivos

Objetivo general:

- Explorar el fenómeno del ciberbullying, a través de las percepciones de los profesionales directamente implicados en su manejo en el entorno escolar.

Objetivos específicos:

- Conocer y comprender las diferentes concepciones sobre ciberacoso que manejan los profesionales desde el ámbito educativo.
- Analizar las dificultades que identifica el profesorado, así como la policía, en el abordaje del ciberacoso.
- Describir los recursos de apoyo y las distintas herramientas que utiliza el profesorado para manejar el ciberbullying.
- Describir las estrategias de colaboración entre la policía y el equipo docente en relación al ciberacoso.

3. Material y métodos

Para responder a los objetivos se planteó un estudio observacional de corte cualitativo, por considerarse el abordaje más adecuado para comprender

las representaciones, ideas, experiencias y prácticas de los actores sociales, tanto docentes como policía, en torno al fenómeno del ciberbullying.

El marco teórico más apropiado para llevar a cabo este estudio fue el interaccionismo simbólico, para poder comprender el significado que los sujetos le dieron a su proceso, partiendo de que los significados son fruto de la interacción con otras personas y no tanto de procesos personales. Las dinámicas de interacción suponen un proceso dinámico y la manera en que una persona interpreta una situación dependerá de los significados de que se disponga y de cómo se defina dicha situación [Pedraz Marcos, Zarco Colón, Ramasco Gutiérrez, & Palmar Santos, 2014; Ruiz Olabuénaga, 2012].

4. Ámbito de estudio

El estudio se realizó entre 2016 y 2018, en las delegaciones de la Unidad de Participación Ciudadana de la Policía de Madrid y en centros educativos de amplia cobertura de ciclos formativos dentro de la Comunidad de Madrid, que garantizaban el acceso a la muestra necesaria para el desarrollo del estudio.

5. Población de estudio y selección de los informantes

La investigación cualitativa requiere de una muestra pequeña que debe incorporar a participantes socialmente representativos del fenómeno. En un momento inicial se realizó una inmersión en el

campo para poder entender y plantear el muestreo de la investigación, por ello se realizaron varias entrevistas con personas clave de varios centros educativos: jefes de estudio, personal del departamento de orientación y directores del centro. De esta forma se planteó un muestreo estructural que se siguió con un muestreo por conveniencia, en el que los sujetos son seleccionados a partir de criterios de accesibilidad y factibilidad [Pedraz Marcos et al., 2014].

Se seleccionaron dos poblaciones de estudio diferentes: profesores de centros educativos de la Comunidad de Madrid, que son los que detectan y presencian los casos en las aulas, y agentes de policía de las delegaciones de participación ciudadana de Madrid, que son los encargados de hacer el seguimiento de los casos, así como de desarrollar campañas de prevención del acoso escolar en los colegios.

Con respecto a la selección del profesorado, se tuvieron en cuenta las siguientes variables sociodemográficas: sexo, edad, localización geográfica del colegio y nivel socio-económico de la zona donde se ubica el centro escolar.

También se consideraron las siguientes variables de estudio: haber tenido relación con casos de ciberbullying, tutorizar clases de diferentes cursos (desde 5º de Primaria hasta 1º de Bachillerato), la titularidad del centro (público/concertado-privado), así como la orientación confesional del colegio (religioso/laico). En cuanto a los agentes de policía, se consideraron las variables: sexo y experiencia dentro de la Unidad de Participación Ciudadana.

En la Tabla 1 se exponen los criterios de inclusión y exclusión de ambas poblaciones de estudio.

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión de ambas poblaciones de estudio.

	Personal de los centros docentes	Policía
Criterios de inclusión	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajar en un colegio perteneciente a la Comunidad de Madrid. • Tener al menos 2 años de antigüedad en el centro. • Tener contacto con alumnos de entre 9 y 15 años. • Tener una buena comprensión del español y hablarlo de forma fluida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pertenecer a alguna delegación de Participación Ciudadana de la Policía de Madrid. • Tener una buena comprensión del español y hablarlo de forma fluida • Llevar > 1 año vinculados a los centros educativos, realizando actividades asistenciales relacionadas con el acoso escolar.
Criterios de exclusión	<ul style="list-style-type: none"> • No dar su consentimiento voluntario para participar en el estudio. • Estar en situación de baja laboral en el momento del estudio. 	<ul style="list-style-type: none"> • No dar su consentimiento para participar en el estudio.

6. Recogida de datos

6.1. Grupos de discusión con los docentes de los centros educativos

Se realizaron grupos de discusión en los cuáles se planteó una dinámica libre que permitiera favorecer un discurso grupal, que diera como resultado un producto más rico que el habla individual. El investigador principal del presente estudio fue el preceptor de los grupos de discusión.

Para cumplir los criterios de homogeneidad intra grupo, donde los participantes comparten unas características y se evitan relaciones asimétricas, los participantes fueron profesores del mismo centro educativo. Para asegurar la heterogeneidad intra-grupo, evitando así un discurso redundante, garantizando el proceso discursivo, se tuvieron en cuenta la variabilidad de edad y sexo dentro del grupo, y los diferentes años de experiencia docente y cursos tutorizados. Para el seguimiento de los grupos se elaboró un guion orientado a los objetivos del estudio (Anexo 1), tal y como recomienda Ibáñez, y se aseguró una participación en cada grupo de entre 5-10 participantes. [Ibáñez,2015].

Los trabajadores de los centros escolares fueron captados a través de personas interpuestas (sujetos que tienen contacto con trabajadores del centro escolar). Primero se contactó presencialmente o vía mail con el Jefe de Estudios o Director, para recibir su autorización verbal. Después, los sujetos interesados en participar fueron informados y se les ofreció participar. Una vez captados los vo-

luntarios de los grupos, se contactó con ellos con antelación (mínimo 2 semanas), se informó de la duración del grupo, y se fijó el lugar, fecha y hora concreta, recordándose la cita el día previo al grupo para evitar pérdidas.

Por criterios de factibilidad, los grupos de discusión se organizaron en el propio colegio, en una sala habilitada por el centro escolar, y tuvieron una duración aproximada de 1 hora. Todos los grupos se desarrollaron alrededor de una mesa redonda [Ibáñez, 2015]. En base a estos criterios, se configuraron 3 grupos de discusión diferentes (Tabla 2).

6.2. Entrevistas en profundidad personal de la policía

Se entrevistó a dos policías de referencia en gestión de casos de ciberacoso en la Comunidad de Madrid, una mujer (E1) y un varón (E2), ambos con más de 7 años de experiencia, que trabajan en diferentes delegaciones de la Unidad de Participación Ciudadana de Madrid.

Para la realización de las entrevistas se siguió un guion de entrevista, elaborado previamente. Se captó a los agentes a través de una persona responsable de la Delegación Provincial de Participación Ciudadana de la Jefatura Superior de Policía de Madrid.

Las entrevistas se realizaron en los despachos privados de los agentes, en sus respectivos lugares de trabajo habituales. Las entrevistas tuvieron una duración aproximada de 1 hora. Se continuó la re-

Tabla 2. Conformación de los grupos de discusión.

Grupo de discusión 1 (GD1)	<ul style="list-style-type: none"> • Colegio concertado • Laico • Zona metropolitana (Distrito Retiro, Madrid) • 5 profesores: 3 mujeres y 2 hombres • Edades comprendidas entre 30 y 60 años
Grupo de discusión 2 (GD2)	<ul style="list-style-type: none"> • Colegio concertado • Religioso • Zona periférica (Tres Cantos) • 5 profesores: 3 mujeres y 2 hombres • Edades comprendidas entre 30 y 50 años
Grupo de discusión 3 (GD3)	<ul style="list-style-type: none"> • Colegio público • Laico • Zona metropolitana (Distrito Centro, Madrid) • 8 profesores: 5 mujeres y 3 hombres • Edades comprendidas entre 42 y 61 años

cogida de datos hasta alcanzar la saturación teórica del discurso, es decir, cuando las sucesivas indagaciones no producían una comprensión nueva del fenómeno [Ruiz Olabuénaga, 2012].

Se grabó el discurso de los grupos y de las entrevistas con grabadora manual. Además, durante las grabaciones se realizaron anotaciones en un bloc de notas.

7. Análisis de los datos

Una vez transcritas las grabaciones, para realizar el análisis del texto se siguió la estrategia propuesta por Fernando Conde. Así pues, el análisis se dividió en 3 partes. En primer lugar se llevó a cabo un análisis de las *posiciones discursivas*, teniendo en cuenta las características específicas del grupo o sujeto entrevistado, para obtener las perspectivas dominantes de los participantes, construyendo los respectivos discursos. Posteriormente, se analizaron las *configuraciones narrativas*, es decir, se seleccionaron determinadas dimensiones del texto (de forma literal), y se pusieron en relación con el contexto social y con los objetivos de la investigación. Por último, se realizó un análisis de los *espacios semánticos de los discursos*, que consiste en organizar las asociaciones que se establecen entre los elementos del diálogo. De esta forma, se pueden agrupar los hilos argumentales, y los campos de significados del discurso, para abordar el objeto de la investigación. Una vez realizado el análisis se establecieron categorías y subcategorías para desarrollar los resultados [Conde, 2015].

8. Consideraciones éticas

Se informó del estudio a todos los participantes y se obtuvo el consentimiento previo de todos los profesores y agentes de policía que colaboraron en la investigación.

Antes de comenzar los grupos de discusión y las entrevistas, se obtuvo el consentimiento por parte del CEIC (Comité Ético de Investigación Clínica) del Hospital Gregorio Marañón y se consiguió el permiso necesario para entrevistar a los agentes de policía.

A su vez, antes de los grupos y entrevistas se informó a los sujetos estudiados de que todos los da-

tos manejados en la investigación serían tratados de forma anónima y confidencial. También se les comentó que las grabaciones serían empleadas para conseguir una mejor interpretación de los datos y fueron eliminadas de manera definitiva tras su transcripción. Dichas grabaciones, sólo fueron manejadas por el equipo investigador.

Así mismo, para garantizar el anonimato, se procedió a la codificación de los discursos tanto de grupos como de entrevistas.

9. Resultados

Se realizaron 3 grupos de discusión, en 3 centros educativos diferentes de la Comunidad de Madrid. Participaron 8 docentes en un grupo y 5 profesores en cada uno de los dos grupos de discusión restantes. En total colaboraron 11 profesoras y 7 profesores. Además, se entrevistó a 2 agentes de policía, una mujer y un varón, de diferentes delegaciones de Participación Ciudadana en Madrid.

Para desarrollar los resultados, se establecieron categorías y subcategorías extraídas del análisis de los discursos. En la tabla 3 se representan dichas categorías.

9.1. Real versus virtual

Como si de dos universos paralelos se tratase, la sociedad suele hacer una distinción entre el mundo virtual y el real. Paradójicamente, el espacio ficticio y el verídico son dependientes, puesto que lo que ocurre en uno tiene consecuencias en el otro. Así

Tabla 3. Categorías y subcategorías extraídas del análisis de los discursos.

Real versus virtual	<ul style="list-style-type: none"> • Las identidades múltiples • Todo vale en la red • Los profesores "tecnofóbicos"
Público versus privado	<ul style="list-style-type: none"> • El iceberg del ciberacoso
Los drogodependientes digitales	<ul style="list-style-type: none"> • El peligro de las "niñeras digitales" • "Respirando impunidad"
Barreras versus aliados	<ul style="list-style-type: none"> • Conflicto versus delito • La brecha generacional • Represión versus confianza

pues, en el espacio digital también se pueden satisfacer necesidades del “entorno real”.

“...Y fíjate, además, la consecuencia... viene de la realidad, no del ciberespacio...quiero decir, esa falta de autoestima es por la calle, por el pasillo, en la clase, en todas partes...” (GD1).

“...Ese niño tiene 14 años, es gay, pero no lo ha dicho en casa ¿Dónde va a buscar a la otra persona?... En el mundo virtual es mucho más fácil... Aparece el otro haciéndose pasar por niño, pero es adulto y es pederasta...” (E2).

9.1.1. Las identidades múltiples

Al diferenciar el universo digital y el real, profesores y agentes enunciaron que las identidades pueden ser también distintas, aunque la persona que está detrás de la pantalla sea la misma. Por lo tanto, la forma de comportarse en uno y en otro espacio puede variar. De hecho, en los discursos se sugería que la ciberautoestima podría ser más importante para muchos adolescentes que el estatus en el universo real. Así pues, cobran relevancia nuevos aspectos como el autoconcepto cibernético y el poder de los seguidores virtuales.

“...Para ellos es súper importante cuántos seguidores tienes, cuántos están conectados a su Instagram... para ellos esas cifras son importantísimas...” (GD3).

“...De repente les escribo y ven que tienes 5 millones de seguidores y me contestaron enseñada, si tienes 100 no te llama ni el tato. Están viendo con quién te relacionas, esto quién no lo vive no lo entiende. El niño lo pillá muy bien, ese niño que tiene un móvil y tiene un poder y unas ventajas que no tienen los demás...” (E1).

9.1.2. Todo vale en la red

Otra de las diferencias destacadas entre el espacio digital y el físico, fue en relación al cumplimiento de las normas. Los grupos de maestros y agentes, remarcaron la ausencia de autoridad, de reglas, de valores éticos en las redes sociales.

Explicaron que el universo virtual puede ser una forma de desahogarse de la realidad, a modo

de territorio sin censura, de espacio anárquico sin normas sociales ni morales.

“...Parece que puedes decir cualquier cosa... a ti no se te ocurriría ir a un político y decirle cualquier cosa en la cara... y sin embargo parece que en Twitter lo puedes decir... o muérete... pues hombre, pues no se lo dirías a la cara” (GD2).

“Influye en todo esto la violencia que se consume, los juegos son violentos... los youtubers son otro ejemplo... metían pasta de dientes en las galletas oreo a los mendigos y se las daban y lo grababan... los niños ya lo habían visto” (E1).

9.1.3. Los profesores “tecnofóbicos”

El avance digital, ha dado paso a un cambio acelerado en la forma de relacionarse. Los participantes del estudio mostraron una visión melancólica de las nuevas relaciones entre jóvenes, al considerarlas artificiales, y asociarlas a una pérdida de educación y valores, comparadas con las relaciones tradicionales, en las que los interlocutores se pueden tocar, ver y oír.

“...De repente nos llevamos las manos a la cabeza porque aquí hay un insulto... pero no hay un buen uso de mirar a la cara al otro.... hay un problema de educación en nuestra sociedad tremendo” (GD1).

Por otro lado, los docentes del colegio público, apuntaron que las TICs y las redes sociales, propician que los alumnos gasten mucho tiempo conectados a Internet, en detrimento de otras actividades importantes como dormir o estudiar.

“...Pierden muchísimo tiempo distraídos, pierden horas de descanso, de estudio... Se conectan a escondidas por la noche... Yo les he dicho a muchos padres que les quiten el móvil por la noche después de cenar...” (GD3).

9.2. Público versus privado

El desarrollo de las TICs ha supuesto un cambio en la gestión del espacio, y se dispone de todas las herramientas y facilidades para exponer el terre-

no personal que se desee ala mirada de una colectividad conocida o no. Así pues, parece que el concepto de intimidad se ha difuminado, debido a la pérdida de privacidad de la población. Paradójicamente, para muchos profesores, la solución del ciberacoso pasa por que las familias violen la intimidad cibernética de sus hijos, para de esa forma prevenir o detectar situaciones de riesgo.

En definitiva, los jóvenes pierden su intimidad de cualquier forma, pero se considera que es mejor que compartan su información con la familia que con desconocidos.

“...Que los padres no los revisan y nos dicen: No, es que mi hijo no me deja acceder a su cuenta.... Pero a ver ¿Nos hemos vuelto locos?... Creo que los padres tienen y deben tener acceso a esa información.... y aun así se nos escaparía algo...” (GD2).

A su vez, también consideran que la inmediatez cibernética, a priori una gran ventaja, puede asociar una falta de reflexión en los actos, al no considerar que la transformación de lo privado en público es irreversible, lo que amenaza la seguridad de los alumnos.

“...Ese niño al mandarlo no piensa que el mundo entero lo puede ver, para él está en la intimidad de su habitación y se lo manda al amor de su vida y eso o se gestiona bien o estamos donde estamos” (E2).

9.2.1. El iceberg del ciberacoso

Como si se tratase de un fragmento de hielo flotando en el mar, los profesores y policía, insistieron en el problema de la visibilización del ciberacoso. Ambos colectivos, subrayaron la cantidad de casos ocultos, “la cifra negra”, que nunca salen a la luz. Expusieron las dificultades que tienen para detectar el problema, así como los obstáculos existentes para que víctima o testigos den la voz de alarma, haciendo pública la situación de acoso.

“...Yo creo que al final nosotros tenemos la información súperlimitada, porque no nos llega... y además es que las redes sociales son incontrolables... y de esa información podemos acceder ¿al 5%?” (GD2).

Entre las razones predominantes para mantener oculto el problema, recalcaron el miedo de la víctima y del grupo de espectadores hacia el acosador y la falta de comunicación entre los jóvenes con su entorno familiar.

Además, profesores y agentes señalaron el componente de gregarismo que presentan los jóvenes, que en general, excluyen del grupo a los que se comportan diferente, y poseen una visión negativa del hecho de alertar a un adulto, al considerar al sujeto que notifica como un chivato.

“Un ejemplo del colegio de la semana pasada...han robado 50 euros.... ya, y ¿Quién? 30 de esta clase no saben nada, 60 no saben nada... Fíjate hasta dónde puede llegar todo esto, que al final, la clase de los que han sido teóricamente, han hecho una foto de un billete de 50 euros y lo han puesto como foto de grupo... ósea hay una burla de todos, aunque el ladrón haya sido uno...” (GD1).

Por otro lado, los docentes apuntaron que a veces las víctimas no exponen su situación por vergüenza o miedo a represalias.

“...Claro, pero a la familia... a ver cómo le dices a tu padre que has mandado fotos desnudo o desnuda a otro... es que eso no se lo vas a decir...” (GD2).

Por último, al enfocar al perfil del centro educativo, los agentes de policía mencionaron el posible interés de algunas escuelas privadas o concertadas, en ocultar situaciones de acoso.

No obstante, uno de los agentes percibía más situaciones de ciberbullying en los colegios concertados. Sí bien, todos los grupos de profesores que participaron reconocieron haber tenido casos de ciberacoso en sus respectivos centros.

“...Los privados y concertados (colegios), según mi experiencia, siguen ocultando porque es un negocio... Ahora se han dado cuenta de que el problema es social y se relajan, siguen sin querer denunciar por imagen, pero ahora ya sí que sale en prensa...” (E1)

A su vez, ambos policías, opinaron que se producen más problemas de ciberacoso en los centros

cuyos alumnos y familias presentan una buena posición socio-económica.

9.3. Los drogodependientes digitales

El mecanismo por el que se usan cada vez más las redes sociales se asemeja al de las drogas: El estímulo y la recompensa que producen es tan intensa que seducen e impulsan para volver a consumirlas. De esta forma, la sociedad se ha hecho cada vez más dependiente de las nuevas tecnologías.

“Yo misma he vuelto a mi casa por el móvil, y llegado tarde al trabajo por esto. Yo salgo de casa sin teléfono y me vuelvo loca porque mi vida está ahí, tengo la agenda, las alertas, los documentos, el número de cuenta, lo tengo todo...” (E1).

“...He tenido alumnos que estaban en tratamiento de salud mental porque se había convertido en una adicción, pero con “mono”, ósea reacciones violentas cuando los padres les quitaban el móvil y el acceso a las redes sociales...” (GD3).

Asimismo, policía y profesores, subrayaron el mal ejemplo social que se hace del uso de las TICs.

“...Entramos constantemente en esa contradicción, de regañar a nuestros hijos por llevar el móvil a la mesa para comer... y otro día nosotros nos ponemos en la mesa con el móvil con toda la jeta...” (GD1).

9.3.1. El peligro de “las niñeras digitales”

Las TICs ofrecen una sensación de falsa seguridad que puede hacer que las familias las empleen de forma incontrolada e irresponsable, ya sea para mantener entretenidos a los adolescentes o para satisfacerlos y contentarlos.

Así, el discurso de policías y docentes, puso de manifiesto la inconsciencia general de la sociedad acerca de los riesgos de Internet.

“...Entonces les das una tablet y no importa mucho porque como está sentado en el sofá pues no es peligroso, ¿no?... pero nadie le dejaría a su hijo de 9 años que se fuese a un parque y se pu-

siera a hablar con un señor de sus intimidades... sin embargo lo está haciendo en la red y parece que es seguro porque está en el salón de su casa...” (GD2).

Entre los conceptos que se manejaron en relación al acoso cibernético, uno de ellos fue el perfil de la víctima. En el discurso de los docentes y de la policía, destaca la presencia del perfil de víctima-acosador, sujeto que fue víctima en un contexto pasado, que puede cambiar de rol ante una situación diferente.

“...Alumnos acosados en un centro, los trasladan aquí, y aquí se convierten en acosadores” (GD3).

“...De todos los niños que sufren ciberbullying, hay un tanto por ciento elevado que después son acosadores: ahora voy a devolver a la sociedad lo que he sufrido” (E1).

Los agentes y los docentes destacaron como principal factor de riesgo, las características distintivas de las víctimas, es decir, rasgos por los que llaman la atención y se diferencian del resto. Otros factores de riesgo para ser víctima, señalados por los profesores, fueron el aislamiento social, la baja autoestima y el bajo control parental.

“Es que cuando tienes respaldo no estás ciberacosado, estás ciberinsultado... yo creo que el acoso se produce cuando estás muy sólo” (GD1)

En cuanto a las variables de género de la víctima, los agentes de policía perciben una mayor implicación de las chicas en el ciberacoso, tanto en el rol de víctimas como de acosadoras. Los profesores únicamente señalaron que las chicas se ven más afectadas por el *Sexting*.

Por otro lado, todos los participantes advirtieron del peligro de la inmadurez de los adolescentes cuando comienzan a utilizar las TICs, así como de la falta de recursos para solucionar un problema de ciberbullying.

“Les estamos dando el coche sin el carnet de conducir, y es un problema muy grave” (E1).

Por último, volviendo al poder adictivo de las redes, los docentes destacaron el comportamiento

masoquista de algunas víctimas, al decidir no bloquear a su agresor, no escapando de la amenaza.

“No todo el mundo bloquea... y a mí me llama mucho la atención... no bloqueo, no paso del individuo, sigo contestando, sigo leyendo... ¡Eres víctima! Y tú dices... pero ¿por qué no te vas?” (GD1).

9.3.2. “Respirando impunidad”

Cuando alguien incumple la ley, suelen levantarse voces en busca de soluciones y de causas. Una de las razones que tratan de explicar la conducta infractora es la ausencia de consecuencias para el delincuente o el leve castigo que se le impone. Del mismo modo, profesores y docentes subrayaron la sensación de impunidad que muchas veces tienen los acosadores, en parte debido al relativo anonimato que posibilita Internet.

“Llevamos tratando lo del maltrato de las mujeres... siempre haciendo hincapié en las mujeres... ¿Y los abusadores? No trabajamos con los abusadores... y eso pasa un poco también en el ciberacoso... ¿Por qué hay abusadores?... Porque respiran cierta impunidad” (GD1).

Además, los agentes coincidieron en que la percepción de lejanía que originan las TICs minimiza la empatía en los agresores, que no son conscientes del daño que provocan, lo que facilita que el acoso se repita.

“...Porque ese anonimato... o sensación de anonimato que nos da... digamos que muchas veces facilita el producir el hecho, y facilita de otro modo, porque no vemos el daño que hacemos...” (E2).

Por otro lado, profesores y policía, afirmaron que muchas víctimas terminan cambiando de centro, lo que significa que muchos acosadores han quedado impunes.

“...Luego te dice, no es que en mi anterior colegio me acosaron... eso nos ha pasado bastantes veces, que es muy triste, lo ha solucionado yéndose del centro.... qué una víctima tenga que aban-

donar el centro y los acosadores se queden allí... a mí eso me chirría....” (E2).

9.4. Barreras y aliados

En esta última categoría se abordan las dificultades identificadas para el manejo del ciberbullying, así como los apoyos y herramientas que ayudan a combatirlo.

9.4.1. Conflicto versus delito

Se mantiene el planteamiento tradicional de que una agresión física es vista como una agresión más grave que un insulto o una vejación. Así, este pensamiento puede hacer que las familias pierdan el interés por algo que consideran menos importante que otros problemas. Por otra parte, los agentes y profesores también comentaron las dificultades que se presentan para diferenciar entre conflicto y delito.

“... Yo creo que muchos padres tienen desconocimiento del peligro potencial de las redes sociales y de sus consecuencias...” (GD3).

9.4.2. La brecha generacional

Por otra parte, la introducción de Internet en la sociedad se ha hecho a diferentes velocidades. La incorporación de las nuevas tecnologías a la vida cotidiana depende, entre otros factores, de la reticencia al aprendizaje digital. Así, ambos policías subrayaron la ausencia de las redes de parte del profesorado, lo que supone un obstáculo para solventar el ciberacoso.

En cuanto a la educación de los docentes en relación al ciberbullying, en general, el profesorado reconoció tener una formación directa escasa, coincidiendo con la opinión de los agentes.

“La ignorancia del colectivo se ve... los profesores cuando les explicamos que pueden ir detenidos por cómplices o encubridores cambian el chip...” (E1).

“Sí, para los chicos, por parte de la policía sobre todo... pero como profe así directa formación, no” (GD2).

9.4.3. Represión versus confianza

Al plantear el tema del abordaje del ciberbullying. Tanto docentes como policías comentaron la evolución positiva en la colaboración entre policía y profesorado.

En todos los grupos de discusión reconocieron que en sus colegios acuden agentes periódicamente para impartir charlas preventivas.

“Hace años era poca (relación con profesores), ahora en 4 años nos hemos convertido en un referente, te llaman, muchos colegios tienen contactos con nuestro correo, hay trato directo...” (E1).

Al profundizar sobre el contacto con los agentes, los diferentes grupos de discusión reconocieron la labor preventiva e informativa de los agentes.

No obstante, los docentes del colegio concertado laico reconocieron contactar con la policía como último paso al manejar los casos de acoso; además, apuntaron que la crisis de autoridad por la que pasan muchos adolescentes, también involucra a la policía, refiriéndose a la visión represora que pueden tener los jóvenes de los agentes.

“...La crisis de autoridad también les llega a ellos... Nos está pasando en nuestro colegio mucho... cuando los chavales fuman porros en la calle, y la policía los pillan, a la gente hace unos años le temblaban las canillas... Ahora no nos tiembla nada... ¿Y qué multa dice este señor que hay que pagar?... Pues tómala y no pasa nada!” (GD1).

En definitiva, tanto agentes como docentes, señalaron que trabajar coordinados en forma de equipo multiprofesional, involucrando a los diferentes colectivos, (mencionaron a padres, profesores, policía, psicólogos y pediatras), mejora el manejo del acoso cibernético.

“...El hecho de que ellos tengan varias interpretaciones de esta historia... La combinación es lo que realmente resulta útil dentro de algo que personalmente creo que es muy difícil trabajar...” (GD2).

“...Si hacemos equipos multidisciplinares esto se frena... como la droga en los 80...” (E1).

10. Discusión

Al analizar el discurso de los participantes en el estudio, se evidencia la percepción de Internet, del ciberespacio, como un entorno imaginario, ficticio, en el que las identidades pueden multiplicarse. No obstante, esta visión no es compartida por algunos autores que han teorizado sobre este tema, como Castells, que considera que Internet es una extensión de la vida real, al opinar que los acontecimientos en la vida real son precisamente los que determinan las interacciones on-line. Incluso los que afirman tener vidas paralelas virtuales, se ven influidos por sus necesidades y sentimientos reales, lo que estaría más en conexión con la percepción que tienen los jóvenes de su presencia en la red [Castells, 2001].

Otros autores, al igual que los profesores, afirman que las identidades reales muestran sus copias en el mundo virtual, debido a las ventajas de manejo que ofrece el doble digital frente al original. Sin embargo, los mismos autores opinan que el sentido de universo real como polo opuesto al virtual va a ir perdiendo su significado a medida que ambos conceptos se vayan entremezclando [Navarro & Ariño, 2015].

Así pues, los grupos de docentes de la investigación, destacaron que el desarrollo de las nuevas tecnologías ha permitido dividir la identidad en varias diferentes: real y digital. Autores como Gergen, también coinciden, al señalar que las TICs han facilitado la creación de un nuevo tipo de identidad, diferente a su visión tradicional, estable en espacio y tiempo. Otros expertos lo apoyan, y reconocen la evolución en el concepto de identidad, explicando que la percepción de identidad depende más del contexto social que de la esencia individual de las personas [Gergen, 2006; Pujal i Llombart, 2004].

Por otra parte, los profesores de la presente investigación presentaban una percepción negativa de las relaciones cibernéticas al asociarlas con aislamiento y distanciamiento de lo real. En esta línea, algunas publicaciones reflejan como parte de los adolescentes se encuentran más cómodos relacionándose a través de Internet. Así, un trabajo reciente, expone que cerca del 40% de los menores consideran más fácil ser ellos mismos en Internet que en persona, y un 37% cree que es más sencillo hablar con la gente a través de Internet que cara a cara [Red.es y SEMA, 2015].

Otros autores sugieren que las relaciones online, en general, no influyen significativamente en la configuración de la vida cotidiana, sino que más bien complementan a las interacciones previamente existentes [Castells, 2001]. Diversas investigaciones profundizan más y destacan efectos positivos y negativos del uso de las redes sociales. Entre sus beneficios se encuentran el manejo del dolor, el aumento de la capacidad de aprendizaje perceptual o la mejora en la toma de decisiones rápidas [Arab & Díaz, 2015; García Continente et al., 2010].

Sin embargo, se ha demostrado que la exposición a violencia en las TICs aumenta las interacciones agresivas en los jóvenes. Además, como apuntaron los profesores, se ha demostrado que con el uso de las nuevas tecnologías se están perdiendo capacidades inherentes a la comunicación humana, como la lectura facial o las habilidades sociales directas. Por lo tanto, con estas tendencias virtuales, puede haber un distanciamiento afectivo, lo que conlleva una dificultad en el desarrollo de la empatía, factor reconocido por los agentes de policía como un predisponente para el maltrato [Arab & Díaz, 2015].

Como ha quedado demostrado, el bullying es un fenómeno universal, es decir, se produce en todos los países, en todos los centros escolares, y afecta a todas las clases sociales [García Continente et al., 2010].

Estos datos concuerdan con la información compartida por los equipos docentes, ya que en todos los grupos de profesores se reconocieron situaciones de acoso y ciberbullying. Los policías, por su parte, también refirieron la presencia general de casos en las aulas.

Los participantes del estudio subrayaron la falta de visibilización del ciberacoso como uno de los principales problemas. Además, el profesorado planteó que hay un mayor número de ciberacosadores que de acosadores tradicionales, pese a que varios estudios comparativos muestran que las tasas de acoso tradicional son más altas que las de ciberbullying [Calmaestra Villén, 2011; García-García, Ortega, De la Fuente, Zaldívar, & Gil-Fenoy, 2017].

Por otro lado, los agentes consideraban al ciberbullying como una extensión del acoso tradicional, lo que concuerda con la literatura [Antoniadou, Kokkinos, & Markos, 2016; Arab & Díaz, 2015; Monks et al., 2016].

Para intentar explicar las razones por las que el acosador ejerce ciberbullying, los participantes del estudio destacaron la sensación de impunidad del agresor, debida en parte al anonimato que aportan las TICs. Estos datos son apoyados por otras publicaciones, puesto que el anonimato, la creencia de falta de consecuencias para el agresor y la facilidad de ejercer la intimidación se han considerado como factores causales del ciberbullying [Monks et al., 2016]. La falta de empatía y haber tenido modelos de autoridad desequilibrados, autoritarios, o permisivos, son algunos determinantes asociados al perfil del agresor [Calmaestra Villén, 2011; V. González Calatayud, 2016; Lara-ros et al., 2017; Zych et al., 2016].

En cuanto a los factores de riesgo de la víctima, los docentes y los policías dieron mucha importancia a las diferencias significativas de la víctima respecto al resto. También señalaron otros determinantes como el aislamiento social, la baja autoestima, los antecedentes de acoso y el bajo control parental. Estos datos son corroborados por distintas publicaciones [Fundación ANAR; Fundación Mutua Madrileña, 2015; V. González Calatayud, 2016; Grupo de trabajo de la Guía Clínica de ciberacoso para profesionales de la salud, 2015; Gualdo, 2015].

Por otra parte, los policías y los profesores mencionaron que algunos jóvenes presentaban el perfil de víctima acosador, sujeto que adopta un rol distinto ante situaciones diferentes.

Estas apreciaciones también son defendidas por algunas investigaciones, que reflejan que un porcentaje de los acosadores fue víctima en el pasado [Baldry, Farrington, & Sorrentino, 2016].

Respecto a la variable de género, los policías afirmaron observar un mayor número de acosadoras y de víctimas chicas. Los maestros y maestras únicamente apreciaron que el *Sexting* afectaba más a las mujeres.

Los estudios son contradictorios, aunque diversos trabajos concuerdan con los agentes y señalan una mayoría de víctimas chicas en el ciberbullying [Calmaestra Villén, 2011; Fundación ANAR y Fundación Mutua Madrileña, 2015; V. González Calatayud, 2016; Lara-ros et al., 2017].

Al dirigir la atención a las familias de los jóvenes, tanto policías como profesores destacaron la falta general de interés de las familias hacia el ciberbullying, así como el mal uso que se hace de las re-

des en la sociedad. Estas opiniones son respaldadas por otros trabajos, como el de Sureda (2010), que observó que la principal intervención de los padres para proteger a sus hijos de los peligros de Internet era restringir el tiempo de conexión, sin prestar atención a las actividades que el menor desarrollaba en la red [Sureda-Negre, Comas-Forgas, & Morrey-López, 2010].

En relación a la formación de los docentes, los propios profesores y los agentes apuntaron que la formación del colectivo es escasa. Además, los policías destacaron la ausencia de las redes por una parte del profesorado. Esto es apoyado por diversos estudios que sugieren que los jóvenes no comparten el problema del ciberbullying con los docentes, debido a que el profesorado no tiene el conocimiento suficiente para tratar el problema, y los jóvenes así lo perciben [Agatston, Kowalski, & Limber, 2007; V. González Calatayud et al., 2016; V. González Calatayud, 2016; Tokunaga, 2010].

Una de las diferencias entre los grupos de discusión fue la percepción del papel de la policía: el centro concertado laico recurría a la policía más tarde, ante un caso de acoso, y opinaba que los agentes inspiraban cierta desobediencia en los alumnos, mientras que los otros grupos percibían que los miembros de policía alcanzaban un alto grado de confianza con los jóvenes. Puede que estas diferencias sean debidas al perfil del centro, o dependan de la zona geográfica.

No obstante, tanto los grupos de discusión como los agentes de participación ciudadana dieron mucha importancia al trabajo coordinado de los equipos multiprofesionales, representados por los diferentes colectivos de educación, sanidad, servicios sociales y seguridad. Como avala la literatura, esto está relacionado con el hecho de que debido a los problemas que genera, y a la evolución que ha tenido en los últimos años, el ciberbullying se ha convertido en un problema de salud pública [Aboujaoude, E; Savage, MW; Starcevic, V; Salame, 2015; Ferrara, P; Ianniello, F; Villani, A; Cor-sello, 2018].

11. Conclusiones

Entre los conceptos manejados en relación al ciberbullying, los participantes del estudio apreciaron que las TICs habían permitido crear dos entornos

bien diferenciados: el espacio real y el virtual, destacando la ausencia general de valores morales en el universo digital. Así pues, los docentes planteaban que el ciberespacio permite adoptar múltiples identidades, y subrayaron la importancia que está cobrando la autoestima digital, que en muchos casos se percibe como más importante que la autoestima en el espacio físico. Además, los grupos de profesores presentaban una visión negativa de las nuevas relaciones, propiciadas por las redes sociales, al asociarlas a una mayor exclusión social.

En cuanto a los factores de riesgo de las víctimas, los participantes de la investigación destacaron las diferencias sustanciales de la víctima en relación al resto del grupo de alumnos; además, señalaron otros factores de riesgo como el aislamiento, la baja autoestima, y el bajo control parental. Así pues, también dieron importancia al perfil de víctima-acosador.

Respecto a las dificultades percibidas en el manejo del ciberbullying, los profesores y los agentes, recalcaron la falta de visibilización del ciberacoso como uno de los principales problemas. También comentaron la dependencia que han generado las TICs en la sociedad, así como la inmadurez que presentan muchos adolescentes al empezar a acceder a las redes sociales. Otro de los obstáculos que expusieron, es la escasa presencia de parte del profesorado en las redes, así como su formación directa escasa en relación al ciberbullying.

Por otro lado, tanto el profesorado como los policías, identificaron diversos factores que favorecen el acoso cibernético, como la falsa sensación de seguridad que proporcionan las nuevas tecnologías, la falta de empatía en la red, así como la impunidad que perciben los agresores.

Tanto los agentes como los docentes destacaron la evolución positiva en las relaciones entre los centros educativos y los policías, señalando una mayor concienciación del problema, así como un progresivo aumento de la colaboración. En este sentido, ambos colectivos subrayaron la importancia de crear equipos multiprofesionales para abordar de forma efectiva el acoso cibernético.

Es importante destacar, a la luz de los resultados, la asociación existente entre educación y salud. Algunos estudios exponen que los niños sanos muestran mejores resultados en la escuela, lo que se relaciona con una mejoría de salud en edades más avanzadas. Este es el fundamento en el que

se basan las Escuelas Promotoras de Salud (EPS) de la Organización Mundial de la Salud, cuyo objetivo principal es apoyar el desarrollo y mantenimiento de la promoción de la salud en la escuela. Así pues, diversas intervenciones que han utilizado el enfoque de las EPS han podido reducir el consumo de cigarrillos en los jóvenes, aumentar su actividad física, mejorar el consumo de frutas, y reducir los informes de conductas intimidatorias, entre otros resultados beneficiosos [Langford et al., 2014; Ministerio de Educación y Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009].

No obstante, la mayoría de campañas sanitarias de prevención y promoción de salud durante la adolescencia, apuntan hacia aspectos como la prevención de los hábitos tóxicos (tabaco, alcohol...), educación en prácticas sexuales seguras, y promoción del ejercicio físico, entre otros, sin prestar demasiada atención al acoso a través de las redes [Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, 2009; Gerencia Asistencial de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid, 2017].

En definitiva, el colectivo de enfermería puede ser de gran ayuda para la prevención y el abordaje del fenómeno, accediendo a los adolescentes desde diferentes entornos, como los centros de salud, o el propio espacio escolar. Además, los profesionales de enfermería, como agentes de salud, se mantienen alejados de la figura de autoridad que pueden asociar los jóvenes a los profesores o a los padres.

12. Limitaciones del estudio

La limitación mayor ha sido la escasa literatura relacionada con el trabajo en centros educativos con nuestra población de estudio, lo que no permitía tener referencias iniciales respecto al abordaje y muestreo. Para subsanar esta limitación inicial,

se prolongó el tiempo de acceso al campo y se realizaron varias entrevistas a personas clave que permitieron conocer mejor el entorno y así elaborar el diseño más adecuado.

Otra limitación ha estado en la captación y realización de los grupos. Por criterios de factibilidad y accesibilidad no se han respondido a todos los perfiles de centros docentes planteados en un inicio, pero la saturación del discurso en relación a nuestros objetivos de estudio, ha permitido cerrar la recogida de datos con resultados finales y estimar adecuada la muestra final obtenida.

13. Futuras líneas de trabajo e investigación

A partir de este trabajo se visibiliza la necesidad de establecer programas de formación y coordinación intersectorial (salud, seguridad y educación) que permitan gestionar un abordaje eficaz de los casos de ciberbullying.

Resulta especialmente relevante, desde el colectivo de enfermería, la incorporación generalizada en grupos profesionales que implique la introducción de herramientas de prevención y promoción de la salud en las escuelas y en la red. La educación para la salud sería una de las aportaciones estratégicas donde la enfermería es líder.

Así mismo, se deben seguir investigando aspectos de género en relación con este fenómeno, puesto que la bibliografía es contradictoria al respecto. Además, es preciso evaluar las intervenciones que se vayan implementando, para crear evidencia sobre aquellas estrategias que resultan más eficaces en el manejo del ciberacoso.

Por último, sería interesante realizar más investigaciones acotando la edad de los profesores a menos de 30 años, para comprobar si la brecha generacional en relación al uso de la tecnología modifica el discurso.

BIBLIOGRAFÍA

- Aboujaoude, E; Savage, MW; Starcevic, V; Salame, W. (2015). Cyberbullying: Review of an Old Problem Gone Viral. *Journal of Adolescent Health*, 57(1), 10-18.
- Agatston, P. W., Kowalski, R., & Limber, S. (2007). Students' Perspectives on Cyber Bullying. *Journal of Adolescent Health*, 41(6 SUPPL.), 59-60.
- Antoniadou, N., Kokkinos, C. M., & Markos, A. (2016). Possible common correlates between bullying and cyber-bullying among adolescents. *Psicología Educativa*, 22(1), 27-38.

- Arab, L. E., & Díaz, G. A. (2015). Impacto de las redes sociales e internet en la adolescencia: aspectos positivos y negativos. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 26(1), 7-13.
- Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. (2009). *Programa de Salud Infantil (PSI)* (1st ed.).
- Baldry, A. C., Farrington, D. P., & Sorrentino, A. (2016). Cyberbullying in youth: A pattern of disruptive behaviour. *Psicología Educativa*, 22(1), 19-26.
- Calmaestra Villén, J. (2011). *Cyberbullying: prevalencia y características de un nuevo tipo de bullying indirecto*. Universidad de Córdoba.
- Castells, M. (2001). *La galaxia Internet*. Barcelona: Areté.
- Conde, F. (2015). Introducción al análisis sociológico del sistema de discursos. In M. García Fernando, M; Alvira, F; Alonso, LE; Escobar (Ed.), *El análisis de la realidad social* (4th ed., pp. 641-663). Madrid: Alianza Editorial.
- David-Ferdon, C; Feldman, M. (2007). Electronic Media, Violence, and Adolescents: An Emerging Public Health Problem. *Journal of Adolescent Health*, 41, S1-S5.
- Ferrara, P; Ianniello, F; Villani, A; Corsello, G. (2018). Cyberbullying a modern form of bullying: let's talk about this health and social problem. *Italian Journal of Pediatrics*, 44(14).
- Fundación ANAR y Fundación Mutua Madrileña. (2015). *I Estudio sobre ciberbullying según los afectados*.
- Fundación ANAR y Fundación Mutua Madrileña. (2016). *Acoso escolar: I Estudio sobre el "bullying" según los afectados y líneas de actuación*. Madrid.
- Garaigordobil, M; Oñederra, J. (2008). Estudios epidemiológicos sobre la incidencia del acoso escolar e implicaciones educativas. *Informació Psicológica*, 94, 14-35.
- Garaigordobil, M. (2011). Prevalencia y consecuencias del cyberbullying: una revisión. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 22(1), 233-254.
- García-García, J., Ortega, E., De la Fuente, L., Zaldívar, F., & Gil-Fenoy, M. J. (2017). Systematic Review of the Prevalence of School Violence in Spain. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 237, 125-129.
- García Continente, X., Pérez Giménez, A., & Nebot Adell, M. (2010). Factores relacionados con el acoso escolar (bullying) en los adolescentes de Barcelona. *Gaceta Sanitaria*, 24(2), 103-108.
- Gerencia Asistencial de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid. (2017). *Atención a la salud infantil en los centros de atención primaria de la Comunidad de Madrid. Actualización 2017*. Madrid.
- Gergen, K. (2006). *El yo saturado. Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*. (Paidós Ibérica, Ed.) (1a). Barcelona.
- González Calatayud, V. (2016). *Prevalencia del ciberacoso en las aulas de Educación Secundaria Obligatoria y la percepción del profesorado*. Universidad de Murcia.
- González Calatayud, V., Prendes Espinosa, M., & López Pina, J. (2016). La percepción sobre el ciberacoso del profesorado de secundaria de la Región de Murcia. *Innoeduca. International Journal of Technology and Educational Innovation*, 2(1), 84-89.
- Gualdo, A. M. G. (2015). Estrategias de afrontamiento ante el cyberbullying . Una mirada cualitativa desde la perspectiva de las escolares Strategies to cope with cyberbullying . A qualitative approach from students' perception, *m*, 49-65.
- Ibáñez, J. (2015). Cómo se realiza una investigación mediante grupos de discusión. In M. García Fernando, M; Alvira, F; Alonso, LE; Escobar (Ed.), *El análisis de la realidad social* (4th ed., pp. 418-434). Madrid: Alianza Editorial.
- Langford, R., Bonell, C. P., Jones, H. E., Poulidou, T., Murphy, S. M., Waters, E., ... Campbell, R. (2014). The WHO Health Promoting School framework for improving the health and well-being of students and their academic achievement. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Lara-ros, M. R., Rodríguez-Jiménez, T., Martínez-González, A. E., & Piqueras, J. A. (2017). Relación entre el bullying y el estado emocional y social en niños de educación primaria, 4, 59-64.
- Ministerio de Educación y Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). *Ganar salud en la escuela. Guía para conseguirlo*.

- Monks, C. P., Mahdavi, J., & Rix, K. (2016). The emergence of cyberbullying in childhood: Parent and teacher perspectives. *Psicología Educativa*, 22(1), 39-48.
- Navarro, P., & Ariño, A. (2015). La investigación social ante su segunda revolución digital. In M. García Fernando, M; Alvira, F; Alonso, LE; Escobar (Ed.), *El análisis de la realidad social* (4th ed., pp. 110-141). Madrid: Alianza Editorial.
- Pedraz Marcos, A., Zarco Colón, J., Ramasco Gutiérrez, M., & Palmar Santos, A. (2014). *Investigación cualitativa*. (C. C. de S. Avanzados, Ed.). Barcelona: Elsevier España, S.L.
- Pujal i Llombart, M. (2004). La identidad (el self). In T. Ibáñez García (Ed.), *Introducción a la psicología social*. Barcelona: UOC.
- Red.es y SEMA. (2015). *Guía sobre el ciberacoso para profesionales de la salud*. Madrid.
- Ruiz Olabuénaga, J. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa* (5a). Bilbao: Universidad de Deusto.
- Sureda-Negre, J., Comas-Forgas, R., & Morey-López, M. (2010). Menores y acceso a Internet en el hogar: Las normas familiares. *Comunicar*, 17(34), 135-143.
- Tokunaga, R. (2010). Following you home from school: A critical review and synthesis of research on cyberbullying victimization. *Computers in Human Behavior*, 26(3), 277-287.
- Zych, I., Ortega-Ruiz, R., & Marín-López, I. (2016). Cyberbullying: a systematic review of research, its prevalence and assessment issues in Spanish studies. *Psicología Educativa*, 22(1), 5-18.

El uso del cómic para mejorar conocimientos y habilidades de los padres y madres en los cuidados respiratorios del niño

Marina Peix Asensio¹, Montserrat Solís Muñoz², Héctor Sánchez Herrero³

¹ Enfermera Especialista en Pediatría. UCI Pediátrica del Hospital de Cruces (Bilbao).

² Responsable de Investigación en Cuidados, Área de Enfermería. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda (Madrid).

³ Ayudante de Investigación, Unidad de Investigación en Cuidados. Instituto de Investigación Sanitaria Puerta de Hierro-Segovia de Arana (Madrid).

IV Premios de Investigación CODEM 2020. Tercer Premio.

Cómo citar este artículo: Peix Asensio, M. y otros, El uso del cómic para mejorar conocimientos y habilidades de los padres y madres en los cuidados respiratorios del niño. *Conocimiento Enfermero* 12 (2021): 21-59.

RESUMEN

Objetivo. Valorar la mejora de conocimientos y habilidades de progenitores en el cuidado del niño/a con sintomatología respiratoria leve después de la lectura de un cómic de salud, así como su utilidad y satisfacción.

Método. Estudio cuasi experimental pre/post en progenitores de niños/niñas menores de 12 años, que acudieron a Urgencias por patología respiratoria leve. Se diseñó un cuestionario con variables descriptivas de niños y progenitores, conocimientos (42 ítems), habilidades (3 ítems) y utilidad y satisfacción del cómic (9 ítems). El cuestionario se pasó en 2 momentos: en Urgencias y 72 horas después del alta, tras la lectura del cómic. Se realizó análisis descriptivo y bivariante.

Resultados. Se reclutaron 53 participantes. Hubo una mejora significativa en los conocimientos de progenitores después de leer el cómic ($p < 0,0001$), con diferencia de medias $-9,55$ ($-10,97$; $-8,13$); así como en las habilidades ($p = 0,015$), con valor $-0,53$ ($-0,95$; $-0,12$). Los progenitores valoraron muy alto la utilidad y la satisfacción del cómic, obteniendo una calificación $\geq 4,88$ puntos sobre 5 en todos los ítems.

Conclusiones. El cómic mejoró los conocimientos y las habilidades de los progenitores sobre el cuidado del niño/a con sintomatología respiratoria leve. El cómic resultó útil y valoraron muy satisfactoria la iniciativa educativa.

Palabras clave: DeCS; enfermedades respiratorias; cómics como asunto; enfermería pediátrica; educación para la salud; arte y medicina; medicina gráfica (término no incluido en la clasificación DeCS).

The use of comic to improve parents' knowledge and abilities in children's respiratory care

ABSTRACT

Objective. To assess the improvement of parents' knowledge and abilities in the management of their children's respiratory symptoms at home after reading a health comic, as well as its usefulness and satisfaction.

Method. Quasi-experimental pre/post study in parents of children under 12 years of age, who went to the Emergency Department with mild respiratory disease. A questionnaire was designed with descriptive variables of children and parents, knowledge (42 items), abilities (3 items) and comic usefulness and satisfaction (9 items). The questionnaire was administered twice: in the Emergency Department and 72 hours after discharge, once they had read the comic. Descriptive and bivariate analysis was performed.

Results. 53 participants were recruited. There was a significant improvement in the knowledge of parents after reading the comic ($p < 0.0001$), with a difference of means -9.55 (-10.97 ; -8.13); as well as in abilities ($p = 0.015$), with a value of -0.53 (-0.95 ; -0.12). The parents highly value the usefulness and satisfaction with the comic, obtaining a grade ≥ 4.88 points out of 5 in all items.

Conclusions. The comic improved parents' knowledge and abilities on the management of children's mild respiratory symptoms. The comic was considered useful and they valued the educational initiative very satisfactorily.

Keywords: DeCS; respiratory tract diseases; graphic novels as topic; pediatric nursing; health education; medicine in the arts; graphic medicine (term not included in the DeCS classification).

Este artículo está disponible en: <https://www.conocimientoenfermero.es/index.php/ce/article/view/163>

1. Introducción

Las infecciones respiratorias agudas tienen una alta incidencia en la etapa infantil. Ocurren sobre todo en niños menores de 5 años y son causantes de un importante número de consultas en los servicios de Urgencias [1]. La prevención, control y tratamiento de las mismas debe alzarse como un objetivo principal en todo el mundo [2].

Los síntomas más característicos son la tos, la expectoración, la acumulación de secreciones, la fiebre y la dificultad respiratoria. La mayoría de las infecciones están causadas por virus respiratorios y tienen una duración autolimitada de entre 7 a 10 días [1,2].

Según la Asociación Española de Pediatría el tratamiento de las infecciones respiratorias debe centrarse en el manejo de los síntomas, haciendo mención especial al uso de broncodilatadores inhalados con cámara [1,3,4]. Los cuidados recomendados en niños y niñas con afecciones respiratorias leves se pueden observar en el Cuadro 1 [4-7] (Anexo 1).

Las infecciones respiratorias suponen un enorme consumo de recursos sanitarios, muchas veces de manera injustificada [2]. En las urgencias pediátricas son numerosos los casos que acuden con alguno de estos síntomas. La mayoría de las veces no son situaciones de urgencia vital, sino que por el contrario podrían resolverse en el domicilio tras una buena educación sanitaria por parte de los profesionales. A pesar de ello aún existe un escaso reconocimiento de signos de alarma respiratorios por parte de los padres [8] que podría conllevar consecuencias fatales.

Un aumento de los conocimientos de los padres sobre el abordaje de los síntomas respiratorios, podría mejorar el tratamiento y los cuidados en el propio domicilio, reduciría la transmisión de infecciones respiratorias y disminuiría el uso inadecuado de los servicios sanitarios, así como el gasto que eso implica [9,10].

Las infografías, los comics y las ilustraciones

son un excelente recurso sanitario que puede ayudar tanto a pacientes como profesionales gracias a su capacidad para mejorar la comunicación. Todo esto tiene un nombre propio: Medicina Gráfica.

Ya desde el siglo XIX Ramón y Cajal impulsaba el estudio científico con sus creaciones artísticas sobre las neuronas y el cerebro humano. El mismo dijo que había algo en la ilustración que completaba las palabras [11]. A mediados del siglo XX comienzan a aparecer cómics e historietas centrados en la educación del pueblo. Es así como la prevención de infecciones, el VIH, la diabetes, el tabaco, el cuerpo humano y el cáncer se alzan como protagonistas de un género hasta el momento relegado al entretenimiento y la distracción [12].

A Justin Green se le atribuye la creación de la primera novela gráfica médica en 1972: "Binky Brown meets the Holy Virgin Mary" en la que describe el trastorno obsesivo compulsivo que él padecía [13-15]. Esta novela da pie al movimiento de Medicina Gráfica tal y como le conocemos a día de hoy.

Para adentrarnos de lleno en este movimiento, es necesario dejar claros algunos conceptos. Medicina Gráfica se define como "el uso de los cómics o novelas gráficas, ilustraciones e infografías como herramientas en la comunicación sanitaria" [14,16,17].

El cómic es una historia contada a través de viñetas con imágenes y texto (18). Se le ha atribuido siempre el papel de entretener a los más jóvenes, sin embargo, tiene una capacidad que va más allá y es en la que vamos a centrarnos: la divulgación, información y educación [19-22]. La novela gráfica es el pasaporte hacia el reconocimiento del cómic como una forma de literatura [13]. Si bien es cierto que puede tener alguna diferencia en cuanto a extensión y texto, es un concepto creado con el fin de reemplazar la percepción simplista y frívola que tenemos del cómic [23-25]. Los cómics y/o novelas gráficas que se centran en el mundo sanitario y la enfermedad son también conocidos como "patografías gráficas" [26]. Hacen referencia a las

autobiografías en forma de cómic contadas por pacientes que ofrecen la posibilidad de sumergirse en sus emociones y vivencias personales durante todo el proceso de la enfermedad. De esta manera consiguen que nos identifiquemos con el personaje, al que le puede estar pasando lo mismo que a nosotros [19].

No cabe la menor duda de que Ian Williams es el gran maestro de este movimiento y con su libro publicado en 2014, "The Bad Doctor", consiguió combinar su pasión tanto por la medicina como por el arte y demostrarnos el poder que tenía la medicina gráfica para mejorar la comunicación entre pacientes y profesionales [11,27]. Ha trabajado de la mano de Matthew Noe y la enfermera M. K. Czerwieck para sacar adelante el proyecto que tiene su nombre y valor propio desde 2007.

Michael Green es una de las figura clave que ha conseguido llevar los cómics a la universidad, gracias a su inclusión en el programa del cuarto año de la carrera de Medicina. Cree en el potencial del cómic como recurso para mejorar la capacidad diagnóstica de los estudiantes. Aquí no solo aprenden a desgranar una historia, sino que elaboran la suya propia [16,28].

Esta corriente no llegó a nuestro país hasta el año 2017, liderada por Monica Lalanda que, junto con el resto del equipo de Medicina Gráfica, pretende hacer más visible un mundo que hasta entonces permanecía oculto entre las palabras y textos médicos. Es a través de su página web dónde podemos acceder a un valioso material de reseñas de novelas gráficas clasificadas por temáticas así como a muchos otros recursos [11].

La escasez de estudios sobre el tema en nuestro país nos deja en una posición muy inferior respecto al resto del mundo. Inés González Cabeza es una de las pocas que se ha atrevido a realizar su tesis doctoral sobre el cómic y la enfermedad [26,29].

Tolo Villalonga ha revolucionado el concepto que tenemos de la consulta clásica de enfermería de atención primaria, para convertirla en un espacio de aprendizaje continuo y motivación en el que triunfa la creatividad, la innovación y el vínculo con los niños y padres. Sus infografías y su consulta por rincones de salud ya han abierto las fronteras a otros centros que aspiran a sumarse a este motor de cambio [11].

Gracias a las ilustraciones creadas por Eugenia García Amor, podemos descubrir las utilida-

des de la Medicina Gráfica encuadradas en 4 bloques [17]: la *docencia*, centrada en la transmisión de conocimientos entre profesionales y estudiantes [20]; la *clínica*, que tiene como misión mejorar la comunicación entre profesional y paciente [30]; la *comunitaria*, donde los propios pacientes comparten sus experiencias a través de novelas gráficas que reflejan el proceso de su enfermedad; y por último, la *terapia*, que consigue sacar a la luz todo aquello que llevamos dentro y, a veces, es tan difícil explicar solo con palabras.

Partiendo de estos bloques, las utilidades que se le atribuyen en el mundo sanitario son infinitas. En primer lugar, mejora la capacidad de comunicación con el paciente, humaniza la práctica clínica [14,20-22,30,31] y fomenta la empatía y las habilidades de observación, diagnóstico y razonamiento clínico de los estudiantes [28,32-34].

Por otro lado, aumenta los conocimientos sobre una enfermedad, sus cuidados y tratamiento. Los temas más tratados son el cáncer [19,35], el VIH [36,37], la diabetes [38] y la hepatitis [39]. Además, enriquece la promoción de la salud y prevención de enfermedades [40,41]. Aquí se tratan temas como las vacunas [42], las infecciones de transmisión sexual [27], los hábitos posturales [43,44] y la salud laboral [45], los cuidados del recién nacido [46], las enfermedades parasitarias [47,48], la alimentación saludable y la obesidad [49,50]. En este apartado, cabe realizar una mención especial al ámbito de la cooperación internacional [51-54].

Al mismo tiempo, estimula la creatividad, imaginación y motivación, claves en el uso de la terapia artística como una forma de sanar [55], disminuye la ansiedad y el estrés ante procedimientos invasivos [56-59] y favorece la comprensión y obtención del consentimiento informado [60-62].

La teoría cognitiva que mejor explica los beneficios de la Medicina Gráfica es aquella que se basa en la idea de que al codificar un mensaje a través de dos canales, texto e imagen, es más fácil recordarlo. Esta es la llamada teoría de la codificación dual, que fue desarrollada por Allan Paivio en 1971 [12,25,38] y se centra en impulsar el aprendizaje a través de la formación de imágenes mentales.

Además, las infografías y los cómics no solo aumentan el rendimiento de lectura y la capacidad de retener información, sino que agudizan las habilidades de observación e interpretación para poder completar las escenas de la historia contada [18].

2. Justificación

A pesar de los esfuerzos puestos en mejorar la educación para la salud, la comunicación sigue siendo un obstáculo a la hora de transmitir conocimientos. Desde la urgencia pediátrica se sigue observando, por un lado, una gran demanda de cuidados y tratamiento de sintomatología respiratoria leve; y por otro, existen casos de verdadera urgencia que no son identificados o tratados a tiempo.

¿Qué tienen en común la Medicina Gráfica y la Enfermería Pediátrica? Ambas son aún algo novedoso y desconocido en el panorama actual. Sin embargo, comparten el objetivo de querer humanizar la práctica sanitaria, mejorar la calidad de vida de los pacientes, impulsar su empoderamiento y contribuir el aprendizaje y la comunicación.

Pese a la relevancia que la Medicina Gráfica ha adquirido durante los últimos años a nivel internacional, los estudios en nuestro país son escasos [12,14,24]. Son grandes revistas como *Lancet* [63], *Annals of Internal Medicine* [64] o *British Journal* [16], las que se han atrevido a apostar por la Medicina Gráfica como novedoso recurso didáctico y sanitario. Sin embargo, aún se necesitan más investigaciones para mejorar e impulsar su utilización en España.

Con este trabajo se pretende dar a conocer la Medicina Gráfica como medio de educación para la salud por parte de la Enfermería Pediátrica; y, en concreto, estudiar los posibles beneficios del cómic como recurso sanitario para mejorar los conocimientos y habilidades de los padres y madres sobre los cuidados de la sintomatología respiratoria leve en los niños.

3. Objetivos

3.1. Objetivos principales

- Valorar si el cómic mejora al menos un 20% los conocimientos de los padres y madres sobre el cuidado del niño/a con sintomatología respiratoria leve en el domicilio.
- Valorar si el cómic mejora las habilidades de los padres y madres en cuanto al reconocimiento de sintomatología respiratoria grave y manejo de inhalador con cámara en el domicilio.

3.2. Objetivos secundarios

- Determinar la utilidad del cómic para los padres en términos de contenidos, aprendizaje, estructura, lenguaje e imágenes gráficas
- Conocer la satisfacción de los padres con la iniciativa de introducir un nuevo recurso gráfico como material de apoyo al informe de alta

4. Material y método

Se realizó un estudio analítico cuasi-experimental de tipo pre/post, en el periodo enero-febrero del año 2020, una vez aprobado por el Comité de Ética de Investigación con medicamentos del Hospital “N” en diciembre de 2019 (nº Acta 12/19).

Los participantes del estudio fueron las madres y los padres, que se identificaron como cuidadores habituales de los niños y las niñas con edades iguales o inferiores a 12 años, que acudieron a la Urgencia Pediátrica del Hospital “N” con algún tipo de sintomatología respiratoria leve (tos, dificultad respiratoria, estridor).

Los criterios de inclusión fueron: progenitores que supieran leer y escribir en castellano, que firmaran el consentimiento informado. Se excluyeron los niños y niñas con enfermedad crónica o discapacidad grave, o aquellos que acudían al hospital en caso de urgencia grave.

Se calculó el tamaño muestral en base a la proporción media de aciertos obtenida en el estudio piloto realizado con los primeros 10 participantes. Así, se obtuvo un 59% de aciertos en el cuestionario previo a la lectura del cómic y un 86% de aciertos en el cuestionario posterior a la lectura. El instrumento utilizado fue la calculadora de tamaño muestral GRANMO Versión 7.12, seleccionando la categoría de proporciones apareadas (repetidas en un grupo). De esa forma, aceptando un riesgo alfa de 0,05 y un riesgo beta de 0,2 en un contraste bilateral, se precisaban 51 sujetos asumiendo que la proporción inicial de sucesos era del 0,59 y la final del 0,86. Se estimó una tasa de pérdidas de seguimiento del 10%.

La muestra fue elegida a través de un muestreo no probabilístico de conveniencia en base a cumplimiento de criterios desde el inicio del estudio hasta alcanzar el tamaño de la muestra.

La captación de los sujetos de estudio se realizó

en el triage de la urgencia pediátrica por parte de la enfermera. Primero comprobaba el cumplimiento de los criterios de inclusión, para posteriormente informar a los padres y madres de las niñas y los niños de manera verbal y por escrito, a través de la Hoja de Información (Anexo 2). Se resolvió cualquier duda que pudieron presentar y en caso de aceptar, se les entregó la hoja de Consentimiento Informado (Anexo 3) que debieron leer y rellenar con su nombre, firma y teléfono de contacto. Todos los documentos estaban codificados con una numeración única que estaba asociada a los datos identificativos del encuestado (custodiado únicamente por la investigadora principal).

Una vez obtenido el consentimiento informado se les pidió que completaran el cuestionario (Anexo 4) previo a la lectura del cómic, mientras esperaban en la sala de espera para la consulta con el pediatra, que debían entregar a la enfermera antes de irse de alta. Antes de abandonar el servicio de urgencias, la misma enfermera les entregaba el Cómic (Anexo 5) y les explicaba la importancia de leerlo en casa, y la necesidad de cumplimentar el cuestionario (Anexo 4) tras la lectura del mismo. También se incluía la Encuesta de satisfacción (Anexo 6) con el uso del cómic. Asimismo, se les comunicó que recibirían una llamada telefónica a partir de las 72 horas del alta por parte de una enfermera para recoger las respuestas del Cuestionario (Anexo 4) y la Encuesta de satisfacción (Anexo 6). Todos los participantes del estudio estuvieron de acuerdo en enviar las respuestas al cuestionario mediante fotos a través de la plataforma de mensajería privada WhatsApp, facilitada por la investigadora principal. Los cuestionarios estaban codificados y en ningún caso se rompió la confidencialidad.

El Cómic fue el instrumento diseñado para la intervención educativa, siguiendo los estándares de la Medicina Gráfica [48,56,57,65]. El Cómic titulado “¡Achús! Cuidados y mimos en síntomas respiratorios” (Anexo 5) es un folleto de salud ilustrado por la propia investigadora principal del estudio. A través de imágenes sencillas y un breve texto explicativo, se cuenta la historia de una enfermera que trata de resolver las dudas de unos padres preocupados por los síntomas respiratorios de su hijo. Los contenidos del cómic se basan en las recomendaciones del Cuadro 1 (Anexo 1), que coinciden con las recomendaciones estandarizadas en el

protocolo de atención al niño del Hospital “N”, y las recogidas en las Guías de Buena Práctica Clínica [1,3,4]. Fue revisado por un grupo de pediatras y enfermeras especialistas en pediatría con más de diez años de experiencia.

Se recogieron variables sociodemográficas y clínicas de niñas/os, y sociodemográficas de los progenitores (Anexo 4). Las variables de resultado principales fueron: conocimientos de los encuestados y habilidades de los encuestados (Anexo 4). Las variables de resultado secundarias fueron: utilidad y satisfacción de los progenitores con el cómic (Anexo 6).

Para la recogida de los datos se creó un Cuestionario *ad hoc*, una vez revisada la literatura. Los cuestionarios encontrados evaluaban, fundamentalmente, los conocimientos y las habilidades de los padres en patología respiratoria. La mayoría están centrados en el asma [66] y entre ellos destaca el cuestionario NAQK (Newcastle Asthma Knowledge Questionnaire) utilizado en varios estudios [67,68]. Otros se centran en los conocimientos sobre infecciones respiratorias [9,10,69] se evaluó la influencia de distintas variables sobre los conocimientos que las madres de niños menores de 5 años poseen acerca de las infecciones respiratorias agudas (IRA) y se encontró un estudio que evaluaba signos de alarma [8].

De acuerdo con la literatura encontrada, con las recomendaciones del informe de alta de urgencias pediátricas y la experiencia del equipo investigador, se creó el cuestionario *ad hoc* para el estudio. La primera versión fue un cuestionario autoadministrado que constaba de 60 preguntas divididas en 5 dimensiones. Se llevó a cabo un proceso de validación de aspecto y contenido por un grupo de pediatras y enfermeras expertas y se realizó un pre-test cognitivo con madres y padres.

Se tuvieron en cuenta todas las propuestas de modificación llegando a obtener la versión final del cuestionario que consta de un total de 55 preguntas (Anexo 4), estructurado en (a) Datos sociodemográficos y clínicos de los niños/as y sociodemográficos de los progenitores; (b) Conocimientos sobre el cuidado del niño/a con sintomatología respiratoria leve en el domicilio (42 preguntas con respuesta dicotómica *sí, no* y una opción de *no sé*. El *sí* equivale a *verdadero* y el *no* equivale a *falso*); (c) Habilidades en el reconocimiento de sintomatología respiratoria grave y manejo de inhalador

con cámara (3 preguntas); (d) Utilidad percibida en cuanto al cómic como recurso sanitario (6 preguntas); (e) Grado de satisfacción con la iniciativa propuesta sobre el uso del cómic (4 preguntas). Las habilidades, la utilidad y el grado de satisfacción son evaluados en base a una escala tipo Likert con 5 respuestas (desde 1 totalmente en desacuerdo hasta 5 totalmente de acuerdo).

Se realizó análisis descriptivo para conocer las características de la muestra de estudio. Las variables cualitativas se presentaron con su distribución de frecuencias absolutas (n) y relativas (%) y las variables cuantitativas se resumieron mediante estadísticos de medida central (media o mediana) y dispersión (Desviación estándar o rango intercuartílico).

La variable conocimientos se operativizó en una variable global que incluía el total de aciertos sobre los 42 ítems de los conocimientos (preguntas 1 a 42 del cuestionario). La variable habilidades se operativizó en una variable global que incluyó el sumatorio de las respuestas de las preguntas 43, 44 y 45. La pregunta 44 se recodificó en la base de datos para transformar la asunción en negativa (“*No considero que sea muy difícil la técnica de administración de broncodilatadores con cámara*”) y mantener los mismos valores que las preguntas 43 y 45 del cuestionario. La variable habilidades podía tener un valor entre 3-15, asumiendo que a mayor puntuación mayor habilidad.

Para el análisis bivalente, se reagruparon categorías del perfil de los progenitores de las variables número de hijos (uno versus 2 ó más), ocupación (aquellas que se desarrollan fuera o dentro de casa), nivel de estudios (universitarios o no universitarios).

Por otro lado, la variable conocimientos se categorizó en conocimiento *bueno* (igual o mayor a 35 aciertos), *moderado* (entre 30-34 aciertos) y *deficiente* (igual o menor a 29 aciertos). Esta categorización se establece teniendo en cuenta los percentiles de la variable. En el caso de la variable habilidades, se categorizó en habilidades *suficientes* (puntuación igual o superior a 12) o habilidades *insuficientes* (puntuación inferior a 12), teniendo en cuenta que las puntuaciones 4 y 5 de cada ítem se relacionan con tener habilidad.

Se procedió al análisis bivalente de las variables explicativas del encuestado y del niño/a con respecto a las variables conocimientos y habilidades

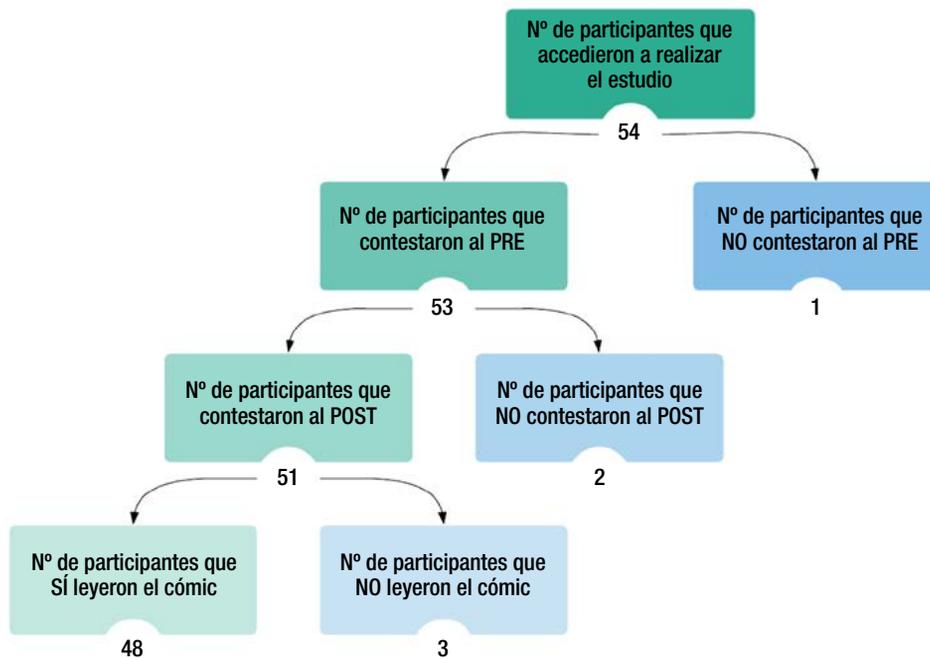
de los progenitores en el momento basal (antes de la lectura del cómic). Se analizó la influencia de la lectura del cómic sobre el grado de conocimientos y el grado de habilidades de los progenitores después de la lectura del mismo. Por último, se analizó la diferencia de medias en conocimientos de las madres y padres antes y después de lectura del cómic, así como la diferencia de medias en habilidades. Para ello, se utilizaron pruebas de contraste de hipótesis como Chi cuadrado y t de Student. Todos los análisis se realizaron con niveles de confianza del 95% ($p \leq 0,05$). El análisis estadístico se realizó usando el programa STATA v.14.

5. Resultados

De los 54 participantes que accedieron a colaborar en el estudio, uno decidió no continuar por motivos ajenos a la investigación. Un total de 53 participantes respondieron al cuestionario previo a la lectura, 2 de ellos no contestaron al cuestionario posterior y 3 refirieron que no se habían leído el cómic. Por lo tanto, fueron 48 los participantes que completaron adecuadamente el estudio (Figura 1).

Las características de la muestra de estudio se pueden observar en las Tablas 1 y 2. La mediana de la edad de los niños y las niñas fue de 2 años con un rango intercuartílico de 0 a 4 años. Un 15,1% (n=8) del total de la población infantil refirió tener alguna enfermedad de base, refiriendo padecer dos de ellos asma o problemas respiratorios, dos alergias o intolerancias, uno enfermedad de Von Willebrand, uno hemiparesia y uno doble arco aórtico. Ninguna de estas enfermedades se consideró grave para cumplir con los criterios de exclusión. Un 13,2% (n=7) de los menores recibía algún tipo de tratamiento habitual: cinco de ellos tomaba Budesonida, dos Montelukast, uno Seretide y uno Estilsona. Además, un 39,6% (n=21) de los niños/as habían estado ingresados previamente por patología respiratoria: nueve de ellos por bronquiolitis o bronquitis, cuatro por broncoespasmo, tres por neumonía y tres por asma u otros problemas respiratorios (Tabla 1).

De los 53 progenitores que participaron en el estudio, el 67,9% (n=36) eran madres y el 32,1% (n=17), padres. La mediana de la edad fue de 36 años con un rango intercuartílico de 31 a 41 años (Tabla 2).

Figura 1. Diagrama de flujo del estudio.**Tabla 1.** Perfil sociodemográfico y clínico del niño y la niña (N=53).

VARIABLES NIÑO Y NIÑA	n (%)
Sexo	
Niño	31 (58,5)
Niña	22 (41,5)
País de nacimiento	
Colombia	1 (1,9)
España	52 (98,1)
Edad	2,7 (2,8)
Enfermedad de base	
No	45 (84,9)
Sí	8 (15,1)
Tratamiento habitual	
No	46 (86,8)
Sí	7 (13,2)
Uso previo de inhaladores	
No	11 (20,8)
Sí	42 (79,3)
Ingresos previos por patología respiratoria	
No	32 (60,4)
Sí	21 (39,6)

Tabla 2. Perfil sociodemográfico de la madre y del padre (N=53).

VARIABLES MADRE Y PADRE	n (%)
País de nacimiento	
Colombia	1 (1,9)
Ecuador	1 (1,9)
España	48 (90,6)
Italia	1 (1,9)
Paraguay	1 (1,9)
Rumanía	1 (1,9)
Parentesco	
Madre	36 (67,9)
Padre	17 (32,1)
Edad	36,3 (5,9)
Número de hijos	
1 hijo	20 (38,5)
Más de 1 hijo	32 (61,5)
Ocupación	
En el hogar	8 (15,1)
Fuera del hogar	45 (84,9)
Estudios	
No universitarios	31 (58,5)
Universitarios	22 (41,5)

En lo que respecta a los conocimientos de los progenitores antes y después de la lectura del cómic, en la Tabla 3 se puede observar la mejora de los 42 ítems sobre los conocimientos que las madres y padres tienen sobre el manejo de patología respiratoria leve. Los signos de alerta (35,6%) y la administración de broncodilatadores con cámara (39,4%) registraron una mayor mejora de conocimientos, seguidas del ambiente y humedad (21,8%) y el uso de antitérmico (20,4%). Por otro

lado, el lavado de manos (3,7%), la nutrición e hidratación (12,2%) y la importancia del tener calendario vacunal al día (10,9%) fueron los ítems que presentaron menor nivel de mejora; si bien es cierto que contaban con altos porcentajes de aciertos previos a la lectura del cómic (95,3%, 78,6% y 77,4% respectivamente).

El lavado de manos (95,3%), el efecto perjudicial del tabaco (83%), la nutrición e hidratación (78,6%), el uso de ropa adecuada (78,6%), así como

Tabla 3. Conocimientos de las madres y padres antes (PRE) y después (POST) de la lectura del cómic.

CONOCIMIENTOS	Aciertos PRE N=53 n (%)	Aciertos POST N=51 n (%)
Lavado de manos		
El lavado de manos previene la transmisión de infecciones respiratorias	52 (98,1)	51 (100)
Solo hay que lavarse las manos después de estar en contacto con una persona enferma	49 (92,5)	50 (98,0)
Tabaco		
El tabaco en el entorno del niño empeora los síntomas respiratorios	53 (100)	51 (100)
Se puede estar en contacto con los niños una vez terminemos de fumar debido a que el humo directo es lo perjudicial	35 (66,0)	49 (96,1)
Postura		
La mejor postura cuando su hijo/a tiene dificultad respiratoria es tumbado boca arriba	28 (52,9)	41 (80,4)
Se puede elevar el cabecero de la cama con una toalla debajo del colchón para favorecer la respiración cuando están enfermos	51 (96,2)	50 (98,0)
Lavado nasal		
Si el niño/a presenta muchos mocos se le puede realizar un lavado nasal con suero fisiológico	52 (98,1)	51 (100)
En los niños pequeños el lavado nasal se realizará tumbado, de lado e introduciendo el suero fisiológico por el orificio que queda más abajo	19 (35,9)	30 (58,2)
Solo se puede realizar un lavado nasal al día para evitar dependencia	44 (83,0)	50 (98,0)
Se recomienda realizar los lavados nasales después de comer	38 (71,7)	48 (94,1)
Nutrición e hidratación		
La lactancia materna, al igual que la leche, favorece el acúmulo de mocos	33 (62,3)	43 (84,3)
Cuando esté enfermo es mejor que coma más cantidad pero menos frecuentemente para prevenir la deshidratación	19 (35,9)	30 (58,2)
Cuando esté enfermo hay que ofrecerle líquidos poco a poco	44 (83,0)	50 (98,0)
Fiebre		
37°C es fiebre para un niño	43 (81,1)	50 (98,0)
Los mejores termómetros son los digitales	12 (22,6)	26 (51,0)
El sitio más recomendable para medir la temperatura es la boca	38 (71,7)	48 (94,1)
Un bebé de menos de 3 meses con fiebre debe ser visto por un pediatra	50 (94,3)	50 (98,0)

CONOCIMIENTOS	Aciertos PRE N=53 n (%)	Aciertos POST N=51 n (%)
Antitérmico		
Si el niño tiene fiebre hay que acudir inmediatamente a urgencias	35 (66,0)	39 (76,5)
Si el niño tiene fiebre o malestar general es preferible no darle ninguna medicación antes de acudir al hospital. Así el pediatra podrá valorar su estado real	23 (43,4)	44 (86,3)
Si un niño/a tiene fiebre le puede dar Paracetamol cada 4 o 6 horas, o bien Ibuprofeno cada 6 u 8 horas, según le haya pautado el pediatra	51 (96,2)	51 (100)
Si continua con fiebre o malestar puede alternar Paracetamol e Ibuprofeno cada 2 horas	36 (67,9)	47 (92,2)
Ropa		
No hay que abrigarle demasiado en invierno y hay que utilizar ropa fresca en verano	41 (77,4)	47 (92,2)
Con ponerle una capa de ropa menos de la que llevamos nosotros es suficiente para mantener su temperatura	33 (62,3)	48 (94,1)
Si el niño presenta fiebre hay que abrigarlo más para que no pierda temperatura	51 (96,2)	51 (100)
Ambiente y humedad		
Un ambiente seco mejora los síntomas respiratorios	42 (79,2)	46 (90,2)
Es malo colocar depósitos de agua en los radiadores para humidificar el ambiente	38 (71,8)	49 (96,1)
Se recomienda evitar sitios con grandes aglomeraciones de gente como los centros comerciales para evitar la transmisión de infecciones	35 (66,0)	49 (96,1)
Calendario vacunal		
Las vacunas favorecen las infecciones respiratorias	44 (83,0)	44 (86,3)
No hace falta tener el calendario vacunal al día, cuando el niño se ponga enfermo podrán tratarlo en el hospital	38 (71,7)	46 (90,2)
Signos de alerta		
El tiraje o trabajo respiratorio es cuando se le marcan las costillas al respirar o se le hunde el hueco por encima del esternón	48 (90,6)	51 (100)
La cianosis es cuando se abren mucho los agujeros de la nariz	17 (32,1)	46 (90,2)
El aleteo nasal es cuando se le marcan las costillas	25 (47,2)	49 (96,1)
Las sibilancias es cuando se le oyen silbidos o pitos cuando respira	43 (81,1)	51 (100)
Si se pone de color azul o morado con la tos es que la tos está siendo efectiva	40 (75,5)	43 (84,3)
La taquipnea es cuando el niño respira muy despacio	12 (22,7)	47 (92,2)
Administración de broncodilatadores con cámara		
Hay que utilizar siempre los inhaladores con cámara espaciadora	37 (69,8)	46 (90,2)
En los niños pequeños es mejor utilizar boquilla en lugar de mascarilla para sellar bien la boca	34 (64,1)	50 (98,0)
Hay que colocar al niño pequeño tumbado de lado para administrar el inhalador	40 (75,5)	51 (100)
En los niños mayores se recomienda que sellen la boquilla con los labios	23 (43,4)	48 (94,1)
Si el niño es mayor, antes de administrar el inhalador tiene que inspirar todo el aire que pueda	18 (34,0)	42 (82,4)
En los niños mayores se recomienda esperar 2 segundos tras pulsar el inhalador	12 (22,6)	43 (84,3)
Si vamos a administrar un segundo PUFF, hay que repetir la técnica desde el segundo paso, que es agitar	37 (69,8)	48 (94,1)

la importancia de tener el calendario vacunal al día (77,4%), obtuvieron un mayor porcentaje de aciertos antes de la lectura del cómic. Asimismo, el lavado de manos (99%), el efecto perjudicial del tabaco (98,1%) y el uso de ropa adecuada (95,4%) fueron los ítems más acertados tras la lectura del cómic, seguidos del ambiente y humedad (94,1%), los signos de alerta (93,8%) y la administración de broncodilatadores con cámara (93,6%).

La administración de broncodilatadores con cámara (54,2%) y los signos de alerta (58,2%) reflejaron un menor porcentaje de aciertos previo a la lectura del cómic, seguidos del manejo de la fie-

bre (67,4%) y el uso de antitérmico (68,4%). También se ha observado que el manejo de la fiebre (85,3%) y el lavado nasal (87,6%) obtuvieron un menor porcentaje de aciertos tras la lectura del cómic. Sin embargo, ambas dimensiones obtuvieron muy buena puntuación.

Las habilidades percibidas por los progenitores para la detección de los signos de alerta y la técnica de administración de inhaladores se describen en la Tabla 4. Se ha comprobado una mejora en la capacidad de identificar los signos de alerta. No obstante, esta mejora fue poco relevante. En cuanto a la dificultad percibida de la técnica de administra-

Tabla 4. Habilidades antes (PRE) y después (POST) de la lectura del cómic.

HABILIDADES	Puntuación PRE N=53 Media (DE)	Puntuación POST N=51 Media (DE)
Me considero capaz de identificar los signos de alerta si mi hijo/a sufre un problema respiratorio grave	4,06 (0,7)	4,45 (0,6)
No considero que sea muy difícil la técnica de administración de broncodilatadores con cámara	4,06 (1,2)	4,06 (1,2)
Me siento capaz de administrar un inhalador con cámara a mi hijo/a	4,53 (0,8)	4,65 (0,8)

Tabla 5. Grado de conocimientos y habilidades antes (PRE) y después (POST) de la lectura del cómic.

GRADOS DE CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES	PRE N=53 n (%)	POST N=51 n (%)
Conocimientos		
Deficiente (igual o menor a 29 aciertos)	27 (50,1)	2 (3,9)
Moderado (30-34 aciertos)	20 (37,7)	2 (3,9)
Bueno (igual o mayor a 35 aciertos)	6 (11,3)	47 (92,2)
Habilidades		
Insuficiente (puntuación menor que 12)	16 (30,2)	10 (19,6)
Suficiente (puntuación igual o superior a 12)	37 (69,8)	41 (80,4)

Tabla 6. Utilidad y satisfacción percibida tras haber leído el cómic (POST).

UTILIDAD Y SATISFACCIÓN	Puntuación POST N=48 Media (DE)
Utilidad	
Me ha parecido interesante el contenido del cómic	4,88 (0,3)
Considero que será útil para recordar mejor lo aprendido	4,88 (0,3)
Me ha gustado la estructura del folleto en formato cómic	4,94 (0,2)
He comprendido bien el lenguaje utilizado	4,90 (0,4)
Las imágenes que ilustran el texto me han parecido adecuadas	4,92 (0,5)

UTILIDAD Y SATISFACCIÓN	Puntuación POST N=48 Media (DE)
Satisfacción	
Me ha parecido interesante la utilización del cómic para adquirir conocimientos	4,90 (0,3)
Recomendaría el cómic como recurso de apoyo en la educación para la salud	4,96 (0,2)
Me gusta que se realicen estudios para evaluar nuevos métodos de aprendizaje	4,98 (0,1)
Me gustaría que se pudieran realizar más folletos ilustrados sobre otros problemas de salud	4,96 (0,2)

Tabla 7. Grado de conocimientos de las madres y padres antes de leer el cómic (PRE) relacionado con el perfil sociodemográfico y clínico del niño o niña.

VARIABLES NIÑOS Y NIÑAS	Conocimiento deficiente n=27 n (%)	Conocimiento moderado n=20 n (%)	Conocimiento bueno n=6 n (%)	p valor
Enfermedad de base				
No	24 (88,9)	16 (80,0)	5 (83,3)	0,697
Sí	3 (11,1)	4 (20,0)	1 (16,7)	
Tratamiento habitual				
No	24 (88,9)	17 (85,0)	5 (83,3)	0,895
Sí	3 (11,1)	3 (15,0)	1 (16,7)	
Uso previo de inhaladores				
No	6 (22,2)	3 (15,0)	2 (33,3)	0,602
Sí	21 (77,8)	17 (85,0)	4 (66,7)	
Ingresos previos por patología respiratoria				
No	15 (55,6)	13 (65,0)	4 (66,7)	0,763
Sí	12 (44,4)	7 (35,0)	2 (33,3)	

ción de inhaladores, no se obtuvo cambio posterior a la lectura del cómic.

Al comparar el grado de conocimientos y habilidades de las madres y padres antes y después de la lectura del cómic se observa una mejora del grado de conocimientos bueno de un 11,3% a un 92,2% tras la lectura del cómic. En cuanto a las habilidades, existe una ligera mejoría en el grado de habilidades *suficiente* tras la lectura del cómic, que pasó a ser del 69,8% al 80,4% (Tabla 5).

Los progenitores valoraron muy alto la utilidad y la satisfacción del cómic, obteniendo una calificación igual o superior a 4,88 puntos sobre 5 en los 9 ítems (Tabla 6).

Se ha podido comprobar la existencia de diferencias significativas entre los grados de conocimiento antes de leer el cómic y el número de hijos.

De tal manera que los padres que tenían un único hijo obtuvieron mejores resultados ($p=0,012$). Además, se apreciaron diferencias en cuanto al nivel de estudios de los padres, siendo aquellos que poseían estudios universitarios los que mayor nivel de conocimientos demostraron. No se encontraron diferencias significativas entre el resto de variables sociodemográficas y los conocimientos antes de la lectura del cómic (Tablas 7 y 8).

En cuanto al grado de habilidades previas a la lectura del cómic y el perfil del niño y del progenitor, únicamente se obtuvieron diferencias significativas en el uso previo de inhaladores ($p=0,007$), obteniendo mejores habilidades aquellos padres cuyos hijos los habían utilizado previamente. En lo que respecta al resto de variables no se obtuvieron diferencias significativas entre las habilidades

Tabla 8. Grado de conocimientos de las madres y padres antes de leer el cómic (PRE) relacionado con las características sociodemográficas.

VARIABLES MADRES Y PADRES	Conocimiento deficiente n=27 n (%)	Conocimiento moderado n=20 n (%)	Conocimiento bueno n=6 n (%)	p valor
Parentesco				
Madre	17 (63,0)	15 (75,0)	4 (66,7)	0,681
Padre	10 (37,0)	5 (25,0)	2 (33,3)	
Edad				
Menor o igual de 36 años	13 (52,0)	9 (45,0)	4 (66,7)	0,642
Mayor de 36 años	12 (48,0)	11 (55,0)	2 (33,3)	
Número de hijos				
1 hijo	9 (33,3)	6 (30,0)	5 (100)	0,012
Más de 1 hijo	18 (66,7)	14 (70,0)	0 (0,0)	
Ocupación				
En el hogar	4 (14,8)	3 (15,0)	1 (16,7)	0,993
Fuera del hogar	23 (85,2)	17 (85,0)	5 (83,3)	
Estudios				
No universitarios	20 (74,1)	8 (40,0)	3 (50,0)	0,058
Universitarios	7 (25,9)	12 (60,0)	3 (50,0)	

Tabla 9. Grado de habilidades antes de leer el cómic (PRE) según el perfil del niño/a.

VARIABLES NIÑOS Y NIÑAS	Habilidades insuficientes n=16 n (%)	Habilidades suficientes n=37 n (%)	p valor
Enfermedad de base			
No	15 (94,0)	30 (81,1)	0,237
Sí	1 (6,2)	7 (18,9)	
Tratamiento habitual			
No	13 (81,3)	33 (89,2)	0,433
Sí	3 (19,0)	4 (10,8)	
Uso previo de inhaladores			
No	7 (44,0)	4 (10,8)	0,007
Sí	9 (56,3)	33 (89,2)	
Ingresos previos por patología respiratoria			
No	8 (50,0)	24 (64,9)	0,310
Sí	8 (50,0)	13 (35,1)	

Tabla 10. Grado de habilidades antes de leer el cómic (PRE) según el perfil del padre/madre.

VARIABLES MADRES Y PADRES	Habilidades insuficientes n=16 n (%)	Habilidades suficientes n=37 n (%)	p valor
Parentesco			
Madre	11 (69,0)	25 (67,6)	0,933
Padre	5 (31,3)	12 (32,4)	
Edad			
Menor o igual de 36 años	7 (44,8)	19 (54,3)	0,485
Mayor de 36 años	9 (56,3)	16 (45,7)	
Número de hijos			
1 hijo	8 (53,3)	12 (32,4)	0,160
Más de 1 hijo	7 (46,7)	25 (67,6)	
Ocupación			
En el hogar	1 (6,3)	7 (18,9)	0,237
Fuera del hogar	15 (93,8)	30 (81,1)	
Estudios			
No universitarios	10 (62,5)	21 (56,8)	0,697
Universitarios	6 (37,5)	16 (43,2)	

Tabla 11. Lectura del cómic previo al cuestionario POST.

LECTURA DEL CÓMIC	Puntuación POST N=51 n (%)
Sí	48 (94,1)
No	3 (5,9)

Tabla 12. Grado de conocimientos de las madres y padres (POST) relacionado con la lectura del cómic.

¿HA TERMINADO DE LEER EL CÓMIC?	Conocimiento deficiente n=2 n (%)	Conocimiento moderado n=2 n (%)	Conocimiento bueno n=47 n (%)	p valor
No	2 (100)	0 (0,0)	1 (2,1)	0,000
Sí	0 (0,0)	2 (100)	46 (97,9)	

antes de la lectura del cómic y el perfil de progenitores y niñas/os (Tablas 9 y 10).

De los 51 padres y madres que contestaron al cuestionario tras la lectura del cómic, hubo 3 que no se habían leído el cómic antes de realizar el segundo cuestionario (5,9%).

Como reflejan las Tablas 12 y 13, existen diferencias significativas en el grado de conocimientos adquiridos entre los participantes que refirieron leer el cómic antes de contestar al cuestionario y aquellos que refirieron no haberlo leído ($p=0,000$). En lo que respecta al grado de habilidad, no se ob-

Tabla 13. Grado de habilidades de las madres y padres (POST) relacionado con la lectura del cómic.

¿HA TERMINADO DE LEER EL CÓMIC?	Habilidades insuficientes n=10 n (%)	Habilidades suficientes n=41 n (%)	p valor
No	0 (0,0)	3 (7,3)	0,378
Sí	10 (100)	38 (92,7)	

Tabla 14. Diferencia de medias entre los conocimientos de las madres y padres antes (PRE) y después (POST) de la lectura del cómic.

CONOCIMIENTOS	Media	Intervalo de confianza del 95%	p valor
Conocimientos pre-lectura cómic	28,88	(27,39; 30,37)	<0,0001
Conocimientos post-lectura cómic	38,43	(37,36; 39,50)	
Diferencia de medias	-9,55	(-10,97; -8,13)	

Tabla 15. Diferencia de medias entre las habilidades de las madres y padres antes (PRE) y después (POST) de la lectura del cómic.

HABILIDADES	Media	Intervalo de confianza del 95%	p valor
Habilidades pre-lectura cómic	12,63	(12,10; 13,18)	0,015
Habilidades post-lectura cómic	13,16	(12,65; 13,66)	
Diferencia de medias	-0,53	(-0,95; -0,12)	

tuvieron diferencias estadísticamente significativas en relación a la lectura del cómic, pero los resultados fueron más favorables en los progenitores que lo habían leído.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar la diferencia de medias de aciertos en conocimientos entre los progenitores antes y después de la lectura del cómic ($p < 0,0001$), objetivándose una diferencia de medias de -9,55 (-10,97; -8,13) (Tabla 14). Asimismo, también las diferencias de medias en las habilidades antes y después de la lectura del cómic fueron estadísticamente significativas ($p = 0,015$), con valor -0,53 (-0,95; -0,12) (Tablas 15).

6. Discusión

Los resultados obtenidos en el estudio han demostrado la utilidad del cómic en términos de mejora de conocimientos, sobre los cuidados del niño/a

con sintomatología respiratoria leve en el domicilio, tras su lectura. El 97,9% de los participantes que obtuvieron un grado de conocimientos *bueno* en el segundo cuestionario (POST) refirieron que sí se habían leído el cómic, frente al 2,1% que refirieron que no. Además, se apreció una mejora del 22,7% en cuanto al número de aciertos antes y después de leer el cómic.

No se encontraron grandes diferencias al comparar los niveles sociodemográficos y clínicos con los grados de conocimientos y habilidades, salvo en el número de hijos en relación al grado de conocimientos, así como en el uso previo de inhaladores respecto al grado de habilidades.

Los resultados hallados en el estudio coinciden con otros trabajos publicados que pretenden evaluar la eficacia del cómic como un instrumento para la mejora de los conocimientos en otro tipo de patologías. Moira G. Sim [39] demostró una mejora del 96% de respuestas correctas al administrar un cómic sobre la hepatitis B entre los profe-

sionales sanitarios. Asimismo, en el estudio desarrollado por Clara Misrachi [40] se encontró una mejora significativa del nivel de conocimientos en cuanto a la promoción de la salud, sin encontrarse diferencias en los niveles socioeconómicos de los participantes. También cabe señalar que autores como Moll [31] y Rogers [70], no encontraron mejoría de conocimientos con uso del cómic como instrumento de educación para la salud.

El 67,9% de los participantes eran las madres de los niños y niñas que acudían a Urgencias por síntomas respiratorios. Estos datos se asemejan con otros trabajos publicados como son el de Aaron Hauson [59] y el Jagannath M. Muzumdar [59], en los cuales el porcentaje de mujeres participantes fue del 80 y 70% respectivamente. Este último autor tampoco encontró diferencias en términos de edad, sexo, etnia o educación. En contraposición, otros autores han optado por valorar la eficacia de los cómics en los niños y adolescentes, no encontrando diferencias en cuanto a sexos [34,43,47].

Respecto a las habilidades percibidas en el presente estudio, no se encontraron diferencias en la mejora del grado de habilidades relacionado con la lectura del cómic. Sin embargo, en términos globales, si se encontró que las habilidades mejoraron discretamente tras la lectura del cómic. Por otra parte, autores como Michael J. Green [33] sí que encontraron una mejora en las habilidades y actitudes percibidas entre sus alumnos de medicina de 3,6 a 4,1 puntos sobre una escala Likert de 5 puntos tras la lectura de un cómic. Otra investigadora, Maged A. [47] también encontró mejoría de la actitud y los conocimientos de los niños sobre enfermedades parasitarias tras la lectura de un cómic y, en términos de aceptabilidad, un 96,2% dijeron que el cómic fue fácil de comprender.

Diversos trabajos han puesto de manifiesto resultados similares a los encontrados en el presente estudio. En el caso de Yuichi Furuno [60], valoró la posibilidad de utilizar un cómic para obtener el consentimiento informado de sus pacientes y determinó que al 93,8% le gustaría que se utilizara el cómic en otros temas de salud. En el presente estudio se han obtenido muy buenos resultados en términos de utilidad y satisfacción con el uso del cómic, obteniéndose puntuaciones superiores a 4,88 sobre una escala Likert de 5 puntos. De la misma forma, Aaron Hanson [59] publicó resultados muy positivos en términos de factibilidad y acep-

tabilidad de un cómic sobre el tratamiento del dolor en casa, tanto para los niños como para los padres. En el caso de Jagannath M. Muzumdar [42] describió grandes mejoras en términos de actitudes y utilidad al comparar la eficacia de un cómic frente al folleto tradicional que se estaba utilizado sobre vacunas.

Sin embargo Kathryin Bellingham [37] no observó diferencias en el cambio de actitud de sus participantes, a pesar de que sí hubo mejoras significativas en términos de conocimiento antes y después de leer un cómic sobre prevención del VIH.

Debido a las propias características del estudio, su mayor limitación es que no cuenta con un grupo con el que compararle, de tal manera que cada sujeto actúa como su propio grupo control antes y después de la intervención. Es por ello que no se puede asegurar que los cambios sean exclusivamente por la intervención. Otra limitación del estudio ha sido el tamaño de la muestra, así como el sistema de muestreo, ya que se utilizó un muestreo por conveniencia (los progenitores se reclutaban en el triage en la medida que cumplían criterios, por orden de llegada a la Urgencia una vez iniciado el estudio y hasta completar el tamaño muestral) para la selección de la misma en lugar de un muestreo probabilístico.

Para continuar con la línea de investigación iniciada sería interesante desarrollar un ensayo clínico controlado aleatorizado de dos grupos de comparación (con cómic y sin cómic), preferiblemente multicéntrico, que permita por un lado aumentar en tamaño de la muestra y, por otro, ampliar la heterogeneidad de la muestra en base a perfiles de progenitores y niñas/os. Por otro lado, sería relevante completar la validez de constructo del instrumento utilizado para medir conocimientos y habilidades, ya que en este estudio únicamente se llevó a cabo la validez de aspecto y contenido.

Además, sería de gran utilidad valorar la eficacia del cómic a largo plazo. En el presente estudio se dio un margen de 72 horas tras la lectura del cómic para responder al cuestionario con el fin de evitar pérdidas de seguimiento. Sin embargo, otros autores han evaluado la eficacia del cómic tras 2 semanas [34,37,43,47], 3 meses [43,49,70] y 6 meses [44], para valorar si verdaderamente perduran los conocimientos. En el caso de Francisco Kovacs [43], el efecto positivo sobre los conocimientos acerca de hábitos posturales se mantuvo significa-

tivo hasta incluso después de 3 meses del estudio. Por el contrario, autores como M. Cristina Tenorio [44] no han encontrado diferencias a los 6 meses después entre el grupo control y el grupo al que se le facilitó el cómic.

La gran mayoría de los trabajos encontrados en la bibliografía que han estudiado el uso del cómic como recurso sanitario proceden de otros países. La humanización de la asistencia sanitaria es uno de los pilares de la investigación enfermera. No cabe duda que la Medicina Gráfica, y en especial el cómic, ha demostrado tener un enorme potencial en la mejora de conocimiento y el empoderamiento de nuestros pacientes.

Se necesitan más estudios que apuesten por nuevas líneas de aprendizaje activo que permitan hacer una comunicación y educación en salud eficaz para toda la población, adaptada a las nuevas necesidades.

7. Conclusiones

El cómic mejoró de manera significativa los conocimientos de los padres y madres sobre el cuidado del niño/a con sintomatología respiratoria leve.

Se pudo apreciar una discreta, aunque significativa mejora de las habilidades de los padres y madres en cuanto al reconocimiento de sintomatología respiratoria grave y el manejo de los inhaladores con cámara.

El cómic ha resultado ser un recurso útil para los padres y las madres en términos de contenido,

aprendizaje, estructura, lenguaje e imágenes gráficas y ha conseguido un alto grado de satisfacción con la iniciativa por parte de los participantes.

Cuestiones éticas

El estudio cuenta con la aprobación del Comité de Ética de Investigación con medicamentos del Hospital Universitario "N" (Acta 12/29). Todos los participantes fueron debidamente informados sobre el estudio, recibieron una Hoja de Información y firmaron un Consentimiento Informado. Se garantizó el anonimato y la confidencialidad de las respuestas según el Reglamento General de Protección de Datos (Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016 del Parlamento Europeo y del Consejo, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos) así como el derecho al acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad y oposición de los datos según la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Los datos recogidos estaban asociados mediante un código, de manera que no se incluía información que pudiera identificar al participante, y solo los investigadores del estudio y los colaboradores, podrán relacionar dichos datos con el participante y con su historia clínica. Su identidad no será revelada a ninguna otra persona, salvo a las autoridades sanitarias cuando así lo requieran.

BIBLIOGRAFÍA

1. Calvo Rey C, García García ML, Casas Flecha I, Pérez Breña P. Infecciones respiratorias virales. *Protoc Infectología Asoc Española Pediatría Soc Española Infectología Pediátrica*. 2011;1:189-204.
2. El impacto mundial de la Enfermedad Respiratoria. *Foro de las Sociedades Respiratorias Internacionales (FIRS)*. 2017.
3. Simó M, Claret G, Luaces C, Estrada MD, Pou J. *Guía de Práctica Clínica sobre Bronquiolitis Aguda*. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2010;73(4).
4. Infecciones respiratorias en el niño. *Programa Educ para la Salud Asoc Española Pediatras Atención Primaria (AEPap)*. 2017;5(19):57-62.
5. García Uga JM, Hernández Morillas D. Antitérmicos (para la fiebre). *Familia y Salud. Asociación Española de Pediatras de Atención Primaria (AEPap)*. 2016.
6. Úbeda Sansano I, Cortés Rico O, Montón Álvarez JL, Lora Espinosa A, Praena Crespo M. Dispositivos de inhalación. *El Pediatra de Atención Primaria y los dispositivos de inhalación [Internet]*. Documentos técnicos del GVR (publicación DT-GVR-X). Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. 2013. Available from: <http://aepap.org/grupos/grupo-de-vias-respiratorias>

7. Guía De Uso De Fármacos Inhalados. Serv Madrileño Salud Dir Gen Atención Primaria Comunidad Madrid. 2013;1-35.
8. Domínguez Anaya R, Tapia Caez E, Hernández Escolar J, Castillo Ávila IY. Edad y nivel educativo asociado al conocimiento sobre signos de alarma para infecciones respiratorias en madres adolescentes. *Rev Cuid.* 2017;8(2):1628-37.
9. Rodríguez Heredia OI, Louzado Escrich EM, Espindola Artola A, Rodríguez Heredia OH. Intervención educativa sobre infecciones respiratorias agudas. *Rev Arch Médico Camagüey.* 2010;14(3):1-10.
10. Zavaleta Rodríguez RM. Infecciones respiratorias agudas y capacidad de cuidado dependiente en niños de uno a cinco años. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2015.
11. Williams I, Czerwicz MK, Medicine G, Espa E, Medicine G, Gr M. Doctor, doctor, ¿me receta una novela gráfica? :1-4.
12. Blanca MS. Qué es la medicina gráfica. Tebeosfera [Internet]. 2018 [cited 2019 May 10];(9). Available from: https://www.tebeosfera.com/documentos/que_es_la_medicina_grafica.html
13. Williams I. Graphic medicine: Comics as medical narrative. *Med Humanit.* 2012;38(1):21-7.
14. Glazer S. Graphic Medicine: Comics Turn a Critical Eye on Health Care. *Hastings Cent Rep.* 2015;45(3):15-9.
15. Williams I. Graphic medicine. *Hektoen Int AJ Med Humanit [Internet].* 2012;4(1). Available from: <https://hekint.org/2017/01/24/graphic-medicine/>
16. Green MJ, Myers KR. Graphic medicine: Use of comics in medical education and patient care. *BMJ.* 2010;340(7746):574-7.
17. García Amor E. Vivir la Medicina Gráfica como estudiante sanitario. Clínica Ediciones Univ Valladolid. 2019;27(27):50-5.
18. Muñoz EL. El cómic como lenguaje visual híbrido y su vigencia en la era digital contemporánea. 2017;8.
19. Lyzun K, McMullen A. “Prostate Man”, the ageing superhero: A unique approach to encouraging prostate health awareness among men over 50. *J Commun Healthc.* 2009;2(1):7-19.
20. Shurkin J, Keogh B, Naylor S. Science and culture: Cartoons to better communicate science. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2015;112(38):11741-2.
21. McNicol S. The potential of educational comics as a health information medium. *Health Info Libr J.* 2017;34(1):20-31.
22. Mayor Serrano B. El cómic como recurso didáctico en los estudios de Medicina. Manuel con ejercicios. Barcelona: Fundación Doctor Antonio Esteve; 2016.
23. Muzumdar J. An Overview of Comic Books as an Educational Tool and Implications for Pharmacy. *Inov Pharm.* 2016;7(4).
24. Farthing A, Priego E. ‘Graphic Medicine’ as a Mental Health Information Resource: Insights from Comics Producers. *Open Heal Data.* 2016;6(1):1-23.
25. Aleixo P, Norris C, Comic T, Textbook B. The comic book textbook. 2010;28(4):72-4.
26. González Cabeza I. La patografía gráfica en España : un género emergente más allá de Arrugas. Universidad de León; 2018.
27. Gessell P. Guru of graphic medicine. *CMAJ [Internet].* 2016;188(17-18):E541-2. Available from: <http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.160027>
28. Green MJ. Teaching with Comics: A Course for Fourth-Year Medical Students. *J Med Humanit.* 2013;34(4):471-6.
29. Jiménez J. Los cómics como terapia contra la enfermedad [Internet]. El cómic en RTVE. 2017 [cited 2019 Jun 22]. Available from: <http://www.rtve.es/noticias/20171228/capacidad-comics-para-derribar-mitos-sobre-enfermedad/1649680.shtml>
30. Anderson PF, Wescom E, Carlos RC. Difficult Doctors, Difficult Patients: Building Empathy. *J Am Coll Radiol.* 2016;13(12):1590-8.
31. Moll JMH, Wright V, Jeffrey MR, Goode JD, Humberstone PM. The cartoon in doctor patient communication. Further study of the Arthritis and Rheumatism Council handbook on gout. *Ann Rheum Dis.* 1977;36(3):225-31.

32. Al-Jawad M. Comics are Research: Graphic Narratives as a New Way of Seeing Clinical Practice. *J Med Humanit.* 2015;36(4):369-74.
33. Green MJ. Comics and medicine: Peering into the process of professional identity formation. *Acad Med.* 2015;90(6):774-9.
34. Hosler J, Boomer KB. Are comic books an effective way to engage nonmajors in learning and appreciating science? *CBE Life Sci Educ.* 2011;10(3):309-17.
35. McMullin J. Cancer and the Comics: Graphic Narratives and Biologitimate Lives. *Med Anthropol Q.* 2016;30(2):149-67.
36. McAllister MP. Comic Books and AIDS. *J Pop Cult.* 1992;26(2):1-24.
37. Bellingham K, Gillies P. Evaluation of an AIDS education programme for young adults. *J Epidemiol Community Health.* 1993;47(2):134-8.
38. McNicol S. Humanising illness: Presenting health information in educational comics. *Med Humanit.* 2014;40(1):49-55.
39. Sim MG, McEvoy AC, Wain TD, Khong EL. Improving health Professional's knowledge of hepatitis B using cartoon based learning tools: A retrospective analysis of pre and post tests. *BMC Med Educ.* 2014;14(1):1-8.
40. Misrachi C, Allende F. La historieta como medio educativo y como material de lectura. *Rev Lect y Vida.* 1991;12(3):29-37.
41. Branscum P, Sharma M. Comic books an untapped medium for health promotion. *Media.* 2009;24(4).
42. Muzumdar JM, Pantaleo NL. Comics as a Medium for Providing Information on Adult Immunizations. *J Health Commun.* 2017;22(10):783-91.
43. Kovacs F, Oliver-Frontera M, Plana MN, Royuela A, Muriel A, Gestoso M. Improving schoolchildren's knowledge of Methods for the prevention and management of low back pain: A cluster randomized controlled trial. *Spine (Phila Pa 1976).* 2011;36(8):505-12.
44. Rebolho MCT, Casarotto RA, João SMA. Strategies for teaching postural habits to children: comic strips vs. practical experience. *Fisioter e Pesqui.* 2009;16(1):46-51.
45. Labrecque ME, Coutu MF, Durand MJ, Fassier JB, Loisel P. Using Cartoons to Transfer Knowledge Concerning the Principles of Work Disability Prevention Among Stakeholders. *J Occup Rehabil.* 2016;26(2):141-9.
46. Pinto T da RC, Castro DS de, Bringunte ME de O, Sant'Anna HC, Souza TV, Primo CC. Educational animation about home care with premature newborn infants. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(4):1604-10.
47. El Setouhy M, Rio F. Stigma reduction and improved knowledge and attitudes towards filariasis using a comic book for children. *J Egypt Soc Parasitol.* 2003;33(1):55-65.
48. Essé C, Koffi VA, Kouamé A, Dongo K, Yapi RB, Moro HM, et al. "Koko et les lunettes magiques": An educational entertainment tool to prevent parasitic worms and diarrheal diseases in Côte d'Ivoire. *PLoS Negl Trop Dis.* 2017;11(9).
49. Branscum P, Sharma M, Leigh Wang L, Wilson BRA, Rojas-Guyler L. A true challenge for any superhero: An evaluation of a comic book obesity prevention program. *Fam Community Heal.* 2013;36(1):63-76.
50. Leung MM, Green MC, Tate DF, Cai J, Wyka K, Ammerman AS. Fight for Your Right to Fruit: Psychosocial Outcomes of a Manga Comic Promoting Fruit Consumption in Middle-School Youth. *Health Commun.* 2017;32(5):533-40.
51. Zielinsky C. Publishing for the grass roots-a comic book on immunization. *World Health Forum.* 1986.
52. Schneider EF. Quantifying and Visualizing the History of Public Health Comics. 2014;(741):5-7.
53. Risi L, Bindman JP, Campbell OMR, Imrie J, Everett K, Bradley J, et al. Media interventions to increase cervical screening uptake in South Africa: An evaluation study of effectiveness. *Health Educ Res.* 2004;19(4):457-68.
54. Liebman AK, Juárez PM, Leyva C, Corona A. A Pilot Program Using Promotoras de Salud to Educate Farmworker Families About the Risks from Pesticide Exposure. *J Agromedicine.* 2012;17(2):127-39.
55. Mulholland MJ. Comics as art therapy. *Art Ther.* 2004;21(1):42-3.
56. Kassai B, Rabilloud M, Dantony E, Grousseau S, Revol O, Malik S, et al. Introduction of a paediatric anaesthesia comic information leaflet reduced preoperative anxiety in children. *Br J Anaesth.* 2016;117(1):95-102.
57. Tsao Y, Kuo HC, Lee HC, Yiin SJ. Developing a medical picture book for reducing venipuncture distress in preschool-aged children. *Int J Nurs Pract.* 2017;23(5):1-8.

58. Cerne D, Sannino L, Petean M. A randomised controlled trial examining the effectiveness of cartoons as a distraction technique. *Nurs Child Young People*. 2015;27(3):28-33.
59. Hanson A, Drendel AL, Ashwal G, Thomas A. The Feasibility of Utilizing a Comic for Education in the Emergency Department Setting. *Health Commun*. 2017;32(5):529-32.
60. Furuno Y, Sasajima H. Medical comics as tools to aid in obtaining informed consent for stroke care. *Med (United States)*. 2015;94(26):1-4.
61. Barnes E. Captain Chemo and Mr Wiggly: Patient information for children with cancer in the late twentieth century. *Soc Hist Med*. 2006;19(3):501-19.
62. Grootens-Wiegers P, de Vries MC, van Beusekom MM, van Dijck L, van den Broek JM. Comic strips help children understand medical research. Targeting the informed consent procedure to children's needs. *Patient Educ Couns*. 2015;98(4):518-24.
63. Kishi Y, Matsumura T, Murishige N, Kodama Y, Hatanaka N, Takita M, et al. Internet-Based Survey on Medical Manga in Japan. *Health Commun*. 2011;26(7):676-8.
64. Green MJ. *Annals Graphic Medicine* [Internet]. *Annals of internal medicine*. 2018 [cited 2019 Jul 18]. Available from: https://annals.org/aim/channel?articleTypeID=14671&ft=GraphicMedicine&fl_HasAOE=false
65. Mónica L. El cómic como herramienta en el mundo sanitario. *Clínica Ediciones Univ Valladolid*. 2019;27(27):56-66.
66. Báez Saldaña AR, Mendoza RC, Kiengelher LH, Siordia RO, Hernández JS. Desarrollo de un cuestionario para medir los conocimientos del paciente asmático en relación con su enfermedad. *Arch Bronconeumol*. 2007;43(5):248-55.
67. López-Silvarrey Varela A, Pértega Díaz S, Rueda Esteban S, Korta Murúa J, Iglesias López B, Martínez-Gimeno A. Validación de un cuestionario en castellano sobre conocimientos de asma en profesores. *Arch Bronconeumol*. 2015;51(3):115-20.
68. Leonardo Cabello MT, Oceja-Setien E, García Higuera L, Cabero MJ, Pérez Belmonte E, Gómez-Acebo I. Evaluación de los conocimientos paternos sobre asma con el newcastle asthma knowledge questionnaire. *Pediatr Aten Primaria*. 2013;15(58):117-26.
69. Roque AIV, Canalejo HM. Nivel educacional de las madres y conocimientos, actitudes y practicas ante las infecciones respiratorias agudas de sus hijos. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal*. 1999;6(6):400-7.
70. Rogers Gillmore M, Morrison D, Richey C, Balassone M, Gutierrez L, Farris M. Effects of a skill based intervention to encourage condom use among high risk heterosexually active adolescents. *AIDS Educ Prev*. 1997;9:22-43.

ANEXO 1. Recomendaciones de cuidados en niños y niñas con afecciones respiratorias leves

CUIDADOS	RECOMENDACIONES
Lavado de manos	El lavado de manos es la primera medida para prevenir el contagio de enfermedades respiratorias. Deberá realizarse antes y después de estar en contacto con una persona infectada o con objetos comunes.
Tabaco	No cabe duda de que el tabaco es perjudicial para la salud, pero además, agrava los síntomas respiratorios; no solo fumar de lante de los niños, sino también las partículas de tabaco que se adhieren a la ropa.
Postura	Es importante mantener al niño en una postura erguida para facilitar la ventilación. Para favorecer el descanso se puede elevar ligeramente el cabecero de la cuna o de la cama.
Ambiente y humedad	Los espacios bien ventilados sin grandes aglomeraciones de gente son beneficiosos para prevenir la transmisión de estas infecciones. Para evitar un ambiente muy seco pueden utilizarse depósitos de agua o ropa húmeda en los radiadores.
Lavados nasales	Los lavados nasales con suero fisiológico favorecen la expulsión de mocos. Pueden utilizarse cuando sea necesario y son especialmente útiles antes de las tomas. No se recomienda la aspiración de manera rutinaria.
Nutrición e hidratación	Es normal que estén inapetentes por el cansancio y el malestar general. No hay que forzarles a comer pero sí ofrecerles líquidos para prevenir la deshidratación. La lactancia materna es un factor protector de las infecciones respiratorias. Es mejor que coma menor cantidad pero frecuentemente. No hay evidencia científica que demuestre que la leche favorezca la fabricación de moco.
Valoración de la fiebre	Se considera tener fiebre cuando la temperatura axilar es mayor o igual de 38°C, tanto en adultos como en niños. Se recomienda utilizar un termómetro digital ya que da una lectura rápida y precisa. La axila es el sitio más recomendado para medir la temperatura gracias a su facilidad y seguridad.
Uso de antitérmicos	En caso de tener fiebre y malestar general se recomienda el uso de un antitérmico. El Paracetamol se puede administrar cada 4 o 6 horas, no más de 5 tomas al día. El Ibuprofeno puede darse cada 6 u 8 horas. A pesar de que el uso combinado de ambos no logra una reducción significativa de la temperatura, se recomendará alternarlos cada 4 horas en caso de fiebre o malestar persistente (5). La dosis viene dada en función del peso y habrá que seguir las recomendaciones de su pediatra. Hay que recordar a los padres que administrar un antitérmico antes de acudir al servicio de salud es la manera correcta de actuar y que no es necesario demostrar la fiebre del niño delante de un profesional para recibir una adecuada asistencia sanitaria.
Ropa adecuada	La ropa del niño debe valorarse según su temperatura corporal y la temperatura externa. No se debe abrigar demasiado en invierno, con utilizar una prenda más que los adultos es suficiente. Por otro lado, en verano se utilizarán prendas frescas y ligeras.
Calendario vacunal	Tener el calendario vacunal al día es clave para luchar contra algunos de los microorganismos que más infecciones respiratorias causan.
Signos de alerta	Los signos de alerta que se deben tener en cuenta son la fiebre muy alta acompañada de mal estado general, la fiebre que dura más de 3 días, la tos prolongada más de 10 días, la taquipnea, el trabajo respiratorio o tiraje, el aleteo nasal, los ruidos anómalos y la cianosis. Además, la presencia de fiebre en menores de 3 meses deberá consultarse siempre con un profesional sanitario (4). La administración de broncodilatadores inhalados con cámara deberá realizarse según la técnica descrita en los protocolos actuales y la ficha técnica del medicamento (6, 7).

ANEXO 2. Hoja de información



NÚMERO DE
CODIFICACIÓN:

Hoja de información al paciente

“Medicina Gráfica y Enfermería Pediátrica: la utilización del cómic como recurso sanitario para mejorar los conocimientos de los padres y madres sobre los cuidados respiratorios del niño en el domicilio”

Investigadores principales: [Nombre y apellidos]

Investigadores colaboradores: Enfermeras del servicio de Urgencias Pediátricas

Centro de referencia: [Nombre del hospital]

Si ha recibido esta hoja y ha comenzado su lectura, me gustaría darle las gracias de antemano por su tiempo.

Mi nombre es [Nombre y apellidos] y soy enfermera en este hospital. Antes de nada me gustaría dejarles mi correo electrónico mi teléfono para cualquier duda que les pueda surgir durante este tiempo: [correo electrónico y teléfono de contacto]. Estaré disponible y abierta a cualquier sugerencia o comentario que deseen realizar al respecto. Asimismo podrán preguntar por las enfermeras que colaboran en el estudio llamando al teléfono [teléfono del hospital].

Con este documento me gustaría informarles del estudio que se está llevando a cabo en el Servicio de Urgencias Pediátricas de este hospital y les invito a participar en el mismo si así lo desean.

La enfermería es una profesión en continuo desarrollo y ha de basar sus cambios en la mejor evidencia posible. Con este trabajo pretendemos explorar una de las partes más humanas de nuestra labor como enfermeras: la transmisión de conocimientos en salud. Nuestra labor de educación no tendría sentido sin la otra parte, vosotros, que sois los receptores de nuestro mensaje. El abordaje de los síntomas respiratorios en el domicilio puede generarnos muchas dudas y con este trabajo queremos ofrecerles un recurso que puede ayudarles a solucionarlas. El cómic es un medio de comunicación que se viene utilizando en la educación desde hace años por ser un soporte gráfico, sencillo y accesible. En el mundo sanitario se está introduciendo de manera paulatina y creemos que puede ser un gran aliado para la difusión de información.

¿En qué consiste mi intervención? Su misión consiste en rellenar dos cuestionarios que podrá rellenar en no más de 5 minutos cada uno. El primero se le entregará tras atendido en el triage de la urgencia. En el momento del alta se le entregará un folleto ilustrado en formato cómic y un segundo cuestionario, que deberá rellenar tras haber leído el cómic. A los 3 días, se contactará con usted para recoger las respuestas de este último cuestionario.

¿Es voluntario? Debe saber que su participación es totalmente voluntaria y que puede decidir participar o no, así como cambiar su decisión en cualquier momento sin que por ello se vea afectada su trato por parte de los profesionales ni se produzca perjuicio alguno en su tratamiento.

¿Tiene algún beneficio o riesgo? Podemos garantizarle que no existe ningún riesgo a la hora de participar en este estudio. Si bien es cierto que no podemos asegurar ningún resultado, pretendemos que con este estudio mejoren sus conocimientos sobre cuidados ante patología respiratoria en su domicilio.

¿Es gratuito o van a pagarme algo? Su participación en este estudio no supone ningún coste para usted. Por otro lado, ni usted ni los investigadores o participantes de este estudio recibirán ningún tipo de compensación económica.

¿Qué pasa con mis datos personales? Se garantiza el anonimato y confidencialidad de sus respuestas según las leyes de nuestro país, así como de la Unión Europea. De acuerdo a lo que establece la *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales* usted puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad y oposición de los datos, para lo cual deberá dirigirse al investigador principal del estudio.

Los datos recogidos estarán identificados mediante un código, de manera que no se incluirá información que pueda identificar al participante, y solo los investigadores del estudio y los colaboradores, podrán relacionar dichos datos con el participante y con su historia clínica. Su historia identidad no será revelada a ninguna otra persona, salvo a las autoridades sanitarias cuando así lo requieran.

Los Comités de Ética de la Investigación y los representantes de la Autoridad Sanitaria en materia de inspección, únicamente podrán acceder para comprobar los datos personales, los procedimientos del estudio clínico y el cumplimiento de las normas de buena práctica clínica, siempre manteniendo la confidencialidad de la información.

¿Cuáles son las consideraciones éticas?

El estudio se desarrollará de acuerdo a la declaración de Helsinki, el cumplimiento de la Ley de Investigación Biomédica y el cumplimiento de las normas de Buena Práctica Clínica (BPC) en lo que les sea de aplicación, que incluyen el seguimiento de las participantes en el estudio para asegurar la calidad de los datos y la protección de los sujetos participantes.

El protocolo del estudio será revisado y aprobado por el Comité Ético de Investigación del Hospital Universitario Severo Ochoa. Antes de iniciar cualquier procedimiento se obtendrá el Consentimiento Informado de las participantes.

ANEXO 3. Consentimiento informado

NÚMERO DE
CODIFICACIÓN:

Consentimiento informado

“Medicina Gráfica y Enfermería Pediátrica: la utilización del cómic como recurso sanitario para mejorar los conocimientos de los padres y madres sobre los cuidados respiratorios del niño en el domicilio”

Investigadores principales: [Nombre y apellidos]

Investigadores colaboradores: Enfermeras del servicio de Urgencias Pediátricas

Centro de referencia: [Nombre del hospital]

Yo _____ (nombre y apellidos) he recibido la información adecuada sobre este estudio, he podido hacer las preguntas de dudas que me han surgido y he recibido las respuestas satisfactorias a mis preguntas.

Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en los cuidados recibidos. Por todo ello, presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.

Firma: _____

Teléfono de contacto: _____

Fecha: _____

ANEXO 4. Cuestionario PRE y POST



NÚMERO DE
CODIFICACIÓN:

Cuestionario

En primer lugar rellene este cuadro con los datos sociodemográficos sobre el niño/a y usted.

Datos del niño/a:	Datos del padre, madre o cuidador:
Sexo: Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/>	Sexo: Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/>
País de nacimiento: _____	País de nacimiento: _____
Fecha de nacimiento: _____	Relación con el niño Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Otro: _____
¿Tiene alguna enfermedad de base? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____	Fecha de nacimiento: _____
¿Toma algún tratamiento habitual? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____	¿Cuántos hijos/as tiene? _____
¿Alguna vez ha necesitado el uso de broncodilatadores con cámara como Salbutamol o Ventolin® en el domicilio? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	Ocupación: Estudiante <input type="checkbox"/> Trabajador/a activo/a <input type="checkbox"/> En desempleo <input type="checkbox"/> Jubilado/a <input type="checkbox"/> Empleado/a doméstico <input type="checkbox"/>
¿Ha estado ingresado alguna vez por patología respiratoria como crisis asmática, broncoespasmo, neumonía...? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> ¿Por qué? _____	Estudios: Ninguno <input type="checkbox"/> Primarios <input type="checkbox"/> Secundarios <input type="checkbox"/> Universitarios <input type="checkbox"/>

A continuación responda a las siguientes afirmaciones. En esta primera parte tendrá tres opciones, *sí* (si considera que es verdadera), *no* (si considera que es falsa) y *no sé* (si no la sabe o prefiere no contestar).



LAVADO DE MANOS			
1. El lavado de manos previene la transmisión de infecciones respiratorias.	<u>Sí</u>	No	No sé
2. Solo hay que lavarse las manos después de estar en contacto con una persona que esté enferma.	Sí	<u>No</u>	No sé
TABACO			
3. El tabaco en el entorno del niño empeora los síntomas respiratorios.	<u>Sí</u>	No	No sé

4. Se puede estar en contacto con los niños una vez terminemos de fumar debido a que el humo directo es lo perjudicial.	Sí	<u>No</u>	No sé
POSTURA			
5. La mejor postura cuando su hijo/a tiene dificultad respiratoria es tumbado boca arriba para facilitar la ventilación.	Sí	<u>No</u>	No sé
6. Se puede elevar el cabecero de la cama con una toalla debajo del colchón para favorecer la respiración cuando están enfermos.	<u>Sí</u>	No	No sé
LAVADO NASAL			
7. Si el niño/a presenta muchos mocos se le puede realizar un lavado nasal con suero fisiológico.	<u>Sí</u>	No	No sé
8. En los niños pequeños el lavado nasal se realizará tumbado, de lado e introduciendo el suero fisiológico por el orificio que queda más abajo.	Sí	<u>No</u>	No sé
9. Solo se puede realizar un lavado nasal al día para evitar dependencia.	Sí	<u>No</u>	No sé
10. Se recomienda realizar los lavados nasales después de comer.	Sí	<u>No</u>	No sé
NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN			
11. La lactancia materna, al igual que la leche, favorece el acúmulo de mocos.	Sí	<u>No</u>	No sé
12. Cuando esté enfermo es mejor que coma más cantidad pero menos frecuentemente para prevenir la deshidratación.	Sí	<u>No</u>	No sé
13. Cuando esté enfermo hay que ofrecerle líquidos poco a poco.	<u>Sí</u>	No	No sé
FIEBRE			
14. 37°C es fiebre para un niño.	Sí	<u>No</u>	No sé
15. Los mejores termómetros son los digitales.	<u>Sí</u>	No	No sé
16. El sitio más recomendado para medir la temperatura es la boca.	Sí	<u>No</u>	No sé
17. Un bebé de menos de 3 meses con fiebre debe ser visto por un pediatra.	<u>Sí</u>	No	No sé
ANTITÉRMICO			
18. Si el niño/a tiene fiebre hay que acudir inmediatamente a urgencias o el centro de salud.	Sí	<u>No</u>	No sé
19. Si el niño/a tiene fiebre o malestar general es preferible no darle ninguna medicación antes de acudir al hospital. Así el pediatra podrá valorar su estado real.	Sí	<u>No</u>	No sé
20. Si un niño/a tiene fiebre le puede dar Paracetamol cada 4 ó 6 horas, o bien Ibuprofeno cada 6 ú 8 horas, según le haya pautado el pediatra.	<u>Sí</u>	No	No sé
21. Si continua con fiebre o malestar puede alternar Paracetamol e Ibuprofeno cada 2 horas.	Sí	<u>No</u>	No sé
ROPA			
22. No hay que abrigarle demasiado en invierno y hay que utilizar ropa fresca en verano.	<u>Sí</u>	No	No sé

23. Con ponerle una capa de ropa menos de la que llevamos nosotros es suficiente para mantener su temperatura.	Sí	<u>No</u>	No sé
24. Si el niño presenta fiebre hay que abrigarlo más para que no pierda temperatura por el sudor.	Sí	<u>No</u>	No sé
AMBIENTE Y HUMEDAD			
25. Un ambiente seco mejora los síntomas respiratorios.	Sí	<u>No</u>	No sé
26. Es malo colocar depósitos de agua en los radiadores para humidificar el ambiente.	Sí	<u>No</u>	No sé
27. Se recomienda evitar sitios con grandes aglomeraciones de gente como los centros comerciales para evitar la transmisión de infecciones.	<u>Sí</u>	No	No sé
CALENDARIO VACUNAL			
28. Las vacunas favorecen las infecciones respiratorias.	Sí	<u>No</u>	No sé
29. No hace falta tener el calendario vacunal al día, cuando el niño se ponga enfermo podrán tratarlo en el hospital.	<u>Sí</u>	No	No sé
SIGNOS DE ALERTA			
30. El tiraje o trabajo respiratorio es cuando se le marcan las costillas al respirar o se le hunde el hueco por encima del esternón.	<u>Sí</u>	No	No sé
31. La cianosis es cuando se le abren mucho los agujeros de la nariz.	Sí	<u>No</u>	No sé
32. El aleteo nasal es cuando se le marcan las costillas.	Sí	<u>No</u>	No sé
33. Las sibilancias es cuando se le oyen silbidos o <i>pitos</i> cuando respira.	<u>Sí</u>	No	No sé
34. Si se pone de color azul o morado con la tos es que la tos está siendo efectiva.	Sí	<u>No</u>	No sé
35. La taquipnea es cuando el niño respira muy despacio.	Sí	<u>No</u>	No sé
ADMINISTRACIÓN DE BRONCODILADORES INHALADOS			
36. Hay que utilizar siempre los inhaladores con cámara espaciadora.	<u>Sí</u>	No	No sé
37. En los niños pequeños es mejor utilizar boquilla en lugar de mascarilla para sellar bien la boca.	Sí	<u>No</u>	No sé
38. Hay que colocar al niño pequeño tumbado de lado para administrar el inhalador.	Sí	<u>No</u>	No sé
39. En los niños mayores se recomienda que sellen la boquilla con los labios.	<u>Sí</u>	No	No sé
40. Si el niño es mayor, antes de administrar el inhalador tiene que inspirar todo el aire que pueda.	Sí	<u>No</u>	No sé
41. En los niños mayores se recomienda esperar 2 segundos tras pulsar el inhalador.	Sí	<u>No</u>	No sé
42. Si vamos a administrar un segundo PUFF, hay que repetir el la técnica desde el segundo paso, que es agitar.	<u>Sí</u>	No	No sé

En este apartado tendrá cinco opciones, el 1 corresponde a la puntuación más baja (estoy totalmente en desacuerdo) y el 5 a la puntuación más alta (estoy totalmente de acuerdo). Señale con un círculo la que considera correcta.

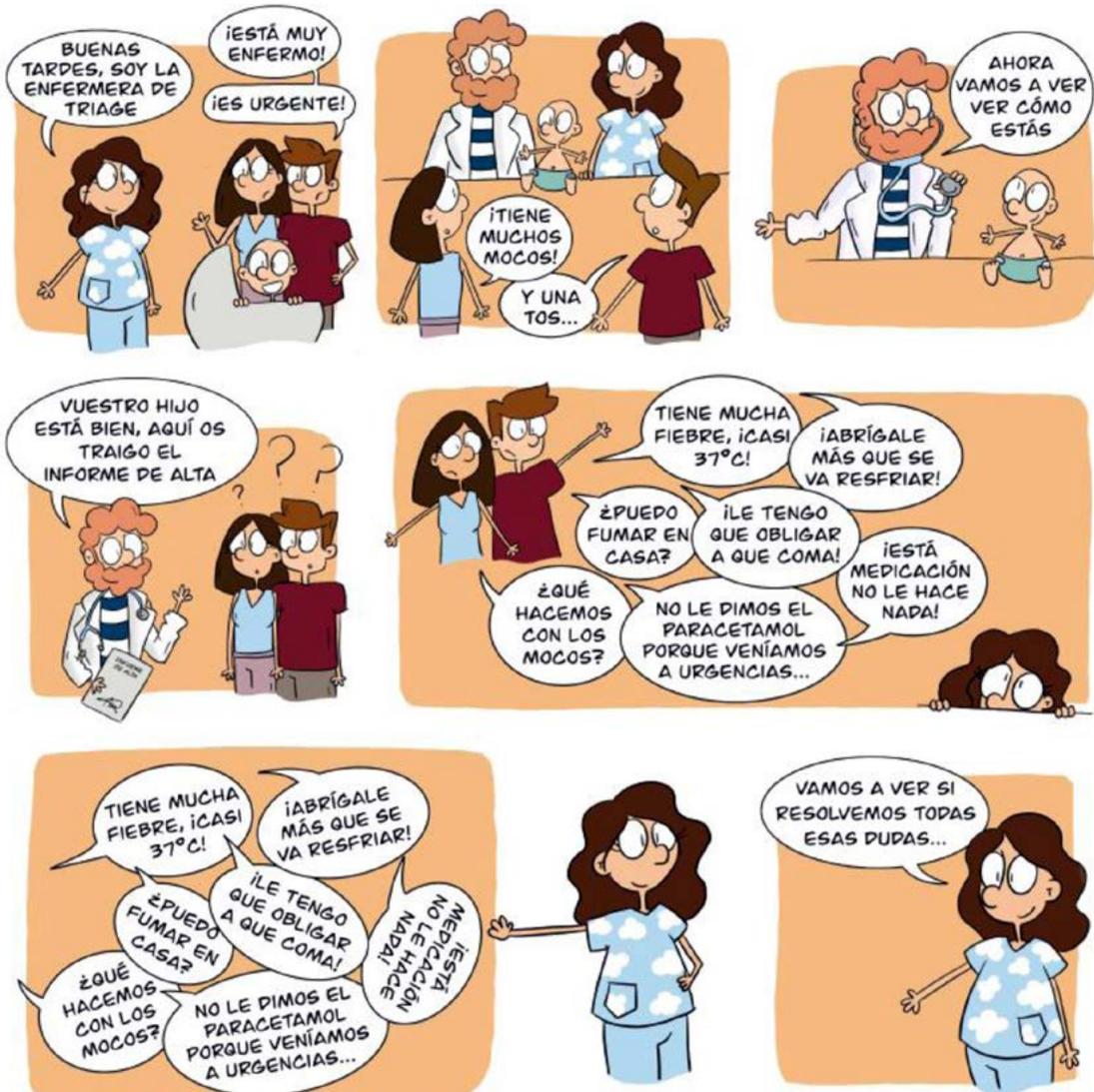


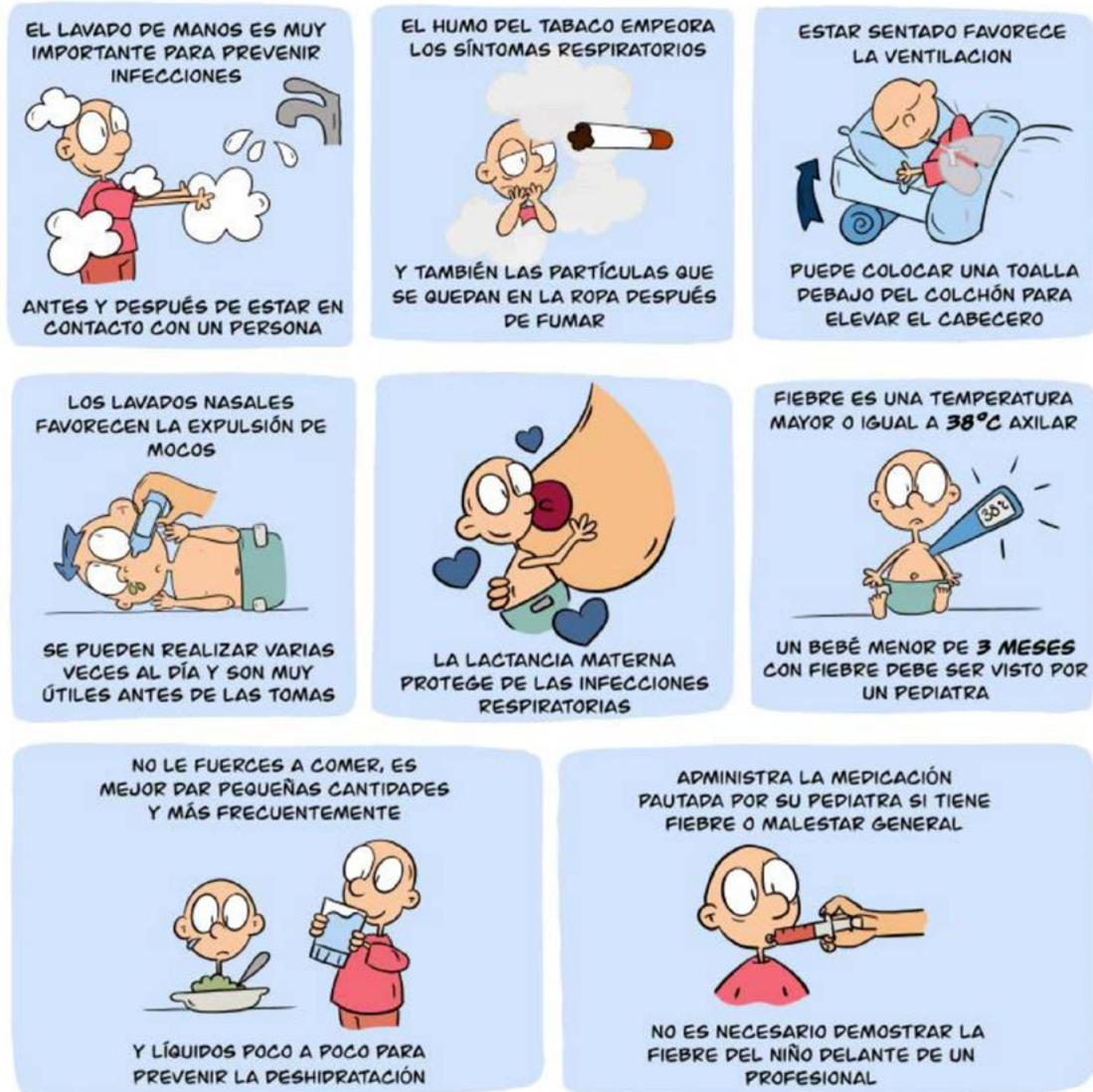
43. Me considero capaz de identificar los signos de alerta si mi hijo/a sufre un problema respiratorio grave.	1	2	3	4	5
44. Considero que es muy difícil la técnica de administración de broncodilatadores con cámara	1	2	3	4	5
45. Me siento capaz de administrar un inhalador con cámara a mi hijo/a.	1	2	3	4	5

¡Muchas gracias por su participación!









EL PARACETAMOL SE PUEDE ADMINISTRAR CADA 4 Ó 6 HORAS NO MÁS DE 5 TOMAS AL DÍA



EL IBUPROFENO PUEDE DARSE CADA 6 U 8 HORAS

SI PERSISTE LA FIEBRE O EL MALESTAR, PUEDE COMBINARLOS CADA 4 HORAS



8 12 16 20
HORAS

UTILIZA LA ROPA SEGÚN LA TEMPERATURA DEL NIÑO Y DEL ENTORNO



CON PONERLE UNA PRENDA MÁS QUE LOS ADULTOS ES SUFICIENTE



NO ABRIGAR EN EXCESO CUANDO TENGA FIEBRE

SE RECOMIENDA HUMIDIFICAR EL AMBIENTE



PUEDES PONER CACITOS CON AGUA EN EL RADIADOR



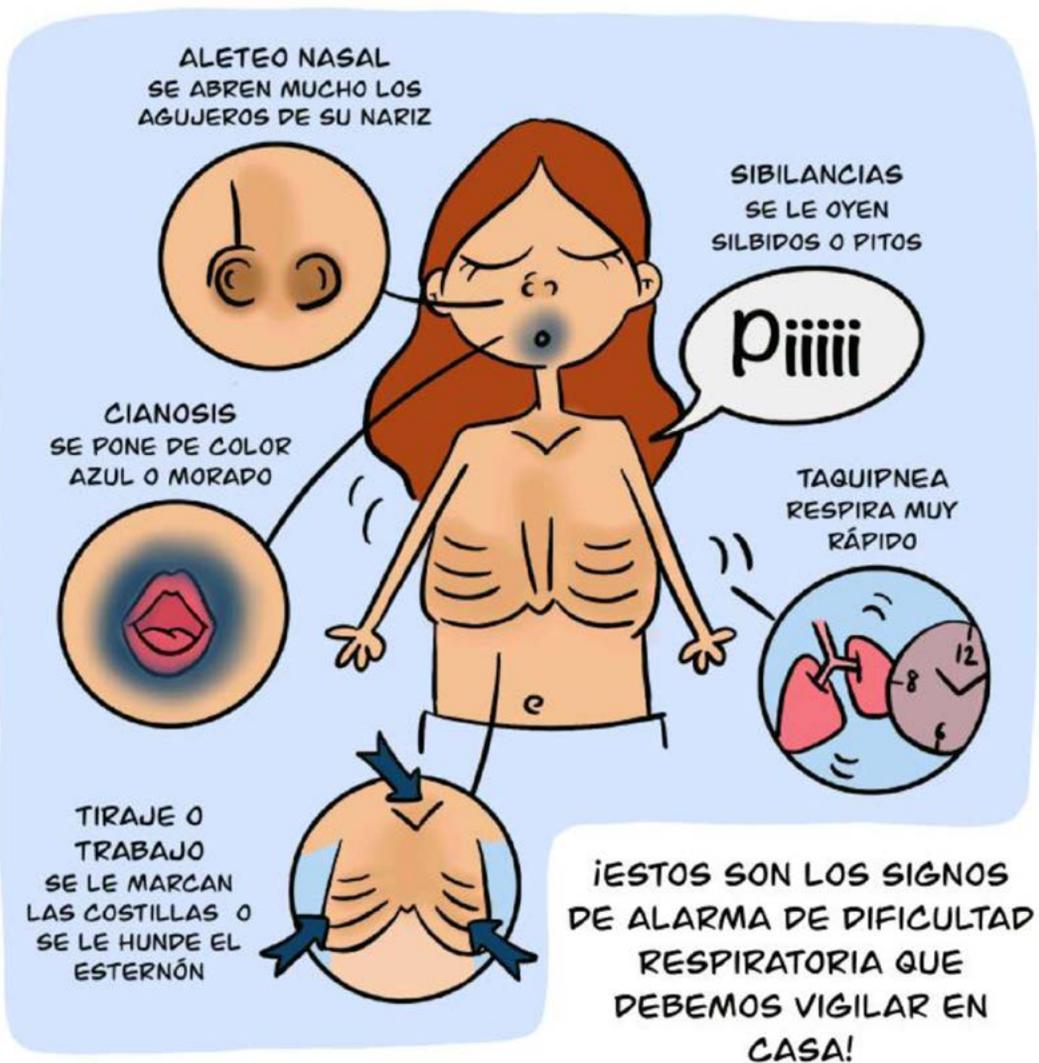
EVITA LAS AGLOMERACIONES

HAY QUE TENER AL DÍA EL CALENDARIO VACUNAL



LAS VACUNAS NOS PROTEGEN DE INFECCIONES RESPIRATORIAS













ANEXO 6. Encuesta de satisfacción del cuestionario POST



NÚMERO DE
CODIFICACIÓN:

Encuesta de satisfacción

Una vez haya realizado el cuestionario, rellene la siguiente encuesta. Para ello se utilizará una escala de 5 opciones en la que el 1 corresponde a la puntuación más baja (estoy totalmente en desacuerdo) y el 5 a la puntuación más alta (estoy totalmente de acuerdo).



46. ¿Ha terminado de leer el cómic? Sí No

UTILIDAD					
47. Me ha parecido interesante el contenido del cómic.	1	2	3	4	5
48. Considero que será útil para recordar mejor lo aprendido.	1	2	3	4	5
49. Me ha gustado la estructura del folleto en formato cómic.	1	2	3	4	5
50. He comprendido bien el lenguaje utilizado.	1	2	3	4	5
51. Las imágenes que ilustran el texto me han parecido adecuadas.	1	2	3	4	5
SATISFACCIÓN					
52. Me ha parecido interesante la utilización del cómic para adquirir conocimientos.	1	2	3	4	5
53. Recomendaría el cómic como recurso de apoyo en la educación para la salud.	1	2	3	4	5
54. Me gusta que se realicen estudios para evaluar nuevos métodos de aprendizaje.	1	2	3	4	5
55. Me gustaría que se pudieran realizar más folletos ilustrados sobre otros problemas de salud.	1	2	3	4	5

En caso afirmativo, ¿sobre qué le gustaría que fueran los folletos?

Propuesta de una consulta de enfermería de práctica avanzada (EPA) en esclerosis múltiple

Haydee Goicochea Briceño

Enfermera de práctica avanzada (EPA) en el manejo de pacientes con esclerosis múltiple del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Madrid). Vocal del grupo de estudio de Esclerosis Múltiple de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica (SEDENE). Ganadora del Premio Nightingale 2020 otorgado por la Organización Internacional de Enfermeras en Esclerosis Múltiple (IOMSN).

IV Premios de Investigación CODEM 2020. Finalista.

Cómo citar este artículo: Goicochea Briceño, H., Propuesta de una consulta de enfermería de práctica avanzada (EPA) en esclerosis múltiple. *Conocimiento Enfermero* 12 (2021): 60-69.

RESUMEN

Introducción. La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad neurológica de origen autoinmune, degenerativa y crónica que aparece en adultos jóvenes. Su manejo sanitario es complejo ya que la enfermedad presenta una sintomatología muy heterogénea y las necesidades de los pacientes son distintas según la fase de la enfermedad en que se encuentren, por lo que es importante tener un profesional especializado en EM.

Objetivos. Planificar e implementar una consulta de enfermería de práctica avanzada (EPA) en EM y analizar su impacto en el primer semestre de implementación en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HGUGM).

Método. Estudio observacional retrospectivo realizado en la consulta de Enfermedades Desmielinizantes del Servicio de Neurología.

Resultados. Se realizó un análisis descriptivo de 7 meses de evolución desde julio 2019 hasta enero 2020 con un total de 1.645 actos asistenciales de distinta índole., y también nos aporta un total de 1.388 pacientes atendidos en la consulta de EPA en EM.

Conclusiones. Estos datos nos aportan la necesidad de una crear una consulta de EPA en EM.

Palabras clave: EPA; esclerosis múltiple; asistencia médica.

Proposal for an advanced practice nursing consultation (EPA) in multiple sclerosis

ABSTRACT

Introduction. Multiple sclerosis (MS) is a neurological disease of autoimmune, degenerative and chronic origin that appears in young adults. Its sanitary management is complex since the disease presents a very heterogeneous symptomatology and the needs of the patients are different according to the stage of the disease in which they are, so it is important to have a professional specialized in MS.

Objectives. To plan and implement an advanced practice nursing consultation (EPA) in MS and analyze its impact in the first semester of implementation at Gregorio Marañón University General Hospital (HGUGM).

Method. Retrospective observational study conducted in the Demyelinating Diseases department of the Neurology Department.

Results. A descriptive analysis of 7 months of evolution from July 2019 to January 2020 was carried out with a total of 1,645 care acts of different kinds, and also provides us with a total of 1,388 patients attended in the EPA consultation in MS.

Conclusions. This data gives us the need to create an EPA consultation in MS.

Keywords: EPA; multiple sclerosis; medical assistance.

Este artículo está disponible en: <https://www.conocimientoenfermero.es/index.php/ce/article/view/164>

1. Introducción

La Esclerosis Múltiple (EM) es una enfermedad neurológica con una prevalencia en España de aproximadamente 47.000 casos según estudios epidemiológicos de la Sociedad Española de Neurología [1]. Se define como una enfermedad autoinmune, inflamatoria y neurodegenerativa, de causa desconocida y que debuta en adultos jóvenes en su pico de productividad y desarrollo sociofamiliar, con una prevalencia estimada en España de 80-125 casos por 100.000 habitantes por género y franja de edad, para el año 2009 [2]. Es, también, la enfermedad neurológica crónica más frecuente en adultos jóvenes en Europa y Norteamérica, y la principal causa de discapacidad de origen no traumático en el adulto joven [3].

El paciente con EM tiene ciertas peculiaridades. Por un lado, en el paciente con importante discapacidad, surgen necesidades de manejo tales como la espasticidad, los trastornos urinarios o de la marcha, que requieren de entrenamientos específicos y pruebas terapéuticas con tratamientos sintomáticos. En el paciente no discapacitado, sin embargo, las necesidades se centran en el reconocimiento de los brotes, el entrenamiento y dudas o problemas que surgen en relación con los tratamientos modificadores de la enfermedad y la identificación de otros procesos emergentes, más frecuentes en la población de EM, como los trastornos cognitivos o del ánimo.

2. Justificación

Actualmente existe un esfuerzo internacional, centrado en plataformas como la European Multiple Sclerosis Platform (EMSP) junto con las asociaciones de enfermería (International Organization of Multiple Sclerosis Nurses, IOMSN) y de rehabilitación (RIMS) que se han unido en el proyecto MS-NEED (MS Nurse: empowering education) para reivindicar el papel relevante de la enfermería en el manejo de los pacientes con EM.

El Consejo Internacional de Enfermería describe la Enfermera de Práctica Avanzada (EPA) como: “Una enfermera titulada que ha adquirido la base de conocimientos de experto, habilidades para la adopción de decisiones complejas y las competencias clínicas necesarias para desarrollar

un ejercicio profesional ampliado cuyas características vienen dadas por el contexto o el país en el que la enfermera está acreditada para ejercer” [4]. El profesional EPA en EM presentará competencias especializadas y de conocimientos de enfermería para permitir una mejor respuesta a las necesidades de los pacientes de EM.

El Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HGUGM) cuenta con una población adscrita de 318.818 personas, que generaron 31.843 consultas en el servicio de Neurología en el año 2017 [5].

La unidad de enfermedades desmielinizantes (UED) actualmente atiende a unos 800 pacientes, de los cuales, 498 se encontraban en tratamiento inmunomodulador en 2018. La actual complejidad de los tratamientos inmunomoduladores hace que la Sociedad Española de Neurología recomiende la visita de estos pacientes al menos 2 veces al año para las terapias de primera línea y más frecuentemente en los de terapias avanzadas, debido a los potenciales riesgos asociados a estos medicamentos. La unidad cuenta con 13 consultas al mes, con una media de 12 pacientes/consulta, así como 3 puestos en Hospital de Día 3 días a la semana.

La alta demanda de atención que requieren los nuevos tratamientos hace que las visitas no programadas sean algo frecuente en la práctica diaria. Los problemas más frecuentemente encontrados se refieren a las dudas sobre vacunación, presencia de brotes, continuidad de fármacos o eventos adversos, embarazo o renovación de prescripciones. En este sentido, una extrapolación anual de la actividad de enfermería durante 1 mes en la UED estableció un estimado total anual de 2.820 actos asistenciales de enfermería de distinta índole. Específicamente, se han relacionado con extracciones de sangre no programadas, o en el contexto de investigación (540), resolución de dudas y consultas de pacientes (1.464), atención telefónica (1.094), formación y seguimiento de tratamientos (128 inmunomoduladores y 60 sintomáticos) o evaluación de la eficacia de las terapias (300). La atención de enfermería ha podido gestionar de forma eficaz e independiente 131 sospechas de brotes, con una marcada reducción sobre las visitas a urgencias. La enfermera de la Unidad ha colaborado de forma activa con la difusión de conocimiento mediante las jornadas a pacientes y familiares de la UED así como en la

participación de congresos de enfermería nacionales en este ámbito.

Esta carga asistencial se ha venido realizando en los últimos 10 años, primero de forma parcial, mientras la enfermera de la Unidad completaba su formación específica en EM, y de forma completa durante los últimos 5 años, a pesar de que no existía la figura de EPA en esta patología a través de un contrato desde la Fundación biomédica de investigación del Hospital Gregorio Marañón con financiación privada conseguido mediante proyectos promovidos y dirigidos por la UED. La sistematización de la asistencia de enfermería de la UED a lo largo de este tiempo ha permitido poder llegar a ofrecer procedimientos y actuaciones de enfermería de calidad, que sin duda serán más óptimos y organizados una vez la figura de EPA en EM sea establecida.

En este sentido, la EPA en EM es importante desde varios puntos de vista:

1. Por un lado, la óptima gestión de casos clínicos produce una disminución de consultas a neurología especializada e incluso de ingresos hospitalarios a través de urgencias.
2. Es el profesional de enlace entre distintas especialidades médicas.
3. Realiza procedimientos de promoción de la salud en estos pacientes.
4. Realiza tareas de Investigación y Docencia hacia otros profesionales sanitarios o con los pacientes y familiares.

3. Objetivos

El objetivo primario del estudio se define como la realización de un programa de justificación e implementación de una consulta de enfermería de práctica avanzada (EPA) en la Unidad de Enfermedades Desmielinizantes del Servicio de Neurología del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Como objetivo secundario se establece el análisis retrospectivo del impacto de dicha consulta en la organización y asistencia de los pacientes de la unidad durante los primeros seis meses. Este análisis servirá a futuro para identificar cuáles son las áreas de mejora en la atención de pacientes con diagnóstico de esclerosis múltiple para ofrecer una asistencia sanitaria satisfactoria y adaptada a sus necesida-

des y expectativas en relación con diferentes grados de discapacidad.

4. Metodología

Este proyecto tiene dos fases bien delimitadas. En la primera se realiza un proyecto de solicitud de una consulta de EPA a la Dirección de Enfermería del Hospital. La segunda fase de este estudio es en la que se analizan los resultados de la implementación de este servicio en la Unidad de EM.

5. Resultado

Se reportan los resultados de las dos fases de este proyecto según se han especificado en la metodología.

5.1. Fase I: diseño de la consulta EPA

5.1.1. Definición del servicio

La EPA en EM es el profesional que combina distintas competencias, todas ellas dirigidas a proporcionar una asistencia de calidad al paciente. Estas competencias se resumen en proporcionar el cuidado directo de pacientes y familias con una perspectiva holística; el realizar consultoría como persona de referencia y alta formación; imprimir liderazgo para promover cambios y procedimientos que mejoren la asistencia; el colaborar con otros profesionales para optimizar los resultados clínicos; ser referente de formación tanto para pacientes como para familias y profesionales; promover la investigación desde la experiencia clínica y hacia la mejora asistencial y asegurar el cumplimiento del código deontológico de enfermería durante todo el proceso asistencial [6].

La propuesta de una EPA busca dar una respuesta eficaz en las tres esferas en las que tiene influencia: los pacientes y familiares, los profesionales y las organizaciones. La atención actual de los pacientes con EM se ha diversificado y desarrollado en los últimos años, evolucionando a una atención personalizada y altamente especializada que requiere de profesionales de enfermería capaces de dar respuesta a situaciones de salud complejas [7].

La misión de la EPA es la mejora de la calidad de vida de los pacientes con EM, centrada en los valores de acompañamiento, liderazgo y empatía con los pacientes y de responsabilidad compartida, voluntad de ayuda y trabajo en equipo con los profesionales.

La actividad que la EPA en EM desarrollará en este caso busca cumplir los siguientes objetivos asistenciales:

1. Formación:

a) Educar y formar a los pacientes y familiares. La comunicación de la enfermera con el paciente, los familiares y los cuidadores es fundamental para el desarrollo de la enfermedad. Los especialistas en enfermería deben saber escuchar, colaborar y resolver cualquier duda que pueda surgir, siempre estableciendo unas expectativas realistas. Aspectos como informar al paciente y a su entorno sobre la progresión de la enfermedad y el tratamiento que se está siguiendo, y estar al día sobre las novedades científicas relacionadas con la EM, son tareas fundamentales de la enfermera. Asimismo, la EPA debe formar sobre los tratamientos y evaluar adherencia, en todos, y eficacia en los sintomáticos.

b) Formación a profesionales: como enfermería especializada será referente para otros profesionales en formación en esta área de conocimiento y para sus compañeros no especializados.

c) Formación a la sociedad en general: la enfermería especializada tiene el papel de concienciar a la sociedad sobre la enfermedad y de informar de forma realista y fehaciente sobre la EM.

2. Gestión:

a) Clínica (Gestor de Casos): la gestión de casos es una modalidad de atención dirigida a personas con elevada complejidad clínica y necesidad de cuidados de alta intensidad, cuyo objetivo es asegurar que reciben los servicios adecuados a su situación, de manera integrada, a través de un plan de gestión del caso personalizado acordado con ellas y con las personas de su red de apoyo, en el que colabora el conjunto de profesionales implicado en la atención [8]. El papel de la EPA como coordinadora de los diferentes especialistas implicados en el manejo del paciente con EM es fundamental.

b) Administrativa: dentro del trabajo de gestión de casos existen atribuciones relacionadas no directamente con el trato al paciente y/o familiar, sino con acciones administrativas que permiten la continuidad del procedimiento asistencial.

3. Coordinación:

a) Dentro de la Unidad de Enfermedades Desmielinizantes: la EPA será el profesional de unión y coordinación entre los miembros del equipo multidisciplinar de la Unidad. Identificará los procesos pendientes, como los inicios de tratamientos, con especial atención a la identificación del paciente poco adherente o con efectos secundarios y transmitirá la información al equipo.

b) Con otros profesionales: la EPA asegurará que la atención al paciente sea lo más positiva posible ayudando a que los diferentes profesionales que participan en el manejo clínico se coordinen adecuadamente y colaboren de forma conjunta (desde los profesionales de atención primaria a los neurólogos, especialistas en rehabilitación, etc.).

4. Investigación:

a) Generar: la experiencia clínica avanzada de la EPA y su conocimiento clínico es una fuente de generación de ideas científicas que van dirigidas tanto a aumentar el conocimiento de los procesos y características de la enfermedad así como ofrecer nuevas herramientas desde la evidencia científica para la optimización del manejo de pacientes.

b) Divulgar: como profesional de referencia, será labor de la EPA el participar en jornadas científicas donde presentar la investigación realizada y generar una red profesional con otros expertos.

c) Abordaje Multidisciplinar: la EPA, como miembro del equipo multidisciplinar de la UED, participará en la investigación que se promueva desde este entorno, ya sean ensayos clínicos, investigaciones observacionales o proyectos propios.

5.1.2. Cartera de pacientes

Definición de la población

Los pacientes que se incluirán en esta consulta de EPA en EM serán los derivados desde la UED,

tanto desde hospitalización como consultas externas.

Derivación a consulta EPA

La derivación a esta consulta podrá realizarse de tres maneras:

1. Desde la UED del HGUGM:
 - a) Por parte del neurólogo responsable del paciente en las reuniones multidisciplinarias del equipo.
 - b) Petición desde las consultas externas de la Unidad.
 - c) Petición desde hospitalización.
2. Desde otras especialidades médicas del HGUGM. El objetivo es coordinar la atención de casos con otros especialistas. Se incluyen servicios como Farmacia hospitalaria, endocrinología, inmunología, hematología, microbiología, urología, ginecología, oftalmología, neuropedriatría o rehabilitación.
3. Desde otros centros que requieran consultoría especializada de la EPA. El objetivo es ayudar en la asistencia a profesionales de otros centros que tengan dudas relacionadas con los pacientes con EM y su gestión de enfermería.
 - a) Petición por escrito como canalización desde otros centros hospitalarios, a través del servicio e-consulta o del correo electrónico de la EPA.

Criterios de alta de consulta EPA

Se tramitará el alta de la consulta en los siguientes supuestos:

- El paciente ha cambiado de centro hospitalario.
- El paciente ha sido dado de alta por la UED.
- El paciente ha fallecido.

5.1.3. Cartera de servicios

La consulta de enfermería puede desarrollarse a tres niveles: programada, no programada y telefónica.

- *La consulta programada:* Una vez realizado el diagnóstico por el neurólogo y pautado el tratamiento, se concertará una consulta en

la que se podrán exponer todas las dudas existentes acerca de la enfermedad y el tratamiento y se entrenará sobre el tratamiento prescrito.

La segunda consulta se llevará a cabo al mes del inicio del tratamiento y las posteriores a los tres meses, seis meses y al año. Esta visita tiene como objetivo reconocer los efectos adversos de la medicación, corregir la técnica de administración, identificar fallos en la adherencia y resolver dudas. Se estima una duración de alrededor de 1 hora.

- *Consulta no programada:* Este tipo de consulta es solicitada por los propios pacientes en aquellos casos en los que les surge algún problema que debe ser valorado de forma inmediata; o por el facultativo que solicita valoración rápida por parte de enfermería.
- *Consulta online (teléfono y email):* A través de ella la EPA realiza seguimiento telefónico y puede resolver cualquier duda que les surja a los pacientes.

Las acciones de enfermería que la EPA realizará en cada una de las actividades descritas serán las siguientes:

1. Formación:

A) Al paciente y a la familia:

- I. Informar sobre la enfermedad.
- II. Educar en autocuidados: cómo reconocer y actuar ante un brote, gestión de síntomas, utilización de recursos socio sanitarios, medidas higiénico-dietéticas, asociacionismo.
- III. Informar sobre el tratamiento y la administración de fármacos pautados, ya sean en domicilio o en el ámbito hospitalario:
 1. Modificadores de la enfermedad: tanto los inyectables (acetato de glatiramer y interferones), los intravenosos (natalizumab, alemtuzumab, ocrelizumab, rituximab) y los orales (fingolimod, dimetil fumarato, cladribina, teriflunomida).
 2. Sintomáticos: fampridina, THD-Canabidiol y metilprednisolona (oral o intravenosa).
- IV. Entrenar en conocimientos y habilidades para la autoadministración de los distintos

tratamientos y aprendizaje de los cuidados adecuados. Explicación sobre el manejo de los distintos dispositivos para la auto-inyección.

- v. Informar sobre el manejo de los efectos secundarios.
 - vi. Seguimiento y realización de los controles establecidos en las diferentes fichas técnicas de cada uno de los fármacos prescritos para EM.
 - vii. Realizar un control de la adherencia al tratamiento previniendo el abandono y las complicaciones que pueden derivarse del uso incorrecto de los fármacos.
 - viii. Identificar pacientes respondedores a tratamientos sintomáticos que deben seguir en tratamiento o, en su caso, retirar la medicación en los no respondedores.
- B) A profesionales:
- i. Explicar del protocolo a seguir en los tratamientos de administración en Hospital de día de Neurología.
 - ii. Asesorar en casos poco frecuentes de EM en otros servicios (neuropediatría y ginecología).
 - iii. Asesorar a otros profesionales involucrados en la atención multidisciplinar en EM (urología, ginecología, rehabilitación, asistencia social, neurooftalmología)
- C) A la sociedad en general:
- i. Participar como EPA especializada en jornadas divulgativas en atención primaria, asociaciones de pacientes u otras iniciativas tanto públicas como privadas que busquen concienciar a la sociedad sobre esta patología.

2. Gestión:

A) Gestoría de casos:

- i. Elaborar un plan de cuidados en función del proceso de atención de enfermería específico para cada persona con EM y adaptado según la evolución de la enfermedad.
- ii. Detectar riesgos o problemas para la salud.
- iii. Mantener un contacto más estrecho con estos pacientes, facilitando un número telefónico para conocer, valorar, evaluar y poder tratar síntomas de forma temprana durante el curso de su enfermedad.

- iv. Detectar las necesidades a cubrir para proporcionar la máxima independencia funcional según las posibilidades de cada paciente y la propia evolución de la enfermedad.
- v. Desarrollar un programa de atención de enfermería (gestión de paciente crónico), en la línea de las políticas de atención a la cronicidad en los sistemas de salud.
- vi. Ofrecer apoyo y soporte emocional que ayude a disminuir la ansiedad del paciente y de los familiares.
- vii. Extracciones y gestión externa de los niveles de teriflunomida y serología de virus JC, preparación y envío de muestras.
- viii. Toma de constantes vitales, peso y talla.
- ix. Extracciones de analíticas según protocolos de actuación previas a la solicitud de tratamientos.
- x. Atender y gestionar las peticiones provenientes de los canales de comunicación directa con los pacientes y familiares (Teléfono y correo electrónico de la Unidad).

B) Administrativa:

- i. Cursar las peticiones de solicitud de tratamientos al servicio de Farmacia.
- ii. Registro de los distintos tratamientos aprobados y fechas de inicio/finalización.
- iii. Programar las analíticas que debe hacerse el paciente según ficha técnica del fármaco aprobado.
- iv. Revisión y registro de los resultados analíticos, informando a Neurología de los resultados que requieran seguimiento.
- v. Revisión de pruebas realizadas, gestionando las citas con Neurología en caso de necesidad.
- vi. Atender y gestionar las peticiones provenientes de los canales de comunicación directa con los pacientes y familiares (Teléfono y correo electrónico de la Unidad).
- vii. Gestión de informes clínicos: envío de informes clínico-neurológicos por solicitud del interesado; elaboración de documentos para el correcto transporte de la medicación; gestión de formularios para dispositivos ortopédicos y/o de ayuda mecánica.

3. Coordinación:

A) En la Unidad:

- I. Participación en las reuniones de equipo para la discusión de los casos clínicos. La EPA ofrecerá información sobre su propia gestión de casos clínicos al resto del equipo, para avanzar en la toma de decisiones diagnósticas y/o terapéuticas.
 - II. Coordinación entre los miembros del equipo: secuenciación de los pasos a seguir, cumplimentación de los procedimientos clínicos según los protocolos de actuación, seguimiento de las acciones médicas, etc...
 - III. Informar al equipo sobre los resultados de las solicitudes de petición de tratamientos modificadores de la enfermedad.
 - IV. Comunicación y resolución de dudas y consultas de pacientes derivadas de los canales de comunicación directa de la Unidad.
- B) Con otros profesionales:
- I. Coordinación con otros profesionales involucrados en la atención multidisciplinar en EM (urología, ginecología, rehabilitación, asistencia social, neurooftalmología).

4. Investigación:

- A) Generar investigación:
- I. Realización de proyectos de investigación desde la experiencia clínica.
 - II. Realización de estudios experimentales para mejora de prácticas clínicas basadas en la evidencia.
 - III. Procesar y guardar muestras en suero o líquido cefalorraquídeo con fines de investigación.
- B) Divulgación:
- I. Educar en autocuidados: cómo reconocer y actuar ante un brote, gestión de síntomas, utilización de recursos socio sanitarios, medidas higiénico-dietéticas, asociaciónismo
 - II. Informar sobre los nuevos avances en tratamiento
 - III. Participar en actividades docentes y de formación continua relacionadas
- C) Participación en ensayos clínicos:
- I. Coordinación de ensayos clínicos (Fase II, III y/o IV) en EM.

- II. Investigador colaborador en proyectos de investigación propios de la Unidad.

5.1.4. Estructura y recursos

La consulta de EPA requiere un espacio físico propio, idealmente en cercanía a las instalaciones donde se desempeña la labor asistencial en este tipo de pacientes. Este espacio debe propiciar un ambiente respetuoso con la intimidad del paciente, ventilado, silencioso, luminoso, privado y agradable para realizar las labores asistenciales de enfermería.

Esta consulta requiere de un escritorio con un ordenador conectado a la red intrahospitalaria y con acceso a los programas de gestión de historia clínica y HCIS, así como el paquete de gestión de documentos de Office. Esta consulta deberá disponer de un teléfono conectado con la línea de la Unidad (91 426 96 10). También es necesaria una camilla, sillas para los pacientes y los familiares, armarios para custodiar bajo llave los documentos sensibles según la ley de protección de datos, así como todo el material utilizado para la educación en los tratamientos farmacológicos y de recambio de dispositivos. Es necesario disponer de dispositivos para la toma de constantes vitales, peso y temperatura. Se necesitará material para la realización de extracciones analíticas en sangre y orina. Será importante tener una taquilla para custodiar los enseres personales de la EPA.

En el sistema informático del hospital, esta consulta de EPA necesita una agenda específica para sus intervenciones y para el seguimiento de los pacientes que sea autogestionada por la propia EPA.

Precisará claves de acceso para solicitar análisis según los distintos protocolos de los diferentes tratamientos inmunomoduladores.

5.1.5. Indicadores de proceso

Como indicadores de proceso se utilizarán los siguientes parámetros:

- Número de formaciones de tratamientos específicos de EM, inmunomoduladores y sintomáticos.

- Número de visitas de consultas no programadas por sospecha de brote o evento adverso.
- Número de consultas telemáticas (tanto online como telefónica).
- Número de Interconsultas de otros servicios.

5.1.6. Indicadores de resultado

- Cuestionario de evaluación EPA: Instrumento de evaluación de las competencias de enfermería de práctica avanzada APNCAI [9].
- Encuesta de satisfacción a los pacientes y usuarios del servicio EPA.

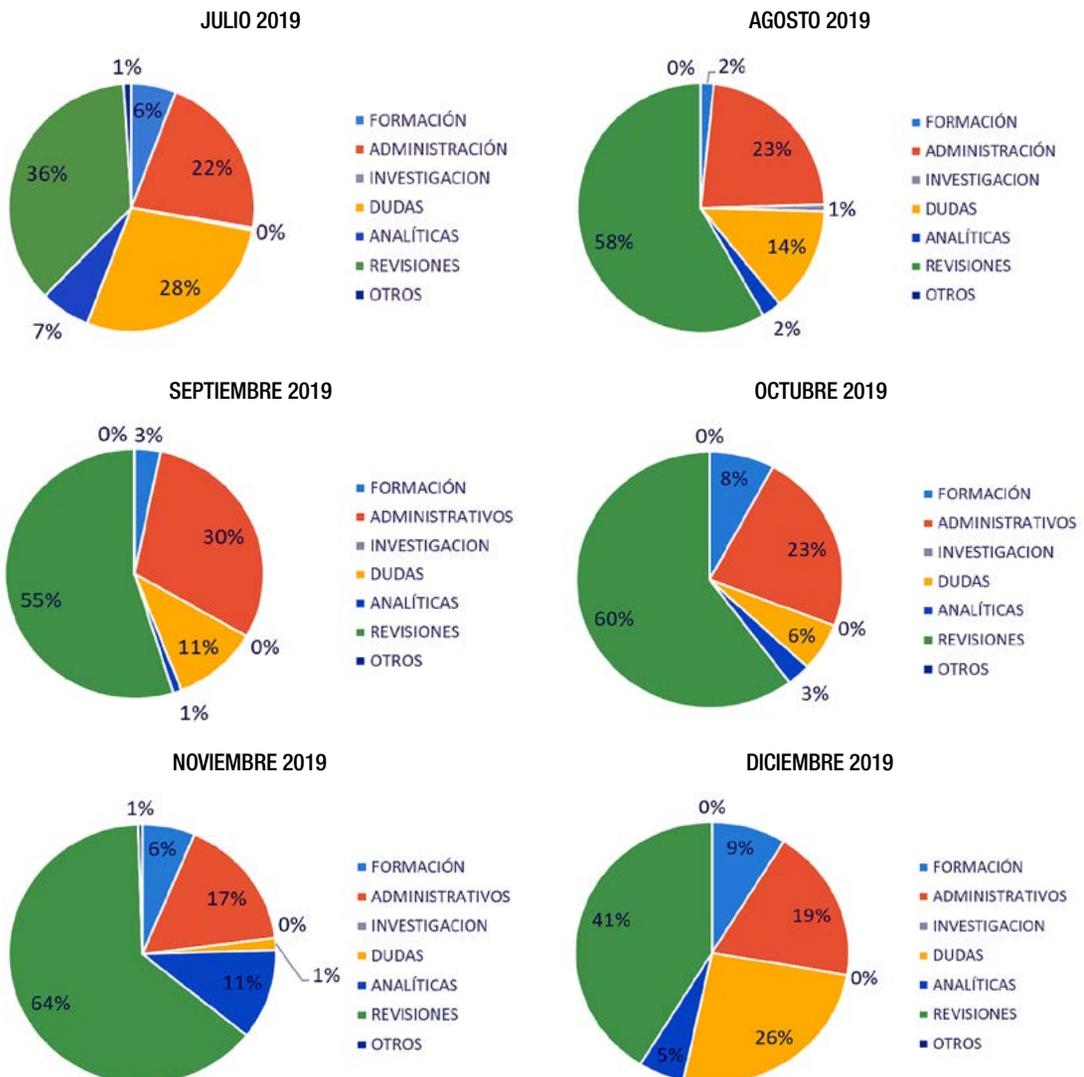
5.2. Fase II: análisis de la actividad EPA

En este apartado se reportan los resultados de los siete primeros meses de actividad de la consulta EPA.

Se registraron los datos de cada intervención según se han especificado en la programación EPA por cada mes, en el periodo de julio 2019 a enero de 2020. Estos datos se recabaron desde el sistema informático de historia clínica (HCIS) del HGUGM.

Datos sobre la actividad mensual distribuidos en distintos actos asistenciales; a continuación, se reporta datos en graficas sobre la actividad mensual de la consulta de EPA en EM (Figura 1).

Figura 1. Actividad mensual de la consulta de EPA en EM.



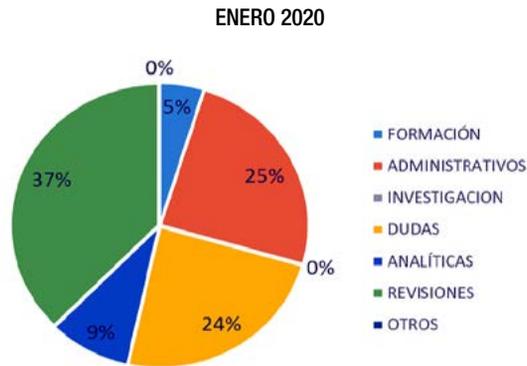
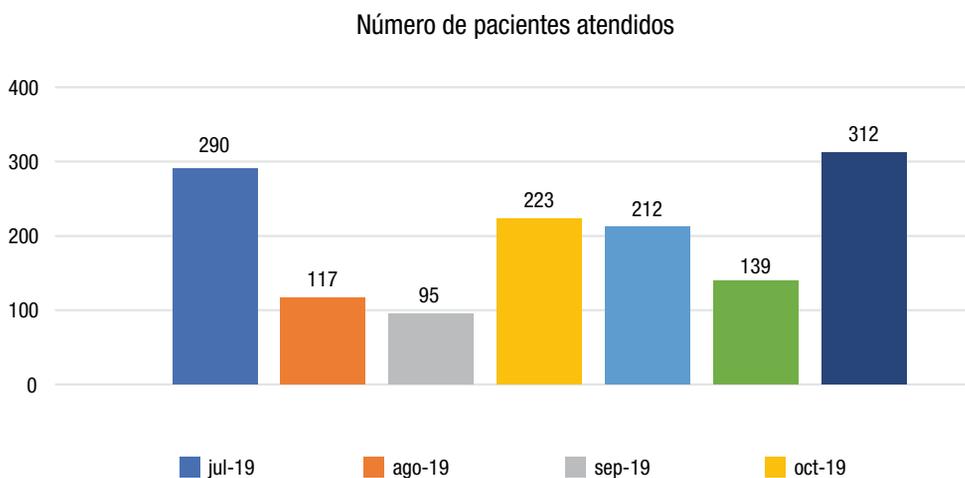


Figura 2. Total de pacientes atendidos en la consulta de EPA en EM.



Datos sobre la actividad específica; a continuación, se reporta un análisis del total de los pacientes atendidos en la consulta de EPA en EM (Figura 2).

6. Conclusiones

La implementación de una consulta EPA en este ámbito es una necesidad a cubrir en los centros con Unidades Especializadas que está en línea con las normativas Europeas de apoyo a la atención especializada y de humanización de la sanidad.

El reporte de los indicadores de proceso de los primeros seis meses de funcionamiento demuestra el volumen asistencial de una unidad de hospital terciario con Unidad Especializada en enfermedades desmielinizantes se beneficia claramente una atención de enfermería de práctica avanzada, donde además de las labores puramente asistenciales se acometen también las propias de su grado de es-

pecialización como son las de gestión de casos, investigación y docencia. Esta diversidad hace que el alcance de la figura de la EPA sea mayor, tanto dentro del equipo multidisciplinar como en la atención a los pacientes, justificando de esta manera la implementación de esta consulta.

7. Limitación

Sin embargo, y debido a la breve experiencia de esta consulta en nuestro centro, entendemos como limitación de este estudio el hecho de no disponer aún de indicadores de resultado tal y como se han establecido dentro de la programación de la consulta EPA. Estos datos estarán disponibles una vez se haya concluido el primer año de funcionamiento, por lo que serán reportados en un futuro próximo y con ellos podremos ofrecer conclusiones más detalladas y cuantitativas sobre el impacto de esta consulta.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez Menéndez A. Nota de Prensa por Día Nacional de la Esclerosis Múltiple [internet]. Sociedad Española Neurología Ed. 2016. [Último acceso 27/03/2019]. Disponible en: <http://www.sen.es/saladeprensa/pdf/Link227.pdf>
2. De Sá J. Epidemiología de la esclerosis múltiple en Portugal y España. *Rev Neurol* 2010;51: 387-92.
3. Martínez Vila E. Documento de consenso sobre estrategias y prioridades. Investigación de enfermedades neurológicas en España [internet]. Sociedad Española Neurología ISBN: 978-84-7989-641-6 Ed.2010. [Último acceso 27/03/2019]. Disponible en: <http://www.sen.es/attachments/article/542/IENE.pdf>
4. Del Barrio Linares. Competencias y perfil profesional de la enfermera de práctica avanzada. Unidad de Cuidados Intensivos. *Rev Enferm intensiva* [Internet]. 2013 [citado 2016 Mayo 04]; 25 (2): [Último acceso 27/03/2019] Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239913000928>
5. Memoria de 2017 Hospital General Universitario Gregorio Marañón [internet]. Servicio Madrileño de Salud Ed. 2018. [Último acceso 27/03/2019]. [Último acceso 27/03/2019] Disponible en: http://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/memo/memoria-2017_hugum_ok.pdf
6. González Jurado Máximo A. Resolución nº 32/89: por la que se aprueban las normas deontológicas que ordenan el ejercicio de la profesión de enfermería de España con carácter obligatorio [internet]. Colegio Oficial de Enfermería de Madrid Ed 1989. [Último acceso 27/03/2019] disponible en: <https://www.consejogeneralenfermeria.org/component/jdownloads/send/8-normativa-colegial/86-codigocge>
7. LaSala, C. A., Connors, P. M., Pedro, J. T., & Phipps, M. (2007). The role of the clinical nurse specialist in promoting evidence-based practice and effecting positive patient outcomes. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 38(6).
8. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Modelo de Gestión de Casos del Servicio Andaluz de Salud [internet] Ed 2017 , [Último acceso 27/03/2019] disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/datos/686/pdf/mgc_modelo_gestion_casos.pdf
9. Sastre Fullana, Pedro; Morales Asencio, José Miguel; De Pedro Gómez, Joan Ernest. Identificación de ámbitos potenciales de Enfermería de Práctica Avanzada en contextos no regulados. *Evidentia*. 2016 jul-dic; 13 (55-56). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n55-56/ev55560.php>

El trabajo de enfermería en la provincia de Madrid durante el confinamiento por la Covid-19: contexto y experiencias*

Teresa Peiró Salvador¹, María Vera Perea², Laura Lorente Prieto³

¹ Doctora en Biomedicina y Farmacia. Departamento de Enfermería, Universidad de València.

² Doctora en Psicología del Trabajo y las Organizaciones. Departamento de Educación y Psicología Social, Universidad Pablo de Olavide.

³ Doctora en Psicología. Departamento de Psicología Social, Universidad de València.

Fecha de recepción: 27/11/2020. Fecha de aceptación: 07/02/2021. Fecha de publicación: 30/04/2021.

Cómo citar este artículo: Peiró Salvador, T., y otros, El trabajo de enfermería en la provincia de Madrid durante el confinamiento por la Covid-19: contexto y experiencias. *Conocimiento Enfermero* 12 (2021): 70-82.

RESUMEN

La Covid-19 ha desencadenado una crisis de salud con múltiples repercusiones para la economía y la sociedad. El sistema sanitario se ha visto desbordado y ha presentado fuertes demandas para sus profesionales. El presente estudio tiene como objetivo analizar las experiencias de estrés del personal de enfermería de la provincia de Madrid durante el periodo de confinamiento en España. Para ello se analizan las fuentes de estrés percibidas, los recursos personales y sociales, las estrategias de afrontamiento, así como su desempeño y salud mental. Se trata de un estudio transversal de encuesta en el que se han utilizado medidas validadas, obteniendo datos de una muestra de 124 enfermeros/as de Madrid y 314 del resto de España. Las fuentes de estrés más fuertes han sido el miedo al contagio y la carga emocional por sufrimiento y muerte de los pacientes. Además, los/as enfermeros/as constatan niveles importantes de apoyo emocional y presentan buenos niveles de resiliencia. Entre las estrategias de afrontamiento, predomina el ‘centrado en el problema’, aunque también se dan niveles altos de apoyo emocional y aceptación. En los indicadores de salud mental, el personal encuestado muestra niveles más altos de tensión y ansiedad que de estados depresivos. Además, el desempeño y compañerismo presentan niveles positivos elevados. Las correlaciones indican una relación positiva entre los niveles de estrés y los problemas de salud mental. Por otra parte, el rendimiento y compañerismo presenta una relación negativa con esos indicadores de salud mental. Por último, el afrontamiento presenta una relación positiva con los recursos (autoeficacia y resiliencia) y en el caso de la aceptación tiene relación significativa con el rendimiento y con la salud mental. Finalmente se han comparado estos resultados del personal de enfermería de Madrid con los obtenidos por la muestra general española sin encontrarse apenas diferencias significativas.

Palabras clave: pandemia; Covid-19; estrés; afrontamiento; salud mental; desempeño; enfermería.

Nursing work in the province of Madrid during lockdown due to Covid-19: context and experiences

ABSTRACT

Covid-19 has triggered a health crisis with multiple social and economic consequences. The health system has been overflowed and has subjected health professionals to high demands. This study aims to analyze the stress experiences of nurses from the province of Madrid during the lock-down period in Spain. The stress appraisal, personal and social resources, the coping strategies, as well as the performance and mental health are analyzed. This is a transversal survey study using validated measures, with data from a sample of 124 nurses from Madrid and 314 from other parts of Spain. The strongest appraised stressors have been fear of contagion and emotional burden due to patient suffering and death. Moreover, the nurses report important levels of emotional support and show good levels of resilience. Concerning coping strategies, ‘problem focused’ predominates, although there are also high levels of emotional support and

* Las autoras agradecen la colaboración del Colegio Oficial de Enfermería de Madrid en la diseminación de la invitación a participar en el estudio. Para la muestra del resto de España se ha contado con la colaboración del Colegio Oficial de Enfermeros de Castellón, al que también agradecen su colaboración.

acceptance. Regarding mental health indicators, the surveyed nurses show higher levels of tension and anxiety than those of depressive state. Moreover, they report high levels of performance and citizenship behavior with their workmates. The correlation indexes show a positive relation between the levels of stress and mental health problems. Moreover, performance and citizenship behavior with workmates show a negative relation with the mental health indicators. Lastly, coping strategies present a positive relation with personal resources (self-efficacy and resilience) but just in the case of acceptance presents a significant relation with performance and mental health. Lastly, the comparison of these results from the nurses of Madrid with the sample from other parts of Spain shows few significant differences.

Keywords: pandemic; Covid-19; stress; coping; mental health; performance; nursing.

Este artículo está disponible en: <https://www.conocimientoenfermero.es/index.php/ce/article/view/148>

1. Introducción y planteamiento del estudio

La pandemia producida por la Covid-19 ha sido caracterizada como la crisis de salud más importante desde la Segunda Guerra Mundial y está teniendo un alcance global. En diciembre de 2019 se originó en Wuhan (Hubei, China) y desde entonces se ha ido expandiendo por todo el mundo requiriendo medidas de confinamiento en muchos países del mundo. Su impacto ha sido muy grave en el ámbito de la salud, pero también está teniendo consecuencias muy problemáticas en la economía y en otros ámbitos de la sociedad.

En nuestro país, el gobierno decretó el estado de alarma y el confinamiento general el 14 de marzo y se mantuvo hasta el 21 de junio. Durante esos meses, concretamente desde mediados de marzo a mediados de mayo, el sistema de salud se vio saturado siendo necesario en varias comunidades autónomas, habilitar hospitales para poder atender toda la demanda. Las cifras de contagiados y de muertos han alcanzado niveles muy elevados, y ello ha sobrecargado todavía más el trabajo en el sistema de salud.

Por otra parte, el desconocimiento del virus, la existencia de portadores asintomáticos, la inexistencia de un tratamiento efectivo (especialmente en los primeros meses) ni de la vacuna para prevenirlo, han supuesto una fuente importante de preocupación y estrés para los profesionales sanitarios, los responsables del sistema sanitario y la población en general.

A esto cabe sumar la falta de equipos de protección individual y la insuficiencia de equipos y unidades adecuadas para el tratamiento de los enfermos graves. El miedo al contagio personal, y a la posibilidad de contagiar a otros, en especial a la propia familia, en caso de ser portador positivo del virus, han sido también aspectos que han contri-

buido a agravar la situación del personal sanitario. Cabe mencionar también la dificultad de lidiar con pacientes aislados, la exposición a su continuo sufrimiento, a la incertidumbre y angustia de los familiares de los pacientes y al gran número de fallecimientos a los que se enfrentaban en su día a día.

En cuanto a los aspectos organizativos, los hospitales y otros centros de salud han tenido que hacer frente a la situación reorganizando su sistema de trabajo, reasignando personal de unos servicios a otros, y tratando de priorizar las actuaciones en función de la gravedad y otros condicionantes de la situación.

En este contexto, el papel y el trabajo del personal de enfermería ha sido esencial y crítico. Los/as enfermeros/as son los profesionales que mantienen el contacto más frecuente y directo con los pacientes y a menudo también con sus familiares y realizan una labor de cura, cuidados y acompañamiento, que es central para los pacientes. Este trabajo se ha llevado a cabo con alto riesgo para la propia salud y con frecuencia en condiciones de escasez de recursos, saturación de pacientes y, sobrecarga de trabajo. De hecho, la sociedad de forma prácticamente unánime, ha reconocido día tras día, durante el periodo de confinamiento, su labor y la de todo el personal del sistema de salud.

1.1. Principales cuestiones investigadas

A continuación, se presenta la conceptualización y relevancia de los constructos analizados en el presente estudio.

- **Las experiencias de estrés:**

Lazarus y Folkman [1] definen el estrés como la interacción entre las demandas y presiones amenazantes que recibe la persona de su entorno y su apreciación de que si no puede controlarlas van a

suponer un daño para su bienestar o salud. En la apreciación primaria la persona percibe una situación como amenazante y en la secundaria hace una estimación de sus posibilidades de controlarla actuando de la forma que entiende más adecuada. En caso de que esa estimación no sea muy positiva la persona experimenta emociones problemáticas y por lo general negativas que le producen malestar, y su persistencia o reiteración por no controlar la situación puede afectar a su salud. Así, pues el estrés se produce cuando la persona valora lo que sucede y recibe demandas que debe controlar, al tiempo que percibe que no cuenta con los recursos necesarios para afrontar tal situación lo cual pone en peligro su bienestar personal o su salud. En el presente estudio, hemos considerado analizar las siguientes fuentes de presión o estrés:

Carga de trabajo y personal insuficiente: En este tipo de situaciones, en especial cuando se han producido de forma inesperada y con la generalidad y rapidez con que tienen lugar, se producen unos cambios en el sistema sanitario derivados de la fuerte demanda y la saturación del sistema. Ello tiene claras repercusiones sobre el trabajo de los profesionales de la salud, y en concreto de los y las enfermeros/as, que se manifiesta en una falta de personal para atender a las necesidades urgentes requeridas por la población y en la consiguiente sobrecarga de trabajo.

Preparación insuficiente ante nuevas demandas. La situación producida por la presente pandemia se ha caracterizado por el desconocimiento del virus desencadenante: sus principales características, sus manifestaciones y síntomas, su forma de difusión y contagio, y por ello también la forma de evitar su contagio, tratarlo, cuidar y sanar a los/as enfermos/as y prevenirlo. Aunque se han realizado avances en todos esos frentes, toda esa falta de información y de conocimiento científico, epidemiológico y clínico han supuesto estrés para muchos/as profesionales por la apreciación de falta de preparación o conocimientos suficientes para afrontar las demandas con la preparación adecuada y eficaz.

Miedo al contagio. La elevada frecuencia de contagios y la fuerte incidencia de la Covid-19 ha requerido del personal de enfermería un contacto habitual con pacientes infectados y ello, añadido a la vivencia general de la población del riesgo al contagio, ha supuesto una vivencia de estrés deri-

vado de ese riesgo de contagio como también de preocupación por contagiar a otros, entre ellos a los familiares y personas allegadas.

Carga emocional por sufrimiento y fallecimiento de pacientes. Esta fuente de estrés de carácter predominantemente emocional y afectivo es habitual en muchos trabajos de enfermería, sin embargo, durante el tiempo de alarma por la pandemia de la Covid-19 esas experiencias han sido especialmente frecuentes e inquietantes, siendo además amplificadas por las vivencias emocionales colectivas, las circunstancias que las rodeaban y el clima creado por los medios de comunicación social.

- **Los recursos personales (autoeficacia y resiliencia) y sociales (apoyo de compañeros):**

En el estudio del estrés laboral, los recursos son un complemento fundamental de las demandas estresantes [2]. Los recursos juegan un papel fundamental a la hora de determinar la intensidad y gravedad de la experiencia del estrés y también si este tiene predominantemente un carácter negativo de amenaza y daño o si más bien puede ser apreciado como una oportunidad (lo que se conoce como estrés positivo, “eu-stress”). Hay dos recursos personales que tienen especial interés en esta situación: las creencias de autoeficacia de las personas y su resiliencia personal. Además, hemos considerado un recurso social que es fundamental en el trabajo como el apoyo social de los compañeros.

La autoeficacia personal en el trabajo. Según Bandura [3], la autoeficacia percibida se refiere a las creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos que producirán determinados logros o resultados. La principal fuente de la autoeficacia es el logro de ejecución, el cual depende de la ejecución de la tarea tanto real como percibida [4].

La resiliencia personal es la capacidad que tiene una persona para superar circunstancias estresantes y traumáticas, adaptándose positivamente a las situaciones adversas e incluso saliendo fortalecido de ellas, al experimentar crecimiento y adaptación y no solo recuperación [5].

El apoyo social de los/as compañeros/as es un recurso de especial importancia para las personas en su trabajo. Ese apoyo que los compañeros proporcionan en el contexto laboral puede ser de diferentes tipos siendo los más habituales el apoyo social instrumental, o la facilitación de algún recurso o

actividad que ayuda a la persona a atender las demandas del trabajo, el apoyo social emocional que atiende a las necesidades o demandas afectivas y emocionales de la persona, el apoyo social material y el informativo. En el contexto que vamos a estudiar todas esas facetas del apoyo social proveniente de los compañeros pueden jugar un papel importante para la reducción o amortiguación del estrés y por lo tanto para proteger el bienestar de los/as trabajadores/as [6].

• **Las estrategias y conductas para afrontar las demandas y dificultades:**

Según Lazarus y Folkman [1] las estrategias de afrontamiento son todos aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales que se desarrollan para manejar las demandas o fuentes de estrés específicas y evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Estos mecanismos de afrontamiento, a la vez que sirven para manipular el problema en sí, son esenciales para regular las respuestas emocionales que pueden aparecer ante circunstancias estresantes. Cada persona tiene una manera determinada de afrontar el estrés, por lo que podemos encontrar distintas taxonomías de estrategias. En este estudio hemos considerado las siguientes:

Estrategias centradas en el problema están dirigidas a manejar o alterar el problema que está causando malestar. Entre ellas se incluyen el afrontamiento activo que hace referencia a la realización de actuaciones para afrontar la situación estresante, el afrontamiento de planificación que hace referencia a las actuaciones dirigidas a planificar acciones para solventar la situación estresante y el afrontamiento de búsqueda de apoyo instrumental, que hace referencia a la búsqueda y obtención de información o consejo de otros para afrontar la situación estresante.

Las estrategias centradas en la emoción van dirigidas a regular la respuesta emocional ante el problema. Entre ellas distinguimos el afrontamiento positivo, que hace referencia a las acciones mentales dirigidas a reinterpretar de forma positiva la situación, el afrontamiento de aceptación que indica una aceptación cognitiva de lo que está ocurriendo con cierta resignación; y el afrontamiento de búsqueda de apoyo emocional que se refiere a las actividades llevadas a cabo para conseguir apoyo de otras personas y compañeros.

• **Los comportamientos: compañerismo y desempeño:**

El *compañerismo* se ha medido mediante la dimensión de conducta de ciudadanía organizacional orientada hacia los/as compañeros/as. Con este concepto se describen las conductas que los/as trabajadores/as en una organización realizan de forma discrecional y voluntaria para ayudar a otros y facilitar unas buenas relaciones, aunque esas conductas no estén consideradas ni recompensadas en el sistema de compensaciones formal de la organización pero que contribuyen a un buen funcionamiento de esta.

El desempeño en el trabajo se refiere a la valoración que la propia persona realiza de su rendimiento y los resultados que produce en el trabajo. En este caso, ese desempeño está considerado como el cumplimiento y realización de las tareas que se han de desempeñar según la descripción del puesto que se ocupa. Se conoce pues como el desempeño de las tareas establecidas o prescritas en el puesto o rol que se ocupa en la organización.

• **El bienestar y la salud mental de las/os enfermeras:**

Hemos considerado tres dimensiones que son indicadores relevantes para identificar y describir los estados de salud mental y de bienestar en el trabajo.

La tensión en el trabajo hace referencia a un estado persistente de activación y tensión de carácter no específico, que supone dificultades para relajarse y mantiene un estado de activación nerviosa que suele ir asociado de malhumor, irritabilidad, impaciencia e hiperreactividad.

Los estados de ansiedad hacen referencia a síntomas somáticos y subjetivos de miedo y también se refiere a estados autonómicos de activación, ansiedad situacional y experiencias subjetivas de afecto ansioso, aunque no exista amenaza de un daño futuro.

Los estados depresivos hacen referencia a situaciones de disforia, desesperanza, devaluación de la vida, la autocrítica excesiva, la falta de interés o implicación, la anhedonia y la inercia.

El estudio de todas estas características ambientales y personales y sus relaciones entre ellas, en las circunstancias excepcionales desencadenadas durante el periodo más fuerte y exacerbado del estado de alarma derivado de la pandemia de la Covid-19, van a permitir comprender mejor la situación de

los profesionales en ese contexto, los riesgos físicos y psicosociales que han tenido que afrontar y los recursos y estrategias que han utilizado con mayor o menor eficacia y éxito, así como sus valoraciones de su desempeño laboral y su compañerismo en sus lugares de trabajo.

2. Objetivos del estudio

El objetivo del presente estudio es describir y analizar las principales experiencias de estrés de una muestra de enfermeros/as en la provincia de Madrid, sus recursos personales y sociales, sus estrategias de afrontamiento, así como su desempeño y estado de bienestar y salud mental durante la situación de alarma social producida por la pandemia de Covid-19. También se comparan los resultados obtenidos para una muestra del resto de España.

3. Material y método

3.1. Participantes en el estudio

Han cumplimentado la totalidad de la encuesta 124 enfermeros/as de la provincia de Madrid. En función de la edad un 37,9% son menores de 31 años, 39,5% de los participantes se sitúan entre 31 y 45 años y un 22,6% son mayores de 45 años. El 96% son mujeres. En cuanto a los años de experiencia, un 15,4% tiene menos de cinco años de experiencia, el 48,8% entre 5 y 15 años y el 35,8% más de 15 años de experiencia. En función del tipo de contrato, un 41% tienen un contrato fijo, otro 42,6% temporal y el resto (16,4%) indican tener “otro” tipo de contrato. Finalmente, el 85,1% declara trabajar en un centro hospitalario y el resto (14,9%) en otros centros u organizaciones de salud. Es importante señalar que esta muestra es de carácter convencional y no tiene por tanto valor de representatividad referida a la población.

Con fines comparativos, los datos obtenidos de los participantes de la provincia de Madrid se van a comparar con los del resto de provincias españolas. En concreto, la muestra del resto de España está compuesta por 314 enfermeros/as. Es necesario señalar, antes que nada, que se trata también en el caso de la muestra general de una muestra de conveniencia que no tiene carácter representativo. De

hecho, predominan claramente los enfermeros/as de la Comunidad Valenciana (60,8%), seguido de Cataluña (11%). El resto (23,7%) proviene de otras 12 comunidades autónomas siendo un 4,5% los datos faltantes.

En función de la edad un 41,4% son menores de 31 años, 39,8% de los participantes se sitúan entre 31 y 45 años y un 18,8% son mayores de 45 años. El 93% son mujeres. En cuanto a los años de experiencia, un 28,9% tiene menos de cinco años de experiencia, el 41,1% entre 5 y 15 años y el 30% más de 15 años de experiencia. En función del tipo de contrato, un 33,3% tienen un contrato fijo, otro 48,2% temporal y el resto (18,5%) indican tener “otro” tipo de contrato. Finalmente, el 86,9% declara trabajar en un centro hospitalario y el resto (13,1%) en otros centros u organizaciones de salud.

3.2. Variables y cuestionarios

Las **fuentes de estrés** se han evaluado adaptando una escala específica de estresores para personal de enfermería: la *Nursing Stress Scale* [7] validada en español por Escribá, Más, Cárdenas y Pérez [8]. Para medir **carga de trabajo** se han utilizado 8 ítems (ejemplo: “*Ha faltado personal para cubrir el servicio*”). La **preparación insuficiente** se ha evaluado con 5 ítems (ejemplo: “*Me he sentido insuficientemente preparado/a para ayudar emocionalmente al paciente*”), y la **carga emocional** se ha medido con 5 ítems (ejemplo: “*Me he sentido impotente cuando un paciente no mejoraba*”). Para medir el **miedo al contagio** se ha elaborado una escala de tres ítems, no incluida en el instrumento original pero que era muy conveniente evaluar en esta situación. La escala de respuesta es la siguiente: 0. Nunca, 1. Casi nunca, 2. Algunas veces, 3. Muchas veces, 4. Casi siempre y 5. Siempre.

Las escalas utilizadas para evaluar los **recursos personales y sociales** son las siguientes: La **autoeficacia** se ha evaluado mediante una versión abreviada de la escala de autoeficacia general de Baessler y Schwarzer [9] de 5 ítems (ejemplo: “*Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente*”). La **resiliencia** se ha medido mediante la escala de Stephens, Heaphy, Carmeli, Spreitzer, y Dutton [10] con 5 ítems (ejemplo: “*Tratar con situaciones difíciles como ésta, me permite crecer*”). El **apoyo so-**

cial de los compañeros se ha medido con la subescala del cuestionario Nursing Stress Scale [7], utilizando sus dos ítems de forma inversa. Un ejemplo de ítem es “No he tenido ocasión para hablar abiertamente con otros/as compañeros/as sobre problemas del servicio”. La escala de respuesta es la siguiente: 0. Totalmente en desacuerdo, 1. Moderadamente en desacuerdo, 2. Algo en desacuerdo, 3. Algo de acuerdo, 4. Moderadamente de acuerdo, y 5. Totalmente de acuerdo.

Las **estrategias de afrontamiento** se han evaluado mediante una versión reducida de la escala COPE [11] validada al español por Morán, Landero y González [12]. La escala está formada por 12 ítems, 2 para cada una de las 6 dimensiones evaluadas. Las tres primeras dimensiones evalúan estrategias de afrontamiento focalizadas en la superación o resolución del problema: **Planificar el trabajo** (ejemplo: “he pensado mucho los pasos a seguir”), **actuaciones para resolver el problema** (ejemplo: “He tomado medidas para mejorar la situación”), **conseguir apoyo instrumental de otros** (ejemplo: “He recibido ayuda y consejos de compañeros/as de trabajo”). Las tres escalas de afrontamiento centrado en la emoción son: **Conseguir apoyo emocional de otros** (ejemplo: “He recibido consuelo y comprensión de otros”), **tratar de ver la situación en positivo** (ejemplo: “He buscado algo bueno en lo que está sucediendo”) y **aceptar la situación** (“Estoy aprendiendo a vivir con esto”). La escala de respuesta es la siguiente: 0. Nunca, 1. Casi nunca, 2. Algunas veces, 3. Muchas veces, 4. Casi siempre y 5. Siempre.

El **desempeño en el trabajo** se ha evaluado a través de dos ítems de la escala que evalúa **el desempeño de tarea o del rol** de Williams y Anderson [13], (ejemplo: “Completo adecuadamente las tareas que se me asignan”) y el **compañerismo** ha sido evaluado con dos ítems adaptados de la escala de Smith, Organ y Cerca [14] (ejemplo: “ayuda a mis compañeros con menos experiencia”). La escala de respuesta es la siguiente: 0. Totalmente en desacuerdo, 1. Moderadamente en desacuerdo, 2. Algo en desacuerdo, 3. Algo de acuerdo, 4. Moderadamente de acuerdo, y 5. Totalmente de acuerdo.

Para medir el estado de salud mental y el bienestar en el trabajo se ha utilizado la escala de Depresión, Ansiedad y Tensión (DASS-21) de Antony, Bieling, Cox, Enns, y Swinson [15], en su versión española [16]. La subescala de **tensión** se ha evaluado utilizando 7 ítems (ejemplo: “Me ha resultado

difícil relajarme”); la subescala de **ansiedad**, tiene también 7 ítems (ejemplo “Me he preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico”); y la subescala de **depresión** también de 7 ítems (ejemplo: “No he podido sentir sentimientos positivos”). La escala de respuesta es la siguiente: 0. Totalmente en desacuerdo, 1. Moderadamente en desacuerdo, 2. Algo en desacuerdo, 3. Algo de acuerdo, 4. Moderadamente de acuerdo, y 5. Totalmente de acuerdo.

Además, se ha obtenido información sobre los siguientes datos demográficos de los participantes: edad, género, años de experiencia, antigüedad en el puesto, centro de trabajo, servicio, categoría profesional, tipo de contrato y provincia.

3.3. Procedimiento de obtención de datos

Los datos se han obtenido mediante un cuestionario online utilizando LimeSurvey [17] con posibilidad de respuesta en diferentes medios electrónicos (ordenador, tablet, etc.). La propuesta del estudio ha sido aprobada por el Comité de Ética de la Universidad de Valencia (#1593679710463_7or6_1057_1281168_PDFa1) y en su desarrollo se ha respetado la Declaración de Helsinki. La presentación del cuestionario incluía la identidad institucional de los investigadores e indicaba el tiempo medio estimado de respuesta. También se ofrecía una breve explicación de los objetivos del estudio, se solicitaba el consentimiento informado y el acuerdo con la política de protección de datos y se invitaba a la participación. Se garantizaba el anonimato y confidencialidad de los datos. Los/as enfermeros/as que participaron en este estudio fueron contactados/as gracias a la divulgación del estudio por parte del Colegio Oficial de Enfermería de Madrid a quien agradecemos su apoyo. La recogida de datos se realizó entre el 2 de abril y el 31 de mayo de 2020, periodo en el que estuvo vigente el estado de alarma y en el que se dieron los niveles más elevados de contagios y fallecimientos en España.

3.4. Análisis de los datos y presentación de los resultados

Los análisis estadísticos se han realizado utilizando el paquete estadístico de IBM-SPSS 26.0. Con el fin de presentar los datos de la forma más sintéti-

ca y comprensible posible, al tiempo que se respeta y presenta la riqueza informativa de la información obtenida, utilizamos unas gráficas en las que para cada variable analizada (cuya descripción aparece en la parte izquierda de la gráfica), se ofrece el porcentaje de participantes que ha ofrecido respuestas en torno a niveles positivos (en color blanco), intermedios (en color gris) y negativos (en color negro). Además, se ofrece la respuesta media de la muestra española (general), la respuesta media de los profesionales de la provincia de Madrid y la prueba t de Student que nos indica si la diferencia entre ambas medias es significativa (lo es cuando aparecen asteriscos).

En la Figura 1 presentamos un ejemplo para favorecer la comprensión de las gráficas. Según esta gráfica podemos concluir que respecto a la variable miedo al contagio, un 4,8% de la muestra de Madrid obtuvo valores positivos (bajo miedo al contagio), un 24,2% valores intermedios (bastante miedo al contagio) y un 71,0% de la muestra presentaban altos niveles de miedo al contagio.

Con el fin de contextualizar mejor los resultados, habida cuenta de que la muestra es convencional y no tiene carácter representativo, se ofrecen datos comparativos obtenidos de los participantes de la provincia de Madrid con los del resto de provincias españolas. Para ello, como se puede observar en el ejemplo, en la misma gráfica se colocan unas formas geométricas indicando el valor del porcentaje de la muestra española: un triángulo para los valores positivos y un círculo para los valores intermedios. De ese modo resulta, sencillo obtener una impresión rápida de si la muestra de Madrid presenta una mejor, similar o peor situación que la del resto de España.

En el ejemplo que presentamos resulta fácil constatar que los datos de los participantes de la provincia de Madrid en el estrés por miedo al contagio (área de color blanco) no alcanzan la señal (triángulo) que indica el límite de esa área para la muestra general. Es decir, que hay menor porcentaje de profesionales de la provincia de Madrid que están en el área blanca, es decir sin miedo al contagio, que en el resto de España. También se constata una diferencia de los profesionales de la provincia de Madrid, en comparación con los del resto de España, siendo su área de color negro mayor que la del resto de España (cuyo límite vendría indicado por el círculo).

Finalmente, en la parte derecha de la gráfica se analizan esas diferencias comparando las puntuaciones medias de esa variable (miedo al contagio) para los dos grupos: participantes de Madrid (3,12) y el resto de España (3,08). La prueba estadística (t de Student) correspondiente indica que esa diferencia no es significativa.

Confiamos que, una vez familiarizado el lector con el formato gráfico de presentación de la información, le resulte fácil y enriquecedor el análisis de los resultados que se presentan a continuación en este informe.

4. Resultados obtenidos

4.1. Las experiencias de estrés en esta situación

Los resultados obtenidos sobre las experiencias de estrés en el trabajo en los/as participantes de la provincia de Madrid muestran que la experiencia de

Figura 1. Ejemplo: miedo al contagio.

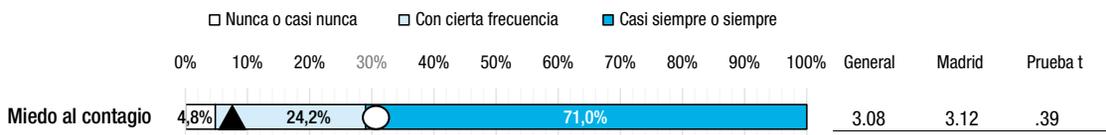


Figura 2. Experiencias de estrés en el trabajo.

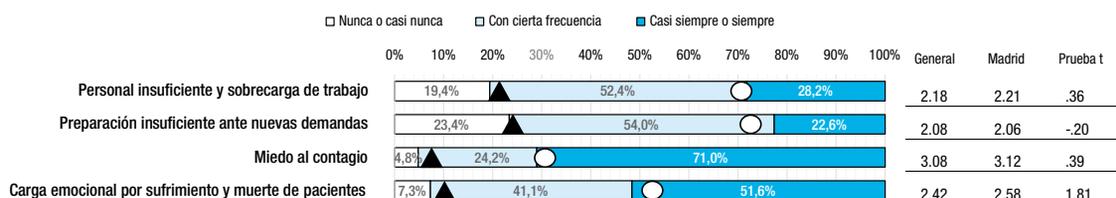
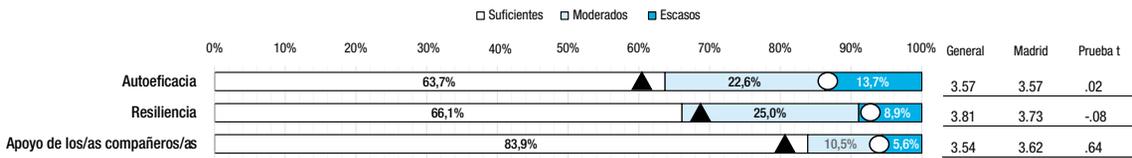


Figura 3. Recursos personales y sociales disponibles.

estrés más grave para esos/as profesionales durante el periodo estudiado ha sido sin duda la del *miedo al contagio* que alcanza unos niveles claramente negativos para 71,0% de los profesionales participantes. Le sigue otra experiencia de estrés también de carácter emocional derivado del *sufrimiento y muerte de los pacientes* que supone un estrés grave para un 51,6% de los profesionales. La *sobrecarga de trabajo* presenta una experiencia claramente negativa para casi tres de cada diez profesionales y la *preparación insuficiente en esta situación* para el 22,6%. De todos modos, un porcentaje importante en ambos casos experimentan un nivel intermedio de estrés.

La comparación de los resultados obtenidos por los profesionales de Madrid y los del resto de España no muestran diferencias significativas.

4.2. Los recursos personales (autoeficacia y resiliencia) y sociales (apoyo de compañeros)

De acuerdo con las teorías de estrés basadas en los recursos, como la teoría de Demandas y recursos del puesto y la de Conservación de recursos, estos son un elemento fundamental para controlar el estrés. La existencia de recursos puede amortiguar el daño por el exceso de demandas que no se pueden atender y su falta puede hacer más dura la situación de estrés. Además, la pérdida de recursos incrementa más el estrés que la no consecución de nuevos recursos. Así pues, a la hora de comprender como hacen frente a situaciones de fuerte demanda los profesionales de la enfermería, es importante conocer sus recursos personales y ambientales.

Es interesante señalar en primer lugar que el recurso más disponible en la muestra estudiada es el del apoyo de los compañeros, con casi un 84% de los encuestados que declaran una disponibilidad claramente positiva. También la resiliencia es valorada de forma claramente positiva por un 66,1%

de los encuestados y por último la autoeficacia es positiva para casi dos tercios de los participantes.

Las creencias de autoeficacia son un recurso importante porque aumentan las probabilidades de éxito en muchas de las actuaciones que se emprenden y en los retos que se afrontan. Como puede verse en los resultados de la figura casi dos tercios de la muestra estudiada en la provincia de Madrid tiene una valoración elevada de su autoeficacia y solo un 13,7% la tiene baja.

La resiliencia es otra característica personal que juega un papel importante en la vivencia de los problemas y dificultades en la vida. El personal de enfermería con elevada resiliencia va a soportar y actuar ante los problemas, dificultades y tribulaciones y va a actuar de forma que tiene probabilidades de salir fortalecido de ellas. Dos de cada tres participantes de la provincia de Madrid presentan buenos niveles de resiliencia ante las dificultades y problemas, y son un grupo muy pequeño los que tienen un problema importante en este aspecto. Finalmente, son el 83,9% los enfermeros/as de la Provincia de Madrid quienes dicen recibir apoyo de sus compañeros/as. El análisis comparativo con los enfermeros/as del resto de España muestra que en ninguna de estas variables hay diferencias significativas.

4.3. Las estrategias para afrontar las demandas y dificultades

Por lo general, cabe constatar que el personal de enfermería cuenta con un repertorio de estrategias de afrontamiento de amplio espectro y bien establecido. Es interesante constatar que entre un 54% y un 74,2% de los/as participantes tienen bien establecidas las diferentes estrategias de afrontamiento que hemos evaluado. En efecto, un 74,2% *planifica lo que va a hacer* ante situaciones de estrés siendo esta la estrategia de afrontamiento más frecuente. Le sigue las *actuaciones para resolver el problema* que son utilizadas por algo más de 2 de cada 3

Figura 4. Estrategias para afrontar el estrés y las dificultades.

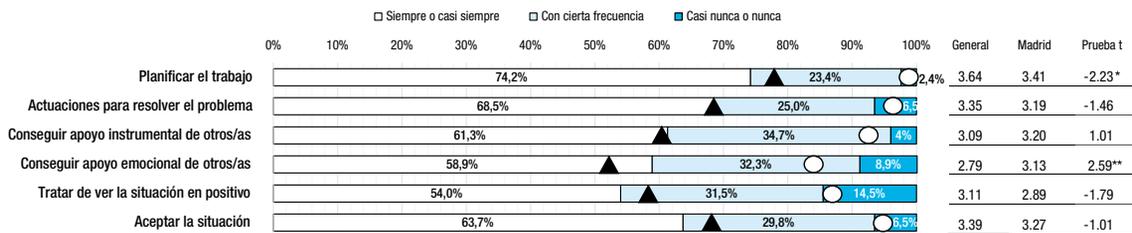
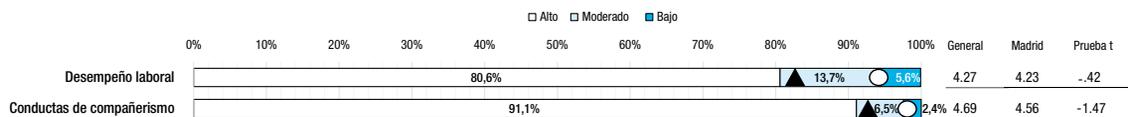


Figura 5. Comportamientos en el trabajo.



enfermeros/as encuestados/as. En tercer lugar, un 63,7% *aceptan la situación*. En cuarto lugar, son casi dos de cada tres enfermeros/as quienes declaran que tratan de *conseguir apoyo instrumental de otros/as* y un porcentaje ligeramente más bajo (58,9%) utilizan el *apoyo emocional de otros*. Por último, algo más de la mitad declara *tratar de ver la situación en positivo*, mientras que un 14,5% de la muestra no utiliza este tipo de afrontamiento.

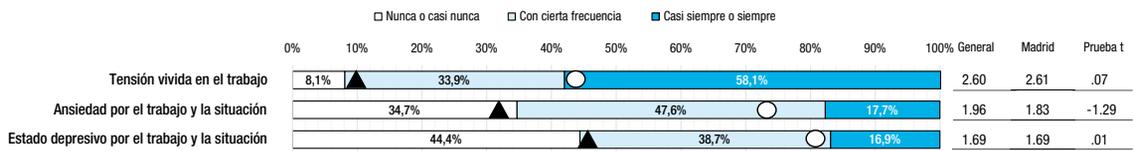
Cabe destacar que las tres estrategias presentadas primero en la tabla se centran en el afrontamiento para resolver los problemas, mientras que las tres últimas lo hacen en gestionar las propias emociones. Se puede decir pues que predomina el uso de estrategias centradas en el problema y son algo menos frecuentes las estrategias declaradas para gestionar y controlar los propios estados emocionales. Llama especialmente la atención, que siendo el apoyo de los/as compañeros/as reconocido como una condición casi “universal” declarada por casi todo el personal de enfermería (ver los resultados del apartado anterior) sin embargo, a la hora de pedirles apoyo emocional -es menor el caso cuando se pide apoyo instrumental- casi la mitad del personal se retraen de forma moderada o fuerte ese tipo de afrontamiento. Caben dos posibles explicaciones para ello. Una es que los/as propios/as enfermeros/as pueden considerar que ese tipo de apoyo pudiera poner de manifiesto su debilidad o falta de profesionalidad y de resiliencia. La segunda es que, en una situación de fuerte sobrecarga de trabajo, no se dan las mejores condiciones para solicitar ese tipo de apoyo de otros/as compañeros/as.

La comparación de los resultados obtenidos sobre las estrategias de afrontamiento muestra en dos casos diferencias significativas: *planificar el trabajo* y *conseguir apoyo emocional de otros/as*. En el primer caso, la muestra general presenta niveles más elevados de afrontamiento que Madrid mientras que en el segundo caso se invierte el signo de la comparación.

4.4. Los comportamientos: desempeño y compañerismo

Hemos evaluado dos comportamientos de los/as enfermeros/as relacionados con su desempeño. Uno hace referencia al cumplimiento de las tareas que corresponden a su puesto de trabajo, las que ha de realizar para cumplir con sus obligaciones laborales, el otro tiene que ver con el compañerismo (en la literatura científica se le caracteriza como conducta de ciudadanía organizacional relacionada con las personas). El enfermero/a no solo se preocupa de cumplir su trabajo sino de apoyar, ayudar y manifestar comportamientos de compañerismo con las personas que trabajan también en la organización sin que sean actividades que tenga la obligación de realizar. Lógicamente estas conductas contribuyen al buen clima, y con ello también a los buenos resultados de la organización.

El desempeño centrado en las tareas es autoevaluado, y alcanza valores medios muy elevados (4,23 para la muestra de Madrid y 4,27 para la muestra general) en una escala de respuesta que va de 0 a 5 puntos siendo este último valor el más elevado.

Figura 6. El bienestar y la salud mental de las/os enfermeras/os.

Cabe suponer que aquí se produce un efecto bien conocido en la literatura de “sesgo favorable” en la autoevaluación. A pesar de ello, se constatan variaciones individuales en esas evaluaciones. Por eso, junto al 80,6% que se autoevalúa en Madrid con muy buenas puntuaciones, hay un 5,6% con una evaluación negativa y un 13,7% con evaluación moderada. En la misma dirección, y con datos positivos ligeramente más elevados, se presentan las autoevaluaciones relativas al compañerismo.

Al comparar los datos obtenidos para Madrid con los del resto de España no se observan diferencias significativas. En resumen, según los/as propios/as enfermeros/as, su desempeño en general durante el periodo de alarma por la pandemia, no ha sufrido merma a pesar de las difíciles condiciones de trabajo y sus experiencias de estrés.

4.5. El bienestar y la salud mental de los/as enfermeros/as

El bienestar y la salud son características personales que suelen estar afectadas por las experiencias, contexto y la actividad laboral. Esas características personales pueden analizarse tanto en sus niveles habituales y más estables, que en ocasiones se caracterizan como “rasgos”, como en sus estados más transitorios debidos a diferentes situaciones y condiciones que se dan en un determinado periodo temporal. En nuestro caso, tenía especial interés evaluar los aspectos relacionados con la situación de la pandemia y la actividad laboral del personal de enfermería en esa situación que presentó una duración de varios meses. La evaluación se ha realizado sobre tres facetas de ese bienestar y estados de salud mental. La primera es la que se refiere al estado general de tensión que una persona puede experimentar por determinadas condiciones y situaciones laborales. Se constata que más de la mitad de los/as enfermeros/as (58,1%) declara una tensión personal en el trabajo alta y solo un 8,1% dice que nunca o casi nunca ha experimentado en

el último periodo esas vivencias. Cuando analizamos la ansiedad, un estado de mayor severidad, casi uno de cada cinco enfermeros/as indica que siente estados de ansiedad siempre o casi siempre, aunque también hay 1 de cada tres que no están experimentando esos estados de ansiedad en el periodo referido. El aspecto más severo de los estudiados hace referencia a los estados depresivos y aquí el 16,9% de los/as enfermeros/as presenta niveles graves mientras que un 38,7% presenta niveles moderados. Así pues, se trata de grupos importantes (entre el 58,1 y el 16,9% según el indicador) que están sometidos a niveles de riesgo psicosocial importante en el trabajo y que por lo tanto requerirían de actuaciones preventivas en la organización de su trabajo dirigidas a mejorar el bienestar y la salud mental, ya que además hay otro grupo importante de personal que señala niveles “moderados” en esas experiencias.

La comparación de los resultados promedio de los/as enfermeros/as de la provincia de Madrid con los del resto de España muestra que en estas tres facetas de la salud mental y el bienestar laboral no se constatan diferencias significativas.

4.6. Las correlaciones entre los constructos estudiados

El análisis de las correlaciones obtenidas (ver tabla 1) muestran resultados de indudable interés. En primer lugar, las tres variables que reflejan edad y experiencia o antigüedad tienen elevadas correlaciones positivas entre sí y ponen de manifiesto que tienden a presentar mejor adaptación las personas con mayor edad y más experiencia ya que a estas variables presentan relaciones negativas con las experiencias de estrés por carga de trabajo y por preparación insuficiente y también presentan mayores niveles de autoeficacia. Además, esas variables presentan correlaciones negativas con los indicadores de problemas mentales (tensión, ansiedad y depresión).

En segundo lugar, todos los estresores correlacionan positivamente entre sí y negativamente con

Tabla 1. Correlaciones.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1. Edad																				
2. Antigüedad	,597***																			
3. Experiencia	,795***	,552***																		
4. Carga	-,273**	-,058	-,229*																	
5. Preparación	-,364***	-,317***	-,259**	,298***																
6. Miedo	-,128	-,002	-,185*	,392***	,236**															
7. Sufrimiento	-,147	,011	-,130	,549***	,306***	,371***														
8. Autoeficacia	,241**	,256**	,163	-,003	-,069	-,069	-,110	644***												
9. Resiliencia	,022	-,002	-,034	,039	-,103	,024	-,061	,644***												
10. Apoyo	,083	,224*	,129	-,361***	-,354***	-,210*	-,250**	,111	,064											
11. Planificación	,121	,058	,132	,032	-,059	,058	,045	,283***	,196*	,009										
12. Activo	,117	,074	,114	,164	-,106	,204*	,092	,404***	,344***	-,123	,788***									
13. Instrumental	-,140	-,014	-,140	-,126	-,041	-,051	-,037	,180*	,195*	,234**	,337***	,232**								
14. Emocional	-,035	-,017	-,054	-,130	-,085	-,040	,094	,223*	,243**	,083	,236**	,206*	,671***							
15. Reinterpretación	-,062	-,063	-,039	,051	-,092	-,155	-,063	,128	,179*	,065	,311***	,238**	,206*	,044						
16. Aceptación	,111	,155	,111	-,107	-,237**	-,115	-,124	,232**	,281**	,235**	,110	,106	,269**	,293***	,248**					
17. Desempeño	,158	,146	,130	-,128	-,303***	,046	-,194*	,542***	,432***	,145	,110	,135	,089	,088	,300***	,300***				
18. Compañerismo	,122	,122	,034	-,049	-,093	,145	-,017	,562***	,489***	,073	,107	,179*	,137	,134	-,028	,127	,628***			
19. Tensión	-,199*	-,049	-,123	,311***	,386***	,327***	,363***	-,419***	-,253**	,045	,031	,031	-,161	-,156	-,142	-,226*	-,303***	-,176*		
20. Ansiedad	-,276**	-,224*	-,273**	,346***	,492***	,365***	,422***	-,393***	-,194*	-,376***	,055	,005	,021	-,017	-,055	-,211*	-,248**	-,145	,666***	
21. Depresión	-,245**	-,256**	-,225*	,272**	,415***	,291***	,402**	-,493***	-,446***	-,395***	,053	-,064	-,071	-,094	-,170	-,401***	-,390***	-,280**	-,597***	,645***

el recurso de apoyo social. Además, mayores niveles de estresores están significativamente relacionados con niveles más elevados de tensión, ansiedad y estados depresivos. También algunos de los estresores (preparación insuficiente y sufrimiento) muestran una relación negativa y significativa con desempeño.

Los recursos (autoeficacia, resiliencia y apoyo social de los compañeros) muestran una relación negativa con los estresores (en especial apoyo) y se relacionan positivamente con las diferentes estrategias de afrontamiento. Además, presentan una relación positiva con el desempeño y compañerismo (sorprendentemente salvo el apoyo) y tienen claramente una relación negativa con los problemas de bienestar y salud mental.

Las estrategias de afrontamiento correlacionan todas entre sí, aunque presentan pocas relaciones con los estresores y con la salud. Por último, el desempeño y el compañerismo se relacionan de forma positiva con la salud y el bienestar de los profesionales. Cuanto mejor desempeño mejor salud mental.

5. Discusión y conclusiones

Es interesante señalar que durante las semanas de pico de contagios por la pandemia en España, las dos experiencias de estrés más importantes han sido el miedo al contagio y el estrés emocional por el contacto con el sufrimiento y la muerte de pacientes. También presentan niveles relativamente altos la sobrecarga de trabajo y la falta de preparación para abordar las nuevas demandas sanitarias. Es interesante constatar que los enfermeros/as presentan en general niveles de resiliencia y de autoeficacia altos y también cuentan con buen nivel de apoyo social de los compañeros.

En relación con las estrategias de afrontamiento ante estrés, el personal de enfermería de Madrid practica, en su mayoría, una amplia gama de ellas, predominando algo más las orientadas a afrontar el problema que las orientadas a gestionar las emociones personales y a asumir la situación. La utilizada con menos frecuencia, en comparación con las otras, es tratar de ver la situación en positivo.

El desempeño en el trabajo es autoevaluado de forma altamente positiva tanto en cuanto al desempeño del puesto como al compañerismo. Es conocido en este tipo de evaluación la existencia muy

probable de un sesgo positivo derivado de la autoevaluación. En este caso, también puede estar pasando en esas autoevaluaciones la experiencia del sobreesfuerzo que se ha de realizar en una situación como la que se ha producido en los hospitales y otras organizaciones de salud.

Constatamos que en los estados de bienestar y salud mental identificamos un grupo importante de trabajadores con experiencias problemáticas en sus niveles de tensión y ansiedad personal y en los estados depresivos. Estas situaciones son coherentes con las condiciones en que se ha desarrollado su trabajo y el rendimiento que han tenido que dar en esas situaciones y ello incluso contando con buenos niveles de recursos personales (autoeficacia y resiliencia) y sociales (apoyo de compañeros/as).

Finalmente es importante constatar que los/as profesionales de Madrid, comparando los niveles medios alcanzados con los de otras provincias españolas, apenas presentan diferencias significativas.

6. Recomendaciones

Vistos los niveles de estrés por miedo al contagio, es importante señalar la importancia de que los profesionales cuenten con los recursos adecuados de protección para evitar los contagios, y se planteen medidas organizativas y protocolos de actuación orientados a la prevención del contagio y la protección de la salud de los profesionales y de sus familiares. Es necesario realizar previsiones para contar con los recursos, equipamiento e instalaciones, y también con EPIs que permitan el desempeño del trabajo del personal de enfermería en condiciones de seguridad. Hay que prever las estrategias, recursos y protocolos para la realización de tests y diagnósticos de los/as profesionales sanitarios que permitan conocer en su caso, el estado de infección con el fin de tomar las actuaciones oportunas asegurar que estos no puedan ser a su vez fuentes de contagio.

Es importante planificar sesiones de formación y entrenamiento al personal de enfermería en situaciones en las que las características de los problemas de salud que se han de tratar y abordar presenten amplias zonas de incertidumbre en cuanto a sus síntomas, clínica, protocolos de actuación etc. También es fundamental proporcionar una información clara, transparente, suficiente y efectiva que permita a los profesionales entender mejor la situación y desempeñar de forma más informada su trabajo. Los resultados también indican la importancia que tiene para el personal de enfermería contar con recursos personales tales como la autoeficacia, la resiliencia y sociales como el apoyo por parte de sus compañeros y supervisores. Resulta pues fundamental fortalecer tales recursos y favorecer un clima de colaboración y apoyo entre los compañeros mejorando aspectos como la comunicación dentro de los equipos de trabajo.

Será necesario establecer mecanismos que identifiquen las situaciones y estados de tensión, ansiedad y depresivos de los profesionales por las condiciones y situación de trabajo que permitan determinar los tiempos de descanso, recuperación y en los casos en que este indicado, las bajas para evitar un presentismo en condiciones de salud inadecuadas y contraproducentes.

Es importante rediseñar el sistema de trabajo y el personal de forma que la carga de trabajo para los profesionales no afecte de forma negativa a su salud. Será importante incorporar refuerzos acordes con los niveles de demanda y carga de trabajo existentes derivados de la pandemia o de otros aspectos de la salud de la población.

El sistema de salud debe proporcionar el apoyo y asesoramiento psicológico profesional adecuado para atender a los profesionales que presenten niveles de tensión, ansiedad y estados depresivos derivados del sobreesfuerzo que tienen que realizar en la situación de exceso de demanda o de incremento de los riesgos del trabajo para su salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. Nueva York: Springer Publishing Company. 1984.
2. Bakker AB, Demerouti E. Job demands-resources theory. In Wellbeing: A complete reference guide. Work and wellbeing; Chen P.Y., Cooper C.L. (Eds.); Wiley-Blackwell – 2014. United Kingdom, (pp. 37–64).
3. Bandura A. *Self-efficacy: The exercise of control*. 1997. Nueva York: Freeman.
4. Grau R, Salanova M, Peiró JM. Efectos moduladores de la autoeficacia en el estrés laboral. *Apuntes de Psicología*. 2000. 18, 1, 57-75.

5. Richardson GE. The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*. 2002. 58, 3, 307-321. Doi: 10.1002/jclp.10020.
6. Peiró JM, Salvador A. Estrés Laboral y su control. *Madrid: Endema*. 1993.
7. Gray-Toft P, Anderson JG. The Nursing Stress Scale: Development of an instrument. *Journal of Behavioural Assessment*. 1981. 3(1), 11-23. <https://doi.org/10.1007/BF01321348>
8. Escribá V, Mas R, Cárdenas M, Pérez S. Validity of a job stressors measurement scale in nursing staff: the nursing stress scale. *Gac Sanit*. 1999. 13(3), 191-200. Doi: 10.1016/s0213-9111(99)71350-6.
9. Baessler J, Schwarzer R. Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de Autoeficacia General. *Ansiedad y Estrés*, 1996. 2, 1-8.
10. Stephens JP, Heaphy E, Dutton JE. High quality connections. In Cameron, K. S., Spreitzer, G. (Eds.), *The Oxford handbook of positive organizational scholarship* (pp. 385-399). New York, NY: Oxford University Press. 2011.
11. Carver CS. You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*. 1997. 4(1), 92-100. Doi: 10.1207/s15327558ijbm0401_6
12. Morán C, Landero R, González MT. COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*. 2010. 9(2), 543-552.
13. Williams LJ, Anderson SE. Job satisfaction and organizational commitment as predictors of organizational citizenship and in-role behavior. *Journal of Management*. 1991. 17, 601-617. Doi: <http://dx.doi.org/10.1177/014920639101700305>
14. Smith CA, Organ DW, Near JP. Organizational Citizenship Behavior: Its Nature and Antecedents. *Journal of Applied Psychology*. 1983. 68 (4), 653-663.
15. Antony MM, Bieling PJ, Cox BJ, Enns MW, Swinson RP. Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment*. 1998. 10, 176-181. Doi: 10.1037/1040-3590.10.2.176
16. Bados A, Solanas A, Andrés R. Psychometric properties of the Spanish version of Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS). *Psicothema*. 2005. 17, 679-683.
17. Klieve HM, Beamish W, Bryer FK, Rebollo RE, Perrett HO, Van Den Muyzenberg J. Accessing practitioner expertise through online survey tool LimeSurvey. *Knowledge in Technology Education (TERC 2010)*. 2010. 2