

Contenidos

Composición y desarrollo de un carro de paradas en un centro de salud rural

Primera promoción de especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria. Un año después de terminar la residencia

Consumo de tabaco en pipa de agua (*shisha, hookah, narghile*) en chicos usuarios de una red social

Instrumentos de medida de la percepción del estigma en personas con discapacidad intelectual

Reuniones y congresos en ciencias de la salud. "Lo científico": ¿hacia dónde va?, ¿hacia dónde debería ir?

Oferta formativa de Enfermería Familiar y Comunitaria. Evolución de cinco años de trayectoria

Conclusiones AEC Gran Canaria. IX Congreso Nacional. III Simposio Internacional. II Encuentro de tutores y EIR





La Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria (RidEC) se distribuye a los socios de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC), así como a los principales centros asistenciales y de investigación, universidades, Escuelas Universitarias de Enfermería, sociedades científicas y profesionales de la salud, con especial difusión en España e Iberoamérica.

RidEC es la primera revista científica especializada en cuidados de salud orientados a la familia y a la comunidad del espacio iberoamericano, lo que permite a los profesionales estar permanentemente actualizados sobre los avances que se producen en las diferentes áreas del conocimiento en el campo de la Enfermería Comunitaria.

Como órgano Oficial de la AEC está dirigida a profesionales de la Enfermería Comunitaria en todos los ámbitos de actuación.

La revista incluye una serie de secciones donde se recogen innovaciones en diversos campos de la Enfermería Comunitaria: originales, revisiones, editoriales, cartas a la directora, metodología de la investigación, instrumentos para el cuidado, etc., constituyendo un medio de comunicación que satisface con sus contenidos de investigación avanzada, tanto desde el punto de vista clínico como gestor y docente, a las enfermeras comunitarias.

RidEC es una publicación abierta, participativa, colaboracionista a todos aquellos trabajos que tengan como objetivo contribuir a la difusión del conocimiento científico en los cuidados enfermeros al individuo, a la familia y a la comunidad, en el marco de la salud pública y comunitaria.

Los valores implícitos de esta publicación son el respeto a los principios éticos de la investigación, el rigor en los contenidos científicos, la transparencia en el proceso de selección de trabajos, la independencia editorial y el apoyo al desarrollo de la Enfermería Comunitaria.

RidEC es una publicación semestral que publica artículos científicos revisados de forma ciega por al menos dos profesionales expertos en la disciplina enfermera. Los idiomas español y portugués son las lenguas en las que indistintamente se podrán someter artículos para su edición y de forma adicional se podrán publicar versiones en inglés o francés de los mismos.

Esta publicación es miembro de:



Dirección editorial, redacción y administración: Difusión Avances de Enfermería (DAE). C/ Manuel Uribe, 13, bajo dcha. 28033 Madrid (España). Teléfono de atención al cliente y suscripciones: **902 22 01 02**

Envío de artículos: ridec@grupo-paradigma.com

E-mail de atención al cliente, publicidad y administración: dae@grupo-paradigma.com

Periodicidad: 2 números al año.

Tarifa de suscripción anual	España	Extranjero
Personal	36 €	54 €
Instituciones	54 €	67 €
Estudiantes	29 €	36 €

RidEC se distribuye gratuitamente entre los socios de AEC.

Protección de datos: la Editorial DAE declara cumplir lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999 sobre Protección de Datos de Carácter Personal.

© AEC

© DAE, S.L.

Reservados todos los derechos

El contenido de la presente publicación no puede ser reproducido ni transmitido por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por medio alguno, sin la previa autorización por escrito del titular de los derechos de explotación de la misma.

Normas de publicación para los autores disponibles en: <http://www.enfermeria21.com/revistas/ridec/pagina/normas-de-publicacion/>
ISSN: 1988-5474

COMITÉ EDITORIAL

EDITOR

Dr. José Ramón Martínez Riera

DIRECTOR

Dr. Raúl Juárez Vela

DIRECTOR ASOCIADO

Francisco Javier Pastor Gallardo

CONSEJO DE REDACCIÓN Y REVISIÓN

Dra. Carmen Luz Muñoz Mendoza
 Edurne Zabaleta del Olmo
 Luis Carlos Redondo Castán
 Maribel Mármol Lopez
 Dra. M^a José Cabañero Martínez
 Miguel Ángel Díaz Herrera
 Mirella Ladios Martín

CONSEJO ASESOR

- Dr. José Verdú Soriano (Alicante-España)
- Dra. Carmen de la Cuesta Benjumea (Alicante-España)
- M^a José Dasí García (Valencia-España)
- Esperanza Ferrer Ferrandiz (Valencia-España)
- Dr. Antonio Frías Osuna (Andalucía-España)
- Sergio Romeo López Alonso (Andalucía-España)
- Juan Ignacio Valle Racero (Andalucía-España)
- Dr. Rafael del Pino Casado (Andalucía-España)
- Esperanza Arriaga Piñeiro (Andalucía-España)
- María Dolores Izquierdo Mora (Canarias-España)
- Jorge Mínguez Arias (La Rioja-España)
- Manuel Mañá González (Galicia-España)
- María Paz Mompert García (Madrid-España)
- Pilar Vilagrasa Ortí (Barcelona-España)
- Enrique Castro Sánchez (Londres-Gran Bretaña)
- Dra. Arminda da Silva Mendes Carneiro da Costa (Oporto-Portugal)
- Marinha Mendonça (Portugal)
- Dra. Roseni Rosângela de Sena (Minas Gerais-Brasil)
- Dra. Regina Rigatto Witt (Brasil)
- Lourdes García del Campo (Celaya, Gto-México)
- Lety Cacique Cacique (Celaya, Gto-México)
- Julia Teresa López España (Nuevo León-México)
- M^a Guadalupe Martínez Martínez (Nuevo León-México)
- Laura Rico Herrera (Celaya, Gto-México)
- María Consuelo Castrillón Agudelo (Antioquía-Colombia)
- Patricia Cid Henríquez (Concepción-Chile)
- Luz Angélica Muñoz (Santiago-Chile)
- Dra. M^a Soledad Rivera Martínez (Santiago-Chile)
- Dra. Olivia Inés Sanhueza Alvarado (Concepción-Chile)
- Dra. Jasna Stiepovich Beroni (Concepción-Chile)
- Olga María Rivero González (Cuba)

Sumario • Summary

Vol. 8 - nº 1 enero-junio 2015

Editorial

Veinte años no es nada... Ahora que tengo veinte años.....	4
<i>José Ramón Martínez Riera</i>	

Originales

Composición y desarrollo de un carro de paradas en un centro de salud rural <i>Contents and development of a code blue cart in a rural health center</i>	7
<i>María Luisa Jiménez Sesma, Alba Simón Melchor</i>	
Primera promoción de especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria. Un año después de terminar la residencia <i>First group of nurses completing education as nurse specialists in Family and Community Nursing. A year after having completed their residence</i>	25
<i>Beatriz Sánchez Hernando, Elvira Gras Nieto, Francisco Javier Pastor Gallardo</i>	

Investigación cualitativa

Consumo de tabaco en pipa de agua (<i>shisha, hookah, narghile</i>) en chicos usuarios de una red social <i>Water pipe (shisha, hookah, narghile) smoking in young social networkers</i>	36
<i>Pedro Jorge Araujo</i>	

Revisiones

Instrumentos de medida de la percepción del estigma en personas con discapacidad intelectual <i>Measuring tools to assess stigmatization perception by people with intellectual disability</i>	53
<i>Pablo Serna Berná, Ana Santos Ruiz</i>	

Reflexiones enfermeras

Reuniones y congresos en ciencias de la salud. "Lo científico": ¿hacia dónde va?, ¿hacia dónde debería ir?	62
<i>Enrique Oltra Rodríguez, M^o Consuelo Company Sancho</i>	

Opinión

Oferta formativa de Enfermería Familiar y Comunitaria. Evolución de cinco años de trayectoria	66
<i>Enrique Oltra Rodríguez, José Ramón Martínez Riera</i>	

Noticias RIDEC

Conclusiones AEC Gran Canaria. IX Congreso Nacional. III Simposio Internacional. II Encuentro de tutores y EIR	73
--	----

Editorial

Veinte años no es nada... Ahora que tengo veinte años...

Carlos Gardel nos decía en su inolvidable canción *Volver* que "veinte años no es nada...". Y años más tarde Joan Manuel Serrat nos cantaba "Ahora que tengo veinte años, ahora que aún tengo fuerzas...".

La Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC) ha cumplido 20 años. Y efectivamente 20 años no es nada. No lo es por lo mucho que queda por avanzar, trabajar y lograr y porque aún es joven y tiene la fuerza, la motivación y la ilusión de seguir adelante en su intento por lograr que la Enfermería Comunitaria sea referente de las personas, las familias y la comunidad con las que trabaja por lograr una Salud Pública cada vez mejor.

Cuando hace veinte años un grupo de enfermeras se reunieron bajo la sombra de unas acacias en los Jardines del Real de Valencia para analizar lo que estaba sucediendo en esos momentos en la entonces joven Atención Primaria y con las enfermeras, seguro que no eran conscientes de la importancia de dicha reunión. Ese fue el germen de lo que posteriormente sería la primera Sociedad Científica de Enfermería Comunitaria en España, aunque inicialmente se constituyera con carácter autonómico. El marcado carácter impreso por las/os fundadoras/es condujo a que muy pronto otras autonomías identificaran la oportunidad que ofrecía esta recién nacida sociedad científica para el avance de la Enfermería Comunitaria que tan importante papel estaba teniendo en el desarrollo de la Atención Primaria, por aquel entonces denominado Nuevo Modelo.

Primero fue La Rioja y a esta siguieron Canarias, Murcia... y la AEC fue creando su imagen, su estatus, su liderazgo, su impronta, su posicionamiento para visibilizarse como un referente imprescindible en el desarrollo de las enfermeras comunitarias.

Pero todo esto fue posible gracias a enfermeras líderes que lograron ilusionar a otras muchas. M^a Jesús Pérez Mora, Desiderio Rodrigo, Adolf Guirao, Gálata Pérez, Paqui Anaya, por poner tan solo los nombres de sus hasta ahora presidentes y evitar así olvidos imperdonables, consiguieron liderar el espíritu con el que nació la AEC.

Nada de lo logrado hasta ahora en la Enfermería Comunitaria en España sería lo mismo sin la AEC. La especialidad es hoy en día una realidad gracias al empeño y dedicación que en su creación, implantación y desarrollo puso la AEC, que fue quien hizo la primera propuesta y justificación sobre la misma, que llevó con los años a que se lograra la publicación en el Boletín Oficial del Estado (BOE) de su programa formativo. Y ello sin olvidar la apuesta que por el desarrollo científico se ha venido realizando a través de sus reuniones, jornadas, congresos, posicionamientos, publicaciones... que han permitido generar evidencias en las que sustentar, argumentar y justificar la enfermería comunitaria como pilar básico de las organizaciones sociosanitarias.

Pero, además, estos veinte años transcurridos han servido para lograr que la AEC, y como consecuencia de ello la Enfermería Comunitaria, sea reconocida como un referente imprescindible en cualquier foro, comisión o grupo de trabajo de cualquiera de las administraciones sanitarias de España, tanto centrales como autonómicas, participando en la elaboración de documentos, guías, manuales protocolos, etc.

Veinte años de trabajo, dedicación, emociones, sentimientos encontrados... que no han evitado sinsabores y tristezas, como la pérdida de compañeras/os de gran valor. Unos definitiva e irremediadamente, como nuestro querido Antonio Galindo, otros

esperemos que circunstancialmente por diferencias o desencuentros que no deben nunca ocultar su aportación y con los que deseamos volver a contar por su inestimable valor personal y profesional.

Veinte años en los que se ha puesto de manifiesto, una vez más, que es imprescindible la unidad de acción. Que las diferencias en los planteamientos, las miradas divergentes, los discursos encontrados deben servir para enriquecer el debate, animar la reflexión y alentar el análisis sereno, respetuoso y científico que conduzcan a lograr objetivos comunes.

Veinte años que han conseguido que trabajemos en igualdad de fuerzas y consiguiendo el respeto de otras disciplinas en el abordaje de situaciones y problemas en los que se precisa el trabajo colaborativo.

La AEC ha sido coherente en estos veinte años con sus fines y objetivos fundacionales. Para ello ha tenido que renunciar en ocasiones a determinadas concesiones o planteamientos que hubiesen traicionado el espíritu con que se creó. Saber interpretar las decisiones que en este sentido se hayan tenido que adoptar y aprender de los seguros errores cometidos, eso nos hará más fuertes. Avanzar en el convencimiento de lo que se cree es lo que nos permitirá convencer a los demás. Y nuestra única y segura convicción es la Enfermería Comunitaria y su aportación a la Salud de la Comunidad y a la Salud Pública.

Nos queda mucho camino por delante. Pero ya hemos logrado algo muy importante, ser visibles y audibles, o lo que es lo mismo, ser necesarios en la construcción del lenguaje universal de la salud.

En un ejercicio de imaginación combinando las letras de Serrat y Gardel podemos concluir diciendo:

*Ahora que tengo veinte años,
ahora que aún tengo fuerzas,
que no tengo el alma muerta,
y me siento hervir la sangre...
Sentir
que es un soplo la vida
que veinte años no es nada
que febril la mirada...*

José Ramón Martínez Riera

Presidente de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC)



NUEVA JUNTA DIRECTIVA - AEC 2014-2018



Presidente
José Ramón Martínez Riera



Coordinadora para las TICs
Trinidad Carrión Robles



Tesorera
Guillermina Marí i Puguet



Secretaria
M^a Isabel Mármol López



Vocalía de Cooperación y Relaciones Internacionales
Francesca Abate

Vicepresidencia I
Enrique Oltra Rodríguez



Vocalía de Especialistas de EFyC
Francisco Javier Pastor Gallardo



Vocalía de Residentes de EFyC
Elvira Gas Nieto



Vocalía de Formación e Investigación
Rafael del Pino Casado



Vicepresidencia II
Fátima del Carmen Vega Morales



Vocalía de Comunicación
M^a Eugenia Suárez Díaz



Vocalía de Instituciones Penitenciarias
José Vidal Andreu



VOCALÍAS AUTONÓMICAS

Director RIdEC
Raúl Juárez Vela



¹ María Luisa Jiménez Sesma
² Alba Simón Melchor

Composición y desarrollo de un carro de paradas en un centro de salud rural

¹ Enfermera. Master Interuniversitario en Ciencias de la Enfermería, experto en Gerontología Clínica y Social. Atención Continuada del Centro de Atención Primaria de Sector Alcañiz (Alcañiz).

Dirección de contacto: mariajise@hotmail.com

² Enfermera. Diploma de Especialización en accidentes de tráfico, título de experto en indicación, uso y autorización de medicamentos y productos sanitarios. Atención Continuada del Centro de Atención Primaria de Calaceite (Alcañiz).

Resumen

Objetivo: crear e implantar un protocolo de composición, revisión y mantenimiento del carro de paradas de un centro de salud rural.

Metodología: se ha realizado una revisión bibliográfica basándose en artículos originales y revisiones de los últimos diez años.

Resultados: se han definido los fármacos y material necesarios, se ha elaborado una lista de principios activos asociados a cada nombre comercial, se ha elaborado una hoja de incidencias, descrito las condiciones del carro, establecido el mecanismo de revisión y reposición de los elementos incluidos en el carro, se ha elaborado un protocolo de comprobación y verificación de los equipos y elaborado un registro de revisión de las caducidades de la medicación.

Conclusiones: es importante que los profesionales sanitarios colaboren en la composición del carro de paradas, además de comprometerse en la revisión y mantenimiento, para asegurar una asistencia efectiva y de calidad.

Palabras clave: parada cardiorrespiratoria; carro de paradas; Atención Primaria; reanimación cardiopulmonar.

Abstract

Contents and development of a code blue cart in a rural health center

Purpose: To create and implement a protocol on the contents, review, and maintenance of code blue cart in a rural health center.

Methods: A literature search and review was carried out based on original papers and review articles published in the last ten years.

Results: Required drugs and materials were defined; a list of active ingredients and corresponding brand names was prepared; an incident reporting form was prepared; code cart condition was described; ways for review and replenish products in the cart were defined; a protocol for equipment check and verification was developed, and a recording system to review drug expiration dates was prepared.

Conclusions: Importantly, healthcare professionals should be involved in code blue cart content definition, and should be engaged in cart review and maintenance, in order to ensure an effective and high-quality healthcare is provided.

Key words: cardiopulmonary arrest; code blue cart; primary care; cardiopulmonary resuscitation.

Introducción

El carro de paradas, también llamado carro de soporte vital avanzado, es un elemento esencial en el caso de tener que prestar una asistencia sanitaria urgente, como es en la parada cardiorrespiratoria o cualquier otra patología que requiera la aplicación de medidas terapéuticas urgentes. Más aún en un centro de salud donde puede producirse una emergencia y el carro de soporte vital avanzado es el recurso que puede brindar gran ayuda en la atención a estos pacientes, manteniendo viva a la persona y procurándole las primeras intervenciones hasta que una UVI móvil u otro recurso de transporte pueda realizar la interfase y trasladarlo a un centro hospitalario con el fin de prestarle el tratamiento especializado que sea necesario (1,2).

La *American Heart Association* (AHA) establece el término "cadena de supervivencia" refiriéndose a la secuencia de actuaciones encaminadas a disminuir la mortalidad en las situaciones de compromiso vital. En esta cadena de supervivencia intervienen entre otros factores: la formación y las habilidades de los profesionales ante este tipo de situaciones, el lugar físico donde se produzca el evento, el número de profesionales disponibles para atender la emergencia y la existencia de los medios y materiales necesarios como son la medicación, el material sanitario y el aparataje (2).

Por ello, es imprescindible dotar a todos los centros de Atención Primaria, bien sea en ámbito rural o urbano, de los dispositivos necesarios para la atención de la población en situaciones de urgencia.

Objetivos

El objetivo principal de este artículo es crear e implantar un protocolo de composición, revisión y mantenimiento del carro de paradas del centro de salud rural de Calaceite (Teruel).

Los objetivos específicos son:

- Definir los fármacos y el material necesarios a incluir en el carro de paradas.
- Elaborar una lista de principios activos asociados a cada nombre comercial.
- Elaborar una hoja de incidencias.
- Describir las condiciones del carro de soporte vital avanzado (características físicas, ubicación y organización del material).
- Establecer el mecanismo de revisión y reposición de los elementos incluidos en el carro de parada.
- Implementar un protocolo de comprobación y verificación del funcionamiento de los equipos.
- Desarrollar un registro de revisión de la fecha de caducidad de la medicación.

Metodología

Se ha efectuado una revisión de la literatura científica durante junio de 2014, con el objetivo de conocer las evidencias disponibles sobre este tema. La búsqueda bibliográfica se ha realizado a través de las bases de datos *Medline* (Pubmed), *Cuiden*, *Lilacs*, *Enfispo*, *Google académico*, además de consultas en sociedades científicas. La búsqueda se ha restringido a los idiomas inglés, español y portugués. Los términos empleados han sido: *cardiac arrest*, parada cardiorrespiratoria, *resuscitation trolley*, carro de parada, *primary healthcare centre*, Atención Primaria, *cardiopulmonary resuscitation* y reanimación cardiopulmonar.

El criterio de selección se ha limitado a artículos originales y revisiones de los últimos diez años que mostraban de manera explícita relación con los objetivos del trabajo. Se han identificado un total de 25 artículos (5). A partir de la información obtenida de la búsqueda bibliográfica se ha elaborado un listado con los elementos que podrían formar parte del carro de parada y ordenados de acuerdo a las siguientes características: fármacos, sueroterapia, material respiratorio, material de intubación, material circulatorio, material diagnóstico y otros materiales. Además, esta búsqueda ha ayudado en la elaboración de los diferentes registros del carro de parada y también para conocer las condiciones que todo carro de soporte vital avanzado debe cumplir.

El trabajo de campo ha sido realizado en julio de 2014, el cual ha consistido en una visita al Centro de Atención Primaria de Alcañiz donde se ha inspeccionado el carro de paradas.

Resultados

1. Definir los fármacos y el material necesarios a incluir en el carro de paradas.

Se consideraron 59 fármacos y 10 sueros a valorar y se decidieron incluir 25 fármacos y cinco sueros en el listado definitivo. También se valoraron 131 instrumentos entre los que se encuentran material respiratorio, material de intubación, material circulatorio, material diagnóstico y otros materiales, y 56 se consideraron imprescindibles para su inclusión.

Los diferentes componentes del carro de paradas se detallan a continuación:

FÁRMACOS (Imagen 1)

Administración intravenosa incluida en el carro de paradas:

- Adrenalina 1 mg/ml jeringa precargada (1:1.000).
- Adrenalina 1 mg/ml jeringa no precargada (1:1.000).
- Atropina 1 mg/ml ampolla.
- Flumazenilo 0,5 mg/5 ml ampolla.
- Naloxona 0,4 mg/1 ml ampolla.
- Glucosa 33% ampolla 10 ml.
- Cloruro mórfico 1% ampolla 1 ml.
- Amiodarona 150 mg/3 ml ampolla.
- Hidrocortisona fosfato sódico 500 mg polvo + disolución 5 ml.
- Metilprednisolona 8 mg polvo + disolución 2 ml.
- Metilprednisolona 20 mg polvo + disolución 2 ml.
- Metilprednisolona 40 mg polvo + disolución 2 ml.
- Metilprednisolona 1.000 mg polvo + disolución 15,6 ml.
- Ranitidina 50 mg/5 ml ampolla.
- Omeprazol 40 mg polvo.
- Labetalol 100 mg/20 ml ampolla.
- Midazolam 15 mg/3 ml ampolla.

Administración sublingual incluida en el carro de paradas:

- Nitroglicerina 0,4 mg/0,05 ml solución para pulverización sublingual.

Administración rectal incluida en el carro de paradas:

- Diazepam 5 mg/microenema.
- Diazepam 10 mg/microenema.

Administración oral incluida en el carro de paradas:

- Ácido acetilsalicílico 300 mg comprimido.
- Nitroglicerina 0,8 mg comprimido.
- Nifedipino 10 mg comprimido.
- Clopidogrel 75 mg comprimido.
- Captopril 25 mg comprimido.

SUEROTERAPIA (Imagen 2)

- Suero fisiológico 500 ml.



Imagen 1. Fármacos del primer cajón del carro de paradas



Imagen 2. Sueroterapia del segundo cajón del carro de paradas

- Suero fisiológico 100 ml.
- Suero fisiológico 10 ml.
- Glucosado 5% 500 ml.
- Gelafundina® 500 ml.

MATERIAL (Imágenes 3, 4 y 5)

Material respiratorio incluido en el carro de paradas:

- Cánulas orofaríngeas (Guedel):
 - Adulto muy grande= 120 mm= nº 6.
 - Adulto grande= 100 mm= nº 5.
 - Adulto mediano= 90 mm= nº 4.
 - Adulto pequeño= 80 mm= nº 3.
 - Pediátrico= 70 mm= nº 2.
 - Pediátrico= 60 mm= nº 1.
 - Pediátrico= 50 mm= nº 0.
 - Pediátrico= 40 mm= nº 00.
 - Pediátrico= 30 mm= nº 000.
- Balón de reanimación con válvula unidireccional, conexión a oxígeno y bolsa reservorio (Ambú®):
 - Adulto.
 - Pediátrico.
- Mascarilla facial con bordes almohadillados para ventilación manual:
 - Adulto nº 5.
 - Adulto nº 4.
 - Pediátrico nº 3.
 - Lactante nº 2.
- Gafas nasales:
 - Adulto.
 - Pediátrico.
- Mascarilla de oxígeno con FiO₂ regulable (Ventimask®):
 - Adulto.
 - Pediátrico.
- Mascarilla de oxígeno con FiO₂ con reservorio:
 - Adulto.
 - Pediátrico.
- Mascarilla aerosolterapia (Hudson®):
 - Adulto.
 - Pediátrico.
- Laringoscopio.
- Palas de laringoscopio:
 - Número 3.
 - Número 4.



Imágenes 3, 4 y 5. Materiales del tercer, cuarto y quinto cajón del carro de paradas

- Bombillas para el laringoscopio.
- Pilas para el laringoscopio.
- linterna.
- Pilas para la linterna.
- Aspirador.
- Sondas de aspiración:
 - Sonda nº 18 F.
 - Sonda nº 16 F.
 - Sonda nº 14 F.
 - Sonda nº 10 F.
 - Sonda nº 8 F.
- Tubos orotraqueales con balón adulto:
 - Tubo nº 9,5.
 - Tubo nº 8,5.
 - Tubo nº 7,5.
- Tubos orotraqueales sin balón pediátrico:
 - Tubo nº 4.
 - Tubo nº 3.
- Fiador del tubo orotraqueal.
- Pinzas de Magill:
 - Adulto.
 - Pediátrico.
- Bomba de oxígeno con manómetro, flujómetro y humidificador.
- Alargadera 15 metros.

Material de intubación incluido en el carro de paradas:

- Mascarilla laríngea:
 - Mascarilla nº 5.
 - Mascarilla nº 4.
 - Mascarilla nº 3.
 - Mascarilla nº 2,5.
 - Mascarilla nº 2.
 - Mascarilla nº 1,5.
 - Mascarilla nº 1.
- Jeringa:
 - 20 ml.
 - 10 ml.
- Lubricante hidrosoluble para intubación (Silkospray®).
- Fijación del tubo orotraqueal (cinta de retorta y esparadrapo hipoalergénico).

Material circulatorio incluido en el carro de paradas:

- Catéteres intravenosos (Abbocath®):

- Catéter nº 24 G.
- Catéter nº 22 G.
- Catéter nº 20 G.
- Catéter nº 18 G.
- Catéter nº 16 G.
- Agujas:
 - Aguja intramuscular 0,8 x 40 mm, 21 G.
 - Aguja venopunción 0,9 x 40 mm, 20 G.
 - Aguja subcutánea 0,5 x 16 mm, 25 G.
- Jeringas:
 - 50 ml.
 - 20 ml.
 - 10 ml.
 - 5 ml.
 - 2 ml.
- Regulador de flujo intravenoso.
- Equipo de goteo.
- Llave de tres pasos.
- Tapón para vía venosa con válvula de seguridad.
- Alargaderas.
- Paquete de gasas.
- Apósitos para sujeción de vía venosa.
- Esparadrapo de tela 5 cm x 5 m.
- Esparadrapo de plástico 5 cm x 5 m.
- Compresor elástico (Smart®).
- Tubos para analítica:
 - Tubo con EDTA: hemograma.
 - Tubo de gelosa: bioquímica.
 - Tubo con citrato: coagulación.

Material diagnóstico incluido en el carro de paradas:

- Glucómetro.
- Paquete de tiras reactivas.
- Esfingomanómetro aneroide.
- Fonendoscopio.
- Electrodo para desfibrilador:
 - Adulto.
 - Pediátrico.
- Paquete de electrodos para electrocardiograma.
- Pulsioxímetro.
- Adaptador pulsioxímetro adulto.
- Adaptador pulsioxímetro pediátrico.

Otros materiales incluidos en el carro de paradas:

- Lubricante hidrosoluble urológico.
- Clorhexidina.
- Manta térmica.
- Rotulador permanente.
- Pinza para clampar el cordón umbilical.
- Tijeras.
- Guantes estériles:
 - Talla G.
 - Talla M.
 - Talla S.
- Paquete de guantes de vinilo.

2. Elaborar una lista de principios activos asociados a cada nombre comercial del carro de parada.

La elección de los medicamentos a incluir en el carro de paradas de un centro de Atención Primaria depende, entre otras cosas, de las características de la población a atender, disponibilidad de ambulancias de soporte vital y la cercanía del hospital de referencia (7).

En el carro de soporte vital avanzado se deben colocar únicamente los medicamentos necesarios para las situaciones vitales. La acumulación de fármacos y suero terapia innecesaria dificulta su accesibilidad en el momento de atender una urgencia.

Es recomendable que junto al carro de paradas y en un lugar bien visible se encuentre una lista de principios activos asociados a cada nombre comercial, para facilitar su rápida identificación en situaciones urgentes (4) (Tabla 1).

Tabla 1. Lista de principios activos del carro de parada

MEDICACIÓN: CENTRO DE SALUD CALACEITE		
FÁRMACO	NOMBRE COMERCIAL	UNIDADES
ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA		
Adrenalina 1 mg/ml jeringa precargada (1:1.000)	Adrenalina® 1 mg/ml jeringa precargada (1:1.000)	5
Adrenalina 1 mg/ml jeringa no precargada (1:1.000)	Adrenalina® 1 mg/ml jeringa no precargada (1:1.000)	2
Atropina 1 mg/ml ampolla	Atropina® 1mg/ml ampolla	3
Flumazenilo 0,5 mg/5 ml ampolla	Anexate® 0,5 mg/5 ml	3
Naloxona 0,4 mg/1 ml ampolla	Naloxone® 0,4 mg/1 ml	3
Glucosa 33% ampolla 10 ml	Glucosmón® 33% ampolla 10 ml	1
Cloruro mórfico 1% ampolla 1 ml	Morfina® 1% ampolla 1 ml	1
Amiodarona 150 mg/3 ml ampolla	Trangorex® 150 mg/3 ml ampolla	3
Hidrocortisona fosfato sódico 500 mg polvo + disolución 5 ml	Actocortina® 500 mg polvo + disolución 5 ml	1
Metilprednisolona 8 mg polvo + disolución 2ml	Urbason® 8 mg polvo + disolución 2ml	2
Metilprednisolona 20 mg polvo + disolución 2ml	Urbason® 20 mg polvo + disolución 2ml	2
Metilprednisolona 40 mg polvo + disolución 2ml	Urbason® 40 mg polvo + disolución 2ml	2

Tabla 1. Lista de principios activos del carro de parada (continuación)

MEDICACIÓN: CENTRO DE SALUD CALACEITE		
FÁRMACO	NOMBRE COMERCIAL	UNIDADES
Metilprednisolona 1000 mg polvo + disolución 15,6 ml	Urbason® 1.000 mg polvo + disolución 15,6 ml	1
Ranitidina 50 mg/5 ml ampolla	Ranitidina® 50 mg/5 ml ampolla	1
Omeprazol 40 mg polvo	Omeprazol GES® 40 mg polvo	1
Labetalol 100 mg/20 ml ampolla	Trandate® 100 mg/20 ml ampolla	1
Midazolam 15 mg/3 ml ampolla	Dormicum® 15 mg/3ml ampolla	1
ADMINISTRACIÓN SUBLINGUAL		
Nitroglicerina 0,4 mg/0,05 ml solución para pulverización sublingual	Trinispray® 0,4 mg/0,05 ml solución para pulverización sublingual	1
ADMINISTRACIÓN RECTAL		
Diazepam 5 mg/microenema	Stesolid® 5 mg/microenema	2
Diazepam 10 mg/microenema	Stesolid® 10 mg/microenema	2
ADMINISTRACIÓN ORAL		
Ácido acetilsalicílico 300 mg comprimido	Adiro® 300 mg comprimido	3
Nitroglicerina 0,8 mg comprimido	Solinitrina® 0,8 mg comprimido	3
Nifedipino 10 mg comprimido	Adalat® 10 mg comprimido	2
Clopidogrel 75 mg comprimido	Plavix® 75 mg comprimido	4
Captopril 25 mg comprimido	Captopril® 25 mg comprimido	4
SUEROTERAPIA		
Suero fisiológico 500 ml		3
Suero fisiológico 100 ml		2
Suero fisiológico 10 ml		2
Glucosado 5% 500 ml		1
Gelafundina 500 ml		1

3. Elaborar una hoja de incidencias del carro de paradas.

Se registrarán las incidencias detectadas en el carro de paradas, donde constarán como mínimo los datos siguientes: fecha, incidencia detectada, resolución de la misma en el caso de que existiera y firma del profesional sanitario (9) (Tabla 2).

4. Describir las condiciones del carro de soporte vital avanzado (características físicas, ubicación y organización del material).

No existe un único modelo de carro de paradas, pero sí existen unas consideraciones que todo carro debe reunir. Se podría señalar, en primer lugar, como características físicas que sería necesario al menos un carro por centro, es importante que sea móvil para poder desplazarlo y de dimensiones apropiadas.

5. Establecer el mecanismo de revisión y reposición de los elementos incluidos en el carro de paradas.

Se establece que las revisiones se llevarán a cabo al comienzo de la guardia y de forma mensual de manera programada. Igualmente, siempre se revisará y repondrá el material y la medicación del carro de paradas después de cada utilización (7). Esta revisión mensual implicará el control del número de unidades, existencias, caducidad, reposición en caso de estar caducado y las incidencias que puedan detectarse. Las incidencias encontradas se subsanarán con la mayor brevedad posible para evitar que en casos de urgencia el material o la medicación no estén disponibles (Tabla 3).

Tabla 3. Mecanismo de revisión y reposición de los fármacos y del material del carro de parada

CENTRO DE SALUD CALACEITE			FECHA:						
FÁRMACO	NOMBRE COMERCIAL	Cantidad	Existencias		Caducado		Repuesto		Incidencias
			Sí	No	Sí	No	Sí	No	
ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA									
Adrenalina 1 mg/ml jeringa precargada (1:1.000)	Adrenalina® 1 mg/ml jeringa precargada (1:1000)	5							
Adrenalina 1 mg/ml jeringa no precargada (1:1.000)	Adrenalina® 1 mg/ml jeringa no precargada (1:1000)	2							
Atropina 1mg/ml ampolla.	Atropina® 1mg/ml ampolla	3							
Flumazenilo 0,5 mg/5 ml ampolla	Anexate® 0,5 mg/5 ml	3							
Naloxona 0,4 mg/1 ml ampolla	Naloxone® 0,4 mg/1 ml	3							
Glucosa 33% ampolla 10 ml	Glucosmón® 33% ampolla 10 ml	1							
Cloruro mórfico 1% ampolla 1 ml	Morfina® 1% ampolla 1 ml	1							
Amiodarona 150 mg/3 ml ampolla	Trangorex® 150 mg/3 ml ampolla	3							
Hidrocortisona f.sódico 500 mg polvo + disolución 5 ml	Actocortina® 500 mg polvo + disolución 5 ml	1							
Metilprednisolona 8 mg polvo + disolución 2 ml	Urbason® 8 mg polvo + disolución 2 ml	2							
Metilprednisolona 20 mg polvo + disolución 2 ml	Urbason® 20 mg polvo + disolución 2 ml	2							
Metilprednisolona 40 mg polvo + disolución 2 ml	Urbason® 40 mg polvo + disolución 2 ml	2							
Metilprednisolona 1.000 mg polvo + disolución 15,6 ml	Urbason® 1.000 mg polvo + disolución 15,6 ml	1							
Ranitidina 50 mg/5 ml ampolla	Ranitidina® 50 mg/5 ml ampolla	1							
Omeprazol 40 mg polvo	Omeprazol GES® 40 mg polvo	1							
Labetalol 100 mg/20 ml ampolla	Trandate® 100 mg/20 ml ampolla	1							
Midazolam 15 mg/3 ml ampolla	Dormicum® 15 mg/3 ml ampolla	1							
ADMINISTRACIÓN SUBLINGUAL									
Nitroglicerina 0,4 mg/0,05 ml solución para pulverización sublingual	Trinispray® 0,4 mg/0,05 ml solución para pulverización sublingual	1							
ADMINISTRACIÓN RECTAL									
Diazepam 5 mg/microenema	Stesolid® 5 mg/microenema	2							
Diazepam 10 mg/microenema	Stesolid® 10 mg/microenema	2							

Tabla 3. Mecanismo de revisión y reposición de los fármacos y del material del carro de parada (continuación)

CENTRO DE SALUD CALACEITE			FECHA:						
FÁRMACO	NOMBRE COMERCIAL	Cantidad	Existencias		Caducado		Repuesto		Incidencias
			Sí	No	Sí	No	Sí	No	
ADMINISTRACIÓN ORAL									
Ácido acetilsalicílico 300 mg comprimido	Adiro® 300 mg comprimido	3							
Nitroglicerina 0,8 mg comprimido	Solinitrina® 0,8 mg comprimido	3							
Nifedipino 10 mg comprimido	Adalat® 10 mg comprimido	2							
Clopidogrel 75 mg comprimido	Plavix® 75 mg comprimido	4							
Captopril 25 mg comprimido	Captopril® 25 mg comprimido	4							
SUEROTERAPIA									
Suero fisiológico 500 ml		3							
Suero fisiológico 100 ml		2							
Suero fisiológico 10 ml		2							
Glucosado 5% 500 ml		1							
Gelafundina 500 ml		1							
CENTRO DE SALUD CALACEITE			FECHA:						
MATERIAL	Cantidad	Existencias		Caducado		Repuesto		Incidencias	
		Sí	No	Sí	No	Sí	No		
MATERIAL RESPIRATORIO									
Cánulas orofaríngeas (Guedel)									
Adulto muy grande= 120 mm= nº 6		1							
Adulto grande= 100 mm= nº 5		1							
Adulto mediano= 90 mm= nº 4		1							
Adulto pequeño= 80 mm= nº 3		1							
Pediátrico= 70 mm= nº 2		1							
Pediátrico= 60 mm= nº 1		1							
Pediátrico= 50 mm= nº 0		1							
Pediátrico= 40 mm= nº 00		1							
Pediátrico= 30 mm= nº 000		1							
Balón de reanimación con válvula unidireccional, conexión a oxígeno y bolsa reservorio (Ambú)									
Adulto		1							
Pediátrico		1							
Mascarilla facial con bordes almohadillados para ventilación manual									
Adulto nº 5		1							
Adulto nº 4		1							
Pediátrico nº 3		1							
Lactante nº 2		1							

Tabla 3. Mecanismo de revisión y reposición de los fármacos y del material del carro de parada (continuación)

CENTRO DE SALUD CALACEITE		FECHA:						Incidencias
MATERIAL	Cantidad	Existencias		Caducado		Repuesto		
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
Gafas nasales								
Adulto	1							
Pediátrico	1							
Mascarilla de oxígeno con FiO₂ regulable (Ventimask®)								
Adulto	1							
Pediátrico	1							
Mascarilla de oxígeno con FiO₂ con reservorio								
Adulto	1							
Pediátrico	1							
Mascarilla aerosolterapia (Hudson®)								
Adulto	1							
Pediátrico	1							
Palas de laringoscopio								
Número 3	1							
Número 4	1							
Bombillas para el laringoscopio								
Pilas para el laringoscopio	2							
Linterna								
Pilas para la linterna	2							
Sondas de aspiración								
Sonda nº 18 F	1							
Sonda nº 16 F	1							
Sonda nº 14 F	1							
Sonda nº 10 F	1							
Sonda nº 8 F	1							
Tubos orotraqueales con balón adulto								
Tubo nº 9,5	1							
Tubo nº 8,5	1							
Tubo nº 7,5	1							
Tubos orotraqueales sin balón pediátrico								
Tubo nº 4	1							
Tubo nº 3	1							
Fiador del tubo orotraqueal								
Pinzas de Magill	1							
Adulto	1							
Pediátrico	1							
Alargadera 15 metros								
	1							

Tabla 3. Mecanismo de revisión y reposición de los fármacos y del material del carro de parada (continuación)

CENTRO DE SALUD CALACEITE		FECHA:						
MATERIAL	Cantidad	Existencias		Caducado		Repuesto		Incidencias
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
MATERIAL DE INTUBACIÓN								
Mascarilla laríngea								
Mascarilla nº 5	1							
Mascarilla nº 4	1							
Mascarilla nº 3	1							
Mascarilla nº 2,5	1							
Mascarilla nº 2	1							
Mascarilla nº 1,5	1							
Mascarilla nº 1	1							
Jeringa								
20 ml	1							
10 ml	1							
Lubricante hidrosoluble para intubación (Silkospray®)	1							
Fijación del tubo orotraqueal (cinta de retorta y espaldrapo hipoalergénico)	1							
MATERIAL CIRCULATORIO								
Cateteres intravenosos (Abbocath®)								
Catéter nº 24 G	2							
Catéter nº 22 G	2							
Catéter nº 20 G	4							
Catéter nº 18 G	4							
Catéter nº 16 G	2							
Agujas								
Aguja intramuscular 0,8 x 40 mm, 21G	5							
Aguja venopunción 0,9 x 40 mm, 20G	5							
Aguja subcutánea 0,5 x 16 mm, 25G	5							
Jeringas								
50 ml	1							
20 ml	1							
10 ml	5							
5 ml	5							
2 ml	5							
Regulador de flujo intravenoso	2							
Equipo de goteo	3							
Llave de tres pasos	3							
Tapón para vía venosa con válvula de seguridad	3							
Alargaderas	3							

Tabla 3. Mecanismo de revisión y reposición de los fármacos y del material del carro de parada (continuación)

CENTRO DE SALUD CALACEITE		FECHA:						Incidencias
MATERIAL	Cantidad	Existencias		Caducado		Repuesto		
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
Paquete de gasas	3							
Apósitos para sujeción de vía venosa	3							
Esparadrapo de tela 5 cm x 5 m	1							
Esparadrapo de plástico 5 cm x 5 m	1							
Compresor elástico (Smart®)	1							
Tubos para analítica								
Tubo con EDTA: hemograma	2							
Tubo de gelosa: bioquímica	2							
Tubo con citrato: coagulación	2							
MATERIAL DIAGNOSTICO								
Paquete de tiras reactivas	1							
Electrodos para desfibrilador								
Adulto	1							
Pediátrico	1							
Paquete de electrodos para electrocardiograma	1							
Adaptador pulsioxímetro adulto	1							
Adaptador pulsioxímetro pediátrico	1							
OTROS MATERIALES								
Lubricante hidrosoluble urológico	1							
Clorhexidina	1							
Manta térmica	1							
Rotulador permanente	1							
Pinza para clampar el cordón umbilical	1							
Tijeras	1							
Guantes estériles								
Talla G	2							
Talla M	2							
Talla S	2							
Paquete de guantes de vinilo	1							

Parte del material estará conservado en condiciones de estricta esterilidad para evitar infecciones por iatrogenia, principalmente durante el uso de tubos orotraqueales, catéteres, mascarillas laríngeas, cánulas orofaríngeas etc.

Nunca se deberá utilizar material del carro de paradas para destinarlo a otros usos, debiendo mantenerse revisado y precintado en todo momento (7,9).

6. Implementar un protocolo de comprobación y verificación del funcionamiento de los equipos.

Se deberá revisar el correcto estado y funcionamiento de los equipos como glucómetro, esfingomanómetro aneroide, fonendoscopio, desfibrilador, electrocardiógrafo, pulsioxímetro, laringoscopio, aspirador, bala o botella de oxígeno, para que cuando sea necesario su uso se encuentre en perfecto funcionamiento. Es de especial relevancia comprobar el testigo del nivel de batería del desfibrilador para que esté en todo momento cargado y preparado para su uso, además de unos correctos niveles de la bala o botella de oxígeno (Tabla 4).

Tabla 4. Funcionamiento de los equipos del carro de parada

EQUIPOS: CENTRO DE SALUD CALACEITE							
EQUIPOS	COMPROBACION	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
Glucómetro	Verificación de funcionamiento correcto						
Esfingomanómetro aneroide	Verificación de funcionamiento correcto						
Fonendoscopio	Verificación de funcionamiento correcto						
Desfibrilador	Testigo de batería suficiente						
	Dos juegos de electrodos, sellados, no caducados e intactos						
Electrocardiógrafo	Verificación de funcionamiento correcto						
Pulsioxímetro	Verificación de funcionamiento correcto						
Aspirador	Verificación de funcionamiento correcto						
Bala o botella de oxígeno	Verificación de funcionamiento correcto						
	Verificación del nivel de oxígeno						
Laringoscopio	Verificación de funcionamiento correcto						

7. Desarrollar un registro de revisión de la fecha de caducidad de la medicación.

Se procederá a la revisión de caducidades de la medicación de manera programada. Las revisiones se realizarán mensualmente, el primer fin de semana del mes, debiendo firmar el profesional responsable el anexo correspondiente y posteriormente aprobar esta revisión por el coordinador del centro (Tabla 5).

Conclusiones

Debido al apremio con el que se debe actuar en situaciones de urgencia, sería conveniente establecer un turno rotatorio de revisión y manejo del carro de paradas, de manera que todos los profesionales sanitarios se familiaricen con él (9). Se considera de especial relevancia la colocación del material pediátrico en una zona separada del material de adultos y visiblemente identificado (7).

En algunos centros de salud, hospitales y otros servicios se ha establecido como objetivo de calidad la protocolización del carro de paradas y se han realizado proyectos de ciclos de mejora del mismo, incluyendo el montaje, mantenimiento, re-

Tabla 5. Revisión de las caducidades de la medicación del carro de parada

CADUCIDADES DE LA MEDICACIÓN: CENTRO DE SALUD CALACEITE							
AÑO	REALIZADO POR (Nombre y cargo)	FECHA	FIRMA	APROBADO POR (Responsable)	FECHA	FIRMA	OBSERVACIONES
ENERO							
FEBRERO							
MARZO							
ABRIL							
MAYO							
JUNIO							
JULIO							
AGOSTO							
SEPTIEMBRE							
OCTUBRE							
NOVIEMBRE							
DICIEMBRE							

posición, la mejora de los registros, análisis del cumplimiento de las revisiones, etc., lo cual justifica la necesidad de un seguimiento continuo (1,3).

Poseer un carro de soporte vital avanzado y que se encuentre en perfectas condiciones va a facilitar una asistencia más segura y de calidad, tanto para el paciente como para los propios profesionales integrantes del equipo de Atención Primaria, facilitando así tener disponible todo el material necesario para atender a una patología urgente (3).

Agradecimientos

Queremos agradecer a todas las personas que nos han ayudado en la elaboración de este artículo especialmente al responsable de calidad del sector Alcañiz y a todo el personal del equipo de Atención Primaria de Calaceite, por la gran aceptación de esta iniciativa con la que pretendemos lograr una asistencia a nuestros pacientes cada vez más segura y de calidad.

Financiación

Ninguna.

Conficto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- [1] Villar Cánovas MT, Cuesta Arce MD, Valladolid Walsh A, Sanz Arrufat A, Lázaro Castañer C, Pescador Valero A, et al. Protocolo de organización y control de los carros de paradas cardiorespiratoria. [En línea] [fecha de acceso: 28 de noviembre de 2014]. URL disponible en: <http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/2499f2e7549afc6eff332e4f6a1b7ef9.pdf>
- [2] Cao Fernández A. Protocolo de revisión y mantenimiento de dispositivos de atención urgente en AP. Área VII. Servicio de salud del Principado de Asturias. [En línea] [fecha de acceso: 28 de noviembre de 2014]. URL disponible en: http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_SESPA/AS_Areas%20Sanitarias/AS_Area%20VII/Protocolo_carros_GAP_7.pdf
- [3] Mondéjar JJR, Pérez FJP, Solano E, Sanz N, Vera AP, Fuentes FN. Los carros de parada y su revisión en Atención Primaria. [En línea] [fecha de acceso: 28 de noviembre de 2014]. URL disponible en: <http://www.fac.org.ar/7cvc/llave/tl034/tl034.html>
- [4] Calvo Macías C, López-Herce Cid J, Carrillo Álvarez A, Burón Martínez E. Material del carro de reanimación cardiopulmonar pediátrica. *An Pediatr (Barc)* 2007; 66(1):51-54.
- [5] Bayo Izquierdo MC. Optimización del carro de paradas den los centros de atención primaria del sector Calatayud. [En línea] [fecha de acceso: 28 de noviembre de 2014]. URL disponible en: http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Organismos/ServicioAragonesSalud/Documentos/docs2/Areas/Informaci%C3%B3n%20al%20profesional%20del%20SALUD/Calidad/Jornadas%20Calidad%202010/08_sector_calatayud/01.pdf
- [6] Caldenty Touse M, Roca Casab A, Llobera Cànave J. Los maletines de emergencias de los centros de salud de un área sanitaria. *Emergencias* 2006; 18:269-274.
- [7] Manejo protocolizado de la urgencia vital. Procedimiento operativo de manejo de la urgencia vital. Sector Zaragoza II.
- [8] Plan Hospitalario de Reanimación Cardiopulmonar (RCP). [En línea] [fecha de acceso: 28 de noviembre de 2014]. URL disponible en: http://www.hvn.es/variop/planes/plan_rcp/ficheros/20100601105614plan_hospitalario_rcp_h_virgen_de_las_nieves.pdf
- [9] Análisis de los procesos internos en un servicio de farmacia. Definición, objetivos y criterios. [En línea] [fecha de acceso: 28 de noviembre de 2014]. URL disponible en: <http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/garantiacalidad/3analisis.pdf>
- [10] Bayo Izquierdo MC. Revisión y mantenimiento del carro de paradas en urgencias de Atención Primaria. *Ciber Revista* 2011 Nov-Dic; 22: 8. [En línea] [fecha de acceso: 28 de noviembre de 2014]. URL disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/noviembre2011/pagina8.html>
- [11] Green DA, Chowdhary S, Tiwari L, Lata S. Development of an indigenous paediatric crash cart based on the ABC of resuscitation. *Trop Doct* 2006 Oct; 36(4):216-217.
- [12] García Olert A, Hernández Sánchez AI, Doulatram Nanwani A, Miralles Andújar FJ, Cortés Carmona J, Levy Abitbol R. RCP hospitalaria: situación de los carros de parada y conocimiento de los profesionales de enfermería. *Metas Enferm* 2009 Nov; 12(9):14-18.
- [13] Cuevas Cancino JJ. El carro de paro. *Desarrollo Científ Enferm* 2005 May; 13(4):120-123.
- [14] Silva Hilderjane C, Silva Alanny KM, Dantas Rodrigo AN, Pessoa Renata L, Menezes Rejane MP. Carros de emergencia: disponibilidad de los artículos esenciales en un hospital de urgencia norteriograndense. *Enferm Global* 2013; 12(3):177-196.

Todo el conocimiento enfermero donde y cuando lo necesites



TU BIBLIOTECA PERSONALIZADA

Las mejores colecciones de libros y documentación digital pensadas y desarrolladas para satisfacer las necesidades de consulta de los profesionales y los estudiantes de Enfermería

Puedes adquirir más títulos para añadir a tu Biblioteca Digital en:

www.biblioteca.enfermeria21.com

¹ Beatriz Sánchez Hernando
² Elvira Gras Nieto
³ Francisco Javier Pastor Gallardo

Primera promoción de especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria. Un año después de terminar la residencia

¹ Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria vía EIR. Hospital Materno-Infantil Miguel Servet

² Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria vía EIR. Centro de Atención Primaria El Clot, Barcelona.

³ Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria vía EIR. Centro de Salud José María Álvarez Don Benito Este Avda. Córdoba Don Benito

Dirección de contacto: beasanhern@gmail.com / beash@hotmail.es

Resumen

Objetivo: describir la situación laboral, formativa e investigadora de la primera promoción de Especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria (EeFyC) un año después de acabar la residencia, así como sus perspectivas de futuro en estos temas. Describir la satisfacción laboral y formativa.

Metodología: estudio descriptivo observacional transversal con una muestra por conveniencia de 59 EeFyC de la primera promoción mediante encuesta *ad hoc*.

Resultados: el 61,01% de los EeFyC ha trabajado en Atención Primaria o Salud Pública, de ellos el 41,67% lo hizo menos de tres meses. El 83,05% no ve salida laboral a corto plazo. El 89,83% ha realizado alguna actividad formativa relacionada con la especialidad. El 59,32% ha emprendido o realizado algún proyecto de investigación.

Conclusiones: queda patente la disparidad del ámbito de trabajo de las EeFyC una vez terminada la residencia. Se valora positivamente que más de la mitad ha desarrollado proyectos de investigación y actividades formativas.

Palabras clave: especialidades de enfermería; Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria; investigación; Enfermería Comunitaria, Atención Primaria.

Abstract

First group of nurses completing education as nurse specialists in Family and Community Nursing. A year after having completed their residence

Purpose: To describe current working, educational and research status of nurses belonging to the first group of nurses completing education as nurse specialists in Family and Community Nursing (FCN), one year after having completed their residence, and to report on their future perspectives on such matters. To describe their employment and educational satisfaction.

Methods: A descriptive, observational study on a convenience cross-sectional simple including 59 nurses belonging to the first group of nurses completing education as nurse specialists in FCN, by means of an *ad hoc* survey.

Results: 61.01% of FCN nurses had worked in Primary Care of Public Health (41.67% of them for less than three months). 83.05% did not expect any immediate employment opportunity. Some educational activity related to the specialty had been performed by 89.83%. A research project had been started or completed by 59.32%.

Conclusions: A disparity in working setting after completing their residence is clearly shown in FCN nurse specialists. The fact that more than half of them were involved in research projects or educational activities is highly valued.

Key words: nursing specialties; specialist in familiar and community infirmary; nursing research; community nursing, Primary Care.

Introducción

Nadie puede hacerlo todo, por eso existe la creciente división de trabajo que comporta una especialización en las tareas que se desempeñan. El profesional más adecuado para cada tarea debe ser el más resolutivo (1). Para conseguir tal fin, en junio de 2010 el Boletín Oficial del Estado (BOE) publica el programa formativo de la Especialidad Enfermería Familiar y Comunitaria, uno de cuyos propósitos es que los futuros especialistas posean los niveles de competencia necesarios para el ejercicio independiente de la especialidad y cuya misión es la participación en el cuidado de la salud de las personas, familias y comunidades en el *continuum* de su ciclo vital en aspectos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación en su entorno y contexto sociocultural (2). Las competencias se definen dentro de cinco apartados: las vinculadas con la provisión de cuidados avanzados en atención clínica directa, con la salud pública y comunitaria, con la docencia, con la gestión de cuidados y servicios y, por último, las vinculadas con la investigación (2).

Al basarse en dichas competencias, no cabe duda de que una atención prestada por EeFyC aumentará los estándares de calidad, tomando en consideración la eficiencia, la efectividad y la seguridad en la prestación de cuidados, permitiendo una atención integral, integrada y continuada. La formación y competencias recibidas permitirán a estos profesionales realizar una práctica más autónoma, de mayor calidad y basada en la evidencia científica. Por todo ello, estos profesionales están destinados a liderar la planificación y la atención integral e integrada de las personas, y de los grupos en su medio familiar y en su comunidad, para contribuir a una mejora de la gestión de la salud en el conjunto de la Atención Primaria. Todo ello contribuye también a la sostenibilidad de un sistema sanitario excesivamente medicalizado, encaminando las intervenciones enfermeras hacia el autocuidado, a la vez que responsabilizar al ciudadano de su propia salud, facilitando a la población herramientas a través de Educación para la Salud, tanto directas como virtuales, y mediante el fomento de actividades de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. La sostenibilidad de un sistema sanitario debilitado puede preservarse, nutrirse, mantenerse y fortalecerse a partir de la profesión enfermera y sus competencias en pro del autocuidado y del compromiso, con el fomento de la participación del ciudadano en su propia salud (3-5).

En este contexto y una vez iniciada la formación, los residentes de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria destacaron en el estudio "Análisis de la situación actual en la formación del residente de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria desde la óptica del residente" como amenazas en una matriz DAFO: la no existencia de una categoría profesional propia en los diversos servicios de salud y el probable estancamiento de la evolución de la especialidad debido a la situación económica desfavorecida del país, pero señalaron como oportunidad la creación de bolsas de trabajo propias para los especialistas (6).

En relación a las competencias vinculadas a la investigación, las especialidades de enfermería abren un vasto y esperanzador panorama para la investigación, ya que capacitan a sus residentes basando su aprendizaje y práctica clínica en la mejor evidencia posible, en generar conocimiento científico en el campo propio de la especialidad y en difundir tal conocimiento entre los profesionales y la población. Tal hecho se ve reforzado por la obligatoriedad de la realización por parte del residente de un proyecto de investigación, no quedando excluida la formación necesaria para el desarrollo de talleres, seminarios, clases magistrales, etc. (7).

En la actualidad son muy pocas las comunidades autónomas que han apoyado el reconocimiento de la especialidad contemplando la incorporación laboral de los especialistas en sus servicios de salud, tal es el caso de la Comunidad Valenciana, pionera en la creación de la categoría profesional de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria (8), ofertando las tres primeras plazas y además implementando en el Servicio Valenciano de Salud la primera plaza destinada a un especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria, lo cual representa un paso muy importante para la consolidación de la especialidad.

En esta misma línea, diversas comunidades han elaborado pactos sobre la contratación del personal temporal que favorecen la inclusión de las EeFyC en la Atención Primaria. En el caso de Castilla-La Mancha se ha creado una bolsa de trabajo específica para EeFyC a la que se accede con el título de especialista (9). En el caso de Asturias, su nuevo pacto cita que "para todos los nombramientos de enfermería en los equipos de Atención Primaria se ofertará de forma preferente a los demandantes de empleo que acrediten posesión del título de enfermero/a Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria" (10). En el caso de Castilla y León se ha elaborado una modificación del pacto vigente que cita: "Cuando sea necesaria la cobertura con carácter temporal de plazas o efectuar nombramientos temporales de la categoría de enfermero/a para el desempeño de funciones en determinados servicios o unidades que correspondan con las especialidades de enfermería, aquellos integrantes de las bolsas de empleo de personal estatutario que acrediten estar en posesión de la especialidad correspondiente, referida al ámbito de su especialidad, tendrán preferencia en el llamamiento" (11).

Considerando que la enfermera especialista en Familiar y Comunitaria es una pieza clave en el actual puzzle del sistema sanitario, cabe preguntarse si se está utilizando debidamente este trascendental recurso.

Objetivos

Describir la situación laboral, formativa e investigadora por la que han atravesado las 132 especialistas de la primera promoción 2011-2013, que finalizaron su residencia el pasado 13 de mayo de 2013 hasta la fecha actual, coincidiendo con su primer año como especialistas.

Describir la perspectiva de futuro en el ámbito laboral, formativo e investigador de dichas EeFyC.

Describir la satisfacción laboral y formativa de las especialistas.

De esta forma se pretende conocer cómo se ha desarrollado su futuro profesional en este periodo y sus perspectivas a corto plazo.

Metodología

Diseño: estudio cuantitativo, descriptivo, observacional, transversal.

Sujetos: se estudia una muestra por conveniencia de 59 especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria de una población de 132 de la primera promoción.

Temporalidad: del 13 de mayo de 2013 al 30 de septiembre de 2014.

Instrumento de recogida de datos: encuesta *ad hoc* (Anexo), con múltiple respuesta, dividida en tres temáticas (laboral, formativa e investigadora), previamente pilotada en un residente de Enfermería Familiar y Comunitaria, una especialista en Enfermería Obstétrica Ginecológica, un enfermero Comunitario y una enfermera Comunitaria tutora de residentes de enfermería Familiar y Comunitaria. Entre las variables a estudiar están: sexo, fecha de nacimiento, unidad docente, servicios sanitarios o no sanitarios en los que ha trabajado el especialista tras terminar la residencia, tiempo trabajado en Atención Primaria y Salud Pública tras terminar la residencia, nivel de satisfacción con las posibilidades laborales que ofrece la especialidad, nivel de satisfacción con la formación obtenida durante la residencia, proyectos de investigación realizados o emprendidos tras terminar la especialidad, continuidad en la formación en temas relacionados con la especialidad posterior a terminar la residencia, etc.

Recogida de datos: para la elaboración y difusión de la encuesta se emplea la tecnología y aplicación informática Google drive, dicha encuesta fue enviada y recibida con las respuestas de los especialistas por e-mail y/o por la red social Facebook.

Análisis de datos: el análisis se efectuó mediante el programa MS Access obteniendo porcentajes y medias. Todos los datos recibidos fueron codificados y están presentes en los resultados.

Resultados

Se enviaron un total de 132 encuestas a cada uno de los EeFyC, de las cuales se obtuvieron 59 respuestas.

Como variables sociodemográficas se encontró un 93,22% de mujeres frente a los 6,78% hombres. La media de edad del total de la muestra es 29,38 años con una desviación típica de 4,92 años, la media de edad de las mujeres es 29,06 años y la de los hombres 30,5 años. Ha habido participación de especialistas que fueron formados en todas las unidades docentes, salvo en las unidades docentes de Málaga Norte, Málaga-Valle del Guadalhorce, Madrid Norte y Madrid Sur, de las que no se han conseguido respuestas a la encuesta enviada (Gráfico 1). El 88,13% de los participantes terminaron su residencia en mayo de 2013.

Respecto a la situación laboral

El 59,32% de los especialistas trabajaron en Atención Primaria (AP) durante el periodo de mayo de 2013 a 30 de septiembre 2014; de estos, el 41,67% trabajó menos de tres meses en Atención Primaria. Solamente uno de los participantes del

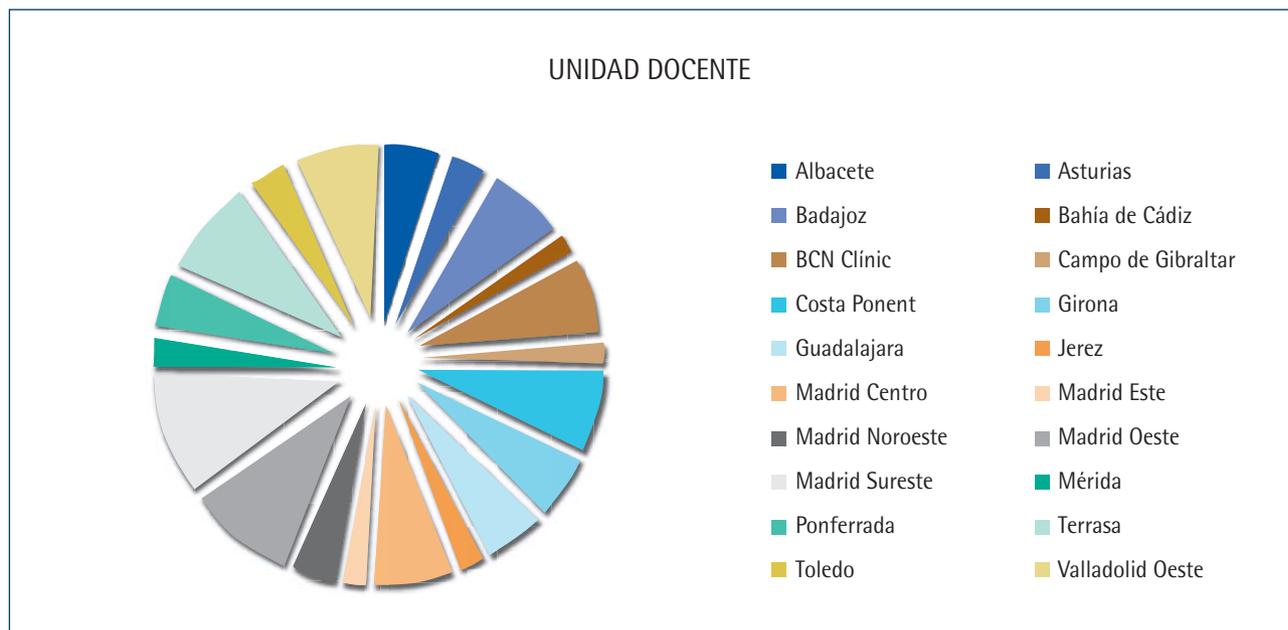


Gráfico 1. Resultados de la encuesta

total de la muestra trabajó en Salud Pública y fue durante menos de tres meses. De los especialistas que trabajaron en AP, el 37,14% trabajó en AP y en otros servicios, siendo estos Atención Especializada 61,53%, Atención sociosanitaria 15,38%, residencias geriátricas 7,69% y otros servicios 15,38% concretamente en ONG y en empresas privadas.

Por el contrario, los que no han trabajado en AP pero sí en otros servicios lo han hecho en la siguiente proporción, el 27,11% de los participantes han trabajado en Atención Especializada, el 5,08% trabajó en Atención sociosanitaria, el 1,69% trabajó en residencias geriátricas y el 10,16% trabajó en otros sitios, concretamente en empresas privadas, docencia, ambulancias y fisioterapia.

El 83,05% de los participantes no ve salida laboral a corto plazo. Respecto a la satisfacción de los participantes con la situación laboral, el 88,14% está poco o nada satisfecho.

Respecto a la situación formativa (Gráfico 2)

El 89,83% de los participantes ha realizado al menos una actividad formativa relacionada con la especialidad, siendo las actividades más repetidas el curso *online*, 64,15%, la asistencia a congresos o jornadas, 43,39%, y el curso presencial, 35,85%. Respecto a la intención formativa a corto plazo, el 86,44% de los participantes tiene intención de realizar al menos una actividad formativa relacionada con la especialidad, siendo las actividades más repetidas la asistencia a congresos o jornadas, 52,94%, el curso *online*, 49,01% y el curso presencial, 39,21%. Destacan también un 25,49% de participantes que tiene intención de iniciar o continuar el doctorado con alguna temática relacionada con la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria.

Dentro del apartado de formación también se preguntó si se habían presentado de nuevo al examen para optar a plazas de Enfermero Interno Residente EIR en la convocatoria 2013-14 tras finalizar la especialidad. Se obtuvo el siguiente resultado: el 38,98% de los participantes se volvió a presentar al examen EIR, aunque solamente el 34,78% de ellos obtuvieron una plaza, siendo las más solicitadas las de Enfermería Obstétrico-Ginecológica 37,5%, Enfermería del trabajo 25% y, por último, Enfermería pediátrica y salud mental 12,5%.

Respecto a la satisfacción de los participantes con la situación formativa el 79,66% está satisfecho o muy satisfecho con la formación recibida.

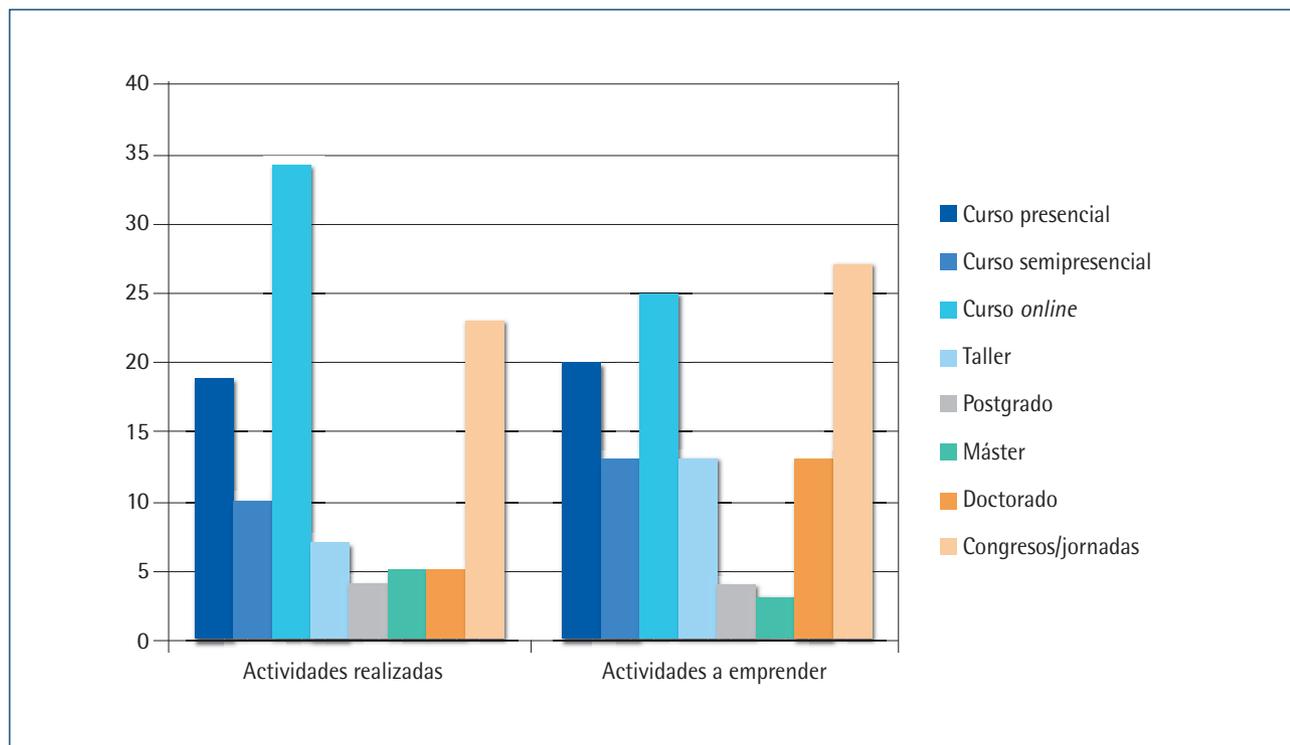


Gráfico 2. Situación formativa

Respecto a la situación investigadora (Gráfico 3)

El 59,32% de los participantes realizó al menos una actividad investigadora relacionada con la especialidad, siendo las actividades más repetidas el póster, 54,28%; las comunicaciones orales, 51,42% y el artículo científico, 28,57%. Respecto a la intención investigadora a corto plazo, el 52,54% de los participantes tiene intención de realizar al menos una actividad investigadora relacionada con la especialidad, destacando el artículo científico 51,61%, la comunicación oral 41,94% y el póster 38,71%.

Finalmente, en la encuesta se les preguntó: "Si tuvieras la oportunidad de volver atrás, ¿escogerías de nuevo la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria?", los resultados fueron el 89,83% volvería a elegir la especialidad si tuvieran la ocasión. Los principales motivos tienen que ver con la vocación, con un programa formativo más completo y con la cantidad y calidad en el aprendizaje.

Discusión

Queda patente la disparidad del ámbito de trabajo a las que se ven obligadas las EeFyC una vez terminada la residencia, fruto de la escasez de bolsas de trabajo específicas y a la insuficiente creación de la categoría profesional de EeFyC, así como la carencia de reconocimiento de la especialidad en la actualidad en las bolsas de trabajo de los diversos servicios de salud autonómicos. Son muchas las EeFyC que no han podido trabajar en Atención Primaria y las que lo han hecho ha sido por un tiempo inferior a tres meses.

La gran mayoría de las EeFyC no ven un futuro laboral a corto plazo como especialistas, y de las que sí que lo ven, destacan especialistas de Asturias y Ponferrada, que se ven beneficiadas por un pacto de contratación favorable.

Se valora positivamente que un alto porcentaje de los participantes hayan desarrollado actividades formativas relacionadas con la especialidad y que la intencionalidad de continuar la formación a corto plazo siga siendo elevada, en especial cuando una cuarta parte de los EeFyC expresa la intención de realizar un doctorado relacionado con la especialidad de

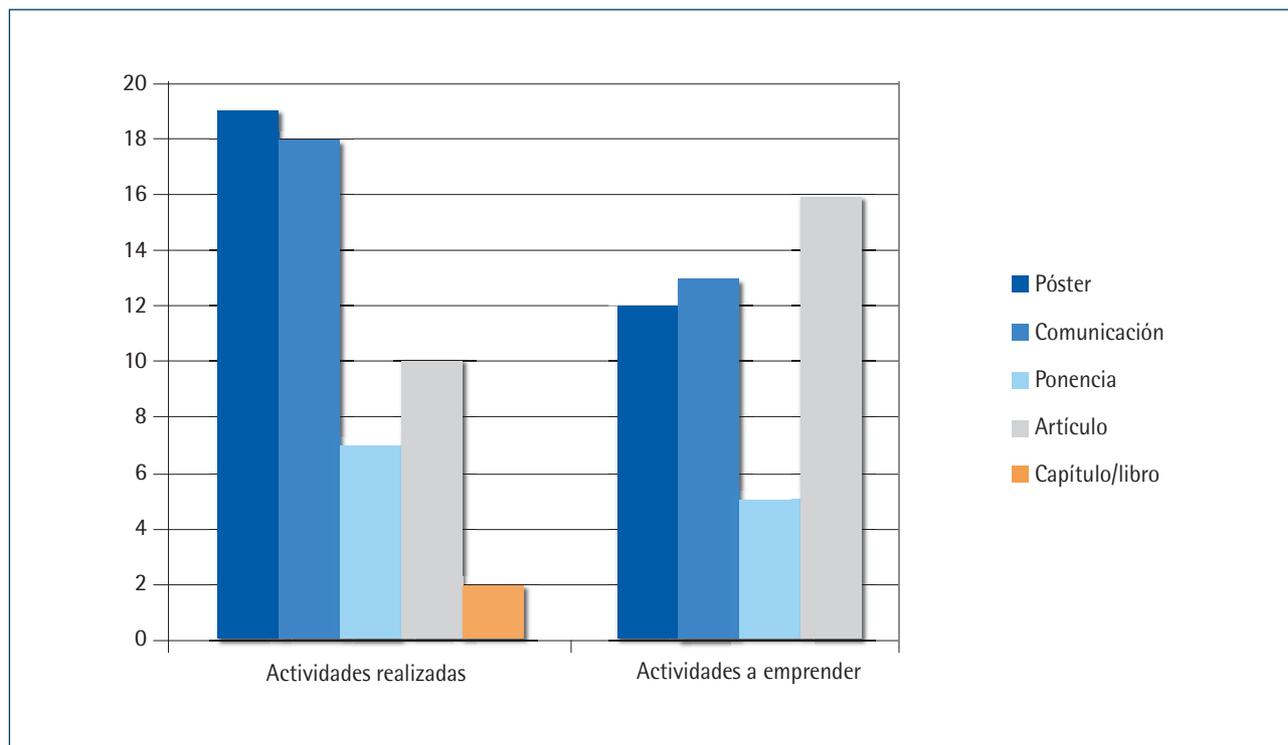


Gráfico 3. Situación investigadora

Enfermería Familiar y Comunitaria. Dos tercios de los encuestados durante el periodo estudiado han mantenido su formación relacionada con la especialidad a través de cursos *online* y un tercio en cursos presenciales. Cuatro de cada diez EeFyC han seguido asistiendo y participando en jornadas y congresos relacionados con la especialidad. Sobre la intención de seguir recibiendo formación a corto plazo ocho de cada diez, afirman que continuarán realizando actividades para mejorar su formación siendo las más prevalentes la asistencia a jornadas y congresos, seguido de los cursos *online* y cursos presenciales.

Llama la atención que más de un tercio de los encuestados se hayan vuelto a presentar al examen EIR, motivados quizás por la escasa salida laboral de la especialidad. La especialidad que mayoritariamente fue elegida por aquellos que obtuvieron plaza en el examen EIR de la convocatoria 2013-14 fue Enfermería Obstétrico-Ginecológica y la que menos Enfermería Geriátrica, que no fue escogida por ningún participante.

A este respecto, se llega a la conclusión de que queda mucho trabajo por delante, dado que la gran mayoría de los encuestados no están satisfechos con la salida laboral de la especialidad, a pesar de que existe una gran satisfacción con la formación recibida, casi ocho de cada diez están satisfechos o muy satisfechos con la formación.

Se valora especialmente que más de la mitad de los encuestados han desarrollado proyectos de investigación y además tienen intención de seguir haciéndolo a corto plazo. Las actividades más realizadas han sido la presentación de póster, seguidos muy de cerca por las comunicaciones orales y aproximadamente un tercio ha elaborado artículos científicos, los cuales más del 50% se plantea trabajar en la realización de estos artículos a corto plazo.

Como reflexión final, casi el 90% de los EeFyC encuestados volverían a elegir la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria si tuvieran la oportunidad de volver atrás en el tiempo en la elección de plazas. Los principales motivos de reelección de la especialidad nombrados por los participantes son la vocación, un programa formativo completo y la calidad en el aprendizaje. En cambio el otro 10% expone los motivos por los que no volverían a elegir la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria teniendo que ver, fundamentalmente, con las expectativas y la salida laboral de los especialistas.

Conclusiones

La mayor o menor visibilidad de los EeFyC depende en gran medida de los propios esfuerzos de los EeFyC, de su trabajo y resultados. Pero resulta imposible trabajar para un ámbito en que muchas veces la puerta permanece cerrada. Es imprescindible que las administraciones sanitarias y los equipos de gestión de Atención Primaria y Salud Pública tengan muy en cuenta esta figura que, por su formación y competencias, es la más capacitada e idónea para ocupar de manera inminente un lugar protagonista.

Limitaciones

Se cree necesario en futuros estudios tener en cuenta variables como el tipo de contrato, ya que existe una gran variabilidad que puede tener efectos en el profesional (contratos que acentúan la inestabilidad y la inseguridad laboral: eventuales, mensuales, semanales o de menos horas, e interinos, etc.). También se cree necesario tener en cuenta la situación laboral de la que se partía antes de comenzar el periodo formativo como Enfermero Interno Residente, esta variable ayudará a disminuir los posibles sesgos en los resultados de "situación laboral" debido a que los EeFyC que tenían plaza en propiedad previamente a terminar, se han incorporado a sus puestos de trabajo. Además, es necesario estudiar la movilidad geográfica de las profesionales que han encontrado trabajo.

Agradecimiento

Agradecemos a todos los participantes de la encuesta que han hecho posible que el estudio se lleve a cabo, y a todos los residentes y especialistas que nos han querido dar su apoyo en este trabajo.

Bibliografía

- [1] Ortún V. La Enfermería en el mundo que viene. *Enferm Clin* 2014; 23(2):2013-15.
- [2] Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. BOE (Boletín Oficial del Estado) núm. 157, de 29 de junio de 2010.
- [3] Bennisar Veny M. La Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria y la importancia de una formación basada en evidencia. *Evidentia* 2010 jul-sep; 7(31):390-409.
- [4] Heierle Valero C. La especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. *Enfermería Comunitaria* 2009; 5(2).
- [5] Molas Puigvila M, Brugués Brugués A, García Gutiérrez C. Especialidad en Enfermería Familiar y Comunitaria: una realidad. *Aten Primaria* 2011 may; 43(5):220-221.
- [6] Pastor Gallardo FJ, Calero Esquivel P, Gras Nieto E. Análisis de la situación actual en la formación del residente de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria desde la óptica del residente. *RiDEC* 2014; 7(1):70-74.
- [7] Oltra Rodríguez E, Rich Ruiz M, Orts Cortés MI, Sánchez López D, González Carrión P. Research competencies in nursing specialties. *Enferm clin.* 2013; 23(5):225-230.
- [8] Decreto 70/2013, de 7 de junio, del Consell, por el que se ordenan diversas categorías de personal estatutario de la Agència Valenciana de Salut. *Diario Oficial de la Comunidad Valenciana*, núm. 7043, de 11 de junio de 2013.
- [9] Resolución de 09/04/2014, de la Dirección General de Relaciones Laborales y Seguridad y Salud Laboral, por la que se acepta el depósito y se dispone la publicación del Pacto sobre Selección del Personal Temporal del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (Sescam). *Diario Oficial de Castilla la Mancha*, núm. 82, de 2 de mayo de 2014.
- [10] Resolución de 18 de junio de 2014, de la Dirección Gerencia del Servicio de Salud del Principado de Asturias, por la que se modifica el pacto sobre contratación de personal temporal y sobre promoción interna temporal del personal del Servicio de Salud del Principado de Asturias. *Boletín Oficial del Principado de Asturias* núm. 14, de 23 de junio de 2014.
- [11] Orden SAN/475/2014, de 29 de mayo, por la que se modifica el artículo 5 de la Orden SAN/398/2010, de 23 de marzo, por la que se establece el procedimiento de funcionamiento de las bolsas de empleo para la selección del personal estatutario temporal del Servicio de Salud de Castilla y León. *Boletín Oficial de Castilla y León* núm. 113, de 16 de junio de 2014.

Anexo

Encuesta *ad hoc*

Estimados colegas: somos Beatriz Sánchez, Francisco Pastor y Elvira Gras, especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria.

Nos gustaría pedirnos vuestra participación en este estudio. El objetivo del mismo es conocer la realidad de la situación laboral y en cuanto a formación e investigación de la primera promoción de Enfermeros Especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria.

Creemos que es necesario expresar la realidad y solo con el correcto análisis de la situación actual de los especialistas podremos pedir soluciones.

Muchas gracias de antemano por participar.

Aquellas personas que ya hayan respondido, pero no pusieron el e-mail de contacto rogamos no volváis a rellenar el cuestionario. Gracias.

SEXO

- Hombre
- Mujer

Fecha de nacimiento:

Unidad Docente en la que te formaste como EFyC:

Mes en que terminaste la residencia:

SITUACIÓN LABORAL

¿Has trabajado tras terminar la residencia?

- Sí
- No

En caso afirmativo, ¿dónde has estado trabajando? (se puede marcar más de una)

- Atención Primaria (AP)
- Salud Pública (SP)
- Atención Hospitalaria
- Atención sociosanitaria
- Residencia geriátrica
- Ámbito no sanitario
- Otros (especificar):

En el caso de que hayas trabajado en AP o SP, ¿por cuánto tiempo has estado trabajando?

- < 1 mes
- 1-3 meses
- 3-6 meses
- 6-12 meses

¿Ves perspectivas laborales como especialista en EFyC a corto plazo?

- Sí
- No

¿Cómo estás de satisfecho con las posibilidades laborales que ofrece la especialidad?

- Insatisfecho
- Poco satisfecho
- Indiferente
- Satisfecho
- Muy satisfecho

INVESTIGACIÓN

Tras finalizar la residencia, ¿has emprendido o realizado algún proyecto de investigación relacionado con la EFyC?

- Póster
- Comunicación
- Ponencia
- Artículo de investigación
- Capítulo de libro
- Libro completo
- Ninguno

¿Tienes intención de emprender un nuevo proyecto de investigación relacionado con EFyC a corto plazo?

- Póster
- Comunicación
- Ponencia
- Artículo de investigación
- Capítulo de libro
- Libro completo
- No

FORMACIÓN

¿Te has presentado de nuevo al examen EIR?

- Sí
- No

En caso afirmativo, ¿has obtenido plaza como residente?

- Sí
- No

En caso afirmativo, ¿qué especialidad has escogido?

- Obstétrico-ginecológica
- Salud mental
- Pediatría
- Geriátrica
- Trabajo

Te has seguido formando en temas relacionados con EFyC?

- Cursos presenciales
- Cursos semipresenciales
- Cursos *online*
- Talleres
- Postgrado
- Máster
- Doctorado
- Congresos/jornadas
- No

¿Tienes intención de realizar alguna de las actividades formativas relacionadas con EFyC en el próximo año?

- Cursos presenciales
- Cursos semipresenciales
- Cursos *online*
- Talleres
- Postgrado
- Máster
- Doctorado
- Congresos/jornadas
- No

¿Cómo de satisfecho estás con la formación obtenida durante el periodo de residencia?

- Insatisfecho
- Poco satisfecho
- Indiferente
- Satisfecho
- Muy satisfecho

Si tuvieras la oportunidad de volver atrás, ¿escogerías de nuevo la especialidad de EFyC?

- Sí
- No

Explica por qué:

REFLEXIÓN PERSONAL

Te dejamos un espacio por si quieres transmitirnos alguna idea u opinión.

Un enfoque independiente para estar al día en el ejercicio de nuestra profesión



Recibe toda la información en tu correo electrónico
Suscríbete al Boletín



Conoce nuestra nueva web
Nuevo interfaz, mayor usabilidad

www.diariodicen.es

Tú también puedes **HACERTE OÍR.**

COMPARTE tu opinión con los miles de profesionales que leen cada día DICEN.

OPINA sobre las últimas noticias de la actualidad enfermera y cuéntanos tus experiencias.

En DICEN tú tienes el protagonismo.



TU **NUEVO** DIARIO INDEPENDIENTE

Consumo de tabaco en pipa de agua (*shisha*, *hookah*, *narghile*) en chicos usuarios de una red social

Pedro Jorge Araujo

Enfermero. Máster en Investigación en Atención Primaria.
Doctorando en el Programa de Psicología de la Salud.
Departamento de Enfermería de la Universidad de Las Palmas de
Gran Canaria (ULPGC).

Dirección de contacto: pedroja25@hotmail.es

Resumen

Badoo es una red social utilizada por adolescentes para interactuar con otros jóvenes de su entorno inmediato y más lejano. El objetivo de este estudio fue explorar el consumo de tabaco en pipa de agua en un grupo de chicos usuarios de esta red social. Para ello, hemos llevado a cabo una investigación cualitativa exploratorio-descriptiva a través de entrevistas en línea. Así, hemos visto que 28 chicos habían usado alguna vez la *shisha* y nueve de ellos la consumían actualmente. Estos chicos tenían amigos con los que fumaban en su mayoría tabaco de sabores en sus propias casas o en casa de sus amigos. Los motivos por los que fumaban *shisha* eran por probar, curiosidad, la presión de sus amigos, la diversión y porque les gustaba. En cuanto a los efectos para la salud de fumar *shisha*, muchos de los chicos manifestaron que esta era más sana que los cigarrillos.

Palabras clave: consumo de tabaco; pipa de agua; cigarrillos; red social; cáncer de pulmón.

Abstract

Water pipe (*shisha*, *hookah*, *narghile*) smoking in young social networkers

Badoo is a popular social network among teenagers that is being used to interact with either a close or remote social setting or environment. We aimed at exploring water pipe smoking in a group of teenagers using this social network. An exploratory, descriptive, qualitative investigation was carried out by means of an online survey. Overall, 28 teenagers had ever used a *shisha* and nine among them were currently using it. Such teenagers had friends that smoked flavored tobacco at home or with friends. Reported reasons for using *shisha* were to have a trial, curiosity, friends pressure, just for fun, or because they liked it. Regarding the potential effects of *shisha* smoking on health, many teenagers stated this was healthier than smoking cigarettes.

Key words: smoking; water pipe; cigarettes; lung cancer.

Introducción

La red social Badoo

Si bien las redes sociales, en tanto que concepto sociológico, han acompañado a la humanidad desde que existimos como seres sociales, el surgimiento de las redes sociales en línea está relacionado con la evolución que se ha producido en internet durante las dos últimas décadas (1). Muchas personas las han integrado en su vida diaria y no pueden imaginar la misma sin las redes sociales. Estas son llamadas comunidades virtuales, un conjunto de usuarios que se comunican de forma pública y privada con otros miembros de esa comunidad (2).

Badoo es una red social de base rusa que ahora se ejecuta desde Londres (3). Concretamente fue creada en 2006, y tiene su sede en Soho (Londres) (4,5). Es una red social dinámica multilingüe con funciones innovadoras de foto y video que permite a sus usuarios obtener una audiencia masiva instantánea e interactuar ambos local o globalmente (6). El sitio tiene una enorme presencia en África, Latino América, España, Italia y Francia (2,3).

Pertenece a las denominadas redes sociales horizontales, es decir, aquellos sitios de red social en los que el usuario se incorpora a una macrocomunidad preexistente, donde casi cualquier relación entre sus miembros es posible (1). Badoo es una de las redes de contactos personales que tienen más tráfico en España junto a otras como Meetic, Match.com y Gaydar (7).

En algunos trabajos se ha visto que tan solo un 1,2% utilizaba Badoo (8). Asimismo, otros autores han constatado que Badoo fue usada principalmente por el 0,8% de los jóvenes (1,5% de los chicos y 0,5% de las chicas) (9). Por su parte, otros trabajos han revelado que Badoo fue empleada por un 12%, usándolo más los chicos que las chicas (14% frente 10%) (10). En otros estudios también se ha observado esto mismo: un 10% de los chicos frente a un 3% de las chicas tiene una cuenta en Badoo y la utiliza (11).

En la población mayor de 12 años de La Rioja, Badoo fue utilizado por el 1,6% (12). En Castilla-La Mancha la mayoría de los jóvenes conoce esta red social (58%), el 12% la usa, pero solamente el 2% reconoce ser usuario habitual. Existen diferencias en su uso entre chicos y chicas, pero sí hay más usuarios entre los menores de 26 años (15% frente al 8%) (13).

Según la Encuesta de Jóvenes de Canarias (2010) (14), las redes sociales como Hi5 y Badoo cuentan con pocos seguidores/as entre la población local de 14-30 años, con menos del 1,5%.

Por último, entre los alumnos de Educación Secundaria, se halló que otras de las herramientas de red social utilizadas para la comunicación con amigos fueron Haboo, Badoo y metroblog, aunque estas se utilizaron fundamentalmente para conocer a personas, no para relacionarse con amigos o familiares con los que también solían tener contacto presencial (15).

Consumo de tabaco en pipa de agua (*shisha, hookah, narghile*)

La pipa de agua es conocida en muchas culturas bajo diferentes formas y nombres (Figura 1). Ejemplos de estos son *shisha, hookah, narguile, argileh, hubble bubble*, entre muchos otros. Fumar pipa de agua ha sido una práctica desde hace de cuatro a seis siglos en el sudeste de Asia, África del Norte y el Medio Oriente. Para fumarla se utiliza un tabaco hecho especialmente con alrededor de 10-20 gramos, llamado *Maassel, Moassel* o *Mussel*, entre otros nombres (Figura 2), que contiene miel y es con sabor a frutas como manzana, mango, fresa, plátano, naranja, menta, etc. (16-20). Una pipa de agua tiene una cabeza, un cuerpo, un plato y una manguera con una boquilla (17,18).

Fumar en pipa de agua es considerada como una nueva amenaza para la salud pública en el ámbito mundial (21). Así, para algunos autores mientras que el consumo de cigarrillos está mostrando una tendencia estable o en descenso en todo el mundo, otras formas de consumo de tabaco están mostrando una tendencia al alza, principalmente como resultado de fumar en pipas de agua (22).

Diversos autores han estimado que la exposición al humo de una pipa de agua podría ser tanto como 100-200 cigarrillos por sesión (19,23). Por otra parte, se ha realizado una revisión sistemática utilizando la metodología de la Colaboración Cochrane en la que se eligieron un total de 24 estudios, y en la misma se vio que el consumo de tabaco en pipas de agua posiblemente estaba asociado a una serie de resultados perjudiciales en la salud. Por ejemplo, con base en la evidencia disponible, el consumo de tabaco en pipas de agua se asoció significativamente con el cáncer de pulmón, la enfermedad respiratoria, el bajo peso al nacer y la enfermedad periodontal (24).



Figura 1. Pipa de agua



Figura 2. Tabaco de sabores para pipa de agua

Por otro lado, quizás la evidencia más convincente sobre el impacto creciente de la pipa de agua en el consumo de tabaco de la juventud en el ámbito mundial proviene de la *Global Youth Tobacco Survey* (GYTS), que ha analizado las tendencias temporales de consumo de tabaco (1999-2008) entre más de medio millón de jóvenes de 13-15 años (que incluyó 209 encuestas en 95 países y cinco regiones). Este esfuerzo de vigilancia mundial mostró que si bien el consumo de cigarrillos se ha mantenido estable o en declive, otras formas de consumo de tabaco han mostrado una tendencia creciente, sobre todo a fumar en pipa de agua (25).

Como antecedentes de esta investigación, se han realizado diversos estudios de ámbito cualitativo. Así, por ejemplo, en la provincia de Hormozgan (Irán) se desempeñó un estudio con grupos de discusión en adultos de zonas rurales y urbanas (26). En Dinamarca se llevó a cabo una investigación a través de entrevistas en adolescentes de 14-17 años (27). En Birmingham (Inglaterra) y Toronto (Canadá) se realizó un trabajo entre los clientes de "cafés sisa" que eran fumadores regulares en pipa de agua (28). En tres comunidades urbanas pobres de Beirut (Líbano), se hicieron entrevistas y grupos focales a chicos y chicas de 13-19 años de edad (29). En Portland (Oregón, Estados Unidos), se realizaron ocho grupos focales con jóvenes de 16-18 años de edad, estudiantes universitarios y padres (30). En Líbano se llevaron a cabo grupos focales y entrevistas en profundidad con adultos para evaluar los factores que han contribuido al aumento del consumo de tabaco en pipa de agua (31). En Ipoh, Perak (Malasia), se desarrolló un estudio con el fin de explorar las razones del consumo de *shisha* entre los adolescentes (32). En Minas Gerais (Brasil), se llevó a cabo un trabajo para valorar las creencias en relación al uso de la *shisha* en 23 estudiantes universitarios de 16-25 años (33). En las universidades de Londres se desempeñó una investigación con discusiones a través de grupos focales con fumadores regulares de *shisha* (34). En la Región del Mediterráneo Oriental se desarrolló un trabajo a través de grupos focales de discusión y entrevistas para explorar las normas sociales y actitudes que llevaban a que la pipa de agua fuera una forma más aceptable de consumo de tabaco entre las mujeres (35). En la ciudad de Kiev (Ucrania), en estudiantes universitarios de 17-26 años se realizó un estudio a través de entrevistas semiestructuradas (36). En Amman, capital de Jordania, se llevaron a cabo grupos focales de discusión en una investigación en estudiantes de escuelas secundarias de 16-18 años (38). Y por último, en Bahir Dar City (Etiopía) se desarrolló un estudio en clientes de salones *hookah* a través de entrevistas en profundidad y grupos focales (38).

Por su parte, en Estados Unidos, se llevaron a cabo dos estudios que han evaluado el consumo de tabaco en pipa de agua en función de la orientación sexual. Uno de ellos en 92.470 estudiantes universitarios de 18-24 años (39) y el otro en 4.159 adultos jóvenes de 18-34 años (40). Así, en el primero se vio que el grupo de lesbianas, gays y bisexuales (LGB) hispanos eran los que presentaban una mayor prevalencia de consumo actual de tabaco en pipa de agua con un 16%, seguidos del grupo de LGB blancos (14%), LGB multirraciales (13,4%), LGB asiáticos (8,4%) y, por último, LGB negros (7,8%). Y el segundo reveló que tanto para el consumo actual como de vez en cuando de pipa de agua, los participantes bisexuales (2,3% y

34,7%) fueron más numerosos respecto a los homosexuales (2,1% y 29,7%) y heterosexuales (1,2% y 16,8%).

En el ámbito europeo, dos encuestas llevadas a cabo en residentes de cada uno de los estados miembros de la Unión Europea de 15 años y mayores, una del *Special Eurobarometer* N° 332 "Tobacco" en el año 2009 (41) y otra del *Special Eurobarometer* N° 385 "Attitudes of Europeans towards Tobacco" en el año 2012 (42), han puesto de manifiesto que en conjunto de la Unión Europea el 12% había probado alguna vez una pipa de agua (*shisha, hookah*) en el año 2009. Asimismo, en la encuesta del año 2012 este porcentaje aumentó hasta el 16%. España se encuentra entre los países con menores porcentajes, así, en el año 2009 el 6% había probado una pipa de agua y este porcentaje aumentó al 8% en el año 2012.

Objetivo del estudio

Explorar el consumo de tabaco en pipa de agua en un grupo de chicos usuarios de la red social Badoo en la ciudad de Las Palmas de Gran Canaria (Gran Canaria, Islas Canarias). Cabe destacar que hasta el momento no se ha reportado ningún estudio que evalúe el consumo de pipa de agua en los usuarios de la red social Badoo, ni dentro de España ni en otros países. Asimismo, en el ámbito regional (conjunto de las Islas Canarias) no hay publicaciones de trabajos sobre la prevalencia del consumo de tabaco en pipa de agua, con lo cual no se disponen de datos comparativos.

Material y métodos

Tipo de estudio

Estudio cualitativo exploratorio y descriptivo. En la investigación cualitativa la intención es penetrar profundamente en la complejidad del hecho social a investigar y trabajar con pocos casos para ahondar en el significado del objeto en estudio (43). El estudio exploratorio se utiliza en investigaciones que desean abordar un fenómeno desconocido, poco estudiado o novedoso (44,46). En el estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide o recolecta información sobre cada una de ellas, para así describir lo más detalladamente posible lo que se investiga (44).

Población del estudio

Han participado un total de 40 chicos gays usuarios de la red social Badoo. Sus características principales se muestran en la Tabla 1. Estos han sido seleccionados

Tabla 1. Características de los chicos entrevistados

Código	Edad	Reside en Las Palmas de GC	Ha probado shisha	Consume shisha actualmente
Ch-1	21	Sí	Sí	No
Ch-2	21	Sí	Sí	No
Ch-3	18	No	Sí	No
Ch-4	18	Sí	No	No
Ch-5	19	No	No	No
Ch-6	19	Sí	No	No
Ch-7	19	Sí	No	No
Ch-8	22	No	Sí	No
Ch-9	18	Sí	No	No
Ch-11	20	Sí	Sí	No
Ch-11	18	Sí	Sí	Sí
Ch-12	21	No	No	No
Ch-13	19	No	No	No
Ch-14	19	Sí	Sí	Sí
Ch-15	21	Sí	Sí	Sí
Ch-16	18	No	No	No
Ch-17	18	Sí	No	No
Ch-18	20	Sí	Sí	No
Ch-19	19	No	Sí	No
Ch-20	20	No	Sí	No
Ch-21	22	No	Sí	Sí
Ch-22	19	Sí	Sí	Sí
Ch-23	18	No	No	No
Ch-24	21	No	No	No
Ch-25	22	No	Sí	Sí
Ch-26	21	Sí	Sí	No
Ch-27	20	No	Sí	No
Ch-28	21	No	No	No
Ch-29	22	No	Sí	Sí
Ch-30	18	Sí	Sí	No
Ch-31	19	No	Sí	No
Ch-32	20	Sí	Sí	Sí
Ch-33	22	Sí	Sí	No
Ch-34	21	Sí	Sí	No
Ch-35	22	Sí	Sí	No
Ch-36	20	Sí	Sí	No
Ch-37	24	No	Sí	Sí
Ch-38	21	No	Sí	No
Ch-39	22	Sí	Sí	No
Ch-40	20	Sí	Sí	No

a conveniencia o accidentalmente. Los sujetos se incluyeron en el estudio simplemente porque estaban en el lugar correcto en el momento adecuado. Se fueron captando sujetos para el estudio hasta que se alcanzó el tamaño de la muestra deseado (46). Por su parte, fueron incluidos todos aquellos usuarios entre 18-26 años (esta franja de edad se estableció atendiendo a los trabajos de la literatura científica previamente consultados (33, 36, 39)), que estuvieran conectados en el chat gay (chico busca chico) y que una vez informados de los objetivos del estudio aceptaran formar parte del mismo.

Como ponen de manifiesto algunos autores, una de las claves de un buen diseño cualitativo está en la selección de los participantes en el estudio, la llamada muestra. En los diseños cualitativos no se busca una muestra estadísticamente representativa de la población a estudiar, lo que se busca es la representatividad respecto a su grupo de referencia o segmento. No se busca una unidad de observación a la cual analizar individualmente, para después inferir, sino que se buscan informadores de una situación o de una realidad social que sean capaces de explicarnos o de reflexionar en torno a la misma (47).

Un total de 26 chicos a los que se invitó a participar en el trabajo declinaron dicha propuesta.

Instrumento de recogida de datos

Como instrumento de recogida de datos se ha utilizado la entrevista en línea (vía chat). Internet nos permite realizar entrevistas en línea (48). Se ha elegido este método ya que proporciona un ahorro de costes al entrevistador, y se trataba de una población muy dispersa geográficamente y a la que de otra manera hubiera resultado difícil de acceder. Además, según algunos autores, los estudios muestran que los encuestados tienen disposición a responder preguntas a través de internet sobre temas muy delicados (49). No obstante, para otros autores este tipo de métodos presenta algunos inconvenientes, como la ausencia de lenguaje no verbal, la menor espontaneidad en las respuestas, etc. (48).

En estudios previos se ha visto la utilización de la entrevista en línea. Uno de estos utilizó la red social Badoo (50) y el otro la red social Twitter (51).

La entrevista usada fue semiestructurada. En este caso el entrevistador dispone de un guión, con los temas que debe tratar en la entrevista, sin embargo, este puede decidir libremente sobre el orden de presentación de los diversos temas y el modo de desarrollar las preguntas. En el ámbito de un tema determinado, el entrevistador puede plantear la conversación de la forma que desee, formular las preguntas que considere oportunas y hacerlo en los términos que le parezcan convenientes, explicar su significado, pedir al entrevistado que le aclare algo que no entiende o profundizar sobre algún aspecto cuando lo estime necesario, y establecer un estilo propio y personal de conversación (52).

Esta técnica se emplea en diversas disciplinas tanto sociales (antropología, sociología, pedagogía, trabajo social) como de otras áreas (enfermería, epidemiología, entre otras), para realizar estudios de carácter exploratorio, ya que permite captar información abundante y básica sobre un determinado problema. Asimismo, este tipo de entrevista se emplea cuando no existe suficiente material informativo sobre ciertos aspectos que interesa investigar, o cuando la información no puede conseguirse a través de otras técnicas (53).

Para la preparación de la entrevista se consideraron las siguientes tareas: 1) determinar los objetivos de la entrevista, 2) identificar a las personas que iban a ser entrevistadas, 3) formular las preguntas y secuenciar las mismas y 4) localizar y preparar el lugar donde se iba a realizar la entrevista (54).

Para el desarrollo de la entrevista se utilizó un guión con una serie de preguntas a realizar a todos aquellos usuarios que decidieran participar en el trabajo (Tabla 2). Antes de la confección del mismo se llevó a cabo una revisión de la literatura en la que se consultaron los diversos estudios de ámbito cualitativo que hasta el momento se habían llevado a cabo, y que se expusieron más arriba como antecedentes de este estudio.

Procedimiento de recogida de datos

En primer lugar se creó un perfil en la red social Badoo. Para algunos autores, el perfil es el corazón de las redes sociales. El perfil es obligatorio en todas las redes, y la información que en él se muestra varía principalmente por lo que quiera exponer el usuario (1).

La mayoría de las personas que aparecen registradas en Badoo, el 70%, aparece con su nombre de pila, que puede ser real o no, en lugar de con un apodo, que suele ser la forma más habitual de aparecer en internet. El hecho de que las personas

Tabla 2. Guión de la entrevista

- ¿Alguna vez has probado una *shisha*? Si no fuma, preguntar si sus amigos lo hacen
- ¿Consumes *shisha* habitualmente? Preguntar sobre la frecuencia en la que lo hacen
- ¿Qué sueles fumar en la *shisha*? Preguntar también a aquellos que no habían probado la *shisha*
- Cuando fumas en *shisha*, ¿la mezclas con otras sustancias como marihuana, alcohol, etc.? Preguntar también a aquellos que no habían probado la *shisha* si conocen esta práctica. Y averiguar si sus amigos fumadores han llevado a cabo esta práctica alguna vez
- ¿Por qué te animaste a fumar en *shisha* la primera vez que lo hiciste? ¿Cuál fue el motivo? En aquellos que no fuman preguntar por los motivos que ellos creen que tiene sus amigos o la gente que fuma en *shisha*
- ¿Consumes *shisha* solo o en compañía de alguien? En caso afirmativo, averiguar ¿en compañía de quién lo hacen (amigos o familiares)? En aquellos que no fuman preguntar si creen que es una actividad grupal y si saben con quién fuman sus amigos
- ¿En qué lugar es que consumes *shisha*? En aquellos que no fuman preguntar si saben dónde se puede fumar *shisha* y averiguar dónde lo hacen sus amigos
- ¿Dónde compraste la *shisha*? En aquellos que no fuman preguntar si saben dónde se puede comprar una *shisha* y averiguar dónde lo han comprado sus amigos
- ¿Crees que fumar en *shisha* tiene efectos dañinos para la salud? Preguntar tanto a los que alguna vez han fumado *shisha* como a los que no lo han hecho
- ¿Consumes cigarrillos, alcohol, etc., aparte de fumar *shisha*? En aquellos que no fuman *shisha* preguntar si fuman cigarrillos. Averiguar si sus amigos fuman cigarrillos
- ¿Sabes si muchos chavales de tu edad o menores consumen *shisha*? Preguntar tanto a los que alguna vez han fumado *shisha* como a los que no lo han hecho

puedan utilizar un apodo o un nombre que no es el suyo pone de manifiesto lo fácil que es modificar la identidad y la personalidad de las personas a través de la web (50).

Posteriormente, a través de la opción "Gente cerca" de la red social Badoo y con aquellos usuarios que estuvieran en ese momento conectado se inició una conversación, comenzando la misma con temas neutrales (Hola, ¿qué tal?; ¿En qué zona vives?; ¿Estás estudiando, trabajando, etc.?). El contexto en que estas conversaciones tuvieron lugar fue evidentemente virtual pues fue a través del chat al que se tiene acceso una vez que las personas se han registrado en la red social Badoo (50).

Las entrevistas se llevaron a cabo a finales de diciembre de 2012 y durante enero de 2013.

Aspectos éticos

Durante las conversaciones con los usuarios después de "romper el hielo", se les informó a los mismos de la naturaleza, objetivos, etc., de la investigación y se les invitó a participar. En este sentido, todos los usuarios que tras aceptar participar lo hicieron de forma voluntaria al ser previamente informados. Asimismo, también se garantizó el anonimato y la confidencialidad de los datos aportados por los usuarios. Se les explicó que en ningún momento iban a aparecer datos que los pudieran identificar (como nombres, apodos, etc.). Además, en los resultados del estudio, los relatos de los participantes se mostraron con unos códigos (Ch-1, Ch-2,... como ya se ha explicitado).

Con el fin de que los usuarios que habían participado en el estudio no pudieran ser identificados se optó por distinguir en el lugar de residencia entre usuarios de Las Palmas de Gran Canaria y usuarios fuera de Las Palmas de Gran Canaria (tal y como se muestra en la Tabla 1), ya que, si bien los usuarios de la capital son más numerosos, no ocurría lo mismo con los de fuera, por lo que si se especificaba otro municipio esto podía dar lugar a la posible identificación de algunos de los usuarios, puesto que en muchos de estos sitios el número de usuarios era muy limitado.

Previsión del análisis de los datos

En este trabajo, se ha llevado a cabo un análisis descriptivo cualitativo de los datos recogidos en las entrevistas en línea realizadas a los usuarios de Badoo. Se hizo un análisis de contenido de estas conversaciones siguiendo la metodología propuesta por Taylor y Bogdan (55). Estos autores describen cuatro pasos en el análisis: 1) preparación de los datos, 2) descubrimiento de temas emergentes, 3) codificación de los datos y 4) redacción de un informe presentando los hallazgos del estudio. De entrada, se realizó una lectura superficial de cada una de las conversaciones con cada uno de los usuarios para hacer una valoración global del contenido de las mismas. Posteriores lecturas más profundas de las conversaciones permitieron ir agrupando los fragmentos de texto en una serie de categorías preestablecidas y a partir de las cuales se formularon las preguntas que conformaron las entrevistas a los usuarios. Las diversas categorías establecidas eran equivalentes a compartimentos o cajones en los cuales se iban ubicando los diversos elementos de las unidades de registro que se fueron obteniendo en el curso del análisis (56). Para este mismo autor, junto con el sistema de categorías se debía explicitar un sistema de codificación que facilitase el análisis posterior. Así pues, se ha ido asignado a cada fragmento de información el código del usuario al que pertenece (utilizando los establecidos previamente en la Tabla 1, es decir, Ch-1, Ch-2,...).

Tal y como apuntan algunos autores (56), se pueden establecer las categorías de una forma inductiva, es decir, creando las diversas etiquetas bajo las que se van a ordenar la información según vaya surgiendo de la explotación de las diversas fuentes; de forma deductiva, o sea, según categorías previamente establecidas; o bien de forma mixta, es decir, partiendo de una serie de categorías previamente establecidas, pero que se pueden ampliar según lo que surja del análisis de la información, y que no quede suficientemente reflejado en las categorías anteriormente establecidas. A los efectos de este estudio se ha decidido utilizar un sistema de establecimiento de categorías mixto.

Para el análisis cualitativo de los datos se ha utilizado el programa ATLAS.ti 7. En investigación cualitativa, el ordenador representa una ayuda fundamental cuando se aborda el análisis de un gran volumen de datos cualitativos cuyo manejo y organización por procedimientos manuales resultarían costosos en tiempo y esfuerzo. La utilización de la informática constituye una herramienta eficaz que ayuda a simplificar y centrar la tarea de análisis (54).

Cabe poner de manifiesto que se ha decidido no alterar el contenido de las conversaciones que se tuvieron con los usuarios registrados, dejando los errores en la escritura ocasionados al pulsar rápidamente las teclas del ordenador, las faltas ortográficas, las abreviaturas en las palabras, etc. Se entiende que no perjudica el significado de lo que han querido decir y además muestra a los usuarios tal y como ellos se expresan. Únicamente entre paréntesis se han incluido algunas aclaraciones para hacer más entendible el mensaje que el usuario quería transmitir.

Resultados

Características de los sujetos del estudio

En este trabajo se ha entrevistado a un total de 40 chicos usuarios de Badoo con edades comprendidas entre los 18-24 años. Concretamente, nueve chicos tenían 21 años, ocho tenían 18 años y otros ocho tenían 19 años, siete tenían 20 años y otros siete tenían 22 años y un chico tenía 24 años. Por lugar de residencia, 22 chicos vivían en Las Palmas de Gran Canaria y 18 fuera de la capital.

¿Has probado alguna vez la *shisha*?

De los 40 chicos entrevistados, 28 de ellos refirieron haber probado alguna vez la *shisha*: "Ah sí... jajaja una vez en la casa d una amiga xD" (Ch-2, 21 años), "poes claro que he fumado" (Ch-8, 22 años), "sí, la que probe era de melocotón creo" (Ch-10, 20 años), "ajjja sí pero 1 vez y hace muchísimo ajja" (Ch-18, 20 años), "Solo fume una vez y una chupada solo xd" (Ch-26, 21 años).

Por el contrario, 12 chicos nunca habían probado la *shisha*: "No...por?... pues yo no consumo nada o sea qe... lo siento" (Ch-5, 19 años), "no fumo sisha jejeje" (Ch-16, 18 años), "Pues no, la verdad" (Ch-23, 18 años), "jajajaja pues no nunca" (Ch-24, 21 años), "no fumo de eso" (Ch-28, 21 años).

Cuando se les preguntó a los chicos si habían probado una *shisha*, cuatro de ellos no la reconocían por este nombre, sino por el de cachimba: "una q ? xD... esa cosa q se fuma ? XD" (Ch-2, 21 años), "consumido *shisha* te refieres si he fumao cachimba?" (Ch-8, 22 años).

Seis chicos que la habían probado refirieron que no les gusta fumar en *shisha*: "Sí... probé la de un amigo, pero no me hace mucha gracia jajaja" (Ch-1, 21 años), "no no me gusta fumar sólo probé la *shisha* y no me gustó" (Ch-31, 19 años).

Amigos cercanos que fuman en *shisha*

Entre los chicos que nunca había probado una *shisha*, seis de ellos constataron que algunos de sus amigos eran fumadores: "Alguno sí" (Ch-7, 19 años), "Sí, ellos sí" (Ch-9, 18 años), "mis amigos sí^^" (Ch-13, 19 años).

Otros siete chicos, tanto entre los que habían probado la *shisha* como los que no lo había hecho, respondieron que no tenían amigos fumadores o bien que algunos de sus amigos fumaban y otros no lo hacían.

Uno de los chicos no sabía si sus amigos fumaban, pero afirmó que sus familiares sí. Otros dos chicos que habían fumado alguna vez *shisha* también refirieron tener amigos que la fumaban.

Qué consumes/qué se consume en la *shisha*

En aquellos chicos que había fumado alguna vez en *shisha*, se preguntó por lo que había fumado. Un total de 21 chicos contestaron que tabaco de sabores: "Un tabaco de sandía... y a veces lo suelen mezclar con otro sabor" (Ch-1, 21 años), "Una cosa d sabor a plátano XD" (Ch-2, 21 años), "Pues tabaco de sabores jaja yo claro" (Ch-3, 18 años), "tabaco de sabores... fresa.. melón... menta... etc." (Ch-15, 21 años), "Pues varia jajaja... Tabaco de sabores muchos... A las chicas le suele gustas más el de cereza" (Ch-25, 22 años), "tabaco de ese con sabor de frutas" (Ch-36, 20 años).

Otros tres chicos aparte de tabaco incluyeron otras sustancias como marihuana y alcohol: "Tabaco... maría" (Ch-11, 18 años), "sabore y alcohol" (Ch-20, 20 años), "tabako María haxi xd" (Ch-38, 21 años).

En una ocasión, uno de los chicos manifestó utilizar Soex (piedras de vapor).

Así también, a los chicos que nunca la había probado se les preguntó por lo que se podía fumar en la *shisha*. Concretamente cuatro chicos respondieron que se fumaba tabaco de sabores.

Tres chicos manifestaron que se puede consumir otras sustancias aparte de tabaco: "Pues compran la caja de tabaco de *shisha* de sabores... Y le ponen alcohol o cosas así" (Ch-9, 18 años), "sí, se puede fumar desde tabaco con sabor, hasta sustancias estupefacientes, dice de drogas jaj" (Ch-13, 19 años). En una ocasión, uno de los chicos dijo que le añadían otro tipo de cosas distintas a las drogas: "pues le echan cocholate, fresas o galleta" (Ch-17, 18 años).

Otros tres chicos desconocían lo que se fumaba en la *shisha*.

La *shisha* la mezclas con marihuana, alcohol...

Se ha averiguado si estos chicos utilizaban otras sustancias distintas al tabaco de sabor y al agua en la *shisha*. Siete de ellos no la mezclan y dijeron utilizar lo convencional: "No... agua... y los tabacos de sabores" (Ch-1, 21 años), "Nop... no me gusta fumar otras cosas" (Ch-8, 22 años), "pero no tenía ni ron ni droga ni nada de eso" (Ch-30, 18 años).

Otros seis chicos sabían perfectamente que mucha gente utiliza este tipo de sustancias (hachís, alcohol, etc.) cuando fuma en *shisha*.

A la pregunta de si alguna vez había probado poner alcohol en vez de agua, cuatro chicos respondieron afirmativamente.

En una ocasión se preguntó a uno de los chicos que no fumaba si sus amigos había añadido a la *shisha* marihuana o alcohol mientras fumaba y respondió que no: "no sé, pero creo que no porque lo hubiera notado" (Ch-17, 18 años). Y otro chico relató su experiencia con el cambio del agua de la *shisha* por zumo: "A veces de agua pongo granadina o zumo que sabe más para darle más sabor de fruta" (Ch-25, 22 años).

Consumo habitual de *shisha*

Cuando se preguntó a algunos chicos si consumía *shisha* habitualmente, nueve de ellos respondieron que no.

Tres chicos relataron que su consumo de *shisha* es muy ocasional, en ciertas circunstancias: "Nop... solo cuando viene visita a lo mejor" (Ch-8, 22 años), "nooo... la utilizo solo en verano... mientras cojo sol" (Ch-19, 19 años), "la *shisha* no la fumo muxo... solo cuando me entra la depresión" (Ch-22, 19 años).

Otros han manifestado la frecuencia de consumo de la *shisha*. En tres de ellos este consumo era mensual: "una vez al mes por ai" (Ch-14, 19 años), "ahora poco la verdad... pok no tengo mucho tiempo para estármela haciendo... a la semana, al mes... al mes 2 o 3 veces... antes era casi todos los días" (hace unos 5 o 6 meses) (Ch-15, 21 años), "sí, pero no a diario... a lo mejor dos o tres veces al mes" (Ch-21, 22 años). Tan solo un chico refirió un consumo semanal y otro que manifestó hacerlo siempre.

Motivos para fumar en *shisha*

Dos chicos contestaron que por influencia de sus amigos: "Porque me dijeron que la probara, aunque yo les decía que no... pero se ponían pesados y para que se callaran la probé" (Ch-1, 21 años), "pues los amigos" (Ch-36, 20 años).

Tres chicos lo hicieron por curiosidad: "Jajaja porq estábamos ella (su amiga) y yo, ella se lo iba a fumar y le dije q si me dejaba probarlo, q me dio curiosidad jajaja (sabía q era algo inocuo XD)" (Ch-2, 21 años), "pues no sé curiosidad por probar" (Ch-35, 22 años).

Siete chicos contestaron que fumaron en *shisha* por probar: "hace año y medio, en el buda, con dos amigas, para probar!!" (Ch-10, 20 años), "porque mi hermana la puso y me dio por probarla y siéndote sincero no es que me guste mucho" (Ch-14, 19 años), "no solo fue una vez, por probar algo nuevo" (Ch-31, 19 años).

Uno de ellos contestó que no tenía nada que hacer, otro lo hizo por vivir la experiencia, otro porque se sintió atraído por el olor, y otros dos chicos dijeron que porque les gusta.

En aquellos chicos que nunca había probado la *shisha*, se quiso indagar acerca de si alguna vez se la había ofrecido. Así, siete chicos respondieron que sí. Tan solo uno de los jóvenes que nunca había fumado en *shisha* manifestó que nunca se la había ofrecido.

Compañía a la hora de fumar en *shisha*

Tan solo dos chicos han referido que fumaban *shisha* solos. Más bien se trata de una práctica grupal. Uno de los chicos al preguntarle si fumaba solo respondió: "Mas bien acompañado" y luego añadió que fumaba con amigos: "3 normalmente... aunque tambien lo suele fumar solo con su novia" (un amigo suyo) (Ch-1, 21 años).

La mayoría de los chicos fuman con sus amigos. Así se ha puesto de manifiesto en 20 relatos: "puess con un amigo con derecho y un amigo suyo jajaa" (Ch-18, 20 años), "Con amigos en sus casas y en el buda ese k había antes" (Ch-21, 22 años), "Con amigos, con quién si no jajaja" (Ch-25, 22 años), "Con mi mejor amigo en su casa" (Ch-26, 21 años), "he fumado con los colegas en su casa en mi casa" (Ch-38, 21 años).

Otros dos chicos han revelado que fumaban con familiares también y otro joven respondió que cuando fumó en *shisha* lo hizo con una ahijada suya.

También se preguntó a los chicos que nunca había fumado en *shisha* acerca de si esta se fuma en compañía de alguien, y dos de ellos manifestaron que se puede hacer solo o en compañía de amigos. Tres chicos que nunca habían fumado en *shisha*, refirieron que sus amigos fumadores lo hacían en compañía de otros amigos suyos.

Lugar donde se consume *shisha*

Respecto al lugar de consumo de *shisha*, cuatro chicos han puesto de manifiesto que lo han hecho en su propia casa. Otros cinco chicos han dicho que lo han hecho en casa de un amigo.

Otros 14 chicos aparte de su casa o la casa de sus amigos, lo han hecho en otros sitios (playa, fiestas, coche, parque, plaza, bar, cafetería/restaurante, discoteca): "yo solamente sé dónde fui... el buda que estaba por Vegueta" (Ch-10, 20 años), "en la palaya en mi casa en fiestas" (Ch-11, 18 años), "en casa o en mi coche.. o en casa de algún amigo" (Ch-15, 21 años), "fiestas" (Ch-20, 20 años), "en San Telmo... mi casa... el parque" (Ch-22, 19 años), "Pues en casa o en un parque o en la playa o en el campo jajaja" (Ch-25, 22 años), "en un cafetería restaurante se llama Big" (Ch-31, 19 años).

Sitios donde se puede comprar una *shisha*

Cuando se ha preguntado a los chicos dónde han comprado la *shisha* que fumaban, ocho de ellos han especificado tiendas especializadas y de tabaco donde se pueden adquirir: "Sí en la tienda esta que está en Triana que tiene cosas heavys y cosillas de esas... no me acuerdo el nombre... en Inti" (Ch-1, 21 años), "Me parece q Intis vende, también hay gente q las compra en los chinos o indios" (Ch-2, 21 años), "en Málaga... fue en un festival étnico... un puestecito que las podías fumar allí y también las vendían" (Ch-8, 22 años), "en una tabaquería" (Ch-11, 18 años).

Para otros tres chicos ha sido un regalo: "Me la regaló mi madre jijiji" (Ch-3, 18 años), "en imagen una y la otra me la regalaron" (Ch-15, 21 años). Dos chicos refirieron que las trajeron de un viaje: "una me la trajeron de Egipto, otra me la compré en las terrazas, otra en Triana y las otras 2 me las regalaron" (Ch-37, 24 años), "La primera me la compré en Egipto y la segunda en Infecar" (Ch-40, 20 años). Otro chico no sabía dónde se compraban.

También se ha preguntado a algunos chicos que no fumaban si sabían dónde se podía adquirir una *shisha*. Cinco de ellos respondieron que en tiendas especializadas, en cibernets, supermercados, "tiendas de chinos", etc.

Efectos dañinos para la salud del consumo de *shisha*

Cuatro chicos que alguna vez habían fumado *shisha* pensaban que esta no era tan mala para la salud: "no creo que lo sea, aunque si le metes cualquier cantidad de mierdas a lo mejor sí" (Ch-30, 18 años), "pues no sé si fumar pétalos de rosa o kiwi será malo, pero creo q no" (Ch-32, 20 años).

Otros cuatro chicos sin embargo creían que la nocividad dependía del tipo de tabaco que se fumara: "Depende de qué tabaco, el que yo fumo tiene nicotina pero hay otro que no" (Ch-3, 18 años), "a ver, como te dije, las hay con tabaco y sin tabaco... que no sé hasta qué punto puede ser dañino" (Ch-14, 19 años).

En cambio, siete chicos creían que sí era malo para la salud fumar en *shisha*: "muy sano no debe ser porque cualquier humo a los pulmones como que noo..." (Ch-10, 20 años), "pos si... pork eso es carbón... y nos lo tragamos junto con el humo... y daña los pulmones" (Ch-22, 19 años), "depende de la sustancia que se fume... pero en general son irritantes de las vías aéreas altas... además que hay cierta relación consumo/cáncer en el caso del tabaco... así que sí" (Ch-34, 21 años).

Tres chicos pensaban que era malo si abusabas o que dependía de si le añadías drogas.

Dos chicos vieron la *shisha* similar a los cigarrillos. Otros cuatro chicos han hecho comparaciones entre el cigarrillo y la *shisha*, y han visto esta última como más sana: "yo solo fumo en *shisha*, el cigarro no me gusta... yo pienso que es más sano la *shisha*... por que tú le hechas la cantidad de tabaco que quieras" (Ch-19, 19 años), "hombreee, supongo que algo dañino sera... pero menos que el tabaco" (cigarrillos) (Ch-18, 20 años), "nopp... es natural.el.cigarrillo tiene más química... tiene alquitrán... tiene millones de complementos para que te enganches" (Ch-29, 22 años).

También hemos preguntado a los chicos que nunca había fumado en *shisha* sobre lo que ellos creían respecto al daño que puede causar la misma. Cuatro de ellos manifestaron que no era mala. Tres chicos apuntaron que dependía de con qué lo mezclabas y de la frecuencia con la que lo fumaras. Otros tres chicos no sabían o lo asimilaban al tabaco.

En una ocasión uno de los chicos destacó el efecto relajante que supuestamente tiene el consumo de *shisha*: "parece que si dicen que relaja pero yo no le veo nada que sea del otro mundo es aspirar humo con sabor" (Ch-14, 19 años).

Consumo conjunto de *shisha* con cigarrillos, alcohol, etc.

Doce chicos que había probado la *shisha* manifestaron que no consumían cigarrillos. Otros cuatro chicos, en cambio, han referido que si consumían cigarrillos.

A la pregunta de si sus amigos consumen cigarrillos, uno de los chicos que había probado la *shisha* contestó: "no, solo la *shisha*" (Ch-1, 21 años). Y un grupo de chicos que nunca había fumado *shisha* respondió que sí tenía amigos que fumaban en *shisha*. Y otro chico contestó que no tenía amigos fumadores de *shisha*.

Uno de los chicos que nunca había fumado *shisha* respondió que sus amigos consumían ambas cosas (cigarrillos y *shisha*).

Estimación del consumo de *shisha* por chicos de su edad o menores

Se preguntó a los chicos si creían que los chavales de su edad o menores consumían *shisha*. Diez chicos que había fumado en *shisha* respondieron que sí: "mi amigos una gran parte de ellos Síii y la comparten" (Ch-19, 19 años), "sí, sí, muchos, casi todos los que conozco han fumado alguna vez" (Ch-21, 22 años), "hoy en día casi todos fuman" (Ch-31, 19 años), "claro k sí... se lleva ahora jajaja" (Ch-37, 24 años), "La mayoría de los que conozco sí" (Ch-40, 20 años).

Otros ocho chicos respondieron que no, que no sabía o que no muchos de ellos lo hacían.

Se indagó entre los chicos si la *shisha* que había fumado o fumaban era suya (de su propiedad). Así, se vio cinco chicos que había probado la *shisha* tenían sus propias *shishas*. Uno de los chicos respondió que no.

Entre los que habían probado la *shisha* y la consumía en la actualidad, cinco de ellos las tenían en propiedad.

A dos chicos, uno que había probado la *shisha* y otro que aparte de probarla la consumía, se les preguntó sobre lo que comenzaron a fumar primero, comparando la *shisha* con los cigarrillos. En ambos casos debutaron con los cigarrillos.

Otros dos chicos que nunca habían fumado en *shisha* apuntaron que la misma era un puerta de entrada para los cigarrillos y otras drogas: "Pos a mí no me gusta la *shisha* XD... Creo que es un conductor hacia el tabaco... Y terminan poniendo drogas y cosas así XD... Por eso no me gusta jajajaja" (Ch-9, 18 años), "fumar *shisha* yo creo que no es malo pero sí es una iniciativa para empezar con otras cosas" (Ch-24, 21 años).

Discusión

Si bien se hubiera podido haber utilizado otra red social para interactuar con un grupo de individuos, también es cierto que la red social Badoo nos ha permitido tener una primera aproximación al tema objeto de estudio. Por su lado, según algunos autores (49), el hecho de no tener a las personas delante para conversar hace que muchas encuentren en Badoo la manera perfecta de comenzar una relación de amistad o de pareja, pues les permite expresarse con libertad y acercarse a las personas con naturalidad (similar a como lo harían en una conversación informal en un entorno físico).

Una de las cuestiones que se podía haber incluido en las entrevistas realizadas a los usuarios de Badoo fue la edad de inicio del consumo de *shisha* y el tiempo que invertían en el consumo, como bien han hecho otros estudios de los que se han consultado (34).

Un aspecto importante a destacar es que hubiera sido interesante incluir el componente género. Si bien este estudio se ha centrado en un grupo de chicos gays, sin duda los resultados obtenidos hubiesen sido distintos al haber preguntado a chicas. En este sentido, hay autores (17) que han sugerido que esta brecha de género está disminuyendo con una relación de 1,9:1 para la utilización de la pipa de agua por parte de los hombres en comparación con las mujeres en contraposición a la relación de 4,3:1 para el consumo de los cigarrillos. Por su parte, en un trabajo (26) llevado a cabo en la provincia de Hormozgan (Irán) se vio que la pipa de agua era más frecuente en las zonas urbanas, especialmente en las mujeres.

De los datos de este estudio se desprende que de los 40 chicos entrevistados, 28 de ellos refirieron haber probado alguna vez la *shisha*. Por el contrario, 12 chicos nunca habían usado la misma. En otras investigaciones (28) se ha visto que muchos de los que no fumaban pipas de agua la habían probado con anterioridad.

Para algunos autores (27), los fumadores habituales son aquellos que fuman cachimba con regularidad, es decir, más de una vez por mes y en determinados periodos de cada día.

En este trabajo, nueve chicos han manifestado que consume actualmente *shisha* frente a 31 que no la consume de manera habitual. En tres de ellos este consumo era mensual. Tan solo un chico refirió un consumo semanal y otro que manifestó hacerlo siempre. Por su parte, en otro estudio (28) se vio que los que fumaban en casa lo hacían casi todos los días, porque según ellos era más barato y más conveniente que salir. Los resultados de otra investigación (37) mostraron que 12 estudiantes de un total de 30 eran fumadores actuales.

Algunos autores (27) definen a los fumadores experimentales como aquellos que han probado el tabaco en *hookah* varias veces, pero bien podría ser hace años o hace bastante tiempo. Su consumo es muy variable y depende mucho de las circunstancias (fiesta donde la gente está fumando pipa de agua). En este estudio, tres chicos relataron que su consumo de *shisha* era muy ocasional, en ciertas circunstancias (cuando acudía visita, en verano mientras tomaba el sol y cuando estaba deprimido).

Diversos estudios revisados han puesto de manifiesto que la *shisha* se consume grupalmente (en compañía). Por ejemplo, fumar pipa de agua para todos los encuestados daneses se asoció a un acto social, una comunidad y no individualmente, como el cigarrillo puede ser a veces (27). En otros, aunque el contexto social parecía importante en la iniciación, su atractivo como una actividad social fue la explicación dominante para la continuación del uso de pipas de agua (28). Comparar una pipa de agua se considera socialmente aceptable en muchas familias de tal manera que a los jóvenes, que tenían prohibido fumar cigarrillos se les permitía participar de la *shisha* durante las reuniones familiares (37).

Los resultados de este trabajo revelaron que la mayoría de los chicos fumaban con sus amigos. Tan solo dos chicos refirieron que lo hacían solos. Por otra parte, era una actividad que hacían en sus propias casas o en casa de sus amigos, si bien, también lo habían hecho en otros sitios como playa, fiestas, coche, parque, plaza, bar, cafetería/ restaurante, discoteca. En otro estudio (30) se vio que en los estudiantes de secundaria la pipa de agua era un accesorio común en las fiestas y las casas de sus amigos, y algo divertido que hacer con un grupo. En otro trabajo (27) se halló que la primera experiencia de consumo de pipa de agua típica de los encuestados daneses, englobó ocasiones privadas sociales en una fiesta o en una fiesta de pijamas en pipa de agua de otra persona. Otra investigación (34) reveló que la mitad de la muestra fumaba en casa. Otros (37) han visto que las chicas tendían a fumar en lugares cerrados o garantizados como las habitaciones de su casa, cerca de la ventana o en los balcones si no estaban expuestos, mientras que a los chicos generalmente les gustaba fumar en la calle, en lugares cercanos a donde vivían, o en las mismas tiendas en donde compraban los cigarrillos.

Entre los motivos mencionados por los chicos entrevistados estuvieron: probar, la curiosidad, la influencia de amigos, y en menor medida el aburrimiento, vivir la experiencia y sentirse atraído por el olor. En otra investigación (32), aparte de la presión de sus compañeros, otras razones que les atrajeron a seguir fumando *shisha* incluyeron el olor atractivo y el sabor, el fácil acceso, la percepción de que *shisha* no era adictiva y su precio más barato. Otros (33) vieron que los jóvenes fuman pipa de agua para la diversión y la socialización. Además, confirmaron que los jóvenes también disfrutaban de las sensaciones gustativas de esencias que tienen buen sabor, a diferencia de los cigarrillos. Para otros autores (34), razones que contribuyeron a la apelación de fumar *shisha* son señales sensoriales como el sabor, el olor y la vista, agravadas por la gran variedad de sabores disponibles y la diversión asociada a exhalar anillos de humo (36).

La mayoría de los chicos entrevistados en este estudio dijeron utilizar lo convencional mientras fumaban en *shisha*, es decir, tabaco de sabor y agua; si bien, algunos chicos aparte de tabaco incluyeron otras sustancias como marihuana y alcohol. Esto mismo se ha visto en otros estudios consultados. Por ejemplo, en uno de ellos (34) se relató que algunos mezclan el agua en la base del aparato con alcohol u otros líquidos, todos los estudiantes habían oído y/o visto tal práctica. En otro (29), los jóvenes mencionaron la inhalación de pastillas alucinógenas trituradas con el cigarrillo o fumando *argileh*.

Los datos de este estudio han revelado que siete chicos creían que era malo para la salud fumar en *shisha*. Cuatro chicos que alguna vez habían fumado *shisha* pensaban que esta no era tan mala para la salud. Otros cuatro chicos, sin embargo, creían que la nocividad dependía del tipo de tabaco que se fumara. En uno de los estudios que se han revisado (30), se vio que a pesar de su conocimiento acerca de los daños a la salud del tabaco, la pipa de agua se percibía como menos dañina y no adictiva, ya que tenía un buen sabor y olor, los salones de la cachimba eran legales, no se consumía todos los días, y porque nadie les había dicho que era perjudicial. En otro trabajo (29), pese a que los chicos que fumaban eran conscientes de los efectos negativos para la salud del hábito de fumar, estos continuaban fumando. Por su parte, la creencia de que fumar pipa de agua no daña la salud ni es adictiva ha sido verificada en otro estudio (33). En otra investigación (38) se halló que nadie incluyendo los educados sabía exactamente el contenido de la pipa de agua.

En este estudio, algunos chicos vieron la *shisha* similar a los cigarrillos. No obstante, han visto la *shisha* como más sana. Esto mismo se ha observado en otros estudios (36, 37). En otro trabajo (28), cuando se preguntó qué tan saludable era el hábito de fumar en pipa de agua en comparación con los cigarrillos, nueve encuestados consideraron que era menos perjudicial, dos considerados los dos métodos de fumar como equivalentes y una persona consideró fumar pipa de agua como más dañino. Aquellos que consideraron las pipas de agua menos nocivas incluyeron a todos los encuestados que nunca habían fumado cigarrillos. Otra investigación (30) puso de manifiesto que los jóvenes admitieron ser conscientes de que a pesar de que se ve y huele diferente de los cigarrillos, la sustancia que están fumando a través de una pipa de agua es tabaco. En otros estudios (32,34), en cuanto a la percepción de riesgo para la salud, todos los encuestados creían que la *shisha* era menos dañina y adictiva en comparación con el consumo de cigarrillos.

A dos chicos entrevistados (uno que había probado la *shisha* y otro que aparte de probarla la consumía) se les preguntó sobre lo que comenzaron a fumar primero, comparando la misma con los cigarrillos. En ambos casos debutaron con los cigarrillos. En otro estudio (28), se evidenció esto mismo, ya que ninguno de los encuestados indicó que fumar pipa de agua

había precedido al consumo de cigarrillos. Otra investigación (34), sin embargo, reveló que la mayoría de los fumadores duales habían experimentado con la *shisha* antes de pasar a los cigarrillos. Asimismo, en otro trabajo (27), solamente uno de los chicos daneses había probado fumar antes alguna vez una pipa de agua.

En uno de los estudios revisados (34), se vio que los fumadores duales fueron inflexibles en que los dos métodos de consumo no eran libremente intercambiables, y cada uno servía para un propósito diferente. No obstante, uno de los chicos entrevistados, en una ocasión, explicó su experiencia con el uso y abandono de tabaco en relación a la *shisha*. Concretamente, afirmó que había consumido tabaco, que lo dejó, que comenzó a fumar en *shisha*, y luego volvió a consumir tabaco.

En una ocasión uno de los chicos entrevistados destacó el efecto relajante que supuestamente tiene el consumo de *shisha*. Esto mismo se ha hallado en otros trabajos consultados. Por ejemplo, en uno de ellos (28) el disfrute de los sabores de la fruta y la experiencia de estar inhalando y exhalando grandes cantidades de humo suave fueron las explicaciones más comunes dadas por sus propiedades relajantes. Y en otro (38), los sujetos manifestaron que fumaban pipa de agua para calmarse.

Doce chicos entrevistados que había probado la *shisha* manifestaron que no consumían cigarrillos. Otros cuatro chicos, en cambio, refirieron que sí consumían cigarrillos. En una ocasión, uno de los chicos que nunca había fumado *shisha* también reveló que consumía cigarrillos. En otra investigación de las revisadas (28), se vio que cuatro de los encuestados fumaba cigarrillos, así como pipas de agua. En otro trabajo (37) en cambio mientras que algunos fumaban cigarrillos solamente, otros mencionaron el uso de pipa de agua o de otras formas de tabaco.

Diez chicos entrevistados que había fumado en *shisha* respondieron que sí creían que los chavales de su edad o menores consumían *shisha*. Otros ocho chicos, por el contrario respondieron que no, que no sabía o que no muchos de ellos lo hacían. En otro estudio (30), los jóvenes estimaron que entre la mitad y tres cuartas partes de su grupo de pares fumaban pipa de agua. Y en otro trabajo (29), en el caso de los cigarrillos y el tabaco de *argileh* (8,3% y 22,4%, respectivamente), los participantes afirmaron que en realidad muchos más adolescentes fumaban y comenzaban a una edad muy temprana.

En este trabajo se ha visto que cinco chicos que había probado la *shisha*, pero que no la consumía en la actualidad, eran dueños de una. Asimismo, entre los que habían probado y la consumía en la actualidad, cinco de ellos tenían *shishas* en propiedad. Otro trabajo (27), puso de relieve que solamente después de un par de veces, algunos jóvenes se planteaban incluso comprar una pipa de agua.

Por último, a modo de resumen y como conclusiones es necesaria la realización de estudios epidemiológicos tanto en el ámbito nacional como regional/insular que valoren la prevalencia, prácticas de consumo, creencias y actitudes hacia el consumo, etc., tanto en la población en general y en los adolescentes y estudiantes universitarios en particular, de cara a la construcción de un corpus de conocimientos en torno al tema en cuestión. Solamente de esta manera, y en función de los resultados aportados por las investigaciones que se lleven a cabo, se sabrá si se hace necesario el establecimiento de políticas de salud pública que ayuden a combatir este importante tema, que mundialmente ha sido catalogado por muchos autores como una amenaza emergente para las poblaciones y comunidades.

Agradecimientos

Quisiera dar las gracias a todos y cada uno de los chicos que de una forma desinteresada han tenido la amabilidad de contestar a las preguntas de las entrevistas. Sin lugar a dudas, sin sus relatos este trabajo no hubiera tenido lugar.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- [1] Castañeda L, González V, Serrano JL. Donde habitan los jóvenes: precisiones sobre un mundo de redes sociales. En: Martínez F, Solano I. Comunicación y relaciones sociales de los jóvenes en la red. Alicante: Marfil; 2011. p. 47-63.
- [2] Nelson R, Joos I, Wolf DM. Social media for nurses: educating practitioners and patients in a networked world. springer series. New York: Springer Publishing Company; 2012.
- [3] Fields T. Mobile & Social Game Design: Monetization Methods and Mechanics. 2nd ed. Boca Raton (Florida, USA): CRC Press; 2014.
- [4] Expansion. Sectores P-T - Las 5.000 mejores direcciones de internet para los negocios. Bubok; 2013.
- [5] Simon D. Social media equals social customer: managing customer experience in the age of social media. Bloomington (USA): iUniverse; 2013.
- [6] Sansevieri PC, Kirshbaum LJ. Red hot internet publicity: an insider's guide to promoting your book on the internet. New York: Cosimo, Inc.; 2009.
- [7] Peña Acuña B. El alcance de la educación multimedia: las redes y la transformación social. Etic@net. [En línea] [fecha de acceso: 5 de noviembre de 2014]. URL disponible en: <http://www.ugr.es/~sevimeco/revistaeticanet/index.htm>
- [8] Fundación Pfizer. Juventud y las Redes Sociales en Internet. [En línea] [fecha de acceso: 5 de noviembre de 2014]. URL disponible en: https://www.fundacionpfiizer.org/sites/default/files/pdf/INFORME_FINAL_Encuesta_Juventud_y_Red_Sociales.pdf
- [9] Observatorio Juventud en España (estadística-Injuve). Jóvenes y TIC. Cifras Jóvenes - Sondeo de Opinión, 2011. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [En línea] [fecha de acceso: 5 de noviembre de 2014]. URL disponible en: <http://www.injuve.es/sites/default/files/2012/27/publicaciones/Sondeo%202011-1b.pdf>
- [10] Elogia Marketing Singular e Interactive Advertising Bureau (IAB Spain Research). III Estudio sobre Redes Sociales en Internet. [En línea] [fecha de acceso: 5 de noviembre de 2014]. URL disponible en: <http://www.iabspain.net/redes-sociales>
- [11] The Cocktail Analysis. Informe de resultados Observatorio de Redes Sociales 3^o Oleada. [En línea] [fecha de acceso: 5 de noviembre de 2014]. URL disponible en: <https://s3.amazonaws.com/tca-2012/uploads/2011/02/Observatorio-RedesSociales2011.pdf>
- [12] Gobierno de La Rioja y Agencia del Conocimiento y la Tecnología. Estudio del Observatorio Riojano para la Sociedad de la Información (ORSI, 2010). [En línea] [fecha de acceso: 5 de noviembre de 2014]. URL disponible en: <http://canales.larioja.com/documentos/orsi-2010.pdf>
- [13] Garcés Prieto J, Ramos Gabilondo MA. Jóvenes consumidores y redes sociales en Castilla-La Mancha. Castilla-La Mancha: Asociación de Estudios Psicológicos y Sociales de Castilla-La Mancha; 2011. [En línea] [fecha de acceso: 5 de noviembre de 2014]. URL disponible en: <http://www.psicosociales.com/estudios/JovenesConsumidoresyRedesSociales.pdf>
- [14] Gobierno de Canarias. Consejería de Bienestar Social, Juventud y Vivienda. Dirección General de Juventud (2010). Encuesta de Jóvenes de Canarias. [En línea] [fecha de acceso: 5 de noviembre de 2014]. URL disponible en: <http://www.datosdelanzarote.com/uploads/doc/Encuesta-de-j%C3%B3venes-de-Canarias-%282010%29--20110525144812969introduccion.pdf>
- [15] Sánchez Vera MM, Serrano Sánchez JL, Prendes Espinosa MP. Análisis comparativo de las interacciones presenciales y virtuales de los estudiantes de educación secundaria obligatoria. Educación XX1; 2013; 16.1: 351-374. [En línea] [fecha de acceso: 5 de noviembre de 2014]. URL disponible en: <http://www.uned.es/educacionXX1/pdfs/16-01-16.pdf>
- [16] Kandela P. Nargile smoking keeps Arabs in wonderland. Lancet 2000; 356(9236):1175.
- [17] Maziak W, Ward KD, Afifi RA, Eissenberg T. Tobacco smoking using a waterpipe: A re-emerging strain in a global epidemic. Tob Control 2004; 13(4):327-333.
- [18] Knishkowsky B, Amitai Y. Water-pipe (narghile) smoking: an emerging health risk behavior. Pediatrics 2005; 116(1):e113-119.
- [19] World Health Organization. WHO Study Group on Tobacco Product Regulation (TobReg, 2005). Advisory note: waterpipe tobacco smoking: health effects, research needs, and recommended actions by regulators. Geneva, Switzerland: WHO Tobacco Free Initiative. [En línea] [fecha de acceso: 5 de noviembre de 2014]. URL disponible en: www.who.int/tobacco/global_interaction/tobreg/waterpipe/en/index.html
- [20] Maziak W, Eissenberg T, Ward KD. Patterns of waterpipe use and dependence: implications for intervention development. Pharmacol Biochem Behav 2005; 80(1):173-179.
- [21] Chaouachi K. A critique of the WHO TobReg's "Advisory Note" report entitled: "Waterpipe tobacco smoking: health effects, research needs and recommended actions by regulators". J Negat Results Biomed 2006; 5:17.
- [22] Maziak W. The waterpipe. A global epidemic or a passing fad. Int J Epidemiol 2010; 39(3): 857-859.
- [23] Shihadeh A, Saleh R. Polycyclic aromatic hydrocarbons, carbon monoxide, "tar", and nicotine in the mainstream smoke aerosol of the narghile water pipe. Food Chem Toxicol 2005; 43(5): 655-661.

- [24] Akl EA, Gaddam S, Gunukula SK, Honeine R, Jaoude PA, Irani J. The effects of waterpipe tobacco smoking on health outcomes: A systematic review. *Int J Epidemiol* 2010; 39(3):834-857.
- [25] Warren CW, Lea V, Lee J, Jones NR, Asma S, McKenna M. Change in tobacco use among 13-15 year olds between 1999 and 2008: findings from the Global Youth Tobacco Survey. *Glob Health Promot* 2009; 16(2 Suppl):38-90.
- [26] Majdzadeh SR, Zamani G, Kazemi SH. Qualitative survey on the factors affecting tendency to hookah usage in Hormozgan province and appropriate campaign methods against it (original en persa). *Hakim* 2002; 5(3):183-187.
- [27] Jensen PD, Kvernrød AB. Vandpibekulturen blandt danske teenagere. Hvorfor er vandpiben blevet så populær, og hvordan kan vandpiberygning forebygges? (en danés) (Cultura Hookah entre los adolescentes daneses. ¿Por qué es la pipa de agua tan popular y cómo se puede prevenir el consumo de tabaco en pipa de agua?). Projekt Børn, Unge & Rygning. Kræftens Bekæmpelse. København: Dinamarca; 2008.
- [28] Roskin J, Aveyard P. Canadian and English students' beliefs about waterpipe smoking: a qualitative study. *BMC Public Health* 2009; 9:10.
- [29] Makhoul J, Nakkash R. Understanding youth: using qualitative methods to verify quantitative community indicators. *Health Promot Pract* 2009; 10(1):128-135.
- [30] Oregon Tobacco Prevention and Education Program. Indoor Clean Air Act Compliance Study. Oregon: USA; 2010. [En línea] [fecha de acceso: 5 de noviembre de 2014]. URL disponible en: <http://public.health.oregon.gov/PreventionWellness/TobaccoPrevention/Documents/2010-icaa-compliance.pdf>
- [31] Nakkash RT, Khalil J, Afifi RA. The rise in narghile (shisha, hookah) waterpipe tobacco smoking: A qualitative study of perceptions of smokers and non smokers. *BMC Public Health* 2011; 11: 315.
- [32] Yen KP, Harun NB, Ishak FB, Anuar NAIM, Karim NA, Azman A et al. Contributory Factors to the Smoking of Shisha among Teenagers in the Perak City of Ipoh: A Preliminary Qualitative Survey. *International Journal of Public Health Research* 2012; 2(1):80-84.
- [33] Domingues Pereira do Prado RA, Acevedo CR, Da Silva MA. Narguile: crenças em relação ao uso. XV SEMEAD. Seminários em Administração. [En línea] [fecha de acceso: 5 de noviembre de 2014]. URL disponible en: <http://www.ead.fea.usp.br/semead/15semead/resultado/trabalhosPDF/325.pdf>
- [34] Jawad M, Jawad S, Mehdi A, Sardar A, Jawad AM, Hamilton FL. A qualitative analysis among regular waterpipe tobacco smokers in London universities. *Int J Tuberc Lung Dis* 2013; 17(10):1364-69.
- [35] Afifi R, Khalil J, Fouad F, Hammal F, Jarallah Y, Abu Farhat H et al. Social norms and attitudes linked to waterpipe use in the Eastern Mediterranean Region. *Soc Sci Med* 2013; 98:125-134.
- [36] Diatlenko H. Маркетингові стратегії тютюнової індустрії, що впливають на сприйняття та споживання кальяну в Україні (en ucraniano) (Tobacco industry marketing strategies that affect perception and use of waterpipe in Ukraine). *Tobacco Control and Public Health in Eastern Europe* 2013; 3(1):29-38.
- [37] Shadid HM, Hossain SZ. Understanding smoking behaviour among secondary school students in Amman, Jordan: a qualitative study. *J Community Med Health Educ* 2013; 3(2):199.
- [38] Gedefaw M, Eshete A, Aychiluhem M, Azale MT. Water-pipe tobacco epidemic in tobacco naive communities: Experience from Ethiopia. *Open Journal of Epidemiology* 2013; 3(4):184-192.
- [39] Blosnich JR, Jarrett T, Horn K. Racial and ethnic differences in current use of cigarettes, cigars, and hookahs among lesbian, gay, and bisexual young adults. *Nicotine Tob Res* 2011; 13(6):487-491.
- [40] Rath JM, Villanti AC, Rubenstein RA, Vallone DM. Tobacco use by sexual identity among young adults in the United States. *Nicotine Tob Res* 2013; 15(11):1822-31.
- [41] TNS Opinion & Social. Special Eurobarometer N° 332/Wave 72.3. "Tobacco". Brussels, Belgium; 2009. [En línea] [fecha de acceso: 5 de noviembre de 2014]. URL disponible en: http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/ebs332_en.pdf
- [42] TNS Opinion & Social. Special Eurobarometer N° 385/Wave EB77.1. "Attitudes of Europeans towards Tobacco". Brussels, Belgium; 2012. [En línea] [fecha de acceso: 5 de noviembre de 2014]. URL disponible en: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_385_en.pdf
- [43] Ferreira da Silva MR. Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud: cursos GRAAL 5. Barcelona: Univ. Autònoma de Barcelona; 2006.
- [44] Gómez MM. Introducción a la metodología de la investigación científica. Córdoba (República de Argentina): Editorial Brujas; 2006.
- [45] Toro Jaramillo ID, Parra Ramírez RD. Método y conocimiento: metodología de la investigación: investigación cualitativa/investigación cuantitativa. Colombia (Sur América): Universidad Eafit; 2006.

- [46] Burns N, Grove SK. Investigación en enfermería. 3ª ed. Madrid: Elsevier España; 2005.
- [47] Guix J. "P < 0,05 sí, pero...": la aplicación de la metodología cualitativa en la investigación sanitaria. Rev Calidad Asistencial 2003; 18(1):55-58.
- [48] Vivas i Elias P. Ventanas en la ciudad: observaciones sobre las urbes contemporáneas. Volumen 53 de Psicología (UOC). Barcelona: Editorial Universitat Oberta de Catalunya; 2005.
- [49] Kendall KE, Kendall JE. Análisis y diseño de sistemas. Naucalpan de Juárez (México): Pearson Educación; 2005.
- [50] Martínez-Lirola MD. Aproximación a la interacción virtual: el caso de la red social Badoo. Palabra Clave 2012; 15(1):107-127.
- [51] Rubio Domínguez R. #Edusoentrevistas. Volumen 7 de Laboratorio de Educación Social. Barcelona: UOC; 2014.
- [52] Corbetta P. Metodología y técnicas de investigación social. Edición revisada. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana; 2007.
- [53] Rojas Soriano R. Guía para realizar investigaciones sociales. Colección Folios universitarios. México D.F. (México): Plaza y Valdés; 1995.
- [54] Bisquerra Alzina R. Metodología de la investigación educativa. Volumen 1 de Manuales de metodología de investigación educativa. Madrid: La Muralla; 2004.
- [55] Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados. Barcelona: Paidós; 2008.
- [56] Guix Oliver J. El análisis de contenidos: ¿qué nos están diciendo? Rev Calidad Asistencial 2008; 23(1):26-30.

El mayor buscador de contenidos científicos actualizados específicos de enfermería de la red. Una herramienta esencial de apoyo a tu aprendizaje. La respuesta fiable a todas tus necesidades académicas y profesionales.



- ✓ Todas las especialidades.
- ✓ Todas las técnicas y procedimientos.
- ✓ Todos los cuidados avanzados.
- ✓ Toda la investigación y actualidad enfermera.
- ✓ Todo ello ajustado a la realidad enfermera más actual.

- **MÁS DE 75.000 DOCUMENTOS**
a texto completo, revisados y actualizados.
- **124.000 GRÁFICOS E ILUSTRACIONES**
de ENFERMERÍA en español.
- **MÁS DE 75.000 DOCUMENTOS**
de todos los términos relacionados
con Ciencias de la Salud.
- **TODAS LAS MATERIAS**

TODO ELLO ACTUALIZADO PERMANENTEMENTE POR NUESTRO EQUIPO CIENTÍFICO Y EDITORIAL

<http://encuentra.enfermeria21.com>
info@enfermeria21.com

PODRÁS COPIAR, PEGAR E IMPRIMIR

a partir de fuentes fiables, actualizadas y reseñables, cualquiera de los contenidos consultados.

¹ Pablo Serna Berná
² Ana Santos Ruiz

Instrumentos de medida de la percepción del estigma en personas con discapacidad intelectual

¹ *Enfermero. Máster en Investigación en Ciencias de la Enfermería.*

² *Doctora en Psicología de la Salud. Profesora de Psicología de la Salud en la Universidad de Alicante.*

Dirección de contacto: pbl_serna@hotmail.com / pssb1@alu.ua.es

Resumen

Objetivo: son diversos los instrumentos utilizados para la evaluación del estigma en personas con discapacidad intelectual (PDI), siendo necesario analizar cuál de ellos es más adecuado para su medición. El objetivo de este documento es revisar la literatura publicada con escalas apropiadas para evaluar el estigma de las PDI.

Método: se realizó una revisión de la literatura científica de los instrumentos de medida del estigma percibido por PDI. Bases de datos utilizadas: Medline, PsychInfo y CINAHL.

Resultados: la información proporcionada por las bases de datos fue recogida en 470 artículos, de los que fueron incluidos un total de 42. De estos artículos fueron extraídos 14 instrumentos de medida del estigma percibido.

Discusión: la revisión de instrumentos y análisis de sus propiedades psicométricas proporcionan un recurso para ayudar a los investigadores a seleccionar la medida de estigmatización percibida por PDI más apropiada para su estudio.

Palabras clave: estigma; enfermedad mental; medida; propiedad psicométrica; calidad de vida; personas con discapacidad intelectual.

Abstract

Measuring tools to assess stigmatization perception by people with intellectual disability

Purpose: A number of different tools are currently available to assess stigmatization in people with intellectual disability (ID), and there is a need to select the most useful one of them as a measure. We aimed to carry out a literature review on scales that can be suitable for the assessment of stigmatization in people with ID.

Methods: A literature search was performed for measuring tools aimed at assessing stigmatization as perceived by individuals with ID. The following databases were searched: Medline, PsychInfo y CINAHL.

Results: Relevant data on the subject were found in databases in 470 articles; and 42 full-text papers were selected and retrieved. Fourteen measuring tools for perceived stigmatization were identified in such papers.

Discussion: A review of available scales and the assessment of their psychometric attributes is a useful tool to help researchers selecting a suitable measure for perceived stigmatization in individuals with ID.

Key words: stigmatization; mental illness; measure; psychometric attributes; quality of life; individuals with intellectual disability.

Introducción

La sociedad está dividida en diferentes categorías de apariencias que catalogan a las personas en función de un conjunto de atributos. Estas no son más que características que se perciben cuando se produce la interacción entre dos sujetos. Es por esta razón por la que se clasifican a las personas en función de su apariencia, predominantemente física, y se incluye en una categoría mental, con atributos parecidos al resto de personas de la misma. Goffman (1) define esta manera de categorizar como "identidad social" y hace referencia al término "estigma", como un atributo profundamente desacreditador. Un atributo que estigmatiza a un tipo de poseedor, pudiendo confirmar la normalidad de otro.

El estigma es el aspecto más abordado en el estudio de la enfermedad mental, e incluye la discapacidad intelectual (2). El estigma es un término general que comprende problemas de conocimiento (ignorancia o desinformación), actitudes de prejuicio y discriminación. Produce cambios en los sentimientos, las actitudes y el comportamiento tanto de la persona afectada (baja autoestima, baja autopercepción y aislamiento social) como de la familia. La investigación sobre el estigma y la enfermedad mental ha tenido varias limitaciones: los estudios muestran poca conexión con la práctica clínica o política en salud, han sido en gran parte estudios descriptivos, referentes a estudios de actitudes públicas hacia las personas con enfermedad mental. Hay pocos países, sociedades o culturas en las que estas personas son igualmente valoradas como las que no tienen enfermedad mental. La calidad de la información sobre la discriminación es pobre, con pocos estudios comparativos entre países o en el tiempo (3).

Existe evidencia de que para las personas con discapacidad intelectual, así como otros grupos estigmatizados, el estigma puede tener un impacto negativo en su bienestar psicológico, disminuyendo su autoestima y afectando su estado de ánimo (4,5).

En comparación con otros trastornos o enfermedades, las mentales suelen ser más estigmatizadas. Las consecuencias del comportamiento de estigmatización (rechazo y evitación) parecen afectar a la mayoría de personas con discapacidad intelectual, sin embargo, poco se sabe acerca de cómo afectan a su vida cotidiana, pues la mayoría de investigaciones (6-10) sobre enfermedad mental y estigma consisten en estudios de actitudes, es decir, lo que la gente haría en situaciones imaginarias o lo que piensa la mayoría de las personas, por ejemplo, cuando se enfrentan a un vecino, compañero de trabajo o de universidad con enfermedad mental. Tales investigaciones se han centrado en opiniones y percepciones de personas sanas, en lugar de estudiar las percepciones y experiencias de las personas con discapacidad intelectual. De esta manera, con algunas claras excepciones, la investigación se ha centrado en lo hipotético en lugar de en situaciones reales, despojada de lo cualitativo, ha abordado el estigma y la calidad de vida indirectamente, dando lugar a respuestas difusas sobre la forma de intervenir en esta discriminación.

Las actitudes y expectativas negativas hacia las personas con discapacidad siguen siendo en la actualidad motivo de análisis, puesto que constituyen una de las principales barreras para la inclusión e integración de estas personas. Hoy por hoy, el discapacitado sigue enfrentándose a diversas formas de discriminación relacionadas con prejuicios y actitudes negativas (11). Con respecto al estudio y evaluación de las actitudes hacia la discapacidad, debe destacarse que estas no aparecen de repente en una persona, sino que son aprendidas gradualmente a través de la experiencia. En España la mayoría de investigaciones (6,7,9) acerca del estigma en la enfermedad mental se han centrado en la modificación de las actitudes, favorecer una situación de igualdad e integración social efectiva de estos pacientes. En este sentido, resulta necesario conocer y evaluar las actitudes hacia la enfermedad mental o discapacidad intelectual, para el desarrollo de programas que hagan posible el cambio de actitudes (12).

Ya que la perspectiva de la persona con discapacidad intelectual parece no haber sido ampliamente estudiada, surge la necesidad de evaluar el estigma personal y la calidad de vida informada por estas personas, aspectos que cada vez son más utilizados como resultados clave en las intervenciones contra el estigma (13).

El presente estudio se centra en la revisión de medidas de evaluación del estigma social, prejuicios y discriminación asociada a la discapacidad intelectual o enfermedad mental, siendo el objetivo principal determinar qué instrumentos específicos reúnen las características y propiedades más adecuadas que aporten a la comunidad enfermera una valoración fiable de la percepción del estigma social por parte de las personas con discapacidad intelectual, siendo útil para la práctica clínica en realización de programas de ayuda orientados a estas personas.

Metodología

Diseño

Se llevó a cabo una revisión de la literatura científica para identificar los instrumentos de medida del estigma social de personas con enfermedad mental o discapacidad intelectual.

Materiales y procedimiento

Las bases de datos utilizadas fueron Medline, PsychInfo y CINAHL, y se realizó la búsqueda de artículos publicados que contienen en título y resumen varias combinaciones de las palabras clave para el periodo 1994-2014. Fueron identificados un total de 470 artículos. Se revisaron los títulos y resúmenes de los documentos encontrados y se incluyeron los que informaban de medidas de evaluación de la percepción y experiencia del estigma social de personas con enfermedad mental o discapacidad intelectual. Dado que el objetivo de este trabajo fue proporcionar los instrumentos con mayor valor psicométrico, se incluyeron los instrumentos más válidos utilizados en España y transcritos al castellano.

La revisión se limitó a artículos publicados desde el año 1994 por interés de la investigación, las aportaciones en castellano datan de esa fecha. Los idiomas seleccionados fueron inglés y castellano.

- Criterios de inclusión: se incluyeron los artículos que una vez examinados título y resumen utilizaban, construían o informaban acerca de un instrumento de medida del estigma social en personas con enfermedad mental o discapacidad intelectual.
- Criterios de exclusión: se excluyeron los estudios que incluían instrumentos que no cumplían con adecuadas propiedades psicométricas. Se eliminaron los que no proporcionaban información relevante y los que informaban de la utilización de un instrumento, pero no lo describían ni lo incluían como anexo.

Análisis de datos

Sesenta y dos documentos cumplieron los criterios de inclusión/exclusión.

Resultados

De los 62 artículos identificados, cinco fueron eliminados por los criterios de exclusión como causa principal o porque la medida fue creada para el estudio en función del interés de los investigadores y no cuenta con la suficiente información sobre el contenido de la misma. Entre estos estudios se identificaron un total de 14 medidas del estigma de las personas con enfermedad mental o discapacidad intelectual. Las medidas son ordenadas en la Tabla 1 en función de la cantidad de estudios en que son utilizadas. Las propiedades psicométricas de cada instrumento se encuentran reflejadas en la Tabla 1 para ser consultadas.

Debido a que el número de revisiones sistemáticas publicadas en las que se comparan la medición de propiedades psicométricas de cuestionarios en salud han ido en aumento, Terwee et al (14) han desarrollado criterios de calidad para el diseño, métodos y resultados de los estudios sobre el desarrollo y evaluación de cuestionarios en salud. Estos criterios de calidad son varios y hacen una contribución importante para la medición de propiedades de cuestionarios en salud y pueden ser utilizados en revisiones sistemáticas de dichas medidas, para detectar deficiencias en conocimiento de las propiedades de medición y para diseñar estudios de validación. En la presente revisión se tomaron como referencia dichos criterios para la evaluación básica de las medidas encontradas.

El aspecto más frecuentemente abordado del estigma en la enfermedad mental es la percepción del mismo. De las medidas encontradas seis evalúan aspectos relacionados con la percepción. De los 57 documentos evaluados 29 (51%) incluían medidas de este tipo. Algunas de las escalas más utilizadas fueron *Perceived Devaluation and Discrimination Scale* (PDD) (15), *Internalised Stigma of Mental Illness* (ISMI) (16) y *Discrimination and Stigma Scale* (DISC) (17), entre otras, por su elevada calidad psicométrica, su uso común y sus validaciones en varios idiomas.

Corrigan y Watson (18) han sido grandes contribuyentes a la investigación del estigma en la enfermedad mental o discapacidad intelectual. Estos autores, responsables del instrumento *Self-stigma of Mental Illness Scale* (SSMIS), también co-

laboran para adaptar la PDD a su condición final de medida. Han demostrado que el autoestigma produce consecuencias nocivas sobre la vida de personas con enfermedad mental. Narraciones en primera persona y otros datos subjetivos proporcionan una ilustración convincente del impacto del estigma en la autoestima de la persona. Tales datos cualitativos se han complementado por encuestas cuantitativas de las personas con enfermedad mental y sus familias, mostrando "autoestigma" como un problema significativo que conduce a la disminución de la autoestima (19).

La escala más utilizada de todas es la *Perceived devaluation-discrimination* (PDD), instrumento que presenta 12 ítems en los que se pregunta acerca del grado de acuerdo con las declaraciones que se indican sobre la opinión devaluada de la población general hacia las personas con enfermedad mental por percibirlos como un fracaso, personas menos inteligentes y como individuos cuyas opiniones no necesitan ser tomadas en serio. Uno de los aspectos referentes de la escala es que está escrita para que pueda ser rellena por cualquier persona, no solamente por aquellos que presentan una enfermedad mental. Las propiedades psicométricas del instrumento pueden ser consultadas en la Tabla 1.

Tabla 1. Escalas que evalúan el estigma percibido en personas con enfermedad mental o discapacidad intelectual

Escala	Estigma percibido	Estigma experimentado	Autoestigma	Otros	Nº estudios encontrados que utilizan la medida	Propiedades psicométricas	Dimensiones/subescalas
<i>Perceived Devaluation and Discrimination Scale</i> (PDD) (16, 18)	12 ítems: Devaluación y discriminación	No	No	No	29	CI= 0,86	No constan
<i>Internalised Stigma of Mental Illness</i> (ISMI) (17,20)	No	5 ítems. Discriminación	19 ítems	5 ítems. Resistencia al estigma	5	CI ($\alpha= 0,90$) Fiabilidad Test-retest ($r= 0,92$)	5 subescalas (α ; test-retest) - Alienación (0,79; 0,68) - Estereotipo referido (0,72; 0,94) - Discriminación percibida (0,75;0,89) - Aislamiento social (0,80; 0,89) - Estigma y resistencia (0,58; 0,80)
<i>Discrimination and Stigma Scale</i> (DISC) (18, 23,26)	4 ítems. Discriminación anticipada	32 ítems. Discriminación experimentada	No	No	3	CI $\alpha= 0,78$; Kappa (0,62-0,95); fiabilidad test-retest (0,56-0,89)	4 subescalas (α) - Trato injusto (0,79) - Pérdida del "yo" (0,82) - Superación del estigma (0,66) - Tratamiento positivo (0,67)
<i>Self-Stigma of Mental Illness Scale</i> (SSMIS) (18, 19)	10 ítems. Estereotipo	No	30 ítems	No	3	CI= 0,72;0,91 Fiab Test-retest= 0,68;0,82	2 subescalas (α): - Conciencia estereotipo ($\alpha= 0,72$) - Autoestigma ($\alpha= 0,91$)
<i>Consumer Experiences of Stigma Questionnaire</i> (CESQ) (27, 28)	No	9 ítems. Estigma 12 ítems. Discriminación	No	No	3	Propiedades psicométricas no aportadas	2 dimensiones que cubren las experiencias de: - Estigma - Discriminación
<i>Depression Self-Stigma Scale</i> (DSSS) (31,32)	4 ítems. Estigma public	6 ítems	9 estig. general 9 secreto	4 ítems. Tratamiento	2	CI $\alpha= 0,85$ Versión sueca ($\alpha= 0,90$)	Desarrollada con base en dos escalas: - 6 ítems SRES - 5 ítems CESQ

Tabla 1. Escalas que evalúan el estigma percibido en personas con enfermedad mental o discapacidad intelectual (continuación)

<i>Depression Self-Stigma Scale (DSSS)</i> (31,32)	4 ítems. Estigma public	6 ítems	9 estig. general 9 secreto	4 ítems. Tratamiento	2	CI $\alpha = 0,95$	5 subescalas (α): - Autoestigma general (0,93) - Secreto (0,80) - Estigma público (0,86) - Tratamiento del estigma (0,79) - Experiencias estigmatizantes (0,92)
<i>Self-reported Experiences of Rejection (SRER)</i> (34)	No	6+6 ítems. De rechazo	No	No	2	CI $\alpha = 0,80$	2 dimensiones sobre experiencias relacionadas con: - Enfermedad mental - Consumo de drogas
<i>Stigma Scale (SS)</i> (32)	No	12 ítems	11 ítems. Revelación	5 ítems. Aspectos positivos	1	Fiabilidad Test-retest (Kappa 0,49-0,71) CI $\alpha = 0,87$	3 subescalas (α) - Discriminación (0,87) - Revelación (0,85) - Aspectos positivos (0,64)
<i>The Inventory of Stigmatising Experiences (ISE)</i> (35)	2 ítems	2 ítems	1 ítem Retirada social	5 ítems. Impacto estigma	1	CI $\alpha = 0,88$	2 subescalas (α): - Experiencia del estigma (0,83) - Impacto del estigma (0,91)
<i>Self-esteem and Stigma Questionnaire (SESQ)</i> (21)	8 ítems. Sentimientos	No	No	6 ítems. Amor propio	1	CI $\alpha = 0,80$ Correlación ítems $r = 0,4$	2 subescalas (α) - Escala estigma (0,63) - Escala autoestima (0,71)
<i>Experiences of Discrimination Scale (EDS)</i> (33)	No	9 ítems	No	8 ítems. Estrés por discriminación	1	No aportadas	3 dimensiones: - Experimentar comportamiento discriminatorio - Opciones de discriminación (edad, discapacidad, circunstancia económica, etc.) - Estrés por discriminación
<i>Escala de actitudes hacia las personas con discapacidad (EAPD)</i> (36)	No	No	No	Escala general sobre discapacidad (37 ítems); 3 específicas de discapacidad física, sensorial y mental (23 ítems cada una)	3	CI = 0,92	5 subescalas dentro de la general: - Valoración de capacidades y limitaciones - Reconocimiento/negación de los derechos - Implicación personal - Calificación genérica - Asunción de roles
<i>Escala de Valoración de términos asociados con la discapacidad (EVT)</i> (7)	No	No	No	20 ítems. Adjetivos referidos a distintas discapacidades	1	CI = 0,92	No constan

La ISMI tiene fuertes propiedades psicométricas y promete ser un instrumento útil para medir el estigma interiorizado. Este es la conciencia propia que las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental crean, producto de la experiencia de vida marcada por la sociedad. Pretende ser una herramienta para ayudar a los investigadores, los consumidores y los proveedores de la documentación a llevar tales cambios. Incluye 55 ítems relacionados con el estigma internalizado, que fueron seleccionados para producir 29 ítems que contiene la escala ISMI. Aunque la versión de 55 ítems tenía una excelente consistencia interna ($\alpha = 0,92$), se optó por acortar la escala para que sea más fácil de utilizar en el futuro trabajo de investigación. La escala resultante se compone de elementos breves y simples, que no contienen situaciones hipotéticas, que se refieren al presente, que se centran en la identidad propia del encuestado y la experiencia (20).

Otro de los cuestionarios más utilizados es el *Self-Esteem and Stigma Questionnaire* (SESQ) (21). Este cuestionario fue pensado para contener dos subescalas diferentes: una para medir la autoestima, entendida como la capacidad de tener éxito en el mundo laboral y las relaciones sociales; la otra, para medir los sentimientos de la estigmatización, como la creencia de que los demás en la sociedad tienden a evitar y denigrar a aquellos que sufren enfermedades mentales o discapacidad intelectual.

Un instrumento diseñado para hacer frente a una necesidad internacional de una medida fiable de la discriminación y el estigma en personas con enfermedad mental fue el DISC. Mediante la entrevista directa esta escala proporciona una evaluación de la discriminación experimentada y anticipada, desde la perspectiva de usuarios de servicios de salud mental. La escala permite la evaluación cuantitativa y cualitativa de las respuestas. Ha sido utilizada en estudios internacionales (22-25) en países de la Unión Europea pertenecientes a la red INDIGO (Estudio Internacional de la Discriminación y Estigma Resultados). Utilizan un ejemplo por cada ítem como analizador del mismo, cuyo fin es la mejor comprensión de la respuesta. La discriminación puede causar bajas tasas de búsqueda de ayuda, falta de acceso a la atención, tratamiento insuficiente de enfermedades, pobreza material y marginalización. Contiene 32 ítems que abordan experiencias de estigma en diversos ámbitos de la vida, incluyendo el trabajo, la familia y el uso de servicios de salud mental; cuenta con 11 versiones anteriores de desarrollo.

Desarrollado por Otto Wahl, en colaboración con los miembros de la *National Alliance for the Mentally Ill* (NAMI), el *Consumer Experiences of Stigma Questionnaire* (CESQ) (26). Contiene dos secciones que cubren las experiencias de estigma y discriminación. La sección "Estigma" contiene nueve preguntas que se encuentran en relación con las actitudes negativas hacia la enfermedad mental. La sección "Discriminación" tiene 12 preguntas sobre la experiencia de la discriminación de los encuestados incluyendo la obtención de empleo, alquilar un apartamento y la búsqueda de actividades de voluntariado. Se puede administrar por correo (escrito) o de manera oral mediante entrevista (27).

Una escala altamente utilizada es la *Rejection Experiences Scale* (RES) (28) principalmente por tratarse de la unión de dos escalas examinadas en esta revisión anteriormente. El cuestionario fue desarrollado mediante el uso de seis elementos de una escala de rechazo desarrollada por Link et al. (*Perceived Devaluation-Discrimination PDD*) y mediante la adición de cinco elementos de una escala similar desarrollada por Wahl (CESQ), ya que encontraron ciertos aspectos de rechazo que carecían en la escala Link. Los ítems del cuestionario miden las experiencias de ser rechazado a causa de la enfermedad mental en diversos ámbitos de la vida, tales como la amistad, la solicitud de un puesto de trabajo, el alquiler de un piso, etc. (29). Las dos escalas que la componen se encuentran validadas y con fiabilidad en sueco.

Algunos de los instrumentos fueron revisados con la *Depression Self-Stigma Scale* (DSSS) (30). El objetivo era desarrollar elementos que no solamente representaran actitudes negativas sobre estar deprimido y ser tratados para la depresión, sino también los elementos que serían potencialmente sensibles a cambios que puedan resultar de la exposición a campañas antiestigmatizantes. Se prestó especial atención a otras medidas de autoestigma, como ISMI, SSMIS y las escalas desarrolladas por Link et al entre otras, que evalúan el autoestigma de la enfermedad mental en general. Se consideró una última escala, no mencionada en esta revisión por ser específica de la depresión, *Stigma scale for receiving Psychological Help for Depression*, que completó con cinco elementos relevantes la DSSS. El factor de la estructura y las relaciones de validez de la escala indican que es una medida fiable, prometedora y válida de autoestigma de la depresión y construcciones relacionadas.

Una de las escalas que ha sido utilizada para evaluar a personas usuarias de servicios de salud fue la *Stigma Scale* (31). Las personas con psicosis o dependencia a drogas eran propensas a informar sobre sentimientos y experiencias de estigma; los participantes con depresión, ansiedad o trastornos de personalidad estaban preocupados por las actitudes paternalistas y frecuentemente percibían el estigma. La redacción de cada ítem estuvo basada en frases de los participantes en la evaluación cualitativa de la entrevista, adaptados con modificaciones menores para las diversas experiencias de la personas.

Una de las menos usadas, la *Experience of Discrimination Scale* (EDS) (32) fue desarrollada como parte de un protocolo de entrevista para el usuario de un centro de salud mental financiado, como suplemento a servicios tradicionales de salud mental.

Otras escalas menos utilizadas como la *Self-reported Experiences of Rejection* (SRER) (33) o *The Inventory of Stigmatising Experiences* (ISE) (34) también deben ser mencionadas por su alto nivel de consistencia interna y su sencillo uso.

En España, Verdugo, Jenaro y Arias (35) construyen la Escala de Actitudes hacia las Personas con Discapacidad (EAPD) cuyo análisis factorial ha puesto de manifiesto la existencia de cinco factores que, en general, ratifican la estructura factorial de otros instrumentos similares desarrollados en otros países, como las *Disability Factor Scales* (36) y la *Attitudes toward Persons with Disabilities* (37). Siendo los diferentes factores: "Valoración de capacidades y limitaciones", "Reconocimiento/negación de los derechos", "Implicación personal", "Calificación genérica" y "Asunción de roles". Una vez obtenida la fiabilidad y validez de las escalas (una general y otras específicas para deficiencias físicas, sensoriales y mentales), se cuenta con un instrumento útil, desarrollado en España, para ser rellenado por personas sanas y con las suficientes garantías psicométricas.

Otra escala en castellano menos utilizada es la Escala de Valoración de Términos Asociados con la Discapacidad (EVT) de Aguado, Florez y Alcedo (6). La escala EVT presenta 20 ítems, los cuales son adjetivos referidos a distintas discapacidades que se valoran desde altamente negativos hasta nada negativos, con una alta consistencia interna.

Discusión

Este documento examina las definiciones de estigma en las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental presentando una revisión de escalas de medición de la estigmatización. Se utiliza el término estigma para incorporar conceptos relacionados como discriminación y efectos estigmatizantes, autoestima, autoestigma, etc. La revisión identificó 14 instrumentos que evalúan la percepción, la experiencia, el autoestigma y otros aspectos asociados con el estigma en 57 artículos válidos para la constitución del documento. Se comprobó que el estigma percibido por las personas con enfermedad mental era el más evaluado por los estudios, seguido de estudios que evaluaban la experiencia de sufrir estigmatización, autoestigma y otros temas relacionados, como en estudios realizados por otros autores (38). La realización de categorizaciones de los estudios por áreas podría realizarse por las diferentes metodologías, entre las que cabe destacar la cuantitativa y cualitativa.

Las propiedades psicométricas fueron presentadas en el presente documento siguiendo los criterios de Terwee et al. (14) de calidad para el diseño, métodos y resultados de los estudios sobre el desarrollo y evaluación de cuestionarios en salud. Cabe mencionar que ninguna de las medidas muestran evidencias aceptables para todas las propiedades de calidad propuestas por estos autores. Cada medida ha sido presentada exponiendo sus propiedades y cualidades, basándose su elección en la más apropiada en función de las necesidades de un estudio. Varias de las medidas, incluyendo CESQ, ISE, y EDS proporcionan información de un número limitado de propiedades de medición, por lo tanto, no debería ser recomendada para su uso. Es necesario además, que las medidas sean validadas en un contexto social o clínico para obtener la fiabilidad original, pues la finalidad del estudio puede ser distinta.

Las medidas evaluadas han sido presentadas en la sección anterior para su comprensión y elección en la práctica clínica en función de su finalidad. El estudio ha identificado 14 instrumentos de medida del estigma social en personas con discapacidad intelectual, de las cuáles es preciso resaltar las cuatro primeras por su alto grado de aplicabilidad (PDD, ISMI, DISC y SSMIS), y por considerarse fuentes de otras escalas construidas a posteriori; con las dos escalas de tipo cualitativo evaluadas (SS y ISE) y las dos escalas en castellano (EAPD y EVT), ya que no existen validaciones de las mencionadas en el estudio y son construidas en España, haciendo referencia principalmente a las actitudes hacia las personas discapacitadas.

El estudio sobre las actitudes en España cuenta con escasa tradición frente a la existente en otros países, contando con pocos estudios originales. En las escasas investigaciones desarrolladas, los instrumentos de evaluación utilizados suelen ser traducciones o adaptaciones de instrumentos generados también en otros contextos, y sujetos, por tanto, existen múltiples variaciones culturales, y más si se tiene en cuenta que, por lo general, los instrumentos se han utilizado sin someterlos a las necesarias comprobaciones de fiabilidad y validez.

A través de la presente revisión se ha observado que muchos autores confluyen en la división del estigma como: percibido, experimentado o autoestigma. Las actitudes y expectativas negativas hacia las personas con discapacidad, siguen siendo

en la actualidad motivo de análisis, puesto que constituyen una de las principales barreras para la inclusión e integración de las personas con discapacidad. Hoy por hoy, la persona sigue enfrentándose a diversas formas de discriminación relacionadas con prejuicios y actitudes negativas.

Este trabajo ofrece una revisión de medidas de uso común del estigma en las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental para proporcionar a la comunidad enfermera un recurso de orientación sobre qué medida puede ser más apropiada en futuras investigaciones o en la práctica clínica. Contribuye a la evidencia para apoyar la evaluación de resultados de las campañas contra el estigma o intervenciones de integración social.

En conclusión, la evaluación del estigma social ha sido muy evaluada, principalmente en enfermedad mental, existiendo menos medidas destinadas a la evaluación de esta variable en personas con discapacidad intelectual, dirigiéndose principalmente a estas personas de modo indirecto, encuestando a individuos sanos acerca de lo que piensan sobre las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental. No existe ninguna escala en castellano que evalúe el estigma social percibido por las propias personas con discapacidad. El instrumento más adecuado y fiable para la evaluación de la percepción del estigma social, según los estudios consultados, parece ser la *Perceived Devaluation and Discrimination Scale*, siendo la más utilizada, de sencilla comprensión y aplicación, muy breve, contando con 12 ítems; para evaluar a cualquier población, incluidas las personas con discapacidad y enfermedad mental, está validada en otros idiomas, pero no en castellano. Además, la presente revisión añade que la escala en castellano más apropiada para la medición de las actitudes hacia las personas con discapacidad es la Escala de Actitudes hacia las Personas con Discapacidad de Verdugo, Arias y Jenaro, desarrollada en España, y que cuenta con adecuadas propiedades psicométricas, ampliamente utilizada y de aplicabilidad a personas sanas.

Agradecimientos

A la profesora Ana Santos Ruiz del Departamento de Psicología de la Salud de la Universidad de Alicante por la tutorización del presente documento, su paciencia y su complicidad. También a los organismos de la Universidad de Alicante por los recursos que nos brindan para poder realizar investigación de calidad.

Bibliografía

- [1] Goffman E. Estigma: La identidad deteriorada. 10ª reimpresión. Buenos Aires: Amorrortu; 2006.
- [2] Brohan E, Slade M, Clemente S, Thornicroft G. Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. *BMC Health Serv Res* 2010; 10(80).
- [3] Thornicroft G, Brohan E, Rose D, Sartorius N, Leese M. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet* 2009; 373:408-415.
- [4] Paterson L, McKenzie K, Lindsay B. Stigma, social comparison and self-esteem in Adults with an Intellectual Disability. *JARID* 2012; 25:166-176.
- [5] Szivos-Bach SE. Social comparisons, stigma and mainstreaming: the self esteem of young adults with a mild mental handicap. *JARID (Mental Handicap Research)* 1993; 6:217-236.
- [6] Polo MT, Fernández C, Díaz C. Estudio de las actitudes de estudiantes de Ciencias Sociales y Psicología: relevancia de la información y contacto con personas discapacitadas. *Univ Psychol* 2011; 10(1):113-123.
- [7] Aguado AL, Florez MA, Alcedo MA. Programas de cambio de actitudes ante la discapacidad. *Psicothema* 2004; 16 (4):667-673.
- [8] Bausela E. Actitudes hacia la discapacidad: estudio de algunas propiedades psicométricas en una muestra de universitarios mexicanos. *Revista Iberoamericana de Educación* 2009; 49(6).
- [9] Department of Health. Attitudes to Mental Illness 2003 Report. Department of Health; 2003.
- [10] Aguado AL, Alcedo MA, Arias B. Cambio de actitudes hacia la discapacidad con escolares de Primaria. *Psicothema* 2008; 20(4):697-704.
- [11] Thornicroft G, Rose D, Kassam A, Sartorius N. Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *BJP* 2007; 190:192-193.
- [12] Verdugo MA, Jenaro C, Arias B. Actitudes sociales y profesionales hacia las personas con discapacidad: estrategias de evaluación e intervención. *Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras*. Madrid: Siglo XXI; 1997. p. 79-135.

- [13] Taylor TL, Killaspy H, Wright C, Turton P, White S, Kallert TW, et al. A systematic review of the international published literatura relating to quality of institutional care for people with longer term mental health porblems. *BMC Psychiatry* 2009; 9(55).
- [14] Terwee CB, Bot SD, De Boer MR, Van der Windt AW, Knol DL, Dekker J, et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of Clinical Epidemiology* 2007; 60:34-42.
- [15] Link BG, Struening EL, Neese-Todd S, Asmussen S, Phelan JC. The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Pshychiatric Services* 2001; 52(12):1621-26.
- [16] Ritscher JB, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research* 2003; 121:31-49.
- [17] Thornicroft G, Brohan E, Rose D, Sartorius N, Leese M. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet* 2009; 373:408-415.
- [18] Corrigan P, Watson A, Barr L. The Self-stigma of mental illness: implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology* 2006; 25(9):875-884.
- [19] Link BG, Struening EL, Tahab M, Phelan JC. On stigma and its consequences: Evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and sibstance abuse. *Journal of Health and Social Behavior* 1997; 38:177-190.
- [20] Ritscher JB, Phelan JC. Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research* 2004; 129:257-265.
- [21] Hayward P, Wong G, Bright JA, Lam D. Stigma and self-esteem in mani depression: an exploratory study. *Journal of Affective Disorders* 2002; 69:61-67.
- [22] Lasalvia A, Zoppei S, Van Bortel T, Bonetto C, Cristofalo D, Wahlbeck K, et al. Global pattern of experienced and anticipated discrimination reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional survey. *Lancet* 2012; 18. [En línea] [fecha de acceso: 27 de noviembre de 2014]. URL disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61379-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61379-8)
- [23] Brohan E, Elgie R, Sartorius N, Thornicroft G. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: the GAMIAN-Europe study. *Schizophrenia Research* 2010; 122:232-238.
- [24] Brohan E, Gauci D, Sartorius N, Thornicroft G. Self-stigma, empowerment an perceived discrimination among people with bipolar disorder or depression in 13 European countries: the GAMIAN-Europe study. *Journal of Affective Disorders* 2011; 129:56-63.
- [25] Uçok A, Brohan E, Rose D, Sartorius N, Leese M, Yoon K, et al. Anticipated discrimination among people with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2012; 125:77-83.
- [26] Whal OF. Mental Health Consumers' experience of stigma. *Schizophrenia Bulletin* 1999; 25 (3):467-478
- [27] Dickerson FB, Sommerville J, Origoni AE, Ringel NB, Parente F. Experiences of stigma among outpatientes with Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 2002; 28(1):143-155.
- [28] Hansson L, Bjorkman T. Empowerment in people with a mental illness: reliability and validity of the Swedish versión of an empowerment scale. *Scand J Caring* 2005; 19:32-38.
- [29] Lundberg B, Hansson L, Wentz E, Bjorkman T. Sociodemographic and clinical factors related to devaluation/discrimination and rejection experiences among users of mental health services. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007; 42:295-300.
- [30] Kanter JW, Rusch LC, Brondino MJ. Depression Self-Stigma: A new measure and preliminary findings. *J Nerv Ment* 2008; 196:663-670.
- [31] King M, Dinos S, Shaw J, Watson R, Stevens S, Passetti F, et al. The Stigma Scale: development of a standardised measure of the stigma of mental illness. *BJP* 2001; 190:248-254.
- [32] Thompson VL, Noel JG, Campbell J. Stigmatization, discrimination, and mental health: The impact of multiple identity status. *American Journal of Orthopsychiatry* 2004; 74(4):529-544.
- [33] Wricht ER, Gronfein WP, Owens TJ. Deinstitutionalization, social rejection, and the self-esteem of former mental patients. *Journal of Health and Social Behavior* 2000; 41:68-90.
- [34] Stuart H, Milev R, Koller M. The Inventory of Stigmatizing experiences: its development and reliability. *World Psychiatry* 2005; 4:33-37.
- [35] Verdugo MA, Jenaro C, Arias B. Actitudes sociales y profesionales hacia las personas con discapacidad: estrategias de evaluación e intervención. Madrid: Siglo XXI; 1995. p. 91-135.
- [36] Siller J. General form of the Disability Factor Scale. New York University: manuscrito no publicado; 1967.
- [37] Yuker H, Block JR, Young JH. The Measurement of Attitudes toward Disabled Persons, Albersson. Nueva York: Human Resources Center ;1975.

Reflexiones enfermeras

Reuniones y congresos en ciencias de la salud. "Lo científico": ¿hacia dónde va?, ¿hacia dónde debería ir?

¹ Enrique Oltra Rodríguez
² M^a Consuelo Company Sancho

¹ Facultad de Enfermería de Gijón. Asturias.

² Dirección General de Programas Asistenciales. Servicio Canario de la Salud.

Introducción

Son muchas las ocasiones en las que cuando acaba un congreso algún asistente u organizador envía una carta al director de alguna revista profesional en relación a dicho evento, comentando temas tan diversos como la poca asistencia de los inscritos (1), que prefieren lo cultural a lo científico; sobre los conflictos de intereses que pueden suscitar el ser patrocinados por industrias farmacéuticas (2) y su viabilidad económica si estas no estuvieran presentes; sobre propuestas de mejora donde se acoten las presentaciones, se mejore la calidad de las mismas o se limite el número de autores (3,4); otros llegan a analizar etnográficamente las distintas tipologías de los congresistas clasificándolos como abeja, evanescente, autárquico o avaro del saber, analizando incluso los sentimientos de estos (5). También se cuestiona el propio modelo de congreso, que año tras año se ha consolidado en casi todas las sociedades científicas y se pone en duda la utilidad de lo que allí se expone.

Un congreso tiene múltiples componentes y quizás también múltiples objetivos, que pueden ir desde un alarde de fuerza de la organización, hasta una fuente de recursos económicos, pasando por escaparate y medio publicitario, hasta otros muchos.

En este artículo se ha querido plantear una reflexión, más preguntas que respuestas, sobre la parte científica de los congresos y otros tipos de reunión profesional, pues se entiende que su finalidad es la divulgación de hallazgos con valor para hacer avanzar las disciplinas, lo cual debería repercutir en una mejora de la práctica clínica y los consiguientes beneficios para los usuarios. Cuando este fin no es el objetivo, los congresos pierden su esencia y razón de ser.

Sobre calidad y motivaciones en los congresos

Algunos estudios refieren un porcentaje de comunicaciones publicadas muy diverso que puede ir desde el 5% hasta el 59% (6,7), este dato puede ser indicativo de la calidad de los trabajos expuestos y supone un impacto en la práctica profesional muy variable. Este bajo impacto hace cuestionar, entre otras cosas, el sentido y el futuro de estas actividades.

Es evidente que por cada comunicación aceptada acuden al congreso un número diferente pero no inferior a un congresista, y también es evidente la necesidad que quienes los organizan tienen de cuotas de inscripción para que el congreso sea viable e incluso para que se le considere exitoso. Por tanto, se puede contraponer la necesidad de asistentes, con su correspondiente aportación económica, con la necesidad de elevar el nivel científico de las comunicaciones. Esto explicaría que según de qué congreso se trate el porcentaje de comunicaciones aceptadas varíe entre menos de un 50% y más de un 90%. Los cometidos del comité científico y del organizador pueden divergir, y en no pocas ocasiones generan conflictos, creándose situaciones que deben ser resueltas desde el ideario y los principios rectores del evento y de la institución que lo organiza.

El rigor científico de un congreso se mide o debería medirse por la calidad de los trabajos admitidos y, en consecuencia, ofrecidos a los asistentes con el aval de la institución convocante.

Para asegurar esta calidad, y antes de la celebración del congreso, se recurre a la revisión por pares ciegos realizada por profesionales que deberían ser expertos en metodología de la investigación y comunicación de la misma. Si bien el método es válido conceptualmente en lo que a intenciones y transparencia se refiere, se suele encontrar con el hándicap de que lo que se valora son solamente los resúmenes, y entre otras dificultades es habitual encontrarse con autores que teniendo un buen trabajo no consiguen reflejarlo adecuadamente en el resumen y su comunicación es rechazada u otros verdaderamente expertos en "vender humo" pero que no son detectados hasta después de que han defraudado al público en la sala. Esto supone que en organizaciones de congresos científicamente rigurosos y por más esfuerzo que hagan los revisores, edición tras edición se cuelan comunicaciones con poco rigor y son excluidas otras de gran interés y método correcto.

Probablemente haya que aceptar que esto sea inevitable y quizás podría corregirse exigiendo un resumen más exhaustivo o incluso pidiendo el texto completo de la comunicación en formato artículo, lo cual probablemente desanimaría a quienes son conscientes de que sus comunicaciones no son todo lo correctas que debieran y, por otra parte, animaría a otros a que una vez hecho el esfuerzo se planteasen darle una trascendencia y publicarlo en alguna revista.

Pero a pesar de que el fin último de un congreso es hacer avanzar la disciplina y que eso tenga un impacto en la mejora de la calidad asistencial, no siempre es el objetivo de todos los ponentes. Hay otros motivos que animan a exponer comunicaciones en los congresos, como la necesidad de puntuación en la bolsa de demandantes de empleo, porque es obligatorio para progresar en la institución académica en la que se trabaja, porque lo exigen en el máster, en el doctorado o en la especialidad que se está cursando, para que en el centro de trabajo den el permiso o incluso financien parte de los gastos, o para que los días de asueto en esa interesante ciudad sean financiados por la empresa fabricante de fármacos o productos sanitarios que tan beneficiada sale del estudio que se presenta.

De todo este variopinto listado de motivaciones se desprenden algunos métodos que pudieran ser cuestionables desde el punto de vista del rigor y de su aportación a la calidad científica del evento. Los comités científicos deberían tratar, de forma proactiva, de identificar indicios de estas formas de proceder, incluso más allá de la tradicional evaluación de los resúmenes, para tomar las decisiones o medidas correctoras oportunas.

Sobre la tipología de comunicaciones

Comunicaciones de diseño *ad hoc*: "ya que el congreso de la Sociedad X se celebra este año en la bonita ciudad Y, vamos a preparar algo para presentar", y esto se plantea a tres meses de la celebración del evento y a 15 días de que se cierre el plazo de admisión de comunicaciones. El resultado son unos resultados de investigación o una redacción de experiencias o casos clínicos superficiales, descontextualizados, sin un antes ni tampoco un después, y eso sin entrar en la calidad que se puede esperar de un proyecto preparado con esa premura.

Comunicaciones-consorcio o cómo saltarse los criterios de autoría: "si somos cinco compañeros, preparamos dos casos clínicos cada uno y formamos un consorcio, cada uno seremos autores de 10 comunicaciones. Si somos seis residentes (por respetar el número máximo de autores/comunicación permitidos en algunos eventos) y cada uno presenta su preceptivo proyecto fin de especialidad y un caso clínico, formando un consorcio la cosecha de certificados acreditativos es de 12 para cada profesional pseudoautor, teniendo en cuenta que incluso es posible que solamente uno o dos de ellos estén inscritos, asistan al congreso y lean todas las comunicaciones". Pudiera parecer una exageración o reducción humorística al absurdo, pero ya se conocen casos reales en los que una sola persona figuró como autor de más de 40 comunicaciones en el mismo congreso, no habiendo, ni tan siquiera asistido ni pagado la inscripción y lo que es más grave: siendo absolutamente imposible que nadie pueda ser autor de tan esperpéntico número de trabajos.

Comunicaciones realizadas con la técnica del "salami loncheado" o cómo rentabilizar una investigación más allá de lo razonable: todo profesional que ha presentado una investigación seria en un congreso sabe lo dificultoso que es contar "todo lo necesario" en 250 palabras del resumen y en 8-10 minutos de la comunicación. Este autor muchas veces se da cuenta, generalmente tarde, de que ha condensado demasiado o ha quedado excesivamente superficial, y haberlo presentado en dos comunicaciones hubiese sido lo oportuno. Entre esto y "filetear" una investigación para rentabilizarla en exceso hay un abismo. Presentar en una comunicación los resultados de una intervención en los menores de 40 años, en otra en los mayores, en otra en los hombres, en otra en las mujeres, en los rubios y en los morenos... ni es ético, ni es estético, ni tiene sentido ni puede ser admitido.

Para tratar de evitar todas estas situaciones aberrantes que no favorecen ni la calidad científica del evento, ni hacen avanzar el conocimiento de la disciplina, los comités científicos deben establecer estrategias de detección que sin atentar con-

tra la objetividad, la transparencia, el anonimato, etc., vayan más allá de la revisión ciega por pares y el establecimiento del punto de corte de admisión. Quizás alguien del comité científico, sin conflicto de intereses, debe mantener una perspectiva global de los resúmenes aspirantes a ser admitidos, analizando la coincidencia de autores o de origen de las comunicaciones, la temática de las comunicaciones presentadas por cada autor, etc. Esto, junto a la solicitud de información complementaria, e incluso del texto completo, puede ayudar a paliar las situaciones antes expuestas.

Hay que ser conscientes de que esta sistemática supone más trabajo y probablemente merme el número de comunicaciones y, por tanto, de congresistas, pero tampoco puede perderse de vista la finalidad científica de estos eventos, si es que verdaderamente es esa la que se tiene. Por otra parte, cuando la presentación de trabajos en congresos es considerada como un mérito en cualquier concurrencia competitiva, es una obligación moral y de justicia el ser rigurosos puesto que lo contrario beneficiaría a quien no se lo merece y perjudicaría a quien actúa con honestidad.

Sobre la oferta masiva de comunicaciones, dispersión y ausencia del don de la ubicuidad

Si el congreso quiere contar con un número suficiente de asistentes y, por tanto, de inscripciones es casi imprescindible que admita un alto número de comunicaciones y eso supone que se presenten en múltiples salas de exposición paralelas, esto que inicialmente no debería considerarse como un aspecto negativo se complica cuando la oferta de cada sala no es homogénea, cuando la puntualidad de cada una o los ritmos de exposiciones son diferentes, etc. Es decir, cuando a un congresista le interesa un tema concreto sobre el que versa la 2ª comunicación de la sala A, la 1ª de la sala D (que está en otro edificio diferente y distante a la sala A) y también la 2ª de la sala H... ¿cómo resolverlo? ¿Debe quedarse en una sola sala en la que le interesa una única comunicación?

Resulta también decepcionante cuando alguien presenta, con toda la ilusión y todo el esfuerzo, el resultado de una investigación de gran calidad e interesantes resultados y se encuentra con que expone su comunicación en una sala vacía en la que solo están el moderador, los otros miembros de la propia mesa redonda, dos de sus acompañantes que ya conocían el trabajo y tres despistados que pasaban por allí.

Así mismo, decepciona que el relato sea unidireccional, falto de debate y de cuestiones, adornado únicamente con alguna tímida pregunta o en su defecto las que el moderador lleva preparadas, o lo que es peor, que se presente una comunicación con muy baja calidad y errores metodológicos importantes, y que nadie haga ninguna crítica, lo que puede reafirmar al congresista que todo está bien hecho y prosiga en esta línea en un futuro, ¿cómo resolverlo?, realmente no es sencillo, merece una reflexión o solamente asistirán a los congresos profesionales cautivos por los motivos más arriba expuestos y el resto acabarán por dar la espalda a estas actividades, o se seguirá encontrando la situación de que hay más congresistas paseando por el paseo marítimo de la ciudad que dentro de la sede del congreso.

No se trata de someter al comunicante a la dureza de un examen o de un tribunal de oposición o defensa de tesis, pero entre este extremo y la sensación de desinterés existe un espacio que habrá que plantearse cómo retomar.

¿Serán las nuevas tecnologías la llave del cambio?

Internet está transformando a la sociedad hacia una sociedad del conocimiento, donde el intercambio de información y la generación del mismo están tomando un papel fundamental en la relación entre las personas y de ellas con las instituciones. Datos del Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la Sociedad de la información (ONTSI) 2013 hablan de 18,6 millones de personas mayores de 16 años en España que utilizan internet diariamente.

En educación, la utilización de estas herramientas ya es imparable y en salud cada vez se incrementa más el número de profesionales que se unen a esta "sociedad de conocimiento" acortando la brecha existente. Hace cinco años nadie hubiera podido afirmar que las *app* podrían jugar un papel tan importante en nuestras vidas; *app* como *WhatsApp*, *Skype* o *youtube* están alojadas en casi todos los teléfonos móviles y en nuestras vidas, tampoco se podía prever que las *Wearables* ya son una realidad que pronto facilitará el trabajo de muchos profesionales sanitarios.

¿Serán las TIC la solución para la mejora y/o transformación de los congresos? Ya hay algunos pasos dados en los congresos de hoy en día, existen programas que permiten detectar el plagio, en algunos congresos las conferencias virtuales permiten presentar una comunicación desde lugares remotos a congresistas que no pueden acudir, el *streaming* de otros muchos habilita compartir las sesiones más importantes, así como se ofrecen congresos totalmente virtuales donde a través a

una URL se sigue el congreso en directo o en diferido, como más convenga. Quizás una rama de la investigación deba ir dirigida a desarrollar programas que ayuden a la detección de la calidad en las presentaciones.

¿Seguirá siendo imprescindible la puesta en escena de un congreso? Compartir con los compañeros de forma presencial permite una interacción cálida difícilmente sustituible, pero no se puede obviar el importante esfuerzo y desembolso económico que ello supone. Las políticas de austeridad de las administraciones sanitarias permiten pocos días para formación y esto junto a otras circunstancias dificultan la asistencia a estos foros del conocimiento.

Para alcanzar los fines de los congresos ¿es imprescindible el modelo actual?, o por el contrario, ¿podrán las nuevas tecnologías sustituir las interacciones personales por las virtuales?, o lo que quizás aparezca como más razonable, cómo hacer convivir en un escenario mixto ambas modalidades potenciando sus beneficios. Conjuguar la calidez de las interacciones personales y profesionales con la accesibilidad, la diseminación y la eficiencia, la calidad con la cantidad y la sostenibilidad.

Un proceso transformador de cierto paralelismo con el que aquí se plantea respecto a la divulgación oral de los resultados de investigación está ocurriendo con las investigaciones que cada vez son más multicéntricas y hasta internacionales, y las redes de investigación virtual soportan las interacciones sin necesidad de presencia física o reduciendo esta a los mínimos necesarios, ¿ocurrirá lo mismo con los congresos?, ¿cómo puede ser ese escenario mixto? Son muchos interrogantes que habrá que ir despejando.

En resumen

El modelo tradicional de reunión científica seguido por casi todas las sociedades y organizaciones científicas, al menos del ámbito de las ciencias de la salud, está caduco y debe ser reinventado para no perder la esencia que debe guiar dichos eventos.

A la sombra de las circunstancias, y alimentado por los diversos usos que tienen las certificaciones de haber presentado alguna comunicación en un congreso, han crecido ciertas picarescas más o menos intencionadas que deben ser controladas por los comités científicos.

Que un congreso sea exitoso no es sinónimo de que sea multitudinario, debe comenzar a valorarse la calidad de su contenido. Se debe conjugar el rigor científico con la sostenibilidad de estas actividades, pero sin perder su función, distinguiendo lo fundamental de lo accesorio y sacrificando, si es necesario lo que no sea esencial.

Las nuevas tecnologías pueden venir a dar soluciones a los retos planteados, pero si no se les incorporan como mero ornamento.

De lo que no cabe duda es que es necesaria una innovación para que las reuniones científicas sigan cumpliendo con su función primigenia.

Bibliografía

1. González González J. Congresos, reuniones y eventos, ¿qué camino tomamos? *Semergen* 2014; 40(7):410-413.
2. Chiner E, Fernández-Fabrellas E, Lucas P. Aspectos éticos de los congresos y reuniones de invierno conjuntas de las áreas de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. *Arch Bronconeumol* 2013; 49(5):201-206.
3. Simó Miñana J. Comunicaciones científicas a congresos científicos: algunas propuestas de mejora. *Aten Primaria* 1999; 23(6):371-375.
4. González de Dios J. Los congresos médicos a debate: evaluación cualitativa y cuantitativa. *Aten Primaria* 2005; 36(9):106-107.
5. Santos Guerra MA. Un extraño en el Congreso. Evaluación etnográfica del XXIV Congreso de Medicina de Familia y Comunitaria. Sevilla, 8-11 de diciembre de 2004. *Aten Primaria* 2005; 35(7):365-371.
6. Hernández García I. Proporción de comunicaciones orales publicadas tras su presentación en el Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial del año 2006. *Rev Calid Asist* 2011; 26(3):201-202.
7. Alonso Arroyo A, Aleixandre Benavent R, VidallInfer A, Anguita Sánchez M, Chorro Gascó FJ, Bolaños Pizarro M, et al. Publicaciones derivadas de las comunicaciones a los congresos anuales de la Sociedad Española de Cardiología. *Rev Esp Cardiol* 2014; 67(1):15-21.

Opinión

Oferta formativa de Enfermería Familiar y Comunitaria. Evolución de cinco años de trayectoria

¹ Enrique Oltra Rodríguez
² José Ramón Martínez Riera

¹ Enfermero especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Presidente de la Comisión Nacional de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Vicepresidente I de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC).

² Enfermero especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Vocal de la Comisión Nacional de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Presidente de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC).

Introducción

La actual especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC) ha seguido un largo y complejo recorrido desde que por primera vez en España apareciese como una especialidad con el nombre de Enfermería de Salud Comunitaria en el Real Decreto sobre la obtención del título de Enfermero Especialista (1).

Este Real Decreto no se llegó a desarrollar excepto en lo relativo a las especialidades de matrona y salud mental, EFyC tendría, por tanto, que esperar al Real Decreto sobre especialidades de Enfermería del año 2005 (2), donde ya aparece con este nombre que es como se la conoce en la actualidad, junto a las otras seis especialidades que prevé dicho Real Decreto.

El desarrollo de la especialidad de EFyC comienza con el diseño del Programa Oficial de la Especialidad por la Comisión Nacional de la Especialidad, que es el órgano que la normativa determina como competente. Este diseño no fue sencillo por diversas razones: por no existir un modelo a seguir, por las múltiples opciones existentes que oscilaban entre lo utópico inalcanzable y lo excesivamente realista que podía no aportar ninguna innovación, es decir, por tener que conjugar entre cubrir las carencias inmediatas que presentaba el sistema y la posibilidad de hacerlo avanzando afrontando retos no abordados hasta este momento.

Además de las dificultades conceptuales, el diseño de la especialidad tampoco fue sencillo por las múltiples resistencias y bloqueos provenientes de la miopía manifestada por representantes de ciertas comunidades autónomas, por la tímida apuesta y la lentitud de actuación del Ministerio de Sanidad y por las posturas corporativistas de algunas asociaciones enfermeras relacionadas con algunas especialidades de enfermería y del Consejo General de Colegios de Médicos. En este sentido, y ante las denuncias presentadas por esta última entidad y por la Asociación Española de Matronas, las salas correspondientes de la Audiencia Nacional desestimaron ambas denuncias con argumentos tales como "... se observa con absoluta nitidez que no existe solape alguno entre ambas especialidades... no habiéndose creado ningún conflicto competencial...", "...no hay extralimitación en las tareas de enfermería... no existe solapamiento profesional, pues se trata de que los futuros enfermeros de la especialidad tengan conocimientos de enfermería familiar...", tuvieron que intervenir los jueces para ratificar lo que tantas veces y con tantos argumentos se había explicado en múltiples foros y reuniones.

A pesar de todas las citadas dificultades y gracias al empuje que aportaron algunas instituciones y sociedades científicas, fundamentalmente la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC) y la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP), y también el que se consiguiese que el bloqueo que sufría el programa de la especialidad saltase a la palestra política en el Congreso de los Diputados en forma de interpelaciones y preguntas parlamentarias de diversos grupos políticos. El BOE del 29 de junio de 2010 publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria (3).

A partir de ese momento se inicia una ilusionante y extenuante carrera contrarreloj pues se abría un pequeño resquicio en el que si se conseguía acreditar unidades docentes en 20 días en pleno mes de agosto, cabía la posibilidad de que en la convocatoria de ese año saliesen ofertadas las primeras plazas de residentes de EFyC. En aquel momento fueron muchos los que consideraban que era una quimera imposible.

Un grupo de profesionales enfermeros de siete comunidades autónomas comprometidos con la EFyC, estableciendo una verdadera red de apoyo y autoayuda, aceptan el reto que inicialmente se plantea como de "improbable éxito" y consiguen que los responsables políticos de dichas comunidades asumiesen el compromiso. Se consigue la compleja tarea de involucrar a las, hasta entonces, Unidades Docentes de Medicina de Familia para que acepten el cambio impuesto por el RD 183/2008 y colaboren en la tarea de reunir los requisitos necesarios para acreditarse como Unidades Docentes Multiprofesionales de Atención Familiar y Comunitaria y así se pudiesen ofertar plazas de residentes de enfermería. Estas comunidades fueron: Andalucía, Asturias, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Extremadura y Madrid, que acreditan un total de 29 unidades docentes y 144 plazas de residentes de EFyC, ofertándose 132 plazas (4).

A pesar de que en diversos ámbitos, incluso ministeriales, no se apostaba con decisión por esta especialidad e incluso se cuestionaba el eco que podría tener en los servicios de salud autonómicos, los inicios fueron firmes y la evolución, como se irá viendo, mantiene la tendencia.

Desde aquel primer momento el incremento ha sido continuo, así en estos cinco años han aumentado un 100% las comunidades que ofertan plazas, pasando de 7 a 14, se ha multiplicado por 3,2 el número de unidades docentes pasando de 29 a 92 (incremento del 217%), las plazas acreditadas aumentaron de 144 a 525 lo que supone un 265%, y las ofertadas un 102% pues subieron de 132 a 267 (Tabla 1, Gráficos 1 y 2) (5-8).

Tabla 1. Guión de la entrevista

	2010	2011	2012	2013	2014	Incremento
CC.AA .	7	13	13	14	14	100%
Unidades docentes	29	52	53	66	92	217%
Plazas EIR ofertadas	132	219	214	244	267	102%
Plazas EIR acreditadas	144	338	338	496	525	265%

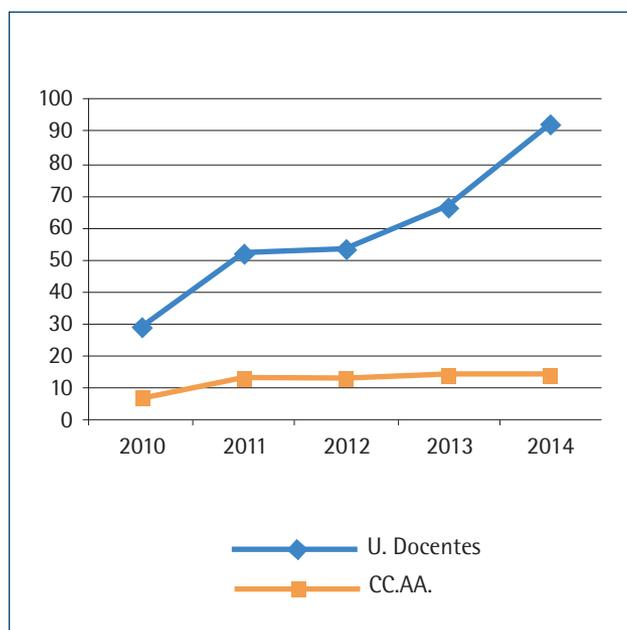


Gráfico 1. Evolución del número de unidades docentes y CC.AA. con oferta de plazas

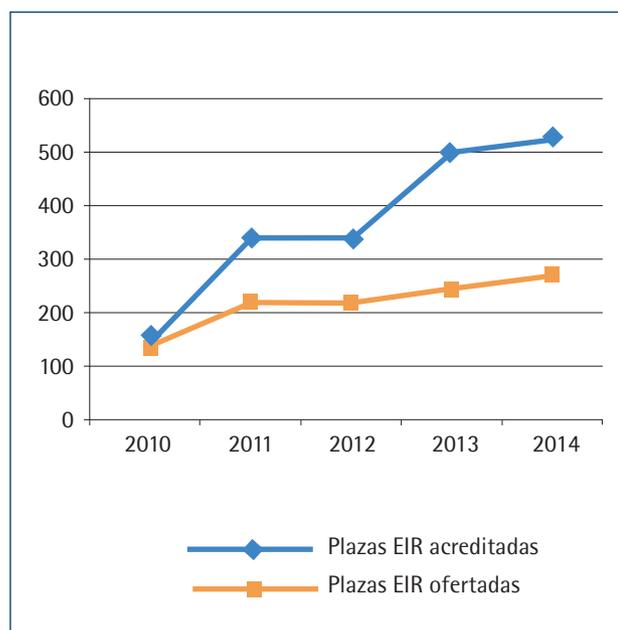


Gráfico 2. Evolución de las plazas EIR acreditadas y ofertadas

Respecto a la evolución según las comunidades autónomas, en la Tabla 2 y Gráfico 3 se puede observar cómo hay algunas donde el incremento es muy marcado destacando Castilla y León y Cataluña, otras donde se ha producido una estabilización respecto a la oferta inicial y solamente en dos en las que la oferta ha disminuido: en Valencia muy ligeramente y en Castilla-La Mancha de forma llamativa.

Tabla 2. Oferta de plazas EIR de EFyC según CC.AA.

CC.AA.	2010	2011	2012	2013	2014
Madrid	48	49	49	49	49
Castilla y León	16	26	26	26	37
Cataluña	18	20	20	34	37
C. Valenciana	0	25	24	24	24
Galicia	0	4	8	14	19
Andalucía	15	18	17	17	16
Canarias	0	12	12	12	15
Castilla-La Mancha	20	26	18	14	14
Extremadura	8	13	12	13	13
Asturias	6	12	12	12	12
Murcia	0	4	4	4	10
País Vasco	0	0	0	9	9
Aragón	0	8	8	8	8
Baleares	0	2	4	2	4
Cantabria	0	0	0	0	0
La Rioja	0	0	0	0	0
Navarra	0	0	0	0	0

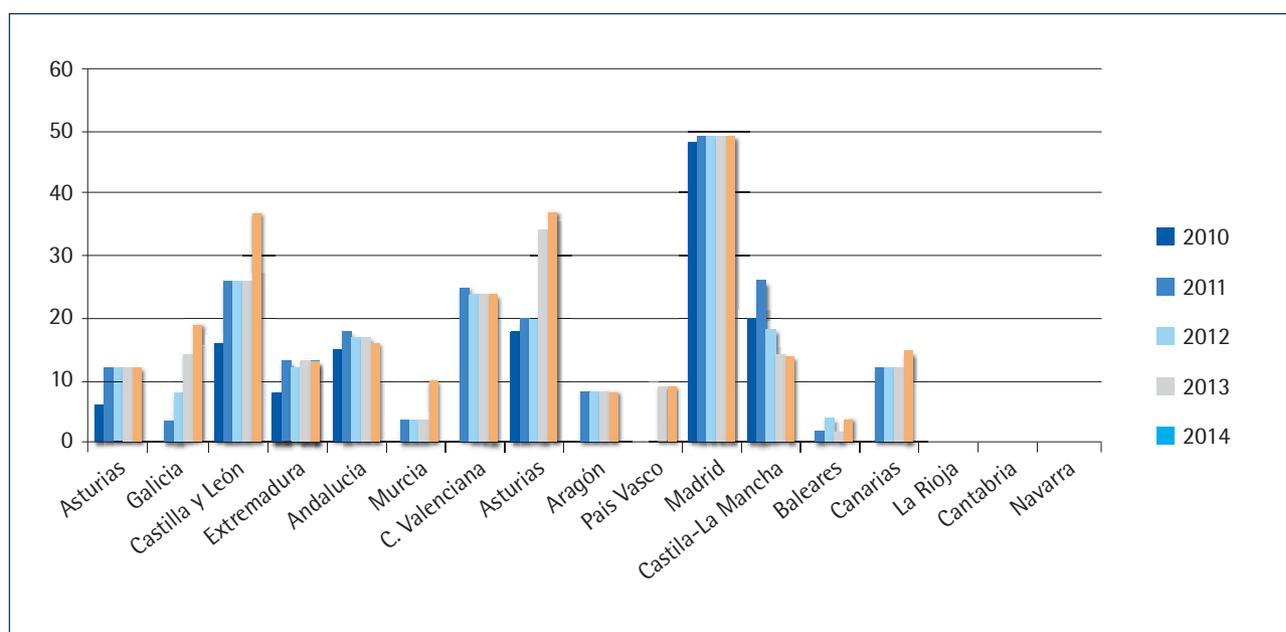


Gráfico 3. Evolución de la oferta en cada CC.AA.

Analizando el esfuerzo de oferta de las comunidades, usando la última referencia de población facilitada por el Instituto Nacional de Estadística que data de 2013, se aprecia que la media nacional está en un residente de EFyC por cada 174.381 habitantes, destacando en positivo Castilla y León con 68.068, Extremadura con 84.690 y Asturias con 88.984, y en negativo Andalucía con 524.572. Cantabria, Navarra y La Rioja no han ofrecido ninguna plaza hasta el año 2014 (Tabla 3 y Gráfico 3).

En cuanto a la evolución de la oferta de plazas EIR de las demás especialidades de enfermería: respecto a las dos que llevan años de desarrollo se observa un descenso de un 19% en Enfermería Obstétrico-Ginecológica en estos últimos cinco años y un estancamiento de la Enfermería de Salud Mental. Enfermería del trabajo y Geriátrica se mantienen en unas cifras anecdóticas y Enfermería Pediátrica ve incrementada su oferta de plazas EIR en un 102%.

Enfermería Familiar y Comunitaria se sitúa en segundo lugar en número total de plazas ofertadas, detrás de Enfermería Obstétrico-Ginecológica, suponiendo en la última convocatoria del año 2014 un 28% del total de plazas de residentes de enfermería (Gráficos 4 y 5).

Conclusiones

A pesar de que los inicios y la evolución de la oferta formativa de la especialidad de EFyC en estos cinco años pueden considerarse esperanzadores es claramente insuficiente para cubrir las necesidades que el sistema sanitario y la sociedad tiene de estos profesionales especialistas. La Comisión Nacional de la Especialidad en su informe anual preceptivo sobre la oferta formativa de las comunidades autónomas ha venido denunciando esta situación e indica año tras año la necesidad de que se oferten todas las plazas acreditadas y que se optimice la capacidad educativa de las Unidades Docentes para que se incremente al máximo el número de plazas acreditadas. También las sociedades científicas y de forma singular la AEC vienen todo este tiempo insistiendo en los mismos términos.

Tabla 3. Habitantes por cada residente de EFyC

CC.AA.	Habitantes/ EIR en 2014
Castilla y León	68.068
Extremadura	84.690
Asturias	88.984
Madrid	130.912
Canarias	140.349
Galicia	145.367
Murcia	146.199
Castilla-La Mancha	149.599
Aragón	167.289
Cataluña	202.187
C. Valenciana	207.792
País Vasco	241.890
Baleares	277.529
Andalucía	524.572
Cantabria	0
La Rioja	0
Navarra	0
Media nacional	174.381

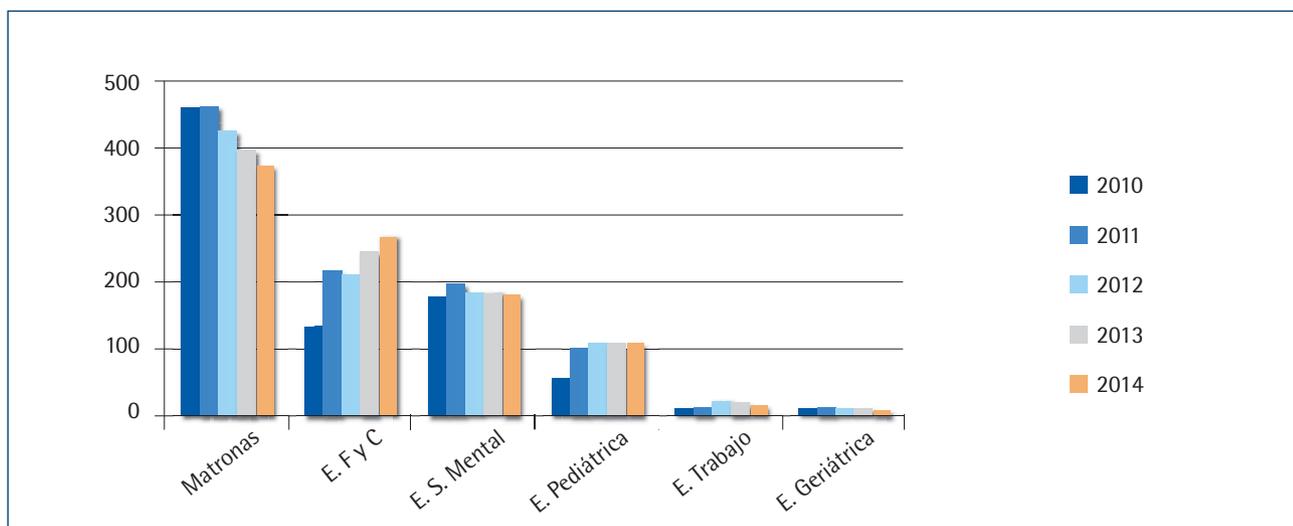


Gráfico 4. Evolución de la oferta en cada CC.AA.

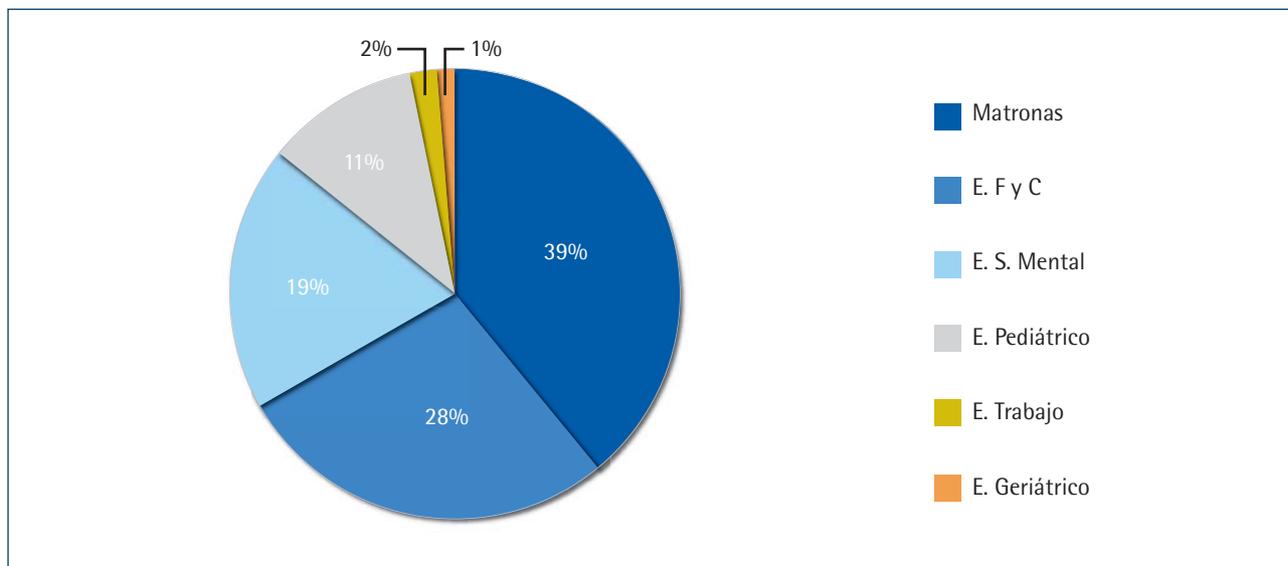


Gráfico 5. Distribución de las plazas de residentes de enfermería en 2014

La experiencia está demostrando que, independientemente de lo que la especialidad pueda aportar al sistema sanitario una vez esté implantada, el propio sistema formativo ya lo está mejorando, desde el cumplimiento de los requisitos de acreditación hasta la propia docencia a los residentes y los conocimientos y competencias que estos difunden de unos puntos de rotación a otros.

Quedan muchos retos por superar como es la implantación de los especialistas en el sistema sanitario o la homogenización y mejora de la formación que reciben, pero en tan solo cinco años la especialidad ha conseguido ser una realidad.

Referencias bibliográficas

1. Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, sobre la obtención del título de Enfermero Especialista.
2. Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería.
3. BOE (Boletín Oficial del Estado), de 29 de junio de 2010. Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria.
4. BOE (Boletín Oficial del Estado), de 22 de septiembre de 2010. Orden SAS/2447/2010, de 15 de septiembre, por la que se aprueba la convocatoria de prueba selectiva 2010, para el acceso en el año 2011, a plazas de formación sanitaria especializada para graduados/diplomados en Enfermería.
5. BOE (Boletín Oficial del Estado), de 26 de septiembre de 2011. Orden SPI/2548/2011, de 19 de septiembre, por la que se aprueba la convocatoria de prueba selectiva 2011, para el acceso en el año 2012, a plazas de formación sanitaria especializada para graduados/diplomados en Enfermería.
6. BOE (Boletín Oficial del Estado), de 22 de septiembre de 2012. Orden SSI/1997/2012, de 18 de septiembre, por la que se aprueba la convocatoria de prueba selectiva 2012, para el acceso en el año 2013, a plazas de formación sanitaria especializada para graduados/diplomados en Enfermería.
7. BOE (Boletín Oficial del Estado), de 23 de septiembre de 2013 Orden SSI/1695/2013, de 12 de septiembre, por la que se aprueba la convocatoria de pruebas selectivas 2013 para el acceso en el año 2014, a plazas de formación sanitaria especializada para Médicos, Farmacéuticos y otros graduados/licenciados universitarios del ámbito de la Psicología, la Química, la Biología y la Física.
8. BOE (Boletín Oficial del Estado), de 17 de septiembre de 2014 Orden SSI/1674/2014, de 10 de septiembre, por la que se aprueba la oferta de plazas y la convocatoria de pruebas selectivas 2014 para el acceso en el año 2015, a plazas de formación sanitaria especializada para Médicos, Farmacéuticos, Enfermeros y otros graduados/licenciados universitarios del ámbito de la Psicología, la Química, la Biología y la Física.

conecta con la **enfermería**

www.facebook.com/ComunidadMetas



al alcance de tu mano



Me gusta

Ya somos casi
2.900 seguidores



¡Únete a nosotros
y síguenos también en **Twitter!**

www.twitter.com/ComunidadMetas



Conecta con la Enfermería y descubre **Comunidad Metas**, el espacio enfermero en la red creado por **Grupo Paradigma**, con el objetivo de que estés al día de las últimas noticias y novedades del mundo de la Enfermería.



Síguenos y serás el primero en conocer las principales noticias que afectan a tu profesión, las últimas **novedades editoriales** y nuestras **exclusivas ofertas** en libros, revistas y formación online.



Además, podrás darnos tu **opinión**, hacernos llegar tus **sugerencias** y **preguntas** e intervenir en los debates en los que ya participan nuestros casi **2.900 seguidores**.



Y si decides convertirte en seguidor de la Comunidad Metas en Facebook, podrás participar en los **sorteos** y **concursos** que realizaremos de forma periódica entre todos nuestros seguidores.



COMUNICADO

Residentes y Especialistas de Enfermería Familiar y Comunitaria contarán con una nueva sección en RIdEC titulada “EIR/Especialistas” con el objetivo de fomentar la publicación y difusión del conocimiento científico originado por residentes y especialistas

La creación de una revista científica de enfermería comunitaria es un ambicioso proyecto que la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC) ha tenido siempre presente desde su fundación como sociedad científica. Es un proyecto básico y necesario para el desarrollo disciplinar de la enfermería comunitaria que debe plasmarse en una realidad visible.

Las nuevas tecnologías como internet nos permiten el acceso universal al conocimiento, y es por ello que se piensa que el formato electrónico es el más adecuado para que la información se expanda rápidamente a un número muy amplio de usuarios de todos los puntos del planeta.

La revista RIdEC (Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria) es una revista científica especializada en cuidados de salud orientados a la familia y a la comunidad, lo que permite a los profesionales estar permanentemente actualizados sobre los avances que se producen en las diferentes áreas del conocimiento en el campo de la enfermería comunitaria, está dirigida a profesionales de este área y la Atención Primaria de España e Iberoamérica, tanto en el ámbito clínico, de gestión, docente o investigador y está respaldada por un equipo de profesionales con un gran prestigio en el ámbito nacional e internacional, así como dotada de sentido, coherencia y rigor científico.

RIdEC se distribuye a los miembros de la AEC, así como a los principales centros asistenciales y de investigación, universidades, escuelas de enfermería, sociedades científicas y profesionales de la salud, con especial circulación en España e Iberoamérica. La revista incluye una serie de secciones donde se recogen innovaciones en diversos campos de la enfermería comunitaria como originales, revisiones, editoriales, cartas a la directora, etc., constituyendo un medio de comunicación que satisface con sus contenidos de investigación, gestión y clínica a las enfermeras comunitarias y a los profesionales vinculados a la Atención Primaria. Los valores implícitos de esta publicación son el respeto a los principios éticos de la investigación, el rigor en los contenidos científicos, la transparencia en el proceso de selección de trabajos, la independencia editorial y el apoyo al desarrollo de la Enfermería Comunitaria y de la Atención Primaria.

El primer número fue publicado virtualmente en el año 2008. En el constante ánimo de superación la AEC estableció un convenio de colaboración con la Editorial DAE (del Grupo Paradigma) a través del cual se desarrolló una nueva etapa en el proceso editorial de la revista. En la actualidad, con la llegada de los residentes y especialistas de Enfermería Familiar y Comunitaria, la AEC ha desarrollado una nueva sección en la revista titulada “EIR/Especialistas” para dar cobertura y fomentar las publicaciones en los residentes y especialistas, y todo lo referente a la especialidad.

Desde la AEC se entiende la importancia de compartir el conocimiento enfermero y se quiere, con esta nueva sección, fomentar la publicación y difusión de información relacionada con los residentes y Especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria.

¿Qué objetivos se pretenden alcanzar con la sección?

- Contribuir a la difusión del conocimiento científico en los cuidados de enfermería al individuo, familia y comunidad en el marco de la Enfermería Comunitaria y la Salud Pública durante la residencia y como especialista.
- Dar a conocer aspectos de la formación durante la etapa como residente.
- Actualización y publicación de noticias relacionadas con la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria.

¿Qué se publicará en la sección EIR/Especialistas?

- Artículos científicos elaborados durante el periodo de residencia/especialista.
- Casos clínicos elaborados durante el periodo de residencia/especialista.
- Experiencias: artículos de opinión durante la residencia o como especialistas, en el cual el EIR/Especialista tendrá la posibilidad de narrar cualquier experiencia durante su formación como residente o posteriormente como especialista.
- Proyectos de investigación elaborados durante el periodo de residencia/especialista.
- Noticias sobre actualización: relacionadas con la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria.

Francisco Javier Pastor Gallardo
Vocal Especialistas AEC

CONCLUSIONES AEC GRAN CANARIA IX CONGRESO NACIONAL III SIMPOSIO INTERNACIONAL II ENCUENTRO DE TUTORES Y EIR



CONGRESO
IX Nacional
III Internacional
DE LA ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA

Cronicidad. Comunidad y Familia
PALACIO DE CONGRESOS - LAS PALMAS DE GRAN CANARIA
Hoy es mañana, Asumiendo el rebo
8 - 10 de Octubre de 2014



El pasado mes de octubre se celebraba el IX Congreso Nacional de la Asociación de Enfermería Comunitaria, el III Simposio Internacional y el II Encuentro de tutores y EIR. A modo de conclusiones cabe destacar que en el congreso tuvieron lugar:

- Seis talleres precongresuales.
- Tres mesas de debate.
- Una mesa de la especialidad.
- Dos conferencias.
- Una mesa sespas.
- 31 mesas de comunicaciones orales.
- Defensa de pósters.

Respecto a los comunicados científicos: se recibieron 386 comunicados, un 8,3% más que en la anterior convocatoria, de ellos 321 fueron aceptados; 151 fue el número de comunicados orales y 170 los pósters presentados.

Asimismo, dentro de las comunicaciones orales el punto de corte estuvo en:

- Investigación: ≥ 45 (máximo 76 puntos).
- Experiencias: ≥ 45 con resultado, 33 sin resultados (máximo 76 puntos).
- Casos de cuidados: ≥ 25 (máximo 52 puntos).

A su vez, en los pósters:

- Investigación: 45-30.
- Experiencias: 45-30 (con resultados), 33-30 (sin resultados).
- Casos de cuidados: 25-20.

De los 280 inscritos: nueve procedían de Alicante, 36 de Barcelona, 108 de Canarias, nueve de Madrid, 12 de Navarra, uno de Costa Rica, uno de Ecuador y dos de Reino Unido.

A continuación, se destacan algunos de los temas abordados durante los dos días de congreso tras el debate y análisis que se desarrolló en las diferentes mesas y talleres:

Noticias RIIdEC

- No solo cuidamos en Atención Primaria y Atención Especializada, sino en más ámbitos, como la cárcel.
- Existe una coordinación con los responsables de la salud laboral de las empresas.
- La proactividad ya se está liderando la profesión enfermera.
- La formación intracultural permite integrar a la especialidad en los colectivos sociales.
- Para la prevención del pie diabético cabe destacar la temografía plantar como técnica innovadora.
- Experiencia comunitaria desde Kenia.
- Talleres de habilidades afectivo-emocionales en el afrontamiento de las pérdidas y el duelo en niños.
- Se ha trabajado una experiencia en diagnóstico comunitario.

Premios

Los ganadores de la comunicación oral en investigación fueron: Nuria Hernández Ruiz, Leticia Samper Soto, Caridad Martínez Sánchez, Josefa Asunción Espinosa Irles, José Luis Coves Gomariz y Saray Pérez Torres. El título del trabajo es:

"Evaluación de la eficacia de un programa de evaluación grupal en diabéticos, del departamento de Salud 24 ELX- Crevillente. C. Valencia".

Xusa Serra Llanas y Anna Cruz Oliveras fueron las ganadoras de la comunicación oral en experiencia, con el trabajo titulado:

"Los niños, las pérdidas, el dolor y la muerte. Experiencias del taller "Ahora sí que sé" en las escuelas".

Los ganadores de la comunicación oral en casos de cuidados fueron María de los Ángeles Rodríguez León, Paula Melián Cruz, Sandra Morales Boehme, Patricia del Pino Benítez Quintana, Magali Santana Suárez y Irene María Arnedo Ruiz. El título del trabajo ganador fue:

"Ahora debo tomar corticoides... ¿Qué va a cambiar? Un caso sobre la insulinización de una persona con diabetes tipo 2".

Dentro de la sección de estudiantes, los ganadores de la comunicación en investigación fueron: Xabier Vilar Garrobo, Alicia Garijo Hornillos y Jorge Mínguez Arias, con el trabajo titulado:

"Disposición para la mejora de autocuidados en personas con hipertensión: gestión de tiempos".

Y, para finalizar, la comunicación póster ganadora fue:

"Seguimiento de la campaña de vacunación antigripal en una asociación de vecinos".

Los autores de la misma fueron: María Pilar Puig Plana, Carme Fonts Bosch y Angels Badal Alter.

