

CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

AGENCIA DE EVALUACIÓN
DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS
DE ANDALUCÍA (AETSA)

Estrategias de comunicación con niños y adolescentes en el ámbito hospitalario o de atención primaria

Informe corto



JUNTA DE ANDALUCÍA

2014
INFORME_17

CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y
POLÍTICAS SOCIALES

Agencia de Evaluación
de Tecnologías Sanitarias
de Andalucía (AETSA)

Informe corto

Estrategias de comunicación con niños y adolescentes en el ámbito hospitalario o de atención primaria



Avda. de la Innovación s/n. Edificio ARENA 1. Planta baja
CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES
41020 Sevilla - España (Spain)
Tlf.: +34 955 006 309 - Fax: +34 955 006 327
e-mail: aetsa.csbs@juntadeandalucia.es

Sevilla, septiembre de 2014

2014

INFORME_17

Estrategias de comunicación con niños y adolescentes en el ámbito hospitalario o de atención primaria

*Autores: Isabel M. Martínez-Férez; Rebeca Isabel-Gómez,
Juan Máximo Molina-Linde, Teresa Molina-López*

*Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía
CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES*

JUNTA DE ANDALUCÍA

Fecha: septiembre de 2014

Martínez Férrez, Isabel María

Estrategias de comunicación con niños y adolescentes en el ámbito hospitalario o de atención primaria / Isabel M^a Martínez Férrez, Rebeca Isabel Gómez, Juan Máximo Molina-Linde, Teresa Molina-López. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2015.

44 p. 21 x 29,7 cm

1. Comunicación 2. Servicios Sanitarios I. Isabel Gómez, Rebeca II. Molina Linde, Juan Máximo III. Molina López, Teresa IV. Andalucía. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

Edita: **Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía**

www.juntadeandalucia.es/salud/aetsa

aetsa.csalud@juntadeandalucia.es

Avda. de la Innovación. Edificio Arena 1, planta baja.

41020 Sevilla

España - Spain

Contribución de los autores

Isabel María Martínez Férez. Doctora en Biología. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA). Planteamiento de la pregunta de investigación, metodología, búsqueda bibliográfica y documentación, selección de estudios, extracción de datos, síntesis de los resultados y discusión.

Rebeca Isabel Gómez. Licenciada en Documentación. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA). Búsqueda bibliográfica, documentación y revisión del informe.

Juan Máximo Molina Linde. Licenciado en Psicología. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA). Revisión del informe.

Teresa Molina López. Directora de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Coordinación y desarrollo del proyecto, y revisión del informe.

Conflicto de interés

Los autores declaran que no tienen intereses que puedan competir con el interés primario y los objetivos de este informe e influir en su juicio profesional al respecto.

Índice

Índice	9
Introducción	10
Los derechos de los niños en salud	10
La comunicación entre los profesionales de la salud y los niños	11
Formación para los profesionales	13
Espacios amigables como facilitadores de la comunicación	14
Educación sanitaria a los niños	15
Objetivo	16
Material y métodos	17
Búsqueda bibliográfica	17
Selección de estudios	17
Extracción y síntesis de resultados	17
Resultados	18
Resultados de la búsqueda bibliográfica	18
Descripción de los estudios	19
Estudios de síntesis	19
Estudios primarios	20
Resultados de los estudios	21
Resultados de experiencias identificadas en páginas web específicas	27
Discusión	29
Limitaciones del estudio	31
Conclusiones	32
Referencias	33
Anexo 1. Estrategias de búsquedas	35
Ovid-PreMedline	35
Ovid MEDLINE(R)	35
Embase	35
Web of Science (WOS)	36

Introducción

Los derechos de los niños en salud

Los derechos de los niños quedaron establecidos en 1989 en el tratado internacional, la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), que fue aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas y era de carácter obligatorio para todos los países que lo ratificasen (<http://www.unicef.es/infancia/derechos-del-nino/convencion-derechos-nino>).

La Convención se convirtió en Ley en 1990, después de ser firmada y aceptada por 20 países, entre ellos España. La CDN ha sido el tratado más ratificado de la historia y los países que lo han firmado tienen que rendir cuentas sobre su cumplimiento al Comité de los Derechos del Niño. Hoy, la Convención sobre los Derechos del Niño ya ha sido aceptada por la mayoría de los países a excepción de Somalia y Estados Unidos.

El texto consta de 54 artículos que recogen los derechos económicos, sociales, culturales, civiles y políticos de todos los niños. Su aplicación es obligación de los gobiernos, pero también define las obligaciones y responsabilidades de otros agentes como los padres, profesores, profesionales de la salud, investigadores y los propios niños y niñas.

En concreto el Artículo 12 de la CDN, que hace referencia al derecho de participación del niño, recoge literalmente que:

- “1. Los Estados Partes garantizarán al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afectan al niño, teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño, en función de la edad y madurez del niño.
2. Con tal fin, se dará en particular al niño oportunidad de ser escuchado, en todo procedimiento judicial o administrativo que afecte al niño, ya sea directamente o por medio de un representante o de un órgano apropiado, en consonancia con las normas de procedimiento de la ley nacional.”

De esta manera, queda reconocido el derecho de los niños a participar en todas aquellas cuestiones que afecten a sus vidas. Este derecho de participación implica tanto el derecho a ser escuchados como el derecho a recibir información que les permita forjar su propia opinión. Este artículo por consiguiente se centra en favorecer, estimular y garantizar la autonomía del niño. El compartir información con los niños y adolescentes es un prerrequisito en el proceso de toma de decisiones, aunque en la práctica, la comunicación con los niños sobre temas relacionados con su salud es muy escasa. Recibir información no sólo significa disponer de una información veraz sino que ésta debe estar adaptada a la edad y madurez del niño/adolescente para facilitar su comprensión.

Este derecho a la información también está recogido a nivel autonómico andaluz en el Decreto 246/2005, de 8 de noviembre, por el que se regula el ejercicio del derecho de las personas menores de edad a recibir atención sanitaria en condiciones adaptadas a las necesidades propias de su edad y desarrollo y se crea el Consejo de Salud de las Personas Menores de Edad (BOJA nº 244 de 16/12/2005).

El presente informe se centra en el derecho a recibir información de los niños, en concreto sobre las estrategias y mecanismos que se están llevando a cabo para poder informar de manera adecuada a los niños sobre cuestiones relacionadas con su salud, tanto a nivel nacional como internacional.

La comunicación entre los profesionales de la salud y los niños

La comunicación en temas de salud entre los profesionales sanitarios y los pacientes, tiene una gran importancia y complejidad cuando los pacientes pertenecen a la población pediátrica. El hecho de que sean niños y adolescentes los destinatarios de la información, a los que se les debe hacer comprender y asimilar dicha información, hace que se tengan que tener en cuenta una serie de consideraciones especiales. Ya en 2005, la Organización Panamericana de la salud (OPS) en su documento “Estrategias de Comunicación para la Salud Integral en la Infancia: Guía Metodológica para su Desarrollo” recogía la Estrategia de La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), establecida en 1996 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Esta guía exponía literalmente que “ofrece una serie de herramientas prácticas y sencillas para que cualquier persona responsable de acciones de promoción y comunicación de la AIEPI, y en general de salud infantil, pueda desarrollar planes y estrategias aplicables en diferentes contextos (nacional, regional y local)”. La estrategia AIEPI está centrada en el cuidado y atención de los menores de cinco años (OPS, 2005).

La guía recoge que el diseño de una estrategia de comunicación debe incluir los siguientes pasos:

- Evaluación formativa: consistente en la valoración del problema de interés así como la población implicada o destinataria.
- Diseño y combinación de estrategias comunicativas: especificando los diferentes componentes de la estrategia comunicativa; es decir, valorando la combinación de distintos niveles de comunicación (interpersonal, grupal, comunitaria y masiva) con las estrategias de comunicación más adecuada (edu-entretenimiento, visitas de profesionales de salud, grupos de conversación).
- Producción y validación de materiales y mensajes.
- Implementación y seguimiento.
- Evaluación de proceso e impacto.

Respecto a las estrategias de comunicación que es el punto de interés de este trabajo, el documento recogía que:

“la experiencia ha demostrado que la efectividad de la comunicación en salud reposa en la adecuada integración de diversas formas de comunicación y de procesos y estrategias comunicacionales que incluyen, entre otras técnicas, movilización comunitaria, consejería y comunicación interpersonal centrada en el usuario, intervenciones a través de redes sociales, mercadeo social, edu-entretenimiento, abogacía de medios, potenciación individual y comunitaria, relaciones públicas, diseminación de información, uso de medios masivos, y otros procesos que puedan conducir a la adopción de comportamientos saludable” (OPS, 2005).

En concreto la guía presentaba un capítulo centrado en la descripción de varias estrategias de comunicación entre las que destacaban literalmente:

- Talleres de inducción.
- Grupos internos de aprendizaje.

- Boletines y periódicos murales.
- Talleres de comunicación asertiva.
- Talleres de consejo.
- Programa de capacitación a distancia en consejería para el personal de la salud y los actores sociales, utilizando por ejemplo la radio local.
- Sesiones educativas en derechos y responsabilidades en el cuidado de la salud integral de los menores y de la comunidad.
- Reuniones del equipo de salud y actores sociales donde se podrán abordar algunos conflictos cotidianos que bloquean la comunicación entre estos dos grupos.

La estrategia de la OPS para la infancia estaba dirigida a niños menores de 5 años, por lo que se centraba en gran medida en la comunicación entre profesionales sanitarios y padres o cuidadores. Generalmente, la comunicación en el ámbito sanitario relativa a niños es una comunicación a tres bandas: profesionales sanitarios, padres y pacientes pediátricos. En esta tríada, la contribución de los niños es en la mayoría de los casos ignorada o poco considerada, tendiéndose por consiguiente a identificar a los padres como los pacientes sin prestar demasiada atención al verdadero paciente que es el niño, por lo que los padres tienden a ser la fuente de información del estado de salud del niño. Los niños son capaces de comprender más conceptos sobre salud y enfermedad de lo que generalmente se piensa, comprobándose que una comunicación directa entre el niño y el profesional sanitario mejora la relación entre ambos, en términos de satisfacción con el cuidado y la adherencia a los tratamientos, y a una mejora en variables de salud (Tates & Meeuwesen, 2001). El control parental de la interacción entre el niño y el profesional sanitario, parece ser independiente de la edad del niño, y el personal sanitario parece estar más inclinado a implicar a los niños de mayor edad (Tates, Elbers, & Bensing, 2002). Estudios sobre comunicación entre adolescentes con enfermedades crónicas y profesionales han mostrado que los adolescentes preferían participar de forma activa en las decisiones sobre su salud aunque en la realidad, su participación en las consultas era muy baja y eran los padres los más implicados en este proceso. Por lo que los profesionales deben incentivarlos a llevar la iniciativa en la comunicación y a promover visitas independientes sin la presencia de los padres (van Staa & on Your Own Feet Research Group, 2011).

A la hora de la comunicación es importante ser capaz de detectar las barreras o impedimentos que la dificulten. Por consiguiente, en el ámbito sanitario, es el profesional quién debe identificarlas y manejarlas con el fin de conectar de manera eficaz. Entre las barreras de comunicación descritas se encuentran (Carballedo & Manrique, 2011):

- **Inicio inapropiado de la conversación:** la actitud y el tipo de preguntas en el primer contacto entre niño y sanitario puede condicionar la comunicación.
- **Barreras lingüísticas:** como pueden ser la utilización de lenguaje muy técnico o la falta de conocimiento del idioma en personas de otras nacionalidades distintas a las del país donde se presta la atención sanitaria.
- **Atención inadecuada:** bostezos, falta de contacto visual, interrupciones frecuentes... hacen que el interlocutor no se sienta escuchado o entendido.
- **Actitud negativa:** los prejuicios o estereotipos de las personas no favorece la comunicación.
- **Barreras del receptor:** la existencia de dificultades psíquicas o físicas hace más difícil aunque no imposible la comunicación.
- **Entorno inadecuado:** presencia de algún acompañante, cansancio, momento del día

- **Falta de tiempo:** puede afectar a la hora de preguntar cuestiones relevantes sobre el paciente o que éste se sienta desatendido e incómodo.

Estudios centrados en la detección de barreras y facilitadores en la comunicación con niños, han encontrado que es importante tener en cuenta a la hora de conectar con los niños y adolescentes una serie de consideraciones como (Curtis-Tyler, 2010):

- Comprometerse con las experiencias y conocimientos que los niños tienen sobre su propio cuidado
- Explorar las preferencias de los niños
- Evitar suposiciones basadas en la edad

Estas consideraciones pueden presentar un reto para los centros sanitarios ya que supone un cambio en la mentalidad establecida hacia un mayor compromiso y conocimiento de la realidad infantil (Curtis-Tyler, 2010).

Con el fin de conectar con los niños se han descrito diferentes estrategias que permitan superar las barreras comunicativas como son (Levetown, 2008):

- Hablar **con** el paciente pediátrico, no **al** paciente
- Hablar en un lugar privado
- Determinar el acompañante más adecuado o facilitar una consulta privada
- Empezar con un tema distinto a la situación médica a la que se enfrenta
- Escuchar de manera activa
- Prestar atención al lenguaje corporal y al tono de voz
- Utilizar juegos, dibujos u otras herramientas creativas
- Detectar miedos o preocupaciones haciendo referencia a uno mismo o a terceras personas
- Preguntar por tres deseos o qué harían si tuvieran una varita mágica

En la práctica general, las estrategias de comunicación con niños y adolescentes en el ámbito de la salud han estado basadas en estrategias de comunicación verbal y no verbal del profesional sanitario, es decir, en el contacto directo entre el profesional y el paciente. Sin embargo, hoy en día, en la era de las tecnologías de la información y comunicación, se están incorporando otras estrategias que complementan a las anteriores, o en algunos casos incluso se podría dar información sin la necesidad de un contacto directo con el profesional mediante las herramientas interactivas, multimedia,...

Formación para los profesionales

La incorporación de los niños y adolescentes al proceso de toma de decisiones enfatiza la necesidad de una comunicación entre los profesionales sanitarios y los pacientes pediátricos, aunque dicha comunicación no siempre es efectiva. Además de detectar las barreras e impedimentos que la puedan entorpecer, los profesionales deben de ser capaces de adaptar la información a la edad del niño. Los niños no son “adultos pequeños” por lo que lograr conectar y empatizar con ellos y sus familias es más complejo y requiere un acercamiento y un enfoque diferente a los utilizados con pacientes adultos (Sánchez Sánchez, Sánchez Marín & López Benavente, 2008).

Cuando hablamos de pacientes pediátricos estamos englobando un amplio rango de edad; desde pacientes recién nacidos hasta adolescentes. Por lo tanto, esta población está formada por pacientes que se encuentran en diferentes etapas de desarrollo emocional y con diferentes habi-

lidades cognitivas. Además, los conceptos de funcionamiento corporal, la salud y la enfermedad cambian con la edad del niño. La comunicación por lo tanto se asocia principalmente con la edad de un niño, pero también puede estar influenciada por el género y los antecedentes familiares del mismo. Los profesionales sanitarios pueden tener dificultades para juzgar lo que entienden los niños.

Las características especiales que tiene la población pediátrica hacen de la formación de los profesionales en el campo de la comunicación un tema fundamental, ya que es necesario proporcionarles las herramientas y las competencias necesarias para lograr una comunicación efectiva.

La enseñanza de habilidades de comunicación no es una tarea fácil. La formación de los profesionales implicaría la preparación en campos como: aprender a escuchar/escucha activa, a desarrollar o mostrar empatía, a implicar al paciente en el proceso de toma de decisión y a proporcionar una atención individualizada. A pesar de la importancia de la comunicación hay pocos programas de formación y se le da poca importancia curricular.

En general, la formación de los profesionales sanitarios en comunicación, en concreto los programas de formación, sigue siendo un campo poco evaluado. Así, una revisión sistemática de la Colaboración Cochrane publicada recientemente en la que se incluían más de 51 estudios sobre programas de formación a profesionales que trabajaban con pacientes de cáncer concluía que algunos programas pueden mejorar algún tipo de habilidades, especialmente las habilidades para transmitir/obtener información y la empatía. Sin embargo, parece tener poco beneficio medible para el paciente y no está claro si las competencias adquiridas por los profesionales de la salud se mantienen a largo plazo. Además, no está claro qué tipo, duración e intensidad de la formación es la más efectiva, y si los talleres de consolidación pueden mejorar el impacto de esta formación (Moore, Rivera-Mercado, Grez-Artigues & Lawrie, 2013).

Espacios amigables como facilitadores de la comunicación

La humanización de los espacios en el ámbito sanitario entra dentro del desarrollo de modelos sanitarios centrados en el paciente. Para ello es importante conocer las preferencias y perspectivas de los mismos, ya que el diseño de los entornos en los hospitales representa una mejora en los modelos de cuidado centrados en los pacientes y favorece el diseño de hospitales más amigables para ellos (Ullán, Serrano, Badía & Delgado, 2010).

La humanización de los espacios físicos en los que se prestan los cuidados sanitarios representa un componente del concepto más amplio de humanización en el ámbito de la salud, que incluye aspectos organizacionales, relacionales y terapéuticos, además de cuestiones ambientales y sociales (Ullán y Manzanera, 2009).

Investigadores que trabajan con los niños más pequeños han descrito métodos que facilitan a los niños expresar sus experiencias y por consiguiente, favorecen la comunicación entre ellos y los profesionales sanitarios. Entre estos métodos se encuentra la realización de entrevistas y reuniones en ambientes confortables que no sean amenazantes para los niños (Curtis-Tyler, 2010).

Progresivamente, los hospitales han ido incorporando personal no sanitario como por ejemplo, los animadores culturales, que mediante actividades como teatro, música, cuentacuentos, payasos, etc ayudan al niño y adolescente ingresado a comprender o aceptar que el hospital es un lugar de vida donde la risa y el entretenimiento también forma parte del día a día y que convierte al hospital en un lugar más cercano y menos intimidante (Hout-Marchand, 2009).

Se ha descrito la importancia de las características del lugar físico donde se establece la comunicación entre paciente y profesional sanitario, ya que puede influir en la eficacia de dicha comunicación. Así, el fracaso en la comunicación puede venir propiciado por lugares ruidosos, pasillos llenos de gente, habitaciones poco ventiladas o con sonidos de teléfono (Desai & Pandya, 2013).

Educación sanitaria a los niños

El derecho a la información de los niños en temas de salud, ha llegado al ámbito social/escolar promoviéndose la educación sanitaria en colegios y demás centros educativos. Esta educación sanitaria es realizada generalmente por profesionales de la salud que se desplazan a los centros educativos donde los niños y adolescentes se encuentran cómodos y seguros, transmitiendo mediante diferentes estrategias, información relacionada con hábitos en campos como la alimentación, obesidad, sexualidad, tabaquismo, deporte, adicciones,.... con el fin de formarles en temas sanitarios de manera preventiva y sean capaces de tomar decisiones saludables con respecto a problemas de salud muy diversos.

Dentro de este apartado a nivel nacional se han llevado a cabo una amplia gama de experiencias que se han recogido en documentos como por ejemplo:

La Guía de actividades de educación para la salud: mesa de salud escolar de Fuenlabrada. Curso 2012-13 (http://www.madrid.org/dat_sur/upe/salud/GUIA_ACTIVIDADES_MESA.pdf). Este documento presenta toda una batería de estrategias y actuaciones clasificadas por contenidos y por población destinataria. Así, dentro de sus contenidos se encuentran: adicciones, sexualidad, alimentación y actividad física, comercio y consumo, relaciones y afectividad, salud e higiene y varios. A su vez las actividades están clasificadas por edades del alumnado: infantil, primaria y secundaria; además de algunas destinadas a profesorado y familias. En estas actividades las estrategias o herramientas utilizadas son tan variadas como: realización de carteles, de gymkhanas en la que se tratan diferentes aspectos del tabaco a través de cinco talleres interactivos impartidos por las instituciones que colaboran, entrega de un cuadernillo con los aspectos más importantes de la prevención del tabaquismo, charlas, videos, talleres, juegos mediante los cuales de manera preventiva se les enseña a los niños conductas saludables.

El Instituto de Salud Pública de Navarra (http://www.navarra.es/home_es/Gobierno+de+Navarra/Organigrama/Los+departamentos/Salud/Organigrama/Estructura+Organica/Instituto+Navarro+de+Salud+Publica/Publicaciones/Planes+estrategicos/Promocion+de+la+Salud/MaterialesEstilosVida.htm) ha publicado varios documentos de apoyo al trabajo educativo en estilos de vida. En resumen, las estrategias utilizadas en estos documentos se presentan separadas en función de que sean Protocolos para Profesionales, Acciones colectivas y comunitarias, Experiencias de Educación para la Salud en Atención Primaria y Guía educativa breve. Las estrategias se muestran en la Tabla 1:

Tabla 1. Intervenciones para promoción de la salud del Instituto de Salud Pública de Navarra

Documento	Intervención
Estilos de Vida Protocolos para Profesionales. Educación y Comunicación en consulta individual	2 tipos de intervenciones educativas en consulta individual: <ul style="list-style-type: none"> • Consejo sistematizado • Educación individual
Estilos de Vida. Promoción de Salud Acciones colectivas y comunitarias	Contiene experiencias (sobre alimentación, ejercicio físico, estrés, vida sana en barrio sano), ideas y acciones e instrumentos prácticos para la preparación y puesta en marcha de actividades de Promoción de la Salud

Tabla 1. Intervenciones para promoción de la salud del Instituto de Salud Pública de Navarra (cont.)

Documento	Intervención
Estilos de Vida. Educar en Salud I Experiencias de Educación para la Salud en Atención Primaria	Contiene 5 Experiencias-modelo: 1. Ayudar a Dejar de Fumar; 2. Educación alimentaria; 3. Ayudar a controlar la ansiedad; 4. Educación sobre riesgos y estilos de vida en la edad adulta y 5. Educación para la prevención de riesgos en adolescentes, elaboradas a partir de la práctica de los centros de Salud de Navarra.
Estilos de Vida Guía educativa breve	Desplegable de bolsillo que aborda alimentación, tabaco, ejercicio físico y estrés, para trabajar 3 tipos de intervenciones: consejo sistematizado con folleto, apoyo programado individual breve y apoyo programado grupal breve.

En Andalucía, entre las actuaciones enmarcadas dentro del área de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, la Consejería de Educación, Cultura y Deporte ha puesto a disposición de los ciudadanos la página web “Hábitos de vida saludable” (<http://portal.ced.junta-andalucia.es/educacion/webportal/web/vida-saludable/formacion>) donde se ofrece información sobre los diferentes programas educativos y actividades relacionadas con el tema. Dentro de estas actividades se ha presentado para el curso 2014/2015 una publicación de la Consejería de Educación, Cultura y Deporte y la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales titulada “Catálogo de Programas Educativos HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE” (<http://portal.ced.junta-andalucia.es/educacion/webportal/ishare-servlet/content/ee991dc0-15ca-4c90-ba27-59ef4112c1d3>). En esta publicación se recogen los diferentes programas disponibles en la comunidad andaluza entre los que se encuentran:

- Programa de “Alimentación Saludable en la Escuela”
- Plan de Consumo de Frutas en la Escuela
- Programa de Salud Bucodental “Sonrisitas”
- Programa de Salud Bucodental “Aprende a Sonreír”
- Programa “Forma Joven”
- Programa “A No Fumar ¡Me Apunto!”

Objetivo

El objetivo de este informe ha sido revisar y sintetizar la evidencia científica disponible sobre los instrumentos, herramientas y estrategias encaminadas a informar a los niños sobre temas relacionados con su salud dentro de centros sanitarios tanto de atención primaria como hospitalaria.

Material y métodos

Se ha realizado un informe de revisión rápida, de carácter descriptivo que ha recogido la literatura identificada y disponible sobre el tema de interés. Al ser una revisión rápida no se incluye una valoración exhaustiva de la calidad de la evidencia científica. El proyecto responde a una solicitud de la Secretaría General de Calidad, Innovación y Salud Pública de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía.

Búsqueda bibliográfica

Con el fin de identificar estudios tanto de síntesis como primarios, que recogieran información del tema de estudio, se diseñaron estrategias de búsqueda en las bases de datos disponibles en la Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público Andaluz (BV-SSPA): Medline y Premedline (mediante OVID), Embase y la *Cochrane Library*, así como la *Web of Science* (WOS) hasta junio 2014. Las estrategias utilizadas se describen detalladamente en el anexo 1.

Además, se realizó una búsqueda mediante el metabuscador Google de páginas web pertenecientes a organizaciones o instituciones que aportaran información relevante sobre el tema.

Selección de estudios

La selección de los estudios con información relevante se realizó con base a los criterios de inclusión y exclusión descritos a continuación:

Criterios de inclusión:

- Población: pediátrica hasta 18 años.
- Intervención: estrategia o intervención de comunicación o información del profesional sanitario al niño en un ambiente sanitario: hospital o centro de atención primaria.
- Tipo de estudio: revisiones sistemáticas de la literatura y cualquier tipo de estudio que recogiera estrategias de información.

Criterios de exclusión:

- Publicaciones como cartas, editoriales, estudios de a propósito de un caso
- Estudios que recogieran estrategias de comunicación en niños con deficiencias de comunicación como autismo
- Estudios en los que la información se aportaba a los padres, no a los niños.
- Estudios en los que se recogieran estrategias que faciliten la comunicación de las expectativas u experiencias del niño al sanitario.
- Estudios no disponibles a texto completo o en idiomas distintos al castellano, inglés, francés, italiano.

Extracción y síntesis de resultados

Se ha realizado la extracción de los principales resultados descritos en cada estudio y se han resumido en tablas de evidencia siguiendo un modelo desarrollado *a priori*.

Resultados

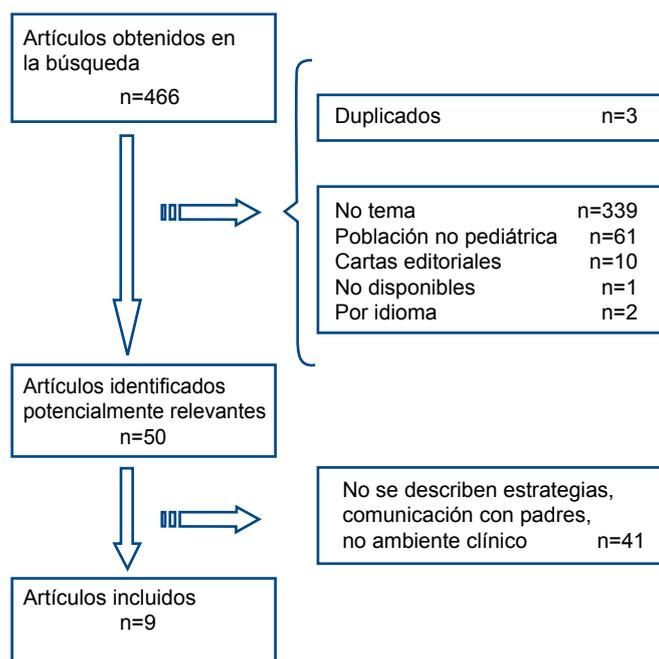
Resultados de la búsqueda bibliográfica

Las estrategias de búsqueda en las bases de datos referenciales identificaron un total de 466 artículos sobre comunicación con niños. Del total de referencias encontradas 3 se descartaron por tratarse de duplicados encontrados en varias bases de datos a la vez.

Tras la lectura del título y el resumen de las referencias, se excluyeron aquellas que no cumplieran los criterios de inclusión establecidos y se seleccionaron para su lectura a texto completo un total de 50 estudios. Finalmente, se seleccionaron para la inclusión en este informe 9 referencias. El esquema que muestra el flujo de selección de referencias se describe en la Figura 1.

Las causas principales de rechazo de los estudios fueron: no presentar datos de estrategias de comunicación, no estar realizados en ambientes hospitalarios o de atención primaria, no tratarse de población pediátrica, por tratarse de población pediátrica con algún tipo de discapacidad, el sentido de la comunicación (niño-profesional), etc.

Figura 1: Diagrama de flujo de la selección de estudios



En resumen, la búsqueda bibliográfica permitió identificar varios documentos de síntesis, en concreto tres revisiones sistemáticas, dos de ellas revisiones Cochrane, que recogían información relevante sobre el tema. Estas revisiones fueron las siguientes:

- Scott, Prictor, Harmsen, Broom, Entwistle, Sowden, y Watt, 2003
- Ranmal, Prictor y Scott, 2008
- Raaff, Glazebrook y Wharrad, 2014

Además, se identificaron un total de 6 estudios primarios que cumplieran los criterios de inclusión establecidos *a priori*.

Descripción de los estudios

Estudios de síntesis

Se han identificado dos revisiones sistemáticas de la Colaboración Cochrane; una de ellas es una revisión sistemática del 2001 actualizada en 2006 sobre intervenciones para mejorar la comunicación entre profesionales sanitarios y niños/adolescentes con cáncer (Ranmal *et al.*, 2008) y otra sobre intervenciones para mejorar la comunicación con niños/adolescentes con algún familiar afectado por cáncer (Scott *et al.*, 2003). Además, se ha identificado una revisión sistemática publicada recientemente sobre intervenciones interactivas mediante tecnologías multimedia (Raaff *et al.*, 2014). Los resultados de los estudios de síntesis se recogen en la Tabla 2. En general, la literatura recogida en las tres revisiones sistemáticas pone de manifiesto la heterogeneidad de los estudios incluidos en las mismas, así como las limitaciones metodológicas de los mismos; lo que no permite la generalización de los resultados y refleja la falta de evidencia científica de calidad sobre el tema.

Scott *et al.*, 2003: esta revisión tenía como objetivo valorar los efectos de intervenciones que mejoraran la comunicación con niños y adolescentes con algún familiar afectado de cáncer, las variables que se consideraron fueron: conocimiento y comprensión de la enfermedad y su tratamiento, su adaptación social, su superación y el bienestar. Incluía cinco estudios con poblaciones entre 14 y 150 participantes de 6 a 17 años y que comprendían en total a 225 participantes reclutados, todos ellos con hermanos con cáncer. Los estudios incluidos fueron muy heterogéneos en cuanto a diseño, intervención, variables de resultados, participantes y análisis de resultados. En general los estudios valoraban dos tipos diferentes de intervenciones: grupos estructurados (4 estudios) y un campamento de 5 días (1 estudio). En relación al diseño de los estudios incluidos en la revisión, se trataba de estudios antes-después. Este diseño presenta limitaciones metodológicas que dificulta determinar que las diferencias tras la intervención puedan ser debidas a la intervención en sí misma y no a otros factores no controlados, ya que las intervenciones son complejas, e intervienen en ellas múltiples componentes. Por lo tanto, los resultados de la revisión deben considerarse orientativos pero no concluyentes.

Ranmal *et al.*, 2008: el objetivo de la revisión era evaluar intervenciones realizadas con la intención de mejorar la comunicación con niños y adolescentes con cáncer. Para ello, esta revisión realizó una actualización de una revisión Cochrane publicada previamente (Scott, Entwistle, Sowden & Watt, 2001; Scott, Harmsen, Pricter, Sowden & Watt, 2003). La actualización incluyó ensayos clínicos aleatorizados, ensayos clínicos no aleatorizados y estudios cuasiexperimentales de tipo antes-después identificados en una búsqueda sistemática realizada hasta abril del 2006. En total recogía la información de 10 estudios correspondiente a 438 participantes. Los estudios incluidos fueron muy heterogéneos en cuanto a población al incluir pacientes de 2 a 25 años y con diferentes estrategias de reclutamiento y criterios de elegibilidad. Las intervenciones fueron muy variadas: programas de reinserción escolar, terapia de grupo, juegos dirigidos, cuentacuentos, instrucciones asistidas por ordenador, CD-ROM

Las medidas de resultado analizadas fueron:

1. Conocimiento y comprensión de la enfermedad y su tratamiento.
2. Variables psicológicas, sociales o conductuales como ansiedad, depresión, participación en actividades sociales o escolares, modelos de interacción en la familia, percepción de afrontamiento.
3. Variables de salud como supervivencia, calidad de vida, conteos celulares, funcionamiento físico...

Los autores concluyen que la evidencia disponible sobre el efecto de las diferentes estrategias para mejorar la comunicación con niños y adolescentes en relación al cáncer que les afecta es débil e inconclusa. El escaso número de estudios incluidos, las limitaciones metodológicas de los mismos y la gran variabilidad entre ellos, dificultaban su interpretación y la síntesis de resultados.

Raaff et al., 2014: en la revisión se incluyeron 14 estudios, todos excepto uno, eran ensayos clínicos aleatorizados y las indicaciones o patologías recogidas en los mismos se centran principalmente en el asma aunque también hay otras como la enuresis nocturna, diabetes, leucemia, ortodoncia, fibrosis quística, dolor de cabeza y encopresis. Las intervenciones eran principalmente juegos de simulación, tutoriales animados, puzzles, videos, incluso juegos en red y comunicación *online* con niños de otros centros hospitalarios. La valoración de las intervenciones de las tecnologías multimedia se realizó evaluando las siguientes medidas de resultado: cantidad y calidad de la comunicación cara a cara entre el sanitario y el niño, el grado de adhesión al tratamiento, las tasas de abandono (pérdidas de pacientes, faltas a citas médicas...) y satisfacción. También, valoraron otras variables secundarias de cambios en salud como: cambios de actitud o de motivación para mejorar su salud, cambios en los síntomas, reducción en hospitalizaciones y visitas de emergencias. La variabilidad en el uso de la tecnología, la duración del estudio y el seguimiento podría haber influido en la oportunidad de los niños de familiarizarse con el contenido multimedia y por lo tanto, en los posibles cambios conductuales.

Los propios autores comentan que los estudios incluidos en la revisión no presentaban una calidad metodológica alta al estimar que el riesgo de sesgo en ellos era "incierto" o "alto".

Estudios primarios

Sarnat, Arad, Hanauer y Shohami, 2001: llevaron a cabo un estudio piloto durante tratamientos dentales en los que participaron cuatro especialistas y un total de 24 niños de edades comprendidas entre 3-12 años. Las visitas fueron grabadas y analizadas lingüística y estadísticamente. Se valoraron los modelos de aproximación a los niños (permisivo, empático y personal) así como las diferentes estrategias lingüísticas empleadas por los profesionales. Se analizó la frecuencia de uso de cada uno de los modelos y estrategias por profesional y niño, y se estimó la correlación de cada una de ellas con las variables de ansiedad, cooperación y el ánimo o disposición del niño al final del tratamiento, mediante los análisis estadísticos de correlación de Pearson y t-student.

Boekeloo, Bobbin, Lee, Worrell, Hamburger y Russek-Cohen, 2003: ensayo clínico aleatorizado realizado en consultas de atención primaria con adolescentes de 12 a 17 años cuyo objetivo fue valorar, si incentivar a los adolescentes a conversar sobre el alcohol con el médico y dar indicaciones a los médicos sobre el tema, favorecía la comunicación entre los dos sobre el tema. Se trataba de un ensayo clínico aleatorizado con pacientes que acudían a reconocimiento médico en atención primaria. De una población de 892 adolescentes se aleatorizaron 444, el 80% era afroamericanos, el 55% varones y 17% consumían en la habitualmente alcohol en ese momento. La intervención fue una grabación de audio que se entregaba a los adolescentes en la que se les suministraba información y por otro lado a los profesionales se les aportaba los resultados de las encuestas realizadas a cada adolescente junto con la interpretación de la misma.

Los resultados analizados fueron el tiempo de conversación entre adolescente y médico y el tipo de preguntas o información manejada en la consulta.

Butz, Walker, Land, Vibbert y Winkelstein, 2007: estudio transversal, que evaluaba una intervención educativa que tenía como objetivo incrementar la comunicación entre los niños y el médico de atención primaria. La intervención fue llevada a cabo por educadores en salud y enfermeras y los niños participantes tenían edades comprendidas entre 6-12 años con asma persistente que requerían tratamiento o con 1 o más visitas a urgencias o ingresos hospitalarios en los 12 meses

previos al estudio. La intervención se realizaba en 4 visitas domiciliarias (duración media 30 min) y 2 visitas en el hospital (duración media 57 min). Las medidas de resultado eran el tiempo de la visita al doctor y el contenido de la conversación que mantenían con los niños. Estas medidas se valoraron mediante un listado o *checklist* que rellenaba la enfermera o educador que acompañaba al niño en la visita al médico. De un total de 89 niños, el 60% (n=57) acudió a la 1ª visita clínica y el 27% (n=24) a la segunda. La pérdida de participantes supone un sesgo importante a la hora de la interpretación de los resultados impidiendo su extrapolación.

Camut, Menetre, Maurer, Prevot y May, 2008: el artículo describe la realización de un librito en forma de viñetas con dibujos y texto adaptado a la población pediátrica donde se describían los diferentes departamentos y pruebas por las que el paciente iba a pasar explicándoles de manera sencilla la información más relevante sobre ellos. Así, describía la llegada al hospital, los análisis,... El librito ha sido realizado por el servicio de farmacia del hospital y en su elaboración ha participado un equipo multidisciplinar. Lo han valorado mediante una encuesta realizada a niños, padres y enfermeras. El artículo básicamente, describía principalmente el librito y ha recogido una valoración del mismo con base a la opinión de una población muy escasa de niños (5), padres (6) y enfermeras (4). También, han comentado que la información puede presentarse en formato póster para su exposición en los departamentos interesados.

Viguié, 2009: en el artículo se ha descrito un proyecto de creación de una televisión interna del Hospital de niños de Toulouse denominado *Télé Tam-Tam*. El proyecto nació de un equipo multidisciplinar de carácter educativo y de atención médica. La programación está diseñada por el equipo editorial e intenta informar y entretener a los niños hospitalizados, niños que son al mismo tiempo espectadores y actores de los programas emitidos en la televisión. La idea de este proyecto era poder hacer a los niños partícipes de la vida del hospital y darles la palabra.

Desai y Pandya, 2013: el artículo ha consistido en una revisión que aportaba principios teóricos sobre comunicación con niños en el ámbito sanitario, recomendaciones para una comunicación efectiva y describía algunas estrategias de comunicación.

Resultados de los estudios

La literatura identificada en las bases de datos referenciales incluía estudios realizados con niños y adolescentes con diferentes condiciones médicas como el cáncer, la obesidad, el asma, la diabetes...

Las distintas estrategias de comunicación descritas en los estudios de síntesis y primarios identificados, así como los resultados mostrados, se recogen en las Tablas 2 y 3 respectivamente.

En resumen, las estrategias identificadas han sido principalmente lingüísticas y de aproximación al niño, y estrategias basadas en las nuevas tecnologías de comunicación como los juegos multimedia, televisión, Internet...

La evidencia sobre la utilidad de las intervenciones es muy limitada aunque podrían mejorar la salud y el bienestar del niño de forma global, además de lograr una mayor satisfacción y mejores resultados clínicos.

Tabla 2. Intervenciones o estrategias de comunicación recogidas en estudios de síntesis, para informar a los niños a nivel clínico

Estudio	Población/ámbito	Intervención	Resultado/conclusiones
<p>Scott <i>et al.</i>, 2003</p> <p>Revisión sistemática Cochrane</p>	<p>5 estudios n=225</p> <p>Niños y adolescentes de 6-17 años con hermanos con cáncer</p> <p>Hospital</p>	<p>• Grupos estructurados: Consistentes en 5-7 sesiones centradas en aspectos concretos que afectaban a los niños con un hermano con cáncer dirigidas por psicólogos o trabajadores sociales. Las sesiones eran generalmente semanales y realizadas en instalaciones del hospital.</p> <p>• Programa de campamento: campamento de 5 días de duración para hermanos de niños ingresados en centros de pediatría oncológica de Nueva York. El campamento era principalmente de carácter recreativo con sesiones de información de 1 h de duración dirigidas por un oncólogo pediátrico y una enfermera especialista en oncología. Costaba de dos grupos establecidos por edad: 6 a 11 años y 12 a 17 años. Las sesiones eran precedidas de parodias llevadas a cabo por actores que representaban temas comunes en familias con niños con cáncer. También, se realizaban sesiones de apoyo psicosocial.</p>	<p>Los estudios con grupos estructurados mostraron que la intervención incrementaba el conocimiento de los niños en el tema. Los estudios que valoraron variables psicosociales encontraron que la intervención reducía de forma significativa los problemas psicológicos y sociales de los niños, mejoraba la actitud de los niños y reducía su ansiedad.</p> <p>El estudio del programa de campamento mostró que la intervención incrementaba el conocimiento de la enfermedad por parte de los niños y que reducía el miedo de los niños a sufrir la enfermedad de sus hermanos.</p> <p>Conclusión:</p> <p>La evidencia sugiere que estas dos intervenciones pueden suponer una mejora en la comprensión y el conocimiento de la enfermedad por parte de los niños.</p>

Tabla 2. Intervenciones o estrategias de comunicación recogidas en estudios de síntesis, para informar a los niños a nivel clínico

Estudio	Población/ámbito	Intervención	Resultado/conclusiones
<p>Ranmal <i>et al.</i>, 2008</p> <p>Revisión sistemática Cochrane</p>	<p>10 estudios n=438</p> <p>Pacientes de cáncer de 2 a 21 años</p> <p>Hospital</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Programas educacionales asistidos por ordenador: <ul style="list-style-type: none"> - instrucciones sobre recuentos sanguíneos - CD-ROM "Kidz with leukemia: a Space Adventure" vs el libro "You and Leukemia" • Programas de reintegración escolar <ul style="list-style-type: none"> - Terapia de grupo - Terapia artística - Juegos dirigidos y cuenta-cuentos - Intervenciones de afrontamiento del autocuidado - Programas interactivos de conducta cognitiva: videos, narración de historias por dibujos animados, personajes interactivos. 	<p>Programas educacionales asistidos por ordenador:</p> <p>Instrucciones asistidas por ordenador sobre recuentos sanguíneos mostraron que el 93,3% de los niños de 9-16 años contestaban de forma correcta a cuestiones sobre el tema inmediatamente después de las mismas, no se valoró si este conocimiento se mantenía a largo plazo.</p> <p>El CD-ROM mostró mejores resultados frente a un libro en cuanto a incrementar en niños de 4-11 años con leucemia la sensación de control sobre su salud. Los niños que usaron el CD-ROM estuvieron más satisfechos con la intervención asignada que los niños que usaron el libro. Aunque no hubo diferencias significativas entre las dos intervenciones en la comprensión de los eventos asociados a la leucemia.</p> <p>Programas de reintegración escolar:</p> <p>los estudios mostraron que los programas reducían la ansiedad, la depresión, los problemas de conducta cuando se valoraban estas variables antes y después de la intervención, pero no encontraban diferencias significativas cuando se comparaba los niños a los que se les daba el programa con niños de un grupo control tratados con el cuidado estándar.</p> <p>Terapia artística:</p> <p>esta terapia pareció mostrar una mejora en la conducta positiva (colaborativa) frente al dolor.</p> <p>Terapia de grupo, juegos dirigidos y cuenta-cuentos e intervenciones de afrontamiento del autocuidado:</p> <p>No demostraron efecto sobre las variables psicológicas o clínicas (la ansiedad, depresión, autoestima frente a un grupo control).</p> <p>Programas conductuales interactivos:</p> <p>un estudio mostró que reducía el distress (la frecuencia cardiaca) asociado a la radioterapia.</p> <p>Conclusión: La evidencia sobre la utilidad de las intervenciones es muy limitada y sugiere que algunos niños y adolescentes con cáncer podrían beneficiarse de algunas de estas intervenciones.</p>
<p>Raaff <i>et al.</i>, 2014</p> <p>Revisión sistemática</p>	<p>14 estudios</p> <p>Niños de 7 a 11 años</p> <p>Ámbito clínico</p>	<p>Tecnología multimedia interactiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consolas Nintendo® con juegos de simulación: "Packy and Marion", "Watch, Discover, Think and Act"... - CD-ROM: "Kidz with leukemia: a Space Adventure" ... - Basados en la Web: STARBR/-GHT World (intranet hospitalaria con juegos interactivos, proyectos artísticos y oportunidad de contactar online con niños hospitalizados en otros centros). 	<p>Los resultados eran prometedores, un estudio mostró que las intervenciones multimedia tenían la capacidad de mejorar la comunicación entre el niño y el profesional sanitario. Además, este tipo de tecnología podría ser de utilidad a la hora de educar a los niños en su salud y ayudar a mejorar la autoeficacia y la autoestima de los niños, lo que facilitaría la comunicación con el profesional.</p> <p>Conclusión: La evidencia sugiere que la tecnología multimedia tiene potencial para apoyar la comunicación entre el niño y el profesional sanitario y podría mejorar los resultados de salud. Se necesitan más estudios, especialmente con niños entre 7-11 años.</p>

Tabla 3. Intervenciones o estrategias de comunicación recogidas en estudios primarios, para informar a los niños a nivel clínico			
Estudio	Población/ámbito	Intervención	Resultado/conclusiones
Sarnat <i>et al.</i> , 2001 Estudio antes-después	n = 24 Niños y adolescentes de 3 a 14 años Consulta de odontología pediátrica	Modelos de comunicación: Permisiva Empática Personal Estrategias lingüísticas: Refuerzo Uso de directrices Persuasión Técnicas aversivas Afirmación Comunicación no-verbal Dentro de cada modelo los profesionales utilizaban diferentes estrategias lingüísticas.	El estudio recogía los modelos y estrategias utilizadas por los diferentes profesionales. El modelo de comunicación más utilizado por los dentistas fue el personalizado, aunque fue el modelo empático el que se correlacionó con una mayor cooperación y satisfacción del niño y una menor ansiedad. Conclusión: el estudio pone de manifiesto que la comunicación verbal es una herramienta importante para lograr la cooperación y satisfacción del niño, aunque los resultados no son generalizables debido al escaso número de pacientes.
Boekeloo <i>et al.</i> , 2003 ECA	n = 447 Niños y adolescentes 12 a 17 años Consulta Atención primaria	A todos los adolescentes se les suministró una grabación de audio con auriculares individuales. • Grupo control: grabación de 15 min con música • Grupo 1: grabación de 15 min con un programa que incluye música y conversaciones entre adolescentes y médicos. El programa de audio consta de tres partes: 1. Adolescentes expresan su preocupación por la confidencialidad y la importancia de contar sus conductas relacionadas con la ingesta de alcohol al médico. 2. Los adolescentes contestan preguntas de respuesta sí/no al médico para evaluar las conductas. 3. El programa valora el riesgo de salud asociado a las respuestas a las preguntas previas. • Grupo 2: misma intervención que el grupo 1 más la participación activa e información del médico en la consulta.	Los adolescentes del grupo 1, que recibieron el programa de audio, pasaron más tiempo con el médico en la consulta de primaria y establecieron conversaciones sobre otros temas no relacionados con el alcohol. Los adolescentes del grupo 2 en los que el médico recibió indicaciones y materiales sobre el tema, conversaron más sobre alcohol que el grupo control. Conclusión: fomentar e informar a los adolescentes en los problemas de salud así como suministrar indicaciones a los médicos, aumenta la comunicación entre adolescente y médico en el tema del alcohol.

Tabla 3. Intervenciones o estrategias de comunicación recogidas en estudios primarios, para informar a los niños a nivel clínico			
Estudio	Población/ámbito	Intervención	Resultado/conclusiones
Butz <i>et al.</i> , 2007 Estudio transversal con grupo control	n = 89 Niños y adolescentes de 6 a 12 años con asma Consulta en atención primaria	<ul style="list-style-type: none"> Educadores y enfermeras enseñaban habilidades de comunicación a niños en 4 visitas domiciliarias (30 min) y 2 visitas en centros médicos (57 min). Materiales educativos: un cuadernillo escrito para un nivel de tercer grado con dibujos en el que el niño tenía que recoger toda la información referente a su medicación, sus preferencias o sus quejas, sus actividades diarias, sus síntomas a lo largo del estudio. 	<p>En la primera visita el 83% de los niños hablaron con el médico de sus síntomas, el 79% habló de su medicación, 72% de lo que esperaba del tratamiento, y el 66% mostró su nivel de actividad diaria. Aunque sólo el 40% expresó sus quejas sobre el tratamiento. En la segunda visita las respuestas no variaron aunque sólo el 27% de los niños la realizó. Tanto los padres (87% y 79%) como los niños (80% y 96%) necesitaron indicaciones para comunicarse en ambas visitas (1ª y 2ª visita respectivamente).</p> <p>Conclusión: los niños y los padres pueden ser formados para poder comunicarse con su médico de manera efectiva aunque la mayoría de los padres y niños necesitaron indicaciones de la enfermera a la hora de establecer dicha comunicación.</p>
Camut <i>et al.</i> , 2008 Descriptivo	n = 5 niños y adolescentes con cáncer de 3, 5, 12, 16, 18 años. n = 6 padres n = 4 enfermeras y personal hospitalario	<ul style="list-style-type: none"> Libro explicativo titulado "<i>Ma cure de chimiothérapie en hôpital de jour</i>" <p>El libro explica todos los pasos y los diferentes procesos a los que se va a enfrentar el niño desde su llegada al hospital. Está diseñado con viñetas explicativas en las que los dibujos forman una parte importante y los mensajes son cortos y adaptados a ellos.</p>	<p>Las personas que han evaluado el libro han valorado positivamente tanto la presentación como la redacción del mismo, así como del orden de las secuencias mostradas. Si bien, tanto las enfermeras como los padres han aportado comentarios que en algunos casos no se han incorporado. En general el libro es considerado fácil de comprender. En el 82 % de los casos (9 de 11) el libro respondía a lo que se buscaba pero sólo en el 55 % (9 casos de cada 11) aportaba información desconocida hasta el momento.</p> <p>Conclusión: los autores concluyen que el estudio les ha permitido demostrar que existe una demanda real de información adaptada a los niños. Que la evaluación del libro está siendo positiva hasta el momento, aunque falta la validación por parte de los médicos.</p>

Tabla 3. Intervenciones o estrategias de comunicación recogidas en estudios primarios, para informar a los niños a nivel clínico

Estudio	Población/ámbito	Intervención	Resultado/conclusiones
Vigié, 2009 Descriptivo	Niños en su mayoría de 4 a 16 años ingresados en hospital.	<p>Televisión interna en un hospital. <i>Télé TAM-TAM</i>.</p> <p>La línea editorial de la televisión marcada por un grupo multidisciplinar tiene como tema central el niño hospitalizado siendo éste tanto un espectador como actor.</p> <p>La programación se emite de 9h a 21h en un bucle de una emisión de 1 h de duración que es retransmitido 12 veces al día, ya que los niños llegan al hospital de forma continua. La programación es renovada diariamente. Entre los programas que aportan información a los niños se encuentran: “<i>Tam te raconte</i>” y “<i>Expliquemol / hôpital</i>” donde le cuentan a los niños los diferentes espacios que forman el hospital así como las personas que trabajan en él.</p> <p>También hay programas sobre salud aunque suelen ser de temas generales de hábitos saludables evitando hablar de cualquier patología; parten de la idea de que en cada niño, su enfermedad supone una carga considerable.</p> <p>Hay programación cultural y de entretenimiento en la que participan los niños del hospital.</p>	<p>La cadena de televisión se lanzó en 2004 y sigue funcionando en la actualidad y se encuentra en continua renovación.</p> <p>El proyecto es evaluado mediante encuestas y cada 3 años realizan una síntesis cuantitativa y cualitativa de la experiencia.</p> <p>En 2011 tras 7 años de funcionamiento <i>télé Tam-Tam</i> había realizado 209 reportajes, 67 retransmisiones en directo, más de 500 niños y más de 50 figurantes y voluntarios han participado en la realización de los programas. (<i>Communique de presse du CHU de Toulouse, 12 septembre 2011</i>).</p>
Desai & Pandya, 2013 Revisión y descriptivo	Niños y adolescentes Atención Primaria y hospitalaria	<p>El estudio presentaba estrategias concretas como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la incorporación al equipo médico de personal especializado como por ejemplo: el “<i>Child Life Specialist</i>” en Estados Unidos y Canadá y los “<i>Health Play Specialists</i>” en Europa cuya función principal es ayudar y promover el bienestar del niño en el ámbito hospitalario tanto a nivel emocional, social como de desarrollo integral. - la educación a los padres y aportar información a los padres para que puedan explicar a los niños la visita médica o la hospitalización, con el fin de preparar a los niños para la experiencia y, hacerla más cómoda y menos estresante. <p>Además se han recogido diferentes recomendaciones a los profesionales en cuanto a lenguaje verbal y no verbal y a consideraciones de tipo ambiental que faciliten la comunicación.</p>	<p>Los autores han concluido que la comunicación con niños puede requerir un esfuerzo extra por parte de los profesionales que puede verse beneficiado por la presencia de especialistas en vida infantil.</p> <p>Asimismo, la colaboración entre profesionales y la modificación de las prácticas clínicas con recursos, formación pueden favorecer la comunicación efectiva.</p> <p>Una comunicación efectiva con padres y niños en centros pediátricos podría mejorar la salud y el bienestar del niño de forma global, además de lograr una mayor satisfacción y resultados clínicos.</p>

Resultados de experiencias identificadas en páginas web específicas

Se han identificado varias organizaciones implicadas en la comunicación con niños en ambientes sanitarios, entre las páginas web localizadas se encuentran las correspondientes a:

- *National Association of Health Play Specialists* (NAHPS) (<http://nahps.org.uk/>)
- *Child Life Council* (CLC) (<http://www.childlife.org/>)
- *International Network of Health Promoting Hospitals & Health Services* (HPH) (<http://www.hphnet.org/>)
- *Picker Institute Europe* (<http://www.pickereurope.org/>)
- *Patient Provider Communication Organization* (www.patientprovidercommunication.org)
- *Association Sparadrap* (<http://www.sparadrap.org>)

La **NAHPS** es una organización benéfica europea cuyo objetivo principal es el de impulsar o promover el bienestar físico y emocional de los pacientes pediátricos (niños y jóvenes) hospitalizados. Esta organización se encarga de la formación de profesionales que garanticen que las intervenciones lúdico-terapéuticas son adecuadas dentro de los planes de cuidado diario de los niños.

Además de la formación, la organización publica una revista profesional bi-anual y una serie de folletos informativos específicos y difunde información de expertos sobre las áreas clave de la práctica profesional. Estas publicaciones están disponibles en su página web además de las experiencias (*Mission Statement*) llevadas a cabo de manera anual; las correspondientes al año 2013 están disponibles en el siguiente enlace (*Mission Statement 2013*. (<http://nahps.org.uk/uploads/pdf/Response%20to%20Literature.pdf>).

Child Life Council también es una organización sin ánimo de lucro americana formada por especialistas en lo que denominan vida infantil. Se trata de personal experto en el desarrollo infantil y conocedores del mundo de los niños, que los ayudan para su preparación ante tratamientos o procedimientos médicos utilizando un lenguaje adaptado a su edad y les enseñan estrategias de afrontamiento para reducir su ansiedad y mejorar la cooperación con el equipo de atención médica. Entre sus miembros se encuentran especialistas en vida infantil, asistentes en vida infantil, educadores y estudiantes universitarios, gerentes de hospitales y de personal, maestros, especialistas en recreación terapéutica, y personal perteneciente a otros campos relacionados. La organización CLC ofrece a sus miembros programas y recursos de desarrollo profesional, facilita el intercambio de conocimientos y de mejores prácticas entre profesionales, y distribuye la información sobre las necesidades de los niños que experimentan estrés y acontecimiento vital estresante.

International Network of Health Promoting Hospitals & Health Services es una red formada por más de 900 hospitales y servicios de salud pertenecientes a 40 países que intercambian información y experiencias sobre la promoción de la salud en sus centros con el fin de mejorar la calidad de la salud de los pacientes al mismo tiempo que aumentar la satisfacción de los mismos y de los profesionales implicados. Para ello trabajan en la incorporación de conceptos, valores, estrategias y estándares/indicadores de promoción de la salud dentro de la estructura organizativa y de la cultura en los hospitales y servicios de salud. Dentro de esta red se creó El Grupo de Trabajo HPH-CA (*Health Promotion for Children and Adolescents in & by Hospitals*) centrado específicamente en desarrollar e implementar un conjunto de buenas prácticas en materia de promoción de la salud para los niños y adolescentes en los hospitales y servicios de salud, con el objetivo de presentar y compartir experiencias en este campo de trabajo, dentro y fuera de la Red.

Picker Institute Europe es una organización sin ánimo de lucro cuya finalidad es recoger la opinión de los pacientes para que sea tenida en cuenta en la asistencia sanitaria. Para ello, trabaja con los pacientes, los profesionales sanitarios y los responsables políticos para procurar una mejora continua en los estándares de calidad de la atención sanitaria. Esta organización fue pionera en la metodología para generar evidencia sobre las opiniones y experiencias de los pacientes que pudieran ayudar a una asistencia sanitaria centrada en el paciente.

Patient Provider Communication Organization esta organización ha publicado un libro titulado *“Effective Communication in Children’s Hospitals: A Handbook of Resources for Parents, Patients, and Practitioners”* en el que se recogen estrategias y recursos útiles para una comunicación efectiva en hospitales infantiles. El manual está disponible en http://www.patientprovidercommunication.org/article_25.htm.

La Asociación Sparadrap, es una organización francesa cuyo objetivo es guiar a los niños en el mundo de la salud. En su página web presenta información relacionada con el mundo infantil y la salud adaptada a los diferentes interlocutores: niños, padres y profesionales. Dispone de un catálogo con diferentes publicaciones y recursos de interés. Entre estos recursos se encuentra un DVD sobre pedagogía para la comunicación con los niños y su familia en el hospital (Galland, 2009).

También se han localizado páginas web como <http://www.k-noe.fr> especializadas en publicaciones y material audiovisual adaptados a niños y jóvenes con información específica sobre diferentes enfermedades. Así, disponen de colecciones de libros y cómics destinados a adolescentes con enfermedades crónicas y a su entorno.

Discusión

El nuevo modelo de atención sanitaria centrado en el paciente ha puesto de manifiesto la necesidad de que éste reciba y comprenda toda aquella información correspondiente a su problema de salud así como a los cuidados sanitarios que requiere. Este modelo incorpora por lo tanto, el derecho de autonomía del paciente y facilita la incorporación del mismo en el proceso de toma de decisiones relacionadas con su salud (Ruiz-Azrola & Perestelo-Pérez, 2012). Un paso importante en este proceso es la comprensión por parte del paciente de su condición médica y de las distintas opciones terapéuticas disponibles. Para facilitar esta comprensión es muy importante cómo debe realizarse la comunicación entre el profesional sanitario y el paciente, principalmente en aquellos casos donde el paciente es de edad pediátrica ya que hay que tener en consideración sus capacidades o limitaciones a la hora de comprender ciertos conceptos.

Cuando la enfermedad afecta a la vida cotidiana de los niños, tanto si son ellos los que padecen la enfermedad como si es un familiar el afectado, la comunicación y por lo tanto, la comprensión de la información que reciban de los profesionales sanitarios, va a contribuir en gran manera a estos niños a entender, manejar y afrontar su condición médica y ayudarles en su vida cotidiana. Una buena comunicación podría ayudar a la adherencia terapéutica y a incrementar la satisfacción del niño.

Existe una gran cantidad de literatura referente al tema de la comunicación con niños aunque, en su mayoría, se trata de estudios teóricos o cualitativos que recogen las necesidades y expectativas de los niños en cuanto a información sobre su salud. Estos estudios permiten sentar las bases y aportan el conocimiento previo necesario para poder diseñar estrategias de comunicación efectiva dentro de los hospitales. Lambert, Glacken & McCarron (2013) analizaron el proceso de intercambio de información entre niños de 6-16 años, con diferentes condiciones médicas, y profesionales de la salud; los niños tenían una estancia en el hospital de menos de 7 días. El estudio ponía de manifiesto las necesidades de información de los niños agrupadas principalmente en tres áreas: tipo y cantidad de información, flujo de información y comprensión de la información. Con respecto al primer tema, las necesidades mostradas por los niños iban desde la información general sobre lo que iba a pasar en el quirófano hasta información más individualizada como el tiempo que llevaría la intervención, si podía comer o beber tras la intervención... En cuanto al flujo de información, la presencia de los padres es un factor importante ya que su presencia puede impedir que la información vaya de forma directa del profesional sanitario al niño. Los niños esperaban recibir la información directamente del médico y no de estudiantes, residentes, enfermeras... ya que los consideran más preparados y con más conocimientos, lo que les otorga más credibilidad. Por último otra de las áreas, la comprensión de la información, los niños necesitan que los profesionales utilicen un lenguaje entendible por ellos con ejemplos cercanos y de su vida diaria.

Tradicionalmente, la comunicación con los niños ha venido marcada por estrategias de comunicación verbal que son las utilizadas de forma habitual con pacientes adultos. Muchas de estas estrategias se han venido utilizando en consultas odontológicas para aportar información sensorial, temporal o del procedimiento que se va a realizar. En este campo se han realizado estudios valorando estas estrategias mediante variables clínicas como ansiedad, dolor... (Sarnat *et al.*, 2001; Coldwell *et al.*, 2002).

Las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación (TICs) están modificando la manera de comunicar en todos los ámbitos y por consiguiente también en el ámbito sanitario.

Estas tecnologías presentan un gran potencial y permiten abrir una puerta para una comunicación más efectiva con niños y adolescentes, ya que forman parte fundamental de su vida diaria. No hay que obviar que estas generaciones viven inmersas en el mundo de las TICs (ordenadores, tabletas, teléfonos móviles, televisión...) y las manejan de forma habitual .

La revisión sistemática elaborada por Raaf *et al.* (2014) ponía de manifiesto que los profesionales deben convencerse de los beneficios que pueden suponer el uso de las nuevas tecnologías, en este caso multimedia, para poder integrarlas dentro de la rutina de los cuidados a los pacientes.

Las TICs no solo se están utilizando en el campo de la comunicación sino que también se están incorporando en el campo de la psicología clínica como nuevos medios de recuperación o tratamiento (Quero *et al.*, 2012; Herrera *et al.*, 2012).

En Andalucía, el 20 de diciembre de 2000 tuvo lugar la inauguración oficial del programa “Un mundo de estrellas” con los 32 hospitales con unidades de hospitalización pediátrica del Sistema Sanitario Público de Andalucía interconectados (<http://www.mundodeestrellas.es>). Este programa tiene como objetivo general mejorar la calidad de vida de los niños, niñas y adolescentes hospitalizados y favorecer su desarrollo integral durante el proceso de hospitalización mediante una plataforma interactiva, informativa y formativa donde los niños y adolescentes pueden acceder a información para afrontar una situación de enfermedad. Se trata pues de una herramienta lúdico-pedagógica de las aulas hospitalarias de la sanidad pública andaluza, consistente en una doble página web: una Intranet, a la que sólo se puede acceder desde los hospitales, y que utiliza equipos multimedia conectados a una red propia, dirigida a la población infantil y juvenil hospitalizada en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. También incluye una web externa abierta en Internet, donde se ofrecen contenidos y recursos orientados a facilitar el conocimiento sobre el hospital, educación para la salud y fomento de hábitos de vida saludables, etc.

Actualmente, el derecho de los niños y adolescentes a la información y participación reconocido por la ONU, es un tema de gran interés y trascendencia dentro del ámbito sanitario, que supone una implicación activa de los profesionales de la salud. Tanto en Estados Unidos (*Child Life Council*) como en Europa (*National Association of Health Play Specialists*) han ido surgiendo organizaciones centradas en la comunicación efectiva entre población infantil y sanitarios. En concreto, estas organizaciones han planteado la necesidad de incorporar en los centros hospitalarios especialistas en el mundo infantil que faciliten la comunicación entre los profesionales y los niños.

Por otra parte, el derecho de los niños a participar en las decisiones sobre su salud ha promovido la aparición de grupos de trabajo cuyo objetivo es valorar la implementación de dicho derecho en los hospitales. Así, en el año 2004 se formó dentro de la “*Health Promoting Hospitals network*”, el Grupo de Trabajo para la Promoción de la Salud de la Infancia y Adolescencia en y por los Hospitales y Servicios Sanitarios (Grupo de Trabajo HPH-CA) que ha desarrollado una serie de herramientas para la valoración de la implementación del derecho de información de los niños en los hospitales, recogidas en el documento SEMT (*Self-evaluation Model and Tool on the Respect of Children's Rights in Hospitals and Health Services*). Estas herramientas se encuentran disponibles en castellano y han sido editadas por la Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de Salud de la Consejería de Sanidad. Gobierno de Canarias. Una vez publicadas las herramientas se programó un estudio piloto para la evaluación del documento SEMT, en cuya ejecución participaron un total de 17 hospitales entre los que había tres hospitales españoles. A nivel nacional en 2012 se realizó un estudio en hospitales de Canarias que participaban en este proyecto en el que se valoró la implementación del derecho de la información y participación de los niños. La valoración se realizó mediante una escala de gradación según el sistema *Gallup*, esta escala consta de los siguientes niveles:

- 1 conseguido de forma significativa
- 2 en progreso significativo
- 3 ligeramente tomado en consideración
- 4 no tomado en consideración

El estudio mostró que los tres hospitales participantes se encontraban en, cuanto al derecho de información, en el nivel de *progreso significativo* mientras que por el contrario en cuanto a la participación infantil estaban en el nivel de *ligeramente tomado en consideración* (Suárez-López de Vergara y Armas-Navarro, 2012).

Esto pone de manifiesto el recorrido llevado a cabo hasta el momento en este campo, quedando muy lejos aún la participación activa de los niños en los procesos de toma de decisión. Conclusión que coincide con la obtenida en el informe elaborado por el *National Children's Bureau* en 2012 donde se ha identificado falta de evidencia sobre experiencias de los niños y jóvenes en los servicios de salud, así como se pone de manifiesto el deseo de los menores de desempeñar un papel más activo en la configuración del *National Health Service* (NHS) (La Valle & Payne, 2012).

Limitaciones del estudio

La principal limitación del estudio viene determinada por las bases de referencias consultadas. Solamente se ha podido acceder a Medline, Embase y WOS, bases de referencias que recogen estudios donde se valoran principalmente intervenciones sanitarias orientadas a medidas de salud.

La búsqueda realizada implica un sesgo de detección de publicaciones al no poderse acceder a bases de referencias específicas y/o relacionadas con el tema de interés como: Cinhal y PsycINFO.

Este estudio no pretende valorar la eficacia de las diferentes estrategias de comunicación sino que solamente ha recogido las estrategias descritas en la literatura, lo que no permite realizar ninguna recomendación sobre la utilidad de dichas estrategias.

Conclusiones

La evidencia sobre la utilidad de las intervenciones de comunicación con pacientes pediátricos en el ámbito de atención primaria y hospitalaria es muy limitada, aunque podrían mejorar la salud y el bienestar del niño de forma global, además de lograr una mayor satisfacción y mejores resultados clínicos.

Referencias

- Boekeloo, B.O., Bobbin, M.P., Lee, W.I., Worrell, K.D., Hamburger, E.K. & Russek-Cohen, E. (2003). Effect of patient priming and primary care provider prompting on adolescent-provider communication about alcohol. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 157, 433-439.
- Butz, A.M., Walker, J., Land, C.L., Vibbert, C. & Winkelstein, M. (2007). Improving asthma communication in high-risk children. *The Journal of asthma*, 44, 739-745.
- Camut, A., Menetre, S., Maurer, J.N., Prevot, M. & May, I. (2008). Information des patients en oncologie pédiatrique: création et évaluation d'un livret explicatif «Ma cure de chimiothérapie en hôpital de jour». *Journal de Pharmacie Clinique*, 27, 245-253.
- Carballedo, M. P. & Manrique, M. C. (2011). *Promoción de la salud*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España S.L.
- Coldwell, S.E., Kaakkao, T., Gärtner-Makihara, A.B., Willians, T., Milgrom, P., Weinstein, P. & Ramsay, D.S. (2002). Temporal information reduces children's pain reports during a multiple-trial cold pressor procedure. *Behavior Therapy*, 33, 45-63.
- Curtis-Tyler, K. (2010). Levers and barriers to patient-centred care with children: finding from a synthesis of studies of the experiences of children living with type 1 diabetes or asthma. *Child: care, health and development*, 37, 540-550.
- Desai, P.P. & Pandya, S.V. (2013). Communicating with children in healthcare settings. *Indian journal of pediatrics*, 80, 1028-1033.
- Galland, F. (2009). Se former pour mieux communiquer avec l'enfant et sa famille à l'hôpital. *Soins Pédiatrie-Puériculture*, 249, 33-35.
- Herrera, G., Casas, X., Sevilla, J., Rosa, L., Pardo, C, Plaza, J., ...Le Groux, S. (2012). Pictogram Room: Aplicación de tecnologías de interacción natural para el desarrollo del niño con autismo. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 8, 41-46.
- Hout-Marchand, M. (2009). Les relations parents-enfant-professionnels à l'hôpital. *Soins Pédiatrie-Puériculture*, 249, 16-21.
- Lambert, V., Glacken, M. & McCarron, M. (2013). Meeting the information needs of children in hospital. *Journal of Child Health Care* 17, 338-353.
- La Valle, I. & Payne, L. (2012). *Listening to children's views on health Provision A rapid review of the evidence*. London: National Children's Bureau.
- Levetown, M. (2008). Communicating with children and families: from everyday interactions to skill in conveying distressing information. *Pediatrics*, 121, e1441.
- Moore, P.M., Rivera Mercado, S., Grez Artigues, M. & Lawrie, T.A. (2013). Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. Art. No.: CD003751.
- Organización Panamericana de la Salud (2005). *Estrategias de comunicación para la salud integral en la infancia: guía metodológica para su desarrollo*. Washington, D.C: OPS.

Quero, S., Botella, C. Guillén, V., Moles, M., Nebot, S., García-palacios, A., ... Baños, R.M. (2012). La realidad virtual para el tratamiento de los trastornos. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 8, 7-21.

Raaf, C., Glazebrook, C. & Wharrad, H. (2014). A systematic review of interactive multimedia interventions to promote children's communication with professionals: implications for communicating with overweight children. *BMC medical informatics and decision making*, 14, 8.

Ranmal, R., Pictor, M. & Scott, J.T. (2008). Interventions for improving communication with children and adolescents about their cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews* Issue 4. Art. No.: CD002969.

Ruiz-Azarola, A., & Perestelo-Pérez, L. (2012). Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartida. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26: 158-161.

Sánchez Sánchez, F., Sánchez Marín, F. J., & López Benavente, Y. (2008). Un estudio cualitativo para conocer las características que definen y mejoran la formación en comunicación asistencial e interprofesional. *Revista de calidad asistencial*, 23: 253-258.

Sarnat, H., Arad, P, Hanauer, D. & Shohami, E. (2001). Communication strategies used during dental treatment: a pilot study. *Pediatric dentistry*, 23; 337-342.

Scott, J.T., Entwistle, V.A., Sowden, A.J. & Watt, I. (2001). Communicating with children and adolescents about their cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. CD002969.

Scott, J.T., Harmsen, M., Pictor, M.J., Sowden, A.J. & Watt, I. (2003). Interventions for improving communication with children and adolescents about their cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3.

Scott, J.T., Pictor, M.J., Harmsen, M., Broom, A., Entwistle, V.A., Sowden, A.J. & Watt, I. (2003). Interventions for improving communication with children and adolescents about a family member's cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4.

Suárez-López de Vergara, R.G. & Armas-Navarro, A. (2012). Hospitales promotores de salud para la infancia y la adolescencia. Derechos del niño hospitalizado. Estudio en hospitales de Canarias. *Canarias Pediátrica*, 36, 17-23.

Tates, K., Elbers, E., & Bensing, J. (2002). Doctor-parent-child relationships: a "pas de trois". *Patient Education and Counseling*, 48, 5-14.

Tates, K. & Meeuwesen, L. (2001). Doctor-patient-child communication: a (re)view of the literature. *Social Science and Medicine*, 52, 839-851.

Ullán, A. M., & Manzanera, P. (2009): Las paredes cuentan: Arte para humanizar un espacio de salud pediátrico. *Arte, individuo y sociedad*, 21: 125-146.

Ullan AM, Serrano I, Badía M. & Delgado J. (2010) Hospitales amigables para adolescentes: preferencias de los pacientes. *Enfermería Clínica.*; 20:341-348.

Van Staa, A. & On Your Own Feet Research Group (2011). Unraveling triadic communication in hospital consultations with adolescents with chronic conditions: the added value of mixed methods research. *Patient Education and Counseling*, 82, 455-464.

Viguié, O. (2009). Télé Tam-Tam, un moyen de communication vidéo à l'usage des enfants hospitalisés. *Soins Pédiatrie-Puériculture*, 249, 26-27.

Anexos

Anexo 1. Estrategias de búsquedas

Ovid-PreMedline (hasta 24 junio 2014)

1. ((child* or p?ediatric*) and (informa* or communicat*)).m_titl.
2. (intervent\$ or program\$ or strateg\$).ab.
3. 1 and 2 (79)

Ovid MEDLINE(R) without Revisions <1996 to June Week 2 2014>

1. *Communication/
2. hospital units/ or exp hospitals/ or exp health services/
3. professional-patient relations/ or nurse-patient relations/ or physician-patient relations/
4. Patient Education as Topic/
5. ((informat\$ or communica\$) and (child\$ or p?ediatr\$)).m_titl.
6. 4 and 5
7. 1 and 2
8. 3 and 7
9. 6 and 7
10. 8 or 9
11. limit 10 to "all child (0 to 18 years)"

Embase (hasta 30 de junio 2014)

1. 'interpersonal communication'/exp/mj
2. 'hospital'/exp OR 'health service'/exp OR 'health care facility'/exp
3. 'doctor patient relation'/exp OR 'nurse patient relationship'/exp
4. 'patient attitude'/exp
5. 'patient education'/exp
6. 1 OR 2 OR 4 OR 5
7. informat*:ti OR communica*:ti AND (child*:ti OR pediatr*:ti OR paediatr*:ti)
8. 6 AND 7

9. 8 AND ('article'/it OR 'article in press'/it) AND ([adolescent]/lim OR [child]/lim OR [pre-school]/lim OR [school]/lim OR [young adult]/lim)
10. 8 NOT ('autism'/de OR 'cerebral palsy'/de OR 'communication disorder'/de OR 'disability'/de OR 'down syndrome'/de OR 'hearing impairment'/de OR 'language disability'/de OR 'mental deficiency'/de OR 'speech disorder'/de)
11. 9 AND 10
12. 11 AND [medline]/lim
13. 11 NOT 12

Web of Science (WOS)

Título: (((informat* or communica*) and (child* or pediatr* or paediatr*))) NOT **Título:** (autism*).

Refinado por: idiomas: (English or Spanish OR French) AND **tipos de documento:** (Article OR Review OR Case Report) AND **bases de datos:** (Scielo OR WOS) AND **dominios de investigación** (Science Technology OR Social Sciences) AND **años de publicación:** (2014).

AGENCIA DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS
SANITARIAS DE ANDALUCÍA (AETSA)

Avda. de la Innovación s/n. Edificio ARENA 1.
41020 Sevilla, España (Spain)
Tlf. +34 955 006 309 / Fax +34 955 006 327

www.juntadeandalucia.es/salud/AETSA

