

Trabajo Fin de Grado

**Implementación de un Cuaderno de comunicación  
aumentativa/alternativa basado en las 14 necesidades de  
Virginia Henderson para pacientes intubados conscientes**

Almudena Candelaria López Pérez

Tutora: María Mercedes Arias Hernández

Titulación: Grado en Enfermería

Facultad de Ciencias de la Salud: Sección Enfermería

Universidad de La Laguna

Tenerife

Junio 2019

## RESUMEN

Para una persona que se encuentra en una unidad de cuidados críticos, conectada a un respirador del que depende su vida, y que a pesar de ello, se encuentra consciente, la imposibilidad para expresar sentimientos y peticiones, se convertirá en una dificultad añadida para su recuperación y su salud mental.

Los pacientes que sufren esta realidad tienen una doble preocupación. Por un lado, su enfermedad y por otro, la imposibilidad de comunicarse. Esto hace que sea un proceso complicado a la par que angustiante, al radicar su mayor motivo de angustia en no poder expresar sus emociones, peticiones, sentimientos, dudas o preocupaciones.

Para evitar esta situación, en este proyecto se propone una herramienta que facilite la comunicación entre el equipo de enfermería y los pacientes conectados a ventilación mecánica. El principal propósito es conocer el grado de funcionalidad del cuaderno de comunicación propuesto, a través de la experiencia de los profesionales de Enfermería de la Unidad de Cuidados Críticos del Hospital Universitario de Canarias.

Se utilizará una metodología mixta, con un enfoque cuantitativo que permita evaluar la puesta en marcha del cuaderno de comunicación y otro enfoque cualitativo para conocer la opinión de las enfermeras de estas unidades respecto a la experiencia con la herramienta. Como instrumentos de medida se usará un cuestionario de elaboración propia y una entrevista semi-estructurada.

**Palabras clave:** Cuaderno de comunicación, necesidad de comunicación, comunicación aumentativa alternativa, cuidados críticos, enfermería.

## **ABSTRACT**

For a person who is in a critical care unit, connected to a ventilator and is conscious, not being able to express their feelings and requests, will be a great obstacle to their recovery and his mental health.

Patients suffering from this situation have two concerns: the illness and the inability to communicate. This makes it a complicated process. The biggest cause of anxiety is based on not being able to express their emotions, requests, feelings, doubts or concerns.

To avoid this situation, this project proposes a tool that can help communication between nurse and patients connected to mechanical ventilation. The main purpose is to determine the degree of functionality of the notebook through the experience of nurses in the Intensive Care Unit of the Hospital Universitario de Canarias.

A mixed methodology will be used, with a quantitative approach that allows to evaluate the communication notebook and another qualitative approach to know the opinion of the nurses of these units regarding the experience with the tool. A self-made questionnaire and a semi-structured interview will be used as measuring instruments.

**Key words:** Communication notebook, basic need, augmentative alternative communication, intensive care, nursing.

## ÍNDICE

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1. Antecedentes y Estado Actual del Tema</b>   | <b>1</b>  |
| 1.1 La Enfermería y la comunicación con el paciente crítico                                       | 2         |
| 1.2 La comunicación terapéutica y la comunicación aumentativa/alternativa                         | 11        |
| <br>  |           |
| <b>2. Proyecto de investigación</b>   | <b>17</b> |
| 2.1 Justificación   | 17        |
| 2.2 Objetivos   | 18        |
| 2.3 Diseño  | 18        |
| 2.4 Población   | 18        |
| 2.5 Muestra   | 19        |
| 2.6 Variables e instrumentos de medida  | 20        |
| 2.7 Herramientas de recogida de datos   | 20        |
| 2.8 Método de recogida de datos   | 21        |
| 2.9 Análisis de datos   | 22        |
| 2.10 Plan de trabajo  | 23        |
| 2.11 Consideraciones éticas   | 23        |
| 2.12 Recursos y presupuesto   | 24        |
| <br>  |           |
| <b>3. Bibliografía</b>  | <b>25</b> |
| <br>  |           |
| <b>4. Anexos</b>  | <b>31</b> |
| 4.1 Anexo I: Cuestionario   | 31        |
| 4.2 Anexo II: Cuaderno de comunicación  | 33        |
| 4.3 Anexo III: Entrevista semi-estructurada   | 43        |
| 4.4 Anexo IV: Carta de presentación a la supervisión de la Unidad de Cuidados Intensivos del CHUC | 44        |
| 4.5 Anexo V: Consentimiento informado   | 45        |
| 4.6 Anexo VI: Cronograma de trabajo   | 46        |
| 4.7 Anexo VII: Carta de autorización  | 47        |
| 4.8 Anexo VIII: Compromiso del investigador   | 48        |
| 4.9 Anexo IX: Presupuesto   | 49        |

## 1. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

El ser humano ha de ser comprendido de una forma holística, abarcando no solo los aspectos de salud que atañen a lo físico, sino también a la parte psicológica. En una profesión como la Enfermería resulta imprescindible tener esta visión de los pacientes, lo cual no deja de ser un reto sobre todo a la hora de planificar unos cuidados en una persona que por un motivo o por otro, no puede comunicarse y que, además, puede sufrir una alteración de la conciencia. Al tener cada individuo su propia jerarquía de necesidades, interpretar de manera objetiva lo que cada persona pretende expresar cuando su capacidad para comunicarse está limitada, se convierte en una tarea compleja<sup>1</sup>.

Travelbee (1971) define Enfermería como un proceso interpersonal donde la enfermera previene y trata la enfermedad siempre enfocada a evitar el sufrimiento y ayudar al enfermo a encontrar un sentido a esta situación<sup>2</sup>. Partiendo de esta base, este proceso se conforma de diferentes acciones para con los pacientes, que va desde el contacto verbal hasta la interpretación de gestos, con el fin de que se produzca un intercambio de información aun cuando no es posible la comunicación hablada<sup>3</sup>.

Comunicación y Enfermería van de la mano. La comunicación es el medio a través del cual se desarrolla el ejercicio de la Enfermería<sup>4</sup>. Asistir a un individuo o a su familia, en la salud y en la enfermedad, en la prevención o el tratamiento de esta, es una parte fundamental del papel como enfermera y en ella es totalmente necesaria una comunicación efectiva entre ambas partes<sup>4</sup>.

Es importante tener en cuenta que la comunicación no siempre está basada en palabras. Los símbolos, los gestos, la postura, las expresiones faciales o el comportamiento, entre otros muchos, pueden contener un significado que permita también transmitir ideas y sentimientos, como mismo sucede en el lenguaje hablado<sup>4</sup>.

Para la Enfermería, una comunicación adecuada es la que tiene como objetivo disminuir los problemas del paciente así como aquellos que surgen durante el periodo de hospitalización<sup>5</sup>. La base de la relación enfermera-paciente consiste en que se generen cambios en ambos individuos, de forma que uno influye sobre el otro y viceversa<sup>3</sup>. Ronski y Sevcik (1996) definen la comunicación efectiva como una interacción recíproca, en la que existe un hablante y un interlocutor, entre los que se produce una conversación<sup>6</sup>.

En todo este proceso, respecto a la dinámica de enviar y recibir mensajes, es importante hacer hincapié en la manera de hablar, la actitud y el comportamiento del

paciente<sup>5</sup>. Todo esto hace diferenciar entre una atención humanizada y la que no lo es ya que, la enfermera se encuentra en una posición relevante y determinante con respecto a la tecnología y el trato del paciente<sup>7</sup>.

El hecho de que el personal en las unidades de cuidados críticos permanezca las veinticuatro horas junto a los pacientes, hace que una de las bases para que se pueda dar un completo desempeño del rol profesional sean las relaciones interpersonales<sup>8</sup>. Es este uno de los principales motivos por los que resulta tan importante la comunicación dentro de la profesión, marcando un antes y un después en la evolución de los pacientes.

Entendiendo al paciente como un ser bio-psico-social es necesario entender la necesidad de "sentirse acogido, escuchado y sobre todo comprendido"<sup>9</sup>.

Es evidente que actualmente, las condiciones estructurales y organizativas del sistema sanitario no favorecen el trato personal y una interacción satisfactoria como resultado<sup>9</sup>. La falta de tiempo y la carga de trabajo impiden en muchos casos pararse en aspectos que vayan más allá de lo físico y esto es un obstáculo más en la consecución de una relación interpersonal enfermera-paciente.

En la medida en la que el equipo sanitario sea capaz de interactuar óptimamente con el paciente, mejorará la calidad profesional con la que obtendrá el máximo rendimiento sus competencias técnicas<sup>9</sup>.

### **1.1 La Enfermería y la comunicación con el paciente crítico**

En una unidad de críticos, la enfermera proporciona cuidados basados en el avance científico, la ética y la evidencia, que van enfocados a paliar los problemas de pacientes que presentan un desequilibrio severo de uno o más sistemas fisiológicos principales, pudiendo comprometer su vida<sup>7</sup>.

Desde la primera mitad del siglo XX hasta el día de hoy, se puede apreciar como poco a poco la Enfermería ha ido haciéndose más técnica. Y es evidente que los medios tecnológicos en las unidades de críticos también han ido evolucionando, lo cual se ve reflejado en las cifras que indican una mayor tasa de supervivencia en estos pacientes<sup>10</sup>. Pero no todo es positivo, puesto que al estar en un ambiente donde prima la tecnología, el paciente puede quedar relegado a un segundo plano, de tal forma que la atención parece centrarse más en la enfermedad que en el individuo<sup>11</sup>.

Así como la tecnología ha avanzado, los cuidados del paciente crítico han hecho lo mismo. Actualmente se caracterizan por requerir formación y conocimientos especializados, destacando la autonomía profesional, donde la responsabilidad y la toma de decisiones son el eje central de la actividad enfermera para alcanzar unos servicios de calidad<sup>7</sup>.

El hecho de que la tecnología y la eficacia predominen sobre las relaciones personales y la calidad humana, obliga a los profesionales de la salud, especialmente a las enfermeras, a enfocar los cuidados de manera integral, para así disminuir la repercusión psicológica que la estancia en una unidad de cuidados críticos puede provocar<sup>12</sup>.

La tecnología debe considerarse como una herramienta que ayuda a los profesionales a ejercer su labor, pero nunca debe ser un fin en sí misma que opaque la relación enfermera-paciente<sup>12</sup>. Y aunque cada día es más importante, llegando algunos autores a considerarla imprescindible, no debe olvidarse que no puede sustituir el contacto de la enfermera con el usuario<sup>11, 13</sup>.

Miedo, preocupación, tristeza o aburrimiento son sentimientos que ha detectado Bengoechea (2001) en los pacientes durante el paso por la unidad de cuidados críticos<sup>14</sup>. Pero al mismo tiempo, las propias enfermeras reconocen que hay ciertos momentos como los ingresos, en los que se atiende mediante la tecnología abandonando de forma temporal las necesidades del paciente<sup>14</sup>.

Aunque son unidades donde se trabaja eficaz y diligentemente, una de las quejas más escuchadas por parte de los pacientes críticos y sus familias, es la falta de comunicación con los profesionales, la cual identifican al mismo tiempo como uno de los factores principales de la calidad asistencial<sup>15</sup>.

En este tipo de unidades, el paciente se encuentra con una situación en la que tiene que abandonar temporalmente los roles que venía llevando a cabo y volverse completamente dependiente, tanto del personal sanitario como de las máquinas que sustentan su vida<sup>16</sup>. Alarcón y Serrato (2014) afirman que los pacientes que se encuentran hospitalizados en una unidad de críticos pueden llegar a experimentar durante su estancia en dicha unidad la pérdida de su autonomía, separación de su entorno y su familia, e incluso amenaza de muerte<sup>4</sup>. Lo que se hace más difícil si además de todo esto no existe una comunicación adecuada con el personal que se encuentra a su cargo. Por todo ello, la comunicación es un derecho que se debe poner en valor, especialmente en el ámbito de la Enfermería.

Existe dentro de las unidades de cuidados críticos un importante porcentaje de personas conectadas a ventilación mecánica. Muchas de ellas, a lo largo de los días, y según su evolución ya se encuentran conscientes. Estos pacientes necesitan comunicarse igual que el resto y sus necesidades a la hora de expresarse, dada su situación pueden ser incluso mayores, pero el estar intubados se lo impide. Esto hace que el paciente se encuentre limitado no solo a la hora de expresarse, sino también a la hora de descansar, moverse o manifestar dolor<sup>4</sup>.

La imposibilidad para comunicarse puede llegar a producir una exacerbación de sentimientos tales como ansiedad, fluctuación del nivel de conciencia, desorientación o desánimo, pudiendo dar lugar a un retroceso en la recuperación y alargando así el tiempo de estancia hospitalaria<sup>16</sup>. Por todo esto, el paso por el hospital puede volverse aún más complejo, y son los profesionales de enfermería los que pueden marcar la diferencia y hacer que entre las vicisitudes que se puedan dar, el paciente tenga una asistencia de calidad.

Es frecuente ver como los pacientes intubados conscientes recurren a los gestos, las miradas, el llanto o el silencio para poder comunicarse<sup>17</sup>. Teniendo esto en cuenta, se debe hacer un esfuerzo por parte de los profesionales sanitarios por comprender lo que el paciente quiere expresar, para detectar sus necesidades, miedos e inquietudes, y en consecuencia, tomar decisiones encaminadas a proporcionar unos cuidados humanizados<sup>5</sup>.

Son comunes también los intentos de comunicación entre el paciente intubado y el personal de enfermería que no llegan a ninguna parte, terminando la no comunicación con un: “disculpe no le entiendo”, lo que genera frustración tanto para el paciente como para la enfermera que lo atiende<sup>17</sup>.

Los principales hechos que muestran una comunicación inefectiva entre enfermera y paciente suelen ser problemas a la hora de interpretar lo que este quiere expresar, falta de tiempo por parte de la enfermera para dedicar a la comunicación con el paciente, dificultad de este a la hora de utilizar alguna herramienta de comunicación y frustración del mismo por no poder comunicarse, entre muchos otros<sup>18</sup>.

Para el personal de salud conseguir una comunicación efectiva con este tipo de pacientes es todo un reto, ya que no solo se habla de la comunicación para aplicar unos cuidados sino como método terapéutico<sup>17</sup>, pues se ha visto que la ausencia de comunicación entre los pacientes y el equipo que lo atiende tiene efectos negativos para su salud.



Se ha evidenciado que aquellos pacientes con imposibilidad para comunicarse, “han reportado sentimientos de ira, miedo, inquietud, pérdida de control, despersonalización, frustración y ansiedad”<sup>18</sup>.

Ayllón et al (2007) mencionan que la falta de contacto es una de las principales causas generadoras de estrés en estos pacientes, junto con la sensación de tener sed, la imposibilidad para dormir o la presencia de un tubo en la nariz o la boca, estando todas ellas directamente relacionadas con la ventilación mecánica invasiva<sup>19</sup>.

Esto además, genera una situación de menor interacción también con la familia, que es un pilar fundamental a nivel psicológico para el paciente y su recuperación.

El factor más importante de la satisfacción de los familiares de los pacientes ingresados en unidades críticas según Granados (2012), tiene que ver más con cómo se les trata y la comunicación que se les brinda que con los mismos cuidados recibidos<sup>17</sup>.

Aunque se ha demostrado que los pacientes y sus familiares necesitan atención y flexibilización de las normas restrictivas de las unidades de cuidados críticos, puesto que se ha visto que esto supone un beneficio para ambos, tanto las barreras para permanecer en la unidad, sumado al gran equipo tecnológico que se hace protagonista, hacen que se dé una gran despersonalización de los pacientes<sup>20</sup>. Si a esto se suma que según estudios como el de Martínez y Llauro (2017) donde se refleja que una gran parte de los profesionales sanitarios que trabajan en unidades de críticos en este país, no se encuentran capacitados ni formados para tratar las necesidades psicológicas y sociales que puedan presentar los usuarios así como tampoco sienten tener habilidades para hacer frente al estrés emocional, la situación se puede considerar aún más grave<sup>20</sup>.

La implicación de la enfermera tiene un importante papel en este aspecto. Una estrecha relación con la familia puede generar una situación de confianza en la que tanto esta como el paciente puedan manifestar sus inquietudes y angustias a la enfermera y esta intervenir en la medida de lo posible para intentar resolverlas.

Teniendo en cuenta la importancia que tiene la familia para el paciente, se debe poner en valor la tarea de aplicar estrategias y métodos que permitan llevar a cabo acciones que faciliten la comunicación y mejorar el cuidado. Es sólo cuestión de dar reconocimiento a esta tarea y de hacer uso de herramientas que permitan estimular estas acciones para conseguir humanizar la atención<sup>17</sup>.

El estudio de Rojas (2014) concluye que los beneficios de la comunicación para los pacientes conectados a ventilación mecánica invasiva van desde el aumento de su autonomía, pasando por una mejora de su condición clínica disminuyendo su estancia hospitalaria, hasta un desarrollo del nivel de confianza que deposita el paciente en el equipo multidisciplinar que lo atiende<sup>18</sup>.

Sin embargo, son muchos los factores que influyen en la incorporación de la comunicación con el paciente intubado consciente como parte de los cuidados habituales que debe recibir y entre ellos, los conocimientos y el grado de concienciación que las enfermeras tengan sobre el impacto que esto puede suponer en el paciente<sup>18</sup>.

Actualmente, existe un proyecto multidisciplinar, nacional e internacional, que recibe el nombre de Proyecto HU-CI (Humanizando los Cuidados Intensivos). Este ha sido impulsado por Gabriel Heras, que además de bloguero es médico intensivista, con el propósito de rescatar el enfoque integral del usuario<sup>10</sup>.

Con respecto a la comunicación, además de defender el derecho a la información del paciente crítico, destacan la necesidad de los sistemas aumentativos y alternativos para mejorar la comunicación con los pacientes, considerando la importancia del profesional enfermero como motor del cambio<sup>21</sup>. Y es que para Heras (2017) en las unidades de cuidados críticos las enfermeras tienen el compromiso moral de liderar el cambio en cuanto a humanización se refiere<sup>21</sup>.

Humanizar supone alcanzar los niveles más altos de calidad desde un punto de vista multidimensional, centrándose no solo en la cuestión clínica<sup>21</sup>. La reflexión sobre la humanización de los cuidados es totalmente necesaria y especialmente en las unidades donde los pacientes corren un riesgo vital, donde su independencia se encuentra comprometida, donde la comunicación no es posible. Es preciso que la mayor preocupación de los pacientes sea su enfermedad y no factores externos para los que ya hoy en día hay solución. Es una responsabilidad de la Enfermería conseguir este propósito para desempeñar el ejercicio de la profesión de manera competente y generar en los pacientes confianza, seguridad y apoyo<sup>13</sup>.

### 1.1.1 Teoría de Interrelaciones Personales de Hildegard Peplau

Dentro de las teorías que abordan la comunicación entre los profesionales de enfermería y los pacientes, es la “Teoría de interrelaciones personales de Hildegard Peplau” la cual se toma como base para el desarrollo de este trabajo, debido a que esta defiende que el éxito de la profesión reside en construir y mantener dicha relación.

Peplau, pionera de la escuela de interacción, expone que la Enfermería es un proceso interpersonal terapéutico donde existe una relación entre una persona que necesita ayuda y una enfermera que está formada para conocer dicha necesidad e intervenir debidamente para resolverla<sup>22</sup>.

Tal y como manifiesta la llamada “enfermera del siglo”, la comunicación es una herramienta educativa que contribuye a una vida plena y satisfactoria. Y en un paciente intubado que se encuentra consciente será un factor clave para disminuir la ansiedad y el nivel de estrés que le pueda causar la situación<sup>22</sup>.

Es fundamental que tanto el usuario como el profesional sean partícipes en el proceso de comunicación. Por tanto, los profesionales de la Enfermería adquieren un importante papel pues deben alcanzar los conocimientos y las destrezas que permitan acceder a las necesidades de aquellos pacientes que tienen la capacidad para comunicarse afectada.

Este modelo teórico humanista está orientado a que desde la Enfermería se reconozca el componente biológico, psicológico, cultural, social y espiritual en cada persona. En él, Peplau describe cuatro fases que no son excluyentes y se relacionan entre sí: fase de orientación, fase de identificación, fase de explotación y fase de resolución. Cada fase se caracteriza por roles diferenciados de la enfermera y el paciente<sup>23</sup>.

*Orientación:* El paciente intenta identificar sus problemas así como sus necesidades y para ello, busca al profesional. Es la enfermera quien valora la situación ayudando al paciente a entender lo que le ocurre y con ello, determinar qué tipo de ayuda necesita<sup>17</sup>.

Cuando ingresa un paciente intubado, tiene lugar esta primera fase. Ante la incertidumbre sobre lo que le espera en un medio que es hostil y que además, resulta amenazante, los profesionales de enfermería deben establecer un vínculo de

seguridad y confianza que hagan sentir al paciente, dentro de su necesidad de ayuda, disminuir la ansiedad y el estrés que pueda generar esta nueva situación.

Será fundamental en este caso, informar sobre el lugar en el que se encuentra, sobre su estado de salud y el proceso de cuidado, sobre quién va a estar allí y quién velará por su salud<sup>17</sup>.

*Identificación:* El paciente, junto a la enfermera, reconoce la necesidad de ayuda y colabora con las personas que le pueden brindar apoyo y cuidados. Mientras, la enfermera hace el diagnóstico y elabora una serie de acciones encaminadas a la recuperación, es decir, elabora un plan de cuidados<sup>17</sup>.

En la fase de identificación es donde el paciente reconoce el rol de la enfermera y con ello, lo que esta puede hacer por él. De esta manera, se crea un vínculo de confianza en la que el personal enfermero debe estar para resolver las inquietudes del paciente de forma clara así como resolver los problemas que se van planteando<sup>17</sup>.

*Explotación:* el paciente hace uso de los cuidados de enfermería lo que supone un beneficio para él mismo<sup>17</sup>.

Esta fase es importante porque supone un cambio en la mentalidad del paciente. Este comienza a poner en valor nuevos aspectos que van más allá de la hospitalización, como pueden ser aspectos personas tales como la familia o el trabajo<sup>18</sup>.

*Resolución:* es la fase final en la que se obtienen resultados positivos, indicativo de que el plan de cuidados se está efectuando de manera adecuada, por lo que la recuperación se va cumpliendo progresivamente<sup>17</sup>.

Las cuatro fases propuestas por Peplau, para llevarse correctamente a cabo, deben estar apoyadas en una comunicación efectiva, por lo que en el caso de verse esta obstaculizada por enfermedad, accidente o por un dispositivo que lo impida, y no tener medios para solucionarlo, difícilmente se podrán cumplir, lo que supondrá un efecto negativo en la recuperación física y emocional del paciente además de un hándicap en la prestación de cuidados por parte de la enfermera<sup>22</sup>.

Con un proceso de comunicación efectivo no solo se satisfacen dichas necesidades, sino que también se hace visible la importancia de la enfermera y de los cuidados que proporciona, que no solo se ciñen a lo físico, sino también a lo mental y emocional, mostrando afecto y aceptación, lo que conduce a una relación ética y humanizada<sup>17</sup>.

### **1.1.2 Teoría de Virginia Henderson de las Catorce Necesidades Básicas Humanas**

Según Virginia Henderson, la principal función de la Enfermería no es otra que la de asistir a un individuo, enfermo o no, para llevar a cabo las actividades pertinentes en cuanto a su salud, ya sea para prevenirla, tratarla o en caso de desenlace fatal, contribuir a una muerte placentera. Siempre con la intención de que sea el propio individuo quien lo más rápidamente posible, recupere la fuerza y la voluntad de hacerlo por sí solo<sup>1</sup>. Una de las asunciones filosóficas que Henderson defiende es que “la persona es un todo complejo con catorce necesidades básicas. La persona quiere la independencia y se esfuerza por lograrla. Cuando una necesidad no está satisfecha la persona no es un todo y requiere ayuda para conseguir su independencia”<sup>24</sup>.

Concibiendo la comunicación como una necesidad, cuya no satisfacción puede suponer un obstáculo en la recuperación, el modelo conceptual de Virginia Henderson se adapta completamente al fin de este proyecto, que no es otro que ayudar a un paciente que no puede comunicarse a hacerlo. Además, este modelo ofrece un marco con elementos teóricos que se pueden encontrar durante todo el proceso de enfermedad y recuperación que sufre el paciente.

Cada persona es un ser complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales y tiene catorce necesidades que interactúan entre ellas y no pueden entenderse aisladas unas de otras. Las catorce necesidades básicas formuladas por Virginia Henderson son<sup>24</sup>:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar por todas las vías corporales
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger la ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.

9. Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.
12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.

Los pacientes intubados conscientes, tal y como se ha evidenciado, presentan alteradas las catorce necesidades básicas y aunque necesidades como la de mantener la higiene corporal se encuentre solucionada, pues es el personal sanitario quien se encarga de cumplirla, no se puede dar por resuelta porque no es llevada a cabo por el paciente de manera independiente.

González, Martelo et al (2015) ponen de manifiesto en su estudio que tal y como defendía Virginia Henderson, la intervención de la enfermera para ayudar a resolver las necesidades pone como centro de la intervención a la persona y sus tres áreas de dependencia: conocimientos (saber qué hacer y cómo hacerlo), fuerza (poder hacer) y voluntad (querer hacer)<sup>25</sup>. También establece los modos de intervención e identifica tres niveles de relación entre enfermera y paciente describiendo las siguientes funciones<sup>25</sup>:

*Función de sustituta:* realizando las funciones que el paciente no puede llevar a cabo por su situación y cubre lo que le hace falta. Durante esta fase la enfermera pasa a cubrir las necesidades del paciente como si fueran las de ella misma.

*Función de ayudante:* estableciendo las intervenciones clínicas que ayuden al paciente a recuperar su independencia. La enfermera ayuda al paciente con las necesidades que él solo no puede cubrir.

*Función de acompañamiento:* actuando como profesional del equipo sanitario, impartiendo educación para la salud al paciente y su familia.

Las funciones nombradas anteriormente coinciden perfectamente con el papel de la enfermera en una unidad de cuidados intensivos, desde el inicio de la

hospitalización hasta el final de esta; primero como sustituta, luego como pilar de apoyo y por último con su labor de acompañamiento.

La satisfacción de las necesidades básicas es el fin de la intervención enfermera, ya sea supliendo la autonomía o desarrollando cualquiera de los ámbitos de dependencia que presenta el paciente con el objetivo de tener resueltas las catorce necesidades básicas<sup>25</sup>.

Para que el paciente exprese sus necesidades y la enfermera las identifique y ponga solución a estas, es inevitablemente necesaria la comunicación<sup>25</sup>.

## **1.2 La comunicación terapéutica y la comunicación aumentativa/alternativa**

El ser humano es un ser social por naturaleza y la capacidad para comunicarse con sus iguales y su entorno es una de sus principales características<sup>17</sup>. La comunicación es el medio a través del cual las personas pueden revelar quiénes son, mostrar sus características personales, sus gustos, sus parecidos o diferencias con el resto de personas. Además, les permite dar opiniones, mostrar rabia, enfado, amor, en definitiva, expresarse<sup>26</sup>. Tal y como se ha visto, la comunicación enfermera está relacionada con el resultado de salud de los enfermos, por lo que las enfermeras, por ser quienes permanecen la mayor parte del tiempo junto a los pacientes, deben establecer una comunicación ya sea verbal o no, que facilite identificar las necesidades de los pacientes<sup>4</sup>.

Valverde (2007) define la comunicación terapéutica como una comunicación específica dentro de una relación, donde existe una persona que pretende ayudar a otra. En el caso de la Enfermería, este tipo de comunicación forma ya parte de los cuidados que se prestan con el objetivo de aumentar la calidad de vida de los pacientes<sup>27</sup>.

Hay que establecer una diferencia entre comunicación terapéutica y comunicación social para llegar a entender bien lo que significa la primera. La comunicación terapéutica tal y como se ha dicho, es aquella que se utiliza en una relación de ayuda. La comunicación social, por su parte, es la que se emplea en otros ámbitos de la vida. En esta última, la calidad de la comunicación es responsabilidad de las dos personas que participan en dicho proceso, pero en el caso de la terapéutica, la responsabilidad es exclusivamente del profesional. Mientras que el profesional cumple con su trabajo, el paciente se limita a expresar sus sentimientos tal y como lo necesite o pueda hacer. Es por ello que en todo momento la enfermera debe tener en cuenta

que se encuentra en una relación terapéutica, nunca social, por lo que no puede olvidar la empatía y el intento de comprender por qué el paciente se expresa de esta o aquella manera<sup>27</sup>.

En los pacientes ventilados conscientes, la comunicación verbal se encuentra limitada lo que hace que el personal que brinda cuidados genere estrategias de comunicación. El profesional debe basarse en lo que puede estar sintiendo, pensando o deseando el paciente para elaborar los planes de atención<sup>4</sup>.

Por esto se resalta la importancia de establecer una estrategia de comunicación efectiva entre el personal de enfermería y los pacientes a su cuidado, y que pueda llegar a extenderse a los familiares<sup>4</sup>.

Las técnicas aumentativas y alternativas no son algo nuevo, de lo contrario, se trata de unas técnicas que se remontan a más de treinta años con el uso de tableros de comunicación<sup>17</sup>.

Durante los años setenta, “los sistemas de signos manuales, inicialmente usados solamente para los no oyentes, se empezaron a aplicar a personas con discapacidad motora, afasia, retraso mental y autismo”<sup>17</sup>.

Ya en los años ochenta, se le da un mayor rigor metodológico a estos sistemas y se comienzan a crear instrumentos que permitan evaluar y valorar<sup>28</sup>.

En 1983 se funda la Asociación Internacional Society for Augmentative and Alternative Communication (ISAAC) por profesionales y familiares de personas con problemas para comunicarse de diferentes países<sup>28</sup>.

Esta asociación adquiere representación en España ese mismo año y en 1984, se crea el Comité Nacional de Comunicación No Vocal que elabora documentos importantes para el desarrollo de la comunicación aumentativa/alternativa en este país<sup>28</sup>.

En los años noventa se crea la Unidad de Comunicación Aumentativa en Madrid así como Unitat de Tècniques Augmentatives de Comunicació en Barcelona<sup>28</sup>.

Actualmente con la ayuda de la tecnología, el avance en este campo es indudable. Siguen usándose herramientas tradicionales, pero también se hace uso de la tecnología para apoyar estos sistemas o crear nuevos más sofisticados como comunicadores u ordenadores con programas de comunicación. Y ambos sistemas se van alternando o complementando en función de las necesidades de cada persona<sup>28</sup>.



El principal objetivo de esta estrategia no es otro que el paciente pueda interactuar con el medio de manera eficaz y comunicarse a través de una gran variedad de mensajes que hagan una comunicación completa y eficiente<sup>6</sup>.

Hoy en día, la comunicación es un derecho y por ende, toda persona que lo necesite debe tener acceso a los recursos que le permitan comunicarse y participar en el mundo que le rodea.

La comunicación aumentativa/alternativa es el conjunto de formas, estrategias y métodos de comunicación que emplean personas con discapacidades específicas que tiene imposibilidad para comunicarse a través del lenguaje y/o del habla<sup>29</sup>.

Se definen también como un conjunto de códigos no vocales (lingüísticos y no lingüísticos) que sustituyen o complementan al habla o la escritura, al ser incapaces por sí solas de establecer una comunicación que se defina como efectiva<sup>28</sup>.

Dicho de otra manera, “son formas de expresión distintas al lenguaje hablado, que tienen como objetivo aumentar (aumentativos) y/o compensar (alternativos) las dificultades de comunicación y lenguaje de aquellas personas que sufren algún tipo de discapacidad afectando la comunicación con el mundo que los rodea<sup>30</sup>”.

Por un lado, la comunicación aumentativa consiste en complementar el lenguaje oral en los casos en los que la persona no es capaz de establecer una comunicación efectiva con el entorno por sí sola<sup>31</sup>. Es el tipo de comunicación que usan aquellas personas que por un motivo u otro no pueden hablar lo suficientemente claro<sup>26</sup>. Mientras que la comunicación alternativa sustituye completamente al habla cuando el lenguaje no es comprensible o no se produce. Ambas permiten a los individuos participar en el mundo que los rodea en igualdad de derechos<sup>31</sup>.

Personas con discapacidad, enfermedad o un procedimiento invasivo como la ventilación mecánica invasiva o una traqueotomía, ante las barreras para comunicarse que presentan, son candidatos a usar sistemas de comunicación aumentativa alternativa que les permitan interactuar con su entorno<sup>28</sup>.

Los objetivos de la comunicación aumentativa/alternativa son<sup>28</sup>:

- Ofrecer de manera temporal, un sistema de comunicación hasta que se restablezca el habla.
- Brindar un medio de comunicación alternativa de por vida en caso de pérdida irreversible de la capacidad del habla.

→ Ayudar al desarrollo o restablecimiento de la comunicación.

La comunicación aumentativa/alternativa no es incompatible a la rehabilitación del habla, al contrario, es un complemento de apoyo para cuando esta no es posible, siendo totalmente falso que el uso de estos sistemas entorpezca la recuperación de la misma<sup>32</sup>.

### **1.2.1 Tipos de comunicación aumentativa/alternativa**

La comunicación aumentativa/alternativa ofrece distintos sistemas que se adaptan a cada persona y a la situación que la acompaña. Estos sistemas se apoyan en productos que cada día son más innovadores, permitiendo no solo la accesibilidad a la comunicación sino también garantizado un alto nivel tecnológico<sup>32</sup>.

La base de la comunicación aumentativa/alternativa la ocupan los sistemas de símbolos. Estos se adaptan a las necesidades de cada persona, independientemente de su edad o sus habilidades motrices, cognitivas o lingüísticas<sup>32</sup>.

Dentro de estos sistemas existen dos tipos que se usan en función de las características de cada persona. Por un lado, los símbolos gestuales, que van desde el uso de mímica y gestos comunes hasta el uso de signos manuales. El lenguaje de signos utilizado por las personas no oyentes se considera un idioma por lo que no debe mezclarse con este tipo de comunicación. Es importante que para el uso de este sistema sea necesario que la persona disponga de su habilidad motriz<sup>32</sup>.

Por otro lado, están los símbolos gráficos, dentro de los cuales pueden encontrarse desde sistemas muy sencillos con dibujos o fotografías hasta sistemas más complejos como pueden ser los sistemas pictográficos o las letras, palabras y frases tradicionales. Se emplean gracias a productos de apoyo que hacen puedan ser usados por personas con movilidad reducida<sup>32</sup>.

Los sistemas pictográficos, cada vez más utilizados, son la representación del lenguaje mediante dibujos, fotos o imágenes y se aplican a personas que no están alfabetizadas por diversas causas<sup>31, 32</sup>. Su éxito reside en la posibilidad de permitir un nivel muy básico de comunicación, adaptándose a todos los niveles cognitivos, así como a los niveles de comunicación más complejos (nunca más completo que la lengua escrita)<sup>32</sup>.

Además, los productos de apoyo para la comunicación cumplen la misión de dar soporte a los sistemas de comunicación y se dividen en productos básicos y

tecnológicos. Se trata de los tableros y cuadernos de comunicación y los comunicadores electrónicos (también conocidos como TICS), respectivamente<sup>32</sup>.

Los tableros de comunicación son productos de apoyo considerados básicos que están conformados por símbolos gráficos (pictogramas, letras, sílabas) que la persona señalará para poder comunicarse. Es cuando los símbolos se distribuyen en varias páginas cuando hablamos de cuaderno de comunicación<sup>31, 32</sup>. Con los tableros o cuadernos de comunicación hay que tener en cuenta la escucha activa y estar totalmente centrados en lo que el paciente quiere expresar.

Con el avance tecnológico de los últimos tiempos, el ordenador se ha convertido en una herramienta eficaz que puede funcionar como un equipo multisensorial de bajo coste<sup>33</sup>.

Muchas personas con problemas para la comunicación cuentan con la posibilidad de comunicarse a través de la informática desde su casa o su trabajo. Las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TICs) son una puerta abierta a la integración<sup>30</sup>. Estas facilitan la comunicación gracias a que proporcionan entornos asistidos que permiten interpretar los sistemas pictográficos de una manera clara y sencilla para el usuario<sup>33</sup>.

Dentro de las TIC más comunes se encuentran los comunicadores electrónicos que mediante síntesis de voz o voz grabada, permite decir en voz alta el mensaje. Los comunicadores electrónicos se pueden personalizar con los símbolos gráficos que requiere cada persona y se trata de una medida cómoda al ser portátil y adaptarse a la accesibilidad de cada persona<sup>31, 32</sup>. Existen también los programas informáticos que permiten la comunicación a través de pictogramas, letras o frases dentro de un soporte electrónico y se pueden descargar en cualquier dispositivo lo que hace posible que la persona pueda en todo momento comunicarse<sup>31</sup>.

Un enfermero de la de Unidad Técnica Gerencia de SS.SS. del Área de Salud de Lanzarote, es el creador de una aplicación que supone todo un avance para la comunicación aumentativa/alternativa. El enfermero Manuel Verdugo ha desarrollado HIPOT-CNV, una aplicación que se convierte en una vía de comunicación entre el paciente y los profesionales sanitarios, además de incluir en el proceso a la familia<sup>34</sup>.

HIPOT-CNV, que se ha desarrollado gracias al Servicio Canario de Salud, es una aplicación diseñada para uso hospitalario que está compuesta por pictogramas acordes a este tipo de situaciones y voces sintetizadas<sup>34</sup>. Cuenta con la ventaja de estar disponible en nueve idiomas, por lo que también sirve como intérprete básico. La

innovadora herramienta tiene un vocabulario de ciento treinta ítems con imágenes y palabras que se encuentran organizadas en categorías y que se basan en los Patrones Funcionales. Cada imagen con su correspondiente texto hace referencia a una unidad del vocabulario. El texto es ajustable a diferentes idiomas con su respectiva voz masculina y femenina<sup>34</sup>.

Es una aplicación totalmente gratuita que se puede descargar tanto para sistema Android como IOS por lo que es compatible con cualquier tipo de dispositivo, siendo totalmente transportable y versátil<sup>34</sup>.

Happ et al (2011) apuntan que según los hallazgos, se ha visto la necesidad de mejorar la puesta en marcha de este tipo de estrategias e instrumentos por parte de las enfermeras. Es fundamental que el equipo conozca los medios de los que dispone para establecer la comunicación, así como el desarrollo de habilidades para llevarlos a cabo<sup>35</sup>.

Otro punto importante para la aplicación de estas herramientas será la valoración individualizada de cada paciente. Atendiendo a sus necesidades, su cultura y su capacidad, para así identificar qué estrategia se adapta mejor a su condición<sup>36</sup>.

## **2. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

### **2.1 JUSTIFICACIÓN**

La necesidad de estar conectados a ventilación mecánica invasiva es el principal motivo por el que los pacientes ingresan en la unidad de cuidados críticos. De esta forma, es considerable el número de pacientes que a la hora de comunicarse tienen una barrera que les impide hacerlo, suponiendo esto un gran hándicap a la hora de brindar los cuidados.

Para los pacientes que en estas circunstancias se encuentran conscientes, es un proceso complicado a la par que angustiante, al radicar su mayor motivo de angustia en no poder expresar sus emociones, peticiones, sentimientos, dudas o preocupaciones. Todo esto, sumado a la sensación de que algo les está haciendo respirar en contra de su voluntad, puede producir en el paciente sentimientos y miedos que agraven su situación.

La comunicación es importante para la relación enfermera-paciente, siendo para ambos beneficiosa. En el caso de las enfermeras, una satisfacción por el trabajo realizado y por parte del paciente, un obstáculo menos en su recuperación y una mejora de su interacción con el medio que le rodea.

Esta problemática hace necesaria la idea de plantearse nuevos métodos que permitan establecer una relación efectiva entre Enfermería y pacientes, que vayan más allá de la intuición de la enfermera o la mímica. Actualmente, existen desde métodos sencillos hasta avances tecnológicos y recursos más sofisticados, que pueden facilitar que el paciente se exprese de una manera sencilla y efectiva, ya no solo con el personal enfermero sino también con su familia, otro de los aspectos más relevantes que pueden influir en la evolución del enfermo. Pero dichos recursos no son fáciles de encontrar en las unidades.

Debido a la escasez de programas dirigidos a pacientes en las unidades de cuidados críticos, se hace necesaria la implementación de proyectos que contribuyan a mejorar la comunicación enfermera-paciente y que se adapten a las posibilidades de cada unidad.

Granados (2012) defiende que con poca inversión se puede crear un instrumento de comunicación con pictogramas que posibilite al paciente crítico y a la enfermera, una comunicación efectiva y por ende, el bienestar del paciente para una pronta recuperación<sup>17</sup>.

Ante esta situación se plantea como pregunta de investigación: ¿se puede establecer una comunicación efectiva entre enfermera y un paciente conectado a ventilación mecánica invasiva a través de un medio de comunicación aumentativa/alternativa como puede ser un cuaderno de comunicación?

## **2.2 OBJETIVOS**

### Objetivo general:

Implementar una herramienta de comunicación aumentativa/alternativa que permita establecer una comunicación efectiva entre la enfermera y el paciente intubado consciente.

### Objetivos específicos:

1. Evaluar el diseño y la funcionalidad del cuaderno de comunicación.
2. Valorar el nivel de satisfacción de las/los enfermeras/os con la herramienta.
3. Valorar la experiencia del paciente con el cuaderno a través de la percepción de las enfermeras.

## **2.3 DISEÑO**

La metodología diseñada para este proyecto es de tipo mixta, integrando perspectivas cuantitativas y cualitativas, midiendo los fenómenos de estudio y comprendiéndolos, respectivamente. Para la parte cuantitativa, se realizará un estudio descriptivo y transversal, mientras que para el diseño cualitativo se empleará un método conversacional.

## **2.4 POBLACIÓN**

La población de estudio serán las/los enfermeras/os de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario de Canarias.

El Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC) es un hospital público que depende de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias siendo uno de los dos hospitales de tercer nivel de la isla de Tenerife.

El CHUC da cobertura sanitaria a los habitantes del área norte de la isla y es el hospital de referencia de la población de la isla de La Palma. Este desarrolla

actividades sanitarias asistenciales del propio hospital así como del Área Externa de Salud Mental y los Centros de Atención Especializada (CAEs) del área norte, presta asistencia propia a los servicios de referencia que se asignen a nivel provincial o regional y forma a pre y post graduados en Medicina, Enfermería, Fisioterapia y otras disciplinas de Ciencias de la Salud<sup>37</sup>.

La Unidad de Cuidados Intensivos del CHUC, también denominada Unidad de Vigilancia Intensiva (UVI), se encuentra dividida en dos áreas que son la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiacos y la Unidad de Cuidados Intensivos Polivalente. Cada una de estas áreas está conformada por 12 camas, que hacen un total de 24 camas dentro de la unidad. El equipo de enfermería lo forman un total de 60 enfermeras/os, divididas/os en 5 equipos y 3 supervisoras de enfermería.

## 2.5 MUESTRA

Para determinar la muestra de este estudio se empleará el método probabilístico aleatorio simple teniendo en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

### Criterios de inclusión:

- Profesionales de enfermería de la unidad de cuidados críticos en activo.
- Profesionales de enfermería que consientan participar en el estudio.

### Criterios de exclusión:

- Estudiantes de enfermería.
- Profesionales de enfermería que no dominen el idioma español.
- Otros profesionales del equipo.

La población de estudio la conforman 60 profesionales de enfermería que desempeñan su labor en la Unidad de Cuidados Intensivos del CHUC. La muestra se seleccionará mediante el método probabilístico aleatorio simple. El cálculo de la muestra, al tratarse de una población finita, se realizará a través de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{(N - 1) \cdot E^2 + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

- N = Total de la población (60 enfermeras)
- Z<sup>2</sup> = 1.96<sup>2</sup> (donde la seguridad es del 95%)

- $p$  = Proporción esperada (en este caso  $5\% = 0.05$ )
- $q = 1 - p$  (en este caso  $1 - 0.05 = 0.95$ )
- $E$  = Precisión (en este caso deseamos un  $3\%$ )

Con un nivel de confianza del  $95\%$ , una precisión del  $3\%$ , una proporción esperada del  $5\%$  y una proporción esperada de pérdidas del  $15\%$ , la muestra ajustada a las pérdidas será de 55.

## 2.6 VARIABLES E INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Las variables objeto de estudio, recogidas en la herramienta de trabajo, incluyen:

Variables sociodemográficas: permitirán caracterizar a cada enfermera que participe en el estudio.

- Edad (Cuantitativa discreta):

Forma de medida: En el cuestionario existe un apartado para poner la edad en años.

- Género (Cualitativa nominal):

Forma de medida: Variable dicotómica con dos opciones de respuesta (Hombre o Mujer).

- Tiempo trabajado en la unidad (Cuantitativa discreta):

Forma de medida: En el cuestionario existe un apartado para poner el tiempo trabajado en meses.

Variables específicas: comprensión, diseño y funcionalidad del cuaderno.

## 2.7 HERRAMIENTAS DE RECOGIDA DE DATOS

En la primera fase, de enfoque cuantitativo, los datos cuantitativos serán recogidos a través de un cuestionario de elaboración propia (ANEXO I) basado en el cuestionario realizado por Crispín et al (2017)<sup>22</sup>. El cuestionario recoge al inicio los datos sociodemográficos de las/os enfermeras/os que deseen participar en el estudio, y en una segunda parte se evaluará el diseño, la claridad y comprensión del cuaderno de comunicación, con el fin de conocer su funcionalidad a través de diez preguntas de respuesta dicotómica (sí o no).



El cuaderno de comunicación diseñado (ANEXO II) se basa en las catorce necesidades de Virginia Henderson. Es una herramienta sencilla, con sesenta y cuatro pictogramas divididos según necesidades. Los pictogramas tienen debajo una frase en español que se corresponde con la imagen. El paciente tiene que indicar con la mano o cualquier otra parte del cuerpo lo que desea expresar. También puede ser la enfermera quien señale la imagen y el paciente indique con un gesto su respuesta. Es importante que antes de iniciar el uso del cuaderno, la enfermera explique al paciente cómo se va a desarrollar el proceso y ésta debe asegurarse de que el paciente lo ha entendido. Para ello, puede buscar un gesto de aprobación en un apretón de manos o a través del parpadeo.

La herramienta está conformada por pictogramas que representan las palabras y acciones que más comúnmente se dan en el ambiente hospitalario, en concreto, en una unidad de cuidados críticos, y en el día a día de un paciente intubado.

Los sesenta y cuatro signos escogidos para representar las necesidades del paciente intubado se han elaborado gracias a los propuestos en el Portal Aragonés de la Comunicación Aumentativa Alternativa (ARAASAC) ©<sup>32</sup>.

El objetivo es que los pacientes tengan el cuaderno en formato Din A4 en papel plastificado, para que pueda ser un soporte duro, de fácil limpieza y desinfección. Un recurso económico, sencillo, que cualquier persona pueda entender y que a pesar de su simpleza pueda suponer un gran avance.

En la fase de enfoque cualitativo, se llevará a cabo la recogida de datos mediante una entrevista en profundidad semi-estructurada (ANEXO III), donde participarán entre cinco y diez enfermeras. En ella se plantearán una serie de temas de interés que permitirán conocer la experiencia de los profesionales de enfermería con dicha herramienta, qué opinión les merece el cuaderno y si realmente es útil este formato.

## **2.8 MÉTODO DE RECOGIDA DE DATOS**

Fase cuantitativa: se entregará personalmente a la supervisión de la unidad un sobre con una carta de presentación (ANEXO IV) en la que se informará del proyecto que se va a realizar, explicando cuál es el motivo de esta investigación y por qué la necesidad de conocer la opinión de las enfermeras. Al mismo tiempo, en la carta se dejará reflejado que se han obtenido los permisos pertinentes, que se va a respetar el

anonimato de cada participante y que es totalmente voluntaria la participación en el estudio. A continuación, se dejarán personalmente en la unidad cinco cuadernos de comunicación (uno para cada equipo) junto con el cuestionario y el consentimiento informado (ANEXO V) para que los profesionales de enfermería lo cumplimenten a medida que hace uso de la herramienta. El cuaderno estará en la unidad durante al menos tres meses con posibilidad de ampliar según las necesidades. Los cuestionarios cumplimentados se recogerán en un plazo máximo de 20 días pasados los tres meses por la responsable del proyecto.

Fase cualitativa: para llevar a cabo la recogida de datos de la fase cualitativa del proyecto se procederá a la realización de una entrevista individual en profundidad semi-estructurada a un grupo de entre cinco y diez enfermeras, que hayan hecho uso del cuaderno. Dicha entrevista no excederá los cuarenta minutos de duración y en ella, el discurso de la persona entrevistada será analizado posteriormente, por lo que se deberá grabar la conversación para su posterior transcripción.

## **2.9 ANÁLISIS DE DATOS**

Se utilizarán métodos estadísticos descriptivos para el análisis de los datos obtenidos mediante la encuesta realizada. De modo que, las variables cuantitativas serán analizadas mediante estadísticos de tendencia central y dispersión mientras que las variables cualitativas por medios estadísticos de frecuencia y porcentaje.

Los datos serían tratados con el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 25.00) en su versión en español.

Para el análisis de los datos cualitativos se analizará el discurso grabado de cada enfermera entrevistada para transcribirlo literalmente en un documento escrito. Antes de la elaboración del informe final se entregará el documento a cada participante de la entrevista.

Como software para el análisis de los datos cualitativos se utilizará NVivo, diseñado específicamente para este tipo de estudios, que permitirá tratar los datos obtenidos de la transcripción de la entrevista.

## 2.10 PLAN DE TRABAJO

La duración del proyecto será de aproximadamente un año y se estructurará en tres fases (ANEXO VI):

**Fase 1:** Búsqueda bibliográfica y actualizada del tema del proyecto a través del Buscador de Recursos de la Biblioteca de La Universidad de La Laguna (Punto Q) y las bases de datos Elsevier, Dialnet, Pubmed, Scielo y Google Scholar.

Esta fase finalizará con la petición de los permisos pertinentes para poder realizar el estudio. De esta forma, se contactará con la Gerencia del Hospital Universitario de Canarias y el Comité Ético de Investigación Clínica del Servicio Canario de Salud.

**Fase 2:** Recogida de datos en la Unidad de Cuidados Intensivos del CHUC, lo cual durará aproximadamente cuatro meses. Una vez recogidos los datos, será necesario el análisis y la interpretación de estos.

**Fase 3:** Se elaborará el informe final donde se incluirán los resultados del análisis de los datos, la discusión y las conclusiones del estudio y comenzará la difusión del mismo.

## 2.11 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El uso de pictogramas durante el presente proyecto, se ha hecho bajo las condiciones de uso de su creador, Sergio Palao para el Portal Aragonés de la Comunicación Aumentativa Alternativa, quien los distribuye bajo la licencia Creative Commons (BY-NC-SA) <sup>32</sup>.

Quedando expreso que en su uso se debe citar al autor y al propietario (Gobierno de Aragón) y su procedencia (ARASAAC) y que no se haga un uso comercial de los mismos.

Por otra parte, este proyecto se ajusta a la legislación vigente, respetando la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales<sup>38</sup>. Es por ello que además de informar en una carta dirigida a las supervisoras de la unidad sobre el propósito de este proyecto y la metodología que se va a seguir adjuntándole la encuesta que deberá realizar el personal enfermero asegurando su anonimato, así como la voluntariedad de este, se solicitarán los

permisos correspondientes al Comité de Ético de Investigación Clínica del Servicio Canario de Salud (ANEXO VII y VIII).

## **2.12 RECURSOS Y PRESUPUESTO**

Para la elaboración de este proyecto se estima que, en recursos humanos y materiales, recogidos en el ANEXO IX, el coste aproximado de gastos sea de 2.120 €.

El desglose del presupuesto es el siguiente:

- Medios humanos: se contratará a una persona estadística que ayude en el análisis de datos.
- Material inventariable: será necesario un ordenador y un programa informático para la elaboración del proyecto y una impresora para la impresión de toda la documentación necesaria. Se utilizará una grabadora de voz para la grabación de la entrevista semi-estructurada.
- Material fungible: serán necesarios folios DinA4, bolígrafos, sobres, grapas, grapadora, tóner para la impresora, impresión y encuadernación de los cinco cuadernos.

### 3. BIBLIOGRAFÍA

1. Henao Castaño Á. Hacerse entender: la experiencia de pacientes sometidos a ventilación mecánica sin efectos de sedación. Invest Educ Enferm [Internet] 2008 [fecha de acceso 5 de febrero de 2019]; 26 (2): 236-242. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-53072008000200006&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072008000200006&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
2. Travelbee J. Interpersonal aspects of nursing. 2 ed. Philadelphia: Davis Company; 1971.
3. Beltrán-Salazar ÓA. La práctica de enfermería en cuidado intensivo. Aquichan [Internet] 2009 [fecha de acceso 3 de marzo de 2019]; 8 (1). Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/123>
4. Alarcón Rincón L, Serrato Triana SA. Implementación de una guía de comunicación para los pacientes con ventilación invasiva conscientes en la unidad de cuidado intensivo [tesis doctoral]. Bogotá: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 2014. Disponible en: <Http://bdigital.unal.edu.co/43076/1/1076651617.2014.pdf>
5. Bock Ordahi LF, Coelho de Souza Padilha MI, Amante de Souza LN. Communication between nursing staff and clients unable to communicate verbally. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet] 2007 [fecha de acceso 22 de enero de 2019]; 15 (5): 965-972. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/v15n5a12.pdf>
6. Finke EH, Light J, Kitko L. A systematic review of the effectiveness of nurse communication with patients with complex communication needs with a focus on the use of augmentative and alternative communication. Journal of Clinical Nursing [Internet] 2008 [fecha de acceso 8 de mayo de 2019]; 17 (16): 2102-15. Disponible en: <https://onlinelibrary-wiley-com.accedys2.bbtk.ull.es/doi/full/10.1111/j.1365-2702.2008.02373.x>
7. Fernández Chaves N, Félix Azcúnaga M, Rocha F, Pastrana MJ. Valorización del rol del profesional de enfermería en terapia intensiva. Revista Uruguaya de Enfermería [Internet] 2007 [fecha de acceso 5 de febrero]; 2(2): 5-13. Disponible en: <http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/126/123>

8. Ramírez P, Müggenburg C. Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. Enfermería Universitaria [Internet] 2015 [fecha de acceso 25 de marzo de 2019]; 12 (3): 134-43. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/accedys2.bbt.ull.es/science/article/pii/S166570631500038X>
9. Díaz Cortés M. Comunicación enfermera/paciente: reflexión sobre la relación de ayuda. Rev Esp Com Sal [Internet] 2011 [fecha de acceso 25 de marzo de 2019]; 2 (1): 55-61. Disponible en: <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/3405>
10. Heras La Calle G, Zaforteza Lallemand C. HUCI se escribe con H de HUMANO. Enferm Intensiva [Internet] 2014 [fecha de acceso 27 de febrero de 2019]; 25 (4): 123-124. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-pdf-S113023991400087X>
11. Calero Martín de Villodres P. La Enfermería y la Humanización. Index Enferm [Internet] 2004 [fecha de acceso 3 de marzo de 2019]; 13 (46): 69-70. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962004000200015](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200015)
12. Pérez Cárdenas MD, Rodríguez Gómez M, Fernández Herranz AI, Catalán González M, Montejo González JC. Valoración del grado de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. Medicina Intensiva [Internet] 2004 [fecha de acceso 27 de febrero de 2019]; 28 (5): 237-49. Disponible en: <http://www.medintensiva.org/es-valoracion-del-grado-satisfaccion-los-articulo-13062421>
13. Trens López DM, Basulto Pérez AE, Vercher Marcos A, Acosta Cuéllar ME. Visión humanística de los cuidados de Enfermería. Metas Enferm 2013; 16(9):70-74.
14. Bengoechea Ibarondo MB. Estudios sobre la comunicación paciente enfermera en cuidados intensivos. El estudio de las líneas de investigación predominantes y otras relevantes. Enfermería Clínica [Internet] 2001 [fecha de acceso 8 de mayo de 2019]; 11 (6): 266-74. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862101737254>

15. Llubiá C. Cuidados críticos: La comunicación como terapia imprescindible. Psicooncología [Internet] 2008 [fecha de acceso 17 de febrero]; 5 (2-3): 233-243. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0808220233A>
16. Gómez-Carretero P, Monsalve V, Soriano JF, De Andrés J. Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos. Med Intensiva [Internet] 2007 [fecha de acceso 22 de enero de 2019]; 31 (6): 318-25. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0210-56912007000600006](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912007000600006)
17. Granados Chaparro R. Procedimiento operacional estandarizado (POE) de comunicación aumentativa-alternativa para pacientes intubados en UCI [trabajo de investigación]. Bogotá: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 2012. Disponible en: <http://bdigital.unal.edu.co/11334/1/539817.2012.pdf>
18. Rojas NP, Bustamante-Troncoso CR, Dois-Castellón A. Comunicación entre equipo de enfermería y pacientes con ventilación mecánica invasiva en una unidad de paciente crítico. Aquichan [Internet] 2014 [fecha de acceso 14 de enero de 2019]; 14 (2): 184-195. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v14n2/v14n2a06.pdf>
19. Ayllón Garrido N., Álvarez González M., González García M. Factores ambientales estresantes percibidos por los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos. Enferm Intensiva [Internet] 2007 [fecha de acceso 15 de enero de 2019]; 18 (4): 159-67. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-pdf-13113135>
20. Martínez Toquero J, Llauradó Serra M. Necesidades de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos. Metas Enferm 2017; 19(10): 63-70.
21. Heras La Calle G, Martín MC, Nin N. Buscando humanizar los cuidados intensivos. Rev. Bras. Ter. Intensiva [Internet] 2017 [fecha de acceso 3 de marzo de 2019]; 29 (1): 9-13. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-507X2017000100009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2017000100009)

22. Crispín Aldana AM, Orduy Organista ML, Rodríguez Real DA, Castro Buitrago EP. *Communicare: una herramienta didáctica de comunicación entre el personal de enfermería y los pacientes con dificultad en el lenguaje hospitalizados en la Unidad de cuidados especiales de la Clínica Universidad de La Sabana* [tesis doctoral] Chía: Facultad de Enfermería, Universidad de La Sabana; 2017. Disponible en: <https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/31232/Ana%20Mar%C3%ADa%20Crisp%C3%ADn%20Aldana%20%28Tesis%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
23. Arredondo González CP, Siles González J. *Tecnología y Humanización de los Cuidados: Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales*. *Index Enferm* [Internet] 2009 [fecha de acceso 22 enero 2019]; 18 (1): 32-36. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962009000100007](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000100007)
24. Bellido Vallejo JC, Ángeles Ríos A, Fernández Salazar S. *Modelo de cuidados de Virginia Henderson*. En *Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén*, editor. *Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN*. 1ª ed. Jaén: Sefarad; 2010. p. 17-33. Disponible en: [www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf](http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf)
25. González Rodríguez R, Martelo Baro MA, Bas Sarmiento P. *Actualización del modelo de cuidados de enfermería de Virginia Henderson y su aplicación al estudio de las necesidades básicas de la población del Campo de Gibraltar* [tesis doctoral] Cádiz, Facultad de Enfermería y Fisioterapia, Universidad de Cádiz; 2015. Disponible en: <https://rodin.uca.es/xmlui/handle/10498/18056>
26. Warrick A. *Comunicación sin habla. Comunicación Aumentativa y Alternativa alrededor del mundo*. Madrid: CEAPAT; 2002. Disponible en: <https://ceapat.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/ceapatiscacserie1.pdf>
27. Valverde Gefaell C. *Comunicación terapéutica en enfermería*. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2007.



28. Guisen MA, Sanz CV. Diseño de ECCA (entorno colaborativo de comunicación aumentativa y alternativa). Una ayuda tecnológica para alumnos con necesidades complejas de comunicación. EDUTEC [Internet] 2014 [fecha de acceso 22 de enero de 2019]; (50). Disponible en: <http://www.edutec.es/revista/index.php/edutec-e/article/view/194/7>
29. Larraz Istúriz, C. Comunicación aumentativa alternativa. Minusval [Internet] 2006 [fecha de acceso 16 enero de 2019]; 18-22. Disponible en: <http://sid.usal.es/idocs/F8/8.2.1.2-139/160/160dossier.pdf>
30. González M, Sosa H, Martín AE. Sistemas de comunicación no verbales. Enriqueciendo los Lenguajes Aumentativos y Alternativos con propiedades de Accesibilidad y Usabilidad. Informes Científicos - Técnicos UNPA [Internet] 2014 [fecha de acceso 20 de enero de 2019]; 6 (2): 30-56. Disponible en: <http://riberdis.cedd.net/handle/11181/4850>
31. Abril Abadín D, Delgado Santos CI, Vígara Cerrato A. Comunicación Aumentativa y Alternativa. Guía de referencia. Madrid: CEAPAT; 2009. Disponible en: <http://riberdis.cedd.net/bitstream/handle/11181/3425/Comunicaci%C3%B3n%20aumentativa%20y%20alternativa.pdf?sequence=1&rd=0031353058323473>
32. ARAASAC (Portal Aragonés de la Comunicación Aumentativa y Alternativa) [fecha de acceso 22 de enero de 2019]. Disponible en: <http://www.arasaac.org/aac.php>
33. Fonoll Salvador J, López Álvarez S. De causa efecto a la comunicación, con el apoyo de las TIC. Dialnet [Internet] 2008 [fecha de acceso 8 de marzo]; 229: 9-14. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2778433>
34. Cepeda C. El camino de la idea a la App de salud: el caso Hipot-CNV y Tradassan. Salud Conectada [Internet] 2015 [fecha de acceso 8 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://saludconectada.com/app-de-salud-hipot-cnv-y-tradassan-para-el-servicio-canario-de-la-salud/>
35. Happ MB, Garrett K, Thomas DD, Tate J, George E, Houze M, et al. Nurse-Patient Communication Interactions in the Intensive Care Unit. Am J Crit Care [Internet] 2011 [fecha de acceso 22 de marzo de 2019]; 20 (2): 28-40. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3222584/>

36. Ortega-Chacón V, Martínez Díaz D. Estrategias e instrumentos de comunicación con pacientes en ventilación mecánica invasiva. Revisión de la literatura. Rev Esp Comun Salud [Internet] 2017 [fecha de acceso 22 de marzo de 2019]; 8 (1): 92-100. Disponible en: <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/3608>
37. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias [Sede web]. Servicio Canario de Salud-Gobierno de Canarias [consultado 2 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocumento=e5ca8e6c-2e0b-11e0-919a-bdaa63e0a438&idCarpeta=3da5f513-541b-11de-9665-998e1388f7ed>
38. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Boletín Oficial del Estado, nº 294, (6-12-2018).

## 4. ANEXOS

### 4.1 ANEXO I: Cuestionario

#### EVALUACIÓN CUADERNO DE COMUNICACIÓN IMPLEMENTADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS

A continuación se le presenta un cuestionario para la evaluación del diseño, claridad y funcionalidad del cuaderno de comunicación que se ha proporcionado a la unidad con el objetivo de facilitar una comunicación efectiva entre los profesionales de enfermería y los pacientes conectados a ventilación mecánica invasiva conscientes.

Marque con una X la opción que considere pertinente.

**Edad:** \_\_ años.

**Género:**

- Hombre
- Mujer

**Tiempo trabajado en la unidad:** \_\_ meses

1. ¿Considera que el diseño de esta herramienta es fácil de comprender?
  - a. Sí
  - b. NO
2. ¿El tamaño de letra es adecuado?
  - a. Sí
  - b. NO
3. ¿Las imágenes empleadas se visualizan adecuadamente por su tamaño?
  - a. Sí
  - b. NO
4. ¿Las imágenes empleadas se visualizan adecuadamente por su color?
  - a. Sí
  - b. NO
5. ¿Considera que las imágenes utilizadas representan las necesidades de los pacientes?
  - a. Sí
  - b. NO

6. ¿Considera adecuado el número de imágenes del cuaderno?
  - a. Sí
  - b. NO
7. ¿Considera que en términos generales, el cuaderno se ajusta a las necesidades que desean expresar los pacientes?
  - a. Sí
  - b. NO
8. ¿El material en el que se plasma el cuaderno es adecuado?
  - a. Sí
  - b. NO
9. ¿Añadiría imágenes o expresiones al cuaderno?
  - a. Sí
  - b. NO
10. ¿Considera que la herramienta fue útil para la comunicación?
  - a. Sí
  - b. NO

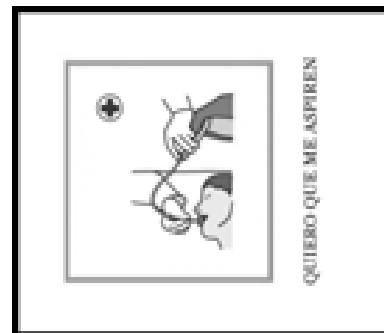
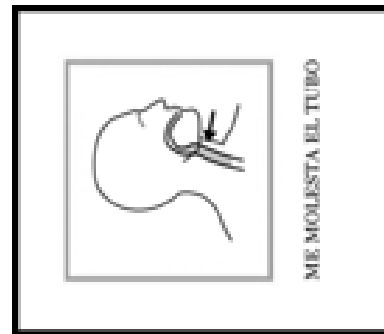
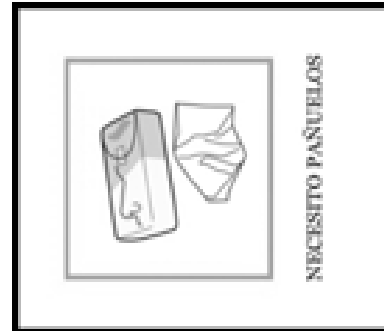
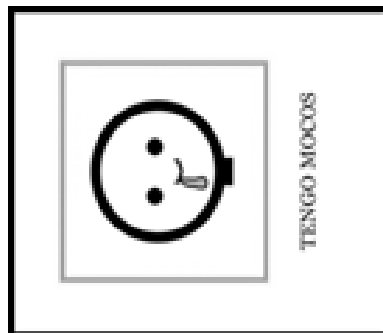
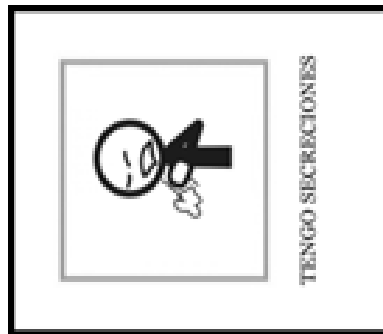
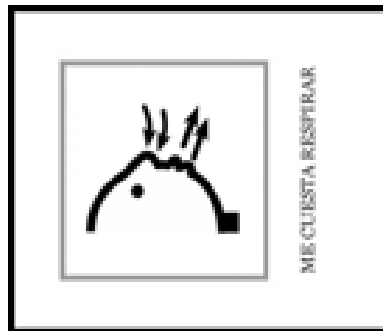
**Gracias por su atención y colaboración.**

# CUADERNO DE COMUNICACIÓN AUMENTATIVA/ALTERNATIVA PARA PACIENTES

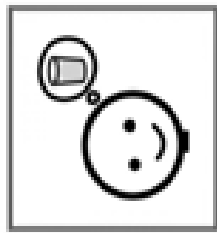
*Pictogramas: Sergio Palao Procedencia: ARASMAC (<http://catedu.es/arasmac/>) Licencia: CC (BY-NC-SA)*

**Instrucciones:** el paciente puede señalar con la mano o cualquier parte del cuerpo, lo que quiere expresar a la enfermera, como también puede ser esta quien señale los pictogramas hasta que el paciente con un gesto indique su respuesta.

## Necesidad de respirar



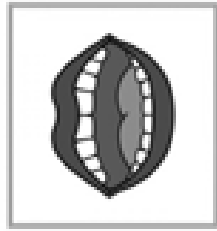
## Necesidad de comer y beber



TENGO LA BOCA SECA



QUIERO COMER

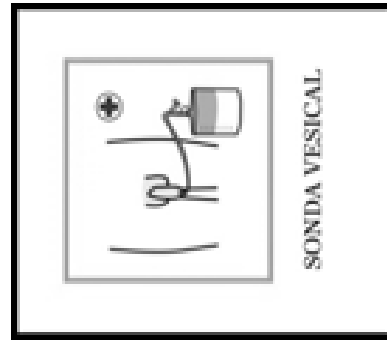
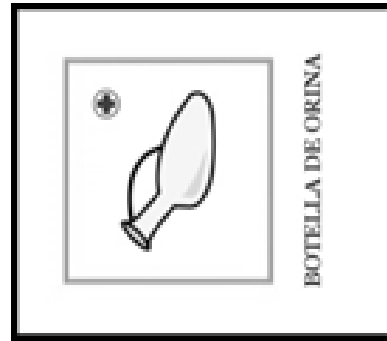
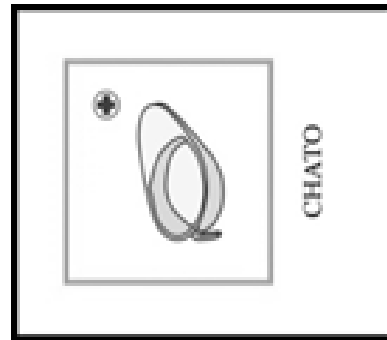
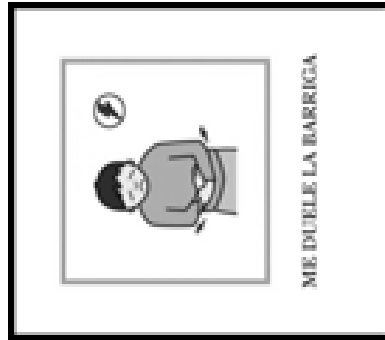
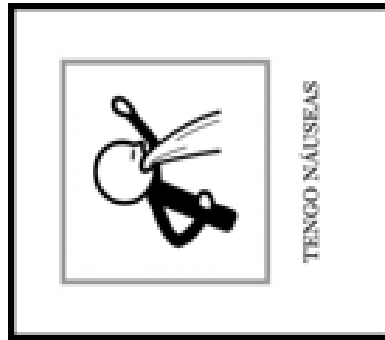
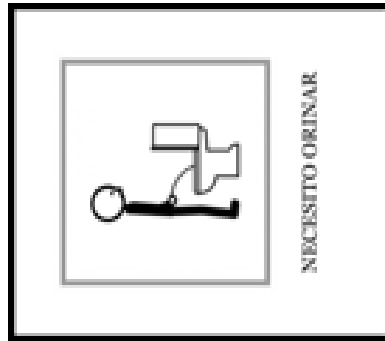
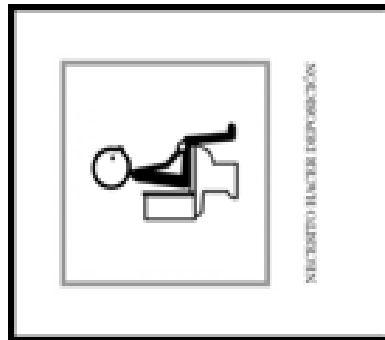


HUMEDECER LABIOS



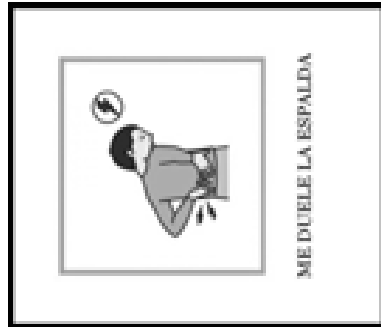
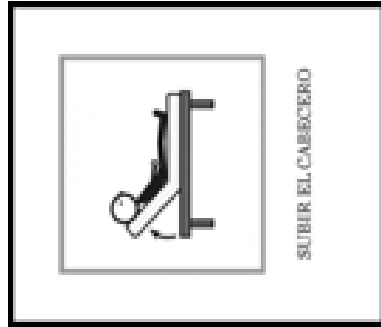
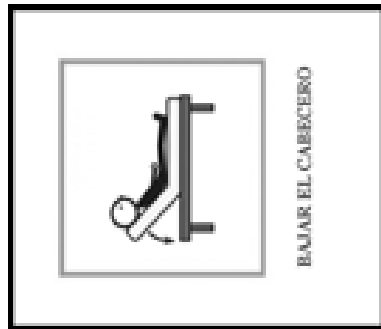
SONDA NASOGÁSTRICA

## Necesidad de eliminación

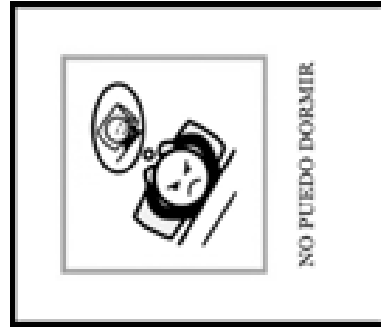
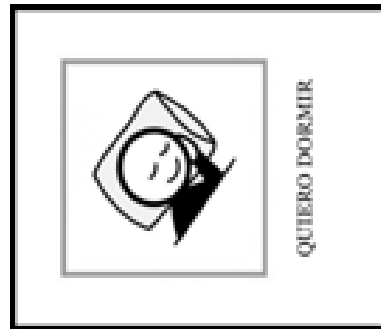




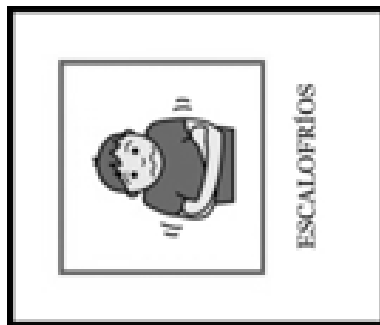
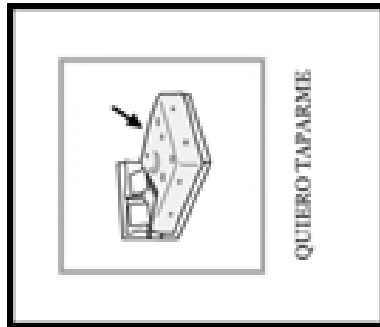
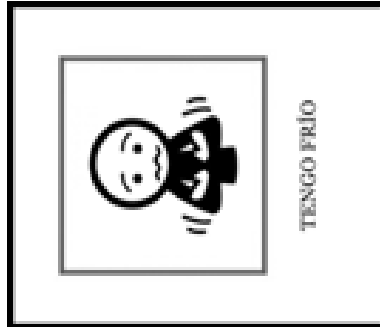
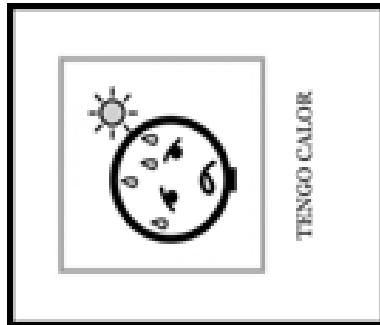
## Necesidad de moverse y mantener postura adecuada



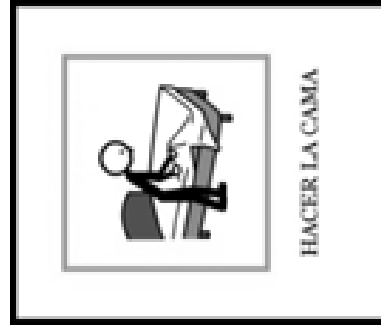
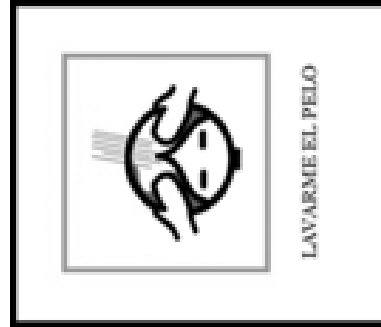
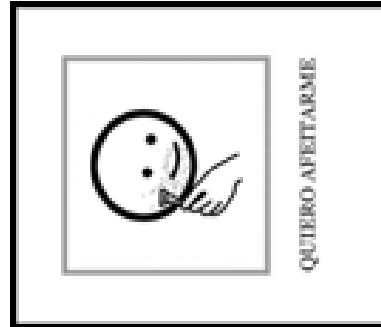
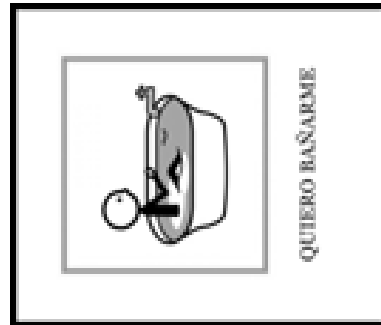
## Necesidad de dormir y descansar



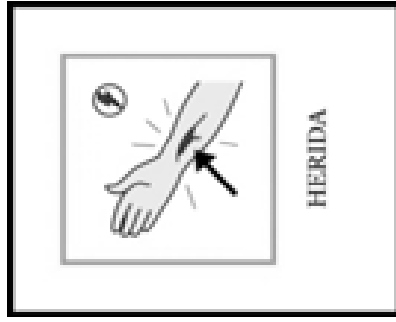
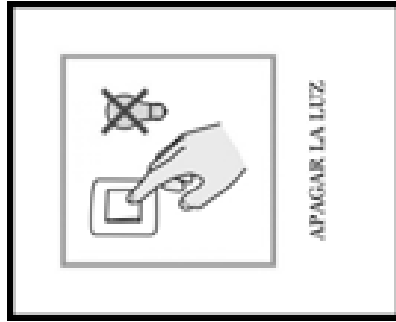
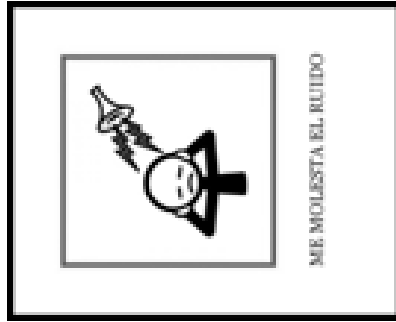
## Necesidad de mantener la temperatura corporal



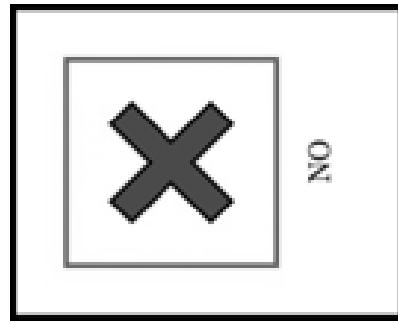
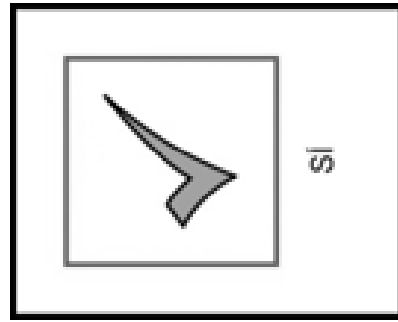
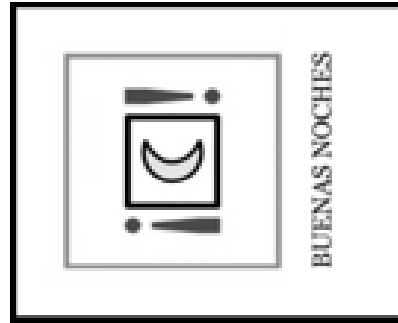
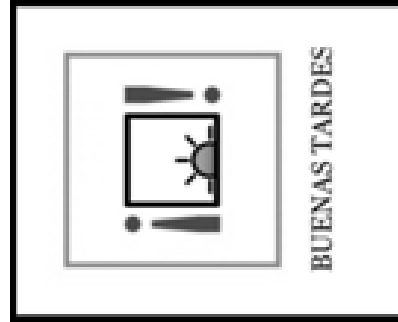
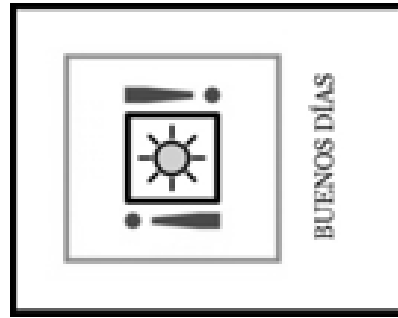
## Necesidad de mantener la higiene corporal



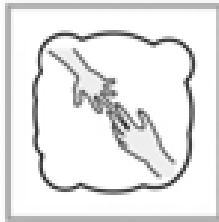
## Necesidad de evitar peligros del entorno



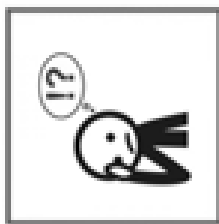
## Necesidad de comunicarse con otros y expresar emociones



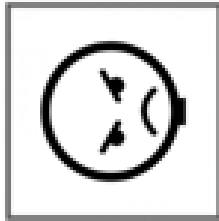
## Necesidad de comunicarse con otros y expresar emociones



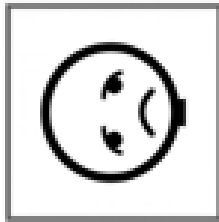
AYUDA



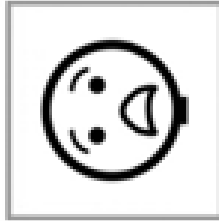
ESTOY PREOCUPADO



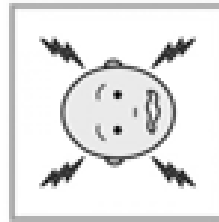
ESTOY ENFADADO



ME SIENTO TRISTE



ESTOY ASUSTADO



TENGO DOLOR



ME DUELE LA CABEZA



ME DUELE LA GARGANTA

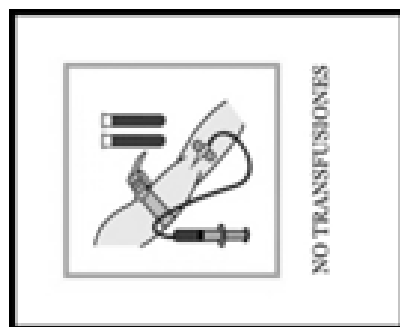
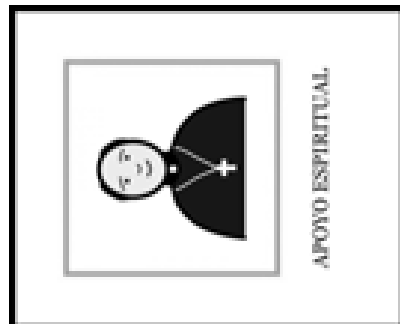


DOLOR DE MUELAS

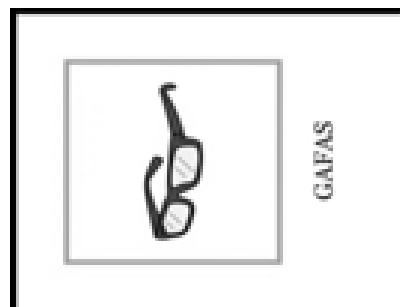
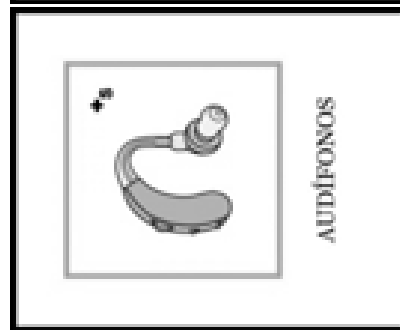
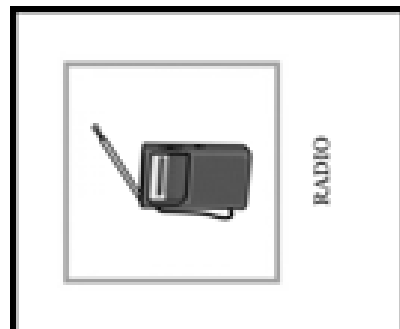
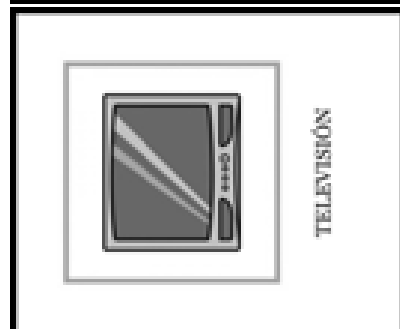


DOLOR EN LA VÍA

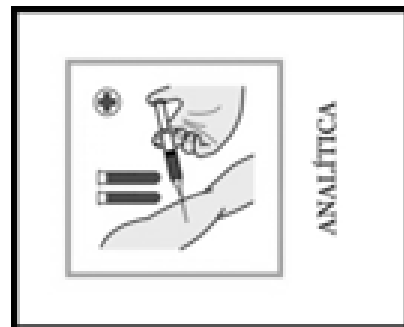
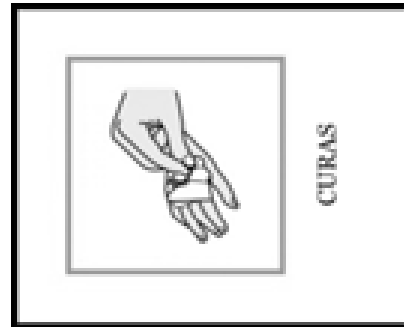
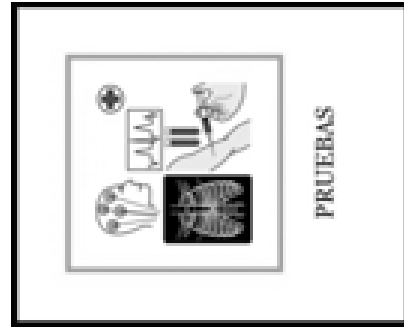
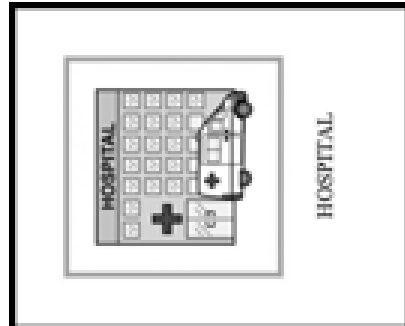
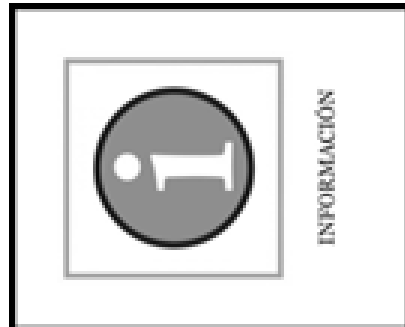
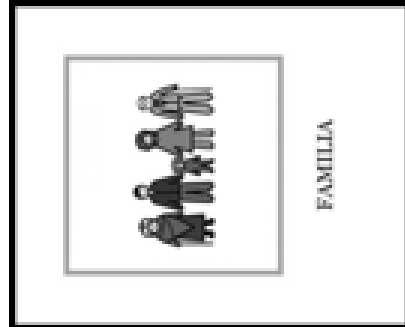
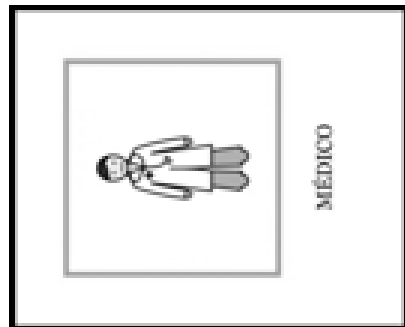
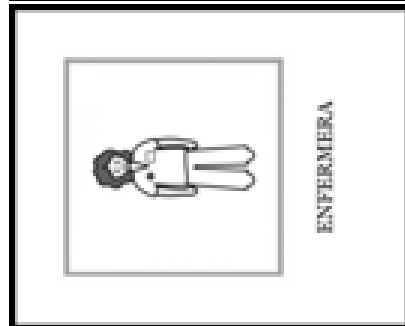
## Necesidad de apoyo espiritual



## Necesidad de recreación y ocio



## Necesidad de aprendizaje



### **4.3 ANEXO III: Entrevista semi-estructurada**

1. Satisfacción y experiencia del personal de enfermería con el cuaderno de comunicación.
2. Número de veces que se ha utilizado el tablero: por qué se ha utilizado, o en caso contrario por qué no.
3. Satisfacción con el cuaderno de comunicación respecto a su diseño.
4. Satisfacción con el cuaderno respecto a su utilidad.
5. Experiencia del paciente con el cuaderno de comunicación.

#### **4.4 ANEXO IV: Carta de presentación a la supervisión de la Unidad de Cuidado Intensivos del CHUC**

Estimada Supervisora:

Mi nombre es Almudena López, soy estudiante de cuarto de Enfermería y me dirijo a usted para informarle acerca de mi propósito de realizar una encuesta a las enfermeras de su unidad con motivo de un proyecto de investigación que estoy elaborando con el título “Implementación de un cuaderno de comunicación aumentativa/alternativa basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson para pacientes intubados conscientes”.

Dicho proyecto se basa en implementar un cuaderno de comunicación para favorecer una comunicación efectiva entre enfermera y paciente intubado consciente.

Por su experiencia sabrá de lo que le hablo y no dudo que haya vivido este tipo de situaciones donde se genera un ambiente de frustración tanto para el paciente como para el profesional que lo atiende, dado que se encuentra la necesidad de comunicación insatisfecha. Por todo ello, considero que las enfermeras tienen una gran influencia para hacer más sencillo este problema y nadie mejor que ellas, veinticuatro horas a pie de cama, para conocer qué es lo que más necesita expresar el paciente. Por todo esto, pido su colaboración, para que valoren la necesidad y utilidad de un cuaderno de comunicación así como aporten sugerencias para la mejora del que les presento.

Por supuesto me comprometo a mantener el anonimato de todos/as y cada uno/a de los/as participantes y a mandarles los resultados una vez los conozca y ya dispongo de los permisos pertinentes para la realización del estudio.

Para cualquier duda puede contactar conmigo por medio de este correo [alu0100952490@ull.edu.es](mailto:alu0100952490@ull.edu.es).

Reciba un cordial saludo,

Almudena C. López Pérez.

Estudiante de cuarto del Grado de Enfermería de La Universidad de la Laguna.



#### 4.5 ANEXO V: Consentimiento informado

Le informamos del desarrollo de un proyecto de investigación que estamos llevando a cabo para la “Implementación de un cuaderno de comunicación aumentativa/alternativa basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson para pacientes intubados conscientes”.

El objetivo de dicho estudio es analizar la utilidad de una herramienta de comunicación aumentativa/alternativa, como es en este caso el cuaderno de comunicación y ver qué aspectos necesita mejorar para que facilite una comunicación enfermera paciente efectiva.

Por esta razón necesitamos de su colaboración.

Para cualquier duda pueden ponerse en contacto con nosotras, a través del email [alu0100952490@ull.edu.es](mailto:alu0100952490@ull.edu.es) y el teléfono 682869761.

Todos los datos serán tratados de manera confidencial y con carácter anónimo, en cumplimiento con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de Diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Yo, \_\_\_\_\_ (Nombre y apellidos del participante) de \_\_\_\_\_ (edad en años), y DNI \_\_\_\_\_ acepto participar en el estudio de investigación “Implementación de un cuaderno de comunicación/aumentativa alternativa basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson para pacientes intubados conscientes”.

Mi participación es voluntaria, por lo cual y para que conste, firmo este consentimiento informado junto al profesional que me brinda la información.

En La Laguna, a ..... de ..... de 2019

Firma:

#### 4.6 ANEXO VI: Cronograma de trabajo

| Implementación de un cuaderno de comunicación aumentativa/alternativa basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson para pacientes intubados conscientes |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Meses   | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC | ENE |
| <b>Actividades</b>  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| <b>Fase 1</b>   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Búsqueda y revisión bibliográfica   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Diseño del proyecto de investigación  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Solicitud y obtención de permisos   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| <b>Fase 2</b>   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Recogida de datos   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Análisis e interpretación de datos  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| <b>Fase 3</b>   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Elaboración del proyecto final  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Presentación y difusión de los resultados   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

#### **4.7 ANEXO VII: Carta de autorización**

##### **Carta de autorización al Comité Ético de Investigación del Servicio Canario de Salud**

Fecha: \_\_\_\_\_

Muy Sres. Nuestros.

Me dirijo a ustedes con el fin de presentarles para valoración y veredicto el proyecto de investigación de carácter mixto con el título “Implementación de un cuaderno de comunicación/aumentativa alternativa basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson para pacientes intubados conscientes”.

Se adjunta ejemplar del proyecto con sus ANEXOS correspondientes.

Quedo a su disposición para cualquier tema o duda que se precise.

Email: [alu0100952490@ull.edu.e](mailto:alu0100952490@ull.edu.e)

Teléfono: 682869761

Atentamente.

Almudena Candelaria López Pérez.

Investigadora principal del proyecto.

#### 4.8 ANEXO VIII: Compromiso del investigador



COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA



#### COMPROMISO DEL INVESTIGADOR

D<sup>a</sup> Almudena Candelaria López Pérez, de la Universidad de La Laguna.

Hace constar:

Que conoce y acepta participar como investigadora principal en el proyecto de investigación titulado “Implementación de un cuaderno de comunicación aumentativa/alternativa basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson para pacientes intubados conscientes”.

Que se compromete a que cada sujeto sea tratado y controlado siguiendo fielmente lo establecido en el proyecto autorizado por el Comité de Ética de la Investigación del Complejo Universitario de Canarias.

Que respetará las normas éticas aplicables a este tipo de estudios.

Que asegurará la confidencialidad de los datos según lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.

Que dicho proyecto de investigación se llevará a cabo contando con la colaboración de D<sup>a</sup>. M. Mercedes Arias Hernández, profesora del Departamento de Enfermería de La Universidad de La Laguna.

En Santa Cruz de Tenerife, a ..... de ..... de 2019,

Firmado:

Investigadora principal

D<sup>a</sup>: .....

Firmado: Firmas de los investigadores colaboradores (cuando proceda)

Colaborador

D<sup>a</sup>: .....

#### 4.9 ANEXO IX: Presupuesto

| PRESUPUESTO IMPLEMENTACIÓN DE UN CUADERNO DE COMUNICACIÓN<br>AUMENTATIVA/ALTERNATIVA BASADO EN LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA<br>HENDERSON PARA PACIENTES INTUBADOS CONSCIENTES |                                |               |
|---|--------------------------------|---------------|
| CONCEPTO  |                                | Total         |
| <b>Material fungible</b>  | → Folios                       |               |
|   | → Bolígrafos                   |               |
|   | → Sobres                       |               |
|   | → Cartuchos de tinta           | <b>130€</b>   |
|   | → Grapadora y grapas           |               |
|   | → Impresión 6 cuadernos        |               |
|   | → Encuadernación               |               |
| <b>Material inventariable</b>   | → Portátil                     |               |
|   | → Impresora                    |               |
|   | → Programa informático oficial | <b>1.190€</b> |
|   | → Grabadora de voz             |               |
| <b>Recursos humanos</b>   | → Estadístico                  | <b>800€</b>   |
| <b>TOTAL</b>  |                                | <b>2.120€</b> |