



LA COMUNICACIÓN ENFERMERA-PACIENTE: ¿ES EFICAZ COMO HERRAMIENTA EN LA ADHERENCIA A LOS TRATAMIENTOS?

Autora: Carmen de Soto Mengíbar

Tutora: Margarita Hernández Pérez

Grado en Enfermería

Facultad de Ciencias de La Salud

Sección de Enfermería y Fisioterapia

Universidad de La Laguna

Junio 2017

***“Solo hay una regla para ser buen comunicador:
aprender a escuchar” C. Morley.***

Agradecimientos

Me gustaría dedicar este apartado con actitud agradecida, a todas aquellas personas que, tanto en mi trayectoria a lo largo de estos cuatro años de carrera, como a la hora de la realización de mi Trabajo de Fin de Grado, han influido en mí.

En primer lugar, y porque no debería ser de otra manera, quiero agradecer a mis padres el esfuerzo económico y su apoyo incondicional. A mi madre por transmitirme su amor por las letras que he intentado reflejar de algún modo en este trabajo y por la disciplina y valores que me ha inculcado; y a mi padre por enseñarme a que todo en la vida supone un esfuerzo, y a hacer de mí una persona fuerte y decidida, que no se rinde con facilidad.

Agradezco enormemente a las enfermeras con las que tuve la suerte de coincidir en el primer rotatorio de la asignatura "Practicum", quienes me enseñaron a pulir la enfermera que soy a día de hoy. Gracias a ellas y a todos los que fueron capaces de dedicarme tiempo, "**escucharme**" y "**comunicarse**" conmigo con profesionalidad, cariño y paciencia. Y gracias también a aquellos profesionales que no me hicieron el camino más liviano, sino que al contrario me lo hicieron escarpado, complicado y duro. Gracias por enseñarme aquello que no quiero, y aquello que jamás seré.

De una manera muy especial, me gustaría dedicar este apartado de agradecimientos también a dos pacientes que no solo han influido para bien en mi carrera profesional, sino, además, en mi vida personal. A Zoila y a Don José, por demostrarme que el valor de la vida y el valor de ser persona, es lo más importante que atesoramos, y es el regalo más hermoso que nos han brindado. Gracias por enseñarme que la enfermería no es solo curar y medicar, sino "**escuchar**", "**comprender**", "**alentar**" y "**acompañar**"; y que el don de la **palabra** y el **silencio** son, en tantísimas ocasiones, la mejor medicina.

Quiero agradecer también a mi tutora de esta asignatura, Margarita, quien me ha dedicado gran parte de su tiempo, me ha ayudado en todo aquello que he necesitado y me ha permitido llevar a cabo una propuesta de proyecto que ha supuesto el mejor punto y final de estos cuatro años de carrera profesional, pues he podido unificar la rama de las ciencias que es la que vocacionalmente he elegido, y la rama de las letras, que es aquella que siempre me gustó y que personalmente opino, va de la mano junto con nuestra elección profesional.

Y, por último, deseo agradecer a todas aquellas enfermeras que nos han precedido. Gracias por luchar por esta profesión, la nuestra y una de las más

gratificantes. Gracias por investigar y dejarnos a las enfermeras de ahora, el material y la evidencia necesarios para poder trabajar con mayor profesionalidad. Y gracias a todas aquellas enfermeras que han muerto y siguen muriendo, sacrificando sus vidas por aquello que aman: estar al servicio de los demás, en los momentos en los que más se las necesitó. Gracias por ser el mejor ejemplo de testimonio de amor al enfermo y a nuestra profesión.

RESUMEN: La comunicación entre la enfermera y el paciente es esencial para alcanzar una eficacia terapéutica. El presente Trabajo de Investigación tiene como objetivos principales valorar en qué medida el personal sanitario de enfermería adscrito a la Zona Básica de Salud de San Benito (Tenerife, España), le da importancia a una buena comunicación que repercuta eficazmente en la adherencia a los tratamientos prescritos. Para ello, esta propuesta de Proyecto de Investigación se ha dividido en dos fases: **Fase I**, donde se valorará el grado de importancia que el profesional enfermero en su consulta le da a la comunicación con el fin de mejorar la adherencia a los tratamientos, así como en qué medida llevan a cabo estrategias comunicativas; y **Fase II**, donde se evaluará una intervención educativa basada en la comunicación en pacientes hipertensos incumplidores adscritos a la misma Zona Básica de Salud. Se estudiarán diversas variables y como instrumentos de medida se utilizarán cuestionarios tales como el CICAA, basado en la atención al paciente, tests para medir el grado de adherencia a los tratamientos y encuesta de satisfacción del paciente acerca de la atención recibida en la Consulta de Enfermería. Para el análisis estadístico de los datos se empleará el paquete SPSS v.23 para Windows; y como parámetros estadísticos descriptivos se usarán medidas de centralización y dispersión. La realización de este proyecto podría reportar beneficios tanto al paciente, como al personal de Enfermería y al propio Sistema Sanitario.

Palabras clave: Comunicación enfermera-paciente, Atención de Enfermería, adherencia al tratamiento, hipertensión arterial.

ABSTRACT: The communication between the nurse and the patient is essential to reach a therapeutic efficiency. The present Investigation Work has as principal aims value in what measure the sanitary personnel of infirmary assigned to the Basic Zone of Health of San Benito (Tenerife, Spain), gives importance to a good communication that reverberates effectively in the adherence to the prescribed. For it, this offer of Investigation Project is divided in two phases: **Phase I**, where the degree of importance will be value in reference to how the nurses in their consultations give to the communication, improving the adherence to the treatments, as well as in what measure they carry out communicative strategies; and **Phase II**, where there will be evaluated an educational intervention based on the communication in hypertense non-compliant patients assigned to the same Basic Zone of Health. Diverse variables will be studied and as instruments of measure there will be in use such questionnaires as the CICAA based on the attention to the patient, tests for measuring the degree of adherence to the treatments and survey of satisfaction of the patient brings over of the attention received in the Nursing Consultation. For the statistical analysis of the information, there will be used the package SPSS v.23 for Windows; and as statistical descriptive parameters there will be used measures of centralization and dispersion. The accomplishment of this project might bring so much benefits to the patient, since to the personnel of Infirmary and own Sanitary System.

Key words: Communication nurse - patient, Nursing Atención, adherence to the treatment, arterial hypertension.

INDICE

	Páginas
1. INTRODUCCIÓN.	1
1.1 Marco Histórico.	1
1.2 La comunicación terapéutica.	1
1.3 Calidad y comunicación.	2
1.4 Adherencia y comunicación.	3
1.5 La comunicación eficaz y el entrenamiento profesional.	7
1.6 Una relación terapéutica de calidad.	10
1.7 Aspectos generales y estado actual del tema.	11
2. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS.	13
2.1 Justificación.	13
2.2 Objetivos.	14
3. MATERIAL Y MÉTODOS.	15
3.1 Diseño de estudio.	15
3.2 Población y muestra.	15
3.3 Criterios de inclusión y exclusión.	16
3.4 Variables e instrumentos de medida.	16
3.5 Recopilación de datos.	17
3.6 Análisis estadístico de los datos.	18
4. BENEFICIOS DEL ESTUDIO.	19
5. CRONOGRAMAS.	20
6. LOGÍSTICA.	21
7. BIBLIOGRAFÍA.	22
8. ANEXOS.	25
8.1 Cuestionario CICAA. Modelo estándar.	26
8.2 Preguntas extra.	29
8.3 <i>Test</i> de Batalla.	32
8.4 <i>Test</i> de Morisky-Green.	33
8.5 <i>Test</i> de autocumplimiento de Haynes-Stackett.	34
8.6 Encuesta de satisfacción al usuario.	35
8.7 Cartas a Gerencia de Atención primaria y Centros de Salud.	39
8.8 " <i>E-mails</i> " informativos dirigidos a las enfermeras.	41
8.9 Intervención educativa.	43
8.9.1 HTA: Información para el paciente.	45

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Marco histórico

Desde el nacimiento de la enfermería, Florence Nightingale introdujo la importancia de la comunicación eficaz con el paciente en nuestra profesión. Más adelante, Peplau consideró esa comunicación como los cimientos del modelo enfermero, y como una herramienta indispensable para conocer las necesidades del paciente, y comprenderle a partir del entendimiento de nuestra propia conducta estableciendo así una relación de ayuda.

El resto de teorías que surgieron con el paso del tiempo, como la Teoría General de Enfermería de Dorotea Orem o la Teoría de las Necesidades de Virginia Henderson, también hicieron hincapié en esa relación de ayuda enfermero-paciente, en la relevancia psicosocial que tiene la comunicación en las relaciones interpersonales y los valores ético-morales del ser humano.

En 1959, con Rander y Weiss, nace el término “**relación terapéutica**”, siendo “relación” los <<medios para conseguir un efecto>> y “terapéutica” como <<el efecto que se pretende conseguir>>. (1)

1.2. La comunicación terapéutica

La comunicación terapéutica es, por tanto, el vínculo esencial entre la enfermera y el paciente, en el que se sientan las bases de la eficacia terapéutica. Muchos de los problemas que surgen en el ámbito sanitario son originados o bien por la falta de comunicación, o bien por todas aquellas interferencias (los “ruidos lingüísticos”) que evitan que el mensaje sea recibido con claridad. Esta “comunicación terapéutica” que describimos, tiene tres objetivos fundamentales:

1. **Objetivos para el paciente**, el cual se convierte en el epicentro de los cuidados y se le hace partícipe de los mismos (educación sanitaria). Se siente atendido, escuchado y comprendido por el personal. Además, puede producir mejoras y avances en la evolución de su enfermedad si todo ello, realizado de la manera adecuada, genera un impacto positivo en su adherencia al tratamiento.
2. **Objetivos para el personal sanitario**. Si este vínculo comunicativo terapéutico es eficaz, el colectivo sanitario se siente eficiente y satisfecho, y ello repercute positivamente en su trabajo. Además, mediante una buena

escucha activa, enfermeras y médicos pueden empatizar mejor con el paciente y de esta manera, comprender qué le ocurre exactamente, e intentar buscar la solución más idónea al problema que presenta. (2)

3. **Objetivos para el sistema sanitario:** pues cuanto más efectiva sea esta comunicación y relación terapéutica, mejores resultados se lograrían en los tratamientos y en la prevención de la enfermedad, y ello repercutiría en un aumento de la calidad de los servicios, y en una menor sobrecarga de trabajo.

1.3. Calidad y comunicación

La relación eficaz entre personal sanitario y paciente supone un impacto positivo en la calidad asistencial del enfermo. Una de las primeras personas en acuñar e investigar el concepto de “*calidad asistencial*”, fue Avedis Donabedian, quien propuso en el año 1980 la siguiente definición del citado término: “*calidad de la atención es aquella que espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar, después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar en este proceso en todas sus partes*”. Donabedian, en su estudio, determinó también que existían tres componentes de la calidad asistencial que son:

1. **El componente técnico:** que aplica la ciencia a la tecnología en el manejo de un problema.
2. **El componente interpersonal:** que se rige por las normas aceptadas socialmente dentro de la comunidad.
3. **Aspectos de confort:** que hacen de la asistencia sanitaria un proceso menos incómodo y más humano.

Aunando los tres componentes se lograría una intervención y una calidad más eficaz, más humana y menos violenta para el paciente. También en el año 1989, la *International Organization for Standardization (ISO)*, definió la calidad asistencial como: “*el grado en el que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado*”. (3) Hoy día, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad asistencial como: “*aquella que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, protectoras y de mantenimiento) de los individuos o de la población de una forma total y precisa, y destina los recursos necesarios (humanos y de otro tipo) a estas necesidades de manera oportuna y tan efectiva como el resultado actual del*

conocimiento lo permite”, y se le atribuyen al término los siguientes factores: efectividad, adecuación, seguridad, aceptabilidad, eficiencia, accesibilidad y competencia. (4)

Por tanto, en el proceso de calidad asistencial se consideró, (desde Donabedian), que en él intervenían tres aspectos:

1. Aspecto técnico instrumental.
2. Aspecto comunicativo.
3. Comodidades de la asistencia.

Estos factores se ven continuamente condicionados en el día a día por los recursos de los que se dispone, excepto el de la **comunicación**. El citado aspecto comunicativo que ayuda a mejorar la calidad asistencial de la que estamos tratando, es responsabilidad exclusiva del personal, y resulta necesaria para establecer una buena relación terapéutica. No consume recursos económicos del sistema, y es un instrumento esencial a la hora de mejorar la prestación de servicios. (1)

1.4. Adherencia y comunicación

En lo que se refiere a los objetivos para el paciente, se ha mencionado la “eficacia en la adherencia al tratamiento”, y tal y como reza en el título de este trabajo, se considera un pilar fundamental a la hora de la mejoría clínica en ciertas patologías, así como el control y manejo de la salud en aquellos trastornos crónicos que afectan a un sector muy amplio de la población. La Organización Mundial para la Salud define “**adherencia al tratamiento**” como el “*cumplimiento del mismo, es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación y el programa prescrito y la persistencia, es decir, tomar la medicación a lo largo del tiempo indicado*” (5). También la define como “*el grado en el que el comportamiento de una persona (tomar un medicamento, seguir un régimen alimenticio adecuado y ejecutar cambios en el estilo de vida) se corresponde con las recomendaciones acordadas por un prestador de asistencia sanitaria*” (6).

La poca adherencia a los tratamientos es un problema de enorme magnitud en todos los niveles de asistencia sanitaria.

Los tratamientos, para ser eficaces, deben ser cumplidos estrictamente según las instrucciones del médico, ya sean para tratar un problema puntual, o para mantener una calidad de vida buena en aquellos pacientes que presentan enfermedades crónicas. Se tiene conocimiento de que el nivel de cumplimiento terapéutico varía dependiendo del tipo de tratamiento. La tasa más alta es aquella que dan las patologías tratadas con

analgésicos o antiinflamatorios, pues producen alivio de la sintomatología de la enfermedad presente (tratamientos cortos). En cambio, en otras enfermedades que persisten en el tiempo, como la diabetes y la hipertensión, o en otras que no presentan riesgo grave e inmediato para la vida, el tratamiento suele ser olvidado, dado que el paciente se encuentra asintomático la mayor parte del tiempo. También hay baja adherencia cuando la patología implica cambios en el estilo de vida. Si los sistemas de salud lograsen aumentar los índices de adherencia en los tratamientos (farmacológicos y cambios conductuales de estilos de vida), se lograría una mejoría en cuanto a los beneficios que aporta a los humanos, a la sociedad y a la propia economía. Según una revisión bibliográfica publicada a modo de informe en el año 2012, se considera que la población anciana es más susceptible a abandonar los tratamientos que el resto de personas. De esta manera se produce un empeoramiento de su enfermedad y un fracaso en su terapia. (6)

Es un error afirmar que la adherencia al tratamiento depende única y exclusivamente del paciente que debe tomarlo. Existen muchísimos factores que pueden alterar el curso de una terapia:

1. **Factores derivados del paciente:** edad, falta de comunicación, poca información, situación económica, nivel de estrés...
2. **Factores derivados de la atención sanitaria:** desconfianza, mala comunicación, falta de empatía entre el profesional y el paciente, poca escucha activa, empleo excesivo de la jerga médica y terminología incomprensible para el paciente...
3. **Factores derivados de la propia enfermedad:** nivel cognitivo, pesimismo, situación que el paciente no acepta...
4. **Factores derivados del tratamiento:** que sean largos, complejidad en los horarios, miedo a las reacciones adversas, desconocimiento del objetivo de cada fármaco...
5. **Factores socioeconómicos:** la pobreza, el analfabetismo, condiciones inestables de vida, lejanía de su centro de salud, creencias populares acerca de su enfermedad... (6) (7)

El problema de adherencia en los tratamientos ha sido muy estudiado, y en la actualidad existe numerosa bibliografía sobre la influencia de estos factores y sobre los incumplimientos en cada una de las terapias (farmacológicas, y no farmacológicas). Un ejemplo de ello es un artículo, a modo de reflexión publicado, en el año 2001 en la

Revista Cubana de Medicina General e Integral, en el que se desarrollan de manera completa cada uno de estos factores que intervienen en los grados de adherencia. (8). Otro ejemplo es el que se publicó en mayo del 2007 en la Revista Médica de Chile y que versa sobre la psicología de la salud y su repercusión en la adherencia terapéutica. (9).

A día de hoy, tras reconocer que la falta de adherencia a los tratamientos es un problema real que afecta de manera negativa a la salud de las personas, se han clasificado los diversos tipos de incumplimiento terapéutico en función del tiempo de tratamiento pautado:

1. **Incumplimiento parcial/espórádico:** en este tipo, son frecuentes los olvidos de dosis espontáneas. *Por ejemplo: mujer a la que se le olvida una toma de pastilla anticonceptiva uno de los días del ciclo.*
2. **Descanso farmacológico o vacaciones terapéuticas:** si el paciente se siente mejor, decide dejar el tratamiento una temporada y retomararlo al reaparecer los síntomas. *Por ejemplo: paciente diabético que al controlar su azúcar a diario comprueba que sus niveles ya son los adecuados, y deja de tomar el tratamiento hasta que vuelve a percatarse de que se le ha descompensado de nuevo.*
3. **Cumplimiento de bata blanca:** los pacientes solo se toman su medicación durante los días anteriores a la visita del médico para que los valores de sus constantes sean los establecidos como normales. *Por ejemplo: paciente hipertenso que tiene consulta el viernes, y se toma la medicación a partir del lunes. O también: paciente diabético que se toma la medicación solo la semana anterior a su análisis de control bianual.*
4. **Incumplimiento absoluto:** abandono del tratamiento por parte del paciente de manera indefinida. Esta modalidad supone un fracaso terapéutico y compromete la calidad de vida de la persona, así como el mantenimiento de la salud o mejoría de la enfermedad.
5. **Otros tipos de incumplimiento:** se dan cuando las dosis son las indebidas, o cuando se decide, por ejemplo, no salir a repetir recetas o comprar medicamentos en la farmacia. (6)

Otros tipos de “**no-adherencia**” son también aquellas derivadas de la falta de cumplimiento debido a otros aspectos para mejorar las patologías, por ejemplo, el no cambiar estilos de vida que son incompatibles con determinadas enfermedades. En esta categoría, intervienen factores relacionados con la falta de entendimiento de las propias

enfermedades o la poca conciencia de aquello que puede ocurrirles en caso de no adaptar su vida a las nuevas circunstancias. También influye mucho la educación sanitaria recibida respecto a ello, y en este campo, entra en juego la comunicación eficaz personal sanitario-paciente que estamos analizando.

Evidentemente, no podemos convivir diariamente con todos y cada uno de los pacientes que atendemos para comprobar que toman su tratamiento correctamente o que el estilo de vida que llevan es el más adecuado para la evolución de su trastorno o enfermedad. En lo que se refiere a Atención Hospitalaria o Especializada, al ser nosotros los administradores de los cuidados y los que proporcionamos la medicación prescrita por el médico a las horas exactas, no podemos medir si el paciente tiene una buena o mala adherencia. Mientras se encuentre siendo tratado por personal sanitario, y que su tratamiento, dieta e incluso movilizaciones sean controlados por el mismo, su adherencia siempre será adecuada. Este problema de falta de cumplimiento que nos ocupa, repercute muchísimo más en Atención Primaria. Es en los centros de salud y en las áreas de salud, donde se puede analizar y valorar de manera más efectiva si un paciente está cumpliendo con el régimen terapéutico o no, pues acude desde su domicilio a la consulta. Ahí debería llevarse a cabo la Educación Sanitaria necesaria para que la persona no tenga ninguna duda acerca de las dosis, los horarios o la manera de administrar los medicamentos, entre otros aspectos. Y es en la consulta donde también se pueden realizar los controles oportunos para valorar el grado de cumplimiento. En la ejecución de dichos seguimientos no existe una herramienta infalible y exacta al cien por cien de medida, pero sí que se usan una serie de métodos para ello. Estos pueden ser:

1. **Métodos directos:** Son objetivos, pues tratan de medir los niveles del fármaco en la sangre, y en otros fluidos a través de las analíticas que se le realicen a la persona. Pero no son fiables en su totalidad, pues existe el tipo de incumplimiento llamado "*cumplimiento de bata blanca*": si el paciente es consciente de que se le realizará una analítica para valorar esos niveles, procurará en los días anteriores tomar correctamente el tratamiento establecido.
2. **Métodos indirectos:** Son más subjetivos que los directos. Se realizan mediante una serie de entrevistas en la consulta a modo de cuestionarios para valorar el nivel de adherencia. Entre los más empleados en Atención Primaria cabe señalar los siguientes:

- 2.1 *Cuestionario de Morisky-Green*, que analizará si la actitud del paciente es la adecuada ante el régimen terapéutico. (6)
- 2.2 *Cuestionario de autocumplimiento*, propuesto por Haynes y Sackett. Sirve no sólo para detectar si el paciente es “no cumplidor” sino también para analizar los motivos por los que no cumple con el tratamiento establecido. (6)
- 2.3 *Test de batalla*: que analizará los conocimientos que posee el paciente acerca de la enfermedad que padece. (6)

Lo importante es que el paciente sea consecuente y responsable con el cumplimiento de su tratamiento o modificación de su estilo de vida, y salir de cada consulta sabiendo:

1. **Cuál es la finalidad de cada medicamento prescrito.** *Por ejemplo: que un paciente con una enfermedad crónica y que vaya a estar polimedicado de por vida, tenga claro el objetivo que tiene cada fármaco que deba tomarse.*
2. **Qué medicamentos se tiene que tomar.** *Por ejemplo: los pacientes con patologías puntuales o crónicas deberían controlar todos los fármacos que necesiten para su curación, o mantenimiento de la salud.*
3. **Los horarios, las cantidades exactas y la forma de administración de cada uno de ellos.** *Por ejemplo, uno de los medicamentos que más dificultades puede suponerle al paciente a la hora de tomarlo es el SINTROM. Debe ser consciente de cómo hacerlo, y saber interpretar los calendarios prescritos por el médico con las dosis exactas que le corresponden cada día.*
4. **Hasta cuándo se los debe tomar:** *por ejemplo: no es lo mismo un tratamiento para controlar de por vida una enfermedad crónica, que un tratamiento para curar una infección de oídos de varios días de evolución.*
(6)

1.5. La comunicación eficaz y el entrenamiento profesional

Para que el paciente sea consciente de todo esto, es necesario que en la consulta la comunicación y relación terapéutica con el personal sanitario sea, ante todo eficaz. La Educación Sanitaria juega un papel importante que no se puede ignorar. Sin embargo, en ocasiones, esto se convierte en una tarea secundaria en nuestro trabajo.

García Marco *et al.* (2004), diferenciaron distintos factores que intervienen en la mala o poca comunicación, y entre ellos señalaron:

1. **La falta de tiempo** por consulta que se dedica a cada paciente, en la que podríamos incluir la sobrecarga de trabajo actual del personal sanitario.
2. **La falta de formación** por parte de los trabajadores, que son incapaces de comunicar aquello que no manejan con habilidad y seguridad.
3. **La falta de demanda de información** por parte del usuario. (1, 10)

A pesar de ello, Enfermería es una profesión que se caracteriza por establecer relaciones de ayuda entre ellos mismos y los pacientes a su cargo. Las enfermeras deben ser buenas comunicadoras, y para ello, el principal paso es asumir que la comunicación es fundamental en este trabajo, siendo conscientes de que es algo que se debería entrenar desde las Facultades de Enfermería (con créditos de estudio relacionados con la mejora de vocabulario y estrategias comunicativas). La enfermera debe tomarse la comunicación como una herramienta más de su profesión, como son las manos, el material hospitalario, la medicación o las hojas de registro. Y además, tiene que asumir que dicho instrumento es el más humano y con el que mejor se llega a la persona que se atiende.

Para ser un buen terapeuta, y, en consecuencia, un buen comunicador, se deberían tener una serie de características personales. Las propuestas por Cormier y Cormier (1991-1994) y Ruiz y Villalobos (1994) son:

1. Se debe tener **un interés sincero** por las personas a las que se atiende, por su bienestar y su salud.
2. **Tolerancia** para aceptar que hay diversidad en los estilos de vida de cada persona y saber respetarlos.
3. **Ser conscientes de las limitaciones** que se tienen a nivel personal y material para la asistencia.
4. **Ser capaces de “autorregularse”**, es decir, no trasladar los problemas personales al ámbito laboral.
5. Poseer una **buena salud mental**.
6. Tener una base de **experiencia vital** que le permita empatizar con mayor facilidad.
7. Tener los **conocimientos necesarios sobre la variedad cultural** y respetar todas y cada una de las creencias de cada persona.

8. Ser conscientes de que tienen una **buena formación teórico-práctica** y confianza en sí mismos para llevar a cabo las actividades pertinentes.
9. Ser **pacientes y persistentes**, pues las terapias con personas acaban agotando emocionalmente al terapeuta de manera indirecta.
10. Ser **flexibles** para poder adaptar cada plan de cuidados a las circunstancias de cada persona.
11. **Conocer los principios y deberes éticos profesionales** y saber llevarlos a la práctica profesional.

Para ser un buen comunicador, el terapeuta debe poner en práctica una serie de competencias y poseer una serie de características que, aunque no son innatas, pueden entrenarse:

- **Empatía.** Capacidad de comprender al paciente, saber aquello que nos quiere transmitir. Ser capaces de ponerse en su lugar. Intentar entender lo que siente, por qué lo siente y cuándo lo siente. El término “empatía” es, según el Diccionario de la Real Academia Española (DRAE): “*sentimiento de identificación con algo o con alguien*” y “*capacidad de identificarse con alguien y compartir sus sentimientos*”. (11) Según Ruiz y Villalobos (1994), la empatía también trata de comprender las implicaciones emocionales, cognitivas y conductuales implícitas en los mensajes transmitidos por el paciente. De esta manera no solo estaremos comprendiendo lo que nos dice, sino cómo se siente ante las diferentes situaciones que se plantean.
- **Escucha activa.** En numerosas ocasiones la atención en la comunicación se centra exclusivamente en saber comunicar, y un buen terapeuta y comunicador comprende que el “saber escuchar”, no solo es un método para poder recabar más información sobre aquello que se está valorando (el paciente y sus circunstancias) sino también un sistema de terapia hacia la persona que se le está prestando atención. Aquí, el papel del **silencio** desempeña un rol importantísimo que es ignorado en frecuentes ocasiones.
- **Comunicación no verbal.** Estar atento a sus gestos, y a lo que nos quiere comunicar de una manera no vocal, es una ventaja a la hora de valorar su situación, pues una persona que se comunica, no solo lo hace a través de su voz y de un idioma determinado. También es fundamental que se procese la información obtenida, evitando que las propias creencias, valores y

actitudes o pensamientos del terapeuta influyen en la valoración de los datos.

1.6. Una relación terapéutica de calidad

Un buen comunicador, por tanto, debe presentar un compromiso fiel hacia el paciente, mostrando su disposición como terapeuta a ofrecer soluciones a los problemas planteados. Tiene que hacer un esfuerzo por comprender todo aquello que el paciente le quiere transmitir, a través de gestos o comunicación verbal y presentar una actitud no valorativa, es decir, que no juzgue, prejuzgue y que interprete objetivamente los hechos y circunstancias, así como la información recabada. (12)

En el ámbito sanitario, ofrecer al paciente un trato de calidad, empático, atento y que no juzgue; pendiente de sus necesidades, que sopesa sus circunstancias y ofrezca educación para beneficios futuros, debería ser prioritario. El tiempo y la sobrecarga de trabajo pueden ser factores que influyen negativamente en el proceso descrito anteriormente, pero debemos ser conscientes de que las engrosadas listas de pacientes a las que se atiende están formadas por seres humanos, todos y cada uno de ellos con sus condiciones de vida, socioculturales, su nivel educativo, sus circunstancias familiares, su historia personal..., y todos ellos requieren el tiempo necesario para que la atención a los mismos sea eficaz, y produzca efectos positivos en su salud y vida.

Los tratamientos farmacológicos son, para el personal sanitario, documentos rutinarios de trabajo, que se manejan a diario y no suponen ningún tipo de problema a la hora de su interpretación y puesta en práctica. Sin embargo, los pacientes en su gran mayoría no son personas formadas en la materia. A eso se añade que, en numerosas ocasiones, no entienden para qué son, los horarios impuestos y la forma de administrárselos. Lo mismo ocurre con los planes terapéuticos, como, por ejemplo, aquellos relacionados con las modificaciones de ciertos hábitos de vida. El paciente debe ser consciente de las repercusiones positivas y negativas que esos cambios producirían en su salud, así como saber el porqué debe hacerlo y mantenerlo indefinidamente en el tiempo. Todo ello se puede reducir en un único término acuñado como "Educación Sanitaria", y enfermería es una de las profesiones que debe emplearla como herramienta de trabajo. El ser buen terapeuta y comunicador, es algo que debería replantearse desde las Facultades Universitarias de Enfermería, a pesar de que la práctica futura les procurará cierta experiencia en la materia. Pero al no ser cualidades innatas, sino cualidades que se adquieren, debería considerarse su entrenamiento desde que se estudia la profesión.

1.7. Aspectos generales y estado actual del tema

La comunicación, proceso lingüístico inherente a las personas por nuestra simple condición humana. ¿Qué sería del *homo sapiens* si desde los comienzos de su existencia hubiera sido incapaz de comunicarse? Sencillamente, no existiríamos.

En nuestra constante lucha por sobrevivir, los seres humanos nos hemos comunicado siempre con nuestro entorno, desde el uso de sonidos onomatopéyicos hasta el diálogo verbal, claro y fluido. Un bebé, incapaz de hablar y en pleno aprendizaje de un idioma, se relaciona con sus padres a través del llanto, pues es su único medio para reclamar atención en caso de tener hambre, querer dormir, o sufrir algún dolor. Y sus padres, a pesar de no poder establecer de manera verbal un diálogo con él, son capaces de entenderle y ayudarlo con aquello que está reclamando. Sin necesidad de hablar, ellos se han comunicado. Y es que, sin lugar a dudas, la comunicación verbal y no verbal está muy presente a lo largo de nuestra existencia. Somos seres sociables, que, como tales, necesitamos relacionarnos con todo lo que nos rodea. Necesitamos de los demás, y los demás nos necesitan a nosotros para sobrevivir. Y este proceso tan rutinario, es clave en nuestra vida diaria.

Para que exista comunicación, deben estar presentes todos sus elementos. Tiene que existir un emisor encargado de transmitir un mensaje (que es aquello que se quiere comunicar); y ese mensaje debe llegar al receptor, que es la persona que lo recibe. Además, para que el acto sea eficaz, emisor y receptor deben compartir un significado común, es decir, que el mensaje sea entendido correctamente por el receptor, el cual comprende lo que el emisor le quiere transmitir, aunque en ciertos contextos no compartan las mismas opiniones. (13)

Algo muy similar ocurre a la hora de analizar un proceso de salud: existe una persona que es el *prestador de servicios*, que puede ser médico o enfermera, que se pone a disposición del paciente, el cual es el *receptor de servicios* (asistencia). Para que este acto se produzca, ambos necesitan de un *entorno*, que es el lugar donde se desarrolla la atención sanitaria, como puede ser el hospital, el centro de salud, e incluso los propios domicilios de los pacientes. Estos entornos deben estar habilitados correctamente para que se pueda llevar a cabo el proceso de salud, y deben contar con el material necesario para ello (en caso de los domicilios, la enfermera o médico debe llevar los instrumentos necesarios para la asistencia). Por último, también se requiere de un *administrador de servicios*, que es la dirección, gerencia, administración, y el propio sistema sanitario. (1)

La enfermería es, sin lugar a dudas, el arte de cuidar. Y cuidar, es algo que acoge y engloba mucho más que transcribir, registrar, interpretar planes de actuación de tratamientos, proporcionar cambios posturales, administrar medicación bajo la regla de **“los cinco correctos”**, curar o pinchar. La enfermería trata de valorar a la persona, sana o enferma, de una manera integral. Los pacientes son seres humanos, cada uno con una historia personal y una realidad que debe ser entendida desde todos sus ámbitos holísticos. Y para lograrlo, es esencial la comunicación y la relación terapéutica que entablemos con ellos. Se entiende como **“relación terapéutica”**, aquel nexo entre la enfermera y el paciente que se establece durante la asistencia sanitaria y que te permite ajustar tus cuidados a sus necesidades, siempre y cuando se lleven a cabo de la manera correcta. Por tanto, el proceso comunicativo en el ámbito sanitario es fundamental. No solo te permite escuchar y entender qué le ocurre a una persona que padece para poder paliar ese mal, sino también promocionar la salud, proporcionar educación sanitaria y prevenir ciertos desequilibrios o enfermedades.

Es lógico pensar que, en la actualidad, y con tantos avances tecnológicos que han surgido en tan poco tiempo, la comunicación no suponga un problema a la hora de relacionarnos en el ámbito profesional. Sin embargo, es precisamente por la llegada de esas Nuevas Tecnologías por lo que se ha deshumanizado el trabajo. “Se habla a un ordenador, en lugar de a una persona”. Es este, sin duda, uno de los motivos por los que se originó la idea del presente proyecto, y porque, además, existe muy poca bibliografía que trate el tema. Sí es cierto que existen proyectos, artículos y estudios sobre ambos temas “comunicación” y “adherencia terapéutica” pero por separado. En muy pocos se aúnan ambas ramas y se realiza un estudio detallado como el que el presente proyecto pretende llevar a cabo.

2. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

2.1. Justificación

Este Trabajo de Fin de Grado, se orientará a modo de propuesta de Proyecto de Investigación, para indagar la relación que pudiera existir entre la comunicación sanitario-paciente, y su repercusión en mejorar la adherencia a los tratamientos y terapias propuestas en la curación de la enfermedad, o el mantenimiento de la salud. Se focalizará en el ámbito de la Atención Primaria, pues es donde prima la Educación Sanitaria y donde los esfuerzos de comunicación pueden acoger más tiempo para su realización. No se descarta la comunicación en Atención Hospitalaria o Especializada, pero sí es cierto que, durante la estancia de los pacientes en el hospital, es el personal sanitario el encargado de los cuidados y tratamientos indicados por el médico. Por tanto, la adherencia dependerá de los profesionales y no tanto del propio paciente, exceptuando el momento de su alta o el seguimiento a nivel domiciliario. Es en las consultas de los Centros de Salud donde se llevan a cabo más labores del seguimiento de enfermedades y tratamientos a través de controles, y, por tanto, el lugar idóneo para la realización de Educación Sanitaria con el fin de crear una alianza terapéutica enfermera-paciente mediante actos comunicativos, que otorguen beneficios a través del cumplimiento de los tratamientos y terapias prescritas.

Las repercusiones que aporta una buena comunicación sanitario-paciente, no solo se manifiestan en una mejora en la adherencia a los tratamientos, sino que también producen satisfacción, seguridad, bienestar y confianza en el enfermo y sus familiares. El “Decálogo del Paciente”, incluye esta alianza terapéutica sanitario-paciente basada en la confianza y el respeto mutuo, así como la necesidad del entrenamiento de habilidades de comunicación de los profesionales sanitarios. (14)

A pesar de que se conoce el impacto que una buena comunicación sanitario-paciente tiene sobre la eficacia en la adherencia terapéutica a los tratamientos, existe poca bibliografía y pocos trabajos de investigación que estudien el tema. En cambio, existen artículos que centran su estudio en otros factores que influyen en los malos cumplimientos terapéuticos, como los derivados del paciente, de la propia patología, del sistema sanitario... Es este el motivo por el que se propone este Proyecto de Investigación, único además en Canarias, para valorar en qué medida el personal sanitario adscrito al Servicio Canario de Salud y que trabaja en Atención Primaria, realiza una buena comunicación que redunde en una mejora de la adherencia a los tratamientos.

Siendo la comunicación la clave para contribuir a mejorar el grado de cumplimiento, se insiste en la importancia de su entrenamiento desde la formación de futuros profesionales sanitarios.

2.2. Objetivos

Como objetivo general, se pretende valorar en qué medida el personal sanitario adscrito al Servicio Canario de Salud, y que trabaja en el ámbito de Atención Primaria, realiza una buena comunicación sanitario-paciente que pueda repercutir en una mejor adherencia a los tratamientos.

Y como objetivos específicos se proponen:

1. Indagar la importancia que el personal de enfermería le da a la comunicación como herramienta para mejorar la adherencia a los tratamientos.
2. Conocer si los enfermeros llevan a cabo labores de comunicación eficaz y crean alianzas terapéuticas con el paciente, que les permitan mejorar los resultados de los tratamientos prescritos.
3. Cuantificar el grado de adherencia a los tratamientos en los pacientes hipertensos sujetos de estudio.
4. Determinar qué porcentaje de pacientes hipertensos incumplidores presentan baja adherencia debido principalmente a una mala comunicación enfermero-paciente.
5. Evaluar la eficacia de una intervención enfermera basada en la comunicación sanitario-paciente para mejorar el grado de adherencia en pacientes hipertensos.

3. MATERIAL Y MÉTODOS.

El presente Proyecto de Investigación se llevará a cabo en dos fases:

- **Fase I:** conocer la percepción que tiene enfermería acerca de la importancia de la comunicación sanitario-paciente para mejorar la adherencia a los tratamientos.
- **Fase II:** intervención enfermera en pacientes hipertensos, basada en la comunicación, para mejorar la adherencia a los tratamientos.

3.1 Diseño de estudio

En la **Fase I**, el tipo de estudio será descriptivo y transversal, y en la **Fase II**, el tipo de estudio será cuasi experimental y transversal pre y post intervención.

3.2. Población y muestra

- **Fase I:** La población de estudio serán todas las enfermeras del Servicio Canario de Salud de la provincia de Santa Cruz de Tenerife que trabajan en Atención Primaria; y la muestra objeto de estudio serán las enfermeras de la Zona Básica de Salud de San Benito, junto con sus Centros de Salud dependientes que conforman un total de 26 enfermeras. (Centro de Salud de Geneto, Centro de Salud de La Esperanza, Centro de Salud de Guamasa y Centro de Salud de San Benito) (Tenerife, España). El tipo de muestreo es no probabilístico y a conveniencia, es decir, aquellas enfermeras que voluntariamente estén dispuestas a participar. Solo aquellas enfermeras que realmente le den importancia a la comunicación en las consultas serán las que participen en la Fase II.
- **Fase II:** La población de estudio serán todos aquellos pacientes hipertensos de la Zona Básica de Salud de San Benito (8413 pacientes con historia y añadidos en el Programa de Hipertensión Arterial), y la muestra aquellos pacientes hipertensos cuya falta de adherencia a los tratamientos se deba fundamentalmente a un déficit de comunicación sanitario-paciente y que cumplan con los criterios de inclusión.

3.3. Criterios de inclusión y exclusión

- En la **Fase I** no existen criterios de exclusión.
- En la **Fase II**:
 - Criterios de inclusión: pacientes hipertensos incumplidores del cupo de las enfermeras procedentes de la Fase I, cuya falta de adherencia se deba principalmente a déficits de comunicación en la relación enfermera-paciente; con edades comprendidas entre los 18 y los 50 años, y con hipertensión arterial esencial diagnosticada con un mínimo de un año.
 - Criterios de exclusión: enfermeras que tras realizar la Fase I no dan la suficiente importancia a la comunicación en las consultas como herramienta para mejorar la adherencia a los tratamientos, así como pacientes hipertensos en los que el motivo principal de la falta de cumplimiento terapéutico no sea la comunicación en las consultas, con edades fuera del rango establecido, que presenten hipertensión arterial diagnosticada recientemente, que tengan otras enfermedades concomitantes (diabetes, obesidad, dislipemias...), y con algún déficit cognitivo que impida comprender y responder los cuestionarios propuestos.

3.4. Variables e instrumentos de medida

- **Fase I**: Las variables que se estudiarán serán: el sexo, la edad, el ámbito de trabajo (rural o urbano), tipo de contrato, el tiempo trabajado, categoría profesional, la especialidad, la condición de docente, el tipo de patología del paciente al que se le hace la consulta (procesos crónicos o agudos), el tiempo total de consulta empleado, el tiempo de consulta previo a la exploración, el tiempo de consulta empleado en la exploración, el motivo de la consulta. Como instrumento de medida se usará un cuestionario que se hará llegar a todo el personal de enfermería que participe en el proyecto. El cuestionario que se empleará es el CICAA, utilizado para evaluar la atención centrada en el paciente (15). Esta herramienta es válida y fiable y se emplea para valorar la comunicación clínica en las consultas. Es un cuestionario multidimensional, de tipo "rating", de 36 *ítems* y respuestas tipo Likert en 3 grados, que sigue el orden establecido de la entrevista centrada en el paciente, en las tareas de **C**onectar, **I**dentificar, **C**omprender, **A**cordar y

Ayudar. (16) A este cuestionario se añadirán una serie de preguntas con una o varias opciones de respuesta con el fin de que los resultados obtenidos se acerquen más al objetivo del estudio, valorar la importancia de la comunicación. Estas últimas deben ser previamente validadas por un Comité de Expertos en la Materia y Metodología de la Investigación. (**ANEXO 8.1** y **ANEXO 8.2**).

- **Fase II:** Las variables a estudiar en los pacientes hipertensos son: la edad, el sexo, nivel de estudios, nivel socioeconómico, lugar de residencia, niveles de tensión arterial, el grado de gravedad de su enfermedad (hipertensión), años de diagnóstico y tratamiento pautado. Como instrumentos de medida, se usarán los test destinados a valorar la adherencia a los tratamientos como son el test de Batalla, el test de Morisky-Green, y el test del Autocomunicado propuesto por Haynes y Sackett. (4) (**ANEXO 8.3**, **ANEXO 8.4** y **ANEXO 8.5**). Para valorar que esa falta de adherencia a los tratamientos se deba principalmente a déficits en la comunicación, se empleará un cuestionario que se pasará a los pacientes para valorar su grado de satisfacción en la Consulta de Enfermería. Este cuestionario fue diseñado para investigar diferentes aspectos en relación al vínculo terapéutico enfermera-paciente, como su relación, la información recibida, el tiempo empleado, y los procedimientos de enfermería desarrollados en la consulta. Consta de preguntas cerradas con cuatro opciones de respuesta, y algunas preguntas con respuesta abierta. (17) Este cuestionario se volverá a pasar al final de la intervención educativa para su comparación. (**ANEXO 8.6**)

3.5. Recopilación de datos

Para realizar este Proyecto de Investigación, se enviará previamente una petición formal a la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife, explicando el objetivo del mismo, la metodología a emplear y los beneficios que aportaría, con el fin de garantizar los permisos correspondientes para su ejecución (**ANEXO 8.7**) También se expedirá otra solicitud de permiso y colaboración al director de cada Centro de Salud de la Zona Básica de Salud de San Benito. Cuando los permisos hayan sido debidamente autorizados, en un primer momento se enviará vía “*e-mail*” un aviso a todas las enfermeras de la Zona Básica de Salud objeto de estudio, para informarles acerca del proyecto y de que se les hará llegar por esa misma vía digital los instrumentos de medida (cuestionario CICAA con preguntas nuevas validado), pidiéndoles además su

participación desinteresada (**ANEXO 8.8**). Se dará un tiempo para recibir las respuestas (3 meses) y se proseguirá con la Fase II.

Solo aquellas enfermeras que demostraran en la Fase I que la comunicación es importante, serán contactadas nuevamente vía “*e-mail*” para su participación en la Fase II (**ANEXO 8.8**). En esta nueva Fase II, se seleccionarán los pacientes hipertensos incumplidores (*tests* de medición de la adherencia), cuyo motivo principal de incumplimiento sea la falta de comunicación sanitario-paciente (encuesta de satisfacción del paciente). Sobre esa muestra de pacientes, las enfermeras realizarán labores de intervención educativa durante 3 meses, en las que tratarán de aumentar el tiempo de consulta por cada paciente (30 min aproximadamente) y proporcionar toda la información que el paciente necesite, haciendo especial hincapié en aquellos aspectos que no queden debidamente claros, además de asegurarse de que cuando el paciente salga de la consulta conozca bien todo aquello que debe saber y redunde en una mejora de la adherencia a los tratamientos. (**ANEXO 8.9**). Al finalizar los 3 meses, se valorará nuevamente la adherencia a los tratamientos a través de los instrumentos de medida propuestos (*test* de medición de la adherencia), para ver si las labores educativas logran mejoras notables en su adherencia a los tratamientos, y en consecuencia en su salud. Además, se pasará nuevamente la encuesta de satisfacción al paciente para valorar si verdaderamente el cambio producido se debe, entre otras causas, a una mejora en la comunicación dada en consulta.

3.6. Análisis estadístico de los datos

Se usará el paquete estadístico SPSS® v. 23 para Windows. Como parámetros estadísticos descriptivos se usarán medidas de centralización y de dispersión.

Se calcularán las medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y de dispersión para las variables nominales y ordinales, y se calcularán también las frecuencias absolutas y relativas. La comparación de proporciones se efectuó con la prueba del Chi cuadrado de Pearson (χ^2) y la de medias con la prueba de la t de Student o análisis de la varianza ANOVA. Se consideró que existían diferencias estadísticamente significativas cuando $p < 0,05$. (18)

4. BENEFICIOS DEL ESTUDIO

Los beneficios que podemos obtener del presente estudio redundarán en gran medida en el paciente, pero también lo harán sobre el personal de Enfermería y el sistema sanitario:

1. **Beneficios para los pacientes:** Si concluimos que una buena comunicación es fundamental para crear una alianza terapéutica enfermera-paciente, no cabe duda que los esfuerzos de Educación Sanitaria serán mucho más eficaces. Si el enfermo comprende el porqué de su tratamiento (farmacológico) o el porqué de su terapia (cambios en la dieta o en el estilo de vida), será consciente de los beneficios que le reportará el ser consecuente con los mismos. De esta manera, se fomentará su propio autocuidado, se mejorará su calidad de vida, e incluso lograría mantener su salud adecuadamente. En conclusión, se lograrían indirectamente los objetivos principales de Atención Primaria: prevención de la enfermedad y promoción de la salud.
2. **Beneficios para Enfermería:** Si mediante la buena comunicación se logra una mejor relación con el paciente, que fomente la adherencia a los tratamientos y promueva el autocuidado, las consultas y la carga de trabajo serían directamente menores. Además, si una enfermera logra una buena alianza con sus pacientes, y comprueba que le han comprendido y están cumpliendo con su tratamiento (farmacológico o no farmacológico) redundará en un aumento de su autoestima profesional.
3. **Beneficios para el propio sistema:** Si se consigue un aumento de la adherencia a los tratamientos, se podría alcanzar una saturación mínima de los Centros de Salud y Hospitales, siendo así menor la carga de trabajo por parte del personal sanitario (quien podría disponer de más tiempo para desempeñar su profesión de manera integral), y consumir en menor medida los recursos materiales de los que dispone el sistema sanitario.

5. CRONOGRAMAS

Se ha diseñado un cronograma específico para cada una de las fases que se presentan, a continuación, a modo de tabla.

FASE I		
ACTIVIDAD	PERIODO	
	Comienzo	Fin
<i>Validación de las preguntas extra que se añaden al cuestionario CICAA</i>	<i>Viernes, 1/09/2017</i>	<i>Domingo, 1/10/2017</i>
<i>Envío de solicitud de autorizaciones a los respectivos Centros de Salud y Gerencia de Atención Primaria de Tenerife</i>	<i>Lunes, 2/10/2017</i>	<i>Domingo, 15/10/2017</i>
<i>Envío del “e-mail” informativo a las enfermeras y solicitud de colaboración desinteresada</i>	<i>Lunes, 16/10/2017</i>	<i>Lunes, 23/10/2017</i>
<i>Envío vía “e-mail” a las enfermeras del cuestionario CICAA junto con las preguntas validadas</i>	<i>Martes, 24/10/2017</i>	<i>Martes, 23/01/2018</i>
<i>Análisis e interpretación de los datos obtenidos en esta Fase I</i>	<i>Miércoles, 24/01/2018</i>	<i>Sábado, 24/02/2018</i>
<i>Publicación de los resultados de la Fase I</i>	<i>Lunes, 26/02/2018</i>	<i>Martes, 5/03/2018</i>

FASE II		
ACTIVIDAD	PERIODO	
	Comienzo	Fin
<i>Envío de “e-mail” informativo a las enfermeras seleccionadas para la Fase II</i>	<i>Martes, 6/03/2018</i>	<i>Martes, 20/03/2018</i>
<i>Proceso de selección de pacientes para la Fase II</i>	<i>Miércoles, 21/03/2018</i>	<i>Lunes, 21/05/2018</i>
<i>Intervención educativa sobre los pacientes seleccionados y evaluación de resultados</i>	<i>Martes, 22/05/2018</i>	<i>Miércoles 22/08/2018</i>
<i>Análisis e interpretación de los resultados obtenidos en la Fase II</i>	<i>Jueves, 23/08/2018</i>	<i>Domingo, 23/09/2018</i>
<i>Publicación de los resultados del Proyecto de Investigación</i>	<i>Lunes, 24/09/2018</i>	<i>Lunes, 1/10/2018</i>

6. LOGÍSTICA

- **Fase I:** Para llevar a cabo esta fase se espera contar con las enfermeras que trabajen en Atención Primaria en el Área de Salud de San Benito y que deseen voluntariamente participar en el estudio. Como recursos materiales se requerirá de un ordenador, una *tablet* o cualquier dispositivo electrónico que permita enviar los cuestionarios, y recibir las respuestas. Se creará una cuenta de correo específica para esa función.
- **Fase II:** Los recursos humanos que se emplearán para esta fase serán las enfermeras seleccionadas de la Fase I, y aquellos pacientes hipertensos no cumplidores que voluntariamente decidan participar. Los recursos materiales durante esta fase serán los cuestionarios impresos en papel que se pasarán en la consulta, tanto al comienzo como al final de la misma. También se imprimirán aquellos documentos informativos que la enfermera escoja para reforzar los conocimientos de los pacientes durante la intervención educativa propuesta.

Como presupuesto, solo se tendrán en cuenta los gastos de desplazamiento, y las fotocopias de los cuestionarios y documentos informativos que se pasarán a los pacientes en la Fase II.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Landete Belda L. La comunicación, pieza clave en enfermería. *Enfermería Dermatológica*. [Internet] 2012 [consultado en febrero 2017] (16): 16-19. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4069152>
2. González Aller C. La comunicación terapéutica usuario-enfermera en las consultas de atención primaria. *RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA)*. [Internet] 2014 [consultado en febrero 2017] 2 (2): 82-92. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4724703>
3. Net A, Suñol R. La Calidad de la Atención [Internet]. [Consultado febrero 2017] Disponible en: http://www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa_sunol.pdf.
4. Rodríguez Pérez MP, Grande Armesto M. Calidad Asistencial: Concepto, dimensiones, y desarrollo operativo. [Internet] 2014 [Consultado febrero 2014]. Tema 14.1. Disponible en: file:///C:/Users/carde/Desktop/4º%20enfermería/n14-1_Calidad_asistencial.pdf.
5. Castro A, Barrero J.I, García Pascual F.J, Cruz E, Soto J, Álvarez J, *et al*. La adherencia al tratamiento, cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida. [Internet] 2009 [Consultado febrero 2017]. Disponible en: https://www.pfizer.es/docs/pdf/asociaciones_pacientes/2009/FOROpfizer_2009.pdf
6. Sanahuja MA, Villagrasa V, Martínez-Romero F. Adherencia terapéutica. *Pharm Care Esp* [Internet] 2012 [consultado en febrero 2017] 14 (4): 162-167. Disponible en: <http://www.pharmacareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/84/78>
7. Contreras Orozco A, Flórez Torres IE, Herrera Lián A. Un instrumento para evaluar la adherencia: su validez facial y confiabilidad. *Avenferm* [Internet] 2008 [consultado en febrero 2017] 26 (2): 35-42. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v26n2/v26n2a04.pdf>
8. Ginarte Arias Y. La adherencia terapéutica. [Internet] Scielo. Sld.cu. 2001 [Consultado febrero 2017]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0864-21252001000500016
9. Ortiz P M, Ortiz P E. Psicología de la Salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. [Internet] Scielo. 2007 [consultado febrero 2017].

Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007000500014.

10. García Marco M, López Ibor M, Vicente Edo J. Reflexiones en torno a la relación terapéutica ¿falta de tiempo? Index de Enfermería. [Internet] 2004 [consultado en febrero 2017] 47: 44-48.

Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962004000300010&script=sci_abstract&lng=pt

11. [Internet] [Consultado febrero 2017] Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=EmzYXHW>.
12. Bados López A, García Grau E. Habilidades Terapéuticas. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona. [Internet] 2011[consultado en febrero 2017] 1- Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/18382/1/Habilidades%20terap%C3%A9uticas.pdf>
13. Pons Díez X. “La comunicación entre el profesional de la salud y el paciente: aspectos conceptuales y guía de aplicación”. Enfermería Integral. [Internet] 2006 [consultado en febrero 2017] (73): 27-34. Disponible en: <http://www.masterdependencia.es/pdf/comuniprofesional-pacienteJavierPons.pdf>
14. Martí Gil C, Barreda Hernández D, Marcos Pérez G, Barreira Hernández D. Conseuling: una herramienta para la mejora de la comunicación con el paciente. Farm Hosp. [Internet] 2013 [consultado en marzo 2017] 37 (3): 236-239. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/fh/v37n3/07articuloespecial02.pdf>
15. Vélez Álvarez C, Giraldo Osorio, A. Instrumentos para la evaluación de la atención primaria de la salud: una revisión narrativa. Enfermería Global [Internet] 2015 [consultado en marzo 2017] (39): 328-341. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n39/revision3.pdf>
16. Ruiz Moral R, Pérula de Torres LA. Validez y fiabilidad de un instrumento para evaluar la comunicación clínica en las consultas: el cuestionario CICAA. Aten Primaria [Internet] 2006 [consultado en marzo 2017] 37 (6): 320-324. Disponible en: file:///C:/Users/carde/Downloads/13086707_S300_es.pdf
17. Dios Guerra C, Alba Dios MA, Ruiz Moral R, Jiménez García C, Pérula de Torres LA, Rodríguez Borrego MA. Valoración de la satisfacción de los usuarios de la consulta de enfermería en Centros de Salud a partir de indicadores de calidad técnicos y de comunicación. Enfermería Global. [Internet] 2013 [consultado en marzo 2017] (31): 162-176.

Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n31/administracion1.pdf>

18. Salazar Blanco OF, Casasbuenas Duarte L, Idárraga Arenas C, Marcela Vélez, C. Valoración de las habilidades comunicativas en la entrevista clínica de estudiantes de último año de medicina de la Universidad de Antioquía, por medio de la escala CICAA. FEM[Internet] 2014 [consultado en abril 2017] 17 (4): 239-248. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/fem/v17n4/original5.pdf>
19. Ruiz Moral R. Escala CICAA, manual de utilización. [Internet] [Consultado febrero 2017] Disponible en: http://www.doctutor.es/wp-content/uploads/2010/03/Escala_cicaa_2.pdf.
20. Sánchez Saldivar P, Aguirre Gas H, Córdoba Ávila MA, Campos Castolo M, Arboleya Casanova H. La calidad de la comunicación enfermera-paciente en los Centros de Salud de la Jurisdicción Sanitaria Benito Juárez en México DF. [Internet] 2009 [Consultado febrero 2017] Disponible en: <file:///C:/Users/carde/Desktop/UNIVERSIDAD/ENCUERSTA%20COMU.pdf>.
21. Rodríguez Chamorro MA, García Jiménez E, Amariles P, Rodríguez Chamorro A, Fause MJ. Revisión de *tests* de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. Aten Primaria [Internet] 2008 [consultado en abril 2017] 40 (8): 413-417.

Disponible en: [file:///C:/Users/carde/Downloads/13125407_S300_es%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/carde/Downloads/13125407_S300_es%20(1).pdf)
22. Recomendaciones para pacientes hipertensos. Prosane.com.gt. [Internet] 2011 [consultado el 19 May 2017]. Disponible en http://www.prosane.com.gt/web/hipertension/recomendaciones_pacientes_hipertensos.

8. ANEXOS

ANEXO 8.1. Cuestionario CICAA. (Modelo estándar) (19)

Datos globales.

PROYECTO:

CLAVE:

OBSERVADOR:

Tiempo total de consulta <input type="text"/>	Tiempo hasta explorar <input type="text"/>	Tiempo de exploración <input type="text"/>
Profesional: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Tipo: Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Residente <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/>	
Motivo de consulta: Principal:	2) <input type="checkbox"/>	3) <input type="checkbox"/>
Especialidad: <input type="text"/>	/Año <input type="text"/> /Curso <input type="text"/>	Docente: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Proceso: Agudo <input type="checkbox"/> Crónico <input type="checkbox"/>
Paciente: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Acompaña: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Visita: Inicial <input type="checkbox"/> Revisión <input type="checkbox"/>

Tarea 1: Conectar	Np	0	1	2
1. ¿En qué medida recibe usted adecuadamente al paciente?				
2. ¿En qué medida hace usted uso del ordenador u otros registros de forma que no altera la comunicación?				
3. ¿En qué medida se muestra usted cortés y amable durante la entrevista?				
4. ¿En qué medida su lenguaje no verbal es el adecuado?				
5. ¿En qué medida muestra usted empatía en los momentos oportunos?				
6. ¿En qué medida cierra usted adecuadamente la entrevista con el paciente?				
Tarea 2: Identificar y comprender problemas	Np	0	1	2
7. ¿En qué medida ha mostrado usted una reactividad adecuada?				
8. ¿En qué medida ha facilitado usted el discurso del paciente?				
9. ¿En qué medida establece usted y mantiene a lo largo de la entrevista un contacto visual-facial adecuado?				

10. ¿En qué medida capta usted y responde a las pistas ofrecidas por el paciente?				
11. ¿En qué medida emplea usted preguntas abiertas?				
12. ¿En qué medida ha explorado usted la idea que tenía el propio paciente sobre el origen y/o la causa de su síntoma o proceso?				
13. ¿En qué medida ha explorado usted las emociones y los sentimientos que el síntoma o proceso ha provocado en el paciente?				
14. ¿En qué medida ha explorado usted cómo afecta al paciente su síntoma o proceso en su vida diaria, entorno socio-familiar o laboral?				
15. ¿En qué medida ha explorado usted las expectativas que el paciente tiene para esta consulta?				
16. ¿En qué medida ha explorado usted el estado de ánimo del paciente?				
17. ¿En qué medida ha explorado usted posibles acontecimientos vitales estresantes para el paciente?				
18. ¿En qué medida ha explorado usted el entorno socio-familiar?				
19. ¿En qué medida ha explorado usted factores de riesgo o realizado actividades preventivas no relacionadas con la demanda?				
20. ¿En qué medida ha resumido usted la información que ha obtenido del paciente?				
Tareas 3 y 4: Acordar y ayudar a actuar	Np	0	1	2
21. ¿En qué medida trata usted de explicar el proceso o el síntoma principal presentado por el paciente?				
22. ¿En qué medida trata usted de explicar la evolución que puede seguir el proceso?				
23. ¿En qué medida ofrece usted una información adaptada a los problemas y necesidades que tiene el paciente?				
24. ¿En qué medida ofrece usted información de forma clara?				

25. ¿En qué medida da usted la oportunidad al paciente de participar en la toma de decisiones de la consulta animándolo?				
26. ¿En qué medida permite usted que el paciente exprese sus dudas?				
27. Si se produce alguna discrepancia o desacuerdo con el paciente, ¿en qué medida busca usted acuerdo (entrando en discusión y considerando las opiniones del paciente)?				
28. ¿En qué medida comprueba usted que el paciente ha comprendido la información suministrada?				
29. ¿En qué medida consigue usted compromisos explícitos por parte del paciente respecto al plan a seguir?				

“Np”: no procede; (0) Muy escasamente, escasamente; (1) Aceptablemente; (2) Casi totalmente, totalmente.

He revisado la cumplimentación de todos los ítems _____

Puntuación total/ n.º ítems con NP

Comentarios y notas:

Abreviaturas: M: Masculino; F: Femenino; Re.: Real; Es.: Estandarizado; Acompaña.: Acompañante.

(*) CICAA es acrónimo de: Conectar, Identificar y Comprender, Acordar y Ayudar.

ANEXO 8.2: Preguntas extra (20)

I. Datos Sociodemográficos

- Edad (Marque una opción):
 - De 20 a 40 años
 - Más de 40 años
- Sexo (Marque una opción):
 - Hombre
 - Mujer
- Tipo de contrato (Marque una opción):
 - Eventual
 - Interino
 - Fijo
- Tiempo trabajado (Marque una opción):
 - Menos de 5 años
 - De 5 a 10 años
 - Más de 10 años
- Ámbito de trabajo actual (Marque una opción):
 - Rural
 - Urbano

II. Comunicación y adherencia

1. ***En general, ¿Cómo considera usted su comunicación con los pacientes?***
(Marque una opción):
 - Buena
 - Regular
 - Mala
2. ***¿Presenta usted algún problema para comunicarse con sus pacientes eficazmente?*** (Marque una opción):
 - Sí
 - No
3. ***¿Cuáles son sus herramientas a la hora de comunicarse?*** (Marque una o dos opciones)
 - Lenguaje verbal
 - Lenguaje no verbal

4. **¿Le da usted importancia a la comunicación no verbal?** (Marque una opción):
- Sí
- No
5. **¿Le da usted importancia a la velocidad, tono, volumen y claridad en la comunicación?** (Marque una opción):
- Sí
- No
6. **¿Cuáles son para usted las principales interferencias comunicativas con los pacientes en la consulta?** (Marque una o más opciones):
- Tiempo de consulta empleado por paciente
- Sobrecarga de trabajo diario
- Condiciones ambientales
- Diferencias socioculturales
- Uso de la jerga sanitaria de manera excesiva
- Poca retroalimentación
7. **¿Cree usted que se debería formar al personal sanitario en cuanto a competencias comunicativas?** (Marque una opción):
- Sí
- No
8. a) **¿Ha recibido usted algún tipo de formación para mejorar la comunicación?** (Marque una opción):
- Sí
- No
- b) **¿Hace cuánto tiempo recibió esa formación?** (Responda solo si su respuesta anterior fue "sí", y marque una sola opción):
- Menos de 5 años
- Más de 5 años
9. **¿Cuáles de los siguientes aspectos considera usted que más repercuten en una mala adherencia a los tratamientos?** (Marque una o más opciones).
- Comunicación ineficaz
- Polimedicación
- Desconfianza por parte del paciente
- Que el paciente viva solo
- Tipo de patología

10. Por último, ¿considera usted que existe relación entre la buena comunicación enfermera-paciente y una mayor adherencia a los tratamientos? (Marque una opción):

Sí

No

ANEXO 8.3: Test de batalla. (21)

Es un test que se emplea habitualmente para valorar la adherencia a los tratamientos en pacientes con hipertensión arterial que consiste en averiguar el nivel de conocimiento que tiene exactamente el paciente sobre la enfermedad que padece. Se considerará incumplidor al paciente que falle a alguna de las siguientes respuestas.

1. *¿Es la Hipertensión Arterial una enfermedad para toda la vida?*
2. *¿Se puede controlar con la dieta y la medicación?*
3. *Cite dos o más órganos que puedan verse afectados por la Hipertensión Arterial.*

Estas preguntas podrán modificarse y adaptarse a otras enfermedades crónicas.

ANEXO 8.4: Test de Morisky-Green. (21)

Test desarrollado por Morisky, Green y Levine, validado para usarlo con enfermedades crónicas y que permite valorar el nivel de adherencia terapéutica. Se trata de 4 preguntas, cuya respuesta puede ser “sí” o “no”, y debe realizarse dentro de una conversación formal. Es el siguiente:

1. *¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?*
2. *¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?*
3. *Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?*
4. *Si alguna vez le sienta mal la medicación, ¿deja usted de tomarla?*

Un paciente será considerado como “buen cumplidor”, si sus respuestas al presente test son: “NO/ SÍ/ NO/ NO”. Si alguna de estas respuestas varía, el paciente será considerado como “incumplidor”.

ANEXO 8.5: Test de autocumplimiento o de Haynes - Stackett. (21)

Este test emplea una técnica diferente para poder averiguar el nivel de adherencia. En primer lugar, se le comenta al paciente lo siguiente: *“La mayoría de los pacientes tienen dificultades para tomarse todos los comprimidos”*. Seguidamente se le pregunta: *“¿tiene usted dificultades para tomar los suyos?”* Si la respuesta es “sí”, se considera al paciente “incumplidor” y sería el momento de tomar las medidas que se estimen oportunas para solucionarlo. Si la respuesta del paciente es negativa, entonces, se le preguntará a continuación lo siguiente: *“¿cómo los toma usted?”*. También se le realiza una pequeña reflexión final: *“existen muchos pacientes que tienen dificultades para seguir debidamente su tratamiento, ¿me podría contar qué tal le va a usted?”*

Este test representa un buen modo de hacer al paciente consciente de la importancia que tiene seguir su tratamiento de manera correcta, y hacerle reflexionar acerca de si su responsabilidad a la hora de tomarlo, es la adecuada o no.

ANEXO 8.6: Cuestionario sobre la percepción de la atención recibida en la sala de enfermería. (Encuesta de satisfacción al usuario). (17)

Código: _____

Nos gustaría que, a continuación, nos contestara algunas preguntas sobre algunos aspectos relacionados con la visita que ha hecho a la enfermera.

1. RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE

1.1 *¿Cómo de satisfecho/a se sintió con la forma en la que la enfermera se comportó con usted ese día en la consulta?*

- Muy satisfecho/a
- Satisfecho/a
- Regular de satisfecho/a
- Insatisfecho/a

1.2 *¿Cree usted que la enfermera fue lo suficientemente comprensiva y amable hacia su situación/problema?*

1.3 *Si usted pudiera cambiar algo de la forma en la que la enfermera le trató, ¿qué cambiaría para poder mejorar ese trato en el futuro?*

2. INFORMACIÓN

2.1 *¿Cómo de satisfecho/a está con la forma en la que la enfermera le informó sobre lo que se puede hacer para mejorar su problema? (Por ejemplo, el tratamiento que debe seguir, la forma en la que usted puede hacerlo o cuidarse usted mismo, los efectos secundarios o complicaciones que pueden aparecer y cómo debe usted actuar...)*

- Muy satisfecho/a
- Satisfecho/a
- Regular de satisfecho/a
- Insatisfecho/a

2.2 *¿Considera suficiente la información que la enfermera le dio sobre el problema que usted tenía?*

2.3 *Si usted pudiera cambiar algo de la forma en la que la enfermera le informó, ¿qué sería lo que cambiaría para poder mejorar en el futuro?*

3. TIEMPO EMPLEADO

3.1 *¿Cómo de satisfecho/a está con el tiempo que la enfermera le dedicó a usted en su consulta?*

- Muy satisfecho/a
- Satisfecho/a
- Regular de satisfecho/a
- Insatisfecho/a

3.2 *En relación al tiempo que le dedicó la enfermera, ¿lo considera adecuado o le hubiera gustado que hubiera sido mayor?*

3.3 *Si usted pudiera cambiar algo respecto al tiempo que empleó la enfermera al realizar su trabajo, ¿qué cambiaría para mejorar en un futuro?*

4. PROCEDIMIENTOS EN LA SALA DE CURAS. (Anotar si procede)

4.1 *¿Cómo de satisfecho/a está usted con la forma en la que la enfermera realizó la tarea o procedimiento por el cual acudió a la sala de curas? (Aplicable a curas, retirada de suturas...)*

- Muy satisfecho/a
- Satisfecho/a

Regular de satisfecho/a

Insatisfecho/a

4.2 Con respecto al problema que le llevó a la sala de curas, ¿le hubiera gustado que la enfermera le hubiera atendido en algo más?

4.3 Si pudiera cambiar algo de la forma en la que la enfermera llevó a cabo el procedimiento, ¿qué sería lo que cambiaría o sugeriría para que se realizara mejor en el futuro? (Aplicable a curas, retirada de suturas...)

5. TOMA DE DECISIONES EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA. (Anotar si procede)

Usted sabe que cuando acude a la consulta de enfermería por un problema de salud, en ocasiones, la enfermera y usted deben tomar una serie de decisiones sobre recomendaciones adecuadas para su salud (cambio de hábitos como ejercicio, dieta, alcohol, tabaco, y/o seguir el tratamiento prescrito).

5.1 ¿Cómo de satisfecho está con la forma en la que se decidió lo que tenía que hacer para mejorar o solucionar el problema por el que acudió aquel día a la consulta de enfermería?

Muy satisfecho/a

Satisfecho/a

Regular de satisfecho/a

Insatisfecho/a

5.2 A) A veces existen varias recomendaciones igualmente válidas y eficaces de tratar sus problemas de salud (varias opciones). Cuando esto sucede, ¿quién cree usted que es el que debe decidir lo que hay que hacer?

La enfermera es quien debe decidir siempre lo que el paciente debe hacer

Lo deben decidir de mutuo acuerdo entre la enfermera y el paciente

Solo yo soy quien debe decidir lo que hacer

B) En la consulta en la que se trató lo que se podía hacer respecto a su problema (por ejemplo, cambiar hábitos y/o seguir o no el tratamiento), ¿participó usted en la decisión que finalmente le tocó?

- No participé en absoluto (fue la enfermera la que decidió lo que tenía que hacer)
- Lo decidimos entre la enfermera y yo
- Participé completamente (fui yo el que, informado por la enfermera, decidió qué hacer)

C) ¿Le hubiera gustado participar más en la decisión que se tomó sobre lo que usted tiene que hacer para tratar su problema de salud?

5.3 ¿Qué le diría a su enfermera para que en un futuro le ayude a participar en las decisiones que hay que tomar en la consulta de enfermería y que le atañen a usted directamente?

ANEXO 8.7: Petición formal de permisos a la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife y a los directores de los Centros de Salud del Proyecto.

D^a. María Isabel Fuentes Galindo
Gerencia de Atención Primaria de Tenerife
Calle Monteverde, 45.
38071, Santa Cruz de Tenerife

San Cristóbal de La Laguna, a ____ de _____ de 2017

Estimada Sra. Galindo.

Reciba en primer lugar, un cordial saludo académico.

Mi nombre es Carmen de Soto Mengíbar y soy estudiante de 4º curso de Grado en Enfermería por la Universidad de La Laguna. Como Trabajo de Fin de Grado he desarrollado una propuesta de Proyecto de Investigación titulada “**La comunicación enfermera-paciente: ¿es eficaz como herramienta en la adherencia a los tratamientos?**”. El motivo del presente escrito es solicitar a usted, si a bien lo tiene, su autorización para llevarlo a cabo en los Centros de Salud pertenecientes a la Zona Básica de Salud de San Benito (Centro de Salud de San Benito, Centro de salud de Guamasa, Centro de Salud de Geneto y Centro de Salud de La Esperanza), así como obtener de los mismos los datos necesarios para la realización del estudio.

Este Proyecto de Investigación del que se adjunta copia de su propuesta, consta de dos fases y tratará de conocer la relación que existe entre la comunicación enfermera-paciente como una herramienta eficaz en la adherencia a los tratamientos. En una primera fase, se valorará la percepción que presentan los enfermeros de los citados Centros de Salud respecto al tema a tratar, y se analizará la importancia que ellos le dan a la comunicación en las consultas. La segunda fase evaluará una intervención educativa realizada a los pacientes hipertensos que cumplan los criterios de inclusión para comprobar si la comunicación resulta, verdaderamente una herramienta eficaz que aumenta el grado de cumplimiento de los tratamientos. El presente estudio podría suponer beneficios para los pacientes, para las enfermeras y para el propio Sistema Sanitario.

Así mismo, se informa de que todos los datos recabados en el Trabajo tendrán un carácter confidencial, y que la participación tanto en la primera como en la segunda fase por parte de los enfermeros y de los pacientes será voluntaria, pudiendo retirarse en cualquier momento si así lo desearan.

Le agradezco de antemano su atención y su tiempo.

Atentamente:

Carmen de Soto Mengíbar
(Alumna de 4º curso de Grado en Enfermería)

D_____

Centro de Salud de _____

San Cristóbal de La Laguna, a ____ de _____ de 2017

Estimado/a_____.

Reciba en primer lugar, un cordial saludo académico.

. Mi nombre es Carmen de Soto Mengíbar y soy estudiante de 4º curso de Grado en Enfermería por la Universidad de La Laguna. Como Trabajo de Fin de Grado he desarrollado una propuesta de Proyecto de Investigación titulada “**La comunicación enfermera-paciente: ¿es eficaz como herramienta en la adherencia a los tratamientos?**”. El motivo del presente escrito es solicitar a usted, si a bien lo tiene, su autorización para llevarlo a cabo en el Centro de Salud de _____, perteneciente a la Zona Básica de Salud de San Benito, así como obtener del mismo los datos necesarios para la realización del estudio.

Este Proyecto de Investigación del que se adjunta copia de su propuesta, consta de dos fases y tratará de conocer la relación que existe entre la comunicación enfermera-paciente como una herramienta eficaz en la adherencia a los tratamientos. En una primera fase, se valorará la percepción que presentan los enfermeros de los citados Centros de Salud respecto al tema a tratar, y se analizará la importancia que ellos le dan a la comunicación en las consultas. La segunda fase evaluará una intervención educativa realizada a los pacientes hipertensos que cumplan los criterios de inclusión para comprobar si la comunicación resulta, verdaderamente una herramienta eficaz que aumenta el grado de cumplimiento de los tratamientos. El presente estudio podría suponer beneficios para los pacientes, para las enfermeras y para el propio Sistema Sanitario.

Así mismo, se informa de que todos los datos recabados en el mismo tendrán un carácter confidencial, y que la participación tanto en la primera como en la segunda fase por parte de los enfermeros y de los pacientes será voluntaria, y podrían retirarse en cualquier momento si así lo desearan.

Se agradece de antemano su atención y su tiempo.

Atentamente:

Carmen de Soto Mengíbar

(Alumna de 4º curso de Grado en Enfermería)

ANEXO 8.8: “E-mails” informativos que se enviarán a las enfermeras en ambas fases del estudio.

“E-mail” de la Fase I:

De: _____

Para: _____

Asunto: Información Proyecto de Investigación.

Estimada enfermera:

Reciba, en primer lugar, un cordial saludo.

Mi nombre es Carmen de Soto Mengíbar, y soy estudiante de 4º curso de Grado en Enfermería por la Universidad de La Laguna. Mediante el presente correo electrónico, me dirijo a usted para informarle de que durante los próximos meses llevaré a cabo mi Trabajo de Fin de Grado titulado: **“La comunicación enfermera-paciente: ¿es eficaz como herramienta en la adherencia a los tratamientos?”** en su Centro de Salud. Se trata de una doble propuesta de Proyecto de Investigación en el que se estudiará la relación que pueda existir entre una comunicación eficaz en las consultas, respecto a la mejora en la adherencia a los tratamientos. Consta de dos Fases, y durante esta primera, se les hará llegar vía *“e-mail”* a ustedes, las enfermeras, en los próximos días, varios cuestionarios que deberán rellenar y enviar a esta misma dirección electrónica.

Le recuerdo que la participación en este estudio es totalmente voluntaria, y así mismo que usted podría abandonarlo en el momento que lo desee. Los datos recabados serán totalmente confidenciales.

Muchas gracias de antemano por su tiempo.

Carmen de Soto Mengíbar

(Estudiante de 4º Grado de Enfermería)

“E-mail” de la Fase II:

De: _____

Para: _____

Asunto: Fase II del Proyecto de Investigación.

Estimada enfermera:

Reciba en primer lugar un cordial saludo.

Mi nombre es Carmen de Soto Mengíbar y soy estudiante de 4º curso de Grado en Enfermería por la Universidad de La Laguna. Me dirijo a usted para informarle de que ha sido seleccionada/o para participar en la Fase II del Proyecto de Investigación que estoy llevando a cabo en su Centro de Salud, y en el que usted ya participó durante la primera fase del estudio. Se trataría de la Segunda Fase de mi Trabajo de Fin de Grado titulado: **“La comunicación enfermera-paciente: ¿es eficaz como herramienta en la adherencia a los tratamientos?”**.

Durante los próximos días, acudiré a su Centro de Salud a explicarle personalmente en qué consistirá la Segunda Fase del Proyecto, y cómo deberá realizarse, así como proporcionarle el material necesario para ello.

Así mismo, le recuerdo que la participación es voluntaria y que podrá abandonar el estudio cuando usted lo desee. Los datos recabados durante el mismo serán absolutamente confidenciales.

Muchas gracias de antemano por su tiempo y participación.

Carmen de Soto Mengíbar

(Estudiante de 4º de Grado en Enfermería)

ANEXO 8.9: *Intervención educativa.*

La intervención educativa, que se realizará con los pacientes que participarán en la segunda fase de esta Investigación, consistirá principalmente en aumentar el tiempo de consulta (aproximadamente media hora con cada uno de ellos). Los pacientes serán citados tres veces al mes a lo largo de los tres meses que durará la intervención (es decir, un total de nueve veces), y las fechas de las citas serán coordinadas por el personal sanitario, y a conveniencia del paciente. Durante el primer mes (las 3 primeras consultas), la enfermera deberá indagar acerca de cuánto sabe el paciente sobre su enfermedad, y podrá explicarle todas aquellas dudas que presente de la misma. A lo largo del siguiente mes, la enfermera se centrará en recalcar para qué sirven los tratamientos prescritos y valorará la medida en la que el paciente está cumpliendo con el mismo. El último mes, la enfermera recordará al paciente los aspectos más importantes tratados en las sesiones anteriores y resolverá todas aquellas dudas que el paciente pueda seguir presentando.

Esta intervención también tratará de aumentar los esfuerzos de comunicación enfermera-paciente, de tal manera que el profesional pueda indagar acerca de cuánto sabe el paciente sobre la hipertensión arterial, cuánto conoce acerca del tratamiento que su médico le ha prescrito y cómo influyen sus hábitos de vida con relación al curso de su enfermedad. Esta parte de la intervención se realizaría a modo de entrevista. Seguidamente, se le realizarán tres tomas de tensión arterial al paciente, espaciando dichas tomas dos minutos aproximadamente. Se anotará aquel valor de tensión arterial que sea el más elevado de los tres.

Tras la consulta, la enfermera puede ayudarse del documento informativo que se expone continuación, a modo de ejemplo, en el que se le insistirá en *“qué es la hipertensión arterial y cómo se debe actuar ante esta patología”* (**Anexo 8.9.1**). Del mismo modo podrá usarse el material didáctico que se considere oportuno y que ayude a reforzar la información en cada consulta siempre y cuando se adapte a las circunstancias de cada paciente. Este material puede ser extraído de direcciones *webs* de interés, foros y vídeos. En el caso de que se optase por la opción de los videos, se procurará que sean de corta duración para no sobrepasar el tiempo de consulta.

Algunos ejemplos pueden ser los siguientes:

1. *Foro para pacientes hipertensos “El Club del Hipertenso” destinado al conocimiento, información y experiencias personales de los mismos, que está disponible en la siguiente dirección: <http://www.clubdelhipertenso.es/>.*

2. Video de "YouTube" titulado: "Recomendaciones para hipertensión arterial", disponible en la siguiente dirección:
<https://www.youtube.com/watch?v=KgxY92EhU6I>.

Anexo 8.8.1: HTA: información para el paciente. (22)

¿Qué es la hipertensión arterial?

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica, es decir, de larga evolución, a la que todavía no se le ha asignado un tratamiento que suponga una “cura definitiva”, y que consiste en que los niveles de tensión normales de las personas, se ven incrementados.



Tensión normal	Hipertensión
120/60	≥140/90

¿Qué puedo hacer yo, como paciente, para mejorar mi calidad de vida?

La hipertensión arterial es una enfermedad que necesita colaboración por parte del paciente para tratar los síntomas y mejorar la calidad de vida de los mismos. Es importante recordar:

Ejercicio físico: se debe realizar moderadamente y a diario. Tu enfermera puede ayudarte a elegir qué ejercicios o qué actividad deportiva son los más adecuados para ti. Además, se buscará uno que se ajuste a tu horario y que sea placentero.



Alimentación: hay que cuidar siempre la alimentación, pero cuando eres hipertenso, debes ser aún más cuidadoso. Come sano y equilibrado. ¡La Dieta Mediterránea siempre es recomendable! Evita las comidas con mucha sal y evita las bebidas con cafeína, que pueden hacer que tus niveles de tensión incrementen. Controla tu peso, evitando comidas rápidas industriales, y aquellas con muchas grasas.



Tabaco y alcohol: si eres hipertenso y no fumas, evita comenzar a hacerlo. Si eres hipertenso y fumas, la recomendación es que lo dejes cuanto antes. Piensa en los beneficios que no solo tendría para tu tensión sino también para tus pulmones. En cuanto al alcohol, lo



mejor es hacer un consumo moderado, tal y como recomienda la Organización Mundial de la Salud.

Disminuye tu estrés: llevar una vida estresante puede afectar a tus niveles de tensión, así que procura relajarte en la medida de lo posible. También es importante incluir el descanso diario. Dormir 8 horas mínimo nos procurará un mejor rendimiento al día siguiente y hará que nuestras cifras de tensión se mantengan dentro de la normalidad.



Toma correctamente tu medicación: es importantísimo seguir las instrucciones que te han prescrito acerca de la medicación. Debes saber cuáles son tus medicamentos, y a qué horas debes tomarlos, así como responsabilizarte en hacerlo todos los días. Existen alarmas, pastilleros semanales y calendarios que te permiten recordar las tomas con mayor facilidad. Puedes preguntar en tu farmacia, y conseguir aquel que se adecúe más a tus necesidades.



Recuerda: la hipertensión, a partir de ahora, puede ser una compañera de vida. No podemos erradicarla, pero sí podemos tratarla y así conseguir una mejora en tu calidad de vida.

¿TE COMPROMETES A INTENTARLO?



(Las imágenes del presente anexo han sido extraídas de la plataforma virtual "Bing" que oferta el programa Microsoft Word 2016).