

Herrerin Garcia Paula Isabel TFG

por Paula Isabel Herrerín García

ARCHIVO	17484_PAULA_ISABEL_HERRERÍN_GARCÍA_HERRERIN_GARCIA_PAULA_ISABEL_TFG_969036_478133503.PDF (1.34M)		
HORA DE LA ENTREGA	23-ABR-2017 02:01P.M. (UTC+0200)	NÚMERO DE PALABRAS	13362
IDENTIFICADOR DE LA ENTREGA	LA803269048	SUMA DE CARACTERES	77670



Trabajo Fin de Grado

Título:

***Evaluación de la comunicación eficaz en
enfermería con el paciente pediátrico
adolescente.
(Estudio observacional)***

Alumno: Paula Isabel Herrerín García

Director: María del Valle Garzón Delgado

Madrid, Abril de 2017

Índice

Resumen.....	4
Abstract	4
Presentación	5
Estado de la cuestión.....	6
1. Fundamentación.....	6
1.1. Comunicación en enfermería.....	7
1.1.1. Proceso de comunicación: definición	7
1.1.2. Diferencias entre comunicación social y comunicación terapéutica	8
1.1.3. Barreras y facilitadores en la comunicación terapéutica	9
1.1.4. Objetivos de la comunicación terapéutica	10
1.1.5. Rol de enfermería en la comunicación	12
1.2. Comunicación terapéutica eficaz en enfermería	12
1.2.1. Elementos de la comunicación terapéutica eficaz	12
1.2.2. Comunicación nociva en enfermería	15
1.2.3. Educación del profesional de enfermería y comunicación	15
1.3. Comunicación terapéutica eficaz con pacientes pediátricos en edad adolescente:	16
1.3.1. Características del paciente adolescente	16
1.3.2. Comunicación eficaz con el paciente adolescente.....	17
2. Justificación	21
Objetivos e hipótesis	22
Objetivos.....	22
Hipótesis	22
Metodología	23
Diseño del estudio	23
Sujetos de estudio	23
Variables.....	25
Procedimiento de recogida de datos.....	28
Fases del estudio, cronograma	31
Análisis de datos	33
Aspectos éticos	35

Limitaciones del estudio.....	36
Bibliografía	37
Anexos	40
Anexo 1: Barreras en la comunicación percibidas por profesionales y pacientes.....	41
Anexo 2: “Mejores prácticas” para la comunicación en enfermería.	44
Anexo 3: Posturas del paciente pediátrico frente a la comunicación.....	45
Anexo 4: Ficha de recogida de datos.....	46
Anexo 5: Aceptación de participación del personal de enfermería.....	47
Anexo 6: Cuestionarios validados y datos del paciente.....	48
Anexo 7: Cartas de solicitud de realización del estudio.....	53
Anexo 8: Consentimiento informado y documento de aceptación de participación.....	55

Resumen

El estudio se centra en la falta de evidencia científica sobre si se produce o no una comunicación eficaz entre el personal de enfermería con el paciente pediátrico en edad adolescente, siendo el objetivo principal del estudio evaluar si se produce una comunicación eficaz entre el personal de enfermería y el paciente pediátrico adolescente.

La investigación se lleva a cabo mediante un estudio observacional descriptivo de corte transversal, empleando dos cuestionarios validados; cuestionario de percepción de los pacientes sobre el comportamiento de comunicación de las enfermeras (CECOP) y cuestionario de evaluación de los estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud, así como documentos de recogida de datos.

Puesto que no se han encontrado estudios que traten el mismo problema de investigación, este estudio aporta novedades al campo de la enfermería permitiendo, a través de la interpretación de los resultados, mejoras en la práctica de cuidados.

Palabras clave: Comunicación en salud, Pediatría, Atención de enfermería, Adolescentes.

Abstract

The study focuses on the lack of scientific evidence on whether or not is there effective communication between nurses and the pediatric patient in adolescent age, and the main objective of the study is to evaluate whether there is effective communication between nursing staff And the adolescent pediatric patient.

The research is carried out through an observational and descriptive cross-sectional study, using two validated questionnaires; Patient perception questionnaire on the communication behavior of nurses (CECOP) and questionnaire evaluating quality standards of care for patient safety in hospitals of the National Health System, as well as data collection documents.

Since no studies that address the same research problem have been found, this study contributes to the field of nursing allowing an improvement in the practice of nursing through the interpretation of the results.

Key words: Communication in health, Pediatrics, Nursing Care, Adolescents.

Presentación

La idea de realizar este proyecto surgió a partir de mi experiencia durante la rotación de pediatría. Estaba en una planta de hospitalización general en la que todo el equipo de salud actuaba de manera conjunta y coordinada.

Durante ese periodo de prácticas me llamó la atención el papel fundamental de la comunicación como técnica de enfermería, pues pude observar que eran las enfermeras, mujeres todas en este caso, las que se comunicaban más extensamente con los pacientes.

Además, presencié las dos caras de la comunicación; siendo eficaz los efectos son muy beneficiosos tanto para el niño como para la familia, pero siendo nociva, aumentan los niveles de estrés y con ello la actitud negativa por parte de ambos hacia el equipo de salud.

Por ello creo que la comunicación es un elemento humanizador del cuidado y que debe de ser practicado con la delicadeza que ello implica.

Aprovecho la ocasión para agradecer a todas las personas que durante la elaboración del proyecto me han apoyado. En especial a Isabel García, por su paciencia infinita y sus sabios consejos.

Estado de la cuestión

1. Fundamentación

El proyecto trata de evaluar si existe una comunicación eficaz en la práctica de enfermería con el paciente pediátrico.

Para ello, se explica la comunicación como proceso de intercambio de información en general y técnica enfermera en particular, explicando en qué consiste cualquier tipo de comunicación, cómo es la comunicación en enfermería en cuanto a elementos y objetivos, qué debe de hacerse para que sea eficaz y en el caso de pediatría, qué factores deben de ser tenidos en cuenta para adaptar la comunicación y conseguir los objetivos de salud propuestos a la par que la comprensión del niño.

La búsqueda bibliográfica se ha realizado a través de la base de datos PubMed, perteneciente a la Biblioteca Estadounidense Nacional de Medicina y los Institutos Nacionales de Salud, además del acceso a las bibliotecas de la Universidad Pontificia de Comillas y la Facultad de Educación – Centro de Formación al Profesorado de la Universidad Complutense de Madrid.

Los términos clave de las búsquedas bibliográficas han sido los siguientes:

MeSH	DeCS
- Health Communication - Hospital Communication Systems - Communication Methods, Total - Communication Barriers - Pediatrics - Pediatric Nursing	- Comunicación - Barreras de Comunicación - Métodos de Comunicación, Total - Sistemas de Comunicación en Hospital - Comunicación no Verbal - Comunicación en Salud - Pediatría

Tabla 1. Términos MeSH y DeCS. *Tabla de elaboración propia.*

En la búsqueda se encontró gran cantidad de material sobre la comunicación, comunicación en enfermería, eficaz y nociva, y, comunicación con el paciente pediátrico, pero ningún estudio sobre si se produce o no una comunicación eficaz con dicho paciente.

1.1. Comunicación en enfermería

1.1.1. Proceso de comunicación: definición

El proceso de comunicación es dinámico, complejo y contexto-dependiente, y tiene como fin compartir una información con alguien para hacerle partícipe de la misma¹, por ello desde el punto de vista enfermero, es necesario conocer a fondo en qué consiste y los elementos por los que está compuesto.

Los elementos que intervienen en la comunicación son los siguientes²:

- Emisor: individuo, grupo o máquina que transmite alguna información.
- Receptor: individuo, grupo o máquina que recibe la información.
- Código: signos empleados por el emisor para codificar el mensaje.
- Mensaje: información que el emisor transmite.
- Canal: medio por el cual el emisor transmite el mensaje y que es percibido por el receptor a través de los sentidos.
- Contexto: situación en la que se produce el intercambio de información, en el cual encontramos barreras y facilitadores del proceso de comunicación.
- Feedback o retroalimentación: capacidad del emisor de reconocer las señales del emisor o emisores a cerca de la reacción producida por el mensaje en los mismos, así como las señales que producen los receptores al interpretar el mensaje.

Según el modelo de Osgood y Schramm, la comunicación no tiene un carácter lineal sino bidireccional, es decir, cada persona que forma parte del proceso es emisor y receptor a la vez³. **Figura 1.**

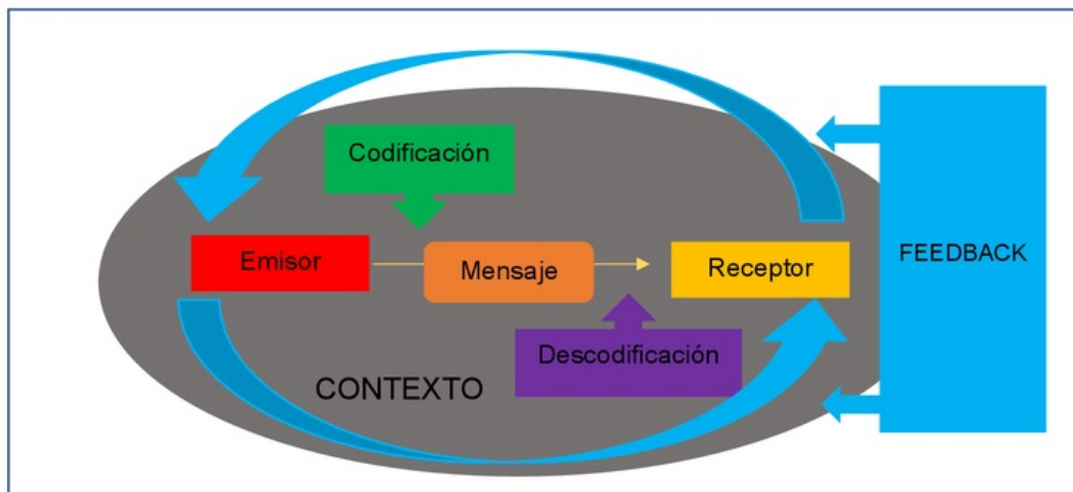


Figura 1. Esquema del proceso de comunicación. *Elaboración propia a partir de Guzmán Ruíz C, 2004.*

Dependiendo del canal por el que se transmite el mensaje, la comunicación se puede clasificar como verbal o no verbal. La primera está compuesta por signos orales o escritos mientras que la segunda se compone de aquellos canales que no se emplean en la comunicación verbal como los gestos, sonidos o movimientos, los cuales no tienen estructura sintáctica. A su vez puede dividirse en cinética o lenguaje corporal; postura del cuerpo y expresiones faciales y signos paraverbales; entonación, velocidad y pausas⁴.

1.1.2. Diferencias entre comunicación social y comunicación terapéutica

En enfermería, la comunicación es el proceso de intercambio de información que se establece entre el profesional de salud y el paciente, el cual necesita algún tipo de ayuda⁵.

Es por tanto una forma de interacción social, en la cual las personas que se ven envueltas tienen algo en común; el bienestar del paciente⁶. Sin embargo, esto no significa que sea una comunicación social. Encontramos diferentes tipos de comunicación según su objetivo⁴:

- De socialización: pretende facilitar la interacción social.
- Informativa: su fin es la transmisión de información.
- De instrucción o pedagógica: el objetivo es modificar la conducta del receptor a través de acciones o conocimientos útiles.
- Cultural: cuya finalidad radica en transmitir valores y normas sociales y morales.

Encontramos la enfermería dentro de varios tipos, que conforman uno específico; se trata de una comunicación terapéutica, en la cual el objetivo es conseguir modificar hábitos del paciente para así alcanzar una mejora en su estado de salud, mediante el acompañamiento durante su proceso patológico y la ayuda a la percepción y análisis de la realidad que vive en ese momento^{1,2}, encontrando las diferencias con la comunicación social en la **Tabla 2**.

	Comunicación terapéutica	Comunicación social
Interacción	De ayuda: el paciente acude al profesional.	Otros.
Responsable de la calidad de la comunicación	Profesional de salud.	Aquellos que intervengan.
Comportamiento defensivo	Justificado por parte del paciente como expresión de su malestar y aceptada por parte del personal.	Injustificado* *Excepto en ocasiones de agresividad.
Sensación de estar recibiendo datos falsos	Justificada como mecanismo de defensa del paciente y signo de su preocupación e interés.	No relevante.

Tabla 2. Comunicación terapéutica vs comunicación social. *Tabla de elaboración propia a partir de Valverde Gefaell C, 2007.*

Otra de las diferencias fundamentales de la comunicación terapéutica con la comunicación social, es que la primera consta de elementos propios tales como^{5,7}:

- Pensamiento terapéutico.
- Escucha activa mediante pausas y silencios.
- Empatía.
- Empleo de preguntas eficaces.
- Integración de la información.
- Habilidades de negociación.
- Motivación del paciente.

Para integrar estos elementos es necesario conocer las expectativas del paciente respecto al trato que espera recibir, la confianza existente entre personal sanitario y paciente, la continuidad en los cuidados, la necesidad de respetar rigurosamente la confidencialidad de los datos obtenidos sobre el paciente y las barreras y facilitadores contexto-dependientes⁵.

1.1.3. Barreras y facilitadores en la comunicación terapéutica

La comunicación terapéutica va supeditada al contexto del paciente, es decir, el lugar en el que se encuentra, cómo la enfermedad afecta a sus esferas sociales y psicológicas y cómo el profesional de enfermería se enfrenta a esa situación. Por tanto, existen elementos intrínsecos en la comunicación terapéutica que facilitan el proceso, facilitadores, o que lo dificultan, barreras^{4,8}.

Los elementos que dificultan el proceso de comunicación son los siguientes^{4,8,9}: **Anexo 1.**

- Ruido: aquello que impide que el mensaje se transmita de forma adecuada, interferencias en el canal. En el caso de la comunicación terapéutica destacan el entorno inadecuado y hostil y la presencia de acompañantes junto con los pacientes.
- Barreras de proceso: aquellas que deforman el mensaje. Destacan las diferencias culturales entre enfermero-paciente, diferencias de género y/o edad y la falta de formación por parte del profesional de enfermería.
- Barreras personales y psicológicas: como el poco interés en comunicarse, la falta de comprensión del rol de enfermería, la sobrecarga de trabajo del personal de enfermería, la falta de atención por parte del paciente y la ansiedad, sufrimiento e incomodidad del paciente.
- Barreras fisiológicas: déficits en el sistema corporal y fisiológico que afecte a la emisión, producción, transmisión y/o interpretación del mensaje. La principal barrera es la enfermedad en sí y todos los efectos orgánicos secundarios a la misma.

- Barreras físicas: elementos físicos que dificulten el mensaje. Destacan la falta de tiempo por parte del personal de enfermería y la falta de concordancia entre el lenguaje verbal y no verbal.
- Barreras semánticas: aquellas que afectan a la codificación y/o decodificación del mensaje como el empleo de tecnicismos por parte del profesional de enfermería o el uso de un lenguaje complejo que el paciente no pueda entender.

En cuanto a los factores que facilitan la comunicación, se habla de elementos generales que afectan al emisor y el receptor⁴:

- Existencia de interés por ambas partes en el mensaje.
- Mensajes claros y concisos.
- Capacidad de atención en el emisor y el mensaje.
- Interés en la retroalimentación.
- No realizar juicios sobre los demás participantes en el proceso de comunicación ni los mensajes.
- Evitar los ruidos.
- Tratar de crear un ambiente lo más cómodo posible para todos los participantes de acuerdo al mensaje que se quiere transmitir.

1.1.4. Objetivos de la comunicación terapéutica

Puesto que la comunicación terapéutica es parte del proceso de atención sanitaria y depende del contexto, los cambios sucedidos en la historia respecto a la atención sanitaria repercuten de forma directa en el tipo de relación y comunicación que se establece con el paciente. Desde el modelo biomédico empleado hasta mitades del siglo XX, el cual consideraba la enfermedad como una afectación funcional y/o morfológica, hasta el modelo biopsicosocial.

El modelo biopsicosocial fue postulado por Engel, el cual afirmaba que todo aquello relativo a la salud forma parte de aspectos biológicos, psicológicos y sociales, adoptando una concepción holística del paciente (*Tabla 3*). A partir de éste, Barzt postula un modelo llamado dialógica, empleado en la actualidad, en el que sostiene que la atención debe centrarse en el paciente puesto que su forma de vivir el proceso también es parte del proceso en sí mismo y que la única forma de llevarlo a cabo es mediante el diálogo¹⁰.

Esto consiste en interpretar la enfermedad a través de la percepción del que la padece y de cómo le afecta en los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, mediante el diálogo^{5,11}.

Estimular un conocimiento más completo del paciente y su entorno.
Integrar en el tratamiento del paciente lo relativo a las tres esferas: biológica, psicológica y social.
Reconocer el papel central de la relación terapéutica en el proceso de enfermedad.
Optimizar el trabajo en equipo.
Incorporar al profesional de salud como una pieza más del sistema que debe cuidarse.

Tabla 3. Premisas principales del modelo biopsicosocial. *Tabla de elaboración propia a partir de Borrel i Carrió F, 2002.*

Partiendo del modelo actual, se puede afirmar que el objetivo general de la comunicación terapéutica es mejorar la calidad de vida del paciente mediante su adaptación a la situación¹¹. Dentro de los objetivos específicos de la comunicación terapéutica en enfermería, cabe diferenciar dos vertientes: objetivos para el paciente y para el profesional^{5,6,12}.

- Para el paciente:
 - Percibir que es el centro de atención y por tanto de los cuidados y el proceso de enfermería, que su sufrimiento, tanto físico como emocional, está siendo tenido en cuenta a la hora de actuar y que sus preocupaciones son respetadas.
 - Poder expresar sentimientos y dudas de manera abierta y percibir que son tomados en serio por parte del personal de enfermería.
 - Poder identificar, sentir y conocer su manera de vivir la situación para poder decidir acerca de:
 - Cómo enfrentarse a la enfermedad.
 - Cómo manejar una situación potencial o realmente problemática.
 - Forma de ser y recursos personales satisfactorios en el proceso de enfermedad.
- Para el profesional¹³:
 - Crear una relación terapéutica eficaz.
 - Hacer participe al paciente en su proceso de cuidados.
 - Aumentar eficacia y satisfacción por ser entendido y entender a las personas como un todo.
 - Ayudar a la reflexión autónoma.
 - Desarrollar cómo saber actuar por medio del pensamiento terapéutico.
 - Aceptar el sufrimiento como un tema central en la enfermería.
 - Aumentar el interés por la complejidad del paciente.
 - Humanizar el cuidado.

1.1.5. Rol de enfermería en la comunicación

En cuanto a los profesionales de enfermería como parte del proceso de comunicación, desde la perspectiva de los pacientes destacan los siguientes roles⁹:

- Educador: se asume que desde enfermería se tiene que identificar y responder las dudas que puedan surgir a los pacientes tras la comunicación con el médico.
- Soporte: apoya emocionalmente al paciente después de las malas noticias.
- Coordinador de cuidados: mediante la comunicación con el resto de profesionales de la salud, debe de asegurar un cuidado continuo e integral al paciente.
- Facilitador: al percibir las dudas del paciente, ayuda a que éste establezca comunicación con el profesional de salud pertinente y a enfocar las preguntas del paciente de forma correcta.
- Defensor: de las preferencias y deseos del paciente.

La existencia del rol de enfermería dentro del proceso de comunicación está regulada legalmente por la obligación de ofrecer información suficiente y adecuada para asegurar la participación de los pacientes en la toma de decisiones y el ejercicio de los mismos en dichas decisiones, puesto que los pacientes poseen el derecho a recibirla.

Así mismo, los pacientes tienen derecho a conocer toda la información disponible sobre cualquier actuación en el ámbito de la salud, respetando siempre el derecho a no querer ser informado^{14,15}.

1.2. Comunicación terapéutica eficaz en enfermería

Se entiende por comunicación eficaz aquella que es multidimensional y multifactorial, con elementos propios, centrada en el paciente y que no solo no perjudica al paciente, sino que consigue efectos beneficiosos como disminución de la ansiedad, sufrimiento y síntomas de la enfermedad.

El personal de enfermería, está entrenado para establecer una comunicación efectiva, sin embargo, hay evidencias de que no se hace el esfuerzo suficiente para interactuar de forma positiva con el paciente⁸.

1.2.1. Elementos de la comunicación terapéutica eficaz

Para mantener una comunicación eficaz, es necesario incluir una serie de elementos en el proceso de comunicación y que el mensaje que contengan sea el mismo en todos ellos. Dichos elementos se pueden clasificar en las siguientes categorías^{7,8}:

- Cognitivos y emocionales:
 - Empatía: se define como la disposición de una persona para ponerse en la situación contextual de otra y comprender sus emociones. No implica estar de acuerdo con lo expuesto, sino ser capaz de entenderlo. La empatía crea un ambiente seguro y fomenta la confianza del paciente en el profesional de enfermería.
 - Efectividad en la decodificación¹⁶: es necesario que se emplee la escucha activa mediante la retroalimentación, de manera que el emisor pueda cerciorarse de que el mensaje está siendo interpretado de manera correcta.
 - Motivación del paciente: necesaria para que cualquier persona decida hacer o aceptar un cambio en su vida. Se consigue mediante la muestra de interés por parte del profesional hacia la vivencia del paciente, la invitación a la reflexión, permitir que se expongan las estrategias pensadas por parte del paciente, dudas y obstáculos, no mostrarse impaciente por la consecución de objetivos y reforzar la autoeficacia.
- Conductuales:
 - Verbales:
 - Contenido coherente: adaptar el contenido del mensaje a la cultura, edad y capacidad del receptor. Evitar usar tecnicismos y responder a aquellas dudas que el paciente plantee.
Tratar de contextualizar la información para evitar errores en la interpretación o sentimientos de estar siendo tomado el pelo.
 - Preguntas abiertas y cerradas dependiendo de la información que se trata de obtener: muy empleada la técnica de cono, usando preguntas abiertas al principio para posteriormente dirigir las preguntas hacia aquellos datos que resultan más interesantes. Es imprescindible que las preguntas estén dirigidas a la mejora del estado del paciente y no a mitigar la curiosidad del profesional.
 - No verbales^{16,17}:
 - Proxémica: distancia respecto al paciente. Puesto que el personal de enfermería debe situarse en distancias muy cortas para realizar determinados cuidados, es necesario pedir permiso, ser respetuoso y dar las explicaciones necesarias para que el paciente no se sienta violento.
 - Kinésica: incluye gestos, mirada, expresiones faciales, movimientos y postura corporal. El empleo correcto de estos elementos envía

mensajes al paciente, y su conocimiento implica saber qué expresa el paciente a través de su cuerpo. Por ejemplo, cruzar brazos y/o piernas indica una actitud cerrada hacia el mensaje o el contexto, gesticular abiertamente es sinónimo de comodidad, la sonrisa expresa empatía y el encogimiento de hombros un estado dubitativo. La mirada juega un papel muy importante en la comunicación puesto que el contacto ocular es uno de los gestos más valorados por los pacientes, es una forma de demostrar atención y facilitar el intercambio de información. Se ha de tener en cuenta que la mirada fija no debe durar más de 3 segundos puesto que puede incomodar a quien va dirigida. Pueden ser empleadas para complementar el mensaje y clarificar su significado o para dar una respuesta a través del lenguaje no verbal.

- Paralingüística: tono de voz, volumen, timbre y modulaciones son elementos clave en el habla. Hablar con un tono alto puede interpretarse como gesto agresivo y producir rechazo en el receptor, hablar rápido se considera señal de nervios mientras que los lapsus verbales y el ritmo lento se interpretan como signo de preocupación o tristeza. Sin embargo, el elemento más importante son los silencios, pausas durante la conversación cuya finalidad es invitar a la reflexión, dejar tiempo para decodificar el mensaje o mandar señales de retroalimentación. Para el profesional, saber utilizarlos de forma correcta muestra empatía, escucha activa, aceptación y comprensión hacia el paciente. Sin embargo, en el paciente suelen tener una connotación negativa como rechazo de la comunicación o necesidad de tiempo para aclarar pensamientos y/o emociones.

Además, es necesario tener en cuenta cuatro aspectos fundamentales del paciente; sus expectativas respecto al personal de enfermería, la confianza que deposite en los profesionales de enfermería, la continuidad en los cuidados como firma de calidad y el derecho por parte del paciente y obligación por parte del personal a un trato confidencial¹⁸.

Moralmente, todos los profesionales de salud deben ofrecer una comunicación comprensible y adecuada a las necesidades del paciente que le ayude a tomar decisiones por su propia voluntad, como así lo recogen los Códigos Deontológicos de Medicina y Enfermería^{19,20}. La ley contempla que incluso en el caso de incapacidad, el paciente debe de ser informado según sus posibilidades¹⁵.

1.2.2. Comunicación nociva en enfermería

Cuando la comunicación es perjudicial para el paciente, se define como comunicación nociva. Se proponen tres categorías que caracterizan dicha comunicación: "Atender de manera impersonal y únicamente técnica", "Dar órdenes y lecciones de moral", y "Dar mensajes contradictorios"²¹:

- Atender de manera impersonal y únicamente técnica: cuando no se da lugar a que el paciente se exprese y reciba información, se compromete el bienestar físico y mental.
- Dar órdenes y lecciones de moral: se trata de juzgar o hacer juicios de valor hacia el paciente, haciendo que se sienta vulnerable y no quiera establecer ningún tipo de relación con los profesionales sanitarios.
- Dar mensajes contradictorios: si el mensaje contiene informaciones que se contradicen o se dan diferentes mensajes acerca de un mismo tema y discrepan entre sí, el paciente se siente confundido, dudoso y surge en él ansiedad y problemas para identificar qué información es correcta.

Este tipo de comunicación se produce por diversos factores entre los que cabe destacar la falta de unión entre los miembros del equipo, la falta de formación o no querer asumir las responsabilidades. Lo que lleva a los profesionales a esas situaciones son las siguientes causas¹²:

- Sobrecarga de trabajo.
- Interrupciones durante la comunicación.
- Falta de comprensión de su rol dentro del proceso de comunicación.
- No percepción de apoyo, respeto, valoración, comprensión o escucha suficiente.
- Falta de formación.

1.2.3. Educación del profesional de enfermería y comunicación

Debido a la importancia de la comunicación eficaz como elemento necesario en la práctica enfermera, es necesaria una formación específica en la técnica.

Se ha encontrado evidencia de que la formación en comunicación no es suficiente, en especial la comunicación de malas noticias o en situaciones límite. Sin embargo, también está demostrado que; con entrenamiento, la capacidad de comunicar mejora puesto que el personal adquiere más confianza en sí mismo, mejor relación con el paciente y la familia, más asertividad y menor sobrecarga mental²². Por ello se incluye en el **Anexo 2** las "mejores prácticas" para la comunicación en enfermería, generales para cualquier tipo de paciente²³.

1.3. Comunicación terapéutica eficaz con pacientes pediátricos en edad adolescente:

La pediatría es la especialidad dentro de ciencias de la salud que trabaja con niños, desde neonatos hasta adolescentes (18 años).

1.3.1. Características del paciente adolescente

El paciente adolescente presenta una particularidad muy destacable, y es que como se ha expuesto anteriormente, los seres humanos se ven afectados por aspectos físicos, psíquicos y sociales. Los periodos de adolescencia y niñez son más vulnerables a dichos factores puesto que se tratan de periodos de desarrollo en los que están formándose los sistemas y herramientas que componen las esferas físicas, sociales y psicológicas propias.

La adolescencia, definida por la OMS como “el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años” requiere por las características que se van a exponer a continuación, que los profesionales de salud, y especialmente el personal de enfermería por su cercanía en la relación, deben establecer una comunicación eficaz para hacer partícipe al adolescente de su enfermedad y disminuir su ansiedad y frustración^{24,25}.

Durante este periodo de tiempo se desarrolla la capacidad de pensar de forma abstracta e hipotética deductiva. Esto significa, según la teoría de desarrollo de Jean Piaget, que el menor se encuentra en el estadio de las operaciones formales, donde aprende a utilizar la lógica como herramienta de solución de conflictos a pesar de no haber tenido experiencia previa sobre ellos²⁶.

La elección de esta teoría en el estudio va supeditada a la necesidad de recalcar la diferencia entre el pensamiento del niño y del adolescente, puesto que para realizar una valoración sobre si la comunicación es eficaz o no, es necesario que el paciente sea capaz de percibir, procesar y llevar a cabo elementos abstractos como la empatía o el respeto.

Para poder establecer una comunicación terapéutica eficaz con este grupo de pacientes, es necesario conocer las características del pensamiento del adolescente, siendo las principales las siguientes²⁷:

- Reestructuración de las relaciones familiares: los padres siguen teniendo un papel fundamental, pero comienzan a cambiar la percepción de autoridad en ellos buscando la afirmación de su propio proyecto personal - social.

Aun así, la relación que el personal de enfermería tiene con los padres afecta de forma directa al paciente puesto que son capaces de percibir su ansiedad y condiciona el comportamiento del menor durante la hospitalización^{28,29}.

- Búsqueda de autonomía: el menor trata de hacerse cargo de forma autónoma de sí mismo y sus propias decisiones, tendiendo al egocentrismo y a las discusiones cuando percibe no estar siendo respetado.
- Avance en la elaboración de la identidad: puesto que es capaz de pensar en términos abstractos, empieza a definirse a sí mismo como una persona independiente con sus propios valores y perspectivas.
- Capacidad de autocuidado y cuidado mutuo: se desarrolla una percepción de ser individual, el cual se siente responsable de sí mismo y capaz de llevar a cabo aquellas acciones que sean más beneficiosas para su bienestar y el de los demás.

Por ello, se puede afirmar que el paciente pediátrico en edad adolescente espera ser tratado con respeto como una persona independiente a sus padres, recibiendo información suficiente para poder tomar una decisión acorde a sus pensamientos y con empatía haciéndole entender que su situación es comprendida.

1.3.2. Comunicación eficaz con el paciente adolescente

La comunicación eficaz con el paciente adolescente depende de manera directa de los factores que condicionan la relación entre el personal de enfermería y el menor, su postura respecto al proceso de comunicación y las técnicas específicas para lograr una comunicación eficaz empleadas por el profesional de enfermería.

Los factores que condicionan la relación entre el personal de enfermería y el paciente adolescente son los siguientes^{28,30}:

- Comportamiento en la dimensión relacional:
 - Satisfacción y agradecimiento por parte del paciente con la atención recibida. Esto se produce cuando el menor se siente seguro con el personal de enfermería.
- Comportamiento del personal:
 - Presencia de emociones positivas durante la interacción con el menor. Estas emociones son alegría, esperanza, serenidad y amor entre otras y favorecen el desarrollo de recursos personales para el afrontamiento de situaciones críticas en aquellas personas que las reciben³¹.

- Encuentro social eficaz: empleo de habilidades para empatizar con familia y paciente.
- Experiencia del niño en el encuentro con enfermería:
 - Establecimiento de vínculos afectivos mediante el reconocimiento de los profesionales de enfermería como acompañantes terapéuticos.
 - Muestra de interés por parte del personal de enfermería.
 - Valoración subjetiva del enfermero/a: trato agradable o desagradable.

Cuando dichos factores son incorporados por parte de los profesionales de enfermería, es necesario que se incorporen en la comunicación tres elementos para desarrollar una comunicación eficaz con el menor^{13,16,28}:

- Información adecuada en cantidad y calidad a la capacidad de comprensión y asimilación del paciente.
- Sensibilidad interpersonal: comportamientos que demuestren al adolescente el interés y la atención que el profesional de salud muestra a sus sentimientos y preocupaciones.
- Inclusión en su proceso de cuidados a través de la incorporación de su opinión en la toma de decisiones.

En el proceso de enfermedad, los niños y adolescentes tienden a adoptar dos tipos de postura en la comunicación para afrontarlo; observadores pasivos de la comunicación, y participantes activos de la comunicación. Estas dos posturas pueden ser adoptadas de forma natural por el niño o impuestas por los padres o el personal de enfermería como se muestra en el **Anexo 3**.

No se sabe con exactitud en qué momentos el menor quiere ser sujeto activo o pasivo en la comunicación ya que depende mucho del contexto, pero sí se sabe que en ocasiones sus capacidades son subestimadas y por ello no se les incluye como participantes activos en el proceso de comunicación^{31,32}.

Incluir al adolescente en la comunicación implica que se le informe acerca de su proceso de manera que lo pueda entender y sea partícipe de los cuidados necesarios.

A pesar de no poder tomar decisiones autónomas o firmar el Consentimiento Informado, el menor incapaz tiene derecho a ser informado de forma veraz y de acuerdo con sus capacidades. Dicha información supone beneficios para el niño tales como³³:

- Mayor satisfacción con los cuidados recibidos, percibido tanto por los padres/tutores como por el niño.
- Mayor cooperación por parte del niño en el tratamiento.

- Mayor sensación de control mediante la percepción de la enfermedad como menos estresante, reduciendo el disconfort y facilitando el afrontamiento positivo.
- Mejor desarrollo de las capacidades del niño debido a la muestra de respeto hacia las mismas.

Para que la comunicación con adolescentes sea eficaz en la práctica enfermera, existen una serie de técnicas generales^{24,25}:

- Relacionadas con el niño:
 - Considerarle sujeto de derecho de información y cuidados.
 - No subestimar su capacidad de comprensión y participación.
 - Preocuparse por su opinión y sentimientos sobre los procesos llevados a cabo.
 - Interesarse por sus expectativas.
 - Explicar los objetivos de salud de enfermería y fijar de forma conjunta aquellos objetivos que el niño pretenda alcanzar, así como negociar con él la manera de conseguirlos.
 - En caso de que el menor no tenga capacidad para decidir, explicar las decisiones tomadas con una estructura organizada, lógica y comprensible.
 - Mantener contacto visual con el niño y dirigirse a él colocándose físicamente a su altura.
- Relacionadas con la enfermedad:
 - Explicar la patología mediante lenguaje simple y sin tecnicismos.
 - Respetar el derecho del niño a la información.
- Relacionadas con la familia:
 - Conocer las preocupaciones y expectativas de la familia respecto al cuidado del niño y la situación familiar.
 - Tratar de mantener una buena relación y comunicación con los familiares para reducir los niveles de estrés y frustración tanto en ellos como en el niño.
- Relacionados con el profesional de enfermería:
 - Evaluar el grado de comprensión del niño sobre los cuidados de enfermería y técnicas que se llevarán a cabo.
 - Mantenerse formado y actualizado en conocimientos sobre el trato con pacientes pediátricos.
- Relacionados con el entorno:
 - Decorar la planta de pediatría procurando crear un ambiente alegre y poco agresivo para el niño en el cual no se sienta extraño o asustado.
 - Adecuar el espacio procurando que los acompañantes estén cómodos.

- Distribuir las salas según etapas de desarrollo.
- Salas dedicadas al tiempo libre del niño donde puedan jugar o dedicarse a otras actividades ajenas a su proceso patológico.
- Organizar las visitas de manera que la habitación no esté sobrecargada.

Por todo lo expuesto anteriormente, se puede afirmar que el paciente en edad adolescente debe ser tratado de forma diferente respecto a los demás pacientes.

Debido a sus características biopsicosociales, para que la comunicación terapéutica se eficaz, debe centrarse en una correcta información, una relación basada en el respeto y una actitud empática hacia su proceso de enfermedad con el fin de hacerle participe en su patología y conseguir modificaciones en su estilo de vida, mejorando así su bienestar^{13,16,28}.

Teniendo como objetivo mejorar la práctica de cuidados hacia este conjunto de pacientes, es necesario conocer hasta qué punto se produce una comunicación terapéutica eficaz entre ellos y el personal de enfermería, puesto que sólo se tiene evidencia científica de la falta de formación del personal en materia de comunicación, pero no de la percepción del paciente sobre la calidad de la comunicación.

2. Justificación

El objetivo principal de la comunicación en enfermería es conseguir que el paciente modifique hábitos de su vida para mejorar su salud.

Sin embargo, la comunicación ha de ser eficaz para que esto suceda y no se produzcan efectos nocivos durante el proceso de enfermedad. Para ello es necesario entender al paciente desde una perspectiva biopsicosocial y dotarle de las herramientas necesarias para hacerle participe de su proceso patológico, entendiendo de forma clara el mensaje mediante una información adecuada, empatía y respeto.

En el caso del paciente pediátrico en edad adolescente, es necesario adaptar el proceso de comunicación a su capacidad emocional y cognitiva y tener en cuenta a la familia como apoyo necesario durante el proceso. El objetivo de la comunicación eficaz es que el menor entienda el proceso y pueda integrarse en él.

Desde el punto de vista de enfermería, existen pocos estudios relacionados con la práctica enfermera del empleo de una comunicación terapéutica eficaz, a pesar de ser considerado un ítem fundamental para evaluar la satisfacción del paciente y la calidad de los cuidados de enfermería^{9,22}.

En cuanto al punto de vista científico, se encuentran diversos estudios sobre los efectos beneficiosos en la salud del paciente pediátrico cuando se produce una comunicación efectiva y el menor es incluido en la gestión de su salud, sin embargo, no hay evidencia científica de que se esté llevando a cabo³³.

Por ello, es necesario un estudio de tipo observacional descriptivo para medir si se produce una comunicación eficaz entre el personal de enfermería y el paciente pediátrico en edad adolescente en las plantas de hospitalización pediátrica con el fin de extraer resultados y mejorar la práctica de cuidados.

Objetivos e hipótesis

Objetivos

- Objetivo general:
 - Determinar si se produce una comunicación eficaz entre el paciente pediátrico adolescente y el personal de enfermería.

Hipótesis

A pesar de tratarse de un estudio descriptivo, se pueden incluir hipótesis puesto que la intención es cuantificar en qué medida se está desarrollando un suceso. Por tanto, encontramos dos hipótesis de investigación:

- H_0 : No se produce una comunicación eficaz entre el personal de enfermería y el paciente pediátrico en edad adolescente.
- H_1 : Sí se produce una comunicación eficaz entre el personal de enfermería y el paciente pediátrico en edad adolescente.

Metodología

Diseño del estudio

Se trata de un estudio descriptivo puesto que no se interviene en las variables, el investigador tiene como objetivo observar la intervención de enfermería en la comunicación con el paciente pediátrico en su medio natural, sin modificar ningún factor.

El carácter temporal del estudio es transversal, puesto que pretende evaluar de forma retrospectiva la intervención de enfermería en la comunicación. En este aspecto, se medirán las variables una única vez por cada paciente en el momento en el que se le haya otorgado el alta hospitalaria y la relación paciente – personal de enfermería del hospital pertinente haya llegado a su fin.

Se ha elegido este diseño de estudio porque se quiere determinar cómo se está produciendo la comunicación de enfermería, si es de manera eficaz o no, durante el periodo de ingreso del paciente pediátrico. Por ello, y para que se pueda cuantificar de forma más sencilla y objetiva, es interesante conocer la percepción del paciente una vez finalizada su estancia para que así pueda evaluar las variables en conjunto.

El estudio tendrá una duración total de 13 meses aproximadamente.

Sujetos de estudio

Población diana y accesible:

El estudio se realizará en el servicio de pediatría del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. El Hospital se dedica exclusivamente a la patología pediátrica, localizado en la Comunidad de Madrid y perteneciente al Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), por lo tanto, es público y, además, pertenece al Servicio Nacional de Salud de España³⁴.

La población diana de estudio abarcará a todos los pacientes pediátricos de 12 a 18 años puesto que, sus capacidades sociales, cognitivas y emocionales les permiten entender los ítems valorados en el estudio y responder de forma coherente y lógica a los cuestionarios, que tras haber padecido un proceso agudo hayan sido dados de alta médica y aún no hayan abandonado el centro de hospitalización en el momento del estudio, siendo la población accesible los pacientes pediátricos que hayan sido dados de alta médica y aún no hayan abandonado el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, el Hospital público de la Comunidad de Madrid más especializado en pediatría²⁶.

A partir de los datos obtenidos en las memorias del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús y empleando la fórmula de la **Figura 2**, se puede deducir que la muestra deberá un tamaño aproximado de 318, empleando un porcentaje de confianza del 95% y un porcentaje de error del 5%³⁵.

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}{i^2}$$

Figura 2. Fórmula de cálculo de tamaño muestral con poblaciones finitas.

El estudio se llevará a cabo en dicho hospital puesto que, debido a la realización de las prácticas clínicas en el mismo, es factible la obtención de datos.

El tipo de muestreo será no probabilístico por conveniencia, siendo la muestra aquellos pacientes del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús durante los meses de invierno (diciembre, enero, febrero y marzo) puesto que es el periodo con más incidencia en infecciones agudas producidas por virus respiratorios y cuándo mayor número de ingresos por patologías agudas se producen que, cumplan los siguientes criterios de inclusión y exclusión³⁶:

- Criterios de inclusión:
 - Hablar el mismo idioma que el personal de enfermería que le haya atendido de forma fluida.
 - Tener consentimiento informado.
 - Documento firmado de aceptación en el estudio.
- Criterios de exclusión:
 - Problemas crónicos de salud.
 - Déficits sensoriales:
 - Hipoacusia
 - Ceguera
 - Mudez y deterioro del lenguaje o habla.

Variables

VARIABLE	TIPO	RECOGIDA	UNIDAD DE MEDIDA	EMPLEO EN EL ESTUDIO
Edad	Independiente Cuantitativa	Pregunta abierta	Años	Sí
Empatía	Dependiente Cualitativa Ordinal	Cuestionario CECOP	Escala: Siempre o casi siempre / Muchas veces / Algunas veces / Pocas veces / Casi nunca o nunca	Sí
Respeto	Dependiente Cualitativa Ordinal	Cuestionario CECOP	Escala: Siempre o casi siempre / Muchas veces / Algunas veces / Pocas veces / Casi nunca o nunca	Sí
Información	Dependiente Cualitativa Ordinal	Cuestionario	Escala: Muy en desacuerdo / En desacuerdo / Indiferente / De acuerdo / Muy de acuerdo	Sí
Sexo del paciente	Interviniente Cualitativa Nominal	Pregunta cerrada	Masculino / Femenino	No
Sexo del profesional de enfermería	Interviniente Cualitativa Nominal	Pregunta cerrada	Masculino / Femenino	No
Nivel cultural	Interviniente Cualitativa Nominal	Pregunta cerrada	Sin estudios / Estudios básicos / Estudios universitarios	No
Nivel de formación en materia de comunicación del personal de enfermería	Interviniente Cualitativa Nominal	Pregunta cerrada	Estudios de grado / Estudios de postgrado / Estudios específicos en comunicación	No

Tabla 4 Resumen de las variables. *Tabla de elaboración propia.*

Como se ha explicado anteriormente, los pilares fundamentales para que se produzca una comunicación terapéutica eficaz son el respeto, la empatía y la calidad de la información percibidas por el paciente.

- **Edad:** esta variable de tipo cuantitativa e independiente, será recogida mediante una pregunta abierta y medida en años. Se encuentra incluida entre las variables seleccionadas en el estudio puesto que es necesario conocer la edad para cerciorarse de que el menor de edad se encuentra en el rango de 12 a 18 años y por tanto su capacidad emocional está suficientemente desarrollada como para haber establecido una relación de confianza y analizar de forma objetiva la calidad de la comunicación establecida con el personal de enfermería³⁰.
- **Empatía y respeto:** ambas variables cualitativas ordinales dependientes, serán medidas a través del cuestionario sobre la percepción de los pacientes sobre el comportamiento de comunicación de enfermería (CECOP), diseñado y validado en población mexicana. Este consta de diez reactivos, ocho empleados para la variable *Empatía* y dos para la variable *Respeto*. Dichas variables quedan incluidas en el proyecto por ser consideradas pilares de la comunicación eficaz^{12,37}.
- **Información:** se considera una variable cualitativa ordinal y dependiente, la cual será recogida mediante un cuestionario validado por el Ministerio de Sanidad y Política Social, el cual evalúa los estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud formando parte del Proyecto Séneca.

Se incluye esta variable ya que tanto la calidad como la cantidad de información otorgada al niño son consideradas puntos clave de la comunicación eficaz, las cuales indican si el personal de enfermería ha adecuado el lenguaje y el contenido de la información a las capacidades del menor y le ha dado la opción de ser participe en su proceso de salud^{30,38}.

- **Sexo del paciente / sexo del profesional de enfermería:** son variables cualitativas nominales que serían recogidas mediante una pregunta cerrada con opción de respuesta *hombre* o *mujer*. No se encuentran incluidas aunque se han encontrado estudios en los que la diferencia de género entre el paciente y el profesional de enfermería es considerada una barrera para la comunicación, puesto que el estudio no pretende evaluar dichas barreras⁸.

- **Nivel cultural:** variable cualitativa nominal interviniente, recogida mediante una pregunta cerrada con opciones de respuesta ya fijadas, la cual no está incluida en el proyecto puesto que toda la muestra se encuentra dentro del nivel de estudios básicos y no supone diferencias significativas que afecten a la capacidad emocional de los menores.
- **Nivel de formación en materia de comunicación del personal de enfermería:** se trata de una variable cualitativa nominal interviniente, la cual sería recogida a través de una pregunta cerrada con las siguientes opciones de respuesta; *estudios de grado, estudios de postgrado, estudios específicos en comunicación*. No se encuentra incluida puesto que la investigación se centra en el paciente y si desde su perspectiva se produce una comunicación eficaz de forma general, al margen de estar demostrado que el nivel de formación en comunicación del personal de enfermería por el que ha sido atendido influye en la percepción del paciente²³.

Se considerará que existe una comunicación terapéutica eficaz cuando los resultados percibidos por los pacientes sean en su mayoría favorables, es decir, que la mayor parte de las valoraciones de las variables sean positivas.

Según cada variable, las respuestas positivas o negativas serían las explicadas en la **Tabla 5**, considerándose negativas aquellas que muestren indiferencia puesto que se entiende que, si el paciente no ha creado una opinión sobre dichos comportamientos, el profesional de enfermería no ha establecido de forma correcta una relación terapéutica y por tanto no se ha producido una comunicación terapéutica eficaz^{13,16,28}.

Variable	Valoración positiva	Valoración negativa
Empatía	Siempre. Casi siempre. Muchas veces.	Algunas veces. Pocas veces. Casi nunca. Nunca.
Respeto	Siempre. Casi siempre. Muchas veces.	Algunas veces. Pocas veces. Casi nunca. Nunca.
Información	Muy de acuerdo. De acuerdo.	Indiferente. En desacuerdo. Muy en desacuerdo.

Tabla 5. Valoración de variables. *Tabla de elaboración propia.*

Procedimiento de recogida de datos

Los datos se recogerán mediante dos cuestionarios validados y una ficha de datos para el paciente con una pregunta abierta^{37,38} (*edad*). **Anexo 4.**

La ficha para el paciente y los cuestionarios los dispensarán los integrantes del equipo de enfermería en turno de mañana de la planta, a la cual se le explicará que su función consiste en informar a los responsables legales y a los menores sobre el estudio, entregar los documentos y recogerlos.

Para la captación de profesionales de enfermería que participe en el estudio se emplearán tres meses (desde el 1 de octubre de 2017 hasta el 3 de diciembre de 2017) en la que el investigador principal acudirá al Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Allí se repartirá información en formato papel sobre el estudio y se programarán sesiones informativas en función de los trabajadores interesados con el fin de informar sobre el objetivo del estudio y las aportaciones del mismo para la práctica enfermera.

Tras finalizar el periodo de captación, se iniciará la fase de formación del profesional, cuya duración será de dos semanas (4 de diciembre de 2017- 20 de diciembre 2017) antes de iniciar la fase de recogida de datos, con 2 horas de duración cada una, con el objetivo de formar al mayor número posible de profesionales de enfermería dispuestos a participar, en las que se enseñará lo siguiente:

- Información y presentación del investigador responsable:
 - Nombre: Paula Isabel Herrerin García
 - Profesión: estudiante de 4º de enfermería
 - Centro: Universidad Pontificia de Comillas
 - Contacto:
 - paulaherrerin@hotmail.es
 - 630176668
- Título y objetivo del estudio: el proyecto titulado *Evaluación de la comunicación eficaz en enfermería con el paciente pediátrico adolescente (Estudio observacional)*, tiene como objetivo evaluar si se produce una comunicación eficaz entre el personal de enfermería y los pacientes pediátricos en periodo de adolescencia, que se desarrollará en el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús.
- Obligaciones de los participantes en la recogida de datos:
 - Llevar a cabo las instrucciones recibidas.
 - Participar de forma voluntaria.

- Derechos de los participantes en la recogida de datos:
 - Dejar de colaborar en cualquier momento, previo aviso al investigador responsable.
 - Contactar con el investigador responsable en cualquier momento del proceso de recogida para realizar preguntas o solucionar conflictos relacionados con el estudio.
- Riesgos y daños para los participantes en la recogida de datos: ninguno.
- Duración de la recogida de datos: durante la estación de invierno, desde el día 21 de diciembre hasta el día 21 de marzo.
 - Anonimidad del estudio: el estudio será anónimo en su totalidad. Los cuestionarios no deben tener datos personales del paciente más allá de la edad, como tampoco los datos de la persona que los ha entregado en las fichas relativas al nivel de formación en materia de comunicación acorde a la ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.
- Visitas del estudio: el investigador principal realizará una visita semanal para recoger los cuestionarios y fichas completados, entregar nuevos cuestionarios y fichas y atender al personal de enfermería que participa en el estudio con el fin de responder dudas o solucionar conflictos relacionados con el mismo.
- Funciones durante la recogida de datos:
 - Entregar el consentimiento informado, la aceptación de participación y los cuestionarios en el momento de la entrega del informe de alta de enfermería, cuando el paciente haya sido dado de alta y no haya abandonado el Hospital.
 - Información a los responsables legales y al paciente en cualquier momento durante la recogida de datos sobre:
 - Objetivos del estudio.
 - Consentimiento informado.
 - Metodología de recogida de datos.
 - Tiempo estimado en responder los cuestionarios.
 - Cualquier duda relacionada con los cuestionarios y/o el estudio.
 - Procurar un clima de intimidad y minimizar las interrupciones durante la recogida de datos a los pacientes.
- Elección de la muestra para el estudio: pacientes pediátricos que hayan sido ingresados en el Hospital, pero hayan recibido el alta médica que aún no hayan abandonado el centro y que cumplan los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

- Criterios de inclusión:
 - Hablar el mismo idioma que el personal de enfermería que le haya atendido de forma fluida.
 - Tener consentimiento informado.
 - Documento firmado de aceptación en el estudio.
- Criterios de exclusión:
 - Problemas crónicos de salud.
 - Déficits sensoriales:
 - Hipoacusia
 - Ceguera
 - Mudez y deterioro del lenguaje o habla.
- Duración estimada de la realización del cuestionario: 10 minutos.
- Riesgos e inconvenientes para el paciente: ninguno
- Requisitos para la realización del cuestionario por parte del paciente:
 - El paciente debe querer participar de forma voluntaria y firmar la aceptación de participación en el estudio.
 - Los responsables legales del menor deben de estar de acuerdo en su participación y deben firmar el consentimiento informado.
- Derechos del responsable legal:
 - Derecho a revocar el consentimiento en cualquier momento del proceso de toma de datos.
 - Derecho a contactar con la persona que le administró el consentimiento informado en cualquier momento con el fin de aclarar dudas.
 - Garantía de la confidencialidad de la información obtenida acorde a la ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.
- Derechos del paciente:
 - Derecho a abandonar el estudio en cualquier momento.
 - Derecho a contactar con la persona que administró los cuestionarios o con el investigador responsable en cualquier momento con el fin de aclarar dudas.
 - Garantía de la confidencialidad de la información obtenida acorde a la ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.

Durante la sesión de formación al personal, se le entregará un documento de aceptación de participación en el estudio, en el cual, los profesionales firmarán que aceptan participar de forma voluntaria y se comprometerán a recoger los datos de la manera indicada, no falsear datos, comunicar con antelación el abandono del estudio y comunicar incidencias al investigador principal en caso de que ocurrieran. **Anexo 5.**

Durante la fase de recogida de datos, el investigador principal visitará el lugar donde se lleva a cabo con el fin de recoger los cuestionarios completados, reunirse con aquellas personas en las que se ha delegado y comprobar si está siendo efectiva mediante preguntas a los participantes. Así mismo, se entregarán cuestionarios nuevos una vez por semana y se resolverán dudas y conflictos sobre el estudio.

Una vez finalizada la fase de recogida, el día 21 de marzo, se recogerán los cuestionarios restantes y se agradecerá a los participantes la ayuda durante el estudio.

Fases del estudio, cronograma

El estudio durará 13 meses aproximadamente (octubre 2017 – mayo 2018) y va a contar con las siguientes fases, representadas en la **Tabla 6**:

1. Fase conceptual: esta fase dura aproximadamente tres meses, y en ella se fundamenta el problema planteado, si es coherente investigar sobre ello y la viabilidad del estudio. A su vez, esta fase está compuesta por las siguientes fases:
 - a. Formulación de la pregunta de investigación.
 - b. Revisión bibliográfica de lo ya investigado sobre el tema con el fin de justificar y concretar el problema de investigación.
 - c. Descripción del marco teórico del estudio.
 - d. Relación de los objetivos y las hipótesis de la investigación para explicar la finalidad del estudio y los resultados esperados.
2. Fase metodológica: con aproximadamente dos meses de duración, se elige el tipo de proyecto de investigación más adecuado para responder al problema planteado y llegar a cumplir los objetivos del estudio. En ella encontramos las siguientes fases:
 - a. Elección del diseño de investigación.
 - b. Definición de los sujetos de estudio.
 - c. Descripción de las variables de investigación.
 - d. Elección de las herramientas de recogida y análisis de datos.
3. Fase empírica: durará aproximadamente siete meses y se llevará a cabo la recogida de datos, el análisis y la interpretación de los mismos con el fin de obtener conclusiones de ellos y difundirlos. Esta fase estará compuesta por las siguientes:
 - a. Preparación para la recogida de datos.
 - b. Recogida de datos.
 - c. Análisis de datos.
 - d. Interpretación de resultados.
 - e. Difusión de los resultados.

Fase		Sub - Fases		2017												2018				
				OCT	NOV	DIC	EN	FEB	MAR	ABR	SEPT	OCT	NOV	DIC	EN	FEB	MAR	ABR	MAY	
Conceptual.	Formulación de la pregunta.																			
	Revisión bibliográfica.																			
	Descripción del marco de referencia.																			
	Relación de objetivos e hipótesis.																			
	Elección del diseño.																			
Metodológica.	Definición de los sujetos de estudio.																			
	Descripción de las variables.																			
	Elección de herramientas de recogida y análisis de datos.																			
	Reparación de la recogida de datos.																			
Empírica.	Recogida de datos.																			
	Análisis de datos.																			
	Interpretación de resultados.																			
	Difusión de resultados.																			

Tabla 6. Cronograma del estudio. *Tabla de elaboración propia.*

Análisis de datos

Para el análisis de datos se empleará tanto estadística descriptiva como inferencial mediante el programa SPSS³⁵.

Los parámetros de estadística descriptiva que se emplearán con el fin de conocer en qué medida se observan las variables estudiadas, y serán los siguientes (**Tabla 7**):

De centralización	De dispersión	De posición
- Mediana - Media aritmética - Moda	- Recorrido - Desviación media - Desviación típica - Varianza - Coeficiente de variación	- Percentiles - Rango intercuartílico

Tabla 7. Parámetros estadísticos. *Tabla de elaboración propia.*

Cabe destacar que en el caso del cuestionario CECOP, sólo se tendrá en cuenta para el análisis si la persona se siente comprendida y respetada, cómo calificaría la comprensión y el respeto.

Se realizarán tablas de frecuencia para las variables descriptivas, analizando frecuencia absoluta, frecuencia absoluta acumulada, frecuencia relativa y frecuencia relativa acumulada, tal y como se muestra en la siguiente tabla: (**Tabla 8**)

Categoría de la variable (X_i)	Frecuencia absoluta (n_i)	Frecuencia absoluta acumulada (N_i)	Frecuencia relativa (f_i)	Frecuencia relativa acumulada (F_i)
1				
2				
3				
Total				

Tabla 8. Ejemplo tabla de frecuencias. *Tabla de elaboración propia.*

Así mismo, se emplearían representaciones gráficas como diagramas de dispersión y diagramas de caja y bigote.

En cuanto a la estadística inferencial, se empleará para relacionar las variables cualitativas dependientes con las variables intervinientes y así conocer cuál es la probabilidad de que se observe la variable cualitativa según las variables intervinientes e independientes y si existe relación entre ellas.

Las asociaciones entre variables serán las siguientes (*Tabla 9*):

Variables dependientes		Variables Intervinientes
Empatía	Edad del paciente	
Respeto		
Información		

Tabla 9. Asociación entre variables. *Tabla de elaboración propia.*

Posteriormente se realizarán tablas de contingencia de doble entrada relacionando cada variable dependiente e independiente con cada variable interviniente, empleando los parámetros anteriormente nombrados junto con las frecuencias relativas conjuntas. Después, mediante la Prueba de chi-cuadrado de Pearson (χ^2) se comprobará si existe relación entre ellas a partir de la aceptación o el descarte de las hipótesis nula y alternativa (*Tabla 10*).

$X_i \backslash Y_j$	d_1		d_k		d_s	Total
c_1	n_{11}		n_{1k}		n_{1s}	n_1
c_h	n_{h1}		n_{hk}		n_{hs}	n_h
c_r	n_{r1}		n_{rk}		n_{rs}	n_r
Total						

Tabla 10. Ejemplo tabla de contingencia. *Tabla de elaboración propia.*

Las representaciones gráficas que se emplearán serán el diagrama de barras de frecuencias absolutas conjuntas, diagrama de barras de frecuencias relativas conjuntas, diagrama de dispersión y diagrama de sectores.

Aspectos éticos

El estudio será revisado por el comité ético de investigación clínica (CEIC) de la Sociedad Española de Farmacología clínica, el cual tiene como área de influencia el Hospital Infantil Universitario del Niño Jesús. Para ello se enviará una carta al CEIC y al Hospital pidiendo su consentimiento para la realización del estudio y se comunicará al Ministerio Fiscal la participación de menores en el estudio, **Anexo 7**.

Para obtener el consentimiento informado primero se formará al personal de enfermería en cuanto al estudio y mediante delegación de funciones, será el personal el que, en el momento del alta médica, explique tanto a los responsables legales como al menor de edad los objetivos del estudio, riesgos y beneficios para los participantes y respeto del anonimato y confidencialidad, entregue los documentos del consentimiento informado a los responsables legales del menor y el documento de aceptación de participación en el estudio al menor de edad **Anexo 8**.

No existen riesgos potenciales de los sujetos participantes en el estudio.

Para respetar el anonimato y la confidencialidad no se accederá en ningún momento a documentación clínica y personal relacionada con los participantes.

En el caso de los pacientes, las encuestas se numerarán según el orden de participación.

Del personal de enfermería no se requiere ningún dato personal que vaya a ser empleado en el estudio.

Limitaciones del estudio

Puesto que la validez interna se define como el grado en el que la manipulación de las variables independientes puede afectar a las variables dependientes, cabe mencionar que los elementos que pueden suponer una amenaza son:

- Factores orgánicos:
 - Rasgos y habilidades: el estudio no contempla la personalidad de los sujetos ni el aprendizaje previo de los mismos.
- Factores estimuladores y situacionales:
 - Instrucciones: puesto que no se realiza una observación directa sobre las personas que explican a los menores y sus tutores legales la participación en el estudio, pueden producirse errores en cuanto a la información otorgada.
- Medida de respuesta:
 - Puesto que las personas que recogen los datos son parte del personal de enfermería, pueden influir en cómo los pacientes respondan a las fichas de recogida de datos.

Entendiendo la validez externa como el grado en extensión y forma en el que los resultados pueden ser extrapolados, los factores que pueden suponer una amenaza son:

- Factores orgánicos: puesto que los sujetos seleccionados en la muestra deben cumplir unos criterios de inclusión y exclusión específicos y deben estar en edad adolescente, el estudio no es extrapolable para toda la población pediátrica. También ha de ser tenido en cuenta que los cuestionarios empleados están dirigidos a población adulta, por lo que pueden sucederse problemas de comprensión.
- Factores situacionales: el estudio no contempla el ambiente en el que se produce la recogida de datos, pero presupone que sea en un clima sin interrupciones y con intimidad.
- Efecto Rosenthal: puesto que no se tienen en cuenta la variable del personal de recogida de datos, siendo este el personal de enfermería y conociendo los objetivos del estudio y teniendo acceso a los datos observados, cabe esperar que su comportamiento se modifique de manera que actúen mejor respecto a las variables observadas: mayor empatía, mayor respeto y mejor información hacia el paciente.

Bibliografía

1. Fleischer S, Berg A, Zimmermann M, Wüste K, Behrens J. Nurse-patient interaction and communication: A systematic literature review. *J Public Health*. 2009;17(5):339-353.
2. Elementos de la comunicación [Internet]. Madrid: Ministerio de Educación; 2007 [actualizada 27 de julio de 2005; acceso 23 de febrero de 2017]. Gobierno de España. Elementos de la comunicación. Disponible en: http://recursos.cnice.mec.es/lengua/profesores/eso1/t1/teoria_1.htm
3. Guazmayán Ruiz C. Internet y la investigación científica: El uso de los medios y las nuevas tecnologías en la educación. 1ª ed. Bogotá: Cooperativa Editorial Magisterio; 2004.
4. García González A. Competencias sociales en las relaciones interpersonales y grupales. 1º ed. Madrid: Pirámide; 2016.
5. Valverde C. Comunicación terapéutica en enfermería. 2º ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2007.
6. Valladares Broca P. Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2012;65(1):97-103.
7. González Aller C. La comunicación terapéutica usuario-enfermera en las consultas de atención primaria. *RqR*. 2014;2(2):82-90.
8. Norouzinia R, Aghabarari M, Shiri M, Karimi M, Samami E. Communication Barriers Perceived by Nurses and Patients. *Glob J Health Sci*. 2015;8(6):65-74.
9. Newman A. Nurses' Perceptions of Diagnosis and Prognosis-Related Communication. *Cancer Nurs*. 2016;39(5):48-60.
10. Muñoz Cobos F. Cambio de modelo de atención sanitaria. *Med fam Andal*. 2016;17(1):49-64.
11. Borrel i Carrió F. El modelo biopsicosocial en evolución. *Med Clin (Barc)*. 2002;119(5):175-179.
12. Chard R, Makary M. Transfer-of-Care Communication: Nursing Best Practices. *AORN J*. 2015;102(330-339).
13. Kourkouta LPapathanasiou I. Communication in Nursing Practice. *Mater Sociomed*. 2014;26(1):65-67.
14. Ley de ordenación de las profesiones sanitarias. Ley 44/2003, de 21 de noviembre. Boletín Oficial del Estado, nº 280, (22-11-2003).
15. Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 14/2002, de 14 de noviembre. Boletín Oficial del Estado, nº 274, (15-11-2002).
16. Cibanal Juan L, Arce Sánchez M, Carballal Balsa M. Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud. 2 ed. Barcelona: Elsevier; 2012.

17. De Carvalho de Rezende R, Pontes de Olivera R, Carvalho de Araújo S, Felipe Guimares T, do Espírito Santo F, Setenta Porto I. Body language in health care: a contribution to nursing communication. *Rev Bras Enferm.* 2015;68(3):430-436.
18. Ley de protección de datos de carácter personal. Ley 15/1999, de 13 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 298, (14-12-1999).
19. CODEM [Internet]. Madrid: Ilustre Colegio de Enfermería de Madrid; 2017. [actualizada 2017; citado 26 de febrero de 2017]. Ilustre Colegio de Enfermería de Madrid. Código Deontológico de Enfermería. Disponible en: <http://www.codem.es/codigo-deontologico>
20. CGCOM [Internet]. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos; 2011 [actualizada 2017; citado 22 febrero 2017]. Organización Médica Colegial de España. Código Deontológico de Medicina. Disponible en: <http://www.cgcom.es/deontologia>
21. Santos L, Oliveira L, Munari D, Barbosa M, Peixoto M, Nogueira A. Cuando la comunicación es nociva en el encuentro entre profesional y familia del niño hospitalizado. *Enferm. glob.* 2015;14(37):192-203.
22. Tanabe M, Suzukamo Y, Tsuji I, Izumi S. Communication Training Improves Sense of Performance Expectancy of Public Health Nurses Engaged in Long-Term Elderly Prevention Care Program. *ISRN Nursing.* 2012;2012:1-8.
23. Ann King MA, Ruth B. Hope M. "Best Practice" for Patient-Centred Communication: A Narrative Review. *J Grad Med Educ.* 2013;5(3):385-393.
24. Desai Pandya S. Communicating with Children in Healthcare Settings. *Indian F Pediatr.* 2013;80(12):1028-1033.
25. García R, De la Barra F. Hospitalización de niños y adolescentes. *Rev Med Clin Condes.* 2005;16(4):236-241.
26. Piaget J, Inhelder B. Psicología del niño. 16º ed. Madrid: Morata; 2007
27. Krauskopof D. El desarrollo psicológico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios. *Adolesc salud.* 1999;1(2).
28. Levetown M. Communicating With Children and Families: From Everyday Interactions to Skill in Conveying Distressing Information. *PEDIATRICS.* 2008;121(5):e1441-e1460.
29. Espezel H, Canam C. Parent-nurse interactions: care of hospitalized children. *J Adv Nurs.* 2003;44(1):34-41.
30. Martín Bravo C, Navarro Guzmán J, Aguilar Villagrán M. Psicología evolutiva en Educación Infantil y Primaria. 1º ed. Madrid: Pirámide; 2016.
31. Noreña Peña A, Cibanal Juan L. La experiencia de los niños hospitalizados acerca de su interacción con los profesionales de enfermería. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2011;19(6):1-8.

32. Lambert V, Glacken M, McCarron M. Communication between children and health professionals in a child hospital setting: a Child Transitional Communication Model. *J Adv.* 2011;67(3):569-582.
33. Esquerda Aresté M, Pifarré Paradero J, Miquel Fernández E. La capacidad de decisión en el menor. Aspectos particulares de la información en el niño y en el joven. *An Pediatr Contin.* 2013;11(4):204-211.
34. Servicio Madrileño de Salud. Memoria de Actividad Hospital Infantil Universitario Niño Jesús [Internet]. Madrid: Conserjería de Sanidad de la Comunidad de Madrid; 2014. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142401488248&language=es&pagename=HospitalNinoJesus%2FPage%2FHNIJ_contenidoFinal
35. Salamanca S. El aeiou de la investigación en enfermería. 1ª ed. Madrid: Fuden; 2013.
36. Junta Directiva de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP). Protocolos de Infectología. [Libro en internet]. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2011 [acceso 25 de marzo de 2017]. Disponible: <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/irsv.pdf>
37. Müggenburg C, Robles R, Valencia A, Hernández Guillén M, Olvera S, Riveros Rosas A. Evaluación de la percepción de pacientes sobre el comportamiento de comunicación del personal de enfermería: diseño y validación en población mexicana. *Salud Mental.* 2015;38(4):273-280.
38. Ministerio de Sanidad y Política Social. Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Madrid; 2008.

Anexos

Anexo 1: Barreras en la comunicación percibidas por profesionales y pacientes.

Los siguientes gráficos han sido elaborados a partir de Norouzinia R, Aghabarari M, Shiri M, Karimi M, Samami E, 2015.

En ellos se exponen los factores que el personal de enfermería y los pacientes consideran más importantes según a qué contexto pertenecen.

Dichos factores están evaluados numéricamente desde el más relevante hasta el menos relevante mediante la siguiente escala numérica:

- 0. Nada relevante.
- 1. Poco relevante.
- 2. Relevante.
- 3. Muy relevante.

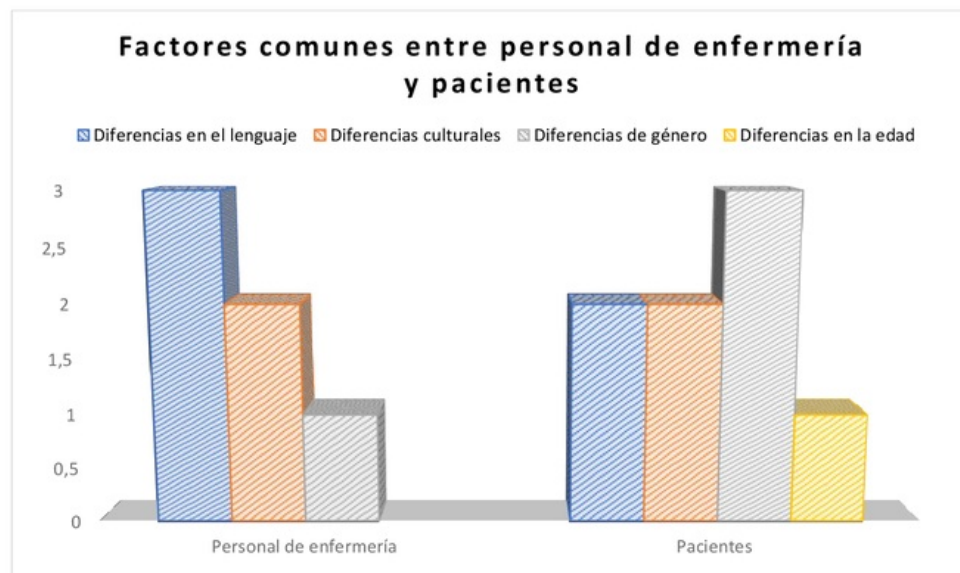


Figura 3. Factores comunes entre personal de enfermería y pacientes. Gráfico de elaboración propia a partir de Norouzinia R, Aghabarari M, Shiri M, Karimi M, Samami E, 2015.

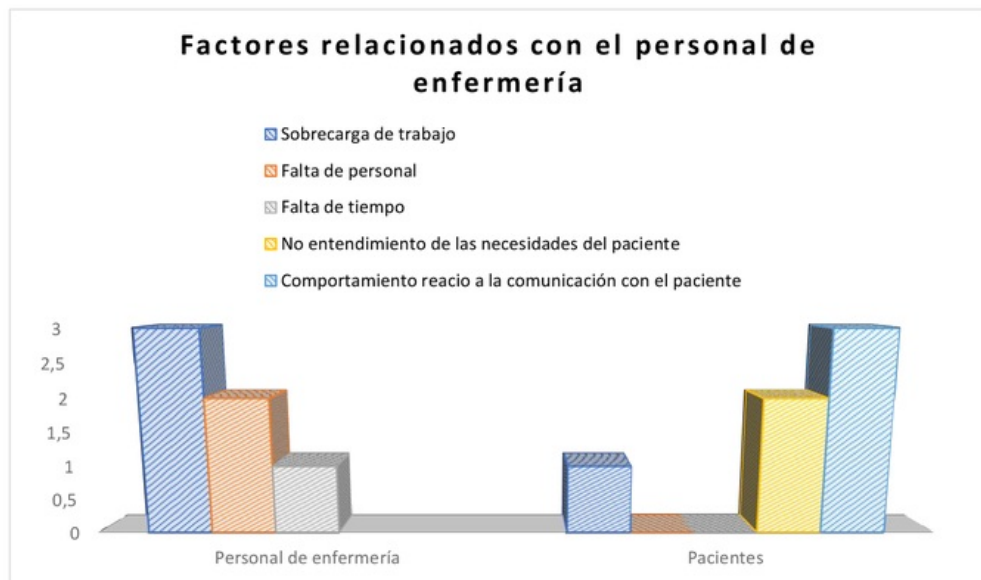


Figura 4. Factores relacionados con el personal de enfermería. *Gráfico de elaboración propia a partir de Norouzinia R, Aghabarari M, Shiri M, Karimi M, Samami E, 2015.*

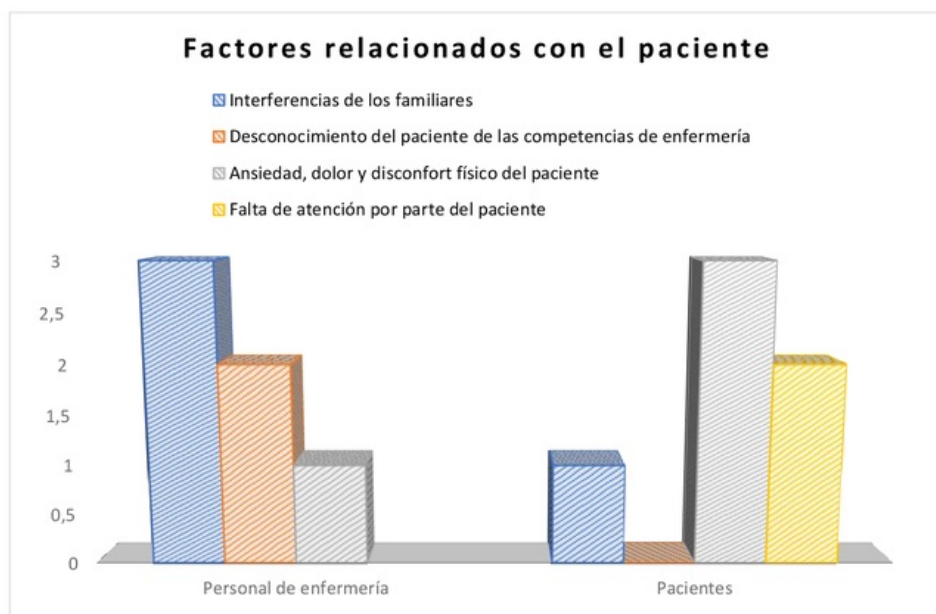


Figura 5. Factores relacionados con el paciente. *Gráfico de elaboración propia a partir de Norouzinia R, Aghabarari M, Shiri M, Karimi M, Samami E, 2015.*

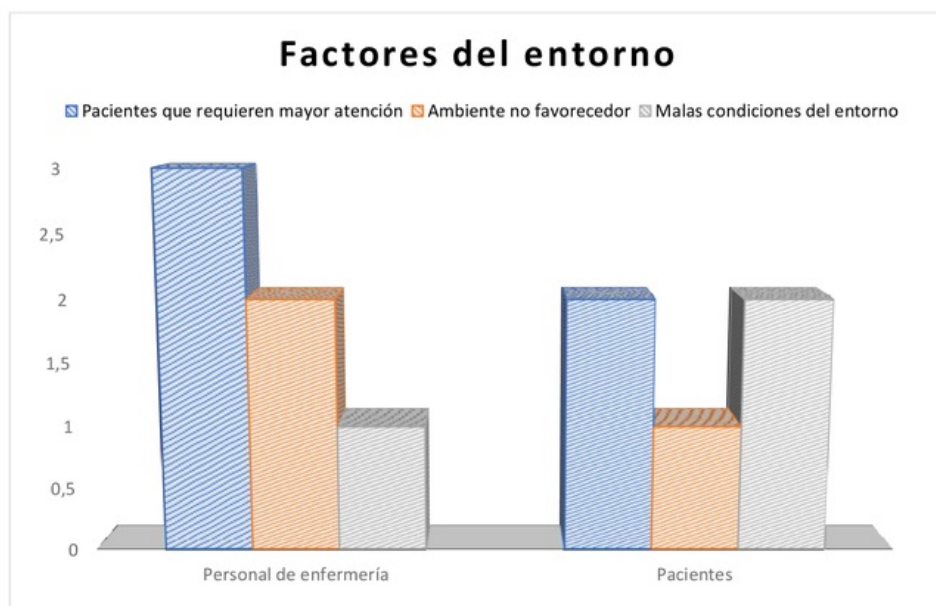


Figura 6. Factores del entorno. *Gráfico de elaboración propia a partir de Norouzinia R, Aghabarari M, Shiri M, Karimi M, Samami E, 2015.*

Elaboración propia a partir de Norouzinia R, Aghabarari M, Shiri M, Karimi M, Samami E, 2015.

Anexo 2: “Mejores prácticas” para la comunicación en enfermería.

Función de la comunicación en enfermería	Roles y responsabilidades del profesional de enfermería	Habilidades
Toma de decisiones	• Preparar al paciente para que pueda elegir de forma voluntaria y libre. • Diseñar un plan conjunto profesional-paciente.	• Motivar al paciente para que sea partícipe de la toma de decisiones. • Explicar todas las opciones posibles. • Explorar las preferencias del paciente y su comprensión. • Buscar un acuerdo a través de la negociación. • Identificar y motivar los recursos y apoyos del paciente.
Hacer partícipe de los cuidados	• Evaluar la capacidad e interés del paciente de ser partícipe en sus cuidados. • Enseñar técnicas y conocimientos referentes a los mismos. • Negociar objetivos. • Ayudar a conseguir un mayor grado de autonomía y manejo en su propia enfermedad. • Defender al paciente frente al sistema de salud. • Conocer las expectativas del paciente.	• Evaluar si el paciente está preparado para cambiar hábitos de salud. • Motivar al paciente. • Negociar y animar a conseguir objetivos, ideas y tomar decisiones.
Apoyar emocionalmente	• Facilitar la expresión emocional del paciente.	• Reconocer y explorar emociones. • Fomentar la autorreflexión. • Expresar empatía y confianza. • Ayudar en el control emocional. • Enseñar técnicas de resiliencia.

Tabla 11. “Mejores prácticas” para la comunicación en enfermería. Elaboración propia a partir de King A, Hoppe R, 2013

Elaboración propia a partir de King A, Hoppe R, 2013

Anexo 3: Posturas del paciente pediátrico frente a la comunicación.

Posición	Observador pasivo	Participante activo
Posición asumida por el niño en el proceso de comunicación	El niño no participa en el proceso de comunicación, sus padres/tutores se expresan por él.	El niño adopta una posición central en la comunicación participando de forma directa.
El niño quiere ser excluido o incluido en el proceso de comunicación / el profesional de enfermería excluye o incluye al niño en el proceso.	Quería ser excluido: si no está preocupado realmente por recibir información porque no quiere saber malas noticias. No se siente preparado para ser participe de la situación. Fue excluido: los profesionales de enfermería se dirigen exclusivamente a los padres/tutores no dando oportunidad al niño para participar. Así mismo, tampoco adaptan el mensaje a las capacidades de comprensión del niño.	Quería ser incluido: quiere recibir información y para ello participa en las conversaciones y hace preguntas. Fue incluido: los profesionales de enfermería se comunican de forma directa con el niño, le dan la oportunidad de participar en el proceso de comunicación y emplean terminología que pueda ser entendida para que el niño capte el mensaje y esté bien informado.
Grado en el que se cumplió con las expectativas del niño respecto al proceso de comunicación.	En los casos en los que el niño quiere ser excluido, las expectativas del niño se cumplen. Cuando la exclusión es forzada, el niño no se siente satisfecho porque no es escuchado.	Cuando el niño quería ser incluido en la comunicación, sus expectativas de ser oído se cumplen. Sin embargo, cuando se incluye al menor en la comunicación sin que él quiera, las expectativas respecto al proceso de comunicación no se cumplen.

Tabla 12. Posiciones del niño en la comunicación: observador pasivo y participante activo. *Elaboración propia a partir de Lambert V, Glacken M, McCarron M, 2010.*

Anexo 4: Ficha de recogida de datos.

Variable	Datos a recoger
Edad del menor	Edad en número:
Sexo del menor	Hombre Mujer
Empatía percibida	Sí No Calificación:
Respeto percibido	Sí No Calificación:
Información	Parámetro/valoración

Tabla 13. Ficha de recogida de datos. *Tabla de elaboración propia.*

Anexo 5: Aceptación de participación del personal de enfermería.

Yo, _____ con DNI _____ y número de colegiado _____

Declaro que he recibido información adecuada y suficiente respecto al proyecto: *Evaluación de la comunicación eficaz en enfermería con el paciente pediátrico adolescente (Estudio observacional)* y que acepto participar en el mismo de forma voluntaria.

En Madrid a _____ de 2017.

Firma:

Elaboración propia, 2017.

Anexo 6: Cuestionarios validados y datos del paciente.

Edad:

Empatía y respeto³⁷

¿Se siente comprendido por las enfermeras que lo han atendido?

Si No

¿Cómo califica la comprensión que recibe?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Se siente respetado por las enfermeras que lo han atendido?

Si no

¿Cómo calificaría el respeto con el que lo atienden?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Qué le hace pensar que la enfermera lo comprende?

¿Qué conductas favorables observas en ella?

¿Qué le hace pensar que la enfermera no lo comprende?

¿Qué conductas desfavorables observas en ella?

¿Qué le hace pensar que la enfermera lo respeta?

¿Qué conductas favorables observas en ella?

¿Qué le hace pensar que la enfermera no lo respeta?

¿Qué conductas desfavorables observas en ella?

COMPORTAMIENTO	SIEMPRE, CASI SIEMPRE	MUCHAS VECES	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	CASI NUNCA, NUNCA
Le sonríen					
Se molestan cuando no quiere comer					
Se molestan cuando no quiere bañarse					
Se molestan cuando moja la cama accidentalmente					
Se acercan para saludar					
Usan palabras amables para hablar con usted					
Buscan tiempo para hablar con usted					
Lo llaman por su nombre					
Usan palabras "técnicas" que usted no conoce					
Usan palabras de ánimo para motivarlo					
Se presentan por su nombre					
Cuando usted les pide algo que					

necesita, tratan de traerlo					
Bromean con usted para darle confianza					
Le dan explicaciones de los cuidados que realizan					
Le transmiten tranquilidad					
Respetan su forma de pensar					
Le escuchan aun que tengan mucho trabajo					
Hablan con usted cuando están realizándole alguna técnica: Tomar la tensión, analítica, medicación...					
Se molestan cuando usted se queja de algo					
Le dan mimos para animarlo					
Le explican por qué le dan cuidados					
Le preguntan cómo se siente					

Tabla 14. CECOP Comportamientos de enfermería relacionados con su forma de comunicación observada por los pacientes.

Información³⁸:

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
En el momento del ingreso he recibido la información que necesitaba sobre las normas del centro, horarios, timbres...					
El trato, la amabilidad y las ganas de agradar con las que he sido atendido por los enfermeros ha hecho que me sienta cómodo/a y seguro/a					
He participado en las decisiones sobre los tratamientos para mi enfermedad					
He sido correctamente informado sobre los tratamientos que estoy recibiendo: medicamentos, técnicas de cuidado					

Cuando me han realizado alguna prueba que necesitara un consentimiento informado o autorización, me lo explicaron y aclararon todas mis dudas.					
Me han informado sobre como continuar los cuidados en el domicilio, tras el alta.					

Tabla 15. Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en os hospitales del SNS. Proyecto Séneca.

Elaboración propia a partir de Múggenburg M, Nava Galán M, Riveros Rosas A, 2010 y Ministerio de Sanidad y Política Social, 2008.

Anexo 7: Cartas de solicitud de realización del estudio.

Solicitud de revisión por el comité ético:

Madrid, a 27 de marzo de 2017.

Excma. Julia Asensio Antón
Presidenta
Comité Ético de Investigación Clínica
Sociedad Española de Farmacología Clínica

Estimada Sra. Julia:

Yo, Paula Isabel Herrerin García, en calidad de Investigador Responsable del proyecto: *Evaluación de la comunicación eficaz en enfermería con el paciente pediátrico adolescente (Estudio observacional)*, presento a revisión por el Comité Ético de Investigación Clínica de la Sociedad Española de Farmacología Clínica la siguiente documentación:

- Solicitud para la aprobación de investigación que involucre seres humanos.
- Uso de datos y/o muestras humanas.
- Protocolo Investigación.
- Documento de Consentimiento Informado.
- Formulario de solicitud de dispensa de documento de Consentimiento Informado.

Nombre y Firma del Investigador Responsable

Fecha

Solicitud de realización del estudio en el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús:

Madrid, 27 de marzo de 20017.

Excma. Ana G. Moreno Marcos.

Directora de Enfermería del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús.

Estimado Sra. Ana G:

Yo, Paula Isabel Herrerin García, en calidad de Investigador Responsable del proyecto: *Evaluación de la comunicación eficaz en enfermería con el paciente pediátrico adolescente (Estudio observacional)*, solicito concertar con usted una cita con el fin de presentarle el Estudio y llevarlo a cabo en el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús.

Dicho estudio cuenta con la revisión del Comité Ético de Investigación Clínica de la Sociedad Española de Farmacología Clínica y tiene como objetivo principal evaluar si se produce una comunicación eficaz entre el paciente pediátrico y el personal de enfermería.

Un cordial saludo,

Paula Isabel Herrerin García.

Elaboración propia, 2017.

Anexo 8: Consentimiento informado y documento de aceptación de participación.

Consentimiento informado

Investigador responsable:

Nombre: Paula Isabel Herrerin García

Profesión: estudiante de 4º de enfermería

Centro: Universidad Pontificia de Comillas

Contacto:

Email: paulaherrerin@hotmail.es

Teléfono: 63017668

Su hijo/a ha sido seleccionado/a para participar en el estudio de investigación titulado: *Evaluación de la comunicación eficaz en enfermería con el paciente pediátrico (estudio observacional)*. Por favor, lea detenidamente este documento donde se explicará la intervención asegurándose de que no le queda ninguna duda, en caso contrario, no dude en preguntar a la persona que le ha dispensado el cuestionario o escribir un correo a la dirección de correo indicada en la parte superior del documento.

La participación es totalmente voluntaria, el menor debe de ser preguntado. Sólo podrá participar en caso de que usted, como representante legal, autorice al menor a participar y éste esté de acuerdo.

SECCIÓN I: INFORMACIÓN

El estudio: *Evaluación de la comunicación eficaz en enfermería con el paciente pediátrico adolescente (Estudio observacional)* tiene como finalidad evaluar si se produce una comunicación eficaz entre el paciente pediátrico y el personal de enfermería y se realizará en el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús.

Será llevado a cabo en las instalaciones del propio hospital una vez el paciente haya sido dado de alta bajo criterios médicos.

En ningún caso los participantes en el estudio ni los responsables legales de los mismos serán susceptibles de sufrir o sufrirán ningún tipo de riesgo o daño.

Los pacientes son seleccionados a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia y tienen que cumplir los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Inclusión	Exclusión
• Hablar el mismo idioma que el personal de enfermería que le haya atendido de forma fluida. • Tener consentimiento informado. • Documento firmado de aceptación de participación.	• Problemas crónicos de salud. • Déficits sensoriales: ○ Hipoacusia ○ Ceguera ○ Mudez y deterioro del lenguaje o habla.

Tabla 16. Criterios de inclusión y exclusión. *Tabla de elaboración propia.*

La toma de datos se realizará una única vez a través de dos cuestionarios validados dotados con afirmaciones que serán evaluadas según el grado de acuerdo con ellas, desde *Muy de acuerdo a Muy en desacuerdo*, y por la regularidad con la que suceden los hechos, desde *Siempre o Casi Siempre hasta Nunca o Casi Nunca* y una pregunta cerrada con posibilidad de respuesta limitada, no siendo necesario el contacto una vez entregado el cuestionario.

La duración total de la toma de datos dura aproximadamente 10 minutos.

Derechos del responsable legal:

- Derecho a revocar el consentimiento en cualquier momento del proceso de toma de datos.
- Derecho a contactar con la persona que le administró el consentimiento informado en cualquier momento con el fin de aclarar dudas.
- Garantía de la confidencialidad de la información obtenida acorde a la ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.

Derechos del paciente:

- Derecho a abandonar el estudio en cualquier momento.
- Derecho a contactar con la persona que administró los cuestionarios o con el investigador responsable en cualquier momento con el fin de aclarar dudas.
- Garantía de la confidencialidad de la información obtenida acorde a la ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.

SECCIÓN II: CONSENTIMIENTO INFORMADO

1. Declaro que he leído la Hoja de Información al Participante sobre el estudio citado.
2. Se me ha entregado una copia de la Hoja de Información al Participante y una copia de este Consentimiento Informado, fechado y firmado. Se me han explicado las características y el objetivo del estudio y los posibles beneficios y riesgos del mismo.
3. He contado con el tiempo y la oportunidad para realizar preguntas y plantear las dudas que poseía. Todas las preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción.
4. Se me ha asegurado que se mantendrá la confidencialidad de mis datos.
5. El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y sé que soy libre de retirarme del estudio en cualquier momento del mismo, por cualquier razón y sin que tenga ningún efecto sobre mi tratamiento médico futuro.

Yo, con DNI/NIE en calidad de tutor legal, DOY / NO DOY mi consentimiento para que el menor de edad al que represento participe en el estudio a cargo de Paula Isabel Herrerín García titulado: *Evaluación de la comunicación eficaz en enfermería con el paciente pediátrico adolescente (Estudio observacional)*.

Firmo por duplicado, quedándome con una copia.

Fecha:

Firma del participante:

Hago constar que he explicado las características y el objetivo del estudio y sus riesgos y Beneficios a la persona que he otorgado el Consentimiento Informado. Esta persona otorga, o no, su consentimiento por medio de su firma fechada en este documento.

Fecha:

Firma de la persona que entrega la información:

Elaboración propia, 2017.

Documento de consentimiento de participación en el estudio:

Yo, _____ declaro que he recibido información adecuada y suficiente sobre el estudio titulado: *Evaluación de la comunicación eficaz en enfermería con el paciente pediátrico adolescente (Estudio observacional)*, y ACEPTO/RECHAZO la participación en el mismo.

Fecha:

Firma: