



**BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index**  
<http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>

#### **Cómo citar este documento**

Segura Rey, María de los Ángeles; Molina López, Elisa María; Fernández Morales, Irene. Desarrollo de una app para mejorar la comunicación entre el equipo de salud y familiares de pacientes hospitalizados en salud mental. Biblioteca Lascasas, 2016; 12(3). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0912.php>

### **PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN:**

## **DESARROLLO DE UNA APP PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN ENTRE EL EQUIPO DE SALUD Y FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN SALUD MENTAL**

U.G.C SALUD MENTAL SEVILLA SUR

AUTORAS:

María de los Ángeles Segura Rey (Autor responsable y productor del documento); Elisa María Molina López; Irene Fernández Morales.

Año de realización: 2015-2016

Enfermeras especialistas en salud mental H.U. Virgen de Valme (Sevilla)

Dirección de correo para la correspondencia: [masrey\\_88@hotmail.com](mailto:masrey_88@hotmail.com)

Dirección postal: C/ Cañada del Rosal, número 7. Arahal (Sevilla). CP 41600

## ÍNDICE

TÍTULO.....	2
RESUMEN EN ESPAÑOL.....	2
RESUMEN EN INGLÉS.....	3
INTRODUCCION: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	4-5
INTRODUCCION: MARCO DE REFERENCIA.....	5-8
INTRODUCCION: ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL.....	8-12
BIBLIOGRAFÍA.....	12-14
HIPÓTESIS.....	15
OBJETIVOS.....	15
METODOLOGÍA.....	15-21
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	21
CRONOGRAMA DE TRABAJO Y RECURSOS MATERIALES Y PERSONALES PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO.	21-23
ANEXO I. MEMORIA A.G.S. SUR 2011.....	24
ANEXO II. INVENTARIO DE ESTRÉS DE WOLFGANG .....	25-27
ANEXO III. ESCALA Overall Job Satisfaction .....	28
ANEXO IV: CUESTIONARIO LOPSS 12 .....	29
ANEXO V: ESCALA HAMILTON .....	30-31
ANEXO VI: CUESTIONARIO SERVQHOS .....	32-33
ANEXO VII: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	34
ANEXO VIII: HOJA INFORMATIVA DETALLADA.....	35
ANEXO IX: PRESUPUESTO.....	36

## Resumen

El objetivo principal de este estudio fue evaluar la efectividad de una app destinada a mejorar la comunicación entre el equipo de salud y la familia del paciente hospitalizado en la unidad de salud mental.

La hipótesis planteada fue la confección de una app para mejorar la comunicación destinada a la familia del paciente hospitalizado en la unidad de salud mental realizado por enfermeras de Salud Mental mejoraría la percepción de la calidad de la asistencia sanitaria y satisfacción por parte de los familiares y disminuiría la ansiedad de la familia. A nivel de enfermería también se percibirían mejoras: Mejoraría la satisfacción de la enfermera, disminuiría el estrés de la enfermera y disminuiría el número de llamadas en la sala de enfermería de la unidad. Y finalmente mejoría de la satisfacción de los pacientes hospitalizados con los cuidados recibidos por las enfermeras.

Para este estudio se planteó un estudio cuasi experimental longitudinal y prospectivo con grupo de control, que se realizó en la unidad de Hospitalización de Salud Mental Virgen de Valme perteneciente a U.G.C. Sevilla Sur. La variable independiente planteada fue el diseño de una innovadora aplicación de gestión orientada a unidades de hospitalización de salud mental.

Se administraron los siguientes cuestionarios en dos momentos diferentes (antes de conocer la app y tras su utilización): Inventario de Estrés para Profesionales de la Salud de Wolfgang, Overall Job Satisfaction de Warr, tasa de llamadas telefónicas, el cuestionario LOPSS 12, escala de ansiedad de Hamilton y el cuestionario de SERVQHOS.

**Palabras clave (DECS):** Relaciones Profesional-Familia, Barreras de Comunicación, Sistemas de Información en Hospital, teléfonos celulares, Satisfacción del Paciente, Calidad, Acceso y Evaluación de la Atención de Salud.

**Title:** Development of an app to improve the communication between the Health Care Team and relatives of Mental Health inpatients.

Author: María de los Ángeles Segura Rey; Elisa María Molina López; Irene Fernández Morales. Mental Health Nursing. Nuestra Señora de Valme University Hospital.

### **Abstract**

The main purpose of this research was to evaluate the Effectiveness of an app to improve the communication between the Health Care Team and relatives of Mental Health inpatients.

The hypothesis was that the creation of an app to improve the communication for the relatives of Mental Health inpatients by nurses in this service would ameliorate their perceived quality of the health assistance and satisfaction and lessen their anxiety. Improvement would also be perceived by the nursing staff: improving their satisfaction, diminishing their stress and decreasing the number of calls at the nurse's station. Ultimately, also the satisfaction of the inpatients with the provided health care would increase.

This is a prospective and longitudinal quasi-experimental study with control group, effectuated in Virgen de Valme University Hospital Mental Health Unit, which belongs to U.G.C Sevilla Sur. The independent variable was the design of an innovative management application intended to Mental Health Hospitalization Units.

The following surveys were given in two different moments (before knowing about the app and after its usage): the Wolfgang's Health Professions Stress Inventory, Warr's Overall job Satisfaction, telephone call charge, the Loops 12 questionnaire, Hamilton's Anxiety Scale, and the SERVQHOS

**Key words (MeSH):** Professional-Family Relations, Communication Barriers, Hospital Information Systems, Cell Phones, Patient Satisfaction, Health Care Quality, Access, and Evaluation.

## Introducción

### 1. Problema de investigación / justificación del problema

En el proceso de atención del profesional de enfermería a la familia del paciente hospitalizado en la unidad de salud mental nos encontramos ante un estado actual que pasa por una falta de comunicación de nuestro usuario con su entorno familiar y personas de referencia, y viceversa, por motivos terapéuticos. Esto es debido a la política que rigen las unidades de hospitalización de salud mental, en dichas unidades a diferencia de otras, los pacientes se encuentran incomunicados con el mundo exterior y sin acompañamiento familiar durante su estancia hospitalaria.

La política de comunicación de visitas del paciente con la familia se lleva a cabo a través de tres vías:

- Llamadas telefónicas: Las llamadas telefónicas no en todos los casos están indicadas, y si su facultativo referente lo indicara, solo se realizaría una llamada al día con un tiempo limitado, en horario de tarde y el paciente contactaría con la su familia a través de un teléfono corporativo.

- Visitas presenciales: Dentro del régimen de visitas, al igual que en el caso anterior, esta indicación es valorada por su referente clínico, en aquella situación que el paciente pueda recibir visitas estas serán en un horario y tiempo estipulado por la política de la unidad, una vez al día, y el lugar donde se llevan a cabo es en las zonas comunas de la unidad.

- Permiso de salidas: Los permisos para las salidas al exterior de la unidad es valorada por su referente clínico, el cual las oferta según la evolución del paciente y la posibilidad de acompañamiento de un familiar durante la salida. Estas se realizan durante un tiempo limitado al día, generalmente de tarde, de lunes a viernes y también existe las salidas de fin de semana de viernes a domingo, siguiendo las mismas condiciones anteriormente enunciadas.

Por otro lado, la política de información clínica a la familia sobre el estado de salud del paciente es llevado a cabo por el psiquiatra que se pone en contacto con la familia o persona de referencia cuando existan cambios clínicos en la evolución de este o cuando este lo considere oportuno, sin un periodo de tiempo reglado. Por lo que nos hallamos en una situación en la cual no existe un sistema de información clínica reglada a la familia, en la cual es el referente clínico el que decide el momento a su propio criterio, encontrándonos con una variabilidad importante entre cada caso. Como consecuencia de esta falta de información clínica reglada hacia la familia, ésta, lleva a cabo otras vías para acceder a información sobre el estado clínico del paciente, entre las que cabe destacar la siguiente:

- Llamadas telefónicas al teléfono corporativo de la sala de enfermería de la unidad: En esta situación el familiar pasa por diversos obstáculos para conseguir la información clínica, los cuales vamos a enunciar a continuación: La diversidad de turnos de trabajo de los enfermeros, la posible falta de su enfermero referente en el día que se realiza la llamada telefónica, la ausencia del personal de enfermería en dicha sala, el enfermero que atiende la llamada telefónica desconoce la información clínica de ese paciente, negación del

enfermero a darle información clínica sobre un paciente debido a la imposibilidad de verificar datos del familiar que está realizando la llamada telefónica.

Esta situación también va a generar una serie de problemas laborales a los enfermeros, entre los que se encuentran los siguientes: la sobrecarga del personal de enfermería por las numerosas llamadas telefónicas realizadas diariamente por parte de los familiares, imposibilidad de verificar los datos del familiar que está realizando la llamada telefónica, para proteger así la confidencialidad del proceso de salud del paciente, dichos enunciados se regulan a través de dos leyes: LEY ORGÁNICA 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal y Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Y en el caso que podamos identificar con toda seguridad al familiar, que el enfermero referente del paciente se encuentre trabajando en esos momentos en la unidad.

Como consecuencia a esta dificultad de comunicación de la familia con los profesionales de enfermería para demandar información clínica, se desencadena una situación en la cual la familia desconoce la evolución del paciente, debido a la situación de aislamiento en la que éste se encuentra. Cabe citar otras unidades de hospitalización en las que el paciente también se encuentra aislado e incomunicado como son: Las salas del despertar, la UCI y los quirófanos, en las cuales algunas cuentan con app para mejorar la comunicación con los familiares, ya que esta situación va a generar un elevado grado de ansiedad, insatisfacción con la unidad y profesionales de salud e inseguridad.

## 2. Marco de referencia

La actual cultura de los cuidados y la integración de la satisfacción del usuario en el sistema sanitario, repercute en la responsabilidad de enfermería por mejorar la calidad de la asistencia. Desde el inicio de la enfermería como profesión es bien conocido que uno de los aspectos más importantes de la atención al individuo sano o enfermo, es la comunicación, ya que permite establecer interacciones y relaciones terapéuticas encaminadas a la restauración de la salud. Sin embargo, hoy en día, continúa relegándose a un segundo plano.<sup>1</sup>

En los últimos años el proceso de atención al individuo ha ido modificándose como consecuencia de la influencia de los usuarios sobre la asistencia que se presta. Deberíamos tener presente que en la calidad de un servicio es muy importante la percepción que el usuario tiene del mismo. Dos de los primeros autores que estudiaron la calidad de los servicios sanitarios fueron Koss y Donabedian, y consideraron que en este proceso intervenían tres aspectos: El aspecto técnico- instrumental, el aspecto comunicativo y las comodidades de la asistencia, sin lugar a dudas, el aspecto técnico es importante, pero en muchas ocasiones, están condicionados por los recursos de los que disponemos. Lo que sí resulta responsabilidad nuestra y se convierte en imprescindible es la comunicación; necesaria para una adecuada relación terapéutica entre el sistema sanitario, el profesional y el paciente. La comunicación es un aspecto

muy poco material y muy asequible, que debe establecerse de forma eficaz en toda práctica sanitaria, condicionando nuestro saber hacer.<sup>1</sup>

La comunicación como herramienta para el profesional de enfermería queda patente ya en las primeras teorías y modelos. Desde el inicio de la enfermería ya se planteaba la importancia y la necesidad de la comunicación en la relación con el paciente y años después consideraban la comunicación como la base del modelo enfermero, describiendo en el rol de enfermería la capacidad de conocer y comprender la conducta y los sentimientos de los demás a partir del conocimiento de la propia conducta, para poder establecer así la relación de ayuda.<sup>1</sup>

Con el surgimiento de la bioética y de las necesidades del conocimiento moral y ético en la labor asistencial, cobra verdadera sentido toda relación interpersonal, poniendo de manifiesto el valor único de cada uno, la dignidad, y otros como son la justicia, la intimidad, la verdad, o el afecto. La instrumentalización del sistema, limita la dignidad del paciente, quien confía en el profesional que lo atiende para restaurar su salud; lo que nos aporta una importante responsabilidad.<sup>1</sup>

En la publicación Cuidados paliativos en enfermería de la Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, se expone que existen dos niveles de contenido en toda relación comunicativa: la exposición de los hechos y el establecimiento de la relación: Importante para ello, la empatía. Es una habilidad que requiere experimentar y conocer, en el campo de la enfermería, sobre el proceso de enfermar y sus consecuencias. Además, también requiere del intercambio de experiencias, el dar importancia al acto de comunicar y el mejorar el trabajo interdisciplinar.<sup>1</sup>

Nuestro ámbito de trabajo supone, muchas veces, para el individuo un entorno hostil, muy a menudo asociado a experiencias desagradables. Actuaciones tan asequibles como el darnos a conocer; explicar porque estamos allí y que es lo que pretendemos; son ejemplos que cobran especial importancia, para conseguir una relación terapéutica eficaz hace falta esfuerzo y dedicación, hacia nuestra profesión y hacia la persona acreedora del cuidado. Tanto la relación enfermera-paciente como la relación interdisciplinar puede convertirse en algo utópico si no valoramos la importancia del acto comunicativo aportándole su verdadero significado.<sup>1</sup>

Al abordar el proceso de enfermar y la relación con los profesionales de salud se pretende, y consigue, aumentar la confianza del enfermo y su entorno familiar, promoviéndose un empoderamiento de los pacientes. En este sentido, es bueno recordar que el verbo enfermar es un verbo que se conjuga siempre en primera persona, por lo tanto, en “nosotros” implica a la familia directa del paciente. Así, los familiares contribuyen a consolidar este proceso de confianza y comunicación entre el paciente y los profesionales de la salud.<sup>2</sup>

#### Características del paciente hospitalizado:

Algunas de las características más importantes a tener en cuenta son: Aislamiento del entorno familiar y social del paciente y abstención de información deficitaria y fragmentada del proceso asistencial.<sup>2</sup>

## Estrategias comunicativas para reducir los efectos nocivos de la hospitalización:

En cuanto a las estrategias comunicativas para reducir los efectos nocivos de la hospitalización se encuentran: Pedir información detallada sobre el funcionamiento del centro y pedir un informe de alta lo suficientemente inteligible en el que quede claro qué se puede hacer en caso de duda, y a quien y donde acudir en dicha circunstancia.<sup>2</sup>

A la familia podemos entenderla como una forma de organización grupal intermedia entre la sociedad y el individuo, pero que responde a la clase social a la que pertenece, lo que significa que la participación de sus miembros en el proceso productivo responde a la forma de organización social.<sup>3</sup>

La estructura de la familia es la que mantiene las interacciones y estas son la causa de la queja o del bienestar de los miembros de la familia. Hay que cambiar, pues, el funcionamiento de esa estructura para esa forma cambiar la experiencia de cada individuo, o si se prefiere el modo cómo experimenta el mundo cada uno.<sup>4</sup>

Debemos pues considerar a los responsables de la educación familiar como verdaderos agentes de educación para la salud, por la influencia fundamentalmente informal, que puede ejercer sobre los diferentes componentes.<sup>5</sup>

El modelo conceptual en el que nos hemos apoyado para la elaboración de este estudio fue elaborado por la teórica canadiense Moyra Allen en el año 1980, con su modelo conocido como Modelo de McGill (Promoción de la salud en la familia). Este modelo está considerado por K rouac como el máximo exponente de los modelos que se agrupan en la denominada escuela de la promoción de la salud.<sup>6</sup>

Los conceptos del metaparadigma enfermero son definidos por M. Allen:

**PERSONA:** La persona es para M. Allen la propia familia. La familia es la unidad del cuidado puesto que tiene una gran influencia sobre sus miembros, a la vez que estos determinan las características de la misma.<sup>6</sup>

**SALUD:** M. Allen. Para que podamos hablar de salud óptima se requiere que no exista enfermedad pero que además están presentes elementos de salud.<sup>6</sup>

**ENTORNO:** Es el contexto en el que se produce el aprendizaje del significado de la salud y de los hábitos de la salud.<sup>6</sup>

**CUIDADO:** El proceso del cuidar est  centrado en el mantenimiento, fomento y desarrollo de la salud de la familia y sus miembros.<sup>6</sup>

Algunos de sus enunciados teóricos recogidos en su modelo son en relación a la familia pues se encuentra en interacción con el entorno y con la comunidad y su objetivo es alcanzar el mejor nivel de salud posible y en relación al aprendizaje se produce mediante el establecimiento de las relaciones interpersonales y está condicionado por la capacidad que tengan la familia, la comunidad y el propio individuo.<sup>7</sup>



En este modelo podemos observar cómo se postula que la salud de una nación es el recurso más preciado y que los individuos, familia y comunidades aspiran a una mejor salud y están motivados para lograrla. Plantea que el primer objetivo de los cuidados de enfermería es la promoción de la salud, mediante el mantenimiento, el fomento y el desarrollo de la salud de la familia y sus miembros por la activación de sus procesos de aprendizaje.<sup>8</sup>

### 3. Antecedentes y conocimientos actuales sobre el tema

#### 3.1 Estrategias desarrolladas para mejorar la información clínica proporcionada a los familiares de los pacientes hospitalizados en una unidad en salud mental.

Desde la reforma psiquiátrica sucedida en España en la década de los 80, las unidades de hospitalización breve psiquiátrica se encuentran integradas dentro de los hospitales generales. Posee un equipo de profesionales integrado por psiquiatras, enfermeros, auxiliares de enfermería, trabajadores sociales y psicólogos clínicos, con carácter interdisciplinar. En estas unidades se atienden diversas patologías entre las que figuran los trastornos psicóticos; trastornos del estado de ánimo o trastornos de la personalidad, mayoritariamente. El objetivo principal es proporcionar una intervención terapéutica coordinada que permitan restablecer con la mayor brevedad posible los vínculos de relación familiares y sociales del paciente.<sup>9</sup>

La satisfacción de los pacientes psiquiátricos constituye un indicador de la calidad de los servicios y es un importante predictor de la futura utilización que los pacientes harán de los servicios y de su cooperación con el tratamiento. En nuestro país existen pocos estudios de satisfacción con las unidades de hospitalización psiquiátrica.<sup>9</sup>

Dadas las implicaciones clínicas referidas, resulta muy importante definir qué se suele entender por “satisfacción del paciente”. A finales de los 90 se considera que la satisfacción del paciente es producto de una interacción entre las características del paciente y las características del cuidado médico recibido o “componentes” (grado de accesibilidad al servicio, la dimensión humana de los profesionales, la calidad técnica del servicio, la información, etc.). Los pacientes consideran importante ser tratados y recibir la información siempre del mismo profesional y en general, consideran deficiente la información que se les facilita acerca de su enfermedad, del tratamiento, así como de otros aspectos como hábitos saludables de vida y manejos de nuevas crisis o recaídas en el futuro. Reclaman que la información clínica se les proporcionase a ellos antes que a sus familiares y además expresan su deseo de mayor flexibilidad en el horario de visitas (por ejemplo, visitas matutinas), pasar más tiempo con su familia, así como disponer de un espacio físico privado para sus visitas.<sup>9</sup>

A su vez los familiares de los pacientes psiquiátricos desde el momento de la evaluación inicial y a lo largo del proceso de atención médica, albergan expectativas hacia los servicios de salud mental y la atención que esperan recibir de éstos, valorando positivamente el apoyo y afecto de los profesionales ante una situación de angustia psíquica. Se quejan de la demora excesiva de la

primera información tras el ingreso del paciente y el que fuese dada en ocasiones vía telefónica, sin posibilidad de entrevista personal con el médico y solicitaron más ayuda y consejos sobre cómo manejar su relación con el paciente.<sup>9</sup>

Proveer de información a pacientes y a familiares resulta crucial pues la satisfacción de los familiares se relaciona positivamente con la recepción de información de los profesionales sanitarios. La satisfacción del familiar ejerce un peso importante sobre la adherencia del paciente al tratamiento, así como sobre su evolución clínica, apreciándose una mejoría en aquellos pacientes cuyos familiares son adecuadamente informados e implicados en el cuidado.<sup>9</sup>

Las intervenciones psicoeducativas con familiares incrementan la satisfacción y reducen sus necesidades de información, ayudándoles a manejar con mayor eficacia los problemas asociados a la enfermedad mental. Por otro lado, la falta de consideración de la opinión de los familiares en los programas de tratamiento resulta paradójica, ya que cada vez se les tiende a sobrecargar más con responsabilidades de cuidado y asistencia al paciente y, sin embargo, en la mayoría de ocasiones se les continúa excluyendo de la toma de decisiones y de la planificación del alta. Convendría que los profesionales de las Unidades de hospitalización breve psiquiátrica realizaran un mayor esfuerzo por implicar a los pacientes y a sus familias en el programa de tratamiento, optimizando la cantidad y calidad de la información que suministran sobre los aspectos de la enfermedad mental y el tratamiento.<sup>9</sup>

Se lleva a cabo un estudio en Dublín en 2012, en el cual se realiza una intervención psicoeducativa para la mejora del conocimiento de familiares con esquizofrenia, confirma que favorece una mejor alianza con su profesional de salud mental. Este estudio afirma que los programas educativos de grupo para los cuidadores de personas con esquizofrenia son eficaces en la transmisión de conocimiento y la reducción de la cantidad de tiempo que el individuo pasa en el hospital.<sup>10</sup>

### 3.2 Estrategias desarrolladas para mejorar la información clínica proporcionada a los familiares de pacientes en otras unidades de similares características de hospitalización.

Según un estudio llevado a cabo por una enfermera en Ávila en las UCIs, las enfermeras adquieren un papel relevante en la atención a familiares, por su permanencia junto a los pacientes, pero no se sienten capacitadas en la parte correspondiente al cuidado de las emociones por no poseer mecanismos ni destrezas para proporcionar apoyo humano al familiar.<sup>11</sup>

En las conclusiones obtenidas de dicho estudio de dicho estudio cabe destacar la siguiente: Sobre la información, las enfermeras perciben que la familia necesita tener información en términos que pueda comprender, y, a veces, desconocen la que aporta el médico y esto les supone una limitación.<sup>11</sup>

Otro estudio publicado en 2015 realizado en una unidad de Cuidados Intensivos, realiza una encuesta para conocer la satisfacción de la familia. En el cual se trabaja con la hipótesis de una buena comunicación con los pacientes es la misión de todos los profesionales de la salud y la creación de un buen

cuidado de los trabajadores. Su relación con la familia de los pacientes es especialmente importante y centrado en el modelo de prestación de servicios de salud.<sup>12</sup>

Un estudio publicado en 2015 en EEUU llevado a cabo en el área de quirófano implementa una nueva plataforma de comunicación para demostrar que compartir instantáneamente información perioperatoria con pacientes quirúrgicos y los miembros de sus redes de apoyo pueden mejorar el cuidado del paciente y fortalecer la relación médico-paciente. Los resultados de este estudio indican que el uso de esta tecnología mejora considerablemente la comunicación entre pacientes, cirujanos y aquellos que se identifican como sus defensores más cercanos.<sup>13</sup>

Por concluyente, los resultados demuestran el beneficio de aplicar formalmente la tecnología de comunicaciones móviles digitales en la relación médico-paciente.<sup>13</sup>

### 3.3 Creación, diseño y desarrollo de una app para mejorar la comunicación pte/familia/ profesional de enfermería.

Como acabamos de ver en este artículo, la efectividad de una app para mejorar la comunicación en un medio en el que el paciente está aislado de sus familiares y seres queridos es beneficiosa, y además afirman que esta herramienta innovadora puede ser extrapolada a otras disciplinas, como puede ser el área de la salud mental. Por lo que nos hacemos la siguiente pregunta de investigación ¿sería útil una app para mejorar la satisfacción percibida de los familiares y pacientes ingresados en las unidades de hospitalización de salud mental sobre la información clínica recibida?<sup>14</sup>

Se realizó una revisión bibliográfica en bases de datos a nivel nacional e internacional en busca de una app que mejorara la comunicación entre los enfermeros y familiares de pacientes hospitalizados en salud mental, no habiendo resultados sobre dicha app, por lo concluyo que no existen antecedentes sobre la app a crear.<sup>14</sup>

En la realización de este protocolo de investigación se propone desarrollar la creación de una app para mejorar la comunicación del profesional de enfermería, con la familia y por consiguiente con el paciente, beneficiándose así de una mejor información clínica.<sup>14</sup>

Las aplicaciones para terminales móviles se denominan popularmente app, término que procede del inglés application (aplicación). Se trata de programas informáticos de pequeño tamaño que se ejecutan en terminales concretos, en este caso, en teléfonos inteligentes (o Smartphone) o tabletas digitales, y que realizan una operación o un grupo de operaciones sencillas. La facilidad en su manejo, la rapidez de la respuesta y su instalación en un terminal que habitualmente llevamos siempre con nosotros ha conseguido el gran auge de estas aplicaciones.<sup>14</sup>

Se plantea un objetivo para los ciudadanos y para los profesionales ante esta nueva situación consistente en tener acceso a información de salud que sea

útil, rigurosa y relevante. En lo que respecta a los profesionales sanitarios, estos son los que deben asumir el rol de transmitir a los pacientes enlaces a lugares Web en los que su contenido esté derivado de resultados de investigación (fuentes verificadas, basadas en evidencias y con resultados probados) consiguiendo así implantar buenas prácticas relacionadas con la educación sanitaria del paciente. Por otro lado, debemos señalar que los propios pacientes son los que demandan que sean los profesionales sanitarios los que se impliquen en este asunto. Hasta en un 72,8% de las ocasiones se desearía que el médico (u otro profesional sanitario) recomendase recursos en Internet en los que consultar información sanitaria (páginas Web, foros, etc.); e incluso, para un 71,9% sería interesante que el médico gestionase un blog o página Web con consejos e información sobre salud.<sup>15</sup>

En el caso de las Apps, un buen ejemplo a nivel europeo sobre la recomendación de este tipo de recursos los constituye el primer Directorio Europeo de Apps de Salud, que recoge 200 aplicaciones.<sup>15</sup>

Debemos pensar que entre las ventajas que obtienen los recursos electrónicos está la posibilidad de incorporar recursos multimedia y la disponibilidad las 24 horas del día de los mismos. Así podemos encontrar un abanico de instrumentos e intervenciones clínicas que complete tanto a la prescripción médica como a la farmacológica.<sup>15</sup>

Actualmente el 62% de la población en España dispone de un teléfono inteligente, lo cual supone el liderazgo en el mercado europeo. Además, en el último año este porcentaje ha crecido un 13,6%. Este crecimiento no se da solo en el caso de España, el aumento medio en los cinco principales mercados de Europa (Alemania, España, Francia, Italia y el Reino Unido) es del 13%, con una media del 54,6% de penetración.<sup>16</sup>

El estado actual sobre el uso de los móviles en tratamientos de salud se está extendiendo rápidamente y ya está presente en el 83% de 112 países encuestados por la Organización Mundial de la Salud, aunque la mayoría de estos proyectos aún se encuentran en fase de pruebas.<sup>16</sup>

### 3.4 Otros proyectos sobre app en el ámbito de la salud que se están llevando a cabo actualmente:

Desde hace unos años son muchos los profesionales de enfermería, que se han lanzado a crear este tipo de herramientas con el objetivo de facilitar el trabajo de los profesionales de enfermería o, simplemente, acercar algunas herramientas a pacientes, principalmente crónicos o sus familiares.

Un ejemplo es la app creada por un enfermero en España, denominada "Valoración enfermería" en la que agrupa las escalas más utilizadas por los enfermeros<sup>17</sup>. Otro estudio en curso sobre la efectividad de una Aplicación móvil como un complemento de asesoramiento médico para promover hábitos saludables en el País Vasco<sup>18</sup>. App en otras áreas como la de la ginecología y obstetricia: Gestograma, The Wheel, Lactation, iPregnant y Babycenter<sup>19</sup>. O un estudio en Granda sobre la creación y puesta en marcha de una aplicación móvil de salud para mejorar la adherencia al tratamiento del paciente en diálisis<sup>20</sup>. En el área de la dermatología también contamos con app como: GuiaUPP, GuiaSalud, PrevenApp y InfomecumHeridas.<sup>21</sup>

### 3.5 En el ámbito de la salud mental existen también nuevos estudios sobre la eficacia de las apps:

Un estudio llevado a cabo en Dublín evalúa la eficacia de una aplicación móvil de salud mental en la promoción de la salud mental positiva a través de la autoconciencia emocional en adolescentes<sup>22</sup>. En EEUU un estudio piloto diseñado para probar la viabilidad, aceptabilidad y eficacia potencial de una app desarrollado para el PTSD para su uso por los familiares de las personas con trastorno por estrés postraumático<sup>23</sup>. En Canadá se lleva a cabo un estudio sobre la contribución activa de los pacientes psiquiátricos para el desarrollo de una aplicación móvil para la salud mental<sup>24</sup>. Y por último un estudio de viabilidad piloto que se está llevando a cabo en California se hacen la siguiente pregunta ¿Puede trabajar con aplicaciones la salud mental en el mundo real?<sup>25</sup>

En definitiva, existen más de 97.000 aplicaciones de salud y medicina que se pueden descargar desde las tiendas de aplicaciones móviles, según el último estudio del Institute for Healthcare Informatics(IMS).<sup>26</sup>

### **Bibliografía**

1. Landete Belda L. La comunicación, pieza clave en enfermería. enfermeríadermatológica. 2012; 16: 16-19. Disponible en:  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4069152>
2. Cléries Costa X. El paciente tiene la palabra. La comunicación con los profesionales de la salud. Barcelona.Viguera editoriales.2010
3. Alejo Bru N, Bayón Cabezas M, Cobos Recacha M, Moreno Sosa M, Sabín Rodríguez C, Sánchez Melero JD. Manual de enfermería familiar y comunitaria. CTO editorial; 2012.
4. Cibanal Juan L, Arce Sánchez MC, Carballal Balsa MC. Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud. Editorial Elsevier; 2010
5. Ayuso Morillo D, Tejedor Muñoz L, Serrano Gil A. Enfermería familiar y comunitaria. Editorial Díaz de santos; 2015.
6. Enfermería fundamental Tema 1. Madrid. Oposalud. 2015
7. Andrés Checa D. Manual DAE de enfermería. EIR. Oposiciones. Fundamentos de enfermería. Editorial DAE.2011; 2: 22-23
8. Montero Gutiérrez MI, Faure Vidal A, Vivian Fleites N, Rodríguez Cerero I, Crespo Guzman A, González Barroso M et al. Caracterización de los cuidadores de pacientes con esquizofrenia. Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana 2010; 7(3). Disponible en:  
<http://www.revistahph.sld.cu/hph0310/hph01310.html>

9. Fernández-Carbonel MJ, Dasí García-Merita ML, Fuentes I. Satisfacción de pacientes y familiares con una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica. *Anales de psicología*. 2012;28(2);378-386. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.28.2.148831>
10. Cassidy E, Hill S, O'Callaghan E. Efficacy of a psychoeducational intervention in improving relatives' knowledge about schizophrenia and reducing rehospitalisation. *Eur Psychiatry*. 2001; 16 (8): 446-50.
11. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Efficacy+of+a+psychoeducational+intervention+in+improving+relatives%E2%80%99+knowledge+about+schizophrenia+and+reducing+rehospitalisation>
12. Campo Martínez MC, Cotrina Gamboa MJ Relación de ayuda al familiar del paciente en situación crítica. *Enfermería global*. 2011; 10 (24) 0-0
13. Lam SM, So HM, Fok SK, Li SC, Ng CP, Lui WK et al. Intensive care unit family satisfaction survey. *Hong Kong Med J*. 2015; 21 (5): 435-443. Disponible en: <http://www.hkmj.org/abstracts/v21n5/435.htm>
14. Gordon CR, Rezzadeh KS, Li A, Vardanian A, Zelken J, Shores JT et al. Digital mobile technology facilitates HIPAA-sensitive perioperative messaging, improves physician-patient communication, and streamlines patient care. *Patient Safety in Surgery*, 2015; 9 (1):1. Disponible en: <http://citations.springer.com/item?doi=10.1186/s13037-015-0070-9>
15. Ávila de Tomás JF. Aplicaciones para terminales móviles en salud. *FMC*. 2012;19(10):613-20. Disponible en: <http://www.fmc.es/es/aplicaciones-terminales-moviles-salud/articulo/90167925/#.Vt4SgZzhChc>
16. Fernández-Salazar S, Ramos-Morcillo, AJ. Prescripción de links y de aplicaciones móviles fiables y seguras, ¿estamos preparados para este nuevo reto? *Evidentia*. 2013; 10(42).0-0 Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n42/ev4200.php>
17. Rodríguez Cruz R, Fernández Alemán JL, Toval Álvarez A. Desarrollo de aplicaciones de salud para plataformas móviles: un mercado emergente. *RevistaeSalud.com*. 2013; 9(35):4. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4338427>
18. Menéndez J. Las apps son la mejor forma de acceder a información sanitaria. *Mundo sanitario*. 2015; (387):8 <http://asturias.satse.es/media/documentos/publicaciones/mundo-sanitario-n1-387>

19. Apiñaniz Fernández de Larrinoa A. Effectiveness of a Mobile Application as an Adjunct to Medical Advice to Promote Healthy Habits. Clinicaltrials.gov. 2015. Disponible en:  
<https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02308176>
20. Fernández Aranda MI, Mhealth and obstetrics. Hygia. 2016; (91): 16-19.
21. Muñoz Becerra M, Molina Fuillerat R. Creación y puesta en marcha de una aplicación móvil de salud para mejorar la adherencia al tratamiento del paciente en diálisis. Enferm Nefrol 2015; 18 (1): 101-137
22. Arantón Areosa L. App Salud - Aplicaciones móviles de utilidad sanitaria. Enfermeriadermatológica. 2013; (18):44-47 Disponible en:  
[file:///C:/Users/M.A/Downloads/DialnetAppSaludAplicacionesMovilesDeUtilidadSanitaria-4529535%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/M.A/Downloads/DialnetAppSaludAplicacionesMovilesDeUtilidadSanitaria-4529535%20(1).pdf)
23. Kenny R. CopeSmart: Using Mobile Technology to Promote Positive Mental Health in Young People. Clinicaltrials.gov. 2015. Disponible en:  
<https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02265978>
24. Owen J. Evaluation of PTSD Family Coach, a Mobile Phone App for Family Members of Individuals With PTSD. Clinicaltrials.gov. 2015. Disponible en:  
<https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02486705>
25. Pelletier JF, Rowe M, François N, Bordeleau J, Lupien S. No personalization without participation: on the active contribution of psychiatric patients to the development of a mobile application for mental health. BMC. 2012;(13):78-78. Disponible en:  
<http://www.biomedcentral.com/1472-6947/13/78>
26. Arean P ¿Can Mental Health Apps Work in the Real World? A Feasibility Pilot Study. Clinicaltrials.gov. 2014. Disponible en:  
<https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT01808976>

## Hipótesis

La confección de una app para mejorar la comunicación destinada a la familia del paciente hospitalizado en la unidad de salud mental realizado por enfermeras de Salud Mental mejorará la percepción de la calidad de la asistencia sanitaria y satisfacción por parte de los familiares y disminuirá la ansiedad de la familia. A nivel de enfermería también se percibirían mejoras: Mejorará la satisfacción de la enfermera, disminuirá el estrés de la enfermera y disminuirá el número de llamadas en la sala de enfermería de la unidad. Y finalmente mejora de la satisfacción de los pacientes hospitalizados con los cuidados recibidos por las enfermeras.

## Objetivos

### 1. Objetivo general

- Evaluar la efectividad de una app destinada a la mejora de la comunicación del profesional de enfermería y a la familia en este entorno.

### 2. Objetivos específicos

- Valorar el impacto de la intervención a nivel del profesional de enfermería a través de los siguientes ítems:
  - Mejora del nivel de satisfacción de las enfermeras.
  - Disminución del número de llamadas en la sala de enfermería de la unidad.
  - Disminuir el nivel de estrés de las enfermeras.
- Valorar el impacto de la intervención enfermera a nivel familiar a través de los siguientes ítems:
  - Disminuir de la ansiedad
  - Mejora de la calidad de la asistencia sanitaria y satisfacción percibida por parte de los familiares.
- Valorar el impacto de la intervención enfermera por parte del paciente a través de los siguientes ítems:
  - Mejora de la satisfacción de los pacientes con los cuidados recibidos por las enfermeras.

## Metodología

### 1. Diseño metodológico

Se plantea un estudio cuasi experimental longitudinal y prospectivo con grupo de control.

### 2. Ámbito de estudio

Se realizará en la Unidad de Hospitalización de Salud Mental Virgen de Valme perteneciente a U.G.C. Sevilla Sur, en la provincia de Sevilla.

Se trata de una unidad donde se atiende a personas desde los 15 años hasta la senectud.



### 3. Población de estudio

La población de estudio está compuesta por las enfermeras de la unidad de hospitalización de salud Mental, por los pacientes hospitalizados en dicho hospital y por los familiares de estos.

Si cumplen los criterios de inclusión y exclusión, se les notificará del estudio, tanto de su contenido como de su finalidad y se le pedirá su consentimiento informado.

En 2011, se publica la última memoria del área hospitalaria de Valme, de la cual se obtienen el número total de pacientes que ingresan en un año en la unidad de hospitalización de salud mental, con una cifra de 622 pacientes. (ANEXO I)

### 4. Criterios de inclusión

#### *Para los familiares*

- Ser familiares de pacientes hospitalizados en la unidad de salud mental del H.U.V. de Valme.
- Ser mayor de 18 años.
- Aceptación voluntaria para tomar parte en el estudio, firmando el consentimiento informado.

#### *Para los pacientes*

- Aceptación voluntaria para tomar parte en el estudio, firmando el consentimiento informado.

#### *Para las enfermeras*

- Tener más de un año de experiencia en el ámbito de la Salud Mental.
- Tener permanencia laboral en la unidad de hospitalización de salud mental en H.U.V. Valme durante el desarrollo del estudio.
- Aquellas que acepten voluntariamente y, por tanto, se comprometan a seguir las directrices.

### 5. Criterios de exclusión

#### *Para las enfermeras*

- Aquellas que estén contratadas de forma temporal con contratos menores a seis meses.

#### *Para los familiares*

- Que el familiar de referencia no disponga de un Smartphone con conexión a internet.
- Que tras ser informados tanto la familia como el paciente, no estén conformes con el estudio y no deseen dar su consentimiento informado.

### 6. Tamaño muestral

Para conseguir una potencia del 80% para detectar diferencias en el contraste de la hipótesis nula  $H_0: \mu_1 = \mu_2$  mediante una prueba T-Student bilateral para dos muestras relacionadas, teniendo en cuenta que el nivel de significación es del 5%, y asumiendo que el nivel de ansiedad medio de los pacientes previa al

intervención es de 14 puntos y esperando encontrar una reducción aproximadamente del 21% tras la intervención, teniendo en cuenta que la desviación típica de la variable diferencia es de 8 unidades y que el porcentaje esperado de abandonos es del 20% sería necesario reclutar 73 pacientes en el estudio.

#### 7. Variables de estudio:

- Variable independiente

La variable independiente es una app para mejorar la comunicación entre profesional de enfermería y familiares de pacientes hospitalizados en salud mental.

Esta innovadora aplicación de gestión orientada a unidades de hospitalización de salud mental, permite mejorar la comunicación entre el equipo de profesionales de salud mental y los familiares de los pacientes hospitalizados en esta unidad. Esta aplicación se espera ser desarrollada por expertos en salud mental y, por tanto, abarca todas las dimensiones importantes tanto para los profesionales como para los familiares. Estas dimensiones son: El estado clínico actual del paciente, el sueño, la alimentación y nivel de ansiedad, además de un apartado de observaciones donde la enfermera pueda registrar información que considere relevante para la familia.

Se pueden beneficiar de esta app dos familiares designados por cada paciente. Esta designación se realizará antes de su ingreso en la unidad de hospitalización, es decir, en una fase pre-aguda y quedará registrado en su historia clínica por su referente clínico del equipo de salud mental comunitaria. Una vez registrado en el servicio, los familiares de los pacientes entrarán en una lista incluyendo sus nombres, apellidos, DNI y se les facilitará un usuario y una contraseña para acceder a su perfil.

Puede ser utilizada por todos los proveedores del servicio de salud mental que están involucrados en el cuidado de los pacientes, es decir, las enfermeras de salud mental, las cuales serán entrenadas sobre cómo utilizar la app en su correcto funcionamiento y utilización.

Esta app realizará actualizaciones sobre el estado clínico del paciente, dos veces al día. La primera se registrará al terminar el turno de noche (8 de la mañana) y la segunda durante el turno de día (6 de la tarde).

La comunicación es bidireccional si el hospital acepta esta petición, mediante un sistema de notificaciones: los familiares pueden contactar con el hospital para preguntar cualquier duda o informar de cualquier incidencia. El encargado de responder al familiar será la enfermera referente del paciente sobre el que se solicita información clínica.

La app dispondrá de una alarma en los siguientes casos:

- En caso de fuga del paciente de la unidad de hospitalización.
- Empeoramiento sobre el estado de salud del paciente.

La aplicación consta además de un calendario, en el que se insertaran las entrevistas familiares con el facultativo y enfermera referentes y los permisos de salidas y fin de semana, con un recordatorio de citas 24 horas antes.

La app contará con una sección psicoeducativa para los familiares, con enlaces de interés, que se irán actualizando mensualmente.

En esta app existirá un apartado de información relativo a: las normas de funcionamiento de la unidad, teléfonos de interés y horarios de visitas.

Tras el alta hospitalaria, la app constara con una sección de plan de cuidados tras el alta hospitalaria, la cual incluye: Cuidados de enfermería tras el alta hospitalaria.

Los informes generados no se borrarán, sino que se mantendrán en la aplicación para que los familiares tengan acceso a ellos siempre que lo estimen, por lo que se mantiene un histórico de informes.

#### - Variables dependientes

- Nivel de estrés en las enfermeras. Utilizaremos el Inventario de Estrés para Profesionales de la Salud, de Wolfgang (IEPS). Este cuestionario relaciona en sus 30 ítems las diferentes fuentes de estrés de los profesionales de la salud. Las respuestas reciben una puntuación entre 0 y 4 en una escala de frecuencia de 5 pasos. (ANEXO II).

- Nivel de satisfacción de las enfermeras. Para ello se utilizará el Overall Job Satisfaction de Warr, Cook y Wall, adaptado al castellano por Mundéate. Es un cuestionario compuesto por 15 ítems con siete posibilidades de respuesta que van desde muy insatisfecho a muy satisfecho. Consta de dos subescalas: satisfacción intrínseca, relacionada con aspectos de realización personal y reconocimiento y satisfacción extrínseca, relacionada con recompensa material y condiciones laborales. (ANEXO III)

-Tasa de llamadas telefónicas: Se hará un recuento del número de llamadas telefónicas realizadas por los familiares de los pacientes hospitalizados reclamando información clínica.

- Satisfacción de los pacientes con los cuidados recibidos por las enfermeras: Utilizaremos el cuestionario LOPSS 12 (La Monica-Oberst Patient Satisfaction) modificado: se trata de una escala compuesta de 12 ítems con respuesta tipo Likert en un rango de 1 a 7. Presenta sentencias negativas o positivas con las cuales el paciente debe especificar su grado de acuerdo, y el valor 1 corresponde siempre al mayor grado de satisfacción (ANEXO IV).

-Nivel de ansiedad de los familiares: Será medida por la escala de ansiedad de Hamilton. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento. (ANEXO V)

-Nivel de calidad de la asistencia hospitalaria para los familiares de los pacientes hospitalizados en la unidad de salud mental. Será medida por el cuestionario SERVQHOS. Se consideraron dos dimensiones del SERVQHOS, la calidad subjetiva (referente a la cortesía, empatía, capacidad de respuesta y

competencia profesional) y la calidad objetiva (referente a aspectos más tangibles tales como estado de las habitaciones o fiabilidad de los horarios. El cuestionario consta de 19 preguntas, que puntúan con un 1 si la calidad de la asistencia sanitaria ha sido peor de lo que esperaban y un 5 si es mucho mejor de lo que esperaban. (ANEXO VI)

Todos los cuestionarios serán medidos por la enfermera especialista en salud mental en dos momentos diferentes: antes de conocer la app y tras su utilización.

#### 8. Recogida de datos

La recogida de datos se llevará a cabo en el Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme. Dos meses antes de comenzar a aplicar la app, se administrarán los cuestionarios para evaluar los datos previos a la intervención (Hamilton, LOPSS-12 y SERVQHOS). Así mismo, lo descrito anteriormente, se volverán a administrar tras la utilización de la app.

Todos los registros y el correspondiente consentimiento informado se encontrarán en el correspondiente cuaderno de recogida de datos (CRD), que contendrá todas las hojas de registro necesarias y del que dispondrá cada paciente incluido en el estudio, para posteriormente volcarlos en una base de datos unificada que se diseñará al efecto en formato Access.

La información se obtendrá directamente de los participantes incluidos en el estudio, tanto en el grupo de enfermeras como en el grupo de pacientes y familiares, y serán incluidos en una base de datos única diseñada para tal fin.

#### 9. Análisis estadístico

**Análisis descriptivo:** Se realizará una exploración de los datos para identificar valores extremos y caracterizar diferencias. Posteriormente se procederá a realizar el análisis descriptivo de la muestra. Las variables numéricas se resumirán con medias y desviaciones típicas o, si las distribuciones son asimétricas, con medianas y cuartiles, mientras que las variables cualitativas se expresarán con porcentajes. Estas medidas se determinarán globalmente y para subgrupos de casos. Asimismo, este análisis se complementará con distintas representaciones gráficas según el tipo de información (cuantitativa/cualitativa).

**Análisis inferencial:** Para comparar información de tipo cuantitativo/numérico entre los dos grupos, control y experimental, se empleará la prueba T de Student para muestras independientes o en su caso la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney. Análogamente para estudiar la relación entre variables de tipo cualitativo en los dos grupos, control y experimental, se empleará el test chi-Cuadrado o el test exacto de Fisher (tablas 2x2 poco pobladas). Complementaremos los resultados de estas pruebas de hipótesis con intervalos de confianza al 95% para diferencia de proporciones y el cálculo de la OR y su intervalo de confianza. El análisis de los datos se realizará con el paquete estadístico IBM SPSS 20.0 para Windows.

**Limitaciones del estudio:** La principal limitación de este estudio entendemos que son los condicionantes éticos de selección de un grupo control, que ya han

sido descritos, así como su resolución en la justificación del diseño y en la atención a las recomendaciones de los expertos en bioética de ofrecer la intervención, a los de demostrarse efectiva a los participantes del grupo control. Otra limitación pudiera ser que no se haya podido captar a este paciente previamente a la hospitalización y no haya confirmado quienes serán sus dos familiares para la utilización de la app antes de la hospitalización y en su ingreso se niegue a que su familia reciba información clínica sobre su evolución.

#### 10. Personal implicado y distribución de tareas

##### 1. Enfermera especialista en salud mental responsable del estudio

Llevará a cabo el estudio ajustándose a los planes de trabajo descritos en el proyecto. Se coordinará con los diferentes profesionales que intervendrán en el estudio. Solucionará posibles dudas o contingencias. Analizará los datos resultantes y redactará el proyecto y sus conclusiones.

##### 2. Enfermera referente de Salud Mental durante la hospitalización del usuario

Proporcionará toda la información posible sobre cada caso incluido en el estudio. Concertará los apartados a rellenar de la app. Realizará los cuestionarios de la app. Obtendrá el control enfermero de los familiares hasta su nueva valoración una vez finalizado el grupo.

#### 11. Plan de difusión

Se prevé poder presentar el protocolo de investigación en el XX encuentro internacional de Investigación en Cuidados, en el XXXIV Congreso Nacional de Salud Mental y llevar a cabo a la finalización del estudio para posteriormente publicarlo en alguna revista con factor de impacto alto a ser posible del primer -segundo decil, (Index-Enfermería Clínica, Presencia).

#### 12. Relevancia científica y sociosanitaria del estudio

A consecuencia de la dificultad de comunicación entre la familia y los profesionales de enfermería para demandar información clínica, se ha desencadenado una situación en la cual la familia desconoce la evolución del paciente, debido a la situación de aislamiento en la que este se encuentra. Para dar solución a este problema proponemos la creación de una app para mejorar dicha comunicación. Dentro de la comunidad hospitalaria, los enfermeros y los familiares de los pacientes están especialmente preparados para beneficiarse de la integración de los medios digitales en la experiencia del paciente. Una comunicación más frecuente entre los enfermeros de salud mental, sus pacientes y sus familias sería de gran beneficio para todos los involucrados, especialmente para los familiares de pacientes con ingresos prolongados en el tiempo.

De corroborarse la hipótesis planteada, el desarrollo de esta app permitiría mejorar la comunicación entre los enfermeros, los pacientes y los familiares, permitiendo una información clínica rigurosa sobre su familiar hospitalizado en la unidad de salud mental, además de aumentar los conocimientos de los

cuidadores sobre la enfermedad y sus manifestaciones, concediéndoles habilidades y recursos de afrontamiento, disminuyendo su ansiedad, mejorando la satisfacción con la unidad y colaborando en el manejo del tratamiento prescrito, bajo una racionalización de las expectativas y la consecuente reducción de sobrecarga y aumento de la calidad de vida.

Ofreciendo así la atención necesaria a los cuidadores y a las familias, ya que estas han sido las grandes abandonadas de la reforma psiquiátrica y de las políticas posteriores durante estos últimos 25 años.

### **Consideraciones éticas**

En primer lugar, se pondrá en conocimiento de la Dirección Médica y de Enfermería de la U.G.C Sevilla Sur la realización del estudio y se solicitará el permiso del Comité de Ética.

Para respetar el principio de Autonomía de los sujetos participantes se adoptará un modelo de Consentimiento Informado detallado en el Anexo VII para que los sujetos tengan la oportunidad de elección. Se dispondrá del consentimiento libremente expresado, por escrito, del familiar referente después de haber sido instruido por el profesional sanitario sobre la naturaleza, importancia y alcance de la investigación y haber comprendido la información que será proporcionada en lenguaje claro mediante una Hoja Informativa detallada en el Anexo VIII dando la oportunidad para preguntas y discusiones. Será preciso aclarar que el ensayo es independiente de la intervención estándar y que el sujeto participante puede salir voluntariamente del mismo en el momento que lo desee.

De acuerdo con el Principio de Justicia, los sujetos serán seleccionados atendiendo únicamente a los criterios de selección establecidos y expuestos anteriormente, explicando, igualmente, que ni aquellos sujetos que participen tendrán un trato de favor, ni los que rehúsen participar o abandonen serán de algún modo perjudicados por este hecho.

Siguiendo la Ley Orgánica 5/1999 de 29 de octubre de regulación del tratamiento autorizado de los datos de carácter personal, todas las partes implicadas en el estudio tendrán, en el tratamiento de los datos, una garantía de la más estricta confidencialidad, de forma que no se viole la intimidad personal, ni familiar de los sujetos participantes en el mismo.

### **Plan de trabajo y cronograma**

Para la realización del estudio se elaborará un plan de actuación y un cronograma de actividades que distribuya las tareas a realizar entre los miembros del equipo investigador adecuándolo a las etapas que constan en el diseño del proyecto, y atendiendo a el escenario de desempeño del mismo y al mapa de competencias de cada uno de los profesionales que componen el proyecto. La duración total de la investigación será de 11 meses, repartidos en las siguientes etapas:

## PLAN DE TRABAJO

	MES										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Revisión Bibliográfica											
Obtención permisos											
Recogida											

## CRONOGRAMA

### ACTIVIDAD 1: (Duración 3 meses)

Revisión y análisis documental por parte del equipo investigador.

Reunión con la Dirección Médica y Dirección de Enfermería de la U.G.C Sevilla Sur para solicitar los permisos pertinentes.

Reunión con los jefes de servicio para informarles de los objetivos del estudio, de los aspectos generales de la intervención, del contenido y su finalidad. Se hará entrega de los teléfonos y direcciones electrónicas de contacto de los miembros del equipo investigador.

Reunión con los profesionales del dispositivo para proporcionarles los consentimientos informados para participar en el estudio.

Captación de los posibles candidatos a estudio y recogida de los consentimientos informados.

Diseño y elaboración de la app.

Recogida de los cuestionarios: escala de ansiedad de Hamilton, LOPSS-12, SERVQHOS, Overall Job Satisfaction, número de llamadas, el Inventario de Estrés para Profesionales de la Salud de Wolfgang antes de la utilización de la app.

Recogida del número de llamadas telefónicas por parte de los familiares de los pacientes hospitalizados demandando información clínica.

### ACTIVIDAD 2: (Duración 6 meses)

Puesta en marcha de la app.

Recogida de datos.

Recogida del cuestionario Hamilton, Overall Job Satisfaction, Inventario de Estrés para Profesionales de la Salud de Wolfgang, LOPSS-12 y SERVQHOS tras la utilización de la app.

Recogida del número de llamadas telefónicas por parte de los familiares de los pacientes hospitalizados demandando información clínica.

### ACTIVIDAD 3: (Duración 2 meses)

Análisis de los datos obtenidos.

Verificación de los resultados.

Se realizará una llamada telefónica única a cada participante que haya abandonado el estudio en cualquiera de las fases para tratar de conocer los motivos de abandono y hacer un análisis al respecto.

Búsqueda bibliográfica para elaboración de discusiones.

Redacción del informe final de la investigación.

### ACTIVIDAD 4: Divulgación de resultados

Presentación de artículos en español e inglés para su difusión en revistas y conferencias científicas. Los resultados serán divulgados en los foros relacionados con la enfermería de salud mental y los servicios de psiquiatría.

### RECURSOS Y PRESUPUESTO ECONÓMICO (ANEXO IX)

#### 1. Recursos materiales:

Dos ordenadores, una impresora, dos teléfonos móviles con línea corporativa, material de oficina, fotocopias de test y cuestionarios y fotocopias de hojas de consentimiento informado.

#### 2. Recursos humanos:

Una persona con la titulación de Graduado en Ingeniería informática y/o de la salud, que llevará a cabo la realización de la app.

Dos enfermeras especialistas en Salud Mental por cada turno, para realizar los cuestionarios de la app.



## Anexo I

AREA HOSPITALARIA DE VALME memoria 2011  
UNIDADES ASISTENCIALES



### SALUD MENTAL *Actividad Asistencial*

<b>Hospitalización</b>	<b>2011</b>
Camas funcionantes	32
Ingresos programados	164
Ingresos urgentes	448
Ingresos por traslados	10
<b>Total ingresos</b>	<b>622</b>
Estancias totales	9330
Estancia media	15,0
Estancias / Día	25,6
Exitus	0

## Anexo II

Inventario de estrés de Wolfgang para profesionales de la salud.

(Versión adaptada al español)

(The health professions stress inventory)

Alan P. Wolfgang

¿Con qué frecuencia usted siente que estas situaciones son estresantes?

1. Tener tanto trabajo que no todo puede estar bien hecho.

a) nunca b) rara vez c) ocasionalmente d) frecuentemente e) muy frecuentemente

2. Tener conflictos con supervisores y/o administradores.

a) nunca b) rara vez c) ocasionalmente d) frecuentemente e) muy frecuentemente

3. Sentirse últimamente responsable por los resultados de los pacientes.

a) nunca b) rara vez c) ocasionalmente d) frecuentemente e) muy frecuentemente

4. No recibir el respeto o reconocimiento que merece del público en general.

a) nunca b) rara vez c) ocasionalmente d) frecuentemente e) muy frecuentemente

5. Sentirse indeciso acerca de qué decir a los pacientes o familiares acerca de las condiciones y/o tratamiento de los pacientes.

a) nunca b) rara vez c) ocasionalmente d) frecuentemente e) muy frecuentemente

6. Preocuparse por las necesidades emocionales de los pacientes.

a) nunca b) rara vez c) ocasionalmente d) frecuentemente e) muy frecuentemente

7. Estar en desacuerdo con otros profesionales de la salud respecto al tratamiento de los pacientes.

a) nunca b) rara vez c) ocasionalmente d) frecuentemente e) muy frecuentemente

8. No tener oportunidad de compartir sentimientos y experiencias con colegas.

a) nunca b) rara vez c) ocasionalmente d) frecuentemente e) muy frecuentemente

9. Tener conflictos con compañeros.

a) nunca b) rara vez c) ocasionalmente d) frecuentemente e) muy frecuentemente

10. Tener obligaciones del trabajo que le causan conflicto con sus responsabilidades familiares.

a) nunca b) rara vez c) ocasionalmente d) frecuentemente e) muy frecuentemente

11. Permitir que sentimientos o emociones personales interfieran con el cuidado de los pacientes.

a) nunca b) rara vez c) ocasionalmente d) frecuentemente e) muy frecuentemente

12. Estar al día con los nuevos avances para mantener la competencia profesional.

a) nunca b) rara vez c) ocasionalmente d) frecuentemente e) muy frecuentemente

13. Sentir que las oportunidades para mejorar en el trabajo son pobres.  
a) nunca b) rara vez c) ocasionalmente d) frecuentemente e) muy frecuentemente
14. Tratar de hacer frente a las expectativas sociales de alta calidad de cuidados médicos.  
a) nunca b) rara vez c) ocasionalmente d) frecuentemente e) muy frecuentemente
15. Supervisar el desempeño de compañeros de trabajo.  
a) nunca b) rara vez c) ocasionalmente d) frecuentemente e) muy frecuentemente
16. Tratar de lidiar con las dificultades de los pacientes.  
a) nunca b) rara vez c) ocasionalmente d) frecuentemente e) muy frecuentemente
17. No ser reconocido o aceptado como un verdadero profesional por otros profesionistas de la salud.  
a) nunca b) rara vez c) ocasionalmente d) frecuentemente e) muy frecuentemente
18. Estar inadecuadamente preparado para enfrentar las necesidades de los pacientes.  
a) nunca b) rara vez c) ocasionalmente d) frecuentemente e) muy frecuentemente
19. Tener información inadecuada considerando las condiciones médicas del paciente.  
a) nunca b) rara vez c) ocasionalmente d) frecuentemente e) muy frecuentemente
20. No recibir retroalimentación adecuada de la realización de su trabajo.  
a) nunca b) rara vez c) ocasionalmente d) frecuentemente e) muy frecuentemente
21. No tener suficiente personal para proveer adecuadamente los servicios necesarios.  
a) nunca b) rara vez c) ocasionalmente d) frecuentemente e) muy frecuentemente
22. Sentir que personal que no es de salud determine el modo que debe practicar su profesión.  
a) nunca b) rara vez c) ocasionalmente d) frecuentemente e) muy frecuentemente
23. No saber qué se espera del desempeño de su trabajo.  
a) nunca b) rara vez c) ocasionalmente d) frecuentemente e) muy frecuentemente
24. Ser interrumpido por llamadas telefónicas o por personas mientras desempeña sus actividades.  
a) nunca b) rara vez c) ocasionalmente d) frecuentemente e) muy frecuentemente
25. Sentir que no se le permite tomar decisiones acerca de su trabajo.  
a) nunca b) rara vez c) ocasionalmente d) frecuentemente e) muy frecuentemente
26. Sentir que no hay desafíos en su trabajo.  
a) nunca b) rara vez c) ocasionalmente d) frecuentemente e) muy frecuentemente
27. Sentir que su pago como profesional de la salud es inadecuado.

a) nunca b) rara vez c) ocasionalmente d) frecuentemente e) muy frecuentemente

28. Preocuparse por los pacientes terminales.

a) nunca b) rara vez c) ocasionalmente d) frecuentemente e) muy frecuentemente

29. No poder usar al máximo todas sus habilidades en el trabajo.

a) nunca b) rara vez c) ocasionalmente d) frecuentemente e) muy frecuentemente

30. Tener miedo de cometer un error en el tratamiento de los pacientes.

a) nunca b) rara vez c) ocasionalmente d) frecuentemente e) muy frecuentemente

### Anexo III

ESCALA DE SATISFACCIÓN (Traduc. de "Overall Job Satisfaction" de Warr, Cook y Wall)

	Muy insatisfecho	Insatisf.	Moderad. insatisf.	Ni satisf. ni insatisf.	Moderad. satisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
1. Condiciones físicas del trabajo							
2. Libertad para elegir tu propio método de trabajo							
3. Tus compañeros de trabajo							
4. Reconocimiento que obtienes por el trabajo bien hecho							
5. Tu superior inmediato							
6. Responsabilidad que se te ha asignado							
7. Tu salario							
8. La posibilidad de utilizar tus capacidades							
9. Relaciones entre dirección y trabajadores en tu empresa							
10. Tus posibilidades de promocionar							
11. El modo en que tu empresa está gestionada							
12. La atención que se presta a las sugerencias que haces							
13. Tu horario de trabajo							

## Anexo IV

### Cuestionario LOPSS 12 (La Monica-Oberst Patient Satisfaction)

Las/os enfermeras/os que le atendieron en el hospital,

**1) Me ayudaron a comprender mi enfermedad**

Totalmente de acuerdo	1
Bastante de acuerdo	2
Ni acuerdo ni desacuerdo	3
Bastante en desacuerdo	4
Totalmente en desacuerdo	5

**2) Parecían más interesadas en terminar las tareas que en escuchar mis preocupaciones**

Totalmente de acuerdo	5
Bastante de acuerdo	4
Ni acuerdo ni desacuerdo	3
Bastante en desacuerdo	2
Totalmente en desacuerdo	1

**3) Daban la impresión de que ocuparse de mí era lo primero**

Totalmente de acuerdo	1
Bastante de acuerdo	2
Ni acuerdo ni desacuerdo	3
Bastante en desacuerdo	4
Totalmente en desacuerdo	5

**4) Deberían ser más amables**

Totalmente de acuerdo	5
Bastante de acuerdo	4
Ni acuerdo ni desacuerdo	3
Bastante en desacuerdo	2
Totalmente en desacuerdo	1

**5) Tuvieron poca paciencia**

Totalmente de acuerdo	5
Bastante de acuerdo	4
Ni acuerdo ni desacuerdo	3
Bastante en desacuerdo	2
Totalmente en desacuerdo	1

**6) Pocas veces consideraron mis opiniones y preferencias con respecto a los planes de mi cuidado**

Totalmente de acuerdo	5
Bastante de acuerdo	4
Ni acuerdo ni desacuerdo	3
Bastante en desacuerdo	2
Totalmente en desacuerdo	1

**7) Daban consejos útiles**

Totalmente de acuerdo	1
Bastante de acuerdo	2
Ni acuerdo ni desacuerdo	3
Bastante en desacuerdo	4
Totalmente en desacuerdo	5

**8) Podía compartir con ellas mis sentimientos**

Totalmente de acuerdo	1
Bastante de acuerdo	2
Ni acuerdo ni desacuerdo	3
Bastante en desacuerdo	4
Totalmente en desacuerdo	5

**9) Tenía la sensación de que no podía hacerles preguntas libremente**

Totalmente de acuerdo	5
Bastante de acuerdo	4
Ni acuerdo ni desacuerdo	3
Bastante en desacuerdo	2
Totalmente en desacuerdo	1

**10) Me comprendían cuando les contaba mis problemas**

Totalmente de acuerdo	1
Bastante de acuerdo	2
Ni acuerdo ni desacuerdo	3
Bastante en desacuerdo	4
Totalmente en desacuerdo	5

**11) Deberían realizar su trabajo más a conciencia**

Totalmente de acuerdo	5
Bastante de acuerdo	4
Ni acuerdo ni desacuerdo	3
Bastante en desacuerdo	2
Totalmente en desacuerdo	1

**12) En ocasiones eran algo lentas en contestar a mis llamadas**

Totalmente de acuerdo	5
Bastante de acuerdo	4
Ni acuerdo ni desacuerdo	3
Bastante en desacuerdo	2
Totalmente en desacuerdo	1

**TOTAL**

## Anexo V

### Escala de Ansiedad de Hamilton



**Nombre**

**Fecha**

**Unidad/Centro**

**Nº Historia**

#### **ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON**

**Población diana:** Población general. Se trata de una escala **heteroadministrada** por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento

#### **Instrucciones para el profesional**

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
<b>1. Estado de ánimo ansioso.</b> Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
<b>2. Tensión.</b> Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
<b>3. Temores.</b> A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
<b>4. Insomnio.</b> Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
<b>5. Intelectual (cognitivo)</b> Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
<b>6. Estado de ánimo deprimido.</b> Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4



<b>7. Síntomas somáticos generales (musculares)</b> Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
<b>8. Síntomas somáticos generales (sensoriales)</b> Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
<b>9. Síntomas cardiovasculares.</b> Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
<b>10. Síntomas respiratorios.</b> Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
<b>11. Síntomas gastrointestinales.</b> Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
<b>12. Síntomas genitourinarios.</b> Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
<b>13. Síntomas autónomos.</b> Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
<b>14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico)</b> Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4

<b>Ansiedad psíquica</b>	
<b>Ansiedad somática</b>	
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	



## Anexo VI

Nivel de calidad de la asistencia hospitalaria para los familiares de los pacientes hospitalizados.

<b>La calidad de la asistencia sanitaria ha sido</b>					
	Mucho peor de lo que esperaba	Peor de lo que esperaba	Como me lo esperaba	Mejor de lo que esperaba	Mucho mejor de lo que esperaba
Clave respuesta	1	2	3	4	5

La Tecnología de los equipos médicos para los diagnósticos y tratamientos ha sido	1	2	3	4	5
La apariencia (limpieza y uniforme) del personal ha sido	1	2	3	4	5
Las indicaciones (señalizaciones) para orientarse y saber donde ir en el hospital han sido	1	2	3	4	5
El interés del personal por cumplir lo que promete ha sido	1	2	3	4	5
El estado en que están las habitaciones del hospital (aparencia, comodidad) ha sido	1	2	3	4	5
La información que los médicos proporcionan ha sido	1	2	3	4	5
El tiempo de espera para ser atendido por un médico ha sido	1	2	3	4	5
La facilidad para llegar al hospital ha sido	1	2	3	4	5
El interés del personal por solucionar los problemas de los pacientes ha sido	1	2	3	4	5
La puntualidad de las consultas médicas ha sido	1	2	3	4	5
La rapidez con que consigues lo que se necesita o se pide ha sido	1	2	3	4	5
La disposición del personal para ayudarle cuando lo necesita ha sido	1	2	3	4	5
La confianza (seguridad) que el personal transmite a los pacientes ha sido	1	2	3	4	5
La amabilidad (cortesía) del personal en su trato con la gente ha sido	1	2	3	4	5
La preparación del personal (capacitación) para realizar su trabajo ha sido	1	2	3	4	5
El trato personalizado que se da a los pacientes ha sido	1	2	3	4	5
La capacidad del personal para comprender las necesidades de los pacientes ha sido	1	2	3	4	5
La información que los médicos dan a los familiares ha sido	1	2	3	4	5
El interés del personal de enfermería por los pacientes ha sido	1	2	3	4	5

Marque con una **X** la casilla que mejor refleje su opinión

Indique su nivel de **satisfacción global** con los cuidados sanitarios que ha recibido durante su estancia en el hospital

Muy satisfecho  Satisfecho  Poco satisfecho  Nada satisfecho

**Recomendaría** este hospital a otras personas

Sin dudarlo  Tengo dudas  Nunca

¿Le han realizado en el hospital pruebas o intervenciones sin pedir su permiso?

Si  No

¿A su juicio, ha estado ingresado en el hospital?

Menos de lo necesario  El tiempo necesario  Más de lo necesario

¿Conoce el nombre del médico que le atendía habitualmente?

Si  No

¿Conoce el nombre de la enfermera que le atendía habitualmente?

Si  No

¿Cree que ha recibido suficiente información sobre lo que le pasaba?

Si  No

Durante su ingreso en el hospital ha estado en el Servicio de .....

El ingreso se produjo

Programado  Por vía de Urgencias

Número de veces que ha estado ingresado/a en el hospital en el último año:

**Por favor, recuerde contestar a todas las preguntas**

## Anexo VII

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Evaluación de una app para mejorar la comunicación entre profesional de enfermería y familiares de pacientes hospitalizados en salud mental.

D./Dña.....  
....., con DNI/ Tarjeta de Residente/ Pasaporte nº....., mayor de edad, en pleno uso de mis facultades mentales, declara haber sido informado por ....., como enfermera especialista en Salud Mental y responsable del estudio, para participar en dicho estudio de investigación que se va a realizar próximamente, con el objetivo principal de determinar la efectividad de una app en familiares de pacientes hospitalizados en salud mental por Enfermeras de Salud Mental de las Unidades de Gestión Clínica de Salud Mental del Hospital de Valme de Sevilla.

Manifiesto que se me ha facilitado una hoja informativa sobre el estudio "Evaluación de una app para mejorar la comunicación entre profesional de enfermería y familiares de pacientes hospitalizados en salud mental.", habiendo comprendido el significado del procedimiento.

He podido hacer preguntas sobre el estudio y aclarar mis dudas.

He recibido suficiente información tanto verbal como escrita sobre la naturaleza y propósitos del estudio.

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en los cuidados proporcionados al paciente.

Por tanto, habiendo comprendido la información recibida, deseo manifestar mi voluntad de participar en el estudio y para ello otorgo mi consentimiento informado firmando el presente documento.

En Sevilla a ..... de ..... de 2016.

Firma del participante.

Firma del investigador.

Revocación del consentimiento informado por parte del participante

En Sevilla a ..... de ..... de 2016.

Firma del participante

Firma del investigador

## **Anexo VIII**

Evaluación de una app para mejorar la comunicación entre profesional de enfermería y familiares de pacientes hospitalizados en salud mental.

La finalidad de la información que le proporcionamos es la de obtener su participación en el estudio “Evaluación de una app para mejorar la comunicación entre profesional de enfermería y familiares de pacientes hospitalizados en salud mental”, perteneciente a la U.G.C de Salud Mental Sevilla Sur.

El objetivo de este estudio es determinar la efectividad de la creación de una app para mejorar la comunicación e información clínica a los familiares de los pacientes hospitalizados en la unidad de salud mental.

Sus datos personales siempre serán tratados de forma confidencial, respetándose en todo momento los derechos y deberes que establece la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter personal y el RD 994/99 de medidas de seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal. Sólo las personas responsables de la elaboración del estudio tendrán acceso a los datos que se deriven de su participación en el mismo.

Si decide participar en el estudio debe saber que dicha participación no supone ningún riesgo para su salud ni se verá sometido a ninguna prueba complementaria. En todo momento el carácter de su participación será voluntario, teniendo en todo momento la posibilidad de retirarse del mismo, sin que por ello se altere la relación terapéutica ni se produzca perjuicio en el tratamiento del paciente.

Si llegado a este punto su decisión es la de no participar, sólo nos queda darle las gracias por el tiempo que nos ha concedido.

## Anexo IX

### Presupuesto

GASTOS DE PERSONAL	EUROS
Personal para el desarrollo de la investigación.	1500 EUROS
MATERIAL BIBLIOGRÁFICO	
Bibliografía referente a la evaluación de ansiedad, calidad de vida, habilidades sociales y satisfacción.	0
GASTOS DE EJECUCIÓN	
Inventario: <ul style="list-style-type: none"><li>- Un ordenador.</li><li>- Un teléfono móvil.</li><li>- Una impresora.</li></ul>	600 100 100
TOTAL	800 EUROS
Material fungible: <ul style="list-style-type: none"><li>- Material de uso informático.</li><li>- Material de papelería.</li></ul>	200 100
TOTAL	300 EUROS
Viajes y Dietas: <ul style="list-style-type: none"><li>- Congresos y dietas</li></ul>	2500
TOTAL	2500 EUROS
Otros gastos: Diseño y elaboración de la app.	1500 EUROS
TOTAL	1500 EUROS
<b>TOTAL GASTOS</b>	<b>6.600 EUROS</b>