



Universidad de Oviedo

MÁSTER UNIVERSITARIO EN BIOLOGÍA

Y

TENCOLOGÍA DE LA REPRODUCCIÓN

*Habilidades comunicativas en la
Consulta de Enfermería en
Unidades de Reproducción Asistida*

Autora: Aida Fanjul Argüelles

Tutor: Plácido Llana Coto

Junio 2016

Índice

1. Resumen.....	1
2. Introducción	
2.1. Infertilidad.....	2
2.2. Comunicación.....	6
2.3. Unidades de Reproducción Asistida.....	10
2.4. Justificación del tema.....	14
3. Hipótesis y Objetivos	
3.1. Hipótesis.....	15
3.2. Objetivos.....	15
4. Material y Métodos	
4.1. Contexto en el que se realiza el estudio.....	16
4.2. Tipo de estudio.....	16
4.3. Sujetos.....	16
4.4. Evaluación de la comunicación y entrevistas personales.....	19
4.5. Procedimiento.....	21
4.6. Análisis estadístico.....	22
5. Resultados	
5.1. Análisis descriptivo de la muestra.....	25
5.2. Análisis de las variables de la encuesta del paciente.....	26
5.3. Análisis de las variables de la evaluación de la consulta.....	29
5.4. Análisis de la relación entre las variables de la encuesta de satisfacción y las de la evaluación de la consulta.....	37
6. Discusión.....	38
7. Conclusiones.....	46
8. Referencias Bibliográficas.....	47
9. Anexos.....	54

1. Resumen

La infertilidad es un problema de salud cuya prevalencia ha ido aumentando a lo largo de los años. Según estudios epidemiológicos, la infertilidad afecta a un 15% de la población en edad reproductiva. Una de las posibles causas de este fenómeno es la postergación del embarazo a edades superiores a los 30 años, momento en el que la capacidad reproductiva de la mujer comienza a degenerar.

Gracias a la aplicación de las Técnicas de Reproducción Asistida, se ha conseguido que parejas estériles o mujeres solas con deseo genésico aumenten sus posibilidades de obtener embarazo.

Estas Técnicas se llevan a cabo en las Unidades de Reproducción Asistida, las cuales están compuestas por un equipo multidisciplinar. Para que estos tratamientos tengan una máxima efectividad es necesaria, entre otras cosas, una buena comunicación entre el equipo que conforma la Unidad y los pacientes.

Una de las actividades principales que se lleva a cabo en la consulta de enfermería es la comunicación con el paciente. Se ha demostrado en estudios anteriores que la integración de la consulta de enfermería en las Unidades de Reproducción Asistida ha supuesto una mejora en el proceso que llevan a cabo las parejas que solicitan los servicios de estas Unidades.

En numerosos estudios realizados anteriormente, en otro tipo de Unidades de los Servicios de Salud, se ha demostrado que una adecuada comunicación va a producir mayor satisfacción tanto del profesional sanitario como del paciente, contención de costes, adherencia al tratamiento, prevención del desgaste profesional, prevención de problemas médico-legales, mejora de los indicadores de calidad asistencial y mejora de los resultados en salud.

El efecto terapéutico que tiene la comunicación realizada por el personal de enfermería en las Unidades de Reproducción Asistida, justifica la necesidad de llevar a cabo este estudio que tiene como propósito correlacionar la manera de llevar a cabo la comunicación por parte del personal de enfermería con la recepción de la misma por parte del paciente.

2. Introducción

2.1. *La infertilidad*

2.1.1. *Definición*

Por la gran repercusión de la infertilidad a nivel mundial, en el año 2009 la Organización Mundial de la Salud (OMS) junto con el Comité Internacional para la Supervisión de las Técnicas de Reproducción Asistida (ICMART) reconocen la infertilidad como “*una enfermedad del Sistema Reproductivo definida como la incapacidad de lograr un embarazo clínico después de 12 meses o más de relaciones sexuales no protegidas*”¹.

Años atrás, se establecía diferencias entre el concepto de infertilidad y esterilidad. La infertilidad se consideraba la incapacidad para tener un hijo vivo tras mantener durante 12 meses relaciones sexuales sin anticonceptivos, es decir, la pareja obtiene el embarazo pero no un hijo vivo en casa. En cambio, la esterilidad era definida como la incapacidad de concebir tras un año manteniendo relaciones regulares sin protección.² Actualmente, según la Real Academia de la Lengua Española (RAE), la fertilidad es sinónimo de esterilidad, y define ambas como “*la incapacidad del macho de fecundar e incapacidad de la hembra para concebir*”³.

2.1.2. *Tipos de infertilidad*

La *infertilidad primaria* es el término utilizado para describir a una pareja que nunca ha podido lograr un embarazo después de intentarlo durante al menos un año con relaciones sexuales sin precauciones.⁴

La *infertilidad secundaria* es aquella en que la mujer tiene una historia previa de al menos un embarazo confirmado, aborto, parto y no es capaz de concebir después de un año de relaciones sexuales no protegidas. Existen autores que definen la infertilidad como el aborto habitual y/ o muerte habitual del feto o del recién nacido.⁵

Se denomina *infertilidad o esterilidad sin causa aparente (ESCA)* a los tipos de infertilidad en los que, tras haber realizado los estudios correspondientes y sin que haya

alteraciones en el aparato reproductor de ambos miembros de la pareja, no se ha encontrado un problema ni una causa aparente.⁶

2.1.3. Epidemiología

La infertilidad es un problema de salud importante.⁷ A nivel internacional, se estima que su prevalencia alcanza a un 10-20 % de las parejas:

- Un 35-45% de los casos aproximadamente afecta a mujeres.
- Un 25-35% a hombres.
- Un 20% es de causa iatrogénica, se desconoce si su origen procede del factor masculino o femenino.⁸

Esto supone, según la OMS, la existencia de 80 millones de parejas en el mundo con problemas de fertilidad.

En España, el porcentaje de prevalencia de la infertilidad es equiparable al internacional, entre un 15% y un 17% de las parejas en edad reproductiva tienen problemas de esterilidad.^{9,10} y unas 800.000 consultan su problema. Además, en los últimos años se está elevando la incidencia de la infertilidad, debido a múltiples factores relacionados con el estilo de vida en nuestro país. Algunos de estos factores son el incremento de enfermedades de transmisión sexual (ETS) o enfermedades pélvicas inflamatorias (EPI), las cuales dejan importantes secuelas en el aparato reproductor femenino pudiendo condicionar la fertilidad de la mujer.¹¹

2.1.4. Etiología

Son múltiples las causas de la esterilidad, tanto derivadas del factor masculino como del femenino. Pero cabe destacar, por el aumento de su incidencia en los últimos años, el retraso del deseo genésico.

El pico de fertilidad en la mujer se encuentra en torno a los 25 años y su decadencia se acentúa a partir de los 35 años. Según los grupos de edades de las parejas, vemos distintos porcentajes de esterilidad: de los 20 a los 24 años el porcentaje de parejas estériles es del 5%, subiendo al 20-30% a los 40 años.¹²

Este descenso de fertilidad relacionado con la edad se debe a una disminución de la reserva ovárica, lo que se traduce en unos menores niveles de hormona antimulleriana y un menor recuento de folículos antrales ecográficamente. Además empeora la calidad ovocitaria, por lo que aumenta la tasa de aneuploidías en los embriones de estas mujeres, y por lo tanto se incrementa la tasa de abortos. Durante la gestación también se surgen más complicaciones como diabetes gestacional, hipertensión y alteraciones obstétricas como parto pre-término, distocias de parto, tasa de cesárea, hemorragias postparto, etc.

Según la publicación del Instituto Nacional de Estadística (INE)¹⁰, en el año 2015, la edad en la que la mujer tiene su primer hijo es a los 31.8 años. El número medio de hijos es de 1,32. Los motivos que justifican tales tasas son de origen diverso:

- Laborales: la mujer ha entrado en el mercado laboral y busca también su status en el mismo.

- Estabilidad económica: se espera a tener cierta seguridad económica para la llegada de un hijo. En España, este hecho está relacionado con la situación actual del país, en la que la crisis económica hace que muchas parejas pospongan la búsqueda de su primer hijo hasta que su trabajo, ingresos y apoyo familiar sea lo más estable posible, siendo este retraso coincidente con la disminución de la fertilidad de la mujer.

- Existe el pensamiento de que se puede posponer con tranquilidad la maternidad y por ello cada vez son más las mujeres que buscan preservar su fertilidad.

Según la Sociedad Americana de Reproducción, los factores que desembocan este comportamiento son muy variados, como la fácil accesibilidad a métodos anticonceptivos, el aumento significativo de las mujeres al mundo laboral y el aumento simultáneo del número de divorcios.¹³

En el gráfico que se muestra a continuación creado por el INE en el año 2015, se puede observar esta tendencia al aumento de la edad en la maternidad en España desde el año 2002 hasta el 2015, siendo las expectativas futuras de un continuo aumento de la misma. Además, comprobamos que la edad en la que las mujeres españolas se convierten en madres alcanza una cifra considerablemente más elevada que la de las mujeres extranjeras que residen en el país. (*Figura 1*)

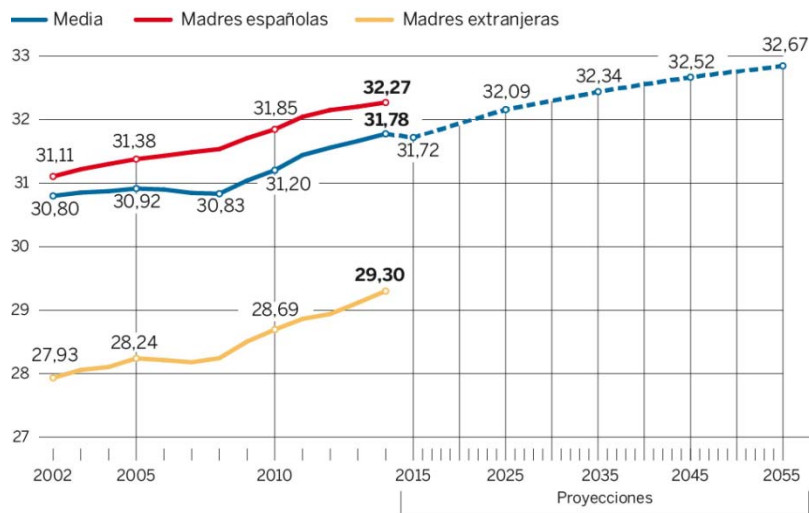


Figura 1. “Edad media de la maternidad”. Fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2015

2.1.5. Tratamiento: Técnicas de Reproducción Asistida (TRA)

Gracias al avance de las ciencias y las tecnologías, actualmente podemos contar con tratamientos que amortiguan la infertilidad de la población. Para dar solución a los problemas de fertilidad, existe un amplio abanico de Técnicas de Reproducción Asistida (TRA). Así, se realizaron en Europa 537.463 ciclos, en 2009,¹⁴ ocupando España el tercer lugar, con 78.942 ciclos de Fecundación in vitro (FIV/ICSI) en el Registro de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF) de 2013, en el que participaron únicamente 130 de los centros autorizados (pues la notificación de los ciclos de TRA en España no fue obligatorio hasta este año, 2016).^{15,16}

La elección del tratamiento que se va a llevar a cabo en cada pareja va a depender del diagnóstico preciso derivado de los estudios realizados previamente, de la edad de la mujer y del tiempo de duración de la esterilidad.

Existen numerosas técnicas para llevar a cabo en la Reproducción Asistida. Entre ellas están:

- *Inseminación artificial*: las parejas susceptibles de este tratamiento son parejas jóvenes (<35 años), con más de un año de esterilidad y con un estudio básico en el que se obtiene un resultado de esterilidad sin causa aparente (ESCA). Este método se define como el depósito no natural de los espermatozoides en el interior del útero. La inseminación artificial puede realizarse a distintos niveles: intravaginal, intracervical,

intratubárica, intraperitoneal o intrauterina (IUI), siendo esta última la de mayor aceptación y uso.¹⁷ Esta técnica tiene una tasa de embarazo por ciclo del 13-15%.¹⁸ Además, se debe tener en cuenta que, en el caso en el que el varón no tenga semen de calidad necesaria para esta técnica o que la mujer desee llevar a cabo un embarazo sin la presencia de la figura del varón, se podrá realizar mediante semen de donante.

- *Fecundación in vitro (FIV)*: esta técnica se lleva a cabo en aquellas parejas en las que exista un fracaso previo de tratamiento de IA, semen de mala calidad con recuento de espermatozoides móviles (REM) menor de 5 millones, factor tuboperitoneal y edad de la mujer superior a 38 años. Consiste en la unión del óvulo con el espermatozoide en el laboratorio, con el fin de obtener un número apto de embriones disponibles para transferir al útero materno. Una vez conseguida la fecundación se realiza la transferencia de embriones.¹⁹

- *Intracytoplasmatic sperm injection (ICSI)*: es un tipo de fecundación in vitro en donde una vez se selecciona el espermatozoide en la pipeta de microinyección, es colocado directamente en el interior del ovocito, atravesando en un solo paso las envolturas de la célula materna e introduciendo el espermatozoide íntegro, con el acrosoma y su contenido intactos.²⁰

2.2. Comunicación

2.2.1. Introducción

La comunicación consiste en un proceso complejo en el cual dos o más personas se relacionan mediante un intercambio de mensajes a través de un código común. De esta manera tratan de comprenderse e influirse de forma que sus objetivos sean aceptados en la forma prevista, utilizando para ello un canal que actúa como soporte en la transmisión de la información.²¹

Desde el punto de vista de comunicación como conducta se pueden distinguir tres componentes:

- Verbales: la palabra.

- Paraverbales: se refiere más a la forma de transmitir la información que a su contenido: velocidad del discurso, timbre, pausas, silencios... Su utilización no altera lo que se dice pero sí puede variar su significado.

- No verbales: mirada, sonrisa, postura, orientación corporal... Su función es tan importante que aproximadamente el 70% de la comunicación se lleva a cabo a través de procedimientos no verbales. En algunas ocasiones, la comunicación no verbal contradice a la verbal, lo cual es captado por el receptor como una contradicción.²²

2.2.2. Comunicación en los servicios sanitarios

Desde el inicio de la enfermería con F. Nightingale, ya se planteaba la importancia y la necesidad de la comunicación en relación con el paciente. Años después, pensadoras como H. Peplau consideraban la comunicación como 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 una relación de ayuda.²³

Una de las principales aportaciones de la psicología social al ámbito de la salud ha sido analizar el proceso comunicativo que se establece entre el profesional sanitario y el paciente, con la finalidad de optimizar este proceso y contribuir, de este modo, a un servicio sanitario de mayor calidad y eficacia.²⁴

Los procesos comunicativos son altamente complejos a nivel enfermera-paciente debido a que está en juego un elemento fundamental: el mantenimiento o recuperación de la salud. Por ello, todos los elementos que participan en la comunicación van a ser fundamentales:

- Prestador de servicios (enfermería), que a nivel comunicativo sería considerado como el *emisor* de la información.

- Receptor de servicios (paciente), el cual actuaría como *receptor* de la información.

Se debe tener en cuenta que, en la medicina actual, debido a la participación del paciente en sus cuidados, el personal de enfermería y el paciente, a lo largo de su relación, se intercambiarán el rol tanto de emisor como de receptor.

- *Mensaje*: información a transmitir.

- *Código*: es el conjunto de palabras, expresiones, imágenes..., es decir, la comunicación verbal, paraverbal y no verbal, que sirven para transmitir el mensaje. Este debe ser compartido por el emisor y el receptor.

En este apartado, además de la comunicación verbal, debemos tener en cuenta otra parte crucial de la comunicación, la comunicación no verbal, la cual, en muchas ocasiones pasa inadvertida por el personal de enfermería pero no así por el paciente. La comunicación no verbal es esencial en el ámbito sanitario. El paciente la percibe, la identifica y hasta puede recordar los elementos no verbales más característicos que ha habido en el trato con el personal de enfermería²⁵, por esto algunos elementos no verbales de la atención sanitaria, en ocasiones realizados de forma espontánea, condicionan la satisfacción del paciente en el trato con el personal de enfermería.²⁶ El auténtico significado de cualquier comunicación no es tanto lo que el emisor pretende decir sino el efecto que esta comunicación provoca en el receptor.²⁷

- *Canal*: es el medio a través del cual se transmite el mensaje. En este caso puede ser por teléfono, cara a cara (aire)...

- *Entorno* (consulta)

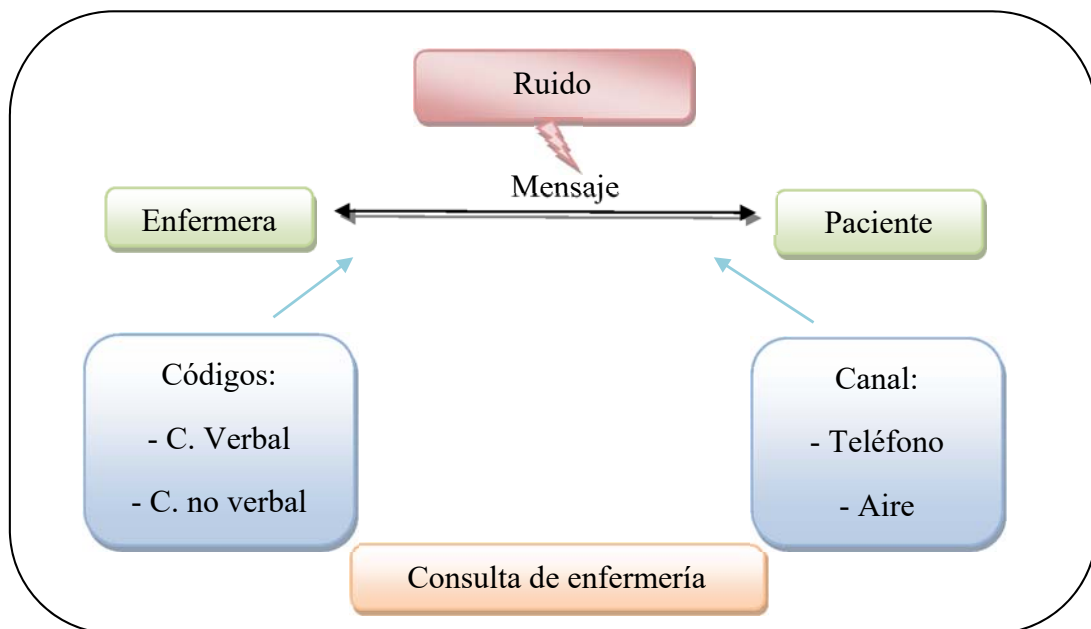


Figura 2. “Componentes de la comunicación en la consulta de enfermería”. Fuente: Elaboración propia.

La comunicación en los servicios sanitarios es un proceso que debe estar planificado para poder conseguir motivar a los pacientes en la adopción de nuevas actitudes y comportamientos; y a utilizar los servicios disponibles.²⁸ Busca la modificación del comportamiento humano y de los factores ambientales relacionados con ese comportamiento que directa o indirectamente promueven la salud, previene enfermedades o protege a los individuos del daño.²⁹

Se debe considerar la comunicación entre los profesionales de la salud y los pacientes como una herramienta principal en el desarrollo de la relación entre ambos, ya que aspectos relacionales como el entendimiento mutuo, centrarse en las necesidades del paciente, compartir la responsabilidad y establecer una relación clínica caracterizada por la confianza, el respeto y la empatía, se han visto relacionados en diversos estudios observacionales y experimentales con resultados como: mayor satisfacción tanto del profesional sanitario como del paciente, contención de costes, adherencia al tratamiento, prevención del desgaste profesional, prevención de problemas médico-legales, mejora de los indicadores de calidad asistencial y mejora de los resultados en salud.³⁰

En los últimos años se ha producido una modificación en la comunicación paciente-enfermería debido a la participación del individuo en su propia salud y cuidados. Se debe 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 Koss³¹ y Donabedian³² y consideraron que en este proceso intervenían tres aspectos fundamentales:

- El aspecto técnico-instrumental
- El aspecto comunicativo
- Las comodidades de la asistencia

Estos tres aspectos tienen una gran relevancia pero se ha de tener en cuenta que, tanto el aspecto técnico como las comodidades de la asistencia, están condicionados por los recursos de los que se disponen, no siendo así con el aspecto comunicativo. La comunicación es un aspecto muy poco material y asequible que debe establecerse de forma eficaz en toda práctica sanitaria.^{33,34}

Dada la naturaleza de la relación del personal de enfermería con los pacientes y el carácter de los cuidados que ofrece, está situada en una posición privilegiada en cuanto al intercambio de información. Es un hecho asumido entre los profesionales de salud, que el personal de enfermería es el que establece una relación más estrecha con los pacientes debido a un contacto permanente, constante y directo. Por ello, uno de los objetivos principales del personal de enfermería es establecer una comunicación clara, sencilla y adaptada a cada persona.³⁵

En diversos estudios anteriores se ha demostrado que los pacientes valoran los profesionales que combinan su competencia técnica con la amabilidad y humanidad, lo cual lleva al éxito en el tratamiento. El principal componente en la relación enfermera-paciente es la confianza que el paciente deposite en su enfermera.³⁶

Actualmente la relación terapéutica que se crea entre enfermera y paciente supone el establecer objetivos comunes, relaciones de colaboración e intercambio de ayuda mutua, desde una perspectiva holística.

Por tanto, se ha comprobado la importancia de la comunicación en el cuidado del paciente y que la relación terapéutica efectiva se logra con un conocimiento de las habilidades sociales. Es un hecho claro que a diario, en la práctica enfermera, es fundamental establecer un canal de comunicación con el paciente, en el que el lenguaje es una pieza clave aún cuando no exista la palabra. Saber escuchar, una actitud empática, la asertividad... facilitará una adecuada comunicación que proporcionará al paciente una mayor confianza en el profesional de enfermería.³⁷

Por todos estos motivos, se considera que la comunicación entre el personal de enfermería y el paciente es una condición indispensable para mejorar la práctica profesional, por lo que se requiere indagar acerca de cómo ésta se da en la práctica.

2.3. Unidades de Reproducción Asistida (URA)

El primer intento de inseminación artificial humana data del año 1785. Un comerciante de tejidos adinerado que presentaba hipospadia consiguió un hijo sano gracias al cirujano John Hunter, el cual recogió el semen del paciente en una jeringa caliente y lo inyectó en la vagina de su mujer.

Los inicios de la fecundación in vitro (FIV) surgen en el año 1944.³⁸ El 25 de Julio de 1978 se consigue un hito histórico: nace Louis Joy Brown en Reino Unido, el primer nacimiento en el mundo tras la FIV y reimplantación embrionaria.

En la Sanidad Pública Española, a mediados de los años setenta, se realizaba la asistencia de trastornos ginecológicos funcionales y reproductivos en unidades específicas en hospitales de mayor tamaño. En esta etapa, la dedicación preferente a la endocrinología reproductiva y a los trastornos de la fertilidad permitía el enfoque especializado del diagnóstico y tratamiento de la disfunción reproductiva, por medio de tratamientos de estimulación ovárica e inseminación intrauterina y de donante. La inquietud de los profesionales por incorporar el extraordinario avance que supuso la fecundación in vitro culminó con la obtención del primer nacimiento por estas técnicas el 12 de Julio de 1984 en el Institut Dexeus de Barcelona.³⁹

En los últimos 30 años se ha podido ver un claro aumento en la demanda de las TRA. El número de pacientes que acuden a las unidades y Centros de Reproducción Asistida se halla en claro aumento y el continuo y progresivo avance de las TRA, unido a su creciente complejidad, obliga a la configuración de equipos multidisciplinares que integren los conocimientos necesarios para lograr una correcta y completa asistencia a las parejas que acuden en demanda de este tipo de tratamientos.⁴⁰

Los pacientes en las Unidades de Reproducción Asistida son especialmente diferentes a aquellos que acuden a otros servicios sanitarios ya que no acuden al servicio únicamente para curarse una enfermedad sino para generar un nuevo proyecto de vida. Conocer sobre cómo se presentan estos pacientes y qué caracteriza su forma de actuar y de relacionarse con el personal de la unidad, resulta fundamental a la hora de saber cuáles son las pautas que nos pueden facilitar la comunicación y el trabajo con ellos.

2.3.1. Enfermeras en las Unidades de Reproducción Asistida

Como se ha comentado anteriormente, las Unidades de Reproducción Asistida requieren un equipo multidisciplinar. La composición de este equipo se encuentra regulada en el artículo 11 del Real Decreto 413/1996, de 1 de marzo, en el cual indica que un equipo debe contar con los siguientes recursos humanos:

- Un médico, especialista en ginecología y obstetricia vía MIR, con formación y experiencia en reproducción humana asistida y fertilidad, y que sería, en todo caso, responsable de las actividades del centro.

- Una persona licenciada en ciencias biomédicas (medicina, veterinaria, farmacia, biología o química), con formación y experiencia en biología de la reproducción.

- Personal de enfermería.

- Personal auxiliar sanitario.⁴¹

Para optimizar al máximo el trabajo del equipo multidisciplinar es necesario poner en marcha estrategias que posibiliten que cada miembro pueda abarcar sus competencias de la mejor forma posible, asegurando la prestación de una atención completa y de la mayor calidad a los pacientes que acuden a las unidades de reproducción.

Son numerosos los estudios que han demostrado la importancia de la presencia del personal de enfermería en las Unidades de Reproducción Asistida. Según un estudio llevado a cabo en el 2008 en la Unidad de Reproducción Asistida del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, la presencia del personal de enfermería en la Unidad, no sólo ha conseguido mejorar la calidad asistencial y el grado de satisfacción del usuario, sino que se ha conseguido colaborar en el objeto diana de pacientes y especialistas (el embarazo), al tiempo que se ha hecho un uso más razonable de los recursos.⁴²

En una revisión llevada a cabo por Sibón Sancho⁴³ queda demostrada la importancia del apoyo emocional y la oferta de disponibilidad presentada por el personal de enfermería, debido a sus características intrínsecas, para mejorar la calidad asistencial, así como la adecuación en estrategias de afrontamiento eficaces que permiten la aceptación de las situaciones que se presentan en estas Unidades.

En esta revisión (Sibón Sancho, 2015) también queda patente el escaso número de literatura y de artículos relacionados con el personal de enfermería en las Unidades de Reproducción Asistida, además de la existencia de una amplia variedad de cuidados y de una gran variabilidad en la práctica ante la ausencia de criterios, estándares y protocolos en el trabajo enfermero.

Actualmente, el personal de enfermería cuenta con escasas guías de ayuda:

- Royal College of Nursing (Reino Unido) publica guías dirigidas a las enfermeras con el fin de capacitarlas para llevar a cabo procedimientos diagnósticos y terapéuticos.⁴⁴

- SEF (España), incluye recomendaciones sobre apoyo psicológico y acompañamiento a las mujeres y parejas en las URA por enfermeras, aunque no se explican labores educativas ni investigadoras.⁴⁵

- Tratado de Reproducción Humana para Enfermería de Matorras, Hernández y Molero (directores), publicado en 2008: prácticamente la única guía para enfermeras disponible en esta área en España.⁴⁶

Aunque, como se acaba de comentar, el personal de enfermería en estas Unidades no tiene un papel claramente definido, podría decirse que su objetivo principal es una atención integral y continuada, en donde se engloban aspectos como la acogida, información, asesoramiento, coordinación de los procedimientos, educación sanitaria y soporte emocional. Cabe destacar que, por su contacto más continuado con los pacientes, llegará a tener un conocimiento más amplio de los mismos que cualquier otro miembro del equipo y ese contacto y educación continuada van a favorecer la disminución de los niveles de ansiedad y aumentar la adherencia a al tratamiento, hecho que va a provocar una mejora de los resultados.

Para poder llevar a cabo sus funciones de forma adecuada, Enfermería necesita de una estructura física y temporal organizada y planificada: “Consulta de Enfermería”. Esta consulta debe estar constituida por un espacio físico propio, dotado con los elementos necesarios para el correcto desempeño de las funciones de Enfermería en reproducción, con personal adjudicado exclusivamente a ella, con una turnicidad adecuada al funcionamiento del centro y a la demanda asistencial, y con un sistema de citación establecido para una correcta planificación de los tiempos de asistencia a los pacientes.⁴⁷

En el año 2008 se abrieron las primeras Consultas de Enfermería españolas en las Unidades de Reproducción Humana Asistida. En el HUCA, fueron constituidas en el año 2014, con la apertura del nuevo hospital, aunque el personal de enfermería ejercía diversas funciones en la Unidad desde muchos años atrás.

La realidad actual es que no todas las Unidades de Reproducción Asistida poseen una Consulta de Enfermería. Según Fernández B.⁴⁸, tras un estudio realizado en España con la participación de 86 centros, el 50% de los Centros Públicos cuentan con Consulta de Enfermería, en cambio, en Centros Privados tan sólo el 32%, cuenta con ellas.

2.4. *Justificación del tema*

Numerosos estudios han demostrado la correlación positiva entre una adecuada comunicación y la satisfacción y adherencia al tratamiento por parte del paciente, pero ninguno de ellos se ha realizado en el ámbito de comunicación paciente-enfermera en Unidades de Reproducción Asistida. Debido al aumento de la demanda de este tipo de Unidades y la activa participación del paciente durante el tratamiento, es necesario realizar un estudio a fondo acerca de la comunicación que el personal de enfermería ofrece a este tipo de pacientes, ya que una buena comunicación va a implicar una mayor tasa de éxito.

Tras la recogida de información llevada a cabo para este estudio, se ha observado una escasa presencia de estudios relacionados con la enfermería en las Unidades de Reproducción Asistida. Debido a su cada vez mayor participación en estas Unidades, y, por lo tanto, su importancia en las mismas, es necesario crear unas pautas de actuación en los diversos campos y para ello es preciso tener un estudio base de cómo se lleva a cabo actualmente los diversos procesos en los que participa, en este caso, la comunicación.

El efecto terapéutico tanto a nivel fisiológico como psicológico que tiene la comunicación de la enfermería que asiste al paciente en las Unidades de Reproducción Asistida, así como la posibilidad de desarrollar habilidades de comunicación en programas de actualización para enfermería, sustentan la necesidad llevar a cabo este estudio en el que se seleccionan algunos indicadores de las habilidades de comunicación que incidan en el adecuado seguimiento por parte de los pacientes del tratamiento pautado y en la calidad percibida de los servicios de salud. Por tanto, este estudio tiene como propósito revelar el papel de la comunicación enfermera-paciente en las Unidades de Reproducción Asistida, como un indicador de calidad de la atención en el proceso de cuidar.

3. Hipótesis y Objetivos

3.1. *Hipótesis*

“La forma de llevar a cabo la comunicación en la consulta de enfermería va a influir en la recepción de la misma por parte de la paciente y en su satisfacción con el Servicio.”

3.2. *Objetivos*

Objetivo principal:

Correlacionar la manera de llevar a cabo la comunicación por parte del personal de enfermería en la Unidades de Reproducción Asistida del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) con la recepción de la misma por parte de la paciente.

Objetivos secundarios:

1. Identificar aquellas conductas que deben ser modificadas en el proceso de la comunicación enfermera-paciente en las Consultas de Enfermería y cuáles se deben reforzar.
2. Evaluar la influencia comunicativa en función de los años de experiencia en la Unidad de Reproducción Asistida de la enfermera que dirija la consulta.

4. Material y Métodos

4.1. Contexto en el que se realiza el estudio

La selección de pacientes se llevará a cabo en la Unidad de Reproducción Asistida del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), situado en el área IV del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), correspondiente a Oviedo, hospital de referencia de Asturias.

Durante el mes de Abril del 2016, se les entregará a los pacientes una encuesta de satisfacción (Anexo I) que se correlacionará con la comunicación ofertada por el personal de enfermería (Anexo II), previa aprobación del Comité de Ética de la Investigación del Principado de Asturias, y tras informar debidamente a los pacientes mediante el Consentimiento Informado (Anexo III) igualmente aprobado.

4.2. Tipo de estudio

El estudio planteado para dar respuesta a los objetivos propuestos es de tipo prospectivo, observacional, descriptivo y unicéntrico.

4.3. Sujetos

4.3.1. Elección del tamaño de la muestra

La determinación del tamaño muestral se ha llevado a cabo mediante la siguiente fórmula estadística:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Donde:

n = tamaño de la muestra.

N = tamaño de la población.

Z = nivel de confianza.

p = proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población de referencia.

q = proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno en estudio ($1 - p$).

d = nivel de precisión absoluta.

El nivel de confianza deseado, indicará el grado de confianza que se tendrá de que el valor verdadero del parámetro en la población se encuentre en la muestra calculada. Cuanta más confianza se desee, más elevada será el número de sujetos a incluir en el estudio, de tal manera que:

Nivel de confianza	Valor de Z
99%	2,58
95%	1,96
90%	1,645

Tabla 1. Relación en la fórmula de determinación del tamaño muestral: nivel de confianza y Z.

Fuente: Elaboración propia.

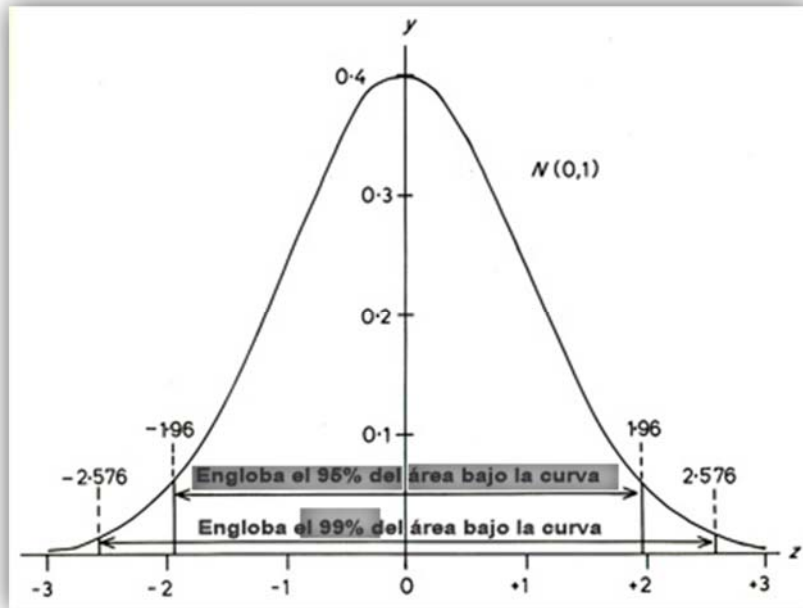


Figura 3. Representación gráfica del nivel de confianza mediante campana de Gauss. Fuente: <http://www.netquest.com/>

Esta fórmula es la utilizada en estudios descriptivos con una población finita, es decir, cuando se conoce el total de unidades de observación que la integran.⁴⁶ Por ello, la aplicaremos en el presente estudio, para establecer el número necesario de evaluaciones de la comunicación y, por consiguiente, de encuestas de satisfacción a realizar para obtener un estudio significativamente estadístico.

N (1722) corresponderá al número total de pacientes recibidos en la Consulta de Enfermería de la Unidad de Reproducción Asistida durante el año 2015, información proporcionada por los registros de la propia Unidad.

Se establecerá un error muestral del 10%, al igual que en otros estudios, llevados a cabo anteriormente, en los que se ha trabajado con encuestas y se han mostrado efectivos.⁴⁷

Por lo tanto tendremos:

$$n = \frac{1722 * 1,96^2 * 0,5 * 0,5}{0,1^2 * (1722 - 1) + (1,96^2 * 0,5 * 0,5)} = 91,01$$

Se llevarán a cabo 92 encuestas para establecer un nivel de confianza del 95% y un error muestral del 10%.

4.3.2. Participantes

En el presente estudio participaron de forma voluntaria 73 mujeres sometidas a Técnicas de Reproducción Asistida que acuden a la Consulta de Enfermería de la Unidad de Reproducción Asistida del HUCA durante el mes de Abril del 2016, y dos de las enfermeras responsables de dicha consulta. Las edades de las pacientes estarán comprendidas entre los 27 y 41 años.

4.3.2.1. Criterios de inclusión:

- Las pacientes aptas para su inclusión en el estudio serán mujeres que acudan a la Consulta de Enfermería para obtener información sobre el proceso de las Técnicas de Reproducción Asistida al cual van a someterse.
- Enfermera con menos de 5 años de experiencia en el Servicio y enfermera con más de 5 años de experiencia en el Servicio.
- Participación voluntaria previa cumplimentación del Consentimiento Informado, tanto por parte de las pacientes como del personal de enfermería.

4.3.2.2. Criterios de exclusión:

- Pacientes varones.
- Enfermera en proceso de adaptación al Servicio (menos de 1 mes de experiencia al iniciar el estudio) o alumnos en prácticas.

4.4. Evaluación de la comunicación y entrevistas personales.

Para llevar a cabo este estudio se han diseñado dos modelos distintos de cuestionarios. El primero a rellenar por el observador en el momento de la comunicación producida en la consulta de enfermería entre la enfermera y la paciente, y el segundo a cubrir por parte de la paciente una vez finalizada la consulta.

Ambos modelos se basan en estudios previos de la comunicación^{29,45} y han sido aprobados por el Comité de Ética de la Investigación del Principado de Asturias.

4.4.1. *Cuestionario de evaluación de comunicación de enfermería*

Este cuestionario, a rellenar por el observador, consta de cuatro ítems a valorar y será de carácter anónima tanto para la paciente como para la enfermera.

La estructura es la siguiente:

- *Identificación general* de la paciente y de la enfermera: en este apartado diferenciamos los años de experiencia en el campo de la Reproducción Asistida de la enfermera que realiza la consulta, edad de la paciente y nivel de contacto de la paciente con la consulta.

- *Lenguaje corporal*: este apartado analiza tanto gestos como vestimenta que pueden influir de manera positiva o negativa en la recepción de la información en un proceso comunicativo. Dentro de este apartado nos encontramos con un par de conceptos a aclarar:

- *Mirada horizontal*: consiste en mantener un contacto visual con el paciente a la hora de dar la información, centrando de esta manera la atención en él.

- *Asertividad*: esta actitud es el término medio entre una actitud pasiva y una agresiva. En la encuesta diseñada para este estudio, se considera asertividad en relación al volumen y tono de voz cuando este es firme pero no elevado y a la posición corporal cuando esta es relajada.

- *Escucha activa*: incluye cinco apartados referentes a una serie de comportamientos y actitudes que preparan al paciente y a la enfermera para escuchar, a concentrarse en la persona que habla y a proporcionar respuestas.

En este apartado de valoración cabe destacar el ítem interrupciones telefónicas, en el que se tendrán en cuenta todas las llamadas telefónicas independientemente de que la enfermera descuelgue o no el teléfono.

- *Reforzamiento*: recoge tres sub-apartados a analizar para establecer el nivel de reforzamiento, mediante otras técnicas que no sea la comunicación verbal, de la información administrada durante la consulta.

- *Empatía afectiva*: a través de tres apartados se evalúa la capacidad de la enfermera de ponerse en la situación de la paciente, estableciendo así un mayor vínculo en la relación.

4.4.2. Encuesta de satisfacción

La encuesta de satisfacción será cubierta de manera anónima por la paciente una vez finalizada la Consulta de Enfermería. Previamente, el observador cubrirá el cuestionario de evaluación de comunicación durante la entrega de la información por parte de la enfermera. En todo caso, en ninguno de los dos cuestionarios se refleja el nombre de la paciente, ni cualquier otro dato que pueda alterar ese anonimato.

La encuesta está formada por 10 preguntas, 9 de ellas cerradas (8 con tres respuestas opcionales y 1 con 10 respuestas a elegir tan sólo 1) y 1 pregunta abierta.

La recopilación de la información mediante estos cuestionarios se realizó desde el 6 de Abril del 2016 hasta el 22 de Abril del 2016.

4.4.3. Número de encuestas obtenidas

Debido a los diversos estudios paralelos llevados a cabo en esta Unidad, no ha sido posible la recogida del número de encuestas planteadas en un inicio. Durante el período proporcionado por la Unidad para la recogida de datos destinados a la realización de este estudio, se han obtenido un total de 73 encuestas.

Tamaño muestral estimado	Entrevistas realizadas	Error inicial previsto	Error final
91	73	10 %	11,2%

Tabla 2. Tamaño muestral final

4.5. Procedimiento

Durante los meses de Febrero y Marzo del 2016, se recopila información de estudio, realizados previamente, respecto a la comunicación, tanto a nivel sanitario como no sanitario. Basándonos en estos estudios se diseñan los ítems a valorar en la consulta y las encuestas de satisfacción de las pacientes.

En el mes de Abril se entrega al Comité Ético de Investigación Clínica del HUCA un resumen del estudio, junto con un modelo de Consentimiento Informado, cuestionario de evaluación de comunicación de enfermería y encuesta de satisfacción.

El día 5 de Abril el estudio es aprobado por el Comité de Ética de la Investigación del Principado de Asturias, y el día 6 del mismo mes se comienzan a realizar las evaluaciones en la Consulta de Enfermería.

Tras informar a la paciente sobre el estudio, se le invita a participar en el mismo. La paciente firma el Consentimiento Informado y se inicia la Consulta de Enfermería siguiendo la misma metodología que en ausencia del estudio. El observador recoge los datos de cómo se produce la comunicación cubriendo el modelo “Cuestionario de evaluación de comunicación de enfermería”. Al finalizar la consulta, se le entrega a la paciente la “encuesta de satisfacción”, la cual cubrirá y entregará en mano al observador.

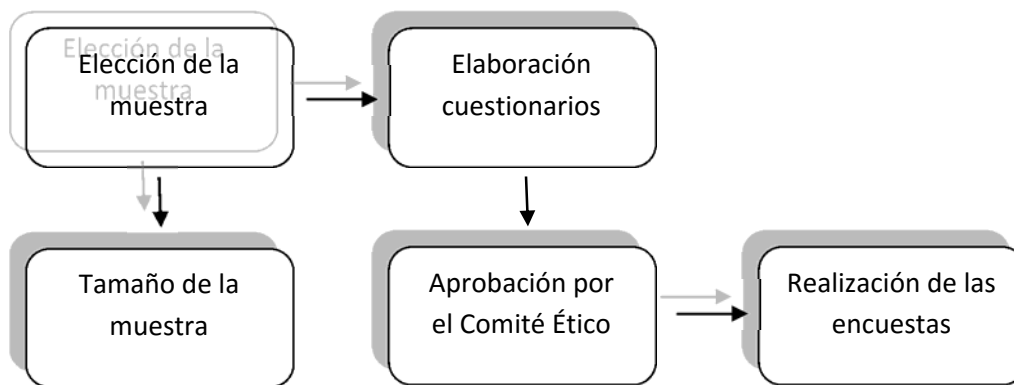


Figura 4. Esquema del proceso de la realización de encuestas. Fuente: Elaboración propia.

4.6. Análisis estadístico

4.6.1. Variables a estudiar

Las variables a estudiar en la *comunicación por parte del personal de enfermería* son:

- Experiencia: variable cualitativa ordinal dicotómica. Categoría: >5 años <5 años.
- Lenguaje: vestimenta (variable cualitativa nominal dicotómica), mirada horizontal (variable cualitativa nominal dicotómica), expresión facial (variable cualitativa nominal politómica), gestos y posición corporal (variable cualitativa nominal dicotómica), volumen y tono de voz (variable cualitativa nominal dicotómica).

- Escucha activa: interrupciones durante la entrevista (variable cualitativa ordinal politómica), interrupciones por parte de la enfermera a la paciente (variable cualitativa ordinal politómica), preguntas realizadas por la paciente (variable cualitativa ordinal politómica), acomodación del lenguaje al nivel cultural de la paciente (variable cualitativa nominal dicotómica), duración de la consulta (variable cualitativa ordinal politómica).

- Reforzamiento: reforzamiento de la explicación con imágenes, repaso de las explicaciones mediante simulacros, verbaliza la síntesis del mensaje (todas ellas variables cualitativas nominales dicotómicas).

- Empatía afectiva: la enfermera recibe a la paciente y se presenta, uso de palabras estigmatizadoras, uso del contacto físico como apoyo (variables cualitativas nominales dicotómicas)

Las variables a estudiar en relación con la *paciente*:

- Edad: variable cuantitativa. Años cumplidos.

- Nivel de estudios: variable cualitativa ordinal politómica.

- 1º visita o visitas sucesivas: variable cualitativa ordinal dicotómica.

- Confianza adquirida en la consulta: variable cualitativa nominal politómica.

- Satisfacción ante la escucha y la atención por parte de la enfermera: variable cualitativa nominal politómica.

- Claridad y precisión percibida ante las preguntas realizadas por la enfermera: variable cualitativa nominal politómica.

- Percepción de las indicaciones cómo claras: variable cualitativa nominal politómica.

- Recepción de información necesaria para toma de decisiones: variable cualitativa nominal politómica.

- Percepción de respeto: variable cualitativa nominal politómica.

- Satisfacción en la duración de la consulta: variable cualitativa nominal politómica.

- Puntuación otorgada a la enfermera: variable cuantitativa.

- Sentimiento de respeto de la confidencialidad: variable cualitativa nominal politómica.

- Aspectos que mejoraría en la consulta enfermería: pregunta abierta a contestar por la paciente.

4.6.2. Tratamiento estadístico

El análisis de los datos recogidos para este estudio se llevará a cabo mediante el paquete estadístico SPSS.

Se realizará un estudio estadístico de los resultados que serán representados como frecuencia, porcentajes y medias. Se realizará una comparación de las variables continuas que sigan una distribución paramétrica mediante T de Student o ANOVA y de las variables que sigan una distribución no paramétrica mediante U-Man-Whitney o Kruskal-Wallis. Las variables cualitativas serán manejadas mediante Chi-cuadrado. Se empleará la correlación de Pearson para determinar la correlación entre variables.

Se considerará como significativo un valor de $p < 0,05$.

Los resultados obtenidos se representarán en figuras y tablas. Además se realizará un cuadro DAFO. Los cuadros DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades) ayudan a la representación de los aspectos positivos (Fortalezas y Oportunidades) y negativos (Debilidades y Amenazas).

5. Resultados

5.1. Análisis descriptivo de la muestra

Tras la recogida de datos del presente estudio, se ha obtenido una muestra con una media de edad de 35,37 años, con una desviación típica de 3,160.

Según se aprecia en la *figura 5*, el 95.9% de las pacientes presentan un nivel de estudios de tipo medio/superior.

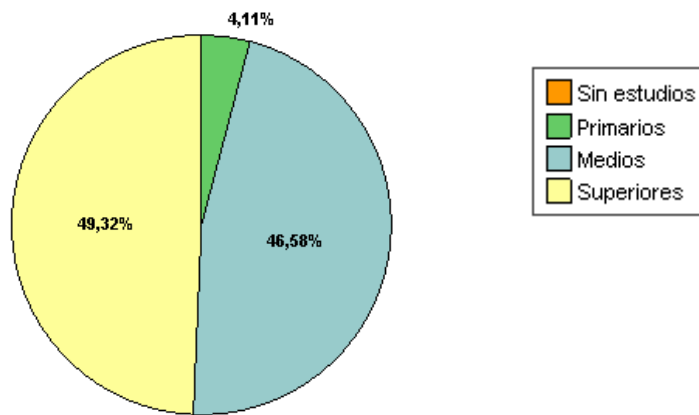


Figura 5. Variable nivel de estudios

En la *figura 6* queda representado el porcentaje del tipo de contacto producido entre la enfermera y las pacientes

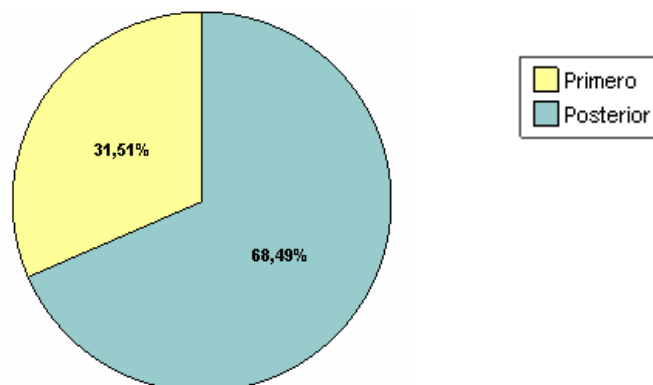


Figura 6. Variable tipo de contacto

De las 73 evaluaciones realizadas, 50 se realizaron sobre la enfermera con menos de cinco años de experiencia en la Unidad de Fecundación in vitro y 23 con la enfermera de más de cinco años de experiencia.

Ambas enfermeras llevan a cabo unos patrones comunicativos muy similares, observándose las principales diferencias en las tablas que se representarán a lo largo de los resultados.

5.2. Análisis de las variables de la encuesta del paciente

Variables	SI		NO		A VECES	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Tranquilidad	73	100	0	0	0	0
Escucha	73	100	0	0	0	0
Preguntas claras	73	100	0	0	0	0
Indicaciones claras	73	100	0	0	0	0
Información-toma de decisiones	69	94,5	0	0	4	5,5
Respeto decisiones	72	98,6	0	0	1	1,4
Duración adecuada	66	90,4	2	2,7	5	6,8
Confidencialidad	71	97,3	1	1,4	1	1,4

Tabla 3. Variables encuesta de satisfacción

Las variables tranquilidad y confianza, escucha y atención, preguntas claras y precisas e indicaciones claras, obtienen una misma respuesta por parte de las pacientes, por lo que no se podrán correlacionar con el resto de variables, ya que no se producirá un resultado debido a que estas variables se convierten en constantes.

Respecto al resto de variables (información necesaria para la toma de decisiones en relación con la salud, respeto de las decisiones y opiniones, duración adecuada, valoración general y confidencialidad), en las cuales se obtuvieron distintas respuestas por parte de las pacientes, no existe una relación significativamente estadística entre ellas y el nivel de estudios de la paciente o el tipo de consulta (primer contacto con la consulta de enfermería o contactos posteriores).

La variable edad de la paciente presenta un resultado estadísticamente significativo en cuanto a la consideración de la duración de la consulta como adecuada con una $p=0,015$.

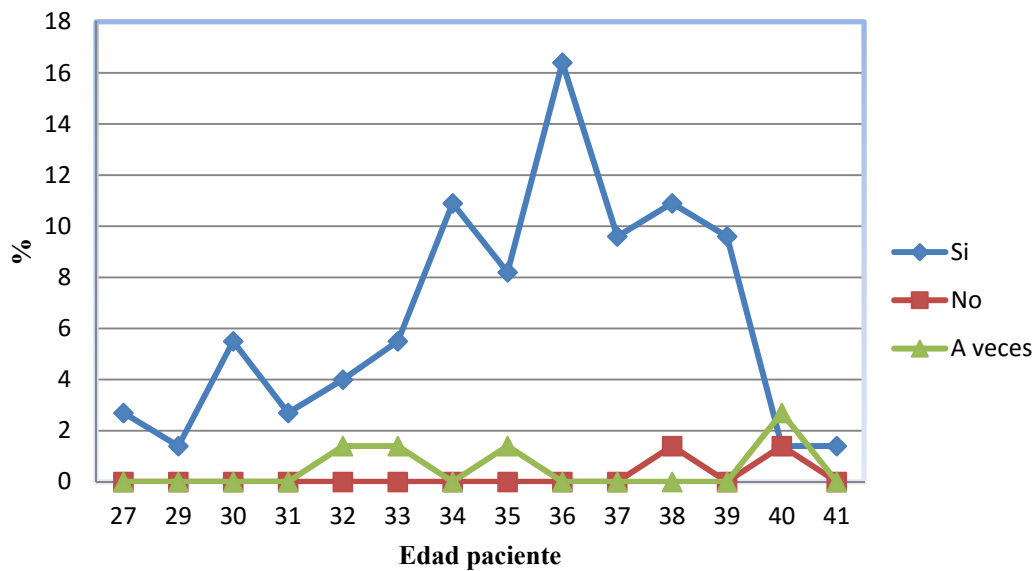


Figura 7. Representación gráfica de la relación entre la variable edad y la variable consideración de la duración de la consulta adecuada

En la **tabla 4** se representan las medias de edades en las que se producen las distintas respuestas a la pregunta, consideración de la duración de la consulta como adecuada:

Respuesta	Media de edad
Si	35,21 años
No	39 años
A veces	36 años

Tabla 4. Media edad en función de la respuesta a consideración de la duración de la consulta como adecuada

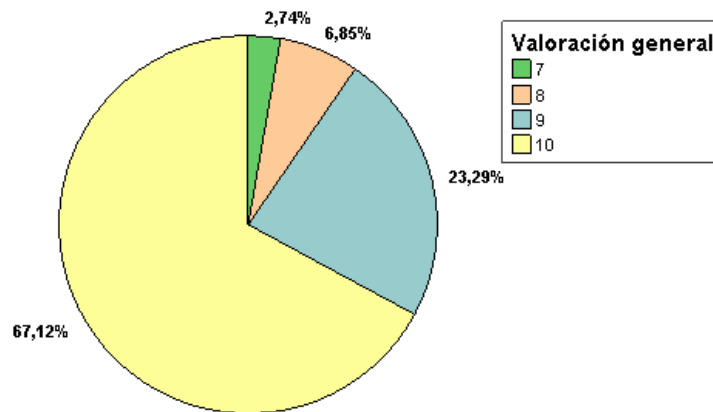


Figura 8. Valoración general

Como se puede ver en las variables individuales establecidas en la tabla 3, a una positividad de las mismas van a proporcionar una valoración general de nota elevada, tal y como se aprecia en la *figura 8*.

En la encuesta entregada a las pacientes, se ha obtenido una valoración general media respecto a la consulta de enfermería de 9,55 y una desviación típica de 0,746, independientemente de la enfermera que lleve a cabo la comunicación.

Relación con variable valoración general con variable...	Chi-cuadrado	Significación estadística
Edad paciente	18,341	0,145
Estudios	1,471	0,479
Tipo de contacto con la consulta	0,924	0,336
Información para toma de decisiones	6,570	0,010
Respeto de decisiones	3,368	0,066
Consideración duración adecuada	9,099	0,011
Consideración confidencialidad	4,881	0,087

Tabla 5. Correlación variable valoración general con las variables de la encuesta paciente, aplicando la prueba estadística Kruskal-Wallis

5.3. Análisis de las variables de la evaluación de la consulta

5.3.1. Lenguaje corporal

Respecto a las variables estudiadas en el ítem lenguaje corporal, existe una constancia en todas ellas (vestimenta, mirada horizontal, gestos y posición corporal y volumen y tono de voz), independientemente de la enfermera que lleva a cabo la comunicación, excepto en expresión facial, representada en la **figura 9** (en cuanto a la consulta en general) y en la **figura 10** (en relación a la enfermera que realiza la comunicación).

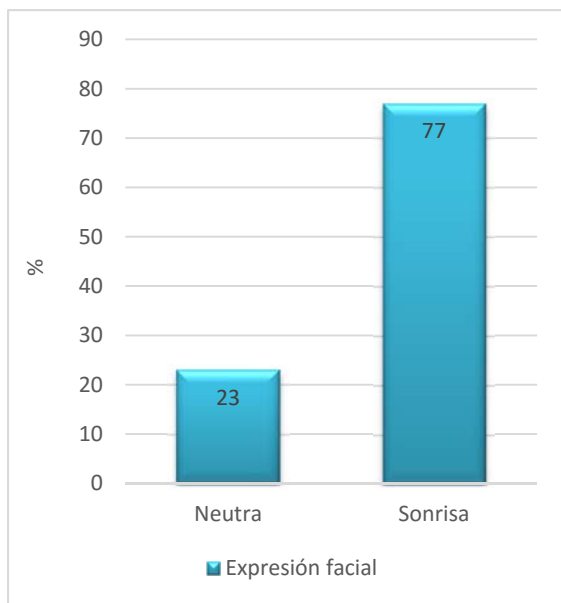


Figura 9. Porcentaje general de la variable expresión facial

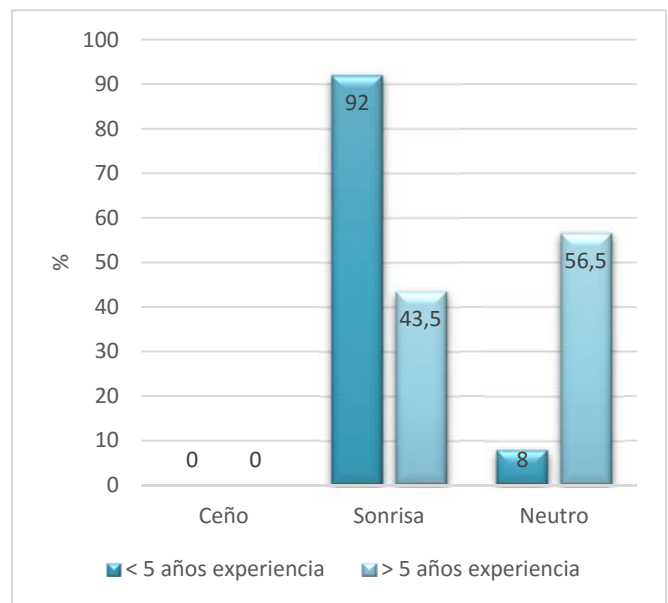


Figura 10. Relación entre enfermera y expresión facial aplicada en la comunicación

5.3.2. Escucha activa

A continuación se representan mediante tablas y figuras las variables interrupciones telefónicas, interrupciones presenciales y duración de la consulta. No se muestran las variables interrupciones por parte de la enfermera al paciente ni acomodación del lenguaje, puesto que la respuestas a ambas permanecen constantes en todos los cuestionarios (No y Si, respectivamente).

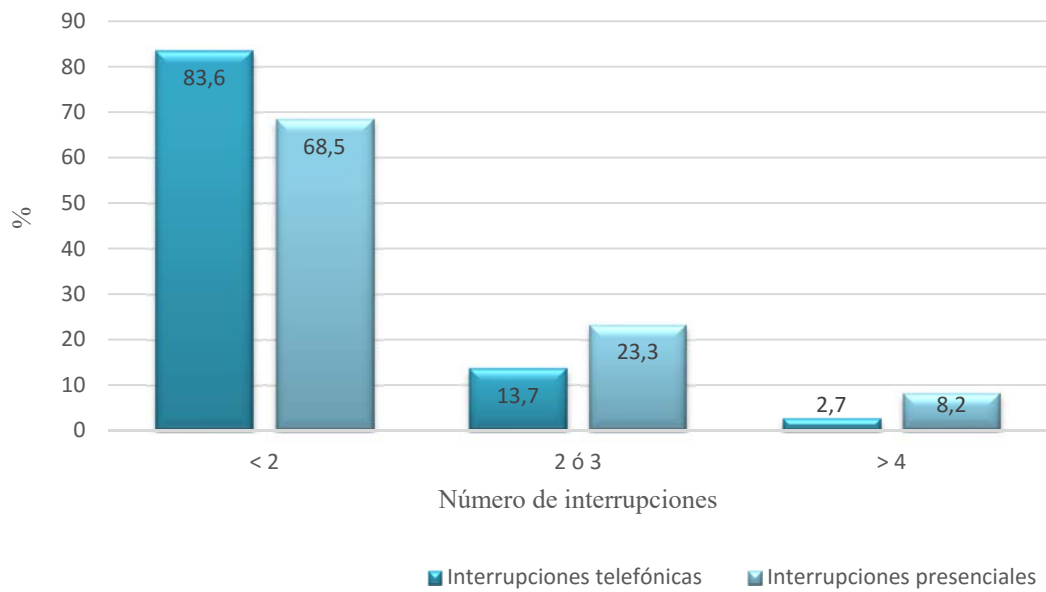


Figura 11. Variables interrupciones durante la consulta

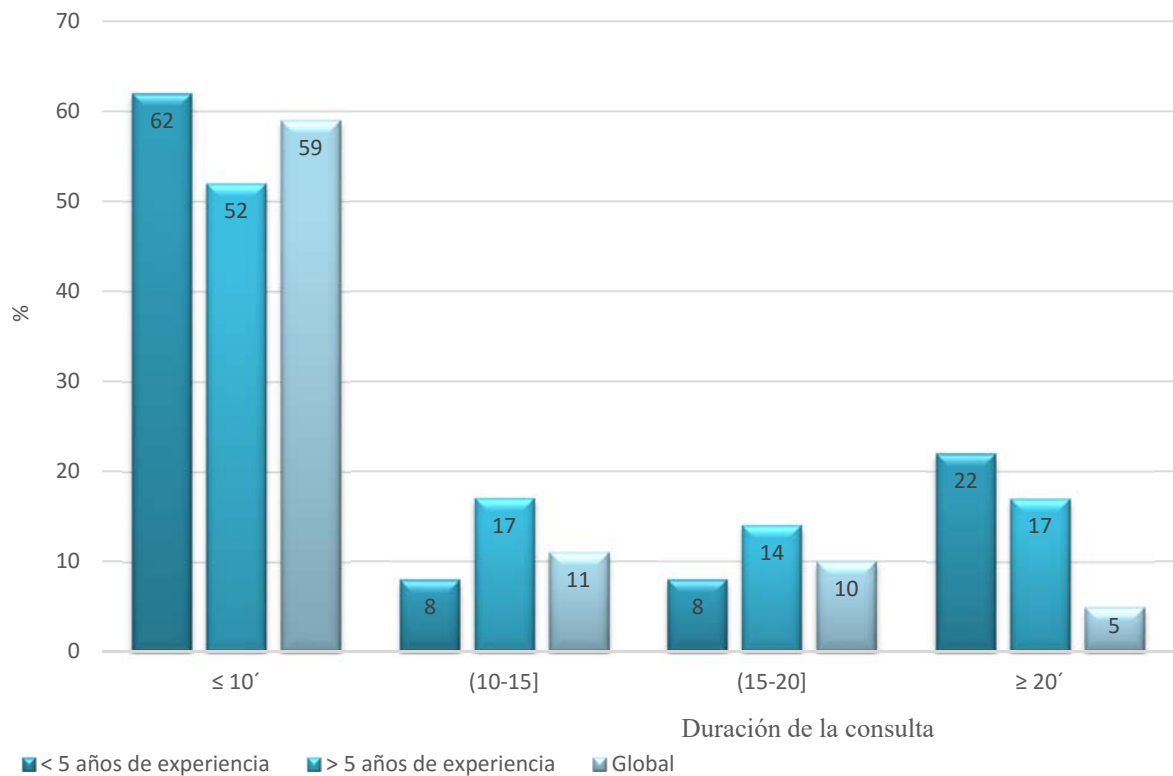


Figura 12. Variable duración de la consulta en relación con la enfermera que la lleva a cabo

La mayor parte de las consultas de enfermería tienen una duración menor de diez minutos.

Hay que tener en cuenta que la variable duración de la consulta, se toma como referencia el total, no haciendo distinción entre enfermeras, a la hora de realizar las correlaciones con el resto de variables.

A continuación, en la **tabla 6**, se correlaciona la variable duración de la consulta con el resto de variables no constantes del ítem escucha activa (interrupciones telefónicas, presenciales y preguntas realizadas por la paciente), además de hacerlo con la variable tipo de contacto con la consulta.

Relación variables	Chi-cuadrado	Significación estadística
Duración de la consulta - Interrupciones telefónicas	23,163	0,001
Duración de la consulta - Interrupciones presenciales	20,551	0,002
Duración de la consulta - Tipo de contacto con la consulta	33,815	0,000
Duración de la consulta - Preguntas realizadas por la paciente	17,468	0,008

Tabla 6. Relación Duración de la consulta con variables del ítem Escucha Activa mediante la prueba Chi-Cuadrado

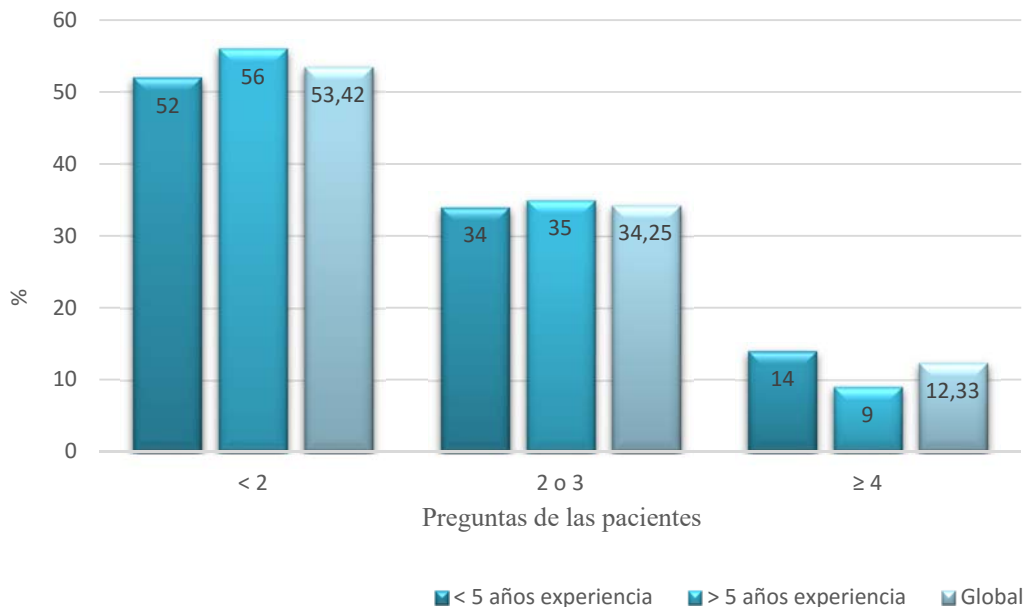


Figura 13. Variable preguntas paciente

No se establece correlación significativamente estadística entre el tipo de enfermera que ofrece la comunicación y el número de preguntas realizadas por las pacientes.

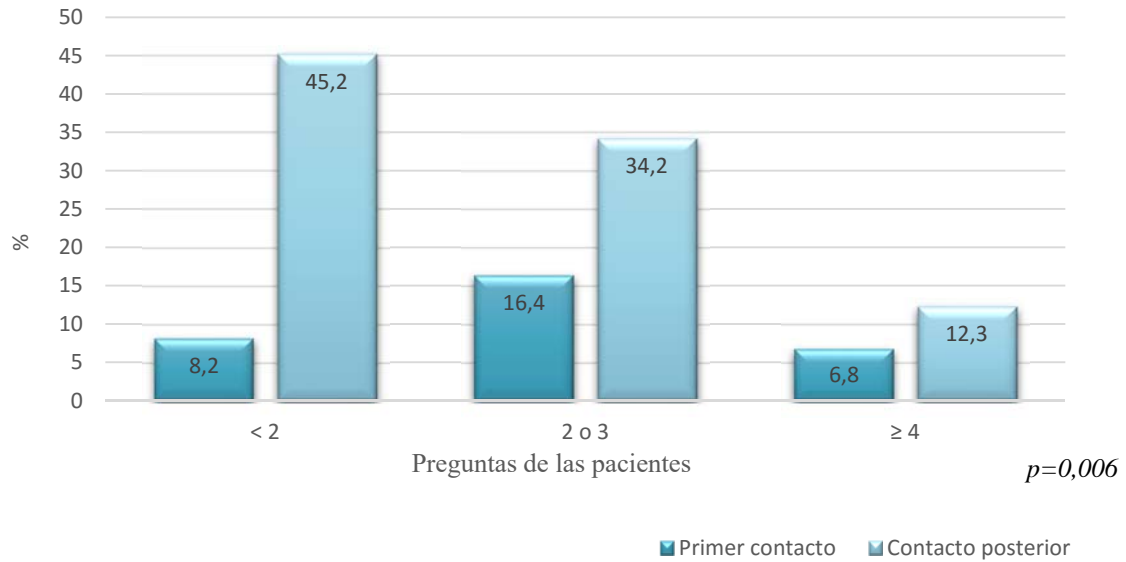


Figura 14. Relación variable preguntas pacientes y tipo de contacto, mediante prueba Chi-cuadrado.

Reforzamiento información

En el presente ítem se valora el uso de imágenes, simulacros y síntesis como método para reforzar la información expuesta en la consulta.

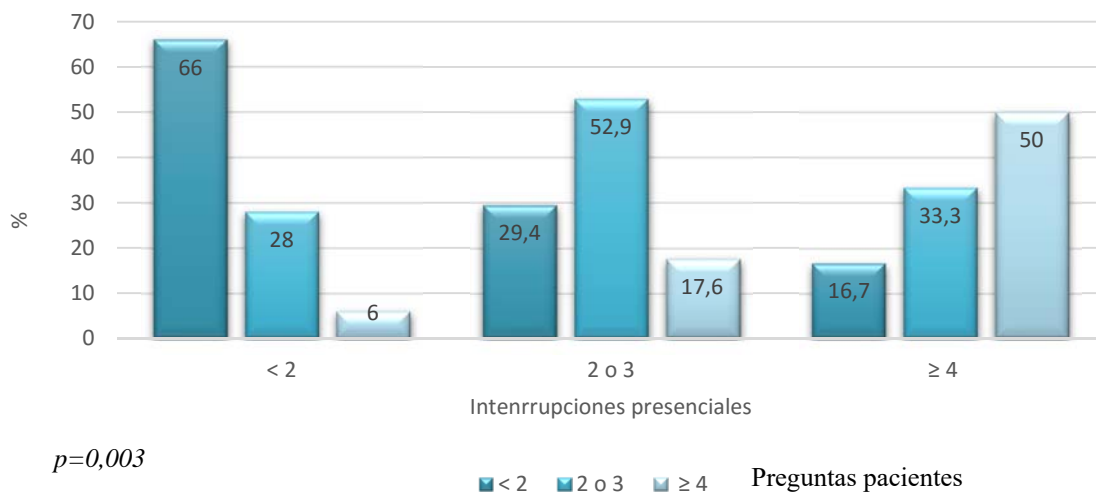


Figura 15. Relación variable preguntas del paciente e interrupciones presenciales, mediante la prueba Chi-cuadrado.

En la figura 16 se representa el porcentaje de uso de cada una de las variables.

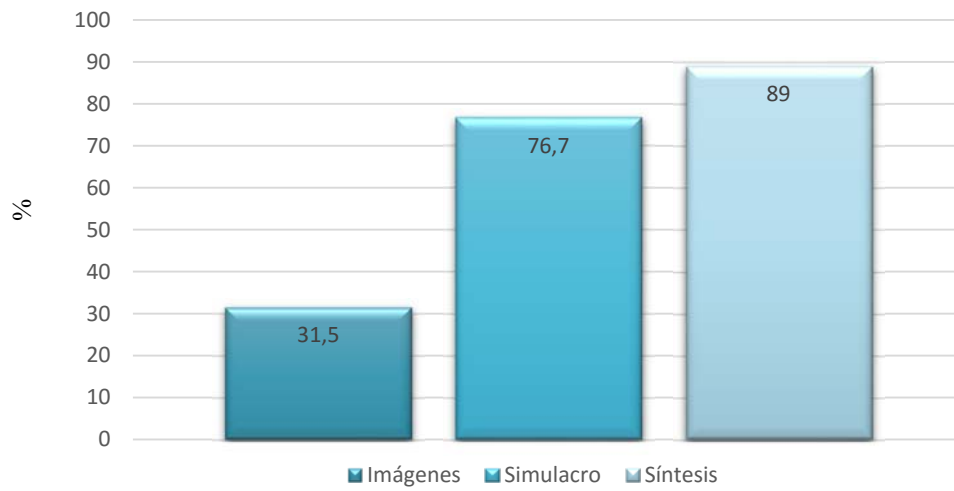


Figura 16. Uso de las variables reforzamiento de la información

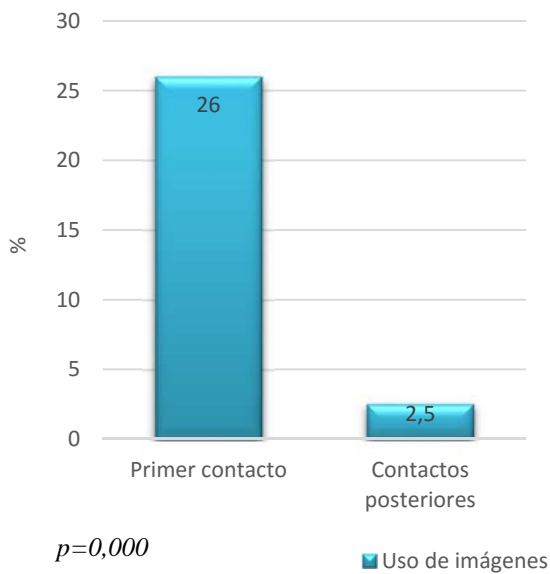


Figura 17. Relación variable uso de imágenes-tipo de contacto mediante la prueba Chi-cuadrado.

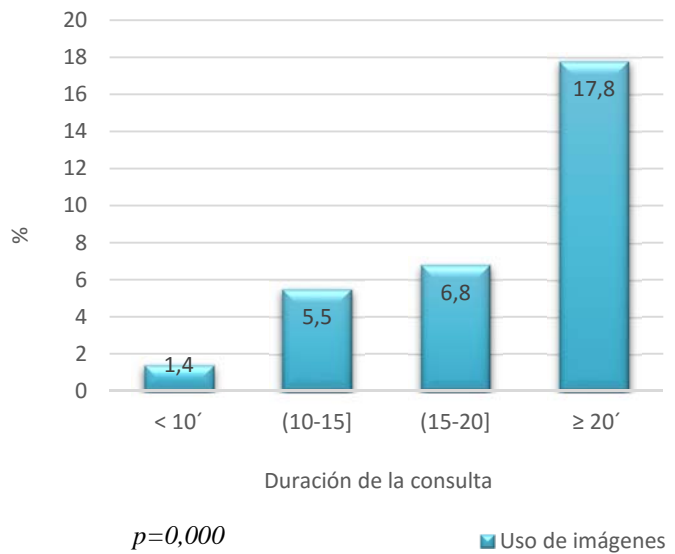


Figura 18. Relación variable uso de imágenes-duración de la consulta mediante la prueba Chi-cuadrado.

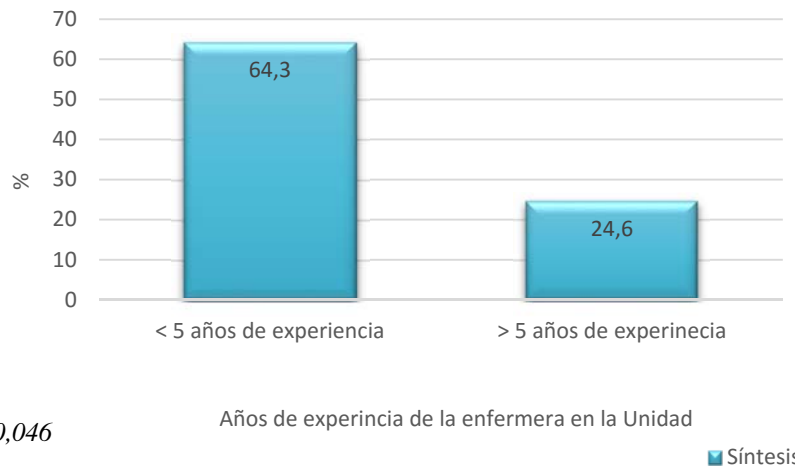


Figura 19. Relación variables enfermera-uso de síntesis mediante la prueba Chi-cuadrado.

Relacionando las variables uso de imágenes, edad de la paciente y número de preguntas que realiza, la **figura 20** indica que, en el momento en que se aplican imágenes, las mujeres que realizan más preguntas serán aquellas de menor edad.

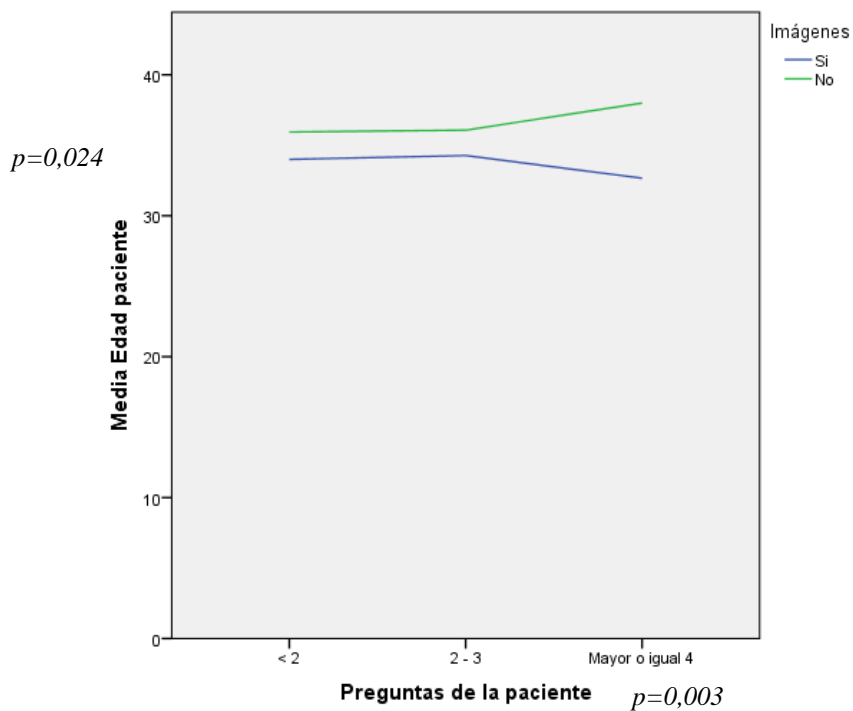


Figura 20. Relación variable uso de imágenes con preguntas de la paciente y edad.

En la **figura 21**, se aprecia claramente el mayor uso de imágenes en los primeros contactos con la consulta de enfermería. Los simulacros son aplicados tanto en el primer contacto como en contactos posteriores con un porcentaje relativamente mayor en los posteriores. Cabe destacar que, en general, el uso de imágenes se aplica tan sólo en un 32% de las consultas, y el de simulacros en el 76%.

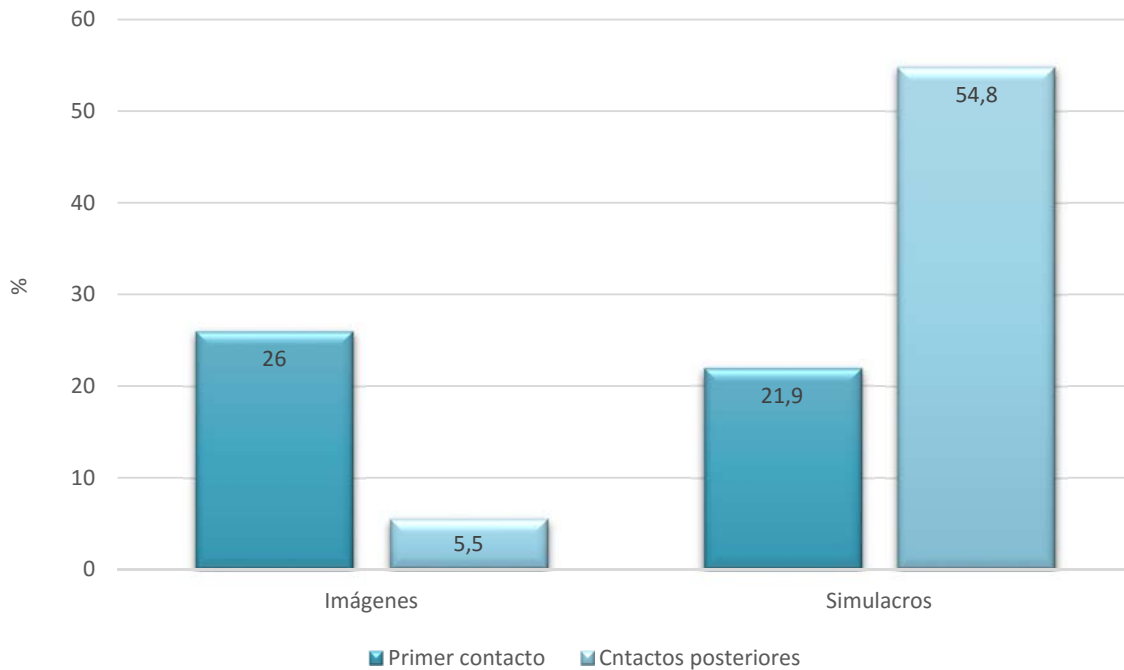


Figura 21. Relación tipo contacto consulta con uso de imágenes y simulacros

5.3.3. Empatía afectiva

En la **figura 22**, se representa la única variable encontrada en el ítem empatía afectiva. El resto de variables evaluadas dentro de este ítem, presentan una constancia en sus respuestas, no usándose palabras estigmatizadoras en ninguna de las consultas evaluadas, y presentándose la enfermera y recibiendo al paciente en un 100% de los casos.

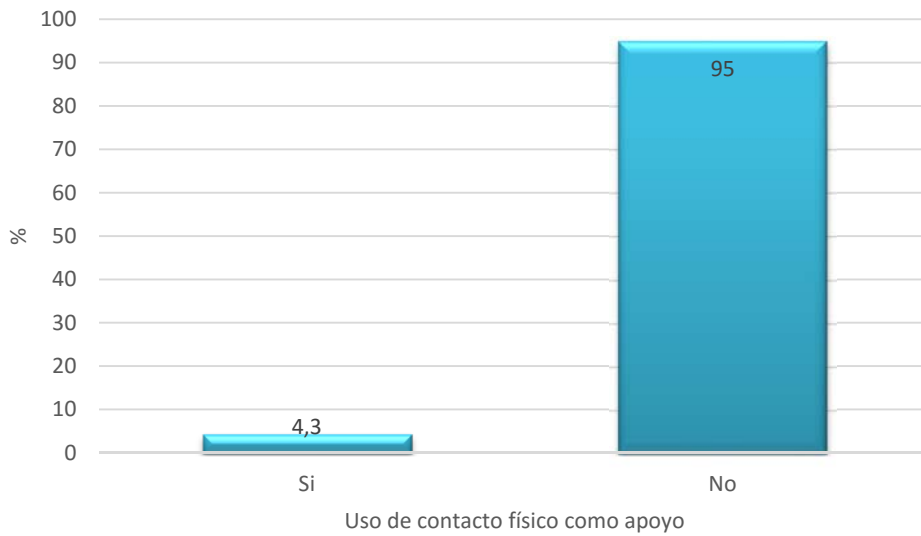


Figura 22. Uso de contacto físico en la consulta de enfermería como medida de apoyo

Tras la correlación de la variable apoyo mediante contacto físico con las variables estudios, edad de la paciente, tipo de contacto con la consulta de enfermería, preguntas realizadas por la paciente, años de experiencia de la enfermera y duración de la consulta, no se encuentran resultados significativamente estadísticos.

5.3.4. Años de experiencia de la enfermera en la Unidad de Reproducción Asistida

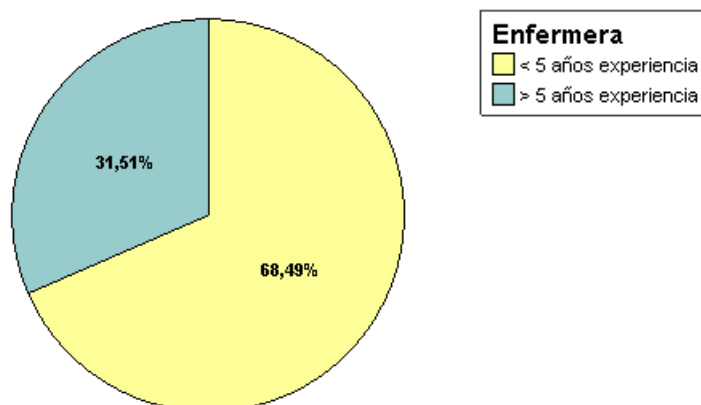


Figura 23. Porcentaje de entrevistas realizadas por cada enfermera durante el estudio

5.4. *Análisis de la relación entre las variables de la encuesta de satisfacción y las de la evaluación de la consulta*

La variable entrega de información necesaria para la toma de decisiones en relación a la salud, no presenta significación estadística para ninguna de las variables estudiadas en la evaluación de la consulta.

La variable duración de la consulta adecuada según la opinión de la paciente, únicamente posee correlación significativamente estadística con la variable duración de la consulta.

La valoración general de la paciente no establece un resultado significativamente estadístico con ninguna de las variables estudiadas en la evaluación de la consulta del actual estudio.

En la **tabla 7**, quedan representados los resultados en cuanto a la relación existente entre las variables a estudio de la encuesta de satisfacción y las de la evaluación de la consulta, no relacionadas anteriormente y significativamente estadísticos.

Relación de variables		Chi-cuadrado	Significación estadística (p)
Respeto de decisiones y opiniones	Interrupciones telefónicas	6,388	0,041
	Duración de la consulta	9,560	0,023
Contacto físico como apoyo	Respeto de la confidencialidad	23,677	0,000
Consideración de la duración de la consulta adecuada	Duración de la consulta	19,148	0,004
Tipo de contacto	Interrupciones telefónicas	8,535	0,014
	Interrupciones presenciales	12,441	0,002
	Preguntas realizadas por la paciente	10,261	0,006
	Consideración de la duración de la consulta adecuada	33,815	0,000
Duración de la consulta	Edad	-	0,008

Tabla 7. Relación entre variables encuesta de satisfacción y evaluación de la encuesta

6. Discusión

El personal sanitario lleva a cabo su labor profesional mediante un contacto directo con los pacientes, por lo tanto, la comunicación será una de sus herramientas fundamentales.⁴⁶

La importancia de la comunicación en referencia al personal de enfermería, queda reflejada ya en sus primeras teorías y modelos, haciendo una especial mención a H. Peplau.⁴⁷ Numerosos estudios reflejan la comunicación como uno de los factores principales en la satisfacción del paciente a nivel sanitario.^{48,49,50}

El tipo de comunicación que ejerce la enfermera con el paciente es terapéutica, esta debe proporcionar una adecuada relación entre ambos y satisfacer las necesidades del paciente, formando parte de los cuidados de calidad.⁵¹ Además, una comunicación de alta calidad permitirá mejorar los procesos terapéuticos y asistenciales, aportando una mayor comprensión de la información y adhesión del tratamiento por parte del paciente.⁵²

Para una adecuada comunicación es importante que el personal de enfermería posea unas habilidades sociales adecuadas, las cuales se aprenden y, por consiguiente, pueden mejorarse mediante el entrenamiento.^{53,54} En el presente estudio se analizaron los datos recopilados en relación a estas habilidades comunicativas y su influencia en las pacientes de la Unidad de Reproducción Asistida del Hospital Universitario Central de Asturias, para su posible aplicación en otras Unidades de este tipo.

La bibliografía consultada tanto a nivel nacional como internacional, no permitió encontrar trabajos sobre las habilidades comunicativas del personal de enfermería con la paciente que acude a la consulta de Reproducción Asistida, aunque sí existen numerosos trabajos relacionados con la comunicación a nivel sanitario en otros servicios.^{55,56,57}

En el presente estudio, la mayoría de los contactos con la consulta de enfermería, el 68,5%, son segundos contactos o posteriores, por lo que la paciente ya tiene una relación establecida previamente con la enfermera. Desde este punto de vista la enfermera

ya conoce a nivel individual a la paciente (nivel cultural, los conocimientos que tiene sobre su proceso...) y sabe el tipo de comunicación que tiene que establecer con ella.

Las habilidades comunicativas empleadas en la consulta de enfermería de la Unidad de Reproducción Asistida del Hospital Universitario Central de Asturias (uso del pijama hospitalario, la mirada horizontal, la aplicación de la asertividad en los gestos corporales y en el tono de voz, la acomodación del lenguaje al nivel cultural de la paciente, no interrumpir a la paciente en ningún momento, presentarse a las pacientes y no usar palabras estigmatizadoras) ofrecen a todas las pacientes encuestadas una sensación de tranquilidad y escucha y perciben las indicaciones ofrecidas como claras.

En las Unidades de Reproducción Asistida, la consulta de enfermería tiene como función principal la entrega de información sobre todo el proceso y el tratamiento que va a llevar a cabo la pareja, lo cual se realiza a través de la comunicación. Teniendo en cuenta esto, la valoración general que la paciente otorgue a la enfermera será un indicativo de cómo percibe esta la comunicación establecida. En este estudio, la comunicación establecida por el personal de enfermería recibió una valoración general media de 9,55 puntos sobre 10, indicando, por tanto, una buena evaluación.

Para comprender que debilidades pueden existir en la comunicación que establecieron las enfermeras durante este estudio, se desglosan numerosas variables que podrían alterar la comunicación y no ser percibida por la paciente como idónea.

La confidencialidad es una parte fundamental en la relación enfermera-paciente para que la paciente se sienta protegida y apoyada. Cabría esperar que la media en la valoración general fuese más baja, aun así, que la paciente sienta que su confidencialidad no está protegida va a disminuir la valoración general y, por lo tanto, la calidad comunicativa que se les ofrece.

Esta falta de sensación de confidencialidad podría relacionarse con las interrupciones telefónicas y, especialmente, presenciales que se producen en la consulta

pero todas las pacientes que determinan falta de confidencialidad tienen menos de dos interrupciones durante la consulta evaluada.

El uso del contacto físico altera la sensación de confidencialidad. No se encontraron estudios al respecto que evidenciasen esta afirmación. Posiblemente pueda ser debido a que algunas de las pacientes que acuden a este tipo de Unidades no quieren compartir su situación con el resto de la población o, incluso, con su círculo más cercano ya que son mucho más celosas de su intimidad que pacientes de otro tipo, debido a sentimientos de culpabilidad, vergüenza...⁵⁸

A lo largo de los tratamientos reproductivos existen ciertas decisiones que la pareja debe asumir (número de embriones a transferir, qué hacer con los embriones sobrantes...), todas ellas se tomarán en función de los valores y creencias de la pareja. Por ello, es importante que la enfermera respete las decisiones de la pareja independientemente de sus propias creencias.

Las primeras consultas suelen ser las de larga duración, en donde la pareja recibe toda la información del proceso y no toma ninguna decisión al respecto. Debido a esta situación, algunas de las pacientes comentaban la dificultad de elección de tratamiento en este tipo de Unidades, haciendo prácticamente imposible que la paciente pueda elegir entre distintas alternativas.

En estas primeras consultas se producen más interrupciones de tipo telefónico y presencial, esto probablemente es debido a la mayor duración de este tipo de contactos, habiendo más tiempo de producirse las interrupciones. En un primer contacto, la paciente desconoce la mayoría de la información respecto a todo el proceso que va a llevar a cabo y, es por esto, por lo que va a realizar un mayor número de preguntas. El mayor número de interrupciones telefónicas producido en las primeras consultas va a provocar que las pacientes consideren que no se respeta sus decisiones. Además, a mayor duración de la consulta, más adecuada ven las pacientes la misma. Son las consultas de corta duración las consideradas no adecuadas en cuanto a su duración.

A algunas pacientes consideran escasas la toma de decisiones que pueden realizar durante el proceso, lo cual se va a ver reflejado en la valoración general, siendo esta más baja, con una media de 8,25 en comparación a 9,62 que otorgan las pacientes que sí

consideran adecuadas las tomas de decisiones. Por lo tanto, es importante hacer partícipe a la paciente en su tratamiento, dentro de las limitaciones que este tipo de tratamientos tienen.

A menor edad mayor duración de la consulta, la causa más probable de este dato es que en las edades menores es donde se produce el primer contacto con la consulta de enfermería, las cuales, como se comenta anteriormente, son más largas.

Dos de las encuestas realizadas no presentan una concordancia lógica en sus resultados, debido a que otorgan un 10 a pesar de no considerar como adecuada la duración de la consulta. En el resto de encuestas se demuestra que una consideración no adecuada de la duración de la consulta va a disminuir la valoración general.

Cabe destacar que la mayoría de las pacientes que no consideraron adecuada la duración eran contactos posteriores, por lo que podemos decir que, en contactos posteriores el personal tiende a acortar la duración de la consulta, lo cual afecta a la valoración general que la paciente tiene de la comunicación.

Las pacientes de mayor edad consideran la duración de la consulta como no adecuada, siendo las pacientes de 36 y 37 años las que estiman como adecuada la duración de la consulta en un 100% de los casos.

Pese a que las pacientes de mayor edad que acuden a las Unidades de Reproducción Asistida pudieran poseer un mayor estrés, debido a que la edad influye negativamente en las posibilidades de gestación, este estudio no muestra relación entre la edad de la paciente y la valoración general que esta otorga a la comunicación que lleva a cabo la enfermera, pudiendo concluir que la enfermera realiza una comunicación empática en este sentido. En estudios realizados en otros campos sanitarios obtienen resultados que difieren al nuestro. Según Clemente et al, los pacientes de mayor edad presentan una satisfacción menor, y según Perez S.⁵⁸, los pacientes de mayor edad reflejan una mayor satisfacción con la comunicación enfermera. Estas variaciones en los resultados pueden ser debido a la particularidad del tipo de enfermedad que padecen los pacientes que se atienden en las

consultas de Reproducción Asistida, los cuales están sometidos a un elevado estrés emocional.⁵⁹

La escucha activa consiste en atender a la totalidad del mensaje que se recibe, teniendo en cuenta los elementos no verbales y paraverbales. Según el estudio realizado por Subiela et al los cuestionarios reflejan que los pacientes se muestran en general satisfechos con los elementos que definen la escucha activa como forma de hacer frente a las barreras de comunicación.⁵⁹

En relación a la escucha activa, se desglosan diversos ítems para su valoración. Las interrupciones, tanto telefónicas como presenciales, demostraron ser las más relacionadas con otras variables estudiadas. En las encuestas realizadas se han producido más de dos interrupciones en un 47,9% de ellas. Es decir, se producen interrupciones en casi la mitad de las consultas de enfermería.

Ambos tipos de interrupciones van a producir un aumento de la duración de la consulta y un aumento en el número de preguntas que va a realizar la paciente, lo cual refleja claramente que las interrupciones producen una dificultad en la comunicación, haciendo que la paciente tenga que realizar preguntas para comprender la información ofrecida en la consulta de la enfermera.

Como cabía esperar, en la primera consulta la paciente realiza un mayor número de preguntas. Esto es importante a la hora de realizar la planificación de la consulta, otorgando a estos contactos un mayor tiempo, método ya aplicado en la Consulta de Enfermería de la Unidad de Reproducción Asistida del Hospital Central de Asturias.

El acompañamiento de la explicación con otros recursos no verbales, como son imágenes o simulacros, permiten una mayor captación y entendimiento del mensaje. Por esto, es importante la valoración de estas técnicas en las consultas de Reproducción Asistida, en donde las pacientes reciben una amplia información esencial para su tratamiento. En la Unidad de estudio se lleva a cabo en la mayoría de las consultas, especialmente la síntesis, en casi un 90% de ellas.

El uso de imágenes induce a las pacientes de mayor edad a realizar más preguntas, lo cual va a provocar un alargamiento de la duración de la consulta. Hay que tener en

cuenta que el uso de imágenes se aplica principalmente en la primera consulta, siendo esta la de mayor duración por ser donde se informa a la pareja de todo el proceso.

La experiencia obtenida por la enfermera genera en ella una percepción personal de competencia donde surge la destreza, la confianza en sí, la habilidad en la relación y en la comunicación, consiguiendo en el paciente un mayor interés y atención, produciendo así un cambio en su comportamiento.⁶⁰

Evaluando el tipo de comunicación que ejercían ambas enfermeras, se comprobó que las habilidades comunicativas aplicadas eran semejantes. Las principales diferencias encontradas han sido el uso de una expresión facial neutra, más común en la enfermera con más de cinco años de experiencia y la sonrisa para la enfermera con menos de cinco años de experiencia. Además, la aplicación de la síntesis de la información tiene una mayor aplicación por parte de la enfermera con menos de cinco años de experiencia.

En cuanto los resultados relacionados con el número de años de experiencia de las enfermeras en esta Unidad, no son concluyentes debido a que la muestra de enfermeras no es representativa.

A continuación se muestran los comentarios que las pacientes realizaron en respuesta a la pregunta abierta:

- *“El acceso a las líneas telefónicas cuando estás en tratamiento debería tener un horario más amplio.”*
- *“Simplemente la puntualidad que va condicionada a la consulta médica.”*
- *“A veces se alarga el tiempo de espera pero el trato que tienen con el paciente suple este aspecto.”*
- *“Más información.”*
- *“Un trato muy cariñoso.”*
- *“Creo que todo es perfecto con respecto a enfermería. En mi opinión no hay nada que mejorar.”*
- *“Ninguno, para mi es todo perfecto, son unas grandes profesionales.”*
- *“Me he sentido muy a gusto y me lo han explicado muy bien.”*
- *“Creo que lo único que se podría pedir es que el teléfono de consultas sea directo y no haya que pasar por la centralita para poder llamar. En cualquier*

caso una vez que te pones en contacto con ellas el trato es excelente y la información que dan también.”

- *“Ninguno, el personal que me ha atendido hasta el momento ha sido muy cercano, agradable y profesional. Me han resuelto todas mis dudas con claridad.”*
- *“No encuentro ninguno.”*
- *“Hasta el momento, ninguno que mejorar.”*

Algunos de ellos confirman los datos obtenidos en el estudio. Destacamos el contenido de alguno de ellos, que muestran una variable no tenida en cuenta en este estudio, y es el tiempo de espera.

Además, algunas pacientes, comentan el hecho de la dificultad de establecer comunicación con la consulta de enfermería a través de la línea telefónica. Este hecho influye en la comunicación con el paciente, puesto que las llamadas telefónicas pasan directamente a la línea telefónica que hay en la consulta y, como ya hemos visto, las llamadas telefónicas son una de las variables más influyentes de la comunicación.

Una de las opciones que se plantean para solucionar este problema, sería la posibilidad de que la paciente estableciese la comunicación directa con la enfermera a través las nuevas tecnologías. Según un estudio realizado por Herrera *et al*⁶¹, una buena parte de la población española se encuentra suficientemente preparada para utilizar canales de interacción médico-paciente a través de internet.

El cuadro DAFO es una alternativa para realizar diagnósticos de una situación y determinar estrategias de intervención en las organizaciones sociales. En un cuadro DAFO quedan reflejadas las Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades. Por esto, vemos adecuado plantear un cuadro DAFO para la comunicación que se establece en la Consulta de Enfermería de las Unidades de Reproducción Asistida.

A continuación se presenta un cuadro DAFO, en donde se reflejan las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades que se encontraron tras la realización del estudio.

Cuadro DAFO		
	Análisis interno	Análisis externo
Negativos	<p>Debilidades</p> <p>Confidencialidad.</p> <p>Participación de la paciente en cuanto a la toma de decisiones.</p> <p>Duración de la consulta.</p>	<p>Amenazas</p> <p>Interrupciones, tanto presenciales como telefónicas.</p>
Positivos	<p>Fortalezas</p> <p>Asertividad del lenguaje corporal.</p> <p>Acomodación al nivel cultural de las pacientes proporcionando indicaciones claras del proceso.</p> <p>Dejar a las pacientes expresarse, sin interrumpirlas durante la comunicación.</p> <p>Reforzamiento de la información.</p>	<p>Oportunidades</p> <p>Modificación de las consultas telefónicas por nuevas tecnologías.</p> <p>Uso de los martes por la tarde para realizar intervenciones quirúrgicas y posibilitar la atención a más pacientes y en distintos horarios.</p>

Tabla 8. Cuadro DAFO

7. Conclusiones

1. Una comunicación asertiva, que se acomoda al nivel cultural de la paciente, en la que se refuerza la información con distintos métodos y donde se aplica una empatía afectiva, determina en las usuarias un grado de satisfacción elevado.
2. Es conveniente reducir el número de interrupciones, tanto telefónicas como presenciales, para mejorar la calidad comunicativa. Se deben reforzar las habilidades comentadas en el punto 1.
3. Los años de experiencia, en este tipo de Unidades, de la enfermera que lleva a cabo la comunicación no influyó en la recepción de la información.

8. Referencias Bibliográficas

1. Zegers-Hochschild F, Adamson G, de Mouzon J, Ishahara O, Mansour R, Nygren K, Sullivan E, Van der Poel S. The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology, 2009. *Hum Reprod.* 2009; 24(11):2683-2687.
2. Llanova L. El impacto psicológico de la infertilidad. *Pap Psicol.* 2008; 29(2):158-166.
3. RAE.es [Internet]. España: Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española [Actualizado 16 Mar 2016; citado 16 Mar 2016] Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=LVva2BY>
4. Herrera V, Oliva J, Domínguez F. Riesgo reproductivo. En: Rigol O. *Obstetricia y Ginecología*. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004. p. 113-120.
5. Botella J, Clavero J. Esterilidad e Infertilidad. En: Botella J. *Tratado de Ginecología*. 14 ed. Madrid: Díaz de Santos; 2008. p. 987-999.
6. Del Carmen H. Caracterización de la infertilidad en el Hospital “Dr. Teodoro Maldonado Carbo” [Tesis doctoral]. Ecuador: Universidad Católica de Santiago de Guayaqui; 2011.
7. Schmidt L, Sobotka T, Bentzen J, Nyboe A, ESHRE Reproduction and Society Task Force. Demographic and medical consequences of the postponement of parenthood. *Hum Reprod.* 2012; 18(1): 29-43.
8. Miyamoto T, Tsujimura A, Miyagawa Y, Koh E, Namiki M, Sengoku K. Male infertility and its causes in human. *Adv Urol.* 2012; 2012: 1-7.

9. Roberto Matorras y Lorena Crisol. Análisis de la situación de la infertilidad en España. En: Roberto Matorras Editores. Libro Blanco Sociosanitario. La infertilidad en España: situación actual y perspectiva. Madrid: Imago Concept & Image Development; 2011. p. 31-42.

10. Ine.es [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística [actualizado 14 mar 2016; citado 14 mar 2016]. Disponible en: www.ine.es

11. Quintana P, Tío D, Ajá L. Infertilidad. Medisur. 2011; 9(4):340-350.

12. Van Horn A, Reed S. Medical and psychological aspects of infertility and assisted reproductive technology for the primary care provider. Mil Med. 2001; 166(11): 1018-1022.

13. Onica Armijo Suarez. Treinta años de reproducción asistida en España: una mirada interdisciplinaria a un fenómeno global y actual. [Internet]. Madrid: Boletín Oficial del Estado; 2015. [Junio 2015; 16 Marzo 2016]. Disponible en: www.mjusticia.es/bmj

14. Ferraretti A. Assisted reproductive technology in Europe, 2009: results generated from European registers by ESHRE. Hum Reprod. 2013; 28(9):2318-31.

15. Sefertilidad.net [Internet]. España: sefertilidad; 2013 [Actualizado 2014 ;citado 24 mar 2016]. Disponible en: https://www.registrosef.com/public/docs/sef2013_IAFIV.pdf

16. Dorjpurev U, Kuwahara A, Yano Y, Aniguchi T, Yamamoto Y, Suto A, Tanaka Y, Matsuzaki T, Irahara M. Effect of semen characteristics on pregnancy rate following intrauterine insemination. J Med Invest. 2011; 58(1-2):127-133.

17. Cohlen B. Should we continue performing intrauterine insemination in the year 2004? Gynecol Obstet Invest. 2005; 59:3-13.

18. Anick de Vos, André Van Steirteghem. Assisted Reproduction Techniques for male-factor infertility: current status of intracytoplasmic sperm injection. En: Peter R. Brinsden editor. Textbook of in vitro fertilization and assisted reproduction. 3 ed. Cambridge: Taylor & Francis; 2005. p. 337-359.

19. Ramalho-Santos J, Sotovskiy P, Simerly C, Oko R. ICSI choreography: fate of sperm structures after monospermic rhesus ICSI and first cell cycle implications. Hum Reprod. 2000; 15(12):2610-2620.

20. David F. La comunicación no verbal. Madrid: Alianza Editorial; 1998.

21. Gallar M. Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente. 4 ed. Madrid: Paraninfo; 2006.

22. López M. Presencia e imagen pública de las enfermedades en el siglo XX (1915-1940) [Tesis doctoral]. Valladolid. Universidad de Valladolid; 2016.

23. Bayés R, Marín B. La psicología de la salud en España y América Latina. España: I congreso Iberoamericano de Psicología; Oct 1992.

24. Rowbotham S, Holler J, Lloyd D, Wearden A. How do we communicate about pain? A systematic analysis of the semantic contribution of co-speech gestures in pain-focused conversations. J Nonverbal Behav. [Internet]. 2012 [Citado 24 Mar 2016]; 36(1):1-21. Disponible en:

http://pubman.mpdl.mpg.de/pubman/item/escidoc:541548/component/escidoc:1347604/Rowbotham_etAl_2012_How+Do+We+Communicate+About+Pain_J_Nonverbal_Behav.pdf

25. Henry S, Fuhrel-Forbis A, Rogers M, Eggly S. Association between nonverbal communication during clinical interactions and outcomes: A systematic review and meta-analysis. Patient Educ Couns. 2012; 86(3): 297-315.

26. Shapiro, M. Neuro-linguistic programming in a week. Londres: Hodder & Stoughton; 2002.

27. Guillén M. Habilidades de comunicación en la relación médico-enfermera en la Atención Primaria de Salud. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2011[13 Mar 2016]; 27(3):220-227. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v27n3/enf06311.pdf>

28. Pinto R, Ferreira M, Oliveira V, Franco M, Adams R, Maher C, Ferreira P. Patient-centred communication is associated with positive therapeutic alliance: a systematic review. J Physiother. 2012; 58(2):77-87.

29. Cesar Leal-Costa, Sonia Tirado-González, Carlos J. van-der Hofstadt Román, Jesús Rodríguez Marín. Creación de la Escala sobre Habilidades de Comunicación en profesionales de Salud, EHC-PS. Anal psicología. 2016; 32(1):49-59.

30. Koss E. The health of regionville, what people thought and did about it. Am J Public Health Nations Health. 1955; 45(3):391-392.

31. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Q. 2005; 83(4):691-729.

32. Sierra Talamantes C, Valls Andrés S, López López I, et al. Revision de conceptos de calidad. Rev. Enf. Integral. 2008; 82:32-37

33. Mira J.J.; Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida de la atención sanitaria. Med Clin 2000; 114:26-33

34. Mendiola J1, Ten J2, Vivero G1, Roca M1, Bernabeu R. Esterilidad y Reproducción Asistida: una perspectiva histórica. Revista iberoamericana de fertilidad. 2005; 22(1): 15-22

35. Coroleu L. Orígenes, Antecedentes e Hitos más importantes de la especialidad en España. En: Roberto Matorras editores. Libro Blanco Sociosanitario. La infertilidad en España: situación actual y perspectiva. Madrid: Imago Concept & Image Development; 2011. p. 71-84

36. Carrera M. Recursos Humanos y profesionales: especialistas. Situación profesional y laboral. En: Roberto Matorras editores. Libro Blanco sociosanitario. La infertilidad en España: situación actual y perspectiva. Madrid: Imago Concept & Image Development; 2011. p. 197-208

37. Real Decreto-ley 413/1996, de 1 de marzo, por el que se establecen los requisitos técnicos y funcionales precisos para la autorización y homologación de los centros y servicios sanitarios relacionados con las técnicas de reproducción humana asistida. (Boletín Oficial del Estado, número 72, de 23 de marzo de 1996).

38. Moreno L, García A, Jiménez B. Proyecto de desarrollo de una consulta de enfermería en Reproducción Humana. España: XXVIII Congreso de la Sociedad Española de Fertilidad. May 2010.

39. Sibón Sancho GM. Papel de las enfermeras en reproducción asistida: dimensión emocional. *Metas Enferm.* 2015; 18(2): 60-67.

40. Royal College of Nursing. Competences: specialist competences for fertility nurses. 2 ed. London: RCN competences; 2011.

41. Castilla J. Organización de la atención a la pareja estéril. En: Matorras R, Hernández J editores. Estudio y tratamiento de la pareja estéril. Madrid: Adalia; 2007. p. 489-496.

42. Matorras R, Hernández J, Molero D. Tratado de Reproducción Humana para Enfermería. Madrid: Médica Panamericana; 2008.

43. Morris E. The role of infertility nurses in ovulation induction programmes. *Hum Fertil (Camb)*. 2001; 4(1):14-7.

44. Fernández B. Presente y futuro de la consulta de enfermería en reproducción asistida. España: V Reunión grupos SEF Jerez; Jun 2015.

45. Landman C, Cruz M, García E, Perez P, Sandoval P, Serey K, Valdés C. Satisfacción usuaria respecto a competencia de comunicación del profesional de enfermería. *Ciencia y enfermería XXI*. 2015; 1: 91-102.

46. Pons X. La comunicación entre el profesional de la salud y el paciente: aspectos conceptuales y guía de aplicación. *Enfermería Integral*. 2006; 73:27-34.

47. Landete L. La comunicación, pieza clave en enfermería. *Enfermería dermatológica*. 2012; 16:16-19.

48. Landman C, Cruz MJ, García E, Perez P, Sandoval P, Serey K, Valdés C. Satisfacción usuaria respecto a competencia de comunicación del profesional de enfermería. *Ciencia y enfermería*. 2015; 21(1):91-102.

49. Mira JJ, Aranz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Medicina Clínica*. 2000; 114(3):26-33.

50. Dierssen T, Rodriguez P, Robles M, Brugos V, Gómez I, Llorca J. Factores que determinan la alta satisfacción del usuario con la asistencia hospitalaria. *An Sist Sanit Navar*. 2009; 32(3):317-325.

51. González C. La comunicación terapéutica usuario-enfermera en las consultas de atención primaria. *Enfermería Comunitaria*. 2014; 2(2):82-92.

52. Nouvilas E. Atribución del cumplimiento terapéutico: diferencias entre pacientes y profesionales de la salud. En: Morales JF, Huici C editores. *Estudios de psicología social*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia; 2003. p. 253-290.

53. Santisteban M, Perez MC, Casal N, Martín O. La comunicación y habilidades sociales del enfermero en el manejo del paciente. Cuba: II Conferencia Internacional de Educación Médica para el siglo XXI. Sept 2014.

54. López E, Vargas R. La comunicación interpersonal en la relación enfermera paciente. Rev Enferm. 2002; 10(2):93-102.

55. Galianao M, Falcón OM, González LM, Montesino I, Capote J, Fleitas HM. Comunicación del personal de enfermería con el paciente glaucomatoso. Invest Medicoquir. 2014; 6 (2):229-241.

56. Guillén M. Habilidades de comunicación en la relación médico-enfermera en la Atención Primaria de Salud. Revista Cubana de enfermería. 2011; 27(3):220-227.

57. Sánchez P, Aguirre H, Códoba MA, Campos M, Arboleya H. La calidad de la comunicación enfermera-paciente en los centros de salud de la Jurisdicción Sanitaria Benito Juárez en México D.F. CONAMED, 2009 p: 20-28.

58. Moreno C, Del Castillo M, Ramírez I, Martín MD. Estados emocionales y afectivos en infertilidad: Un estudio comparativo con personas fértiles. Psicología Conductual. 2011; 19(3):683-703.

59. Subiela JA, Abellón J, Celdrán AI, Manzanares JA, Satorres B. La importancia de la escucha activa en la intervención enfermera. Enfermera global. 2014; 34:276-292.

60. González Y. La enfermera experta y las relaciones interpersonales. Aquichan. Panamá. 2007; 7(2):130-138.

61. Herrera M, Reyes V, Valverde JA. Predisposición ciudadana en España a utilizar canales de comunicación con el médico basados en Internet. Rev. Panam Salud Publica. 2014; 35(5/6): 384-391.

Encuesta de satisfacción (Anexo I)

Nivel de estudios:

Sin estudios Primarios Medios Superiores

1. Las enfermeras, ¿le transmiten tranquilidad y confianza?
SI NO A veces

2. ¿Se ha sentido escuchado y atendido por el personal de enfermería?
SI NO A veces

3. ¿Considera que las preguntas que le realiza la enfermera son claras y precisas?
SI NO A veces

4. ¿Son claras las indicaciones que le han entregado las enfermeras?
SI NO A veces

5. Las enfermeras, ¿le entregan la información necesaria para que tome decisiones en relación a la salud?
SI NO A veces

6. Las enfermeras, ¿respetan sus decisiones y opiniones?
SI NO A veces

7. ¿Considera adecuada la duración de su estancia en la consulta de enfermería?
SI NO A veces

8. Realice una valoración general de la atención proporcionada por las enfermeras, siendo el 0 la puntuación más baja y 10 la más alta:
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. ¿Considera que se ha respetado la confidencialidad de su problema?
SI NO A veces

10. Aspectos a mejorar en la consulta de enfermería.

Evaluación comunicación enfermería (Anexo II)

Enfermera: con >5 años de experiencia con <5 años de experiencia

Edad de la paciente:

Primer contacto enfermera-paciente contactos posteriores

1. Lenguaje corporal:

- a) Vestimenta: Pijama hospitalario Bata
- b) Mirada horizontal: Si No
- c) Expresión facial: Ceño Neutra Sonrisa
- d) Gestos y posición corporal: Asertivo No asertivo
- e) Volumen y tono de voz: Asertivo No asertivo

2. Escucha activa:

- a) Interrupciones durante la entrevista:
- Telefónicas: < 2 2-3 ≥ 4
- Presenciales: < 2 2-3 ≥ 4
- b) Interrupciones por parte de la enfermera la paciente: < 2 2-3 ≥ 4
- c) Preguntas realizadas por la paciente: < 2 2-3 ≥ 4
- d) Acomodación del lenguaje al nivel cultural de la paciente: Si No
- e) Duración de la consulta: ≤ 10 (10-15] (15-20] > 20

3. Reforzamiento:

- a) Reforzamiento de la explicación con imágenes: Si No
- b) Repaso de las explicaciones mediante simulacros: Si No
- c) Verbaliza la síntesis del mensaje: Si No

4. Empatía afectiva:

- a) La enfermera recibe al paciente y se presenta: Si No
- b) Uso de palabras estigmatizadoras: Si No
- c) Uso del contacto físico como apoyo: Si No

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (Anexo III)

.....DNI.....
otorgo mi consentimiento para participar el Proyecto de Investigación titulado “*Habilidades comunicativas en la consulta de enfermería en Unidades de Reproducción Asistida*” tras haber sido informado/a detalladamente de los fines de la investigación y haberseme propuesto participar voluntariamente en dicho estudio observacional para evaluar el impacto de la comunicación de la Enfermería en el proceso de las Técnicas de Reproducción Asistida. El objeto último de la investigación es mejorar el conocimiento sobre el proceso de la comunicación enfermera-paciente en el ámbito de la Reproducción Asistida para mejorar la práctica profesional de las Técnicas de Reproducción Asistida, no pudiendo utilizarse en ningún caso, los datos obtenidos con fines comerciales.

Así mismo, conozco que mi participación en el estudio es estrictamente voluntaria, pudiendo negarme a participar antes o durante el estudio sin que de ello se derive ningún perjuicio, ni que se vea afectada la atención médica que recibo o que suponga pérdida de los beneficios a los que tengo derecho, de manera que este consentimiento podrá ser revocado en cualquier momento, sin tener que dar ninguna explicación y sin que ello tenga ninguna repercusión en la atención que recibo en el Centro. Si decidiera revocar el consentimiento, los datos aportados serían destruidos. De igual manera, se me ha informado que no obtendré un beneficio directo derivado de mi participación.

Comprendo que mi participación consiste en completar la información de la encuesta correspondiente. Estos datos serán manejados con absoluta confidencialidad, pudiendo ser utilizados únicamente en este proyecto de investigación o en otros proyectos de investigación futuros que hayan sido aprobados por los Comités de Ética para la Investigación del Principado de Asturias o de otros centros con los que colaboren los investigadores del estudio. Si lo deseo, existe la posibilidad de un contacto futuro para completar la información que aportaré en este momento si fuera necesario para el desarrollo de la investigación biomédica, en cuyo caso volvería a ser informada de la situación y tendría la libertad de participar o declinar dicha participación.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y CONFIDENCIALIDAD

Se me ha explicado que además de cumplimentar las encuestas, los investigadores necesitan datos como: edad, sexo, nivel de estudios, etc. Estos datos personales y de salud serán incorporados y tratados en una base de datos de la que es responsable el Investigador Principal, cumpliendo la legislación que regula la protección de datos personales y confidencialidad.

De acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, todos los datos recogidos en el transcurso del estudio serán tratados de forma

estrictamente confidencial y serán utilizados para la realización del estudio sin desvelar en ningún momento su nombre y apellidos. Sus datos sólo serán utilizados para desarrollar el estudio y su tratamiento tendrá estrictamente fines estadísticos. El acceso a su información personal quedará restringido al equipo médico del estudio o autoridades sanitarias, y al personal autorizado por el investigador principal, cuando lo precisen para comprobar los datos y procedimientos del estudio; pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la legislación vigente. Los datos permanecerán en un fichero informatizado propiedad del equipo investigador y de acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse al investigador principal del estudio o al médico del estudio.

DECLARO, que he sido informado por el profesional de salud abajo firmante:

- Sobre los objetivos de la investigación en la que participo.
- Que los datos personales que proporciono serán tratados de forma anónima y codificada por los investigadores que trabajen con ellos.
- Que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento y solicitar la eliminación de mis datos personales y de las encuestas. Esta eliminación no se extendería a los datos resultantes de las investigaciones que ya se hubieran llevado a cabo.
- Que he comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

CONSIENTO:

- Que el Hospital u otros centros de investigación, públicos o privados, utilicen mis datos y las muestras, incluyendo la información sobre mi salud, para la presente investigación biomédica, manteniendo siempre la confidencialidad de mis datos que apporto de manera voluntaria.
- Que el investigador principal del estudio pudiera contactar conmigo en el futuro en caso de que se estime oportuno añadir nuevos datos a los recogidos.

Fdo.: D./Dña.....

Ena.....de.....de 20.....

Declaración del profesional de salud: He informado debidamente a la paciente

Fdo.: Dr./Dra.....DNI.....

Ena.....de.....de 20.....

