

Facultad de Enfermería y Podología



TRABAJO DE FIN DE GRADO EN
ENFERMERÍA

Curso académico 2016/2017

**La Entrevista Motivacional aplicada a
pacientes con mala adherencia al tratamiento
de la Hipertensión en el contexto de
Enfermería de Atención Primaria.**

Emma Rodríguez Gómez

Director: Valentín Escudero

Director del proyecto de investigación: Valentín Escudero

ÍNDICE:

1. RESUMEN ESTRUCTURADO.....	1
1.1. Abstract.....	2
2. ACRÓNIMOS.....	3
3. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA.....	4
3.1. Problemas de Adherencia en Atención Primaria.....	5
3.2. La Entrevista Motivacional y la Adherencia.....	6
4. APLICABILIDAD.....	8
5. HIPÓTESIS.....	9
6. OBJETIVOS.....	10
7. METODOLOGÍA.....	11
7.1. Tipo de diseño.....	11
7.2. Ámbito del estudio.....	13
7.3. Muestra del estudio.....	13
7.3.1. Selección de la muestra.....	13
7.3.1.1. Selección de los pacientes.....	13
7.3.1.2. Selección de Enfermería.....	14
7.3.2. Estimación del tamaño de la muestra.....	14
7.4. Establecimiento de variables.....	16
7.4.1. Métodos de medición.....	16
7.5. Recogida de datos.....	18
7.6. Descripción de la intervención.....	18
7.6.1. Profesionales de Enfermería.....	18
7.6.2. Participantes.....	19
7.6.3. Desarrollo del estudio.....	20
7.7. Análisis de los datos.....	26
7.8. Limitaciones del estudio.....	27
8. PLAN DE TRABAJO.....	28
9. ASPECTOS ÉTICOS.....	29
10. PLAN DE DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	30
11. FINANCIACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	31

11.1. Recursos necesarios.....	31
11.2. Posibles fuentes de financiación.....	32
12. BIBLIOGRAFÍA.....	34
13. ANEXOS.....	41

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I. Perfil Estilo de Vida Promotor de Salud II (PEVPS II).....	41
ANEXO II. Test de Morisky-Green.....	48
ANEXO III. Cuestionario de Satisfacción Enfermera.....	49
ANEXO IV. Hoja de información de Enfermería.....	50
ANEXO V. Hoja de información al/la participante adulto/a.....	55
ANEXO VI. Consentimiento Informado.....	59
ANEXO VII. Compromiso del Investigador Principal.....	60
ANEXO VIII. Principios de la EM.....	61
ANEXO IX. Carta de solicitud al Comité de Ética.....	64
ANEXO X. Revocación del Consentimiento.....	65

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA I. Población y profesionales de Enfermería por Concello y Centro de Salud respectivamente.....	13
TABLA II. Planificación de visitas de los participantes.....	25
TABLA III. Cronograma.....	28
TABLA IV. Revistas de difusión.....	30
TABLA V. Recursos necesarios para la investigación.....	31

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. Diagrama de flujo del plan del proyecto de investigación.....	12
---	----

1. RESUMEN ESTRUCTURADO.

Objetivos: Demostrar la aplicabilidad y efectividad de la Entrevista Motivacional (EM) en la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos, en comparación con la Educación Sanitaria (ES) tradicional, además de la satisfacción obtenida por parte de enfermería de Atención Primaria (AP) tras su aplicación.

Metodología: Se trata de un diseño cuasi-experimental con medidas pre y post intervención, en el que serán comparados los datos recogidos tras la observación de los resultados obtenidos del grupo sometido a la Entrevista Motivacional (EM) con los obtenidos del grupo control, que recibe Educación Sanitaria (ES) tradicional. A su vez se recoge el entrenamiento realizado al profesional de enfermería acerca de la aplicación de la EM y la satisfacción obtenida tras su aplicación.

Resultados esperados: Se espera obtener una mayor adherencia al tratamiento de la hipertensión al aplicar la EM como estilo de comunicación para motivar a los pacientes a superar factores que bloquean la adherencia al tratamiento, como pueden ser actitudes ambivalentes, temores, u otras dificultades. Además, se espera que la EM resulte más satisfactoria para el personal de enfermería que el procedimiento tradicional.

1.1. Abstract:

Objectives: To demonstrate the applicability and effectiveness of the Motivational Interviewing (MI) in adherence to treatment in hypertensive patients, as compared to traditional Health Education (HE), in addition to the satisfaction obtained by Primary Care (PC) nursing after its application.

Methodology: It is a quasi-experimental design with pre and post intervention measures, in which the data collected after the observation of the results obtained from the group undergoing the Motivational Interviewing (MI) with those obtained from the control group will be compared, which receives traditional Health Education (HE). At the same time, the training of the nursing professionals about the application of MI and the satisfaction obtained after its application is collected.

Expected outcomes: Greater adherence to treatment of hypertension is expected when MI is used as a communication style to motivate patients to overcome factors that block adherence to treatment, such as ambivalent attitudes, fears, or other difficulties. In addition, MI is expected to be more satisfactory for nurses than the traditional procedure.

1. ACRÓNIMOS:

AES	Acción Estratégica de Salud.
AP / PC	Atención Primaria / Primary Care
CEICG	Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia.
DM	Diabetes Mellitus.
ECV	Enfermedad Cardiovascular.
EM / MI	Entrevista Motivacional / Motivational Interviewing
ES / HE	Educación Sanitaria / Health Education
GETEM	Grupo Español de Trabajo de Entrevista Motivacional.
HTA	Hipertensión Arterial.
JCR	Journal Citations Reports.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
PA	Presión Arterial.
PAPPS	Programa de Actividades Preventivas y de la Promoción de la Salud.
PEVPS-II	Perfil del Estilo de Vida Promotor de la Salud II.
RCV	Riesgo Cardiovascular.
RIC	Repercusión Inmediata Cuiden.
SEC	Sociedad Española de Cardiología.
SEH-LELHA	Sociedad Española de Hipertensión – Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial.
SemFYC	Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.
SOGATHA	Sociedade Galega de Hipertensión.
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences.
SJR	Scimago Journal and Country Rank.
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana.

2. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA:

La Hipertensión Arterial (HTA) es el principal factor de mortalidad atribuible modificable relacionado con las Enfermedades Cardiovasculares (ECV), siendo considerada como un problema de salud pública (presente entre el 30%-45% de la población general mundial)¹. Se caracteriza por pasar desapercibida debido a su silente sintomatología, puesto que la mayoría de personas que la padecen no experimentan ningún tipo de síntoma². Se debe a ello que haya mucha gente que desconozca que lo es. En nuestro país, el 40% de la población general adulta no sabe que es hipertensa³. La HTA en España está presente en el 40% de la población de mediana edad y en más del 60% en mayores de 60 años⁴. Por todo ello, es importante tener en cuenta el riesgo que supone para la salud. Es la causante de numerosas complicaciones, principalmente de enfermedades coronarias, enfermedades cerebrovasculares, insuficiencia cardíaca y afectación de órganos diana^{1,5}.

Su tratamiento supone incidir sobre los factores de riesgo modificables, otras patologías de base y en las cifras elevadas de Presión Arterial (PA). Su disminución implica un aumento en la calidad de vida y por lo tanto una reducción de la morbimortalidad cardiovascular^{1,6}. Como tratamiento para la HTA existen dos pilares fundamentales que se pueden complementar entre sí: promover a cambios más saludables en el estilo de vida y la utilización del tratamiento farmacológico. El tratamiento va a ir establecido en función del nivel de PA y del riesgo cardiovascular (RCV) total que presente cada individuo^{1,7}. La modificación de los estilos de vida van a estar indicados para todo tipo de riesgo, en especial a los que se encuentran en una situación de prevención o en los inicios de la enfermedad. También será beneficioso en los pacientes de alto riesgo, pues actúa de forma complementaria a los fármacos, lo que puede suponer una reducción de los mismos^{1,3,7}.

Tan importante como el tratamiento es el grado de adherencia al mismo.

La adherencia⁸ es un fenómeno múltiple y complejo, pues hace referencia a una gran variedad de conductas y a su vez puede darse en unas condiciones pero no en otras. La adherencia se centra en las necesidades de las personas, teniendo en cuenta sus valores y conocimientos, dejando de lado el modelo paternalista y atribuyéndole un papel activo al usuario. Es multidimensional y está determinada por 5 factores que establece la Organización Mundial de la Salud (OMS): Factores socioeconómicos y factores relacionados con la enfermedad, con el tratamiento, con el sistema o el equipo de asistencia sanitaria y con el paciente. Podría referirse a ella como el grado de compromiso de los usuarios al conjunto de esos 5 factores.

En la actualidad, la baja adherencia supone un problema mundial, existiendo en los países desarrollados una media del 50% de incumplimiento a los tratamientos en enfermedades crónicas (refiriéndose principalmente al tratamiento farmacológico y estimándose aun mayores los valores de incumplimiento en los cambios de estilo de vida)^{3,8}. Por ello, es necesario buscar intervenciones novedosas que sean incorporadas en el sistema sanitario y que impliquen una individualización de los cuidados y una mayor motivación al cambio en la promoción de la salud, como es el caso de la Entrevista Motivacional (EM)^{9,10}. La demanda de esta nueva herramienta se está viendo aumentada en el ámbito sanitario y su aplicación está dando resultados prometedores¹¹.

Por lo tanto, es necesario que los profesionales sanitarios, y en especial enfermería de Atención Primaria (AP), se encuentren actualizados sobre este tipo de herramientas innovadoras y que las apliquen, para fomentar la promoción de la salud.

3.1. Problemas de Adherencia en Atención Primaria.

La baja adherencia al tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico sigue siendo un problema en la actualidad, así como el

escaso control de los factores de riesgo cardiovascular ^{4,12}. Esta baja adherencia implica una peor calidad de vida y un aumento del gasto sanitario^{7,13}. Basándonos en la bibliografía, se puede observar que el término adherencia es complejo, pudiendo ser entendido de diferentes formas, y ser atribuido como un problema por parte del paciente en la mayoría de los casos, cuando también los profesionales sanitarios pueden ser los responsables de la baja implicación de los usuarios debido, muchas veces, a la inercia clínica profesional^{8,12,14}. Existe evidencia de que la intervención de enfermería en la consulta de AP aplicando Educación Sanitaria (ES) ayuda a la adherencia¹², pero siguen sin verse resultados de aumento significativo ya que el problema sigue persistiendo. Uno de los grandes obstáculos es el desconocimiento exacto de lo que implica la adherencia, pues en la mayoría de las revisiones y estudios realizados es atribuida únicamente al cumplimiento de la medicación, sin darle tanta importancia a aspectos más integrales como los cambios conductuales del estilo de vida (aunque cada vez están más presentes), a la motivación personal, a la relación enfermera/paciente, el acudir a las citas, a la calidad de la comunicación... ^{13,14}.

La Enfermería de AP está considerada el pilar fundamental en el trabajo con los pacientes por medio de la identificación de los estilos de vida y las posibilidades de cambio^{4,15}, y debido a ello, debe de ser la promotora de un buen abordaje integral en el que se tenga en cuenta el aspecto multidimensional de la adherencia⁸.

3.2. La Entrevista Motivacional y la Adherencia.

La adherencia al tratamiento ha sido un tema que ha llevado a múltiples discusiones a la hora de saber todo lo que implica y su medición. Se ha definido de múltiples maneras, pero la que solía prevalecer era la del “cumplimiento de las órdenes médicas” y “la toma de la medicación”, atribuyéndole un papel secundario y subordinado al paciente. De esta forma, a los pacientes no se les brindaba la oportunidad de implicarse y

decidir acerca de sus necesidades. Con el tiempo ha ido cambiando, ofreciéndole un mayor protagonismo al paciente y un papel más activo a la hora de decidir sobre su salud^{13,14}. Para que los pacientes sean más conscientes sobre los problemas que supone una baja adherencia, y por tanto, puedan ser más consecuentes a la hora de tomar decisiones acerca de su salud, los profesionales de la salud y en especial enfermería de AP deben de favorecer una buena comunicación terapéutica, basándose en la ES y partiendo de una teoría de la motivación. De esta forma, los pacientes están informados acerca de su situación y pueden opinar. El problema de la ES es que muchas veces se tiende a instruir y decidir por los pacientes en lugar de dejar que sean ellos los que tomen sus propias decisiones, provocando a veces situaciones de resistencia por parte del paciente y haciendo así que los profesionales impongan e incluso obliguen a seguir sus recomendaciones¹⁶. En el estudio de Zurera et al.¹² muestran la necesidad de individualizar y personalizar la intervención educativa, en vista de la variabilidad de emociones, voluntad y capacidades que presentan los pacientes, pues muchas veces por falta de formación y motivación de los profesionales la ES tiende a convertirse en mera información dada a todos por igual.

Ante la necesidad de una mayor motivación y participación por parte del paciente en su salud, y una mayor preocupación por parte de los profesionales sanitarios acerca de las opiniones, creencias e intereses de los pacientes, surgen herramientas como la Entrevista Motivacional (EM).

La EM ^{17,18} es un estilo de orientación centrado en la persona, basado en la comunicación, y que consiste en una conversación colaborativa entre el profesional y el usuario para reforzar la propia motivación del mismo y su compromiso al cambio (en este caso, a la adherencia terapéutica), confrontando su estado de ambivalencia.

La EM comenzó a utilizarse como una herramienta de intervención en el abuso del alcohol y de otras conductas adictivas, pero poco a poco se fue

aplicando a nuevas situaciones problemáticas de la salud y en diferentes servicios. En la bibliografía pueden encontrarse estudios en los que la EM es aplicada y ha demostrado ser efectiva, pero centrándose la mayoría en los cambios de conducta en personas con Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Diabetes Mellitus (DM) y enfermedades renales ⁹, por lo que resulta necesario estudiar su aplicación en otras patologías. También existen en menor medida estudios relacionados con su utilización en la adherencia al tratamiento farmacológico y el abordaje de la artritis reumatoide¹⁸, en los cambios de estilo de vida ante el sobrepeso y la obesidad^{19,20}, en el cambio de actitud para sobrellevar el dolor en pacientes con cáncer ²¹ pero, en lo relacionado a la HTA y a otras patologías crónicas de prevalencia, aún existe la necesidad de un mayor estudio ⁹.

Su utilización en general está aumentado de forma significativa, pero en España aún no es muy utilizada en las consultas de enfermería de AP, por lo que es necesario difundir su empleo debido a los múltiples beneficios que conlleva ⁹.

4. APLICABILIDAD:

Tras la realización del estudio que planteamos en este proyecto, se pretende obtener una mayor adherencia tanto al tratamiento farmacológico como no farmacológico después de aplicar la EM, así como un buen nivel de satisfacción por parte de los profesionales de enfermería tras ponerla en práctica. Al aumentar la adherencia se pretende reducir los niveles de PA y a su vez reducir así el riesgo de padecer ECV, lo que conllevará a una mayor calidad de vida de las personas que padezcan HTA, una disminución de su morbimortalidad y un mayor control acerca de la promoción de su salud. De la misma forma, esto va a suponer una reducción de los gastos sanitarios, pues la enfermedad se verá reducida y disminuirán los ingresos hospitalarios, de urgencias y el coste de todos los recursos necesarios para abordar este tipo de patología.

La EM es un estilo de orientación de comunicación basada en la centralización del cuidado en el paciente. Al aplicarla, los profesionales permiten que los pacientes se motiven y obtengan por ellos mismos las soluciones a sus problemas cuando se encuentran en un estado de ambivalencia, es decir, un momento de bloqueo ante una determinada situación que les impide avanzar, aunque sepan los riesgos y beneficios que implica el superar o no el obstáculo en el que se encuentran ^{16,17}.

Esta herramienta comunicativa presenta una gran eficacia, ya que puede aplicarse en muchos contextos (hospitales, centros de AP, clínicas...) y aspectos de la sanidad y producir efectos muy positivos.

El 75% de los estudios que aplican esta herramienta obtienen algún tipo de mejora y sólo el 25% suponen resultados negativos¹⁰.

En cuanto al coste-beneficio, produce efectos similares que otros ya establecidos y no requiere más recursos, pudiendo incluso necesitar menos tiempo para obtener buenos resultados y más duraderos¹⁰.

5. HIPÓTESIS:

Hipótesis alternativas H_a :

- Enfermería de AP conseguirá una mayor adherencia en comparación con la orientación tradicional al tratamiento en los pacientes hipertensos mediante la aplicación de la EM.
- Los profesionales de enfermería presentarán un nivel de satisfacción alto o muy alto en relación a los resultados obtenidos tras la aplicación de la EM en comparación con la orientación tradicional.

Hipótesis nulas H_0 :

- Enfermería de AP no conseguirá una mayor adherencia en comparación con la orientación tradicional al tratamiento en los pacientes hipertensos mediante la aplicación de la EM.

- Los profesionales de enfermería no presentarán un nivel de satisfacción alto o muy alto en relación a los resultados obtenidos tras la aplicación de la EM en comparación con la orientación tradicional.

6. OBJETIVOS:

Objetivo General:

La finalidad de esta propuesta de investigación es demostrar la mejora a la adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos gracias a la aplicación de la Entrevista Motivacional (EM) en comparación a la Educación Sanitaria (ES) tradicional, así como demostrar la alta satisfacción obtenida por parte de enfermería después de su aplicación.

Objetivos Específicos:

- Reducir el número de pacientes no adherentes al tratamiento de la HTA.
- Aumentar la motivación de los pacientes para ser autosuficientes en el control de su salud.
- Aumentar la prevención y promoción de la salud sobre todo en Atención Primaria (AP).
- Reducir costes sanitarios en cuanto a las enfermedades crónicas gracias a la aplicación de nuevas técnicas como la EM, dando como resultado una disminución del número de urgencias e ingresos hospitalarios (entre otros).
- Motivar al personal sanitario a utilizar técnicas que mejoren, complementen o sustituyan las hasta ahora empleadas, para unos mejores resultados en la promoción y prevención de las enfermedades crónicas y de la salud en general.

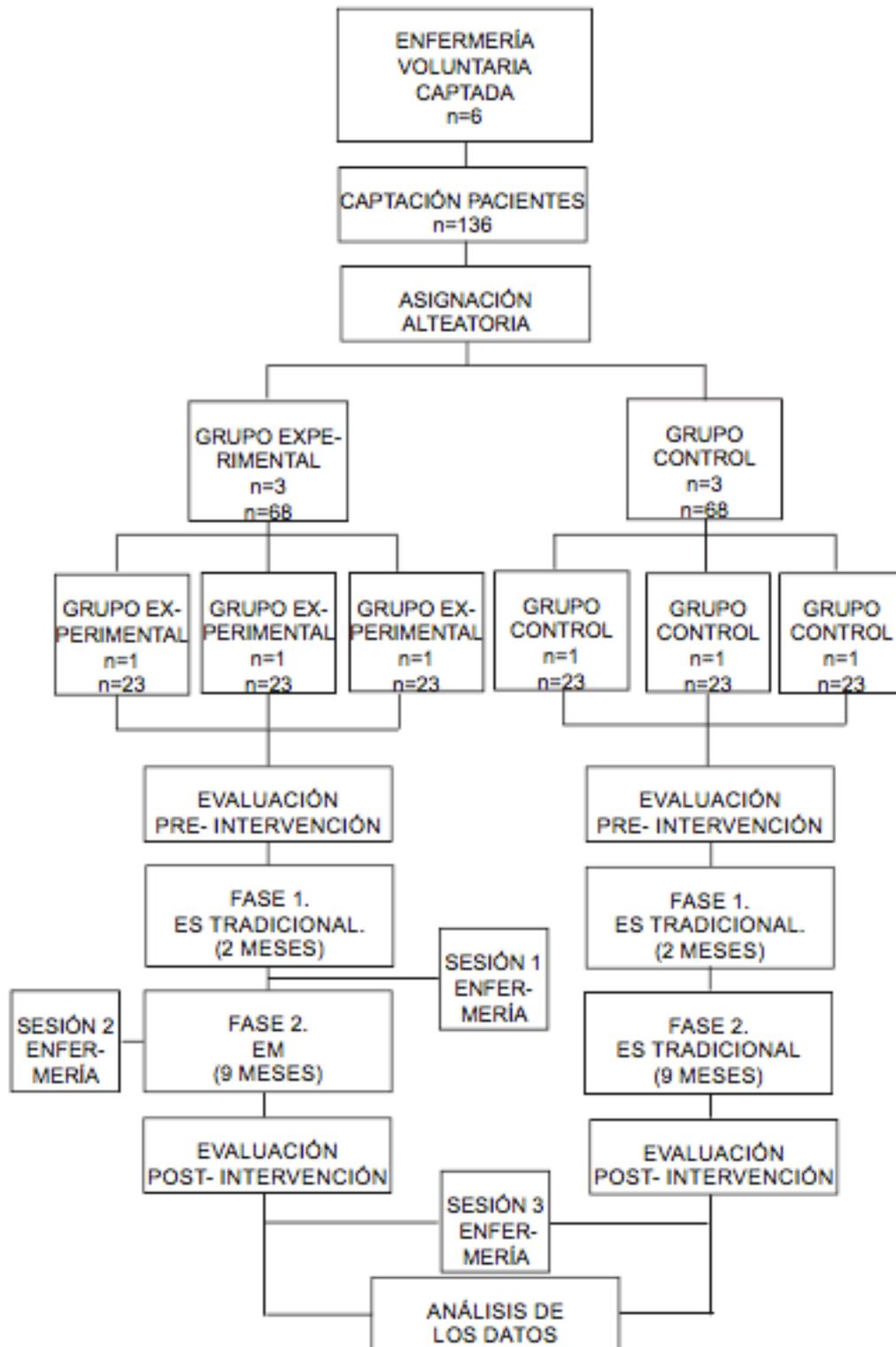
7. METODOLOGÍA.

7.1. Tipo de diseño.

Este estudio consistirá en un diseño cuasi-experimental con medidas pre y post intervención. La intervención consistirá en el entrenamiento de enfermería en el uso de la EM cuyos resultados de aplicación se compararán con la orientación tradicional al uso (grupo de control). La variable dependiente será la adherencia al tratamiento de la HTA de los pacientes. Adicionalmente se hará una comparación similar en cuanto al nivel de satisfacción del personal de enfermería cuando usan la EM respecto de la ES tradicional. Los profesionales de enfermería que se comprometan a participar en el estudio serán asignados aleatoriamente al grupo experimental (aplicarán la EM después de recibir un entrenamiento sobre la técnica) o bien al grupo de control (seguirán la rutina habitual en la orientación de los pacientes).

Si, tal y como se plantea en las hipótesis, la EM resultase más eficaz para mejorar la adherencia al tratamiento, todos los pacientes deberían tener acceso a trabajar con personal de enfermería entrenado en esta técnica de entrevista.

Figura 1. Diagrama de flujo del plan del proyecto de investigación.



Fuente: Elaboración propia. Plan del proyecto de investigación.

7.2. **Ámbito del estudio.**

El estudio tendrá lugar en los centros de salud de Fene, Mugardos y Ares, todos establecidos en el Área Sanitaria de Ferrol.

7.3. **Muestra del estudio:**

7.3.1. **Selección de la muestra.**

Las personas integrantes del estudio serán pacientes que acuden a los centros de salud anteriormente citados con problemas de adherencia al tratamiento de la HTA (farmacológico y no farmacológico) y que dependerán en número de los profesionales de enfermería de AP de esos tres centros de salud que optarán a participar voluntariamente en el estudio, que serán mínimo 2 en cada centro.

TABLA I. Población y profesionales de enfermería por Concello y Centro de Salud respectivamente.

CENTRO DE SALUD	PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	>65años
Fene	8	3.821
Ares	3	1.238
Mugardos	3	1.318

Fuente ²²: Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol. Memoria 2015.

7.3.1.1. **Selección de los pacientes:**

Los pacientes serán seleccionados por los profesionales de enfermería, por lo que dependerán del número de enfermeros que participen voluntariamente en el estudio. Deberán cumplir los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- ≥ 65 años con HTA primaria de Grado I, II, III con mala adherencia al tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico.
- Ambos sexos de indistinta etnia.
- Pacientes que hablen, sepan leer y escribir en español.

- Pacientes que hayan firmado el Consentimiento Informado.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que presenten alguna otra patología crónica de base.
- Pacientes que sufran algún tipo de limitación cognitiva que impida comprender y realizar la intervención.
- Pacientes con Hipertensión Arterial Secundaria.

Criterios de retirada:

- Dejar de participar en alguna de las fases del estudio.
- Decisión de abandonar el estudio voluntariamente.

7.3.1.2. Selección de Enfermería

Participarán voluntariamente en el estudio, y serán mínimo 2 por cada centro de salud. Serán captados por el investigador principal y deberán de cumplir los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Profesionales de enfermería de AP que estén trabajando en el momento del estudio en alguno de los tres Centros.
- Participación voluntaria sin ánimo de lucro.

Criterios de exclusión:

- No ser profesional de enfermería.
- Presentar un contrato inferior al periodo del estudio.

Criterios de retirada:

- Abandono voluntario del estudio en cualquier momento.

7.3.2. Estimación del tamaño de la muestra.

La selección de la muestra se obtendrá en función del número de enfermeros/as que se ofrezcan voluntarios a participar en el estudio, que serán como mínimo 2 en cada centro de salud (6 profesionales como

mínimo en total). Éstos serán captados por el investigador principal y, una vez se obtenga su participación, cada uno de los profesionales será el encargado de seleccionar a sus pacientes a través de un muestreo no probabilístico, intencional y de conveniencia con un número mínimo de pacientes que permita un análisis estadístico comparativo. En la selección deberán respetar los criterios de inclusión y exclusión, captando a aquellos pacientes de los que estén llevando un seguimiento en la actualidad. Para justificar el tamaño muestral, establecemos una seguridad del 95% y un poder estadístico del 80% ante un planteamiento bilateral. Estimamos que en el grupo control mejorará su adherencia un 50% en comparación al grupo experimental que mejorará un 75%, suponiendo un 25% de mejora en la adherencia al aplicar la EM. De esta forma el tamaño muestral será de $n=68$, ajustado a una proporción de pérdidas del 15%. Por lo tanto el total necesario serían 136 pacientes de los cuales 68 serán sometidos a la EM y 68 a la ES. A su vez, los 68 pacientes serán distribuidos en función de los enfermeros y, al darnos un número inexacto (22,6 pacientes), determinamos que serán necesarios 23 pacientes para cada profesional.

$$n = \frac{\left[Z_{\alpha} \sqrt{2p(1-p)} + Z_{\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

n = pacientes necesarios para la muestra en cada grupo (58)

Z_{α} = Valor Z correspondiente al riesgo deseado (1.96)

Z_{β} = Valor Z correspondiente al riesgo deseado (0.842)

p_1 = Valor de la proporción en el grupo control (0.5)

p_2 = Valor de la proporción en el grupo experimental (0.75)

p = Media de las dos proporciones p_1 (0.625)

Tamaño muestral ajustado a las pérdidas:

Muestra ajustada a las pérdidas = $n (1/1-R)$ (68)

n= número de pacientes sin pérdidas (58)

R= proporción esperada de pérdidas (0.15)

La aleatorización a los grupos control y experimental de los profesionales se realizará con el programa informático Epidat 4.2. Los pacientes estarán en un grupo o en otro en función del grupo al que le toque intervenir a su enfermero/a.

7.4. Establecimiento de variables.

- **Independientes:** El tipo de intervención que reciban los participantes: La Entrevista Motivacional o Educación Sanitaria Tradicional.
- **Dependientes:** Grado de adherencia de los participantes al tratamiento (farmacológico y/o no farmacológico -cambios del estilo de vida-) y nivel de satisfacción del personal de enfermería tras la aplicación de la EM.

7.4.1. Métodos de medición.

Como métodos para medir las variables dependientes del estudio, emplearemos tres herramientas distintas que consistirán en:

- **Perfil Estilo de Vida Promotor de la Salud (segunda versión) (PEVPS-II) (ANEXO I).**

Revisión de la original (elaborada por Walker, Sechrist y Nola Pender en 1987). Es un instrumento que permite valorar los estilos de vida promotores de salud de los usuarios. Consta de 52 ítems de tipo Likert con 4 opciones de respuesta y con valor de 1- 4 en función de la respuesta escogida: Nunca (N)= 1; A veces (A)= 2; Frecuentemente (M)= 3 ; Rutinariamente (R)= 4.

La menor puntuación posible son 52 y la mayor a alcanzar 208, suponiendo que a mayor puntuación, mejor estilo de vida.

Esta herramienta consta, a su vez, de 6 subescalas en las que están distribuidos los 52 ítems a valorar:

A) Responsabilidad de la salud (3,9,15,21,27,33,39,45,51)

B) Actividad física (4,10,16,22,28,34,40,46)

C) Nutrición (2,8,14,20,26,32,38,44,50)

D) Relaciones interpersonales (1,7,13,19,25,31,37,43,49)

E) Autoactualización (6,12,18,24,30,36,42,48,54)

F) Tratamiento del estrés (5,11,17,23,29,35,41,47)

Para su medición global, se realiza el cálculo de la media de los puntos obtenidos de las 52 ítems o también se pueden obtener mediante la media de los resultados de cada una de las 6 subescalas (forma más recomendada para una mejor comparación de los resultados) ^{23,24}.

- **Test de Morisky - Green (ANEXO II).**

Es un cuestionario que fue desarrollado por Morisky, Green y Levine para evaluar el grado de adherencia al tratamiento farmacológico en la HTA. Consiste en 4 preguntas con respuestas dicotómicas (Sí/No), valorando si el paciente adopta las actitudes correctas ante el cumplimiento de su tratamiento farmacológico. Se considera cumplidor si responde correctamente a las 4 preguntas (NO/SI/NO/NO) ²⁵.

- **Cuestionario de Satisfacción Enfermera (ANEXO III).**

Cuestionario de elaboración propia, en el que por medio de 5 preguntas se evaluará el grado de satisfacción de enfermería tras la aplicación de la EM en comparación a la ES tradicional. Contará con 3 respuestas a elegir (Nada = 0, Poco =1, Mucho= 2), donde 0 será la puntuación más baja y 10 la más alta. A mayor puntuación, mayor grado de satisfacción.

Satisfacción baja: 0, 1, 2.

Satisfacción intermedia: 3, 4, 5.

Satisfacción alta: 6, 7, 8.

Satisfacción muy alta: 9, 10.

7.5. Recogida de datos

Los datos serán recogidos una vez se hayan ofrecido a participar los profesionales de enfermería y hayan sido captados los pacientes en un período de 4 meses. Se recogerán mediante los cuestionarios anteriormente citados, en un período de 11 meses en total que dura la intervención. Los que establecen los grados de adherencia serán entregados pre y post intervención en ambos grupos por los profesionales de enfermería que participen en el estudio. El investigador principal será el encargado de recogerlos una vez hechos, así como de realizar el cuestionario de Satisfacción Enfermera post intervención y de reunir todos los datos obtenidos del estudio para su posterior análisis.

7.6. Descripción de la intervención

7.6.1. Profesionales de Enfermería.

La intervención en ambos grupos (control y experimental) será realizada por 2 profesionales de enfermería como mínimo de cada uno de los tres centros de salud participantes en el estudio, es decir, por un total de 6 profesionales de enfermería. Deberán de haber accedido a participar voluntariamente tras haber leído la hoja informativa para el profesional de enfermería entregada por el investigador principal, en la que se explica cuál será su posición y función en el estudio (ANEXO IV). Deberán de respetar a su vez los criterios de inclusión y exclusión.

El estudio consistirá en dos fases. En la primera fase, en ambos grupos (control y experimental) aplicarán la ES tradicional basada en las últimas recomendaciones establecidas en el Programa de Actividades Preventivas y de la Promoción de la Salud (PAPPS) 2016 de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) ³ y de las Guías Europeas de Prevención de Riesgo Cardiovascular en la Práctica Clínica (2016) ⁷. Esta fase durará 2 meses. En la segunda fase, que comenzará en el mes 3, los enfermeros del grupo experimental asistirán a la primera de las tres sesiones de entrenamiento de la EM que aplicarán en los siguientes 9 meses. Para ello, deberán de acudir a las tres

sesiones de entrenamiento en EM (pre, inter y post intervención). Por otro lado, el profesional enfermero encargado del grupo control, continuará aplicando la ES tradicional.

Los profesionales de enfermería serán distribuidos aleatoriamente por el programa informático Epidat 4.2 a ambos grupos y evitarán comentar entre ellos los progresos obtenidos para impedir que los grupos a estudiar se contaminen.

Finalizadas las sesiones de los participantes, todos los profesionales de enfermería, incluyendo esta vez a los del grupo control, asistirán a la sesión 3 post-intervención sobre la EM. Así, los profesionales del grupo control podrán recibir también formación acerca de la EM y observar mejor la diferencia entre las intervenciones aplicadas.

Si el resultado fuese el esperado, de una mejora significativa en la adherencia con la aplicación de la EM, todos los pacientes tendrán la oportunidad de beneficiarse de los cuidados de enfermería aplicando la EM.

7.6.2. Participantes

Los participantes del estudio serán pacientes de los centros de salud de Fene, Ares y Mugardos que respeten los criterios de inclusión y exclusión, que hayan aceptado las condiciones del estudio planteadas en la hoja informativa para el paciente (ANEXO V) entregada por sus enfermeros/as en las consultas clínicas habituales y que hayan firmado el consentimiento informado (ANEXO VI). Además, enfermería llamará por teléfono a sus pacientes que presenten los criterios de selección, informándoles sobre el estudio y para informarles de que si están interesados, deberán de acudir a consulta a por los papeles correspondientes.

Los pacientes serán distribuidos al grupo experimental o al grupo control en cada centro de salud, en función del grupo al que le haya tocado intervenir al profesional de enfermería que lleva su seguimiento.

7.6.3. Desarrollo del estudio.

Obtenidos todos los requisitos legales se podrá comenzar el estudio.

Una vez captados los profesionales de enfermería por el investigador principal respetando los criterios de inclusión y exclusión, serán distribuidos aleatoriamente como enfermeros de cada uno de los grupos. Además, será enfermería, a través de llamadas telefónicas y de sus consultas clínicas, los que irán entregando la hoja informativa de los pacientes (ANEXO V) a sus pacientes junto con el consentimiento informado (ANEXO VI) y la hoja de compromiso del investigador principal (ANEXO VII) para ir captando de esta manera a los pacientes interesados en el estudio. El estudio constará de 2 fases. La primera, en la que ambos grupos (controles y experimentales) recibirán la misma intervención ES tradicional, y una segunda fase en la que será aplicada la EM en los grupos experimentales, y en la que enfermería tendrá que acudir a las tres sesiones de entrenamiento sobre EM.

SESIONES DE ENTRENAMIENTO EN EM PARA ENFERMERÍA DEL GRUPO EXPERIMENTAL:

Tendrán lugar en el centro de salud de Fene, tras haber pedido permiso a la coordinadora de enfermería vía telefónica por parte del investigador principal. Serán llevadas a cabo por un experto de EM del Grupo Español de Trabajo de Entrevista Motivacional (GETEM) ²⁶:

Sesión 1: PRE- intervención. Los enfermeros/as de los grupos experimentales comenzarán la primera de las tres sesiones de entrenamiento el mes 2, después de haber realizado la visita de los participantes sobre ES de ese mes y antes de empezar con la intervención sobre EM. La sesión tendrá una duración de 1h 30min que consistirá en la visualización de tres vídeos ^{27,28,29} acerca de la EM y la entrega de una copia para cada uno del libro de la 3ª edición de La Entrevista Motivacional de Miller y Rollnick (2013)¹⁷ (pero en versión española) que deberán de leer durante el estudio.

Sesión 2: INTER- intervención: La segunda sesión de 2 h tendrá lugar en el mes 5, correspondiente a la visita 6 de los participantes, aproximadamente en la mitad del estudio. En esta sesión los profesionales de enfermería expondrán sus dudas y dificultades que hayan tenido hasta el momento a la hora de aplicar la EM. Terminará con la visualización de un vídeo³⁰, del ejemplo de un caso con una paciente difícil, en el que se muestran las diferencias de conducta entre aplicar la EM y el estilo dirigente por parte del profesional.

Sesión 3: POST- intervención: Esta última sesión de 2h tendrá lugar en el mes 12, una vez haya terminado el período de intervención. Acudirán todos los profesionales de enfermería del estudio, tanto los que trabajaron con el grupo experimental como con el grupo control. El objetivo de esta sesión será que todos los profesionales tengan la oportunidad de observar las bases y en qué consiste la EM, y que refresquen y mantengan los conocimientos adquiridos. Para ello, se les dará a los enfermeros de los grupos control también una copia del libro de la Entrevista Motivacional, y además, a todos, se les pondrán una serie de 6 vídeos^{31,32,33,34,35,36} en el que se explican muy bien todos los fundamentos de la EM. Por último, se les aconsejará y animará a acudir en un futuro a conferencias realizadas por el grupo de profesionales de la salud llamados Grupo Español de Trabajo de Entrevista Motivacional (GETEM)²⁶ que se comprometieron a realizar formación teórico-práctica sobre la EM aquí en España, para que mantengan sus conocimientos adquiridos, los mejoren y actualicen.

VISITAS DE LOS PARTICIPANTES:

Después de 4 meses captando a pacientes por parte de enfermería:

Visita 1: Tanto a los grupos experimentales como a los grupos control se les entregará el PEVPS-II (ANEXO I) (para valorar su adherencia y posición ante las conductas promotoras de salud) junto con el test de

Morisky - Green (que sólo deberán de responder aquellos que presenten tratamiento farmacológico). De esta forma, se obtendrá una valoración pre-intervención que nos indicará en qué grado de adherencia se encuentran y qué dificultades prevalecen para poder comenzar a trabajar. Estos cuestionarios serán codificados, asignándoles un número y una letra a cada participante para mantener el anonimato pero poder diferenciar a qué grupo pertenecen:

Grupo Experimental: letra E + número identificador .

Grupo Control: letra C + número identificador.

VISITAS GRUPOS EXPERIMENTALES:

Estos grupos serán los que reciban la intervención de la Entrevista Motivacional por parte de enfermería.

En función de los resultados obtenidos tras haberles realizado el PEVPS-II (ANEXO I) y el test de Morisky – Green (ANEXO II) en la visita 1, los profesionales de enfermería se centrarán individualmente, según vayan acudiendo a las visitas, en los aspectos en los que necesiten más ayuda a la hora de combatir la ambivalencia y por tanto suponiendo un aumento en su adherencia al tratamiento de la HTA. Para ello, los pacientes acudirán a 9 visitas de las cuales las 2 primeras serán sobre la ES tradicional que serán mensuales, y a partir de la visita 3 será aplicada la EM, distribuidas de esta forma: 3, 4 semanales, 5 y 6 mensuales y las 7, 8 y 9 bimensuales. En ellas se seguirán los fundamentos de la EM y se motivará a los pacientes para que quieran seguir participando en el estudio, que muestren sus dudas, sus problemas y se adapten al nuevo estilo de comunicación. En todas las sesiones se respetarán todos los principios de la EM ¹⁷ (ANEXO VIII).

Una vez realizada la intervención, en la última sesión (la 9), se les volverá a entregar el PEVPS-II (ANEXO I) y el test de Morisky y Green (ANEXO II) para poder realizar una comparación de los resultados pre – post intervención en el que se verán mejores resultados de adherencia en

comparación a la información obtenida de los grupos control. También se compararán los resultados entre la fases 1 y 2 del grupo experimental.

VISITAS GRUPOS CONTROL:

Estos grupos son los que recibirán, mientras tanto, la ES tradicional basándose en las últimas recomendaciones de la PAPPS (2016) ³ y de las Guías Europeas de Prevención de Riesgo Cardiovascular en la Práctica Clínica (2016) ⁷:

Igual que en los grupos experimentales, tras la visita 1 en la que se les entregarán el PEVPS-II (ANEXO I) y el test de Morisky - Green (ANEXO II), se valorarán los aspectos a mejorar de cada individuo para trabajar con ellos a lo largo de las visitas a las que acudirán. Estas visitas estarán repartidas de la siguiente manera: semanales las 2 primeras, mensuales las 3,4,5,6 y bimensuales las 7, 8 y 9. En la visita 9 se les volverá a entregar los cuestionarios para poder realizar la valoración pre-post intervención entre los grupos control y experimentales.

Recibirán la intervención de ES tradicional actualizada, basada en las recomendaciones del PAPPS 2016, en las Guías Europeas de Prevención de Riesgo Cardiovascular en la Práctica Clínica (2016) y tomando como modelo el de Nola Pender, para valorar cada una de las 6 dimensiones de la vida de su teoría medidos en el PEVPS-II (ANEXO I), para poder ofrecer cuidados de calidad acerca de la HTA y de los cambios en los estilos de vida para la promoción de la salud. Todas esas recomendaciones serán aplicadas en las sesiones independientemente para pacientes con tratamiento farmacológico o no farmacológico, pues son beneficiosos y están recomendados para ambos. Consisten en:

- Pérdida de peso y control del mismo, realizar ejercicio físico (150 min/semana como mínimo a intensidad moderada), no fumar, cambio a hábitos dietéticos saludables (reducir el consumo de sal, aumentar el consumo de frutas y verduras, disminuir alimentos ricos en grasas saturadas y reducir el consumo de alcohol).

- Facilitar las pautas de medicación e inducir a una mayor adherencia al tratamiento no farmacológico para poder reducir el número de fármacos, resultando más manejable y fácil la toma de la medicación.
- Explicar la frecuencia de toma de la medicación, los posibles efectos adversos y cualquier duda que se les presente.
- Hacer un seguimiento de la PA como mínimo anualmente, aunque dependerá de las condiciones de cada caso concreto.
- Establecer consultas de educación sanitaria individualizadas, personalizando las medidas a seguir en cada caso y fomentando así la motivación al cambio.
- En casos de baja adherencia, están recomendadas multi-sesiones de asesoramiento y feedback.
- Profesionales de enfermería y otros profesionales de la salud en AP deben ofrecer información acerca de educación sanitaria sobre factores de RCV.

En las sesiones 9 de ambos grupos, se les volverá a pasar los mismos cuestionarios para comparar y realizar un posterior análisis.

El investigador principal, al final de la intervención con los pacientes, les pasará el cuestionario de satisfacción a enfermería para estudiar su nivel de satisfacción. Estos cuestionarios serán codificados, asignándoles un número y dos letras a cada profesional para mantener el anonimato pero poder diferenciar a qué grupo pertenecen:

Profesional Grupo Experimental: letras PE + número identificador .

Profesional Grupo Control: letras PC+ número identificador.

TABLA II. Planificación de visitas de los participantes.

VISITA	GRUPO EXPERIMENTAL			GRUPO CONTROL		
	DATA		ACTIVIDAD	DATA		ACTIVIDAD
	MES	SEMANA		MES	SEMANA	
1	1	1	Valoración adherencia inicial: PEVP-II + Morisky – Green. ES tradicional.	1	1	Valoración adherencia Inicial: PEVP-II + Morisky – Green. ES tradicional.
2	2	6	ES tradicional en la adherencia a conductas saludables.		3	ES. La importancia de buenos hábitos dietéticos.
3	3	9	Introducción a la EM y trabajo del vínculo (enganging)	2	9	ES. La importancia del ejercicio físico.
4		12	EM. Búsqueda de problemas y objetivos (focusing).	3	13	ES. La importancia de bajar peso.
5	4	15	EM en la adherencia a conductas saludables.	4	17	ES. Ayuda al abandono del tabaco y alcohol.
6	5	19	EM en la adherencia a conductas saludables.	5	21	ES. Ayuda al abandono del tabaco y alcohol.
7	7	28	EM en la adherencia a conductas saludables	7	30	ES. El buen uso del tratamiento farmacológico.
8	9	37	EM en la adherencia al tratamiento farmacológico	9	39	ES. El buen uso del tratamiento farmacológico.
9	11	46	Evaluación adherencia final: PEVP-II	11	48	Evaluación adherencia final: PEVP-II

			+ Morisky y- Green			+ Morisky - Green.
--	--	--	-----------------------	--	--	-----------------------

Fuente: Elaboración propia. Planificación de visitas de los participantes.

7.7. Análisis de datos.

Para realizar el análisis de los datos, se empleará el programa informático de estadística Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

Se realizarán:

- Codificación de las variables. Se les asignará un número a cada respuesta de los cuestionarios para su posterior análisis.
- Análisis de las variables del estudio: Se realizará un análisis descriptivo bivariado de las variables incluidas en el estudio. Se expresarán las cuantitativas como media \pm , mediana y desviación típica y las variables cualitativas con su frecuencia, porcentaje y la estimación del intervalo de confianza al 95%.
- Si las variables a estudiar siguen una distribución normal de la muestra, serán comparadas con el test t de Student y así se podrán comparar los resultados pre y post intervención del PEVPS-II y del Morisky y Green (entre los grupos control y experimental, y entre la fase 1 y la fase 2 dentro del grupo experimental). Si la distribución no fuese normal, se emplearía la prueba de contraste de Wilcoxon.
- Se realizará un análisis multivariante mediante regresión lineal múltiple, en función de la respuesta, para ajustar la eficacia de la intervención a posibles factores de confusión, así como para determinar la interacción de variables en los resultados de adherencia y también qué variables específicas están asociadas con cada uno de los resultados.
- Se representarán los datos mediante tablas y diagramas de barras.

7.8. Limitaciones del estudio.

Para la realización y planificación de un estudio siempre hay que tener en cuenta las posibles limitaciones y errores sistemáticos que se pueden dar para poder establecer medidas que los eviten y de esta forma impedir que afecten a la validez interna del estudio. Los principales sesgos a tener en cuenta son ³⁷:

- **Sesgo de selección:** Hace referencia a cualquier error derivado del proceso en el que se obtuvo la población a estudiar. Para evitarlo, se necesitará una muestra mínima necesaria, que puede verse afectada si se produce una baja participación por parte de enfermería y por tanto, una reducción de los pacientes a estudiar. De darse este caso, podrían buscarse otras alternativas, como intentar ampliar la muestra accediendo al resto de centros de salud que conforman el Área Sanitaria de Ferrol y, de ser necesario, de A Coruña.

- **Sesgo de información:** Hace referencia a cualquier error en la obtención de los datos (incorrecto instrumento de medida, imprecisiones en la información...). Si alguno de los cuestionarios no se entiende por algún motivo o se produce cualquier duda de las bases del estudio, el investigador principal se pondrá en contacto con quien lo necesite, y si es preciso, irá personalmente a solventar cualquier tipo de duda.

- **Sesgo de confusión:** Hace referencia a los factores o variables que no fueron considerados y pueden producir una distorsión en los resultados esperados. Puede darse el caso de que existiese un contagio entre los profesionales de enfermería o de los pacientes, al comentar el procedimiento que siguen en su grupo correspondiente o que aparezca cualquier variable inesperada. Para evitarlo, se llevará un seguimiento y se pondrá atención a las condiciones de aplicación de la intervención.

- También tendrá que tenerse en cuenta el tiempo que pueda tardar la obtención de los permisos necesarios por parte del Comité de Ética.

8. PLAN DE TRABAJO.

TABLA III. Cronograma.

	AÑO 1 Meses 1, 2	AÑO 1 Meses 3, 4	AÑO 1 Mes 5	AÑO 1 Meses 6,7,8,9	AÑOS 1, 2 Meses 9 - 20	AÑO 2 Mes 20-21	AÑO 2 Mes 22 →
Revisión bibliográfica	X						
Realización del diseño		X					
Solicitud CEICG			X				
Obtención de la muestra				X			
Recogida de datos					X		
Análisis de datos						X	
Divulgación de los datos							X

Cronograma del plan de trabajo.

Lo reflejado en la Tabla III será una aproximación del período de tiempo que llevará la realización por completo del estudio.

9. ASPECTOS ÉTICOS.

El primer paso que se llevará a cabo para poder comenzar con el estudio será pedir la autorización del Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia (CEICG) (ANEXO IX). Una vez sea aprobado por el mismo, se podrá comenzar con el estudio.

A los profesionales de enfermería que quieran participar voluntariamente en el estudio se les hará entrega de una hoja informativa para enfermería con todas las bases del estudio (ANEXO IV). A su vez, los pacientes que participen en el estudio serán informados acerca de las bases del mismo (metodología, financiación, diseño) a través de un informe que les será entregado y en el que se recogerán todos estos aspectos (ANEXO V). Se les entregará a su vez un consentimiento informado (ANEXO VI) para dejar reflejado por escrito su voluntaria participación en el estudio así como, de darse el caso, su posible abandono (ANEXO X). También recibirán la hoja de compromiso del investigador principal (ANEXO VII) .

Se tendrán en cuenta los principios éticos fundamentados en la Declaración de Helsinki ³⁸ y en el Convenio de Oviedo ³⁹. Además, se guardará total confidencialidad y autonomía de los participantes del estudio respetando la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal ⁴⁰; La 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 clínica⁴¹; El Decreto 164/2013, de 24 de octubre, por el que se modifica el Decreto 29/2009, de 5 de Febrero, que regula el uso y acceso a la historia clínica⁴² y; La Ley 3/2005, de 7 de marzo, de modificación de la Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes⁴³.

10. PLAN DE DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

Una vez llevado a cabo el estudio y haber obtenido los datos, será muy importante la difusión de la información obtenida al mayor número de profesionales de enfermería posible y del ámbito sanitario en general, para que pueda servir como ayuda al conocimiento de la aplicación de esta herramienta y para poder ampliar la utilización de la misma en la práctica clínica.

A la hora de elegir las revistas de enfermería en las que se pretende difundir los resultados, se tendrá en cuenta el factor de impacto que presenten. Éste nos indicará el nivel de importancia que presenta cada revista en el mismo campo científico y ayudará por tanto a la elección de las mismas. Para ello, se empleará el Journal Citations Reports (JCR)⁴⁴ y el Scimago Journal and Country Rank (SJR)⁴⁵ para las revistas a nivel internacional y el Repercusión Inmediata Cuiden (RIC)⁴⁶ para las de nivel nacional, puesto que la mayoría de las revistas nacionales no presentan un factor de impacto en JCR o SJR.

En el siguiente cuadro, se presentan las revistas internacionales y nacionales en las que se pretende publicar el estudio, siempre adaptando la información obtenida del estudio a los requisitos impuestos por cada revista.

TABLA IV: Revistas de difusión.

REVISTAS INTERNACIONALES	FACTOR DE IMPACTO 2015	
	JCR	SJR
International Journal of Nursing Studies	3.561	1.526
Health Promotion International	2.046	0.664
Research in Nursing and Health	1.638	0.708
American Journal of Nursing	1.605	0.286
Nurse Education Today	1.591	0.958
REVISTAS NACIONALES	FACTOR DE IMPACTO 2015	
	RIC	SJR

Index de Enfermería	1,711	0.142
Enfermería Global	0,904	0.14
Enfermería Clínica	0,731	0.245
Enfermería Comunitaria	0,250	-
Metas de Enfermería	0,212	-
Revista Rol de Enfermería	0,152	0.103

Fuente: Elaboración propia, información de Factores de Impacto disponibles en las webs de Journal Citations Reports (2015)⁴⁴, Scimago Journal and Country Rank (2015)⁴⁵ y Fundación Index (2015)⁴⁶.

A continuación se indican los colectivos de interés y congresos en los que se divulgarán los resultados obtenidos del estudio:

- Reunión Nacional de la Sociedad Española de Hipertensión – Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA).
- Congreso anual da Sociedade Galega de Hipertensión (SOGATHA).
- Jornadas Nacionales Cardiovasculares de La Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN).
- El Congreso de las Enfermedades Cardiovasculares de la Sociedad Española de Cardiología (SEC).

11. FINANCIACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

11.1. Recursos necesarios.

TABLA V: Recursos necesarios para la investigación.

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	COSTE UNIDADES	COSTE TOTAL
Infraestructura necesaria			
Cesión de espacio por los C.S. Fene, Ares y Mugardos.	6 consultas y 1 sala	0€	0€

Recursos humanos necesarios			
Personal de Enfermería voluntario	6	0€	0€
Auxiliar administrativo	1	1100€	4400€ (x 4 meses)
Profesional experto de EM (GETEM)	1	-	2000€
Material fungible			
Bolígrafos	10	0,40€	4€
Paquete de folios	4	3,35€	13,40€
Libro Entrevista Motivacional en español. 3º ed.	1	39,50€	39,50€
Libreta de anotaciones	2	2,50€	5€
Tinta de impresora	6	18€	108€
Material inventariable			
Impresora	1	39€	39€
Portátil gama media	1	400€	400€
USB 16GB	2	4,50€	9€
Contratación de servicios			
Reprografía	-	-	200€
Internet	-	-	-
Asesoramiento estadístico	-	-	1500€
Otros gastos (viajes, dietas, participación a congresos...)			
Congresos	4	-	2000€
Transporte + dietas	-	-	1000€
GASTO TOTAL			11.717,9€

Recursos necesarios para poner en práctica la investigación.

11.2. Posibles fuentes de financiación.

Para conseguir hacer el estudio con la estimación de gastos presentada más arriba serán necesarias ayudas de financiación para costearlos:

Autonómicas:

- La Diputación Provincial da Coruña otorga 4 bolsas para el área de las ciencias de la salud valoradas en 8.000€ cada una. Está destinada a titulados universitarios que quieran realizar un trabajo de investigación en el período 2017-2018.

Estatales:

- Convocatorias y ayudas de la Acción Estratégica de Salud (AES) subvencionadas por el Instituto de Salud Carlos III. La AES tiene como objetivos principales fomentar la salud y bienestar de la ciudadanía, así como desarrollar los aspectos preventivos, diagnósticos, curativos, rehabilitadores y paliativos de la enfermedad.
- Asociación Madrileña de Investigación en Enfermería - Premio Nacional de investigación en Enfermería. Concede un premio valorado en 1500€ por proyectos que fomenten la elaboración y desarrollo de Proyectos de Investigación en Enfermería en todas sus vertientes.
- Beca del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Destinada a estudiantes de segundo año de ciclo, de último año de grado o primer año de master. Se ofrecen 2365 becas en total, con una dotación de 2000€ por beneficiario.

Europeas:

- Tercer programa de acción de la Unión Europea en el ámbito de la salud (2014-2020). El presupuesto total del programa es de 449.394.000€ y uno de sus objetivos consiste en promover la salud, prevenir las enfermedades y fomentar entornos que propicien estilos de vida saludables.

12. BIBLIOGRAFÍA.

1. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Böhm M et al. Guía de práctica clínica de la ESH/ESC para el manejo de la hipertensión arterial. Hipertensión y riesgo vascular. Hipertensión y riesgo vascular [Revista en Internet] Diciembre 2013 [acceso 13 de Marzo de 2017] 30(3): 4-91. Disponible en:
<https://www.seh-linha.org/wp-content/uploads/2017/04/Guia2013.pdf>
2. WHO. A global brief on hypertension [Internet]. Who.int. 2017 [acceso 13 de Marzo de 2017]. Disponible en:
http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/en/
3. Maiques Galán A, Brotons Cuixart C, Banegas Banegas JR, Martín Riobó E, Lobos-Bejarano JM, Villar Álvarez F, et al. Recomendaciones preventivas cardiovasculares. PAPPS 2016. Atención Primaria [Revista en Internet] 2016 June 2016 [acceso 9 Abril de 2017] 48:4-26 Disponible en:<http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-recomendaciones-preventivas-cardiovasculares-papps-2016-S0212656716301858>
4. Mota Pérez B, Mendibil Crespo LI. Medidas no farmacológicas en personas hipertensas en una consulta de Enfermería en Atención Primaria. Metas de Enfermería [Revista en Internet]. Metas Enferm feb 2017 [acceso 13 Marzo 2017] 20(1):26-32. Disponible en:
<http://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/81014/>
5. De la Figuera M, Arnau JM, Brotons C. Hipertensión Arterial en Atención Primaria. Evidencia y práctica clínica. Badalona: Almirall Prodesfarma; 2002.
6. Llisterri Caro JL, Rodríguez Roca GC, Alonso Moreno FJ, Prieto Díaz MA, Banegas Banegas JR, González-Segura Alsina D et al. Control de la presión arterial en la población hipertensa española asistida en Atención Primaria. Estudio PRESCAP 2010. Medicina Clínica [Revista en Internet]. Med Clin 2012 [acceso 29 Abril 2017] 139(15):653-61. Disponible en:

<http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-linkresolver-control-presion-arterial-poblacion-hipertensa-S0025775311011298>

7. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Capatano AL et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Heart Journal [Revista en Internet] 2016 [acceso 14 Abril 2017] 37(29):2315-2381. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27222591>
8. Pisano González MM, González Pisano A. La modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica, clave para el control de la enfermedad crónica. Enfermería Clínica [Revista en Internet]. Enferm Clin. 2014 [acceso 9 Abril 2017]. 24(1):59-66. Disponible en:
<http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-epub-S1130862113001757>
9. Castilla-Nieto R. Entrevista motivacional en el tratamiento de personas con enfermedades crónicas. Revista Española de Comunicación en Salud [revista en Internet] 2016 [acceso 26 Marzo 2017] 7(1):113-123. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5638469>
10. Bóveda Fontán J, Pérula de Torres LÁ, Campiñez Navarro M, Bosch Fontcuberta JM, Barragán Brun N, Prados Castillejo JA. Evidencia actual de la entrevista motivacional en el abordaje de los problemas de salud en atención primaria. Atención Primaria [Revista en Internet] 2013 [acceso 13 Marzo 2017] 45(9):486-495. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4433932>
11. Edwards E, Stapleton P, Williams K, Ball L. Building skills, knowledge and confidence in eating and exercise behavior change: Brief motivational interviewing training for healthcare providers. Patient

- Education and Counseling [Revista en Internet]. Patient Educ Couns 2015 [acceso 27 Marzo 2017] 98(5):674-676. Disponible en:
[http://sod.udc.es/gtb/sod/usu/\\$UCG/documentos/%21_RGE_%24UCG_13171841_13171841_udc.pdf](http://sod.udc.es/gtb/sod/usu/$UCG/documentos/%21_RGE_%24UCG_13171841_13171841_udc.pdf)
12. Zurera Delgado I, Caballero Villarraso MT, Ruíz García M. Análisis de los factores que determinan la adherencia terapéutica del paciente hipertenso. Enfermería Nefrológica [Revista en Internet]. 2014 [acceso 13 Marzo 2017]17(4):251-260. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v17n4/03_original2.pdf
 13. Varela Arévalo MT. El reto de evaluar la adherencia al tratamiento en la hipertensión arterial. Pensamiento Psicológico [Revista en Internet]. 2010 [acceso 26 Marzo 2017] 7(14):127-140. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/pdf/801/80113673010.pdf>
 14. López Romero LA, Romero Guevara SL, Parra DI, Rojas Sánchez LZ. Adherencia al tratamiento: Concepto y medición. Hacia la promoción de la salud [Revista en Internet]. Hacia promoc. salud. 2016 [acceso 9 Abril 2017]. 21(1): 117-137. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v21n1/v21n1a10.pdf>
 15. Córdoba García R, Camarelles Guillem F, Muñoz Seco E, Gómez Puente JM, Ramírez Manent JI, San José Arango J, et al. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Atención Primaria [Revista en Internet] 2016 [acceso 25 Abril 2017] 48:27-38. Disponible en:
<http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-recomendaciones-sobre-el-estilo-vida-S021265671630186X>
 16. Ruiz Moral R. Comunicación Clínica. Principios y habilidades para la práctica. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2015.
 17. Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing. 3ªed. New York; London: Guilford Press; 2013.
 18. Georgopoulou S, Prothero L, Lempp H, Galloway J, Sturt J. Motivational interviewing: relevance in the treatment of rheumatoid arthritis? Rheumatology [Revista en Internet] 2015 [acceso 27 Marzo 2017]. 55(8):1348-1356. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26515960>

19. Bräutigam Ewe M, Lydell M, Månsson J, Johansson G, Hildingh C. Dietary advice on prescription: experiences with a weight reduction programme. *Journal of Clinical Nursing* [Revista en Internet]. *J Clin Nurs* 2017 [Acceso 9 Abril 2017] 26(5-6):795-804. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27549032>
20. Tárraga Marcos ML, Panisello Royo JM, Rosich N, Solera Albero J, Celada Rodríguez A, Salmerón R, et al. Efecto de una intervención motivacional de Obesidad sobre factores de riesgo cardiovascular. *Journal of Negative & No Positive Results* [Revista en Internet] *JONNPR*. 2016 [acceso 13 Marzo 2017] 1(2):56-64. Disponible en: <http://revistas.proeditio.com/jonnpr/article/view/974>
21. Thomas ML, Elliott JE, Rao SM, Fahey KF, Paul SM, Miaskowski C. A randomized, clinical trial of education or motivational-interviewing-based coaching compared to usual care to improve cancer pain management. *Oncology Nursing Forum* [Revista en Internet]. *Oncol Nurs Forum* 2012 Jan [acceso 26 Marzo 2017] 39(1):39-49. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22201654>
22. Xunta de Galicia. Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol, Memoria 2015 [Internet]. Ferrol. SERGAS, 2015 [acceso 26 Marzo 2017] [p.67,80,89]. Disponible en: https://libraria.xunta.gal/sites/default/files/downloads/publicacion/xerencia_de_xestion_integrada_de_ferrol_memoria_2015_2_-_copia.pdf
23. Walker S, Kerr J, Pender NJ, Sechrist K. A Spanish language version of the health-promoting lifestyle profile. *Nurs Res*. 1990; 39 (6): 268-273.
24. Alligood MR, Tomey AM. Modelos y teorías en enfermería. 7ªed. Barcelona: Elsevier; 2010.
25. Rodríguez Chamorro MA, García Jiménez E, Amariles P, Rodríguez Chamorro A, Faus MJ. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Atención Primaria* [Revista

- en Internet]. Aten Primaria 2008 [acceso 25 Abril 2017] 40(8):413-7.
Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656708720766>
26. GETEM. ¿Qué es la Entrevista Motivacional? [Internet] Getem.org. 2017 [acceso 5 Mayo 2017]. Disponible en:
http://getem.org/?page_id=2
27. Matulich B. Introduction to Motivational Interviewing. International Interviewing Network of Trainers [Video] 30 mayo 2013 [Acceso 5 Mayo 2017][17:21min.] Disponible en:
<https://www.youtube.com/watch?v=s3MCJZ7OGRk>
28. Coloradoguidelines. Motivational Interviewing: Evoking Commitment to Change [Video]. 14 Octubre 2009 [acceso 5 Mayo 2017][5:35 min.] Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=dm-rJJPCuTE>
29. Advanced Motivational Interviewing for Clinicians. Advanced Motivational Interviewing: Hypertension [Video]. 18 Octubre 2013 [acceso 5 Mayo 2017][19:22] Disponible en:
<https://www.youtube.com/watch?v=uLhQGFeE5XE>
30. Beckett R. Difficult Patient and Motivational Interviewing [Video]. 18 Octubre 2015. [acceso 5 Mayo 2017] [18:44 min] Disponible en:
https://www.youtube.com/watch?v=YkKrNy_J_O4
31. National Heart Foundation of Australia. 1 Motivational Interviewing: Introduction [Video]. 20 Febrero 2012 [acceso 5 Mayo 2017] [1:48 min.] Disponible en:
https://www.youtube.com/watch?v=lufiDGI1ckM&list=PLwsK_djnleJU4RFkUTlwMZOIS4igWb-yF
32. National Heart Foundation of Australia. 2 Motivational Interviewing: Setting the scene [Video]. 20 Febrero 2012 [acceso 5 Mayo 2017] [9:26 min.] Disponible en:
https://www.youtube.com/watch?v=-aTe4LpGz_E
33. National Heart Foundation of Australia. 3 Motivational Interviewing: The spirit and principles [Video]. 20 Febrero 2012 [acceso 5 Mayo 2017][7:41 min.] Disponible en:

- <https://www.youtube.com/watch?v=nim62l1oaN4>
34. National Heart Foundation of Australia. 4 Motivational Interviewing: People arguing for change- Introducing DARN-C [Video]. 20 Febrero 2012 [acceso 5 Mayo 2017][10:23min.] Disponible en:
<https://www.youtube.com/watch?v=Pwu99NIGiXU>
35. National Heart Foundation of Australia. 5 Motivational Interviewing: Core clinicians skills- Introducing OARS [Video]. 20 Febrero 2012 [acceso 5 Mayo 2017][16:55min.] Disponible en:
<https://www.youtube.com/watch?v=-zEpwxJIRQI>
36. National Heart Foundation of Australia. 6 Motivational Interviewing: Recommendations and conclusion [Video]. 20 Febrero 2012 [acceso 5 Mayo 2017][8:14min.] Disponible en:
<https://www.youtube.com/watch?v=se7gJCjNo2Q>
37. Pita Fernández, S. Epidemiología. Conceptos básicos. [Internet] En: Tratado de Epidemiología Clínica. Madrid; DuPont Pharma, S.A.; unidad de epidemiología Clínica, Departamento de Medicina y Psiquiatría. Universidad de Alicante: 1995 [acceso 30 Abril] [p. 25-47]. Disponible en:
http://www.fisterra.com/mbe/investiga/6tipos_estudios/6tipos_estudios.asp#sesgos
38. Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet] Octubre 2013 [acceso 23 Marzo 2017]. Disponible en:
<http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-investigacion/fd-evaluacion/fd-evaluacion-etica-investigacion/Declaracion-Helsinki-2013-Esp.pdf>
39. Jefatura del Estado. Convenio de Oviedo. 4 de Abril de 1997.
40. Jefatura del Estado. Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal. 1999.
41. Jefatura del Estado. 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. 2002.

42. Consellería de Sanidad. Decreto 164/2013, de 24 de octubre, por el que se modifica el Decreto 29/2009, de 5 de febrero, por el que se regula el uso y acceso a la historia clínica. 2013.
43. Comunidad Autónoma de Galicia. Ley 3/2005, de 7 de marzo, de modificación de la Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes. 2005.
44. ThomsonReuters. Journal Citations Reports [Internet] ThomsonReuters [acceso 30 Abril 2017]. Disponible en:
<https://jcr.incites.thomsonreuters.com/JCRJournalHomeAction.action?SID=B2-FtKuHPrPEoj8v3hAbqtlQyF4bPZORsAsDX-0mU6Yt5anfftDuIV2DDvZHczOUR7xKmOsYUOi2vrTJdnsoJouqOgj2loXMMYJTi-YwBaX6hN5JZpnPCj2IZNMAx3Dx3D-jywguyb6iMRLFJm7wHskHQx3Dx3D&SrcApp=IC2LS&Init=Yes>
45. Scimago Journal & Country Rank [Internet]. Scimagojr.com. [acceso 30 Abril 2017]. Disponible en:
<http://www.scimagojr.com/journalrank.php>
46. FUNDACION INDEX [Internet]. Index-f.com. [acceso el 30 de marzo de 2016]. Disponible en:http://www.index-f.com/cuiden_cit/citacion.php

13. ANEXOS.

ANEXO I. El Perfil del Estilo de Vida Promotor de Salud II (PEVPS-II).

INSTRUCCIONES: Este cuestionario evalúa sus hábitos de vida en la actualidad. Por favor, responda con total sinceridad y con la mayor exactitud posible, evitando pasar por alto ninguna respuesta. Indique la frecuencia con la que usted realiza cada conducta o costumbre, rodeando con un círculo la respuesta correcta:

N= Nunca A= A veces M= Frecuentemente R= Rutinariamente

ÍTEMS	Nunca	A veces	Frecuentemente	Rutinariamente
1. Discuto mis problemas y preocupaciones con personas allegadas.	N	A	M	R
2. Escojo una dieta baja en grasas, grasas saturadas y en colesterol.	N	A	M	R
3. Informo a un doctor/a o a otros profesionales de la salud cualquier señal inusual o síntoma extraño.	N	A	M	R
4. Sigo un programa de ejercicios planificados.	N	A	M	R
5. Duermo lo suficiente.	N	A	M	R
6. Siento que estoy creciendo y cambiando en	N	A	M	R

una forma positiva.				
7. Elogio fácilmente a otras personas por sus éxitos.	N	A	M	R
8. Limito el uso de azúcares y alimentos que contienen azúcar (dulces).	N	A	M	R
9. Leo o veo programas de televisión acerca del mejoramiento de la salud.	N	A	M	R
10. Hago ejercicios vigorosos por 10 o más minutos, por lo menos tres veces a la semana (tales y como caminar rápidamente, andar en bicicleta, baile aeróbico, usar la máquina escaladora).	N	A	M	R
11. Tomo algún tiempo para relajarme todos los días.	N	A	M	R
12. Creo que mi vida tiene propósito.	N	A	M	R
13. Mantengo relaciones significativas y enriquecedoras.	N	A	M	R

14. Como de 6-11 porciones de pan, cereales, arroz, o pasta (fideos) todos los días.	N	A	M	R
15. Hago preguntas a los profesionales de la salud para poder entender sus instrucciones.	N	A	M	R
16. Tomo parte en actividades físicas livianas a moderadas (tales como caminar continuamente de 30 a 40 minutos, 5 o más veces a la semana)	N	A	M	R
17. Acepto aquellas cosas en vida que yo no puedo cambiar.	N	A	M	R
18. Miro adelante hacia el futuro.	N	A	M	R
19. Paso tiempo con amigos íntimos.	N	A	M	R
20. Como de 2 a 4 porciones de frutas todos los días.	N	A	M	R
21. Busco una segunda opinión, cuando pongo en duda las recomendaciones	N	A	M	R

de mi proveedor de servicios de salud.				
22. Tomo parte en actividades físicas de recreación (tales como nadar, bailar, andar en bicicleta).	N	A	M	R
23. Me concentro en pensamientos agradables a la hora de acostarme.	N	A	M	R
24. Me siento satisfecho y en paz conmigo mismo (a).	N	A	M	R
25. Se me hace fácil demostrar preocupación, amor y cariño a otros.	N	A	M	R
26. Como de 3 a 5 porciones de vegetales todos los días.	N	A	M	R
27. Discuto mis cuestiones de salud con profesionales de la salud.	N	A	M	R
28. Hago ejercicios para estirar los músculos por lo menos 3 veces por semana.	N	A	M	R
29. Uso métodos específicos para controlar mi	N	A	M	R

tensión.				
30. Trabajo hacia metas de largo plazo en mi vida.	N	A	M	R
31. Toco y soy tocado (a) por las personas que me importan.	N	A	M	R
32. Como de 2 a 3 porciones de leche, yogurt, o queso cada día.	N	A	M	R
33. Examino mi cuerpo por lo menos mensualmente, por cambios físicos o señales peligrosas.	N	A	M	R
34. Hago ejercicios durante actividades físicas usuales diariamente (tales como caminar a la hora del almuerzo, utilizar escaleras en vez de elevadores, estacionar el coche lejos del lugar de destino y, caminar).	N	A	M	R
35. Mantengo un balance del tiempo entre el trabajo y pasatiempos.	N	A	M	R
36. Encuentro cada día interesante y	N	A	M	R

retador (estimulante).				
37. Busco maneras de llenar mis necesidades de intimidad.	N	A	M	R
38. Como solamente de 2 3 porciones de carne, aves, pescado, frijoles, huevos y nueves todos los días.	N	A	M	R
39. Pido información de los profesionales dela salud sobre como tomar buen cuidado de mi mismo(a).	N	A	M	R
40. Examino mi pulso cuando estoy haciendo ejercicios.	N	A	M	R
41. Practico relajación o meditación por 15-20 minutos diariamente.	N	A	M	R
42. Estoy consciente de lo que es importante para mí en la vida.	N	A	M	R
43. Busco apoyo de un grupo de personas que se preocupan por mí.	N	A	M	R
44. Leo las etiquetas	N	A	M	R

nutritivas para identificar el contenido de grasas y sodio en los alimentos empaquetados.				
45. Asisto a programas educativos sobre el cuidado de salud personal.	N	A	M	R
46. Alcanzo mi pulso cardíaco objetivo cuando hago ejercicios.	N	A	M	R
47. Mantengo un balance par prevenir el cansancio.	N	A	M	R
48. Me siento unido(a) con una fuerza más grande yo.	N	A	M	R
49. Me pongo de acuerdo con otros por medio del diálogo y compromiso.	N	A	M	R
50. Como desayuno.	N	A	M	R
51. Busco orientación o consejo cuando es necesario.	N	A	M	R
52. Expongo mi persona a nuevas experiencias y retos.	N	A	M	R

ANEXO II. Test de Morisky - Green.

INSTRUCCIONES: *Este cuestionario está indicado para quienes tomen cualquier tipo de medicación para la hipertensión. Si usted NO se encuentra entre ellos, NO debe de responder este cuestionario.*

Mediante este cuestionario se pretende evaluar si usted adopta las actitudes correctas ante el cumplimiento de su tratamiento farmacológico. Sólo deberá responder con sinceridad a las siguientes 4 preguntas, rodeando con un círculo la respuesta correcta:

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar la hipertensión?

SI / NO

2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?

SI / NO

3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?

SI / NO

4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?

SI / NO

ANEXO III. Cuestionario de Satisfacción Enfermera.

INSTRUCCIONES: Este cuestionario tiene como objetivo conocer su grado de satisfacción después de haber realizado la intervención. Por favor, responda a las siguientes preguntas con total sinceridad. Sólo deberá de rodear con un círculo la respuesta con la que se encuentre más identificado. No existen respuestas correctas o incorrectas, es su opinión en base a su propia experiencia.

Nada = 0

Poco = 1

Mucho = 2

1. ¿Considera que la técnica/herramienta que ha empleado ayuda a la adherencia al tratamiento de la HTA?

Nada

Poco

Mucho

2. ¿Es esa técnica/herramienta, desde su propio criterio, útil para el trabajo en enfermería de AP?

Nada

Poco

Mucho

3. ¿Recomendaría la utilización de esa técnica/herramienta?

Nada

Poco

Mucho

4. ¿Siente que los pacientes se ven favorecidos al recibir su aplicación?

Nada

Poco

Mucho

5. ¿Se siente satisfecho/a con la aplicación de esa técnica/herramienta?

Nada

Poco

Mucho

ANEXO IV. Hoja de información para Enfermería.

HOJA DE INFORMACIÓN AL/A LA PARTICIPANTE DE ENFERMERÍA

TÍTULO DEL ESTUDIO: La Entrevista Motivacional aplicada a pacientes con mala adherencia al tratamiento de la Hipertensión en el contexto de Enfermería de Atención Primaria.

INVESTIGADOR: Emma Rodríguez Gómez.

CENTRO: Centros de Salud de Fene, Ares y Mugarbos.

Este documento tiene por objeto ofrecerle información sobre un **estudio de investigación** en el que se le invita a participar. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética para la investigación citada.

Si decide participar en el mismo, debe recibir información personalizada del investigador, **leer antes este documento** y hacer todas las preguntas que precise para comprender los detalles sobre el mismo. Si así lo desea, puede llevar el documento, consultarlo con otras personas, y tomar el tiempo necesario para decidir si participa o no.

La participación en este estudio es completamente **voluntaria**. Ud. puede decidir no participar o, si acepta hacerlo, cambiar de parecer retirando el consentimiento en cualquier momento sin dar explicaciones.

¿Cuál es el propósito del estudio?

El propósito de este estudio es demostrar la aplicabilidad y efectividad de la Entrevista Motivacional (EM) en la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos con dificultad de cumplimiento del mismo, en comparación con la Educación Sanitaria (ES) tradicional, además de la satisfacción obtenida por parte de enfermería de AP tras la intervención.

¿Por qué me ofrecen participar a mi?

Usted es invitado a participar porque es esencial la participación de profesionales de enfermería de AP para su realización, pues serán quienes la apliquen y, además, ayudará a su fomento en enfermería de AP y en enfermería en general.

¿En qué consiste mi participación?

En primer lugar, todos los profesionales de enfermería que participen en el estudio serán los encargados de entregarles las hojas informativas a sus pacientes en la consulta (o vía telefónica) que respeten los criterios de inclusión y exclusión y de los que estén llevando un seguimiento.

Como participante del estudio, usted será asignado/a (en el centro de salud en el que trabaja), al grupo control o al experimental.

El estudio constará de 2 fases. En la primera (de 2 meses de duración) ambos grupos aplicarán la Educación Sanitaria (ES) tradicional. En la segunda fase, en función del grupo en el que le toque trabajar, tendrá que realizar diferentes funciones:

- Si va a ser el encargado/a del grupo control, su función consistirá en aplicar la Educación Sanitaria tradicional como venía haciendo hasta el momento, fundamentada en el PAPPS 2016 y en las Guías Europeas de Prevención de Riesgo Cardiovascular en la Práctica Clínica (2016), en una serie de 9 sesiones de 1 hora de duración en su consulta.

- Por otro lado, si va a ser el encargado/a del grupo experimental, su función consistirá en aplicar la Entrevista Motivacional, en una serie de 9 sesiones de 1 hora de duración en su consulta. Para ello, deberá de acudir a 3 sesiones sobre la Entrevista Motivacional: La primera será la PRE-intervención de 1h y 30 min de duración, a la que tendrá que acudir 1 mes antes de comenzar la intervención. Consistirá en la visualización de tres vídeos acerca de la EM y la entrega de una copia para cada uno del libro en versión española de la 3ª edición de La Entrevista Motivacional de Miller y Rollnick (2013) que deberá de leer durante el estudio; La segunda

intervención será la INTER-intervención de 2h, sobre la mitad del estudio, correspondiente a la visita 6 de los participantes y en la que expondrán las dudas y dificultades que hayan tenido a la hora de aplicar la EM hasta el momento. Por último, terminará con la visualización de un vídeo, del ejemplo de un caso con una paciente difícil, en el que se muestran las diferencias de conducta entre aplicar la EM y el estilo dirigente por parte del profesional; por último, la última sesión a la que tendrá que acudir será la POST- intervención de 2h de duración, que tendrá lugar una vez terminada la intervención en ambos grupos (control y experimental). A esta sesión acudirá tanto si haya intervenido en el grupo control como en el experimental, pues el objetivo de esta última sesión es que todos los profesionales tengan la oportunidad de observar las bases y saber en qué consiste la EM, y que refresquen y mantengan los conocimientos adquiridos. Para ello, se les dará a los enfermeros de los grupos control también una copia del libro de la Entrevista Motivacional, y además, a todos, se les pondrá una serie de 6 vídeos en el que se explican muy bien todos los fundamentos de la EM. Por último, se les aconsejará y animará a acudir en un futuro a conferencias realizadas por un grupo de profesionales de la salud llamados Grupo Español de Trabajo de Entrevista Motivacional (GETEM) que se comprometieron a realizar formación teórico-práctica sobre la EM aquí en España, para que mantengan sus conocimientos adquiridos, los mejoren y actualicen. Además tendrá que responder de forma anónima a un cuestionario en el que se medirá su grado de satisfacción después de haber realizado la intervención.

Para poder registrar los resultados obtenidos del estudio, se encargará de entregar los test de PEVPS-II y el de Morisky-Green a los participantes antes y después de la intervención (independientemente del grupo en el que le haya tocado trabajar), que después serán recogidos por el investigador principal para su posterior análisis.

Por lo tanto, su participación tendrá una duración total estimada de 5 horas y 30 min de sesiones de formación (en el caso de formar parte del grupo experimental), más 60 min adicionales a las citas programas dedicadas al paciente. La duración de la intervención en total será de 11 meses.

¿Qué molestias o inconvenientes tiene mi participación?

El tiempo necesario para la realización de las sesiones de formación, el tiempo requerido para cubrir el cuestionario y las consultas de sus pacientes que no formen parte del estudio.

¿Obtendré algún beneficio por participar?

Al participar, tendrá la oportunidad de conocer una nueva herramienta para aplicarle a los pacientes que presenten problemas de adherencia al tratamiento de la hipertensión tanto farmacológico como no farmacológico o cualquier otra patología crónica.

Se beneficiará de sesiones de formación, además de la puesta en práctica de la misma para poder observar, en primera persona, los beneficios que atañe y por tanto la mejora considerable que presentarán sus pacientes tras la intervención.

¿Recibiré la información que se obtenga del estudio?

Se Ud. lo desea, se le facilitará un resumen de los resultados del estudio.

¿Se publicarán los resultados de este estudio?

Los resultados de este estudio serán remitidos a publicaciones científicas para a su difusión, pero no se transmitirá ningún dato que pueda llevar a la identificación de los participantes.

¿Cómo se protegerá la confidencialidad de mis datos?

El tratamiento, comunicación y cesión de sus datos se hará conforme a lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. En todo momento, Ud. podrá acceder a

sus datos, oponerse, corregirlos o cancelarlos, solicitando ante el investigador.

Solamente el equipo investigador, y las autoridades sanitarias, que tienen deber de guardar la confidencialidad, tendrán acceso a todos los datos recogidos por el estudio. Se podrá transmitir a terceros información que no pueda ser identificada. En el caso de que alguna información sea transmitida a otros países, se realizará con un nivel de protección de los datos equivalente, como mínimo, al exigido por la normativa de nuestro país.

Sus datos serán recogidos y conservados hasta terminar el estudio de modo codificado, que quiere decir que poseen un código con el que el equipo investigador podrá conocer a quién pertenece.

Al terminar el estudio los datos serán anonimizados.

¿Existen intereses económicos en este estudio?

El investigador no recibirá retribución específica por la dedicación al estudio.

Ud. no será retribuido por participar.

Cómo contactar con el equipo investigador de este estudio?

Ud. puede contactar con Emma Rodríguez Gómez en el teléfono [REDACTED] o el correo electrónico [REDACTED].

Muchas Gracias por su colaboración.

ANEXO V. Hoja de información para los pacientes.

HOJA DE INFORMACIÓN AL/A LA PARTICIPANTE ADULTO/A

TÍTULO DEL ESTUDIO: La Entrevista Motivacional aplicada a pacientes con mala adherencia al tratamiento de la Hipertensión en el contexto de Enfermería de Atención Primaria.

INVESTIGADOR: Emma Rodríguez Gómez

CENTRO: Centros de Salud de Fene, Ares y Mugarbos.

Este documento tiene por objeto ofrecerle información sobre un **estudio de investigación** en el que se le invita a participar. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética para la investigación citada.

Si decide participar en el mismo, debe recibir información personalizada del investigador, **leer antes este documento** y hacer todas las preguntas que precise para comprender los detalles sobre el mismo. Se así lo desea, puede llevar el documento, consultarlo con otras personas, y tomar el tiempo necesario para decidir si participa o no.

La participación en este estudio es completamente **voluntaria**. Ud. puede decidir no participar o, se acepta hacerlo, cambiar de parecer retirando el consentimiento en cualquier momento sin dar explicaciones. Le aseguramos que esta decisión no afectará a la relación con su médico ni a la asistencia sanitaria a la que Ud. tiene derecho.

¿Cuál es el propósito del estudio?

El propósito de este estudio es demostrar la aplicabilidad y efectividad de la Entrevista Motivacional (EM), una intervención enfermera que ayudará en la adherencia al tratamiento en pacientes que padezcan hipertensión con dificultad de cumplimiento del mismo, en comparación con la

Educación Sanitaria (ES) tradicional, además de la satisfacción obtenida por parte de enfermería de AP tras su intervención.

¿Por qué me ofrecen participar a mi?

Ud. es invitado a participar porque padece Hipertensión Arterial de Grado I, II o III, la patología en la que se basa el estudio.

¿En que consiste mi participación?

Por ser participante en el estudio, será asignado a uno de los dos grupos requeridos para la investigación, llamados grupo experimental y grupo control. Su asignación dependerá del grupo del que forme parte su enfermera, que fue asignada aleatoriamente, es decir, al azar, por lo que tendrá un 50% de probabilidades de formar parte de un grupo o de otro.

Si forma parte del grupo experimental, tendrá que acudir a 9 visitas de 1h de duración cada una, en la consulta de su enfermero/a de Atención Primaria. Las visitas serán las dos primeras mensuales, las 3,4 semanales, las 5,6 mensuales y las tres últimas bimensuales. En la primera visita se le entregará un cuestionario acerca de sus hábitos de vida actuales y sobre el tratamiento farmacológico de la hipertensión (que tendrá que cubrir sólo si toma medicación para ello) y en esa y en la segunda visita se le hará una medición/control de la tensión arterial como habitualmente. En las sucesivas visitas, su enfermero/a aplicará la Entrevista Motivacional, en la que hablarán de sus dificultades, problemas y cualquier duda que se le plantee durante un período de 9 meses. En la última visita, se le entregará de nuevo los mismos cuestionarios que en la primera visita que tendrá que responder.

En el caso de formar parte del grupo control, tendrá que acudir también a 9 visitas de 1h de duración cada una, coincidiendo también con las visitas a su enfermero/a habituales. Serán las 2 primeras semanales, las 3,4,5,6 mensuales y las tres últimas bimensuales. En la primera visita se hará lo mismo, se le entregará los cuestionarios que deberá de cubrir, y en esa y en la segunda se le medirá la tensión arterial, y en las visitas sucesivas

recibirá educación sanitaria acerca de la tensión arterial como le llevan haciendo habitualmente en la consulta. En la última visita, deberá de cubrir de nuevo los cuestionarios para una posterior comparación con el grupo de intervención.

Su participación tendrá una duración total estimada de 60 min añadidos a las citas habituales.

¿Qué molestias o inconvenientes tiene mi participación?

El tiempo que le lleve responder a los cuestionarios y las visitas al centro que no formen parte del estudio.

¿Obtendré algún beneficio por participar?

Se beneficiará de visitas individualizadas (independientemente del grupo del que vaya a formar parte), que le permitirán mejorar sus hábitos de salud y por tanto a una mejora en su hipertensión.

Con este estudio lo que se pretende es demostrar la efectividad de una nueva herramienta que va a permitir la mejora de la adherencia al tratamiento de la hipertensión y, por tanto, a una mejora en su estilo de vida y de toda la gente que se encuentre con esta patología y en situaciones similares o parecidas a la suya. Además, la información obtenida de este estudio, podrá ser empleada en un futuro para ayudar a otras personas.

¿Recibiré la información que se obtenga del estudio?

Se Ud. lo desea, se le facilitará un resumen de los resultados del estudio.

¿Se publicarán los resultados de este estudio?

Los resultados de este estudio serán remitidos a publicaciones científicas para a su difusión, pero no se transmitirá ningún dato que pueda llevar a la identificación de los participantes.

¿Cómo se protegerá la confidencialidad de mis datos?

El tratamiento, comunicación y cesión de sus datos se hará conforme a lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. En todo momento, Ud. podrá acceder a sus datos, oponerse, corregirlos o cancelarlos, solicitando ante el investigador.

Solamente el equipo investigador, y las autoridades sanitarias, que tienen deber de guardar la confidencialidad, tendrán acceso a todos los datos recogidos por el estudio. Se podrá transmitir a terceros información que no pueda ser identificada. En el caso de que alguna información sea transmitida a otros países, se realizará con un nivel de protección de los datos equivalente, como mínimo, al exigido por la normativa de nuestro país.

Sus datos serán recogidos y conservados hasta terminar el estudio de modo **codificado**, que quiere decir que poseen un código con el que el equipo investigador podrá conocer a quien pertenece.

Al terminar el estudio los datos serán anonimizados.

¿Existen intereses económicos en este estudio?

El investigador no recibirá retribución específica por la dedicación al estudio.

Ud. no será retribuido por participar.

¿Cómo contactar con el equipo investigador de este estudio?

Ud. puede contactar con Emma Rodríguez Gómez en el teléfono [REDACTED] o el correo electrónico [REDACTED]

Muchas Gracias por su colaboración.

ANEXO VI. Consentimiento Informado.**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

TÍTULO: La Entrevista Motivacional aplicada a pacientes con mala adherencia al tratamiento de la Hipertensión en el contexto de Enfermería de Atención Primaria.

D/D^a

Leí la información contenida en el documento de información para el participante, y autorizo a que se utilicen los datos de mi historia clínica en las condiciones que se describen. Se incluyen cuestionarios para el análisis de los hábitos del estilo de vida.

- Se me ha facilitado ver y leer la versión final del documento y autorizo su publicación.
- Deseo conocer el documento una vez que se haya publicado.

Fdo.: El/ la paciente

Fdo.: El/la investigador/a que solicita el consentimiento

Nombre y apellidos:

Nombre y apellidos:

Emma Rodríguez Gómez

Fecha:

Fecha:

ANEXO VII. Compromiso del Investigador Principal.

COMPROMISO DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL

D. Emma Rodríguez Gómez

Servicio: Estudiante de Enfermería de la Facultad de Enfermería y Podología de Ferrol.

Centro: Centros de Salud de Fene, Ares y Mugarbos.

Hace constar:

- ✓ Que conoce el protocolo del estudio

Título: **La Entrevista Motivacional aplicada a pacientes con mala adherencia al tratamiento de la Hipertensión en el contexto de Enfermería de Atención Primaria.**

Código do promotor:

Versión:

Promotor:

- ✓ Que dicho estudio respeta las normas éticas aplicables a este tipo de estudios de investigación.
- ✓ Que participará como investigador principal en el mismo.
- ✓ Que cuenta con los recursos materiales y humanos necesarios para llevar a cabo el estudio, sin que esto interfiera con la realización de otros estudios ni con otras tareas profesionales asignadas.
- ✓ Que se compromete a cumplir el protocolo presentado por el promotor y aprobado por el comité en todos sus puntos, así como las sucesivas modificaciones autorizadas por este último.
- ✓ Que respetará las normas éticas y legales aplicables, en particular la Declaración de Helsinki y el Convenio de Oviedo y seguirá las Normas de Buena Práctica en investigación en seres humanos en su realización.
- ✓ Que notificará, en colaboración con el promotor, al comité que aprobó el estudio datos sobre el estado del mismo con una periodicidad mínima anual hasta su finalización.
- ✓ Que los investigadores colaboradores necesarios son idóneos.

En _____, a _____ de _____ de _____

Asdo. Emma Rodríguez Gómez

ANEXO VIII. Principios de la EM.

La EM sigue un estilo “de guía”, que se encuentra entre el “estilo dirigente” y “de seguimiento”, pero cogiendo aspectos de ambos. Esto quiere decir que, en la EM el profesional hará de guía en base a sus conocimientos (estilo dirigente) preguntándole acerca de sus problemas pero de forma pasiva (sin influir ni dar su opinión), a la vez que escucha los intereses, preocupaciones y valores del paciente (estilo de seguimiento), para atribuirle un mayor protagonismo en el cuidado de su propia salud, y para que la solución a su estado de ambivalencia, y por tanto al cambio (adherencia al tratamiento), surja de sí mismo al escuchar sus propias opiniones, necesidades y dificultades. Por lo tanto, el profesional en la EM tiene que presentar una buena capacidad de escucha y dejar de lado el estilo dirigente, en el que el profesional discute con el paciente la necesidad del cambio, y que impone sus opiniones, produciendo una respuesta opuesta por parte del mismo. Esto no quiere decir que el profesional no pueda informar o aconsejar al paciente sobre alguna cuestión que se le plantee, si no que en la EM sólo se le ofrecerá esa ayuda si el paciente la solicita y si da “permiso” para ello. Además en la EM el profesional puede informar para ayudar al paciente a alcanzar por él mismo sus propias conclusiones sobre la relevancia que presenta la información atribuida por los profesionales durante el proceso.

❖ *Los 4 aspectos clave del espíritu de la EM son:*

La Colaboración (Partnership). La EM se ha diseñado para y con el cliente. Se trata de una colaboración activa entre dos expertos, ya que se asume que nadie se conoce mejor que uno mismo. El entrevistador busca crear una atmósfera interpersonal positiva que conduzca al cambio pero sin coacción.

La Aceptación (Acceptance). Implica valorar al paciente como ser humano, mostrar empatía, apoyar su autonomía y afirmar. Esto no quiere

decir que se tenga que aprobar necesariamente todas sus acciones y consentir todo lo que haga.

La Compasión (Compassion). No se refiere a un sentimiento personal o experiencia emocional, si no a promover de forma activa el bienestar de los demás, darles prioridad en sus necesidades.

La Evocación (Evocation). No se presupone que al paciente le falta algo y es el profesional quien le ofrece la solución, si no que se parte de la premisa de que la gente ya presenta de por sí la fortaleza y habilidades que necesitan, y la tarea del profesional es la de evocarlas y potenciarlas.

❖ *Los principales procesos de la EM:*

1. Establecimiento del vínculo profesional – paciente (Enganging).

Prerrequisito para los demás, por lo que deberá de mantenerse presente en todo el proceso.

2. Establecer una dirección/objetivo (Focusing). No es un proceso estático, puede variar durante la EM.

3. Provocar las motivaciones intrínsecas para el cambio en el paciente (Evoking). Tiene como prerrequisito el establecer una meta o cambio para que sea posible.

4. Acordar un plan de acción (Planning). Puede darse el caso de que los pacientes ya presenten o busquen por ellos mismos los recursos necesarios para iniciar y mantener el cambio, por lo que el plan de acción surja por sí mismo. Es necesario desarrollar el compromiso y motivación hacia el cambio.

❖ *Habilidades de comunicación esenciales de la EM durante los diferentes procesos:*

- **Preguntas abiertas (Asking Open Questions).** Son preguntas que invitan al paciente a reflexionar y elaborar sus opiniones, dudas. Juegan un papel clave para evocar la motivación y planear el camino hacia el cambio.
- **Afirmar (Affirming).** Provocar afirmaciones de automotivación al hacer evocar sus necesidades y pensamientos mediante las preguntas abiertas.
- **Escucha Reflexiva (Reflexing Listening).** Es fundamental en la EM. Se trata de prestar atención sin interferir para intentar comprender lo que la persona quiere decir realmente. Mediante la escucha reflexiva se intenta que el paciente elabore sus propias reflexiones.
- **Hacer resúmenes (Summarizing).** Consiste en hacer un resumen cerca del final de la entrevista, sobre las reflexiones esenciales que hizo el paciente para analizarlo entre los dos y, además, ayuda mucho en el proceso de alianza (enganging), pues se les hace ver a los pacientes que el profesional estuvo atendiendo a lo que dijo y promueve al entendimiento entre ambos.
- **Informar y Aconsejar (Informing and Advising).** Debido al estilo centrado en el paciente, se suele cometer el error de pensar que el profesional no puede aconsejar u ofrecer información al paciente. Puede hacerlo, siempre que el paciente acepte ser asesorado y se pida permiso para darle consejo.

ANEXO IX. Carta de solicitud al Comité de Ética.



Comité Autónomo de Ética de la Investigación de Galicia
Secretaría Técnica
Edificio Administrativo de San Lázaro
15781 SANTIAGO DE COMPOSTELA
Teléfono: 881 546425
www.xerqas.es/baic



CARTA DE PRESENTACIÓN DE DOCUMENTACIÓN A LA RED DE COMITÉS DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DE GALICIA

D/Dña. Emma Rodríguez Gómez

Con teléfono de contacto: [REDACTED] y correo-e:

Dirección postal: [REDACTED]

SOLICITA la evaluación de:

- Protocolo nuevo de investigación
- Respuesta a las aclaraciones solicitadas por el Comité
- Modificación o Ampliación a otros centros de un estudio ya aprobado por el Comité

DEL ESTUDIO:

Título: La Entrevista Motivacional aplicada a pacientes con mala adherencia al tratamiento de la hipertensión en el contexto de Enfermería de Atención Primaria.

Investigador/a Principal: Emma Rodríguez Gómez

Promotor:

MARCAR si procede que confirma que cumple los requisitos para la exención de tasas según el art. 57 de la Ley 16/2008, de 23 de diciembre, de presupuestos generales de la Comunidad Autónoma de Galicia para el año 2009. DOG de 31 de diciembre de 2008)

Código de protocolo:

Versión de protocolo:

Tipo de estudio:

- Ensayo clínico con medicamentos con medicamentos
CEIC de Referencia:
- Investigaciones clínicas con productos sanitarios
- EPA-SP (estudio post-autorización con medicamentos seguimiento prospectivo)
- Otros estudios no incluidos en las categorías anteriores

Investigador/es: Emma Rodríguez Gómez

Centro/s: Centros de Salud de Fene, Mugardos y Ares.

Adjunto se envía la documentación necesaria en base a los requisitos que figuran en la web de la Red Gallega de CEIs, y me comprometo a tener disponibles para los participantes los documentos de consentimiento aprobados en gallego y castellano.

En , a de de

Fdo.: Emma Rodríguez Gómez

RED DE COMITÉS DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DE GALICIA

Secretaría Técnica del CAEI de Galicia

Secretaría Xeral. Consellería de Sanidade

ANEXO X. Revocación del Consentimiento.

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

TÍTULO: La Entrevista Motivacional aplicada a pacientes con mala adherencia al tratamiento de la Hipertensión en el contexto de Enfermería de Atención Primaria.....
.....

D/Dª
REVOCO la autorización para la publicación de mis datos de salud
firmada con fecha ____/____/_____

Fdo.: El/ la paciente

Nombre y apellidos:

Fecha: